

Avaliação dos conhecimentos dos acadêmicos do curso de Medicina sobre os cuidados paliativos em pacientes terminais

Assessing knowledge of Medical undergraduate students
on palliative care in end-stage disease patients

Sandra Alamino Felix de Moraes¹, Maisa Carla Kairalla²

RESUMO

Objetivo: Avaliar o conhecimento sobre cuidados paliativos dos acadêmicos do curso de Medicina do 9º e 10º semestres da Universidade Nove de Julho. **Métodos:** Foi formulado um questionário autoaplicável e autoexplicativo, com 9 questões objetivas, para 50 alunos desses semestres. O conteúdo do questionário referia-se a cuidados paliativos e indagava sobre temas como ortotanásia, distanásia, eutanásia e caso clínico. A aplicação do questionário ocorreu entre Novembro de 2007 e Fevereiro de 2008. **Resultados:** 84% dos alunos responderam a Questão 1 corretamente; 42% responderam corretamente a Questão 2; 38% responderam corretamente a Questão 3; 40% responderam corretamente a Questão 4; 84% responderam corretamente a Questão 7; 30% responderam corretamente a Questão 8; 100% responderam corretamente a Questão 9. Na Questão número 5, não havia alternativa certa ou errada, portanto, 24% dos alunos responderam a alternativa A, 32% a alternativa B e 44% a alternativa C. Na Questão 6, o aluno poderia responder mais de uma alternativa se achasse necessário: 22% responderam a alternativa A; 6% responderam a alternativa B; 2% responderam a alternativa C; 20% responderam a alternativa D; 6% responderam a alternativa E; 36% responderam as alternativas B e D e 6% dos alunos responderam as alternativas B, C e D. **Conclusões:** Percebeu-se que o estudante de Medicina que concluirá sua graduação está consciente do que é e qual a importância dos cuidados paliativos, mesmo não tendo a vivência durante o período acadêmico.

Descritores: Estudantes de Medicina; Cuidados paliativos; Conhecimentos, atitudes e prática em saúde

ABSTRACT

Objective: To assess the knowledge on palliative care of undergraduate medical students of the 9th and 10th semesters at Universidade Nove de Julho. **Methods:** A self-applied and self-explanatory questionnaire was prepared with 9 objective questions and given to 50 undergraduate medical students of these semesters. The content was related to palliative care, addressing some topics,

such as orthothanasia, dysthanasia, euthanasia and clinical cases. The questionnaire was applied from November 2007 to February 2008. **Results:** As to correct answers, the rates were 84%, 42%, 38% and 40% to questions 1, 2, 3 and 4, respectively. Question 7 was correctly answered by 84% and Question 8 by 30%. Question 9 achieved 100% correct answers. Regarding Question 5, there was no right or wrong answer, and 24% of the students chose alternative A, 32%, alternative B and 44%, alternative C. In Question 6, the students could tick more than one alternative, if necessary: 22% chose alternative A, 6%, alternative B, 2%, alternative C, 20% chose D and 6% responded alternative E; 36% opted for both alternatives B and D, and 6% of students answered alternatives B, C and D. **Conclusions:** Medical students that will conclude the undergraduate course are aware of the nature and the importance of palliative care, even when they have no previous experience during training at university.

Keywords: Students, medical; Hospice care; Health Knowledge, attitudes, practice

INTRODUÇÃO

Paliativo é uma palavra de origem latina que significa manto, coberta e também pode ser aquilo que possui a capacidade de acalmar temporariamente, por exemplo, uma dor⁽¹⁻²⁾.

Por definição, cuidado paliativo é uma abordagem que incrementa a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, enfrentando-se o problema associado a doença grave por meio da prevenção e alívio do sofrimento, o que significa uma identificação precoce e avaliação impecável para tratamento da dor e dos problemas físicos, psicossociais e espirituais⁽³⁾.

Atualmente, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽³⁾, o cuidado paliativo promove o alívio da dor e de outros sintomas desconfortáveis, com

Trabalho realizado no Curso de Medicina da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, São Paulo (SP), Brasil. [apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina, 2008].

¹ Acadêmica da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, São Paulo (SP), Brasil.

