



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
FACULDADE DE MEDICINA

CARLA KATHARINA TORRES BEGOT DA ROCHA
DAYANNE VEIGA DOS SANTOS

ANÁLISE DO CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DOS
DISCENTES DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO PARÁ

Belém - PA
2024

CARLA KATHARINA TORRES BEGOT DA ROCHA
DAYANNE VEIGA DOS SANTOS

**ANÁLISE DO CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DOS
DISCENTES DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado para obtenção do grau em
Medicina pela Universidade Federal do
Pará. Orientador: Prof. Dr. Caio Vinicius
Botelho Brito

Belém – PA
2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará

Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

T693a Torres Begot da Rocha, Carla Katharina.
ANÁLISE DO CONHECIMENTO SOBRE
CUIDADOS PALIATIVOS DOS DISCENTES DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ /
Carla Katharina Torres Begot da Rocha, Dayanne
Veiga. — 2024.
69 f.

Orientador(a): Prof. Dr. Caio Vinicius Botelho
Brito Trabalho de Conclusão de Curso
(Graduação) -
Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências Médicas,
, Belém, 2024.

1. Cuidados paliativos. 2. Educação médica. 3.
Medicina paliativa. 4. Ética médica. 5.
Humanização do cuidado. I. Título.

CDD 091

AGRADECIMENTOS

Eu, Katharina, gostaria de agradecer, em primeiro lugar, a Deus pelo tanto que Ele tem feito em minha vida, seu amor segue me constringendo e eu continuo buscando inspiração para que as minhas ações comecem e terminem em vós. Sou, também, imensamente grata a toda a minha família pelo infindável apoio e cuidado; ao meu pai, Rui, por ser fonte primária de encorajamento para que o meu amor pela medicina fosse possível, saiba que a semente plantada em meu coração só se tornou realidade mediante todo o suporte e amor que recebi do senhor no percurso; a minha mãe, Patrícia, por todas as vezes em que você foi colo e aconchego diante das minhas dificuldades, não só acadêmicas, a sua presença em minha vida é inestimável e insubstituível; aos meus irmãos, Anna e Felipe, a vida é muito melhor tendo vocês para dividir ela comigo, obrigada por cada risada e por cada intervalo de descontração capaz de me recordar que a vida acadêmica é só uma parte da jornada; aos meus padrinhos, Kátia e Fábio, por me lembrarem constantemente que apesar das conquistas terrenas meu maior bem vem do alto; e a minha vizinha, Núbia, com seu jeito especial de demonstrar toda sorte de ternura com um simples café e uma boa conversa. Agradeço, ainda, ao meu amor, Ivan, que foi tanto minha inspiração quanto minha pausa necessária da realidade, obrigada por me manter alimentada, principalmente com açaí, enquanto eu escrevia este trabalho e por me ensinar diariamente o verdadeiro significado de crescimento compartilhado. Aos meus amigos, em especial, Sabinaluz, pela motivação afetuosa nos momentos mais difíceis da caminhada e pela tua vasta capacidade de tornar o cotidiano mais leve. Ao nosso orientador, Caio Botelho, por todos os conselhos acadêmicos, apoio e confiança. E a minha dupla de TCC, Dayanne, pelo auxílio em momentos de ansiedade e estresse nessa reta final, meu carinho e gratidão, segues sendo fonte de inspiração para mim, te desejo uma vida imensamente próspera. Por fim, me apraz entender mais a cada dia que passa a veracidade na fala de Santa Teresa D'Ávila. De fato, "é justo que muito custe o que muito vale".

Eu, Dayanne, agradeço ao Pai do Céu por me suster com suas asas de amor e me esperar a alma todos os dias. Agradeço a minha mãe, Maria de Fátima, que me criou solo, me ensinando desde muito cedo sobre a força do sonhar, mesmo com todas as dificuldades, e que lutou com todas as forças contrárias do mundo para que eu me tornasse o que ela não conseguiu se tornar: ser médica. Nosso sonho é real,

Mãe! Agradeço aos meus avôs, José Evandro e Ana, que, mesmo sem estudo, me ensinaram as lições mais valiosas e sábias que alguém pode almejar e que o diploma sozinho jamais me dará: caráter e amor. Agradeço aos meus irmãos: Evandro Neto, meu milagre, pai-irmão, que sempre me protegeu e me ensinou sobre o amor de Jesus; Jéssica Pollyana, minha estrela, teu sorriso de luz, tua garra e teu bondoso coração me inspiram todos os dias; Gabriel Felipe, meu denço, tua sensibilidade e gentileza me transformam e me fazem feliz; Daniel Veiga, meu caçula, tua astúcia, determinação e sensatez me mobilizam a ser melhor. Agradeço também ao meu sobrinho, minha alegria e minha força para continuar lutando por um mundo mais inclusivo e amoroso; meus cunhados: Marlena e Luiz Renato, que me ensinam sobre coragem e resiliência. Agradeço também aos meus amigos, em especial à Beatriz Oliveira e à Crislene Costa, que me ergueram e seguraram minha mão nos momentos mais tempestuosos, tirando meu coração para dançar, mesmo quando eu só conhecia a dor. Ao Douglas Chaves, que em uma tarde de sol, ao lado de uma janela de um ônibus, antes mesmo de eu ser acadêmica de Medicina, me falou com afeto sobre os Cuidados Paliativos e me abriu um horizonte. Agradeço a minha dupla, Katharina, que me acolheu com docilidade e me concedeu tempo para as múltiplas metamorfoses passadas por mim ao longo dos últimos semestres; minha admiração e amor por ti permanecem firmes perante a liquidez dos dias. Agradeço ao querido mestre, Caio Botelho, que é inspiração e um humanizado símbolo da medicina que eu acredito e que quero trilhar. Agradeço a todos os locais de ensino público por onde passei: Raimunda Barros, Santa Santos, Paes de Carvalho, Palmira Gabriel e Universidade Federal do Pará, e aos meus professores, tenho orgulho de reverberar que sou filha e eterna aprendiz de cada um de vocês. Agradeço a cada paciente que me moldou, tocou, trocou e me ensinou ao longo dos anos, cheguei até aqui por vocês e para vocês e espero ter sido sempre grata e afetuosa. Finalizo com a fala do grande médico-poeta, Guimarães Rosa: "Passarinho que debruça, o voo já está pronto", debruçada agora sobre a concretude de um sonho, peço permissão para voar, sabendo que, onde quer que o vento me leve, meu ninho quentinho estará sempre no coração de cada um de vocês.

