



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS ENTRE
ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE NO NORDESTE DO
BRASIL**

MAIANE CÁSSIA DE CASTRO VASCONCELOS

Aracaju/SE

2017

MAIANE CÁSSIA DE CASTRO VASCONCELOS

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS ENTRE
ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE NO NORDESTE DO
BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como pré-requisito obrigatório para obtenção de título de graduação no curso de Medicina.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Déborah Pimentel

Aracaju/SE

2017

É concedida à Universidade Federal de Sergipe permissão para reproduzir cópias desta monografia e emprestar ou vender tais cópias somente para propósitos acadêmicos e científicos. O autor reserva outros direitos de publicação e nenhuma parte deste trabalho acadêmico pode ser reproduzida sem a autorização por escrito do autor.

Maiane Cássia de Castro Vasconcelos

Aracaju/Se

2017

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

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS ENTRE
ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE NO NORDESTE DO
BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como pré-requisito obrigatório para obtenção de título de graduação no curso de Medicina.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Déborah Pimentel

Aracaju, ____/____/____

Autor (a): Maiane Cássia de Castro Vasconcelos

Aracaju/SE

2017

MAIANE CÁSSIA DE CASTRO VASCONCELOS

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS ENTRE
ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE NO NORDESTE DO
BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como pré-requisito obrigatório para obtenção de título de graduação no curso de Medicina.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Déborah Pimentel

Aprovada em ____/____/____

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Déborah Pimentel

Universidade Federal de Sergipe

Aracaju/SE

2017

MAIANE CÁSSIA DE CASTRO VASCONCELOS

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS ENTRE
ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE NO NORDESTE DO
BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como pré-requisito obrigatório para obtenção de título de graduação no curso de Medicina.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Déborah Pimentel

BANCA EXAMINADORA

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Aracaju/SE

2017

AGRADECIMENTOS

À Deus, que guiou os meus passos durante essa caminhada.

À minha família pelo amor, incentivo e apoio constantes.

Aos amigos dessa jornada acadêmica, em especial a Marcus Vinícius, meu parceiro de pesquisa. Obrigada pela sua amizade e por compartilhar esse momento tão importante.

À professora e orientadora Deborah Pimentel, agradeço por ter disponibilizado seu tempo, sua paciência e sua confiança.

Ao professor Enaldo por ter me ajudado na estatística e na confecção do artigo.

À todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha formação e no desenvolvimento deste trabalho.

E, por fim, aos pacientes que serviram de inspiração para a escolha desta temática.

“Morte, você é valente, O seu poder é profundo,
Quando eu cheguei neste mundo, Você já matava
gente. Eu guardei na minha mente, Este seu grande
rigor, Porém lhe peço um favor, Para ir ao campo
santo, Não me faça sofrer tanto,
Morte, me mate sem dor!”

Patativa do Assaré

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCP: Associação Brasileira de Cuidados Paliativos

AHRQ: Agência para Pesquisa e Qualidade de Saúde

AINEs: Antiinflamatórios Não Esteroidais

ALCP: Atlas de Cuidados Paliativos da América Latina

ANCP: Academia Nacional de Cuidados Paliativos

BZDs: Benzodiazepínicos

CFM: Conselho Federal de Medicina

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

IAHPC: Associação Internacional de Hospitais e Cuidados Paliativos

ICESCR: Direito Internacional da Saúde Humana e do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais

OMS: Organização Mundial de Saúde

PAINAD: Avaliação da Dor em Demência Avançada

SIDA: Síndrome da Imunodeficiência Humana

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

USF: Unidade de Saúde da Família

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

WHO: World Health Organization

WPCA: World Palliative Care Alliance

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	12
II. REVISÃO DA LITERATURA.....	13
2.1 A MEDICINA, A MORTE E A HISTÓRIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	13
2.1.1 As diferentes visões da Medicina e sua influência na atitude médica.....	13
2.1.2 Hospices e origem dos cuidados paliativos.....	15
2.2 CONCEITOS E FUNDAMENTOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	16
2.3 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	17
2.4 CONTROLE DOS SINTOMAS.....	18
2.4.1 Dor.....	19
2.4.2 Sintomas respiratórios.....	19
2.4.3 Sintomas psiquiátricos.....	20
2.4.4 Sintomas gastrointestinais.....	20
2.5 COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS.....	21
2.6 BIOÉTICA E CUIDADOS PALIATIVOS	22
2.7 MEDICINA CONTEMPORÂNEA, CUIDADOS PALIATIVOS E EDUCAÇÃO MÉDICA.....	24
III. REFERÊNCIAS	26
IV. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO.....	33
V. ARTIGO ORIGINAL.....	39
RESUMO.....	40
ABSTRACT.....	40

INTRODUÇÃO.....	41
MÉTODOS.....	42
RESULTADOS.....	43
DISCUSSÃO.....	45
CONCLUSÕES.....	51
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICES.....	57
ANEXOS	61

I – INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida da população nas últimas décadas vem exigindo mudanças na forma do cuidado com o paciente, sobretudo em decorrência do crescimento das taxas de câncer e de doenças crônico-degenerativas. Nessa perspectiva, os cuidados paliativos surgem como uma resposta às necessidades de uma sociedade senil e, embora relativamente novo, vêm sendo reconhecido como importante, por objetivar o alívio do sofrimento e melhoria da qualidade de vida do paciente e toda sua família, através de uma abordagem física, psíquica, espiritual e social frente a uma condição ameaçadora de vida (MATSUMOTO, 2012).

A prevenção e o controle de sintomas, como dor, dispneia, delirium e sintomas gastrointestinais são fundamentais na assistência em cuidados paliativos. Ainda que existam especificidades de cada área profissional, todos que atuam devem ser capazes de identificar sintomas e conhecer técnicas básicas de manejo (GOMES; OTHERO, 2016). Além disso, a comunicação de más notícias é uma competência imprescindível na relação médico-paciente (SILVA; ARAUJO, 2012).

A *World Palliative Care Alliance* (WPCA) afirma que os cuidados paliativos devem ser fornecidos em todos os níveis de assistência, não se limitando aos serviços especializados e incluindo, portanto, cuidados de nível primário e secundário, devendo ser prestados por profissionais de atenção primária. Isto significa que médicos generalistas também devem conhecer seus princípios e saber aplicá-los (CONNOR; BERMEDO, 2014).

Entretanto, apesar da necessidade aumentada para desenvolvimento de habilidades em cuidados paliativos, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o treinamento em cuidados paliativos para profissionais de saúde é geralmente limitado ou inexistente (WHO, 2017). Múltiplas pesquisas têm sido realizadas nas mais diversas escolas médicas ao redor do mundo e as mesmas demonstram que a inserção de temas relacionados aos cuidados paliativos no currículo médico ainda é incipiente, além disso, os alunos continuam a completar a graduação sentindo-se mal preparado para lidar com o paciente em cuidados paliativos (POHL et al., 2008; PINHEIRO, 2010; TOLLEDO; PRIOLLI, 2011; WEBER et al., 2011; BOGAM et al., 2012; EYIGOR, 2013; FRIZZO et al. 2013; HEAD et al., 2016; LEMOS et al., 2017).

Dentro desse contexto, o objetivo do presente estudo é avaliar o conhecimento sobre cuidados paliativos entres estudantes de medicina e comparar o possível ganho de conhecimento ao longo dos períodos.

II- REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A MEDICINA, A MORTE E A HISTÓRIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

As transformações cerebrais e o surgimento da consciência humana sobrevividas ao longo da evolução trouxeram complexidades e interpretações sobre a vida, não existentes em outras espécies. Diferentemente dos outros seres vivos, o ser humano luta pela sobrevivência não apenas para preservar os seus genes, mas porque o mesmo atribui um significado especial a sua existência. Essa percepção fez surgir no homem incertezas e medos relacionados ao final da vida fazendo com que o mesmo sustente uma luta constante contra a morte (GARDENFORS, 2014; GUERREIRO, 2008).

A batalha contra a morte é descrita nas mais diversas culturas. Em civilizações pré-históricas, no Egito, na Mesopotâmia e na Índia o homem já utilizava ervas e outras técnicas para a cura de doenças (GOTSHALL, 2007). Na mitologia grega, Asclépio, filho de Apolo, foi instruído por Quíron na arte da cura e avançou em sua prática de tal forma que desenvolveu a capacidade de ressuscitar os mortos, sendo posteriormente punido por reverter a ordem do mundo. Apesar disso, após um acordo entre Zeus e Apolo, Asclépio tornou-se o deus da medicina, agora não mais com habilidade de reviver aqueles que se foram, mas de caminhar entre os homens disseminando o conhecimento e aliviando o sofrimento humano (BRANDÃO, 1999).

As alusões descritas revelam que o homem sempre buscou formas de combater a morte, no entanto, percebendo que a morte jamais poderia ser vencida, o mesmo tenta utilizar meios para aliviar o sofrimento de seus semelhantes. Gottshall (2007) cita que a arte da cura surge do altruísmo humano no momento em que o primeiro homem socorreu seu companheiro ferido. Assim, pode-se dizer que o ato de cuidar se confunde com o início da história da humanidade.

2.1.1 As diferentes visões da Medicina e sua influência na atitude médica

A visão dos tratamentos instituídos pela medicina foi modificada ao longo da história. Na sociedade primitiva, predominava a terapêutica instintiva, mítica, em que, todo mal era atribuído à vontade de deuses ou a maus espíritos e, por isso, o médico era visto como um feiticeiro. Essa visão também denominada mágica foi dissolvida no século V a.C. com o surgimento da racionalidade através de Hipócrates elevando a medicina a categoria de pré-ciência (GOTSHALL, 2007).

A partir de então, legados hipocráticos são difundidos até os dias atuais. O código de ética médica, por exemplo, foi baseado nos textos deste, que mais tarde tornara-se o “pai da medicina”. Condutas terapêuticas e éticas, sigilo profissional e respeito à vida do paciente, não insistindo com tratamentos desnecessários, foram alguns dos propósitos estabelecidos no *Corpus Hippocraticum*, influenciando o que conhecemos hoje como princípio da beneficência, não maleficência e da justiça (MACHADO FILHO, 2016).

Com o desenvolvimento do método científico a medicina obteve um grande salto no tratamento de diversas enfermidades. O século XX, por exemplo, foi marcado por avanços que proporcionaram um grande progresso nas mais variadas áreas da medicina, como a prevenção, aperfeiçoamento de procedimentos cirúrgicos, introdução de novas terapêuticas e de tecnologias altamente sofisticadas para diagnóstico e tratamento das mais variadas doenças. Todavia, se por um lado essas transformações contribuíram para redução nas taxas de mortalidade e aumento da expectativa de vida dos indivíduos, por outro, o envelhecimento da população passou a representar uma grande responsabilidade para as famílias e para a sociedade, haja visto o crescente número de doenças crônicas degenerativas próprias da senilidade. (REZENDE, 2009).

Gomes e Othero (2016) destacam que, apesar dos progressos obtidos na medicina no último século, esse cenário não resultou obrigatoriamente na melhoria da qualidade de vida de indivíduos enfermos, pois a busca desenfreada de cura das doenças e a introdução de novas tecnologias na área da saúde acabam predispondo a uma cultura de negação da morte.

Nessa nova fase em que a medicina foi inserida, a cura foi colocada como o ápice do processo e aqueles que não podiam ser curados comumente não recebiam atenção médica qualificada. Além disso, a morte passou a ser não mais aceita como um fenômeno natural, mas considerada uma derrota médica (FIGUEIREDO; STANO, 2013; FIGUEIREDO, 1996).

Figueiredo (1996) cita que os indivíduos que estão fora de recursos de cura não têm recebido os cuidados adequados, sobretudo no que se refere ao alívio de sintomas físicos e psíquicos. Para este médico, fundador do *International College of Hospice/Palliative Care* em Washington, isto se deve a duas falhas que frequentemente ocorrem na formação médica, caracterizada pela ênfase demasiada nos recursos de cura, sem preparação humanística para enfrentar a morte e o desconhecimento sobre o uso da morfina.

Uma pesquisa realizada entre estudantes do curso de medicina em uma Universidade de São Paulo mostrou que 66 % dos alunos dizem não estar preparados para lidar com a morte e 32% encaram a morte com sentimentos de derrota, perda ou frustração (MORAES; KAIRALLA, 2010).

Assim, frente a essa realidade complexa e como uma resposta às necessidades de uma sociedade senil associada a cronicidade de doenças surge a medicina paliativa, se apresentando como oferecimento do cuidado integral para o indivíduo que apresenta uma condição ameaçadora de vida, através de uma abordagem física, psíquica, espiritual e social com o apoio de uma equipe multidisciplinar (MATSUMOTO, 2012).

2.1.2 Hospices e a origem dos cuidados paliativos

O vocábulo francês *hospice* é a tradução do termo latino *hospitium*, cujo significado é hospedagem, abrigo ou refúgio, oriundo da Idade Média onde era utilizado para descrever o local de acolhimento para peregrinos e viajantes que adoeciam (FIGUEIREDO, 1996). Esse conceito foi reformulado pela WPCA, que atualmente o define como cuidados de fim de vida prestados por profissionais de saúde e voluntários por meio do apoio médico, psicológico e espiritual através do controle da dor e outros sintomas fornecendo conforto e dignidade ao paciente e seus familiares (CONNOR; BERMEDO, 2014).

Mais que um local, *hospice* designa uma filosofia de cuidado primário e por isso foi utilizado pela médica, enfermeira e assistente social Dame Cicely Mary Saunders, em 1967, no Reino Unido, no movimento de *Hospice* moderno, também denominado Cuidados Paliativos. A criação do *Saint Christophers Hospice*, por Saunders, buscou integrar o ensino e a pesquisa à assistência aos pacientes terminais e tornou-se mais tarde uma instituição de referência mundial no que se refere ao cuidado, pesquisa sobre dor e educação para profissionais da saúde de todo o mundo. Desde então existem muitas ações em nível mundial de desenvolvimento dos cuidados paliativos e *Hospice* (TOLEDO; PRIOLLI, 2012; GOMES; OTHERO, 2016).

No Brasil, a prática dos cuidados paliativos foi introduzida pela médica Mirian Marteleite, a partir de 1983, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FIGUEIREDO; STANO, 2013). Entretanto, apenas em 1997, foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) com intuito de fomentar pesquisas, desenvolver programas curriculares acadêmicos, regulamentar os cuidados paliativos mediante a formação de profissionais de saúde, promover qualidade de vida aos enfermos além de estudar e discutir problemas éticos relacionados a esse tema (NICKEL et al., 2016). A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) foi fundada somente em 2005 com o objetivo de estimular a atuação de profissionais paliativistas no país e no ano seguinte o ministério da saúde instituiu a

Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos. (PAIVA, ALMEIDA-JÚNIOR; DAMÁSIO, 2014).

Em 2012 foi publicado o primeiro Atlas de Cuidados Paliativos da América Latina (ALCP), que tentou coletar informações sobre países latino-americanos, avaliando o grau de desenvolvimento desses países e fornecendo dados específicos para subsidiar políticas relativas aos cuidados paliativos (PASTRANA et al., 2012). Neste mesmo ano foi realizado o Encontro Brasileiro de Serviços de Cuidados Paliativos, responsável pela primeira publicação científica sobre o perfil de serviços no Brasil. Existe uma previsão para que em 2018 seja elaborado o Atlas Brasileiro de Cuidados Paliativos (GOMES; OTHERO, 2016).