² Professora do Curso de Medicina da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente: Sandra Alamino Felix de Moraes – Avenida Angélica, 412, apto. A – Santa Cecília – CEP 01228-000 – São Paulo (SP), Brasil – Tel.: 11 3667-7643 – E-mail: sandralamino@yahoo.com.br

Data de submissão: 13/8/2009 – Data de aceite: 12/4/2010

a utilização de sistemática analgésica adequada, assim como a previsão de seus efeitos colaterais.

O cuidado paliativo confirma a vida e considera a morte como um processo normal. Possui a intenção de não apressar nem postergar a morte e integra os aspectos psicológicos e espirituais dos cuidados do paciente. Além disso, oferece um sistema de suporte para auxiliar o paciente a viver o mais ativamente possível até que faleça e um sistema de suporte para auxiliar os familiares a enfrentarem a doença do paciente e a lidarem com os seus próprios lutos. O cuidado paliativo utiliza-se também de uma abordagem multiprofissional para atender às necessidades do paciente e de seus familiares, incluindo o acompanhamento do luto, a melhora da qualidade de vida, o que pode influenciar positivamente o curso da doença⁽⁴⁾.

O cuidado paliativo visa promover a ortotanásia, o que significa a atuação correta frente à morte. É a abordagem adequada diante de um paciente que está morrendo, adotando-se os cuidados paliativos adequados prestados aos pacientes nos momentos finais de suas vidas. A ortotanásia difere-se da distanásia, que é a morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento, e da eutanásia, que é a prática pela qual se abrevia a vida de um enfermo incurável de maneira controlada e assistida por um especialista, o que é considerado um crime pelo Código Penal Brasileiro e pelo Código de Ética Médica⁽⁵⁾.

As primeiras práticas de cuidados paliativos datam do século IV. Porém, os cuidados paliativos conhecidos atualmente derivam de um movimento de atenção ao paciente, os *hospices*⁽⁶⁾. A palavra francesa *hospice* é a tradução do vocábulo latino *hospitium*, cujo significado é hospedagem, hospitalidade, traduzindo um sentimento de acolhida. O *hospitium* significava o local e o vínculo estabelecido entre as pessoas. Um bom exemplo de *hospice* é originado do século VI, quando beneditinos cuidavam de monges e peregrinos exaustos. Assim, quando os doentes também passaram a ser recebidos nesse local, originaram-se os primeiros *hospices* religiosos. Nesses *hospices*, as pessoas que não tinham a possibilidade de cura recebiam cuidados básicos de alimentação e conforto, aliados aos cuidados espirituais. Portanto, antigamente o *hospice* representava um lugar de descanso. Posteriormente, o tema foi relacionado a hospitais, conventos e asilos⁽⁷⁾.

Um grande movimento, visando à abordagem do cuidado não-fragmentado e indo além do órgão doente e da cura, ocorreu na década de 1960, no Reino Unido, com o início do desenvolvimento dos cuidados paliativos – o chamado movimento *hospice* moderno. A transformação dos *hospices*, tal como se apresentam hoje, foi elaborado pela enfermeira, assistente social e médica Cicely Saunders, que fundou o *Saint Christopher's Hospice*, na Inglaterra, no ano de 1967, dando uma nova dimensão aos cuidados paliativos⁽⁶⁻⁷⁾.

O modelo de cuidados paliativos chegou ao Brasil no início da década de 1980, fase na qual os brasileiros ainda viviam o final de um regime de ditadura, cujo sistema de Saúde priorizava a modalidade hospitalocêntrica, essencialmente curativa. Tanto o ensino de Enfermagem como o da Medicina estavam voltados para os aspectos biológicos – os trabalhos eram predominantemente individuais, ocorrendo uma morte solitária e desumana.

Atualmente, no Brasil, existem 30 serviços de cuidados paliativos, distribuídos em 26 estados e no Distrito Federal, com maior concentração nas capitais. Esses serviços, na maioria das vezes, iniciaram suas ações com o objetivo de controlar a dor e, posteriormente, agregaram-na com centros de cuidados paliativos. Tais serviços estão inseridos em instituições hospitalares públicas e clínicas privadas⁽⁸⁾.

No Brasil, é crítica a qualidade de vida de uma pessoa com doença grave sem possibilidades de cura. Mais de 70% desses pacientes dão entrada em atendimentos com dores e fragilizados, e 50% deles morrem sentindo dor. Internados em hospitais e unidades de saúde afins, a maioria não é tratada de forma adequada, com direito, além da terapêutica e da medicação, à assistência interdisciplinar, emocional e psicossocial que, aliás, teria de se estender também aos familiares, se contássemos, no Brasil, com uma política pública direcionada aos cuidados paliativos⁽⁹⁾.

Dependendo das condições do enfermo, o objetivo é mantê-lo o maior tempo possível em casa, pois o tempo e a qualidade de vida são maiores e melhores com o amparo da família; além disso, a mesma equipe de profissionais o atendem em casa, responsabilizando-se pelo tratamento, alívio dos sintomas e até pelo apoio e preparação para a despedida, aliviando o sofrimento de todos os envolvidos⁽⁹⁾.

A OMS enfatiza que o tratamento ativo e o tratamento paliativo não são mutuamente exclusivos e propõe que os cuidados paliativos podem ser aumentados gradualmente, como um componente dos cuidados do paciente do diagnóstico até a morte⁽³⁾. A falta de investimentos na Medicina paliativa é decorrência da escassez de informação da sociedade e do preconceito de muitos profissionais, além da inexistência de políticas públicas e da ausência de educação médica específica⁽⁹⁻¹⁰⁾.

As evidências parecem demonstrar que esquecemos o ensinamento clássico que reconhece como função do médico “curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre”. Deixamos de cuidar da pessoa doente e nos empenhamos em tratar a doença, desconhecendo que nossa missão primacial deve ser a busca do bem-estar físico e emocional do enfermo, já que todo ser humano sempre será uma complexa realidade biopsicossocial e espiritual⁽¹¹⁾.

As escolas de Medicina e o estágio nos hospitais preparam os futuros médicos para tornarem-se oficiais

maiores da ciência e gerentes de biotecnologias complexas. Muito pouco se ensina sobre a arte de ser médico. Os médicos aprendem pouquíssimo a lidar com a morte e a realidade mais fundamental é que houve uma revolução biotecnológica que possibilita o prolongamento interminável do morrer⁽¹²⁾.

Com a aprovação da resolução 1.805/2006, sobre terminalidade de vida, o Conselho Federal de Medicina trabalha para ampliar a abordagem à área de cuidados paliativos. O objetivo é tornar os cuidados paliativos uma disciplina nas universidades brasileiras, do mesmo modo que o tratamento de doenças é ensinado. É a maneira ideal para formação de médicos mais humanos e dedicados aos pacientes⁽⁹⁾.

Com a lei da humanização da atenção e da gestão, de 2001, torna-se necessário verificar se os futuros profissionais de saúde estão se preparando adequadamente para o seu cumprimento⁽¹³⁾.

Final da vida

Definir o período de tempo como “final da vida” é difícil, porém necessário. Geralmente, não é fácil saber quando o paciente entrará no período de fase final da vida, não havendo ainda uma uniformidade de definição na literatura. Viganò et al.⁽¹⁴⁾ definem o começo da fase terminal como o período em que as metas estabelecidas primariamente para o tratamento e controle da doença precisam ser redefinidas para controle de sintomas e citam três condições que precisam ser conhecidas antes de se definir uma doença terminal: confirmação diagnóstica de doença maligna progressiva, reconhecimento de aproximação da morte e exaustão de todas as alternativas terapêuticas.

Apesar da falta de uniformidade na literatura em relação à definição do que é final de vida, o tempo de sobrevivência geralmente não é um ponto final importante em cuidados paliativos, nos quais a ênfase é a qualidade e não a quantidade de vida⁽¹⁵⁾.