2.2 CONCEITO E FUNDAMENTOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

O conceito de cuidados paliativos evoluiu ao longo da história e em diferentes regiões do mundo. Inicialmente desenvolvidos para portadores de câncer e para pacientes com risco iminente de morte, hoje se sabe que grande parte da população que necessita dos cuidados paliativos abrange outras doenças crônicas (cirrose, diabetes, insuficiência renal e cardíaca congestiva, doença cerebrovascular, distúrbios neurodegenerativos, doenças respiratórias crônicas, portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e tuberculose resistente a drogas) e que os mesmos devem ser oferecidos o mais precocemente possível (CONNOR; BERMEDO, 2014).

A definição utilizada atualmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e referida pela Associação Nacional e Cuidados Paliativos (ANCP) é descrita abaixo:

Cuidado paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias enfrentando o problema associado a doenças que ameaçam a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce e avaliação impecável e tratamento de dor e outros problemas físicos, psicossocial e espiritual (MATSUMOTO, 2012, p.26).

A OMS também elenca princípios norteadores dos cuidados paliativos. Tais princípios ressaltam que a morte deve ser entendida como um processo natural e que os cuidados paliativos não buscam acelerar, nem adiá-la, mas controlar sintomas desagradáveis e ajudar o paciente a viver mais ativamente possível, ofertando sistema de suporte para o mesmo e seus familiares durante a doença e o luto, através de uma abordagem multidisciplinar, visando sempre uma melhora na qualidade de vida. Além disso, devem ser iniciados o mais precocemente possível

juntamente com outras terapias destinadas a prolongar a vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Do mesmo modo, a WPCA afirma que cuidados paliativos são necessários em condições crônicas ameaçadoras ou limitantes de vida e que não há limite de tempo ou prognóstico na prestação desses cuidados, além disso estes devem ser fornecidos em todos os níveis de assistência, não se limitando aos serviços especializados e incluindo, portanto, cuidados de nível primário e secundário. Dentro desse contexto, cuidados paliativos gerais devem ser prestados por profissionais de atenção primária, isto é, médicos generalistas devem conhecer seus princípios e saber aplicá-los (CONNOR; BERMEDO, 2014).

2.3 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

De acordo com a WPCA, houve em 2011 54,6 milhões de mortes em todo mundo, das quais 29 milhões exigiam cuidados paliativos, com 94% correspondendo a adultos. A maioria das mortes acometeu pessoas com mais de 60 anos, que morreram de doenças cardiovasculares (38,5%), seguidas do câncer (34%), doenças respiratórias (10,3%), HIV/SIDA (5,7%) e diabetes (4,6%). Estimativas mostram ainda que a grande maioria de adultos (78%) e crianças (98%) que necessitam de cuidados paliativos no final da vida pertencem a países de baixa e média renda (CONNOR; BERMEDO, 2014).

Fora da América do Norte, Europa e Austrália, o acesso a cuidados paliativos de qualidade ainda é muito raro e isto se deve a deficiência das políticas de saúde, associado a barreiras culturais e sociais e a falta de treinamento dos profissionais. A OMS recomenda que todos os governos integrem cuidados paliativos no sistema de saúde juntamente com cuidados curativos, ou no mínimo, forneçam aqueles quando o tratamento curativo não está disponível, como ocorre em alguns países de baixa renda (CONNOR; BERMEDO, 2014).

Na América Latina, o desenvolvimento dos cuidados paliativos está em diferentes estágios de desenvolvimento. Segundo o ALCP, existem 922 serviços em toda a região, embora nem todos os serviços relatados tenham especialistas em cuidados paliativos. Dados mostram que quatro países latino-americanos possuem cuidados paliativos como especialidade médica e ou sub-especialidade, e o Brasil está incluído. Entretanto das 180 escolas médicas brasileiras, apenas 3% abordam cuidados paliativos. Dez países têm pelo menos um guia ou padrões de cuidados paliativos publicados, mas somente o Brasil publica uma revista científica *Palliative Care*, que é atualmente indexada. Além disso, Brasil e Argentina são os países com os membros

mais ativos da América Latina na Associação para Cuidados Paliativos (PASTRANA et al., 2012).

O *Economist Intelligence Unit* elaborou um índice de qualidade de morte e cuidados ao final da vida em 2010 incluindo 40 países e o Brasil ocupou a 38ª posição. Posteriormente, em 2015 foi publicado um segundo relatório, incluindo 80 países, e o Brasil passou a ocupar a 42ª posição. Em ambos, Reino Unido e Austrália apresentam os melhores índices de qualidade de morte, revelando, assim, que a renda é um forte indicador da disponibilidade e qualidade dos cuidados paliativos (ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2010a, 2015b).

A OMS classifica os países em quatro grupos de acordo com seu nível de desenvolvimento em cuidados paliativos, que vai desde nenhuma atividade (Nível 1) até a integração avançada (Nível 4b). Segundo os dados de 2014, o Brasil está incluído no nível 3a, juntamente com Rússia, México, países do Sudeste. Esse grupo de países caracteriza-se por desenvolvimento de um ativismo de cuidados paliativos de alcance irregular, com financiamento muitas vezes dependente de doadores; disponibilidade limitada de morfina; e um pequeno número de serviços de cuidados paliativos que muitas vezes são de base domiciliar e relativamente limitados ao tamanho da população (CONNOR; BERMEDO, 2014).

No Brasil, a deficiência de acesso aos cuidados paliativos de qualidade foi descrita em um estudo transversal realizado em três Unidades de Saúde da Família (USF) na cidade de Londrina no Paraná, que buscou identificar todos os pacientes com necessidade potencial de cuidados paliativos e avalia-los utilizando um questionário com perguntas sobre sua condição clínica, serviços e apoio profissional oferecido pela USF. O estudo concluiu que, apesar de Londrina ser referência regional em saúde, ainda são necessárias melhorias no acesso aos serviços de cuidados paliativos, tanto para os pacientes quanto para seus familiares, além disso, são necessários estudos adicionais para explorar esse quadro e implementação de políticas específicas que estimulem o desenvolvimento dos cuidados paliativos e a expansão de treinamentos para profissionais (MARUCCI et al. 2016).

2.4 CONTROLE DE SINTOMAS

Os cuidados no fim da vida devem atender às necessidades físicas, psicológicas, sociais dos pacientes e os médicos exercem um papel de suma importância principalmente em relação ao alívio de sintomas físicos. Uma revisão sistemática baseada em um relatório de evidências da Agência para Pesquisa e Qualidade de Saúde (AHRQ) mostrou que em pacientes com doença grave no final da vida, os clínicos devem avaliar regularmente sintomas como dor,

dispnéia e depressão (QASEEM et al., 2014). Sintomas gastrointestinais e delirium também devem ser avaliados constantemente (CARVALHO, 2012).

2.4.1 Dor

A avaliação da dor deve incluir localização, intensidade, qualidade, início, duração e fatores que pioram ou aliviam, além de observar os sinais físicos, como rubor facial, taquicardia, taquipnéia ou inquietação. A avaliação da dor pode ser feita usando a escala de tipo *Likert* (avaliação de 0 a 10, com 0 representando nenhuma dor e 10 representando a pior dor imaginável). A escala de avaliação de dor de Wong-Baker ou a escala analógica visual também são comumente usadas. Além disso, algumas escalas validadas, como Avaliação da Dor em Demência Avançada (PAINAD), podem ser utilizadas para pacientes com demência (GRONINGER; VIJAYAN, 2014).

A escada de dor de câncer da OMS fornece um ponto de partida útil para alcançar o gerenciamento eficaz da dor. Essa escada sugere que os clínicos iniciem com analgésicos não-opioides e progridam posteriormente para analgésicos mais potentes até que a dor seja aliviada. Entretanto, muitos pacientes com doenças terminais ou com contraindicação a antiinflamatórios não esteroidais (AINEs) requerem terapia imediata com opioides (GRONINGER; VIJAYAN, 2014).

A dor visceral e dor de metástases podem ser aliviadas com uso de AINEs associado a opioides, antiespasmódicos podem ser usados para dor em cólica, a dor neuropática pode ser controlada com anticonvulsivantes, antidepressivos tricíclicos e inibidores da recaptação de serotonina-norepinefrina e a dor óssea com uso de bifosfonados e corticosteróides quando houver compressão medular ou hipertensão intracraniana (QASEEM et al., 2008; GRONINGER; VIJAYAN, 2014; CARDOSO, CARVALHO, 2013).

2.4.2 Sintomas respiratórios

A abordagem de sintomas respiratórios em cuidados paliativos envolve o controle ou alívio dos sintomas como dispneia, tosse e a hipersecreção brônquica, sendo necessária uma avaliação da sua causa-base e tratamento individualizado que dependerá do diagnóstico (CARVALHO, 2012).

Quando a causa da dispneia não pode ser corrigida, o controle dos sintomas é imprescindível. Este, por sua vez, pode ser obtido através de uma associação entre medidas não

farmacológicas (técnicas respiratórias e otimização do ambiente físico) e farmacológicas, que inclui os opioides como a medicação de escolha para alívio de dispneia (MACHADO, 2012). Estudos sugerem que devem ser usadas terapias que incluem opioides e oxigênio para alívio de curto prazo da hipoxemia (QASEEM et al, 2014) e de furosemida inalada e ansiolíticos como adjuvantes (KAMAL et al., 2012).

Da mesma forma, a tosse e as secreções brônquicas devem ser tratadas corrigindo a causa primária, contudo, se não for possível, opioides podem ser usados para controle da tosse e pode-se conseguir redução da quantidade de secreções com o uso de corticosteroides, antibióticos e anticolinérgicos. (CARVALHO, 2012).

2.4.3 Sintomas psiquiátricos

O delirium, caracterizado por uma alteração do nível de consciência e cognição de instalação aguda, deve ser abordado através da avaliação de fatores de risco, como uso de psicofármacos, processos infecciosos, distúrbios hidroeletrólíticos, desnutrição, imobilidade, privação de sono, entre outros. O tratamento consiste em reverter as causas básicas e durante esse processo, os sintomas podem ser aliviados com o uso do haloperidol, em caso de delirium hiperativo. O uso dos benzodiazepínicos (BZDs) ficam restritos a abstinência alcoólica (AZEVEDO, 2012).

A depressão e os transtornos de ansiedade são outros problemas muito comuns em pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas. O tratamento deve ser feito utilizando a psicoterapia associada ao uso de antidepressivos (tricíclicos ou recaptadores de serotonina e noradrenalina) e ansiolíticos (BZDs) na fase aguda, além de suporte da equipe multidisciplinar (GUIMARÃES, 2012).

2.4.4 Sintomas gastrointestinais

Sintomas gastrointestinais como náuseas e vômitos são muito frequentes em pacientes em cuidados paliativos, principalmente em portadores de tumores gástricos, ginecológicos e intestinais. Estes sintomas devem ser avaliados criteriosamente, incluindo intensidade, características dos vômitos, uso de medicações, exame físico que busque sinais de desidratação ou obstrução e exames complementares. O tratamento dependerá da causa, portanto, para náuseas e vômitos induzidos por medicações, pode ser utilizado metoclopramida ou ondansetrona se não houver quadro obstrutivo; na presença de íleo pode ser usado haloperidol

e os BZDs são indicados em casos de náuseas induzida por ansiedade (MACIEL; BETTEGA, 2012).

Alterações dos hábitos intestinais, como obstipação e diarreia também são queixas muito comuns. A avaliação e o tratamento desses sintomas devem ser realizados através da investigação da causa primária, que pode estar relacionada diretamente com a patologia de base ou ser decorrente do uso de medicações (HATANAKA, 2012).

A obstipação, por exemplo, é o efeito mais comum do uso de opioides, sendo por isso, prescrito laxantes profiláticos. Além disso, dieta laxativa e atividade física, quando possível, são de suma importância para o manejo desse sintoma. Do mesmo modo, as causas básicas da diarreia devem ser investigadas e no caso de diarreia persistente podem ser utilizados agentes absorventes, adsorventes, inibidores de prostaglandinas e opióides (HATANAKA, 2012).

O emagrecimento excessivo ou caquexia é outro problema muito prevalente em pacientes em cuidados paliativos. Essa síndrome pode ter sua gênese no aumento da atividade inflamatória associada a uma má nutrição e estados de hipercatabolismo ou ainda estar relacionada ao uso de quimioterápicos. O tratamento dessa enfermidade visa uma boa comunicação sobre o quadro, combinada ao suporte psicossocial, podendo-se ainda fazer uso de estimulantes de apetite como progestágenos e corticoides, e esteroides anabolizantes para aumento da massa magra. Algumas terapêuticas, como a melatonina, grelina, anticorpos monoclonais contra interleucina-6 e L-carnitina vêm sendo estudadas e futuramente podem ser usadas como agentes anticaquexia (PARSONS, 2012).

2.5 COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

A má notícia assinala qualquer informação comunicada ao paciente ou a sua família que provoque, direta ou indiretamente, alguma mudança negativa na vida dos mesmos. A literatura oferece alguns modelos sobre como sistematizar a transmissão de uma má notícia. Um desses é o protocolo SPIKES que descreve seis passos : preparação para o encontro (*Setting up*), verificação de até que ponto o paciente tem consciência de seu estado (*perception*), convidá-lo para a conversa (*invitation*), transmissão da informação sobre a doença (*knowledge*), demonstração de empatia (*emotions*) e resumo do plano terapêutico e o que pode vir a acontecer (*Strategy and Summary*) (LINO et al. 2011).

A comunicação de más notícias é, um processo que envolve preparo para o diálogo e por isso deve ser aprendido, preparando o médico para lidar com sua tensão ou temor, ao mesmo tempo que deve transmitir empatia ao paciente e seus familiares. Por ser muito frequente na

vida do médico, é fundamental que estudos sobre o assunto sejam desenvolvidos a fim de auxiliar na educação e no processo de comunicação na relação médico-paciente (SILVA, 2016).

2.6 BIOÉTICA E CUIDADOS PALIATIVOS

A modernização da Medicina ocorrida no último século suscitou discussões éticas e normas regulamentadores acerca do fenômeno da vida. Com a publicação dos Princípios Bioéticos em 1979 por Beauchamp e Childress iniciou-se uma nova era conhecida como principlismo e a partir dos quatro princípios norteadores da atuação do profissional de saúde de caráter deontológicos (não maleficência e justiça) e teleológico (autonomia e beneficência) foi constituído a ferramenta mais utilizada na mediação de conflitos morais relacionados a vida (MARTIN, 1998).

Dentro desse cenário, destaca-se o tratamento de pacientes com doenças terminais que tem levantado questões éticas e problemas jurídicos acerca da conduta mais apropriada perante o final da vida desses indivíduos. É sabido que o direito à vida é inviolável, no entanto, o mesmo deve ser analisado tendo em vista o princípio de dignidade humana, dado que esta deve ser garantida no viver e no morrer.

Nessa perspectiva, conceitos como eutanásia, distanásia e ortotanásia são preponderantes nas discussões sobre terminalidade da vida (PAIVA; ALMEIDA- JUNIOR; DAMASIO, 2014). O primeiro se refere ao abreviamento da vida de indivíduos em estado de sofrimento proveniente de doença incurável ou ameaçadora de vida pela administração de drogas, no pedido voluntário e competente dessa pessoa (RADBRUCH, LEGT; BAHR, 2015).

Ao contrário da eutanásia, a distanásia, também denominada, obstinação terapêutica é prolongamento da vida através da utilização de tratamentos sem benefícios para o paciente terminal, comprometendo a qualidade de vida do enfermo e de sua família. A ortotanásia, por sua vez, surge de uma abordagem integral do ser humano, respeitando o direito à vida e a dignidade da pessoa humana, tendo em vista que essa prática não acelera nem atrasa a morte do indivíduo, mas lhe oferece o direito de morrer com dignidade, não instituindo tratamento inúteis, mas aliviando a dor e o sofrimento humanos. (MARTIN, 1998).

Dessa forma, retirada de procedimentos, suspensão do uso de tratamentos ineficazes e sedação paliativa não constituem eutanásia ou suicídio assistido, pois baseia-se nos princípios bioéticos de beneficência e não maleficência, além de não acelerar a morte, mas aceita-la como um processo natural (LIMA et al., 2017).

A Associação Internacional de Hospitais e Cuidados Paliativos (IAHPC) refere que leis ou políticas que permitam a eutanásia ou suicídio assistido nunca devem ser consideradas como alternativas às políticas paliativas. Além disso, em locais onde a eutanásia e o suicídio assistido são legalizados, as unidades de cuidados paliativos não devem supervisionar ou administrar essas práticas (LIMA et al., 2017). No Brasil, a prática de eutanásia é condenada pelo Código de Deontologia Médica de 1931, código de 1988 e o código de ética médica (MARTIN, 1998).

Em contrapartida, a ortotanásia vem ganhando grande visibilidade mundial, haja vista que seu conceito está diretamente relacionado a prática dos cuidados paliativos. Segundo o Direito Internacional da Saúde Humana e do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ICESCR), o cuidado paliativo é um direito humano que deve incluir acesso aos estabelecimentos de saúde, bens e serviços, provisão de medicamentos essenciais e adoção e implementação de uma estratégia de saúde pública (CONNOR; BERMEDO, 2014).

No Brasil não há leis constitucionais sobre os cuidados paliativos. Não obstante, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou diferentes resoluções relacionadas ao tema que promoveram progressos importantes nessa área, como a regulamentação da ortotanásia:

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006, p. 169).

A Resolução CFM 1.931/09 do último Código de Ética Médica menciona que nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico deverá evitar a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados. Outrossim, a Resolução CFM 1.995/12 sobre as diretivas antecipadas de vontade, também conhecidas como testamento vital, define como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar sua vontade (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009a; 2012b).

Dados do Colégio Notarial do Brasil revelam que até abril de 2017, foram registradas 185 diretivas antecipadas de vontade e desde o primeiro registro em cartório, em 2006, 3.127 diretivas foram registradas até 2017. Esses números podem estar subestimados, pois a resolução do CFM não obriga o registro deste documento no cartório, apesar de recomendar o registro em

prontuário médico (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2017).

O progresso nessa área tem sido visível, de tal maneira que a Medicina Paliativa foi reconhecida como área de atuação pela resolução do CFM 1.973/11(CONSEHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017).

2.7 A MEDICINA CONTEMPORANEA, CUIDADOS PALIATIVOS E EDUCAÇÃO MÉDICA

A incorporação de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas associadas um número crescente de trabalhos científicos nas diversas especialidades caracteriza a nova era que a medicina se encontra, a Medicina Baseada em Evidências. Esta, por sua vez, constitui o alicerce para a tomada de decisão frente ao paciente, utilizando fundamentos científicos que sejam capazes de proporcionar melhoria na qualidade assistencial ao paciente, evitando assim exames e tratamentos desnecessários e favorecendo uma distribuição de recursos mais igualitária (VOLSHAN, 2016).

Esse cenário, no entanto, tem revelado dificuldades na prática. O interesse da indústria, através de financiamento de estudos de ínfimo impacto clínico aliado ao excesso de informações e uma insuficiência do ensino médico quanto a um modelo de aprendizagem baseado na tomada de decisão tem contribuído para impasses existentes no manejo adequado do doente (VOLSHAN, 2016). Além disso, o ato de superestimar os efeitos de suas ações, inferindo causalidade onde não existe, a chamada “ilusão terapêutica”, enraizada na consciência humana e que leva ao “sobretratamento”, sendo o paciente portador de uma doença ameaçadora de vida submetido, muitas vezes, a tratamentos excessivos sem melhoria da qualidade de vida do mesmo (CASARETT, 2016).

Em unidades de terapia intensiva (UTI) é muito frequente a utilização de procedimentos e terapêuticas que muitas vezes não melhoram o prognóstico do paciente. Coelho e Yankaskas (2017) refere que devido à grande disponibilidade de tecnologias para suporte de vida, cuidados paliativos em UTI ainda constituem um desafio, sendo necessários treinamentos que visem a capacitação de médicos.

Segundo a OMS, a maioria dos profissionais de saúde em todo mundo tem pouco ou nenhum conhecimento dos princípios e práticas dos cuidados paliativos. Além disso, a formação em cuidados paliativos ainda é raramente incluída no currículo educacional dos profissionais de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Um estudo realizado com 175 estudantes em uma Universidade na Turquia identificou que 64,6 % dos pesquisados afirmam que a educação recebida em cuidados paliativos foi insuficiente (EYIGOR, 2013). Da mesma forma, uma pesquisa realizada entre 440 estudantes numa universidade na Áustria mostrou que 72,7% dos alunos acreditam que assuntos referentes a cuidados paliativos deveriam ser mais abordados em seus currículos (POHL et al., 2008).

Uma revisão sistemática realizada entre os anos de 2005 a 2015 mostrou que os alunos continuam a completar a graduação sentindo-se mal preparado para lidar com o paciente em cuidados paliativos. Este fato é atribuído a fragmentação na abordagem de cuidados paliativos nas escolas de medicina de todo mundo, muitas vezes com programas transitórios que não abrangem todos os anos da graduação, além da utilização de métodos inconsistentes de avaliação desses esforços (HEAD et al., 2016).

Outro estudo realizado em 2011 avaliou 58 cursos de Medicina através de questionários respondidos por coordenadores de escolas de todo Brasil e foi constatado que a prioridade dada ao ensino sobre cuidados no fim da vida ainda é pequena e que o tempo destinado a esse tema ainda é insuficiente. Foi visto também que a maioria das escolas participantes sofreu alguma reforma curricular nos últimos cinco anos e em 53,8% destas o comitê responsável pela mudança curricular não discutiu a questão do ensino dos cuidados paliativos dentro do novo currículo (TOLLEDO; PRIOLLI, 2011).

No Brasil, a literatura em relação aos cuidados no fim da vida ainda é ínfima, especialmente no que diz respeito aos currículos das escolas medicas (TOLLEDO; PRIOLLI, 2011), podendo-se concluir que existe grande deficiência sobre a capacitação em Medicina paliativa entre estudantes e médicos recém formados (PINHEIRO, 2010; FRIZZO et al., 2013; LEMOS et al., 2017).

REFERENCIAS

AZEVEDO, Daniel Lima. Delirium. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. Cap. 2.7 p. 151-167. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 17.

BRANDÃO, Junito. **Mitologia Grega**. vol. 2. Petrópolis: Vozes, 1999.

CARDOSO, Ana Isabel Coelho Rosa; CARVALHO, Cristina Isabel Marinho Silva. **Controlo da dor em pacientes oncológicos**. 2013. 33 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2014. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/76533/2/32651.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

CARVALHO, Ricardo Tavares de. Dispneia, tosse e hipersecreção de vias aéreas. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. Cap. 2.4 p. 151-167. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 17.

CASARETT, David M D. The Science of Choosing Wisely — Overcoming the Therapeutic Illusion. **The New England Journal Of Medicine**. Massachusetts, p. 1203-1205. mar. 2016.

COELHO C. B. T., YANKASKAS J. R. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, vol. 29, n.2 2017. p. 222-230.

CONNOR, Stephen R.; BERMEDO, Maria Cecilia Sepulveda (Ed.). **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. Worldwide Palliative Care Alliance and World Health Organization, London, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM 1.805, sobre a legitimidade da ortotanásia.** Brasília, 2006. Disponível em: <www.cfm.org.br>. Acesso em: 06 abr. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM 1.931, sobre o novo Código de Ética Médica.** Brasília, 2009. Disponível em: <www.cfm.org.br>. Acesso em 06 abr. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM 1.973, que define a Medicina Paliativa como área de atuação.** Brasília, 2011. Disponível em: <www.cfm.org.br>. Acesso em: 06 abr. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM 1.995, sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade.** Brasília, 2012. Disponível em: <www.cfm.org.br>. Acesso em 06 abr. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (São Paulo). **Testamento Vital:** Diretivas Antecipadas de Vontade completam cinco anos em vigor. 2017. Disponível em: <<https://www.cremesp.org.br>>. Acesso em: 06 abr. 2017.

LIMA, Liliana de et al. International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. **Journal Of Palliative Medicine.: Mary Ann Liebert.** New Rochelle, p. 8-15. jan. 2017. Disponível em: <<http://www.liebertpub.com/>>. Acesso em: 07 jul. 2017.

EYIGOR, Sibel. Fifth-Year Medical Students' Knowledge of Palliative Care and Their Views on the Subject. **Journal Of Palliative Medicine.: Mary Ann Liebert.** New Rochelle, p. 941-946. Aug. 2017. Disponível em: <<http://www.liebertpub.com/>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

FIGUEIREDO, Marco T.A. **A dor no doente fora dos recursos de cura e seu controle por equipe multidisciplinar.** Âmbito Hospitalar, No. 8, pp.63-7, 1996.

FIGUEIREDO, Maria das Graças Mota Cruz de Assis; STANO, Rita de Cássia M. T.. O estudo da morte e dos cuidados paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro , v. 37, n. 2, 2013, p. 298-306.

FRIZZO, et al.. Percepção dos acadêmicos de medicina sobre cuidados paliativos de pacientes oncológicos terminais. **Revista Bioetikos**, São Paulo, vol.7,n.4 2013. p.367-375.

GARDENFORS, Peter. **De homo a Sapiens: sobre a evolução do pensamento**. Trad. Renata Vieira. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014. 282 p.

GUERREIRO, Emanuel. A Ideia de morte: do medo à libertação. **Revista Diacrítica**, Braga, vol.28, n.2, 2014. P. 169-197 Disponível em : < <http://www.scielo.mec.pt>> . Acesso em 21 de abr.2017.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**, [s.l.], v. 30, n. 88, p.155-166, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO).

GOTTSCHALL, Carlos A. M. **Medicina hipocrática : antes, durante e depois**. Coleção Cremers - Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Editora Stampa, 2007. 64 p.

GRONINGER, Hunter; VIJAYAN, Jaya. Pharmacologic Management of Pain at the End of Life. **American Family Physician**, Maryland, vol. 90, n. 1, 2014. p. 26-32. Disponível em: <http://www.aafp.org>. Acesso em 17Mai.2017.

GUIMARÃES, Rita de Cássia Deway. Ansiedade e depressão em Cuidados Paliativos: como tratar. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. Cap. 2.8 p. 191-201. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 17.

HEAD, Barbara et al. Improving medical graduates' training in palliative care: advancing education and practice. **Advances In Medical Education And Practice**, [s.l.], p.99-113, fev. 2016. Dove Medical Press Ltd.. Disponível em: <<https://www.dovepress.com/>>. Acesso em: 17 maio 2017.

HATANAKA, Veruska Menegatti Anastácio. Obstipação e diarreia. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed. São

Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. Cap. 2.6 p. 176-183. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 17.

KAMAL, Arif H et al. Dyspnea Review for the Palliative Care Professional: Treatment Goals and Therapeutic Options. **Journal Of Palliative Medicine.:** Mary Ann Liebert. New Rochelle, vol.15, n.1 p. 106-114. Aug. 2012. Disponível em: <<http://www.liebertpub.com/>>. Acesso em: 17 mai. 2017.

LEHTO, Juho T. et al. Undergraduate curriculum in palliative medicine at Tampere University increases students knowledge. **BMC Palliative Care**, [s.l.] vol.16, n1, 2017. Acesso em 05 jul, 2017.

MACHADO FILHO, C. O juramento de Hipócrates e o código de ética médica. **Residência Pediátrica**, Rio de Janeiro:, vol. 6, n.1, 2016, p.45-46. Disponível em: <http://residenciapediatrica.com.br>>. Acesso em : 21 de jun.2017.

MACIEL, Maria Goretti Sales; BETTEGA, Roberto. Náusea e vômito. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. Cap. 2.5 p. 168-175. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 17.

MARTIN, Leonard M. Eutanasia e Distansia. In: COSTA, Sergio I.F.; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei. **Iniciação a Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. P.302.

MARUCCI, Fernando C. I. et al. Identification and characteristics of patients with palliative care needs in Brazilian primary care. **BMC Palliative Care** , [s.l.], vol. 15, n.51, 2016. P. 1-10.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. Cap. 2.6 p. 176-

183. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 17.

MORAES, Sandra A. F.; KAIRALLA, Maisa C. Avaliação dos conhecimentos dos acadêmicos do curso de Medicina sobre os cuidados paliativos em pacientes terminais. **Revista Einstein**, São Paulo, vol 8, n.2, 2010; p. 162-167.

NICKEL L.; OLIARE L.P.; DAL VESCO, S. N. P.; PADILHA M. I. Grupos de pesquisa em cuidados paliativos: a realidade brasileira de 1994 a 2014. **Revista Esc. Anna Nery**, Florianópolis, vol 20, n.1, 2016, p.70-76.

OLIVEIRA, J.R.; FERREIRA, A. C.; REZENDE, N. A. Ensino de Bioética e Cuidados paliativos nas Escolas Médicas do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, vol. 37, n.2, 2013. P. 285-90.

PAIVA, F. C. L.; ALMEIDA-JUNIOR, J.J.; DAMÁSIO, A. C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista bioética**, Rio Grande do Norte, vol.22, n.3, 2014. p. 550-60.

PARSONS, Henrique Afonseca. Caquexia e anorexia. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. Cap. 3.1 p. 213-223. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 17.

PASTRANA T, et al. **Atlas of Palliative Care in Latin America ALCP**. 1st edition. Houston: IAHPHC Press, 2012. Disponível em: <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2014/1/Atlas%20Portugues.pdf>. Acesso em 16 de jul.2017.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 29 n. 4, 2005. p. 491-509.

PINHEIRO, T. R. S. Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto anos. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, vol.34, n.3, 2010. P.320-326.

POHL, G. et al. Survey of Palliative Care Concepts Among Medical Students and Interns in Austria: A Comparison of the Old and the New curriculum of the Medical University of Vienna. **Palliative Care: Research and Treatment**, [s.l.], vol.2, 2008. p. 1–7.