Luto

Mesmo após o óbito do paciente, a equipe de cuidados paliativos deve dar atenção à discussão de como todo o processo de morte ocorreu e quais impactos trouxe aos familiares e à própria equipe multiprofissional⁽¹⁶⁾. A assistência familiar pós-morte pode ocorrer de três formas: por meio de uma ligação telefônica para expressar condolências, pela presença de um dos membros da equipe no funeral ou por meio da participação dos familiares em um dos eventos promovidos pela equipe de cuidados paliativos. Outra forma de assistência pode se dar por meio da identificação de membros da família que possam se beneficiar de intervenções preventivas⁽¹⁷⁾. Apesar das definições de períodos de tratamento de

câncer e suas relações com cuidados paliativos, a possibilidade de sobreposição entre os grupos existe e as distinções podem não ser exatas, à medida que a doença progride ou responde ao tratamento.

Classificações e definições não apenas baseadas nas características da doença, mas também nas atitudes psicológicas e nos objetivos do paciente, podem diminuir os conflitos e dúvidas em relação às decisões terapêuticas⁽¹⁸⁾.

OBJETIVOS

Avaliar o conteúdo do conhecimento de acadêmicos do curso de Medicina do nono e décimo semestres da Universidade Nove de Julho sobre cuidados paliativos em pacientes terminais e avaliar se a formação médica acadêmica contempla este tema com critérios de qualidade assistencial.

MÉTODOS

Foi desenvolvido um questionário autoaplicável e auto-explicativo (Anexo 1) apresentando questões com, no mínimo, 3 alternativas (em algumas, poderia ser marcada mais de uma alternativa correta), direcionado a 50 alunos do curso de Medicina da UNINOVE que cursam os últimos semestres (nono e décimo). O aluno começava a responder o questionário na hora em que fosse entregue e assim que terminasse, deveria entregá-lo. O questionário deveria ser respondido sem pressa e em um local tranquilo, sem barulhos externos ou interferência de outras pessoas. Os critérios de inclusão nesta pesquisa foram o fato de o aluno ser acadêmico de Medicina da UNINOVE e ter interesse em participar da avaliação.

Os dados foram coletados no período de Novembro de 2007 a Fevereiro de 2008. O questionário contém nove questões conceituais sobre: distanásia, eutanásia, ortotanásia, acolhimento e humanização da assistência, conduta médica e da equipe diante de um caso clínico e sobre o quanto o aluno está preparado para encarar a morte de um paciente, de forma acolhedora e humanizada.

RESULTADOS

Nas Questões 1, 2, 3, 4, 7, 8 e 9, em que tinham apenas uma alternativa correta, 84% das pessoas responderam a Questão 1 corretamente. Em relação à Questão 2, 42% responderam corretamente (alternativa A), enquanto 4% responderam alternativa B e 12% responderam a alternativa C.

Na Questão 3, 38% dos alunos responderam a alternativa B, considerada a correta, 44% responderam a alternativa A e 14% a alternativa C; 40% responderam a Questão 4 corretamente; 8% responderam a alternativa

A como certa, 50% a alternativa C e 2% responderam B. Na Questão 7, 84% responderam corretamente (alternativa B), enquanto 6% marcaram a alternativa A e 10% a alternativa C. Na Questão 8, 30% responderam corretamente (alternativa C), 50% responderam A, 20% B, 0% D e 0% E; 100% responderam a Questão 9 corretamente com a alternativa B (0% A, 0% C, 0% D e 0% E).

Em relação à Questão número 5, não havia alternativa certa ou errada; o aluno deveria responder uma das alternativas que se aproximasse de sua opinião pessoal, e os resultados obtidos foram: 24% responderam alternativa A, 32% alternativa B, 44% alternativa C.

Na Questão 6, o aluno poderia responder mais de uma alternativa, se achasse necessário, em relação ao ensino médico e os cuidados paliativos. Os resultados encontrados foram: 22% responderam somente a alternativa A; 6% responderam somente a alternativa B; 2% responderam somente alternativa C; 20% responderam somente alternativa D; 6% responderam somente alternativa E; 36% responderam as alternativas B e D e 6% dos alunos responderam as alternativas B, C e D.

DISCUSSÃO

Os cursos na área de Saúde, fundamentalmente para médicos e enfermeiros, têm enfatizado os procedimentos técnicos em detrimento de uma formação mais humanista. O procedimento de cada médico na abordagem da doença grave é fazer o diagnóstico, planejar e efetuar a cura específica. Nuland denominou esse procedimento de “a charada”. A satisfação de resolver a charada é a própria recompensa; é o combustível que faz funcionar a maquinaria clínica dos especialistas mais bem treinados da Medicina. É a medida da capacidade de cada médico; é o ingrediente mais importante de sua autoimagem profissional.

O estudante de Medicina, já no início do primeiro ano, entra em contato com o cadáver na sala de dissecação. Mas o cadáver não é a morte, é tão somente o invólucro descartável do homem como um todo, isto é, aquele constituído de corpo, mente e espírito. Na realidade, a morte é um processo que pode ser instantâneo ou lento, despercebido ou sofrido. O processo de morte e morrer envolvem etapas, fenômenos que antecedem a morte clínica propriamente dita.

Esse primeiro encontro dos estudantes de Medicina com cadáveres, na aula de anatomia, geralmente causa intenso sofrimento em alguns. Como a expressão de sentimentos é pouco aceita socialmente, observa-se, com frequência, a presença de manifestações contrafóbicas, como fazer piadinhas ou ficar indiferente⁽¹⁹⁾. Tira-se qualquer identidade humana do cadáver, pois pode ser muito angustiante manipular órgãos se houver o pensamento de que se tratava de um ser humano. A desvalorização dos valores humanos principia na facul-

dade de Medicina, como coloca Lown⁽¹²⁾. O autor segue afirmando que é um erro iniciar o curso de Medicina pela dissecação de cadáveres na aula de anatomia.

Para contrabalançar o horror dessa tarefa, os estudantes preferem considerar como objeto inanimado o corpo repugnante que cheira a formol. Isso os leva a esquecer que “aquilo” já foi um ser humano como os vivos que o estudam. A partir daí, e durante toda a aprendizagem dos alunos, percebe-se a dessensibilização com relação a elementos que possam dar a entender a possibilidade de morte.

Os corpos são então transformados em órgãos, ou “partes”, como ossos, sangue, e a sua manipulação permite o conhecimento e uma falsa ideia de que, ao se combater doenças e sintomas, estar-se-ia também lutando contra a morte. Uma boa parte dos sentimentos de onipotência poderia estar ancorada aí⁽²⁰⁾.

Durante os seis anos de faculdade, acrescidos dos anos de estágio e residência, e pelo resto da vida profissional, tanto o médico, a enfermeira como os demais profissionais da área da Saúde irão se deparar com a morte em diversas ocasiões e circunstâncias; a maioria, pela sua própria formação, tenderá a não aceitar, não compreender. Eles a temem tanto quanto o leigo. Principalmente o médico, que precisa vencê-la, anulá-la, provavelmente para afastar de si o pensamento de sua própria finitude⁽²¹⁾. A partir dessa afirmação, a Questão 5 nos mostra que a maioria dos alunos dizem não estar preparados para encarar a morte de um paciente, mas afirmam não associá-la com a derrota, perda ou frustração. Talvez por ainda não estarem formados, não tomam para si a responsabilidade pela morte de um paciente que acompanham.

Há uma necessidade de abertura de espaços para sensibilização e discussão do tema da morte na formação dos profissionais da área da Saúde, tendo em vista que estes irão se confrontar com o assunto em suas atividades cotidianas. Prova-se essa necessidade na Questão número 6, ao questionar o aluno sobre o que faltou no curso de Medicina que lhe proporcionasse o preparo adequado para assistir o paciente e sua família na hora da morte. A maioria respondeu que faltou a inclusão de uma disciplina que tratasse de questões como o processo de morte e do morrer e que faltou espaço para abordagem dos aspectos emocionais e sociais do ser humano, como o contato com o paciente sem possibilidade de cura. Isso mostra que os próprios alunos reconhecem a deficiência do ensino médico em relação a tal aspecto.

Com essa deficiência na formação acadêmica, que não prepara os futuros médicos e profissionais da saúde para compreender melhor o processo de morte e morrer, o que vemos é um “olhar defeituoso” ante o óbito de um paciente⁽²²⁾.

A Questão 4 perguntava se o aluno achava importante o paciente terminal morrer em casa, junto aos seus familiares, e a maioria respondeu que era o paciente

que deveria escolher o local onde queria morrer. Porém, uma pequena parte achou que morrer em casa significa que o paciente não teve assistência médica necessária – talvez essa pequena parte tenha considerado que poderia levar a vida do paciente até o último minuto possível, causando uma morte possivelmente menos dolorosa.