QASEEM A. et al. Evidence-Based Interventions to Improve the Palliative Care of Pain, Dyspnea, and Depression at the End of Life: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. **Annals of Internal Medicine**, [s.l.] Vol.148, n.2 2008. P. 141–146. Disponível em: <http://annals.org/aim>. Acesso em 12 jun. 2017.

RADBRUCH L, LEGET C, BAHR P. Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. **Palliative Medicine**, [s.l.] vol.30, n.2, 19 nov. 2015. p. 104-116.

REZENDE, JM. A Medicina na passagem do milênio in: **À sombra do plátano: crônicas de história da Medicina**. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. p. 281-295. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em 21 de jun. 2017.

SILVA, Alexandre Santos da Cruz; BATISTA, Cláudia Bacelar. **Como dar más notícias: revisão sistemática**. 2016. 38 f. Monografia (Especialização) - Curso de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The 2015 quality of death index**. Ranking palliative care around the world. London, 2015. 68p. Disponível em: <http://www.lienfoundation.org>. Acesso em 02 jun.2017.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The quality of death. Ranking end-of-life care across the world**. London, 2010. 38p. Disponível em: <http://www.lienfoundation.org>. Acesso em 02 jun.2017.

TOLEDO, Andreia P.; PRIOLLI, Denise G. Cuidados no Fim da Vida: O Ensino Médico no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, vol. 36 n.1, 2012. p. 109-117; 2012.

VOLSHAN, André. Desafios para Medicina Contemporânea: Implementação das Evidências na Prática Clínica. **International Journal of Cardiovascular Sciences**. Hospital Pró-Cardíaco, Rio de Janeiro, vol. 29, n.4, 2016. p. 250-252.

WEBER M. et al. Knowledge and attitude of final – year medical students in Germany towards palliative care – an interinstitutional questionnaire-based study. **BMC Palliative Care**. Vol. 10, n.19, 2011. P.1-7.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative care [internet]. Disponível em: <http://www.who.int>. Acesso em: 20 jun. 2017

IV- NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

COMPLETE INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

Preparing a Manuscript: Requirements and Standards

General Format

- All manuscripts must be submitted electronically via Editorial Manager at <http://www.editorialmanager.com/acadmed/>. (See Submitting a Manuscript section for more details.)
- Manuscripts should be double spaced and left-justified, including references. Use 12-point type, approximately 1-inch margins, and format for 8 ½ x 11 paper
- Supply a title page as the first page of the manuscript with the following information:
 1. The manuscript's full title
 2. An author byline that lists all authors' full names and academic degrees at the master's level and above; *for example*, "Jane M. Smith, MD, PhD, and John Q. James, MD, MBA"
 3. Sentence-style bios for each author than list position(s) or title(s) and institutional affiliation(s); *for example*, "Dr. Smith is assistant professor, Department of Family Medicine, State University College of Medicine, City State"
 4. Contact information (address and email address, plus telephone and/or fax) for the corresponding author
 5. Disclosure of funding received for this work from any of the following organizations: National Institutes of Health (NIH); Wellcome Trust; Howard Hughes Medical Institute (HHMI); Research Councils UK; and other(s).
- Number all pages, starting with the title page.
- Spell out all acronyms in full at first use.
- Generally, write using the first person, active voice; *for example*, "We analyzed data," not "Data were analyzed." The Abstract and acknowledgments/disclaimers are the exceptions to this guideline, and should be written in the third person, active voice; "The authors analyzed," "The authors wish to thank."

FILE FORMATS

NOTE: The types of files accepted when manuscripts are originally submitted for review and consideration through Editorial Manager are not the same types of files supplied if a manuscript is accepted and will be edited.

Initial Manuscript Submission

For reviewing purposes, Editorial Manager accepts the types listed below. Please be aware that all files you submit at this stage will be combined and converted into a PDF by Editorial Manager for peer-review purposes.

Graphics Files:

Text Files:	MS Word
	TIFF
MS Word	EPS
RTF	PostScript
PostScript	PDF
PDF	PowerPoint

Revised Manuscript Submission

For editing purposes, edit-ready files must be submitted through Editorial Manager.

- Text files must be submitted in MS Word, without any links between in-text reference citations and references.
- Table files must be submitted in MS Word. See section on tables for more information.
- Figures must be provided in files that can be opened and edited (e.g., PowerPoint, Excel, Illustrator, or Word [figures that were not created in Word should not be provided in that format]). In the event that such figure files cannot be provided or editors cannot manipulate the provided files, authors will be required to revise figures as requested during the editorial process. Please see [figures](#) for information about formatting graphics and resolution requirements.

DETAILED INSTRUCTIONS

NOTE: The editor-in-chief or editorial staff will make reasonable allowance for minor deviations from these specifications as long as they do not interfere with reading, reviewing, or editing the manuscript. Corrections or changes may be required of authors if the manuscript undergoes revisions. Major deviations, however, will lead journal staff to send the manuscript back to the authors for corrections before the manuscript is initially processed.

Abstract

- The abstract should be written in the past tense, third person, and must not exceed 250 words; for *example*, "The authors interviewed 30 deans."
- The abstract must fully reflect the scope of the manuscript. It cannot contain information that is not also included in the main text.
- The data and findings reported in the abstract must match those reported in the main text.
- The abstract must appear on its own page, between the title page and the first page of the main text.
- For research reports only, abstracts must be in the structured form of four paragraphs, with headings Purpose, Method, Results, and Conclusions; and must include the year of the study.
- For innovation reports only, abstracts must be in the structured form of four paragraphs, with headings Problem, Approach, Outcomes, Next Steps, and must include the year of the study.

HEADINGS

- **For all manuscripts.** Use main headings and short subheadings as needed. Do not create a heading at the very top of the manuscript, since layout constraints make such headings unworkable. At least a full paragraph of text must precede the first heading (e.g., Introduction, Background). Distinguish main-level headings (16-point font, bold, Title Style Capitalization) from subheadings (12-point font, bold, Sentence style capitalization). If subheadings are used, two or more such headings must be used, as in outline style.
- **For research reports.** Structure the body of the manuscript using the main-level headings Introduction, Method, Results, and Discussions. Sometimes, additional main-level headings (e.g., Conclusions) may be appropriate. Subheadings may be used as needed within each main section.

- **For articles.** Create headings that are substantive and interesting and that will give readers a sense of the article's organization. Make headings as short as is feasible.
- **For innovation reports.** Structure the body of the manuscript using the main-level headings Problem, Approach, Outcomes, and Next Steps. Unlike other manuscripts, innovation reports must begin with the Problem heading before the first paragraph of text. Subheadings may be used as needed within each main section.

Data and Analysis

- *Percentages:* Include raw numbers with percentages; for example, 100 (50%) of the respondents; many respondents ($n = 100$, 50%); 100 respondents (50%). Round percentages consistently, e.g., to the nearest whole number (50%) or one decimal place (50.0%).
- *Confidence intervals:* Report appropriate confidence intervals whenever possible.
- *Standard deviations:* Report standard deviations in parentheses—i.e., “mean (SD)” rather than “mean $\pm$ SD.”
- *P values:* In general, report actual *P* values to two decimal places (e.g., $P = .01$), unless $P < .01$ or rounding to two places would make a particular value insignificant. In such cases, report the *P* value to three decimal places. Do not round *P* values to 0 or 1; instead, use $P < .001$ and $P > .99$, respectively. Describe *P* values as “statistically significant” or “not statistically significant.”
- *Software used:* When describing statistical analyses in the Method, please include the name and version of the software used in the text, followed by the manufacturer’s name and location in parentheses. Please do not cite the manufacturer in the reference list.

TABLES

- Use tables (1) only when their information cannot easily be stated or summarized in the manuscript, and (2) only when that information concerns a central issue of the manuscript.
- Up to 5 tables and figures, total, are permitted per article/research report in the print journal. Additional exhibits may be published at the discretion of the editor-in-chief as supplemental digital content.
- Tables must be created in Word using the table function. Tables created in Excel or informally created in Word with tabbing or spacing will not be accepted.

- Table titles should make the table sufficiently understandable independent of the manuscript. Typically, include type of data, number and type of respondents, place of study, year of study. Titles should be placed directly above the table, not in a data cell.

- Columns should be clearly labeled and include unit of measure.

- Footnotes: Create one or more table footnotes if information is needed to make the table understandable independent of the text and that information won't easily fit into the table title or data cells. Place footnotes at the bottom of the table, not in a data cell. Define abbreviations in a single table footnote and label it “Abbreviations.” Symbols for all other table footnotes are superscript lowercase letters used in alphabetical order (a, b, c, etc.).

- All tables should be separated from the text file, yet bundled into a common file, with individual tables separated by page breaks.

- All tables must be called out in the text.

Figures

Academic Medicine does not redraw or create figures. It is the author’s responsibility to provide high quality figures that are ready to publish and to make revisions as requested by staff editors during the review and editing processes.

Creating Digital Artwork

- Review the publication requirements for digital artwork on the publisher’s website: <http://links.lww.com/ES/A42>

- Refer to the Digital Artwork Guideline Checklist, below, as you create, scan and save your artwork.

- Upload each figure to Editorial Manager in conjunction with your manuscript text and tables.

Digital

Artwork

Guideline

Checklist

Before submitting your digital artwork, make sure it meets the basic format and resolution guidelines below. Note that the staff editors require figure files that can be opened and manipulated during editing. If such files are not provided, the author will be required to make all changes requested by the staff editor.

- Artwork should be saved as TIFF, EPS, or MS Office (DOC, PPT, XLS) files. High resolution PDF files are also acceptable. Do not provide figures as DOC files unless they were created in Word.

- Crop out any white or black space surrounding the image.

- Diagrams, graphs, and other line art must be provided as live files that can be edited. If that is not possible, they must be vector or saved at a resolution of at least 1200 dpi. If created in an MS Office program, send the native (DOC, PPT, XLS) file.

- Photographs, radiographs and other halftone images must be saved at a resolution of at least 300 dpi.

- Photographs and radiographs with text must be saved as postscript or at a resolution of at least 600 dpi.

- Each figure must be saved and submitted as a separate file. Figures should not be embedded in the manuscript text file.

Remember:

- Use figures (1) only when their information cannot easily be stated or summarized in the manuscript, and (2) only when that information concerns a central issue of the manuscript.

- Up to 5 tables and figures, total, are permitted per article/research report in the print journal. Additional exhibits may be published at the discretion of the editor-in-chief as supplemental digital content.

- Figures should be two-dimensional; black-and-white or grayscale; and without gridlines or background shading. X- and Y-axes, if present, must be labeled and should include hatch marks as appropriate.

- Figure legends should make the figure sufficiently understandable independent of the manuscript. Legends should be placed on the last page in the manuscript.

- All figures must be called out in the text.

References

- Authors are responsible for the accuracy and completeness of their references and for correct in-text citations.

- *Academic Medicine's* reference style for the format and sequence of citations mirrors American Medical Association (AMA) style. (See *American Medical Association Manual of*

Style: A Guide for Authors and Editors, 10th edition, chapter 3. Oxford: Oxford University Press, 2007.)

- The list of references should be double spaced and placed at the end of the manuscript.
- Number the references according to the order in which they are first cited in the manuscript (do not list alphabetically). Use superscript numerals in the body of the text to indicate the reference list numbers being cited. Do not use footnotes or endnotes; remove any hyperlinks between the in-text citations and the references.
- Any unpublished sources and personal communications should be included as numbered references rather than noted within the text of the manuscript in parentheses. (This is a departure from AMA style.)
- For guidance, see Examples of Typical References. For more comprehensive examples, please consult the AMA style guide, 10th edition, and review published reference lists in recent issues of the journal.

Structured Disclosures: Acknowledgments, Funding, Disclaimers, Ethical Approval

- All articles published in *Academic Medicine* must include a structured disclosures section at the end of the text, before the reference list, using the category headings specified below. Each category should appear as a separate paragraph in the following order:

1. *Acknowledgments*: Write author acknowledgments in the third person ("The authors wish to thank..."), or indicate "None."
2. *Funding/Support* : List any external funding, including grant names or numbers, or indicate "None." If required by the funder, include a statement on how readers can access the underlying research materials (e.g. data, samples, models).
3. *Other disclosures*: List any potential conflicts of interests for author(s) of this manuscript that fit *Academic Medicine's* Authorial Conflict of Interest Policy, or indicate "None."
4. *Ethical approval* : For manuscripts involving studies or evaluations of human participants, either (a) state that ethical approval has been granted (or waived) for studies involving human subjects, provide the name of the reviewing body, and include the date and reference number; or (b) indicate "Not applicable." Please note that program descriptions that include an evaluative component may require ethical approval or exemption from the

authors' IRB(s). For more information, review Ethical Approval for Studies Involving Human Participants and see the journal's resource on ethical issues to consider.

5. *Disclaimer*: Write any disclaimer in the third person, or indicate "None."
6. *Previous presentations*: Report previous presentation of materials in a different form, such as at a conference, with date(s) and location(s), or indicate "None."

Supplemental Digital Content (SDC): Authors may submit SDC via Editorial Manager to be considered for online posting. SDC may include standard media such as text documents, graphs, tables, figures, audio, video, etc. On the Attach Files page of the submission process, please select Supplemental Audio, Video, or Data for your uploaded file as the Submission Item. If an article with SDC is accepted, the publisher's staff will create a URL for the SDC file. The URL will be placed in the call-out within the article. The author is responsible for the accuracy and content of SDC files, which are *not* edited by journal staff and by the publisher's staff; they will be presented digitally as submitted. For a list of all available file types and detailed instructions, please visit <http://links.lww.com/A142>.

SDC CALL-OUTS

SDC items must be numbered and cited consecutively in the text of the submitted manuscript. Citations should include the type of material submitted (Audio, Figure, Table, Appendix, Video, etc.), be clearly labeled as "Supplemental Digital Content," include the sequential list number, and provide a description of the supplemental content. All descriptive text for audios or videos should be included in the call-out as it will not appear elsewhere in the article.

Examples:

The complete survey is available as Supplemental Digital Appendix 1. We performed many tests on the degrees of flexibility in the elbow (see Video, Supplemental Digital Content 1, which demonstrates elbow flexibility) and found our results inconclusive.

LIST OF SUPPLEMENTAL DIGITAL CONTENT

A listing of Supplemental Digital Content must be submitted at the end of the manuscript file. Include the SDC number and file type of the Supplemental Digital Content. This text will be removed by the publisher's production staff and will not be published.

Example: cSupplemental Digital Content 1. Wmv

SDC File Requirements

All acceptable file types are permissible up to 10 MBs. For audio or video files and any files greater than 10 MBs, authors should first query the journal office for approval. For a list of all available file types and detailed instructions, please visit <http://links.lww.com/A142>.

"UNIFORM REQUIREMENTS" AND *ACADEMIC MEDICINE* FORMAT

Academic Medicine will consider manuscripts prepared according to:

1. *Academic Medicine*'s specific requirements as outlined in these instructions, or
2. The "Uniform Requirements for Articles Submitted to Biomedical Journals" (<http://www.icmje.org>). The Uniform Requirements is a set of consensus guidelines agreed to by approximately 500 English-language biomedical journals. Participating journals will consider all manuscripts that conform to the Uniform Requirements even though each journal has different specific requirements for format—in other words, the journal will not refuse to consider a manuscript merely because it does not conform to that journal's specific requirements (e.g., for references, table format, or organization) if the manuscript is prepared according to the Uniform Requirements.