No caso clínico apresentado no questionário, a maioria dos estudantes respondeu corretamente a Questão 7, cuja alternativa enunciava que o paciente tem o direito de saber o que se passa e escolher o que deseja fazer no tempo que lhe resta. Já na Questão 8, na qual foi perguntado, em relação ao mesmo caso clínico, se o vínculo do médico com a família mudaria a situação do paciente, a maioria dos alunos respondeu que sim, mas do ponto de vista de que só o médico poderia fazer alguma coisa diferente, e não um integrante de uma equipe que já tivesse um vínculo anterior com o paciente em questão, visto que os cuidados paliativos são formados por uma equipe interdisciplinar que trabalha em conjunto, em prol do paciente, e qualquer pessoa da equipe tem capacidade de decidir sobre o que será ou não será bom para seu paciente.

Na Questão 9, todos os alunos concordaram que a equipe de cuidados paliativos é uma equipe interdisciplinar que segue o eixo da humanização, do bem-estar físico, emocional e espiritual do enfermo.

Com relação às questões conceituais sobre ortotanásia, eutanásia e distanásia, verificou-se que a maioria não sabia o que significa distanásia.

A própria concepção de cuidados paliativos – por ser baseada no princípio da qualidade de vida para o paciente e seu entorno, muito mais do que no princípio de sacralidade de vida, e por ter em conta a globalidade do paciente e suas necessidades – constitui um complemento, senão uma alternativa, ao assim chamado “positivismo médico”, graças a uma maior humanização das práticas de tratar e cuidar do paciente.

Ao insistir sobre a integralidade da experiência do viver, que implica o morrer, surge um novo enriquecimento metafísico para o jovem médico, o qual poderá também se sentir mais confortado em suas inevitáveis frustrações profissionais.

Os cuidados paliativos talvez delineiem uma espécie de justo meio, constituído pela preocupação em responder ao chamamento do outro, sem, ao mesmo tempo, expropriá-lo da experiência fundamental de seu morrer^(14,23-24).

CONCLUSÕES

Assim, de acordo com a pesquisa realizada, percebe-se que o estudante de Medicina que concluirá sua graduação em breve é consciente, teoricamente, do que é e qual a importância dos cuidados paliativos – mesmo não tendo a vivência durante o período acadêmico – mas talvez não tenha

base prática para colocar em uso a teoria que concorda ser importante. Daí a importância de ser incluída no currículo médico uma disciplina que mostre ao aluno a forma correta na abordagem de pacientes em cuidados paliativos – sem que ele tenha que aprender sozinho ou de maneira inadequada – preparando-o para o futuro próximo, em que será o profissional a tratar desse tipo de paciente.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa SMM, Vallente MT, Okay Y. Medicina paliativa: a redefinição da experiência humana no processo de adoecer. *Rev Dor*. 2001;3(61):61-8.
2. Melo AG. Os cuidados paliativos - uma nova abordagem em evolução no mundo. In: 4º Simpósio Brasileiro sobre Dor – SIMBIDOR, 1999. Arquivos. São Paulo; 1999. p. 294-6.
3. World Health Organization. WHO definition of palliative care [Internet]. [cited 2010 Jun 10]. Available from: www.who.int/cancer/palliative/definition/en/
4. Goldim JR. Eutanásia [Internet]. [citado 2010 Jan 20]. Disponível em: www.ufrgs.br/bioetica/eutanasi.htm
5. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM Nº 1.931, DE 17 de Setembro de 2009. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção I, p. 90-2. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 13 out. 2009. Seção I, p. 173 – Retífica.
6. Twycross R. Medicina paliativa: filosofia y consideraciones éticas. *Acta Bioeth*. 2000;6(1):29-46.
7. Abu-Saad HH, Courtens A. Developments in palliative care. In: Abu-Saad HH, Courtens, A. Evidence-based palliative care: across the life span. Oxford: Blackwell Science; 2001. Chapter 2. p. 4-13.
8. Miguel Jr A. Cuidados paliativos [Internet]. 2007. [citado 2010 Jan 10]. Disponível em: www.medicinageriatrica.com.br/2007/03/23/saude-geriatria/cuidados-paliativos/
9. Carência no atendimento. *Revista APM*. 2007;(583):20-21.
10. Schonwetter RS. The emergence of palliative care. *Cancer Control*. 2001;8(1):3-5. Editorial.
11. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1805 de 28 de novembro de 2006. [Internet]. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa; 2006 [citado 2007 Mar 13]. Disponível em: http://www.unimeds.com.br/layouts/capa/index_1.asp?cod=14351&site=192
12. Lown B. A arte perdida de curar. 2a ed. São Paulo: JNS; 1997.
13. Moraes SD. Humanização da assistência materno-neonatal: uma contribuição a sua implantação [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
14. Viganò A, Dorgan M, Buckingham J, Bruera E, Suarez-Almazor ME. Survival prediction in terminal cancer patients: a systematic review of the medical literature. *Palliat Med*. 2000;14(5):363-74.
15. Miller RJ. Supporting a cancer patient's decision to limit therapy. *Semin Oncol*. 1994;21(6):787-91.
16. Ferrell BR, Coyle N. An overview of palliative nursing care. *Lippincotts Case Manag*. 2002;7(4):163-8.
17. Kissane DW. Bereavement. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K, editors. Oxford textbook of palliative medicine. 3th ed. New York: Oxford University Press; 2005. p. 1137-51.
18. Levy MH. Supportive oncology: forward. *Semin Oncol*. 1994;21(6):699-700.
19. Concone MHB. O “vestibular” de anatomia. In: Martins JS, editor. A morte e os mortos na sociedade brasileira. São Paulo: Hucitec; 1983. p. 25-37.
20. Zaidhaft S. A morte e a formação médica. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1990.
21. Figueiredo MT. Educação em cuidados paliativos: uma experiência brasileira. *Mundo Saúde*. 2003;27(1):165-70.

22. Bifulco VA. Reflexões sobre a morte e o morrer nos atendimentos psicológicos de cuidados paliativos. *Prat. Hosp [Internet]*. 2004;6(32): [citado 2010 Jun 3]. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2032/paginas/materia%2009-32.html>

23. Levy MH. Supportive oncology: forward. *Semin Oncol* 1994;21(6):699-700.

24. Ferrell BR, Coyle N. An overview of palliative nursing care. *Lippincotts Case Manag.* 2002;7(4):163-8.

ANEXO 1

Questionário

1. O que é ortotanásia?
 - a. É a abordagem adequada diante de um paciente que está morrendo, adotado aos cuidados paliativos adequados prestados aos pacientes nos momentos finais de suas vidas.
 - b. Morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento.
 - c. É a prática pela qual se abrevia a vida de um enfermo incurável de maneira controlada e assistida por um especialista.
2. O que é eutanásia?
 - a. Tratamento adotado aos cuidados paliativos adequados prestados aos pacientes nos momentos finais de suas vidas com respaldo jurídico.
 - b. Morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento.
 - c. Tratamento com medicações que causam sedação profunda e não causam sofrimento para o paciente.
3. O que é distanásia?
 - a. É a abordagem adequada diante de um paciente que está morrendo, adotado aos cuidados paliativos adequados prestados aos pacientes nos momentos finais de suas vidas.
 - b. Tratamento que decide a sobrevivência do paciente junto da opinião dos familiares.
 - c. É a prática pela qual se abrevia a vida de um enfermo incurável de maneira controlada e assistida por um especialista.
4. Você acha importante um paciente em estado terminal morrer em sua própria casa, junto aos seus familiares?
 - a. Sim, pois o paciente que está no fim de sua vida merece passar o tempo que lhe resta junto aos seus familiares.
 - b. Não, pois morrer em casa significa que o paciente não teve a assistência médica necessária.
 - c. Ele deve escolher o local aonde quer morrer.
 - d. As alternativas A e C estão corretas.
 - e. Nenhuma das alternativas anteriores.
5. Você se considera preparado para lidar com a morte de um paciente?
 - a. Sim, encaro a morte como um processo natural da vida.
 - b. Não, associo a morte com derrota, perda e frustração.
 - c. Não, mas não associo a morte com derrota, perda e frustração.
6. Na sua concepção o que faltou no seu curso de medicina para lhe proporcionar o preparo adequado para assistir o paciente e sua família na hora da morte? (Responda mais de uma alternativa se necessário)
 - a. Nada, sinto-me completamente preparado.
 - b. Faltou a inclusão de uma disciplina que tratasse de questões como o processo de morte e do morrer.
 - c. Faltou a sensibilização por parte dos professores para nos fazer pensar neste tipo de questão.
 - d. Faltou espaço para abordagem dos aspectos emocionais, espirituais e sociais do ser humano, como o contato com o paciente sem possibilidade de cura.
 - e. No momento não tenho maturidade suficiente para opinar sobre esta questão.