If *Academic Medicine* invites a revision of or accepts a manuscript prepared according to the Uniform Requirements, **the author must then revise the manuscript to meet *Academic Medicine*'s specific requirements (reference style, for example) as directed by a staff editor.**

SUBMITTING A MANUSCRIPT

Online submission

- Manuscripts must be electronically submitted via Editorial Manager, the journal's online submission system. After creating an author's account, follow the step-by-step instructions.

- First-time users: Please click the Register button on the Editorial Manager log-in page and enter the requested information. On successful registration, you will be sent an e-mail indicating your user name and password. Print a copy of this information for future reference.
- Your Editorial Manager account user name and password are independent of the user name and password with which you access full-text articles on the journal's Web site.
- Authors: Please use the same account each time you submit a manuscript. Click the log-in button from the menu at the top of the page and log in to the system as an Author. Submit your manuscript according to the instructions given by Editorial Manager. You will be able to track the progress of your manuscript through the system.
- Forgotten password or username: Do not create a new account. If you cannot recall your existing password, follow the prompts on the log-in screen. If you cannot recall your existing user name, contact the journal offices at 202-828-0590 or email acadmed_online@aamc.org.
- Formatting: Refer to Preparing a Manuscript: Requirements and Standards for manuscript formatting instructions.
- Questions or problems: For questions related to online submissions, or if you encounter difficulty uploading your manuscript, please contact the journal offices at 202-828-0590 or email, acadmed_online@aamc.org.

SUBMISSION REQUIREMENTS

Editorial Manager requires the following information at the time of submission. Manuscripts will not be considered unless they include the following components:

- Name of the corresponding author, his or her full mailing address and telephone number, e-mail address, and fax number if available.
- Name of a backup person (e.g., co-author, assistant), with phone and e-mail information, whom journal staff can contact if the corresponding author cannot be reached.
- The working title of the manuscript.
- A statement that the manuscript has not been previously published and is not under consideration in the same or substantially similar form in any other journal. See Prior and Duplicate Publication; Simultaneous Submission.
- A statement that all those listed as authors are qualified for authorship and that all who are qualified to be authors are listed as authors on the byline. See Authorship.

- A statement that, to the author's knowledge, no conflict of interest, financial or other, exists. (If a possible conflict exists, the author must describe the circumstances.) See Authorial Conflict of Interest.
- Acknowledgment of funding, in whole or in part, specifically by the National Institutes of Health, Wellcome Trust, Howard Hughes Medical Institute, Research Council UK, or other funding agencies.
- For any manuscript that includes one or more studies involving human participants, it is the author's responsibility to indicate ethical approval by the appropriate committee (e.g., Institutional Review Board, Research Ethics Board) to conduct such research. See Ethical Approval for Studies Involving Human Participants.

HOW MANUSCRIPTS ARE PROCESSED

1. **Initial Processing.** All manuscripts are automatically logged into our tracking system when they are submitted online through Editorial Manager and processed for conformity to basic standards. Authors are able to track the decision process via Editorial Manager.
2. **Initial Review.** All manuscripts undergo internal review by the editor-in-chief, deputy editor, associate editors, and staff editors as appropriate.
3. **Peer Review.** Some manuscripts are selected after this initial review to be sent to external peer review. Reviewers are required (1) to keep the manuscript confidential; (2) to not to make copies of the manuscript or share its content with others without the permission of the editor-in-chief; and (3) to apprise the editor-in-chief of any conflicts or biases that might affect their ability to objectively assess the manuscript. The review process for all manuscripts is "partially masked"—that is, a reviewer's identity is not revealed to the author or to other reviewers of the same manuscript. However, each peer reviewer will receive a copy of the decision letter for the manuscript that she or he has reviewed.
4. **Publication Decisions.** Most decisions are made within 90 days of receipt of the manuscript. Authors are notified of decisions via email. See Editorial Conflict of Interest for additional information about decision making.
5. **Revisions.** Most manuscripts require revisions, minor or extensive, before they are accepted in full for publication. Authors receive instructions for revisions in manuscript decision letters, based on feedback from peer reviewers and staff editors.

6. **Editing.** All accepted manuscripts are substantively edited for content and overall presentation, not merely for grammar and correct style, so **authors should be prepared for further revisions (sometimes extensive) during editing.** These revisions reflect detailed critiques of presentation, completeness, clarity, and balance by the editor-in-chief, deputy editor, associate editor, and/or staff editor. Some changes are needed to make content clearer to a broad readership; others are required so that the manuscript will conform to "house style" (that is, to be consistent with rules for standardized terminology, reference style, table style, spelling, and word usage). The authors are responsible for the accuracy of the final, edited version, which the corresponding author approves on behalf of all authors, either after consulting with all co-authors or by obtaining their advance authority to approve the final version on their behalf. Once the final, approved version is typeset, the authors may not rewrite or revise content (except to correct errors in data or typesetting); therefore, it is essential that the corresponding author ensure the accuracy of the final, edited version before it is sent to the publishing house for final checking and typesetting.

7. **Proofs.** Technical production is handled by the journal's publisher, Lippincott, Williams, and Wilkins (LWW). LWW's production editor will send to the corresponding author an e-mail notification that the page proof is ready to download from Editorial Manager; this message will include instructions. The corresponding author will have about a week to make any corrections and upload corrected proofs to Editorial Manager or notify the LWW production editor that no changes are needed. LWW also coordinates publication of the online version of the journal. The corresponding author is responsible for proofreading the typeset materials carefully, and consequently all authors are wholly responsible for the accuracy of the final printed version based on that proof. The corresponding author may correct typographical errors and data errors but may not make discretionary or non-error-related changes to the proof. If the authors make discretionary changes that should have been made during editing, they may be charged the cost of these extra changes.

8. **Reprints.** Authors may order reprints (copies of the article as it appears in the print journal) from LWW. An order form for reprints is included in the PDF file with the page proofs. The corresponding author is responsible for submitting all co-authors' reprint orders. If authors decide later that they want reprints, they may obtain them through LWW.

9. **Rejected manuscripts.** When a submitted manuscript is not accepted for publication, the editorial office will retain an electronic copy of it. The editor-in-chief reserves the right, however, to discuss the manuscript and its disposition with the editor of

another journal if either editor has a reasonable concern that duplicate publication, simultaneous submission, or other inappropriate actions have been taken.

V. ARTIGO ORIGINAL

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE NO NORDESTE DO BRASIL

KNOWLEDGE ON PALLIATIVE CARE AMONG MEDICAL STUDENTS AT A UNIVERSITY IN THE NORTHEASTERN BRAZIL

Maiane Cássia de Castro Vasconcelos¹, Deborah Mônica Machado Pimentel², Enaldo Vieira de Melo³, Marcos Vinicius da Conceição ⁴

¹ Graduanda em Medicina da Universidade Federal de Sergipe (UFS) – Aracaju (SE) – Brasil.

² MD, PhD em Ciências da Saúde. Professora adjunta do departamento de Medicina na Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju (SE) – Brasil.

³ MD, PhD em Ciências da Saúde. Professor adjunto do departamento de Medicina na Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju (SE) – Brasil.

⁴¹ Graduando em Medicina da Universidade Federal de Sergipe (UFS) – Aracaju (SE) – Brasil.

RESUMO

Introdução: Os cuidados paliativos vêm sendo reconhecido em todo mundo objetivando o alívio do sofrimento e melhoria da qualidade de vida, entretanto, a inserção desse tema no currículo médico ainda é incipiente e os alunos continuam a completar a graduação sentindo-se mal preparado para lidar com esses pacientes. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento sobre cuidados paliativos entre estudantes de medicina. **Métodos:** Foi realizado um estudo observacional, transversal e analítico entre estudantes do quinto e sexto anos do curso de medicina da Universidade Federal de Sergipe (UFS) em Aracaju, no período de Maio a Junho de 2017, através da aplicação de um questionário que contemplou dados sócio-demográficos, autoavaliação e conhecimentos específicos sobre cuidados paliativos. **Resultados:** De um total de 135 estudantes, observou-se que menos de 30% dos alunos tem conhecimento da definição da OMS sobre cuidados paliativos e apenas 3% tem uma percepção de ter recebido informações suficientes para lidar com os pacientes terminais. O domínio da dor apresentou frequências de acertos que variaram entre 14,8% e 88,9%. O domínio da dispneia e dos problemas gastrointestinais apresentaram valores inferiores a 1/3 de acertos. A frequência de acertos no domínio dos problemas psiquiátricos variou de 32,6% a 33,3%. Os domínios da filosofia e comunicação apresentaram os maiores índices de acertos. No domínio da dor e dos problemas psiquiátricos, os estudantes do 11º e 12º períodos obtiveram maiores medianas de acertos em relação ao 9º e 10º períodos, com significância estatística ($p < 0,001$). A análise de confiabilidade do questionário aplicado apresentou um α de Cronbach de 0,708. **Conclusões:** Os alunos apresentaram desconhecimento da definição de cuidados paliativos associado a uma percepção de insuficiente preparo para lidar com os pacientes terminais, especialmente no controle da dor e outros sintomas comuns. Quanto aos conhecimentos específicos, embora os alunos apresentassem baixas frequências de acertos nos domínios da dor, dispneia, problemas gastrointestinais e psiquiátricos, de modo particular no manejo de opioides e do delirium, a experiência do internato proporcionou um ganho de conhecimento adicional, mais notadamente nos domínios da dor e dos problemas psiquiátricos.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, conhecimento, estudantes de medicina, autoavaliação

ABSTRACT

Introduction: Palliative care has been recognized throughout the world with the objective of alleviating suffering and improving quality of life. However, insertion of this theme into the medical curriculum is still incipient and students continue to complete their undergraduate education, feeling ill prepared to cope with these patients. **Objective:** To evaluate the knowledge about palliative care among medical students. **Methods:** An observational, cross-sectional and analytical study was carried out among students of the fifth and sixth years of the medical course of the Federal University of Sergipe (UFS) in Aracaju, from May to June 2017, through the application of a questionnaire that included socio-demographic data, self-assessment and specific knowledge about palliative care. **Results:** Of a total of 135 students, less than 30% of the students were aware of the WHO definition of palliative care and only 3% had a perception that they had received enough information to deal with terminal patients. The pain domain presented correct frequencies ranging from 14.8% to 88.9%. The domain of dyspnea and gastrointestinal problems presented values less than 1/3 of correct answers. The frequency of successes in the area of psychiatric problems ranged from 32.6% to 33.3%. The fields of philosophy and communication presented the highest success rates. In the area of pain and psychiatric problems, students in the 11th and 12th periods had the highest median scores in relation to the 9th and 10th periods, with statistical significance ($p < 0.001$). The reliability analysis of the applied questionnaire presented a Cronbach's α of 0.708. **Conclusions:** Students were not aware of the definition of palliative care associated with a perception of insufficient preparation to deal with terminal patients, especially in pain control and other common symptoms. As for the specific knowledge, although the students presented low frequencies of correct answers in the domains of pain, dyspnea, gastrointestinal and psychiatric problems, particularly in the management of opioids and delirium, the experience of the internship provided an additional knowledge gain, more notably in the domains of pain and psychiatric problems.

Key words: Palliative care, knowledge, medical students, self-assessment

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida da população nas últimas décadas vem exigindo mudanças na forma do cuidado com o paciente, sobretudo em decorrência do crescimento das taxas de câncer e de doenças crônico-degenerativas. Nessa perspectiva, os cuidados paliativos surgem como uma resposta às necessidades de uma sociedade senil e, embora relativamente novo, vêm sendo reconhecido como importante, por objetivar o alívio do sofrimento e a melhoria da qualidade de vida do paciente e toda sua família, através de uma abordagem física, psíquica, espiritual e social frente a uma condição ameaçadora de vida¹.

A prevenção e o controle de sintomas como dor, dispneia, delirium e sintomas gastrointestinais são fundamentais na assistência em cuidados paliativos. Ainda que existam especificidades de cada área profissional, todos que atuam devem ser capazes de identificar sintomas e conhecer técnicas básicas de manejo². Além disso, a comunicação de más notícias é uma competência imprescindível na relação médico-paciente³.

A *World Palliative Care Alliance* (WPCA) afirma que os cuidados paliativos devem ser fornecidos em todos os níveis de assistência, não se limitando aos serviços especializados e incluindo, portanto, cuidados de nível primário e secundário, devendo ser prestados por profissionais de atenção primária. Isso significa que médicos generalistas devem conhecer seus princípios e saber aplicá-los⁴.

Entretanto, apesar da necessidade aumentada para desenvolvimento de habilidades em cuidados paliativos, para a Organização Mundial de Saúde, o treinamento em cuidados paliativos para profissionais de saúde é geralmente limitado ou inexistente⁵. Múltiplas pesquisas têm sido realizadas nas mais diversas escolas médicas ao redor do mundo e as mesmas demonstram que a inserção de temas relacionados aos cuidados paliativos no currículo médico ainda é incipiente. Além disso, os alunos continuam a completar a graduação sentindo-se mal preparado para lidar com o paciente em cuidados paliativos⁶⁻¹⁴.

Dentro desse contexto, o objetivo do presente estudo é avaliar o conhecimento sobre cuidados paliativos entre estudantes de medicina e comparar o possível ganho de conhecimento ao longo dos períodos.

MÉTODOS

O presente estudo apresenta resultados que fazem parte de um projeto maior intitulado “Conhecimento sobre cuidados paliativos entre internos de medicina e médicos residentes de um Hospital Universitário em uma capital do Nordeste”.

Local do estudo

Campus da saúde Prof. João Cardoso Nascimento Júnior da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

População – Alvo da pesquisa

A amostra foi realizada de forma não aleatória com indivíduos selecionados de forma consecutiva. Foram incluídos acadêmicos matriculados no quinto e sexto anos do curso de medicina da Universidade Federal de Sergipe. Os alunos do quinto ano, correspondentes ao 9º e 10º períodos, estavam adentrando ao internato no mês que foi iniciada a coleta. Dentre os alunos do sexto ano, os do 11º período já estavam no internato há 7 meses e os do 12º há um ano.

Foram selecionados 187 estudantes dos quais 135 manifestaram disponibilidade para participar do estudo, compondo assim uma amostra por conveniência, dado que não foi possível ter acesso a toda a população alvo.

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal (a variável desfecho autoavaliação e conhecimentos específicos foi avaliada em um único momento) e analítico (realizou testes de hipóteses com dados coletados de forma prospectiva).

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de maio a junho de 2017, após aprovação do comitê de ética. A cada um dos pesquisados foram entregues questionários e explanados os objetivos do estudo. A privacidade do entrevistado foi preservada durante a coleta.

Instrumentos da pesquisa

No presente estudo, o instrumento utilizado para coleta de dados foi elaborado em três partes.

A primeira parte consistiu de um questionário estruturado autoaplicável elaborado pelos autores deste estudo contendo características sócio-demográficas dos participantes: idade, sexo, religião e o período que estava cursando.