Um paciente de 68 anos foi internado em uma UTI, com grave insuficiência respiratória, necessitando de respirador. Ele estava plenamente consciente e era capaz de opinar sobre os procedimentos que estavam sendo realizados. Os seus filhos e sua esposa prestaram forte apoio afetivo. A equipe médica, no dia seguinte, fez o diagnóstico de que ele tinha um quadro irreversível e que o seu prognóstico de sobrevivência era não superior a 30 dias. A família foi informada deste diagnóstico, mas o paciente não. Os filhos solicitaram que esta informação não fosse revelada ao paciente, pois não sabiam como ele lidaria com esta situação. A equipe médica atendeu a esta solicitação. Da mesma forma, discutiram com a equipe sobre quais medidas poderiam ser tomadas com o objetivo de reduzir o sofrimento do paciente. O médico responsável pelo atendimento, que não tinha vínculo anterior nem com o paciente nem com os familiares, sugeriu sedar o paciente, pois assim o desconforto no respirador seria menor. Os filhos e noras aceitaram a sugestão e o paciente foi sedado.
7. Em relação ao caso clínico anterior, você considera correta a atitude dos familiares do paciente junto ao médico responsável?
 - a. Sim. Dessa maneira o paciente seria poupado do sofrimento de saber que lhe resta apenas 30 dias de vida, além de obter o tratamento com medicações que causam sedação profunda, sem sofrimento para o paciente.
 - b. Não. O paciente tem o direito de saber o que se passa com ele, escolher o que deseja fazer no tempo que lhe resta e obter o tratamento paliativo já usado no Brasil.
 - c. Não acho que o médico deve interferir na decisão da família.
8. Você acha que se o médico responsável pelo atendimento desse paciente tivesse um vínculo anterior com a família essa situação seria diferente?
 - a. Sim, pois o médico já teria conhecimento prévio do caso, e com isso auxiliaria a família a procurar os cuidados paliativos, deixaria o paciente informado sobre sua atual situação.
 - b. Não, quase todo o caso de pacientes terminais, ao final de sua vida, se dá em um hospital sem que tenha os cuidados paliativos. A maioria das pessoas morre sem saber que eles existem. O vínculo do médico com a família não mudaria essa situação.
 - c. Não é necessário ser o médico, mas qualquer integrante acolhedor da equipe já teria conhecimento prévio do caso, e com isso auxiliaria a família a procurar os cuidados paliativos, deixando o paciente informado e confortado sobre sua situação.
 - d. Neste caso o paciente não tem o direito de opinar sobre sua saúde.
 - e. Nenhuma das anteriores.
9. Uma equipe de Cuidados Paliativos é uma equipe interdisciplinar formada por profissionais que cuidam para que o paciente em estado terminal tenha uma morte sem dor, junto de seus familiares e em casa (se o paciente preferir). Eles orientam a família do enfermo, fazendo com que ela esteja preparada e para saber como agir na hora em que o paciente morrer. Como deve ser o preparo dessa equipe?
 - a. Ela não precisa ser preparada.
 - b. A equipe ideal deve ser de caráter interdisciplinar e seguir os eixos da humanização, do bem estar físico, emocional e espiritual do enfermo.
 - c. Todos os integrantes devem ter curso superior.
 - d. Nenhum integrante da família pode fazer parte desta equipe.
 - e. Nenhuma das anteriores.