A segunda parte consistiu de uma autoavaliação sobre cuidados paliativos, baseada em um instrumento validado na Colômbia¹⁵ e previamente utilizado em outros dois estudos no Brasil^{12,13}. Na presente pesquisa, foi utilizada uma versão modificada, compreendendo cinco questões fechadas que continham duas opções de respostas: sim e não.

A terceira parte reuniu informações sobre conhecimentos específicos em cuidados paliativos utilizando um instrumento validado no Japão “*Palliative Care Knowledge*” (PCKT)¹⁶. A versão modificada utilizada no presente estudo consistiu de 22 questões que incluiu seis domínios: filosofia, dor, dispnéia, problemas psiquiátricos, problemas gastrointestinais e comunicação, contendo três opções de respostas: verdadeiro, falso e “não sei”.

Análise estatística

As variáveis numéricas foram descritas como media e desvio padrão atendendo o pressuposto de normalidade. Para as variáveis quantitativas que não atenderam tal pressuposto foi utilizado mediana e primeiro e terceiro quartis.

Para as variáveis categóricas utilizou-se frequência simples e percentagem. Para avaliar a associação entre os períodos (9º, 10º, 11º e 12º) e as demais variáveis categóricas foi utilizado o teste do χ^2 de Pearson.

A comparação entre os grupos correspondentes aos períodos foi realizada através do teste de análise de variância (para as variáveis qualitativas que atenderam o pressuposto da normalidade) ou teste de Kruskal-Wallis (para as variáveis que não atenderam tal pressuposto).

A análise de confiabilidade foi realizada por meio do α de Cronbach avaliando-se os itens e a escala de domínios para avaliação dos conhecimentos específicos seguido de estatística F. Considerou-se um α de Cronbach adequado com valores superiores a 0,65. Considerou-se um nível de significância $p \leq 0,05$, poder 0,80.

Foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 22.0 para teste com licença para uso durante 15 dias.

Considerações éticas

Esta pesquisa foi submetida ao comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe – UFS - e aprovada sob o número da CAAE: 66997817.6.0000.5546. O Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi distribuído aos estudantes, garantindo aos mesmos, anonimato e a possibilidade de retirar seu consentimento a qualquer momento sem prejuízos, conforme Resolução 466/12.

RESULTADOS

1- Características da amostra

O estudo contou com a participação de 135 estudantes, representando 72% da amostra total de acadêmicos do quinto e sexto anos, sendo 72 (53,3 %) do sexo masculino e 63 (46,7%) do sexo feminino. Dentre estes, 118 (87,4%) possuíam idades entre 20 e 29 anos e 70 (51,9%) declararam-se católicos. O número de estudantes correspondentes a cada período variou de 27 (20,1%) a 38 (28,1%) estudantes (tabela 1).

2- Autoavaliação sobre cuidados paliativos

Quanto a autoavaliação, observou-se que menos de 30% tem conhecimento sobre a definição da OMS sobre cuidados paliativos e apenas 3% dos alunos tem uma percepção de ter recebido informações suficientes para lidar com os pacientes terminais. Em relação ao conhecimento sobre o manejo da dor e outros sintomas comuns observou-se uma frequência maior de positividade, porém inferior a 25%. Somente as técnicas de comunicação e postura para dar más notícias obteve um índice de respostas positivas maior que 45% (tabela 2).

Na questão referente a informação suficiente sobre pacientes terminais observou-se uma baixa frequência de respostas positivas entre os períodos, sem diferença significativa entre os mesmos ($p:0,59$). Acerca do conhecimento sobre a definição dos cuidados paliativos foi observado um aumento discreto da positividade entre os alunos do 9º ao 11º período, seguido-se de redução no 12º, porém sem significância estatística ($p:0,08$). Em relação as informações sobre o manejo da dor, observou-se um aumento da positividade entre os períodos, sem significância estatística ($p:0,43$). No tocante a percepção sobre o manejo de sintomas comuns em pacientes em cuidados paliativos foi observado um aumento da positividade entre os alunos do 9º, 10º e 12º períodos, com discreta redução no 11º período, sem significância estatística ($p:0,32$). Sobre a aquisição de técnicas de comunicação e má notícias observou-se maior

frequência de positividade entre os alunos do 11º e 12º períodos, em relação aos alunos do 9º e 10º períodos, mas sem significância estatística ($p:0,13$) (tabela 3).

3- Avaliação dos conhecimentos específicos sobre cuidados paliativos

Na avaliação dos conhecimentos específicos sobre cuidados paliativos segundo os domínios, observou-se uma menor frequência de respostas positivas nos domínios da dispneia e dos problemas gastrointestinais. O domínio da dor apresentou uma maior variabilidade de acertos com valores variando entre 14,8% e 88,9%. O domínio dos problemas psiquiátricos apresentou menores índices de acertos nas questões referentes ao manejo do delirium. A maior frequência de acertos foi obtida nos domínios da filosofia e comunicação.

Referente ao domínio da dispneia, menos de 30% dos pesquisados tem conhecimento sobre uso da morfina para o alívio da dispneia em pacientes com câncer e no domínio dos problemas gastrointestinais, somente 14,8% dos estudantes têm conhecimento que esteroides melhoram o apetite em pacientes com câncer.

Em relação ao domínio da dor, a maior frequência de respostas corretas foi observada nas questões que discorriam sobre o manuseio de medicações para o alívio da dor. Uma alta proporção de alunos tem conhecimento sobre o uso de antidepressivos e anticonvulsivantes para o alívio da dor do câncer, da mesma forma que sabem que o opioide não deve ser usado como medicamento de primeira escolha em um paciente com dor.

As menores frequências de positividade obtidas no domínio da dor foram observadas nas questões relacionadas aos efeitos adversos dos opioides. Nestas, mais de 70% pensam erroneamente que o aumento da dosagem de opioides deve ser limitado porque a depressão respiratória pode ocorrer como um efeito colateral, menos da metade tem conhecimento sobre o uso de laxantes para tratamento da obstipação secundária ao uso de opioides e somente 14,8% dos estudantes sabem que o uso a longo prazo de opioides não causa dependência.

Baixas porcentagens de acertos também foram observadas nas questões referentes ao delirium no domínio dos problemas psiquiátricos, variando de 32,6% a 33,3%, em contrapartida, quando questionados acerca da sedação continua para o alívio do sofrimento, mais de 85% dos acadêmicos responderam acertadamente.

No tocante a filosofia e a comunicação, observou-se que uma alta proporção de alunos tem conhecimento que os cuidados paliativos podem ser prestados concomitantemente ao tratamento curativo, que habilidade de comunicação pode ser aprendida e que as informações solicitadas pelos pacientes e familiares influenciam na tomada de decisão e podem mudar de

acordo com a condição e curso da doença. Em compensação, somente 20% sabem que informações incertas devem ser dadas aos pacientes.

A análise de confiabilidade do questionário aplicado apresentou um α de Cronbach de 0,708. Por outro lado, a análise de cada item apresentou um α de Cronbach variando de 0,689 a 0,713 (tabela 4).

4- Avaliação dos conhecimentos específicos segundo os períodos

Em relação a avaliação dos conhecimentos específicos segundo os períodos, observou-se uma diferença significativa na média do conhecimento total entre os alunos do 9º aos 12º períodos. Os alunos dos 9º e 10º períodos apresentaram médias semelhantes e os alunos dos 11 e 12º períodos obtiveram médias crescentes em comparação aos alunos do quinto ano, sendo que o 11º período obteve a maior média, $12,7 \pm 2,7$ (tabela 5.).

Os alunos do 11º período apresentaram uma diferença média de $3,3 \pm 0,6$ do conhecimento total em comparação ao 9º com IC 95% 1,7 a 4,9. Em comparação ao 10º período, os estudantes do 11º período apresentaram diferença média de $3,3 \pm 0,6$ com IC 95% 1,8 a 4,8. No que se refere ao 12º período, os alunos do 11º apresentaram uma diferença média de $1,6 \pm 0,6$ com IC 95% 0,07 a 3,2.

Os estudantes do 12º período apresentaram uma diferença média de $1,7 \pm 0,6$ do conhecimento total em comparação aos alunos do 9º período com IC 95% 0,02 a 3,3. Em relação aos alunos do 10º período, a diferença média foi de $1,7 \pm 0,6$ com IC 95% 0,2 a 3,2.

5- Avaliação dos conhecimentos específicos segundo os domínios e os períodos

O conhecimento total em cuidados paliativos baseado em número de respostas consideradas corretas por aluno do 9º ao 12º períodos foi, em mediana, 9 (7,00-11,00), 9 (7,00-11,00), 12 (11,00 – 15, 00), 11 (10,00 – 12,50), respectivamente, com $p < 0,001$. Quando relacionados os domínios e os períodos observou-se que os domínios da dor, problemas psiquiátricos e gastrointestinais apresentou mediana positiva ao longo dos períodos. Nos domínios da filosofia, comunicação e dispneia as medianas obtidas entre os períodos foram semelhantes.

No domínio da dor e dos problemas psiquiátricos, os estudantes do 11º e 12º períodos obtiveram maiores medianas de acertos em relação ao 9º e 10º períodos, com significância estatística $p < 0,001$. Da mesma forma, o domínio dos problemas gastrointestinais também

apresentou uma mediana crescente ao longo dos períodos, mas sem significância estatística ($p:0,08$) (tabela 6).

Pela análise das medianas observou-se que houve um aumento no conhecimento total estatisticamente significativo ($p<0,001$) (figura 1).

O conhecimento específico relativo a dor apresentou um aumento na transição do 9º e 10º período e manteve-se semelhante a partir do 11º e 12º período (figura 2).

O conhecimento específico relativo aos problemas psiquiátricos apresentou um aumento na transição do 9º e 10º para o 11º período, porém com retorno aos níveis anteriores no 12º período (figura 3).

DISCUSSÃO

As alterações ocorridas no padrão de adoecimento, resultante do fenômeno de envelhecimento populacional e das crescentes taxas de câncer tem requerido uma maior demanda por profissionais de saúde bem treinados que saibam lidar com pacientes terminais⁴. À vista disso e considerando-se que a necessidade global de cuidados paliativos continuará a crescer, o futuro médico deve, então, ser preparado desde a sua graduação para lidar com a terminalidade em todos os aspectos desenvolvendo habilidades e competências para cuidar adequadamente desses pacientes principalmente em relação ao alívio de sintomas físicos^{2,5,17}.

No presente estudo, os alunos apresentaram desconhecimento do conceito de cuidados paliativos e uma percepção de insuficiente preparo para lidar com os pacientes terminais.

Esses resultados são concordantes com pesquisas realizadas entre estudantes de universidades brasileiras durante a graduação em que se constata uma parcela significativa referindo insuficiente conhecimento para o manejo de pacientes em cuidados paliativos^{11, 13}.

Uma pesquisa realizada em 2011 avaliou 58 cursos de Medicina através de questionários respondidos por coordenadores de escolas de todo Brasil e constatou que a prioridade dada ao ensino sobre cuidados no fim da vida ainda é pequena e que o tempo destinado a esse tema é mínimo¹².

Entretanto, lacunas no ensino de cuidados paliativos não ocorre apenas do Brasil. Estudos similares foram realizados em outros países e foi evidenciado entre os pesquisados que os mesmos apresentam-se pouco confiantes para lidar com o paciente terminal^{6,7,8,9,10,28}. Uma revisão sistemática realizada entre os anos de 2005 a 2015 mostrou que os alunos continuam a completar a graduação sentindo-se mal preparado para lidar com o paciente em cuidados paliativos, este fato é atribuído a fragmentação na abordagem de cuidados paliativos nas escolas

médicas de todo mundo, muitas vezes com programas transitórios que não abrangem todos os anos da graduação, além da utilização de métodos inconsistentes de avaliação desses esforços²⁹.

No tocante a autopercepção do conhecimento sobre o manejo da dor e outros sintomas, apesar de não haver significância estatística, o nível de confiança foi crescente ao longo dos períodos. Entretanto, observou-se que mais de 70% dos alunos referem que durante a graduação não receberam informações suficientes sobre esses temas.

Em contrapartida, a autoavaliação sobre técnicas de comunicação e postura médica para dar más notícias obteve altas taxas de respostas positivas em todos os períodos, com um índice total de quase 50%. Os resultados obtidos nesse item sugerem uma maior confiança dos alunos nessa competência, quando comparado a gerenciamento da dor e outros sintomas.

No que se refere aos conhecimentos específicos, embora os alunos apresentassem baixas frequências de acertos nos domínios da dor, dispneia, problemas gastrointestinais e psiquiátricos, de modo particular no manuseio de opioides e manejo do delirium, a experiência do internato proporcionou um ganho de conhecimento adicional, mais notadamente nos domínios da dor e dos problemas psiquiátricos.

O domínio da dor apresentou uma maior variabilidade de acertos. As maiores porcentagens estiveram relacionadas a escolha das medicações adequadas para dor, entretanto, os menores índices ocorreram em relação aos efeitos adversos dos opioides. Neste domínio, uma alta proporção de estudantes acredita erroneamente que o uso a longo prazo de opioides pode causar dependência e que a dosagem dessas medicações deve ser limitada devido a depressão respiratória.

A falta de conhecimento sobre os efeitos colaterais dos opioides evidenciada entre os alunos do presente trabalho pode contribuir para um subtratamento da dor. Pesquisas mostram que a dor é um sintoma muito comum em pacientes com câncer e muitos indivíduos em cuidados paliativos não estão obtendo controle adequado, devido ao mito do vício em opioides^{18,19} e o medo da depressão respiratória^{20,21, 22}.

O mito é provavelmente resultante de uma confusão de conceitos relacionados a pseudoadição, que, ao contrário da dependência, é caracterizado por comportamentos relacionados ao controle inadequado da dor, ou seja, na grande maioria, os pacientes em cuidados paliativos requerem mais opioides, não porque estão viciados, mas porque a dor não está controlada apropriadamente. Além disso, é importante ressaltar que a depressão respiratória com sedação profunda raramente ocorre principalmente se o aumento da dose for gradativo. Portanto, este efeito não deve ser superestimado, dado que a própria dor constitui um estimulante do centro respiratório^{20,21,22}.

Ao contrário da depressão respiratória, a constipação é o efeito adverso mais comum dos opioides. Deste modo, é imprescindível a prescrição de laxantes para esses pacientes, além de uma hidratação adequada²⁷. Acerca desse assunto, no presente trabalho, menos da metade dos estudantes tinha conhecimento sobre a eficácia do uso de laxantes na prevenção da constipação por opioides.

Embora o uso de opioides tenha sido muito discutido nos últimos anos, este assunto ainda suscita muitas dúvidas e ansiedade entre estudantes e médicos. Dificuldades na avaliação da dor, falta de conhecimento sobre conversão e rotação entre diferentes opioides e efeitos adversos são alguns dos problemas encontrados que refletem um manejo inadequado do paciente em cuidados paliativos^{19,20,21,22}.

O desconhecimento sobre manuseio de opioides também foi evidenciada no questionamento referente seu uso na dispneia. No presente trabalho, menos de 30% dos estudantes sabem que a morfina pode ser usada para o alívio da dispneia nesses pacientes. Proporção semelhante foi encontrada no estudo realizado com 192 estudantes na Turquia no qual apenas 22,4 % responderam corretamente esse item⁷. É importante frisar que os opioides constituem o fármaco de escolha para pacientes em cuidados paliativos^{23,24} e as baixas frequências de acertos nesse domínio sugerem uma inadequação no manejo desse sintoma, tão comum em pacientes em cuidados paliativos.

Assim como a dispneia, o delirium é um dos sintomas habitualmente encontrado em pacientes em cuidados paliativos²⁵, entretanto, no presente estudo, ao se explorar as questões referentes aos problemas psiquiátricos observou-se que a maioria dos estudantes atribui à morfina a causa do delirium frequente em pacientes terminais, fato equivocado²², visto que alterações como delirium são efeitos pouco frequentes com uso de opióide. Da mesma forma, menos de 1/3 sabem que o controle do delirium não deve ser realizado com o uso dos benzodiazepínicos.

Baixas frequências de acertos também foram encontradas no domínio referente aos problemas gastrointestinais. Na amostra analisada, somente 14,8% tinham conhecimento sobre o uso de esteróides na melhora do apetite, contrapondo-se a fortes evidências²⁶ que sugerem efetividade no uso desses agentes para redução da inapetência em pacientes em cuidados paliativos.

Em relação aos domínios da filosofia e da comunicação os alunos obtiveram altos índices de acertos, o que sugere um conhecimento razoavelmente melhor quando comparados aos outros domínios. Os resultados obtidos no domínio da comunicação foram concordantes com a autoavaliação dos alunos, visto que quase metade da amostra referiu ter aprendido

técnicas e postura para dar más notícias, o que pressupõe que os mesmos têm acesso a esse tema anteriormente ao internato.

Apesar das baixas frequências de acertos obtidas nos domínios da dor e problemas psiquiátricos, foi verificado que houve, nesses domínios, um ganho de conhecimento adicional estatisticamente significativo ($p < 0,001$) entre os alunos em transição para o internato e os alunos do internato.

O progresso observado no domínio da dor pode ser explicado pela existência de aulas sobre esse tema durante o internato no módulo de clínica médica. Em relação ao domínio dos problemas psiquiátricos, o comportamento crescente observado na transição do 9º e 10º para o 11º período e retorno aos níveis anteriores no 12º período pode ser explicado por dois fatores. O primeiro, refere-se a inclusão do módulo de saúde mental na grade curricular do internato da Universidade, a qual não incluiu alunos do 12º período e o segundo sugere que os indivíduos possam ter adquirido conhecimento extracurricular, questão que não foi pesquisada neste trabalho, mas que se apoia no comportamento heterogêneo apresentado pela grande variabilidade de respostas encontrada dentro do grupo do 11º período.

Ademais, é válido ressaltar que na instituição pesquisada existe um componente muito ativo de pacientes oncológicos adultos e pediátricos, o que permitiria um maior acesso ao conhecimento sobre cuidados paliativos, entretanto, nota-se que uma baixa confiança dos alunos para lidar com pacientes terminais, além do desconhecimento do conceito e de alguns aspectos para o manejo adequado de sintomas.

No Brasil, a literatura em relação ao ensino dos cuidados paliativos ainda é pequena¹² e, embora as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) apresentem pontos em comum com essa temática, não existe uma orientação curricular de inserção desse assunto nos cursos de Medicina do nosso país¹⁸, fato que pode contribuir para uma abordagem fragmentada e muitas vezes insuficiente.

Quanto as limitações do estudo, é importante destacar que os questionamentos utilizados na seção de conhecimentos específicos contemplaram apenas algumas competências sobre cuidados paliativos, haja vista que essa área da medicina apresenta um conteúdo muito extenso e um questionário demasiadamente longo poderia ocasionar baixa adesão. O modelo utilizado foi baseado em um questionário validado e testado em outros países, o qual não foi acrescentado nenhuma questão além das existentes. O ideal seria um questionário que abordasse competências e habilidades adaptadas a realidade brasileira, entretanto, até o momento nenhum instrumento foi validado no país.

CONCLUSÕES

No presente estudo, os alunos apresentaram um desconhecimento da definição de cuidados paliativos associado a uma percepção de insuficiente preparo para lidar com os pacientes terminais, especialmente no controle da dor e outros sintomas comuns.

Quanto aos conhecimentos específicos, embora os alunos apresentassem baixas frequências de acertos nos domínios da dor, dispneia, problemas gastrointestinais e psiquiátricos, de modo particular no manejo de opioides e do delirium, a experiência do internato proporcionou um ganho de conhecimento adicional, mais notadamente nos domínios da dor e dos problemas psiquiátricos.

Esses resultados sugerem que ainda existe uma lacuna na abordagem dos cuidados paliativos na instituição pesquisada, fazendo-se indispensável estudos adicionais e corroborando a necessidade intervenções curriculares que sejam capazes de contribuir para o aperfeiçoamento de habilidades e competências desses estudantes, especialmente no tocante ao manejo de opioides e controle de sintomas físicos, proporcionando assim, aos futuros médicos, mais propriedade na assistência de seus pacientes.

REFERENCIAS

1. Matsumoto, DY. Cuidados Paliativos: Conceitos, Fundamentos e Princípios. In: Carvalho, RT.; Parsons, HA. (org.) Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), cap. 1, 2012, p.23-30. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
2. Gomes, ALZ, Othero, MB. Cuidados Paliativos. *Estudos avançados*, vol. 30, n.88, Universidade de São Paulo, 2016.
3. Silva, MJP, Araujo, MMTA. Comunicação em cuidados paliativos. In: Carvalho, RT.; Parsons, HA. (org.) Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), cap. 5, 2012, p.23-30. Disponível em:

<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>

4. Connor, SR; bermedo, MCS. (ed.). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. *Worldwide Palliative Care Alliance and World Health Organization*, London, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2017.
5. World Health Organization. Palliative care [internet]. [Acesso em: 20 jun. 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/> . Acesso em: 02 mar. 2017.
6. Pohl G, Marosi K, Dieckmann G, Goldner K, Elandt M, Hassler H, Ludwig H, Watzke H. Survey of Palliative Care Concepts Among Medical Students and Interns in Austria: a comparison of the Old and the New curriculum of the Medical University of Vienna. *Palliat Care. Res Treat.* 2008;(2):1-7.
7. Eyigor S. Fifth-year medical Students' knowledge of palliative care and their views on the subject. *J Palliat Med.* 2013;8:941–6.
8. Weber M, Schmiedel S, Friedemann N, Alt-Epping B. Knowledge and attitude of final – year medical students in Germany towards palliative care – an interinstitutional questionnaire-based study. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2011.
9. Head, B, Schapmire TJ, Earnshaw L, Chenault J, Pfeifer M, Sawning S, A Shaw M. et al. Improving medical graduates' training in palliative care: advancing education and practice. *Advances in Medical Education and Practice.* 2016;(7) 99-113.
10. Bogam RR, Kumbhar SM, Sahu SB, Mane AS, Sagare SM, ChowdhuryYS. Knowledge of palliative care amongst undergraduate medical students in rural medical college of maharashtra. *National Journal of Community Medicine*, 2012; 3(4) 666-669.

11. Frizzo, K, Bertolini G, Caron R, Steffani, JA, Bonamigo EL. Percepção dos acadêmicos de medicina sobre cuidados paliativos de pacientes oncológicos terminais. *Revista Bioetikos* - Centro Universitário São Camilo - 2013;7(4):367-375.
12. Toledo AP, Priolli DG. Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(1):109-17.
13. Pinheiro TRSP. Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto anos. *Mundo Saúde*. 2010;34(3):320-6.
14. Lemos CFP, Barros, GS, Melo NCV, Amorim FF, Santana ANC. Avaliação do Conhecimento em Cuidados Paliativos em Estudantes durante o Curso de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2017; 41 (2) : 278-282.
15. León MX, Corredor M, Ríos F, Sanabria A, Montenegro M, Gónima E, et al. ¿Qué perciben los estudiantes de medicina sobre sus conocimientos em dolor?. Análisis de La situaci- ón em Colombia. *Med Pal* (Madrid) 2007;14(1):33-9.
16. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y,Ogasawara T: The palliative care knowledge test: Reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliat Med*, 2009;23:754–766.
17. Pineli PP, Krasilcic S, Suzuki FA, Maciel, MGS. Cuidado Paliativo e Diretrizes Curriculares: Inclusão Necessária. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2016; 40 (4) : 540-546.
18. Quintero OTH, Figueiredo MA, Mendes MCRM, Gonzalez CIM, Reyes EJC. Nivel de información sobre cuidados paliativos em médicos residentes. *Educación Médica Superior*. 2015; 29 (1): 14-27.
19. Von Gunten, C. F. Interventions to Manage Symptoms at the End of Life. *Journal of palliative medicine*, 2005; (8) 1, 88-96.

20. Groninger, hunter; Vijayan, Jaya. Pharmacologic Management of Pain at the End of Life. *American Family Physician*, 2014, (90) 1, 26-32.

21. Kraychete Durval Campos, Garcia João Batista Santos, Siqueira José Tadeu Tesseroli de. Recomendações para uso de opioides no Brasil: Parte IV. Efeitos adversos de opioides. *Rev. dor*, 2014; 15(3): 215-223.

22. Cardoso, Ana Isabel Coelho Rosa; CARVALHO, Cristina Isabel Marinho Silva. Controlo da dor em pacientes oncológicos. 2013. 33 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2014. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/76533/2/32651.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

23. Coelho CBT, Yankaskas JR. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29(2):222-230.

24. Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Casey DE Jr, Cross JT Jr, Owens DK; Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians, et al. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2008;148(2):141-6.

25. Azevedo D. Delirium. In: Carvalho, RT, Parsons, HA. (Org.) In: Carvalho, RT.; Parsons, HA. (org.) Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), cap. 5, 2012, p.23-30. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>.

26. Von Gunten CF, Gafford E. Treatment of Non Pain-Related Symptoms. *Cancer journal (Sudbury, Mass)*.2013;19(5):397-404.

27. Hatanaka, VMA. Obstipação e diarreia. In: Carvalho, RT, Parsons, HA. (Org.) In: Carvalho, RT.; Parsons, HA. (org.) Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo:

Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), Cap. 2.6 p. 176-183. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>.

28. Billings JA, Block S. Palliative Care in Undergraduate Medical Education Status Report and Future Directions. *JAMA*. 1997;278(9):733–738.
29. Head, B. et al. Improving medical graduates' training in palliative care: advancing education and practice. *Advances In Medical Education And Practice*, 2016, [s.l.], p.99-113.

APÊNDICES

Tabela 1. Características dos estudantes de medicina avaliados sobre cuidados paliativos na

	N	(%)
Idade		
20 - 29 anos	118	87,4
30 - 39 anos	14	10,4
>40 anos	3	2,2
Gênero		
Masculino	72	53,3
Feminino	63	46,7
Religião*		
Católica	70	51,9
Protestante	17	12,6
Espírita	15	11,1
Ateísmo	9	6,7
Outras não citadas	22	16,3
Período**		
9º	27	20,1
10º	36	26,9
11º	38	28,4
12º	33	24,6

Universidade Federal de Sergipe no período de maio a junho de 2017.

* dois participantes não responderam o item

**um participante não respondeu o item

Tabela 2. Distribuição das questões de Autoavaliação sobre cuidados paliativos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Sergipe no período de maio a junho de 2017.

QUESTÕES	SIM		NÃO	
	n	(%)	N	(%)
Recebi informação suficiente sobre pacientes em situação terminal durante a graduação	4	3,0	131	97,0
Conheço a definição da OMS para cuidados paliativos	40	29,9	94	70,1
Recebi informação suficiente para o manejo de pacientes com dor	32	23,9	102	76,1
Recebi informação suficiente sobre o controle de sintomas mais comuns em pacientes em cuidados paliativos	33	24,4	102	75,6
Aprendi técnicas de comunicação e postura médica para dar más notícias	66	48,9	69	51,1

Tabela 3. Distribuição das questões de autoavaliação sobre cuidados paliativos segundo os períodos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Sergipe no período de maio a junho de 2017.

Questões	9º período n(%)	10º período n(%)	11º período n(%)	12º período n(%)	p
Recebi informação suficiente sobre pacientes em situação terminal durante a graduação	0 (0,0)	1 (2,8)	1 (2,6)	2 (6,1)	0,59
Conheço a definição da OMS para cuidados paliativos	6 (22,2)	11 (30,6)	17 (44,7)	6 (18,8)	0,08
Recebi informação suficiente para o manejo de pacientes com dor	4 (14,8)	7 (20,0)	11 (28,9)	10 (30,3)	0,43
Recebi informação suficiente sobre o controle de sintomas mais comuns em pacientes em cuidados paliativos	4(14,8)	11 (30,6)	7 (18,4)	10 (30,3)	0,32
Aprendi técnicas de comunicação e postura médica para dar más notícias	13 (48,1)	12 (33,3)	22 (60,5)	17 (51,5)	0,13

Tabela 4. Distribuição das respostas corretas e porcentagens de acertos obtidas na categoria de conhecimentos específicos sobre cuidados paliativos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Sergipe no período de maio a junho de 2017.

	Resposta correta	n de acertos	(%) de acertos	Coefficiente de Cronbach (n=135)
FILOSOFIA				
1. Os cuidados paliativos só devem ser prestados aos doentes que não dispõem de tratamentos curativos.	F	97	71,9	0,706
2. Os cuidados paliativos não devem ser fornecidos junto com tratamentos para o câncer.	F	122	90,4	0,708
DOR				
3. Quando os opióides são tomados de forma regular, anti-inflamatórios não esteróideais não devem ser usados.	F	78	57,8	0,688
4. O uso a longo prazo de opióides pode muitas vezes induzir dependência.	F	20	14,8	0,701
5. O uso de opioides não influencia o tempo de sobrevivência.	V	48	35,6	0,699
6. Opioides são as drogas de primeira escolha no manejo do paciente com dor.	F	104	77,0	0,706
7. Alguns medicamentos antidepressivos e anticonvulsivantes ajudam a aliviar a dor do câncer.	V	120	88,9	0,700
8. O uso de laxantes é eficaz na prevenção da constipação induzida por opiáceos	V	57	42,2	0,693
9. O aumento da dosagem de opióides deve ser limitado porque a depressão respiratória pode ocorrer como um efeito colateral.	F	32	23,7	0,692
DISPNEIA				
10. A morfina deve ser utilizada para aliviar a dispneia em pacientes com câncer.	V	39	28,9	0,689
11. Os níveis de saturação de oxigênio estão correlacionados à dispneia	F	35	25,9	0,693
12. Drogas anticolinérgicos ou bromidrato de escopolamina são eficazes para o alívio das secreções brônquicas.	V	46	34,1	0,699
PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS				
13. Os benzodiazepínicos são eficazes para o controle de delirium.	F	44	32,6	0,687
14. Alguns pacientes terminais necessitarão de sedação contínua para aliviar o sofrimento.	V	117	86,7	0,711
15. A morfina é frequentemente causa de delirium em doentes terminais ou em pacientes com câncer.	F	50	37,0	0,691
16. Delirium ocorre frequentemente em pacientes que são propensos a sintomas mentais.	F	45	33,3	0,702
PROBLEMAS GASTROINTESTINAIS				
17. Nos estádios terminais do câncer é necessária maior ingestão calórica em relação aos estádios iniciais.	F	38	28,1	0,690
18. Os esteróides devem melhorar o apetite entre os pacientes com câncer avançado.	V	20	14,8	0,687
19. A infusão intravenosa não será eficaz para aliviar a boca seca em pacientes terminais.	V	42	31,1	0,710
COMUNICAÇÃO				
20. Habilidade de comunicação pode ser aprendida.	V	133	98,5	0,709
21. Informações que os pacientes e as famílias solicitam e o grau em que os pacientes e as famílias participam na tomada de decisões podem mudar de acordo com o curso da doença e condição.	V	118	87,4	0,713
22. As informações incertas não devem ser dadas ao paciente ou à família, pois podem causar ansiedade adicional.	F	27	20,0	0,699

Tabela 5. Distribuição das médias de acertos e desvios-padrão referente a avaliação por período dos conhecimentos específicos sobre cuidados paliativos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Sergipe no período de maio a junho de 2017.

	Períodos			
	9º período	10º período	11º período	12º período
Média total				
10,8 ± 2,8	9,4 ± 2,3	9,4 ± 2,7	12,7 ± 2,7	11,1 ± 1,8

Tabela. 6. Distribuição das medianas dos conhecimentos específicos sobre cuidados paliativos segundo domínios e períodos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Sergipe no período de Maio a Junho de 2017.

Domínios	Períodos				P
	9º período	10º período	11º período	12º período	
Filosofia	2,00 (2,00-2,00)	2,00 (1,00-2,00)	2,00 (1,00-2,00)	2,00 (1,00-2,00)	0,27
Dor	3,00 (2,00 – 3,00)	3,00 (2,00-3,00)	4,00 (3,00-5,00)	4,00 (3,00-5,00)	< 0,001
Dispneia	1,00 (0,0 – 1,00)	1,00 (0,0 – 1,00)	1,00 (0,0 – 1,25)	1,00 (0,0 – 1,00)	0,38
Problemas Psiquiátricos	1,00 (1,00 – 2,00)	1,50 (1,00-2,00)	2,00 (2,00-3,00)	2,00 (1,00-2,50)	< 0,001
Problemas Gastrointestinais	0,00 (0,00-1,00)	0,50 (0,00-1,00)	1,00 (0,00-1,00)	1,00 (0,00-1,00)	0,08
Comunicação	2,00 (2,00-2,00)	2,00 (2,00-2,00)	2,00 (2,00-3,00)	2,00 (2,00-2,00)	0,105
Total	9 (7,00-11,00)	9 (7,00-11,00)	12 (11,00 – 15, 00)	11 (10,00 – 12,50)	<0,001

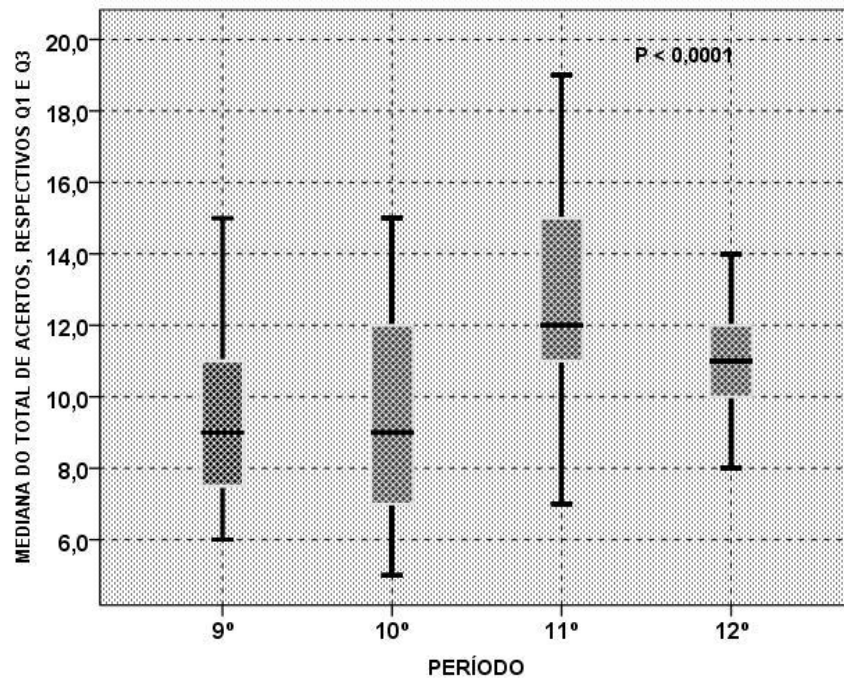


Figura 1. Distribuição das medianas do total de acertos e respectivos Q1 e Q2, segundo os períodos dos estudantes de medicina da Universidade Federal de Sergipe no período de Maio a Junho de 2017.

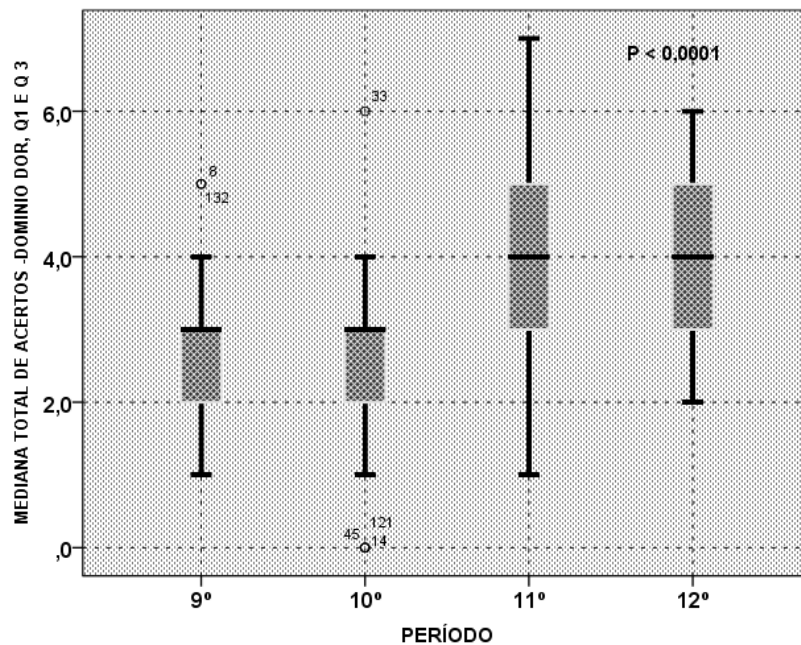


Figura 2. Distribuição das medianas no domínio da dor e respectivos Q1 e Q2, segundo os períodos dos estudantes de medicina da Universidade Federal de Sergipe no período de Maio a Junho de 2017.

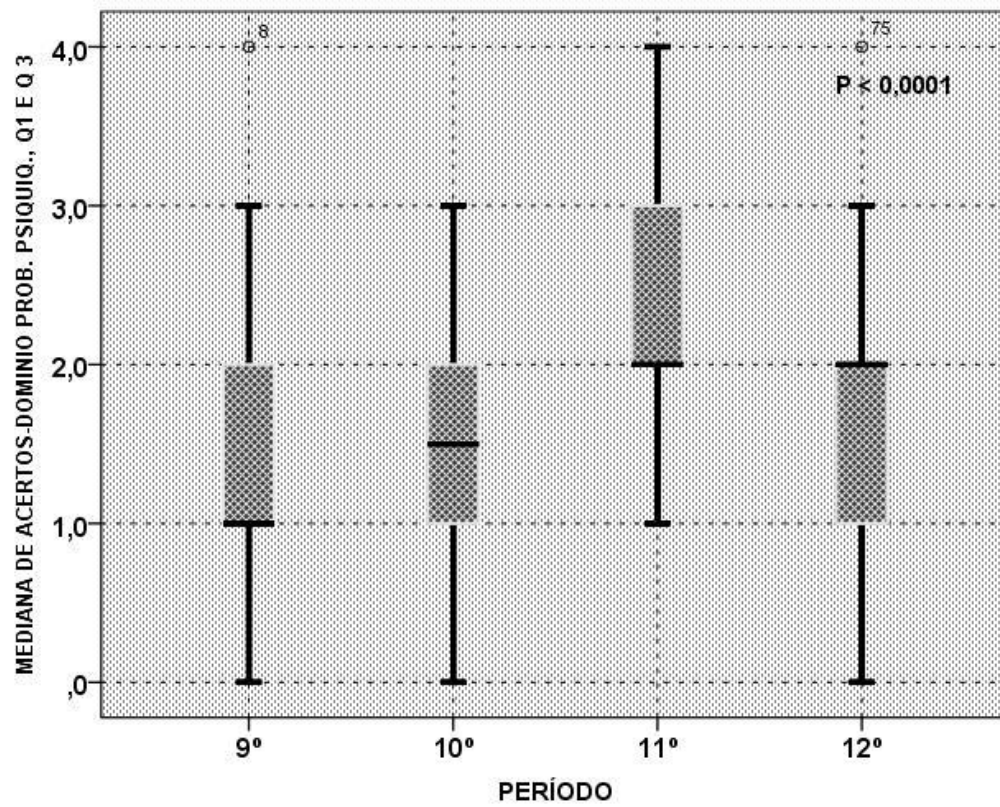


Figura 3. Distribuição das medianas no domínio dos problemas psiquiátricos segundo os períodos dos estudantes de medicina da Universidade Federal de Sergipe no período de Maio a Junho de 2017.

ANEXOS

CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS ENTRE INTERNOS DE MEDICINA E MÉDICOS RESIDENTES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM UMA CAPITAL DO NORDESTE			
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS			
IDADE: ☐ 20 – 29 anos ☐ 30 - 39 anos ☐ Mais de 40 anos	Para acadêmicos: Período: ☐ 9º ☐ 10º ☐ 11º ☐ 12º		
GÊNERO: ☐ Masculino ☐ Feminino	Para residentes: Anos de formado: ☐ Menos de 1 ano ☐ 1 – 4 anos ☐ Mais que 5 anos	Para residentes: Especialidade: ☐ Cirurgia geral ☐ Clínica médica ☐ Ginecologia- Obstetrícia ☐ Anestesiologia ☐ Oncologia ☐ Infectologia ☐ Cardiologia ☐ Outra _____	
RELIGIÃO: ☐ Católico ☐ Protestante ☐ Espírita ☐ Outras _____ ☐ Ateu	Local de graduação: ☐ Sergipe – Faculdade pública ☐ Sergipe – Faculdade privada ☐ Outro estado		
AUTOAVALIAÇÃO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS			
Você acredita que durante a graduação recebeu informação suficiente sobre o cuidado de pacientes em situação terminal?			☐ Sim ☐ Não
Você conhece a definição da Organização Mundial de Saúde para Cuidados Paliativos?			☐ Sim ☐ Não
Você acredita que durante a graduação recebeu informação suficiente para realizar o manejo de pacientes com dor?			☐ Sim ☐ Não
Você acredita que durante a graduação recebeu informação suficiente sobre controle de sintomas mais comuns (dispneia, vômitos, obstipação, caquexia) em pacientes em cuidados paliativos?			☐ Sim ☐ Não
Você aprendeu durante a graduação ferramentas de comunicação e postura médica para “dar más notícias” aos pacientes e familiares?			☐ Sim ☐ Não
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS			
V=VERDADEIRO F=FALSO			
FILOSOFIA			
Os cuidados paliativos só devem ser prestados aos doentes que não dispõem de tratamentos curativos.	☐ V	☐ F	☐ Não sei
Os cuidados paliativos não devem ser fornecidos juntamente com tratamentos para o câncer.	☐ V	☐ F	☐ Não sei
DOR			
Quando os opióides são tomados numa base regular, anti-inflamatórios não esteróides não devem ser usados.	☐ V	☐ F	☐ Não sei
O uso a longo prazo de opióides pode muitas vezes induzir dependência.	☐ V	☐ F	☐ Não sei

O uso de opióides não influencia o tempo de sobrevivência.	☐ V	☐ F	☐ Não sei
Opióides são as drogas de primeira escolha no manejo do paciente com dor.	☐ V	☐ F	☐ Não sei
Alguns medicamentos antidepressivos e anticonvulsivantes ajudam a aliviar a dor do câncer.	☐ V	☐ F	☐ Não sei
O uso de laxantes é eficaz na prevenção da constipação induzida por opiáceos.	☐ V	☐ F	☐ Não sei
O aumento da dosagem de opióides deve ser limitado porque a depressão respiratória pode ocorrer como um efeito colateral.	☐ V	☐ F	☐ Não sei
DISPNEIA			
A morfina deve ser utilizada para aliviar a dispneia em pacientes com câncer.	☐ V	☐ F	☐ Não sei
Os níveis de saturação de oxigênio estão correlacionados à dispneia.	☐ V	☐ F	☐ Não sei
Drogas anticolinérgicas ou bromidrato de escopolamina são eficazes para o alívio das secreções brônquicas em pacientes terminais.	☐ V	☐ F	☐ Não sei
PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS			
Os benzodiazepínicos são eficazes para o controle de delirium.	☐ V	☐ F	☐ Não sei
Alguns pacientes terminais necessitarão de sedação contínua para aliviar o sofrimento.	☐ V	☐ F	☐ Não sei
A morfina é frequentemente causa de delirium em doentes terminais ou em pacientes com câncer.	☐ V	☐ F	☐ Não sei
Delirium ocorre frequentemente em pacientes que são propensos a sintomas mentais	☐ V	☐ F	☐ Não sei
PROBLEMAS GASTROINTESTINAIS			
Nos estádios terminais do câncer é necessária maior ingestão calórica em relação aos estádios iniciais.	☐ V	☐ F	☐ Não sei
Os esteróides melhoram o apetite em pacientes com câncer avançado.	☐ V	☐ F	☐ Não sei
A infusão intravenosa não será eficaz para aliviar a boca seca em pacientes terminais.	☐ V	☐ F	☐ Não sei
COMUNICAÇÃO			
Habilidade de comunicação pode ser aprendida.	☐ V	☐ F	☐ Não sei
As informações que os pacientes e as famílias solicitam e o grau de participação dos mesmos na tomada de decisão pode mudar de acordo com a condição e curso da doença.	☐ V	☐ F	☐ Não sei
As informações incertas não devem ser dadas ao paciente ou à família, pois podem causar ansiedade adicional	☐ V	☐ F	☐ Não sei

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

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

2-Objetivos:

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

2.2-Objetivos secundários:Avaliar se ao final do curso os estudantes de medicina desenvolveram competências necessárias para o desenvolvimento de ações paliativas; identificar conhecimentos relacionados ao manejo da dor e outros sintomas entre os médicos residentes e analisar as habilidades de comunicação de más notícias frente ao paciente em cuidados paliativos e a sua família.

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

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

aparato teórico-prático adquirido ao longo da formação acadêmica e experiências dos referidos sujeitos.

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

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

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

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

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

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

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

12- Os participantes receberão uma via deste Termo assinada por todos os

envolvidos (participantes e pesquisadores).

13-Dados do pesquisador responsável:

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

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

Telefone: 79999821714

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

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

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

Telefone: 79) 2105-1700

Aracaju, ____ de ____ de 201__

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELA COLETA