“Morte você é valente
O seu poder é profundo
Quando eu cheguei neste mundo,
Você já matava gente.
Eu guardei na minha mente
Sua força seu rigor
Porém me faça um favor
Para ir ao Campo Santo
Não me faça sofrer tanto
Morte, me leve sem dor”
Patativa do Assaré

RESUMO

Com o avançar da expectativa de vida, atrelado à queda na taxa de mortalidade e declínio na fecundidade, a longevidade populacional tem sido objeto de amplos estudos, principalmente no tangente aos aspectos de saúde. Nesse contexto, é importante aclarar que, aliado ao envelhecimento populacional, existe a alta prevalência das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Visando o bem-estar físico, mental, espiritual e social dos indivíduos, os Cuidados Paliativos surgem como uma abordagem de cuidado multiprofissional, que visa o cuidar horizontal, holístico e humanizado com os pacientes e seus familiares. Para tanto, é essencial que os profissionais de saúde sejam preparados para lidar com os pacientes que necessitam de tais cuidados, bem como para auxiliar os familiares frente às adversidades. Este estudo objetivou avaliar o nível de conhecimento dos estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará sobre a temática dos Cuidados Paliativos; identificar se ao final do curso os estudantes de medicina desenvolveram competências necessárias para o desenvolvimento de ações paliativas; explicitar se em algum momento da graduação, foram trabalhados temas como: comunicação de más notícias frente ao paciente em cuidados paliativos e a sua família, comunicação entre a equipe multiprofissional, manejo da dor e das principais queixas de pacientes em palição; comparar os ciclos da graduação (básico, clínico e internato), a fim de constatar se houve, ou não, construção progressiva de conhecimento referente ao paliativismo; contribuir para a instituição de uma cultura da formação continuada em cuidados paliativos na graduação médica, bem como para a consolidação de políticas institucionais de desenvolvimento profissional dos discentes da universidade pesquisada. Realizou-se um estudo analítico, observacional, transversal, descritivo e de natureza quantitativa, feito por meio da aplicação de um questionário formulado com perguntas oriundas de padrões de estudos anteriores. O questionário foi aplicado virtualmente, por meio da plataforma Google Forms, e presencialmente, em cenários de práticas dos estudantes e salas de aula da Faculdade de Medicina do Pará. A população alvo da pesquisa foram os 940 acadêmicos do curso, matriculados do 1º ao 6º ano, pertencentes à Faculdade de Medicina e Cirurgia da Universidade Federal do Pará. O questionário aplicado continha três partes. Na primeira parte encontravam-se perguntas referentes as características sociodemográficas dos participantes: idade, sexo, religião e o período que está cursando. A segunda parte continha uma

autoavaliação sobre cuidados paliativos, embasada em instrumento previamente validado na Colômbia, adaptado com cinco questões fechadas com duas opções de respostas: sim e não. Por fim, a terceira parte reuniu informações sobre conhecimentos específicos em cuidados paliativos, por meio de instrumento validado no Japão, ajustado com vinte e duas questões que incluíam seis domínios: filosofia, dor, dispneia, problemas psiquiátricos, problemas gastrointestinais e comunicação, com três opções de respostas: verdadeiro, falso e “não sei”. Como resultado, foi denotado o baixo quantitativo de repostas corretas no questionário, sinalizando a ineficiência do ensino voltado aos cuidados paliativos. Desse modo, é imperativo dialogar, reestruturar e ampliar o ensino sobre os Cuidados Paliativos na educação médica, haja vista sua demasiada importância na conjuntura que se descortina.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Educação Médica; Medicina Paliativa

ABSTRACT

With the advance of life expectancy, linked to the fall in the mortality rate and decline in fertility, population longevity has been the subject of extensive studies, especially in the tangent to health aspects. In this context, it is important to clarify that, combined with population aging, there is a high prevalence of Chronic Non-Communicable Diseases. Aiming at the physical, mental, spiritual and social well-being of individuals, Palliative Care emerges as a multiprofessional care approach, which aims at horizontal, holistic and humanized care with patients and their families. To this end, it is essential that health professionals are prepared to deal with patients who need such care, as well as to help family members in the face of adversity. This study aimed to evaluate the level of knowledge of the students of the Faculty of Medicine of the Federal University of Pará on the theme of Palliative Care; to identify if at the end of the course the medical students developed Competencies necessary for the development of palliative actions; to explain if at some point in the graduation, topics were worked on such as: communication of bad news in front of the patient in palliative care and his family, communication between the multidisciplinary team, management of pain and the main complaints of patients in palliation; to compare the cycles of graduation (basic, clinical and internship), in order to verify whether or not there was a progressive construction of knowledge related to palliative care; to contribute to the institution of a culture of continuing education in palliative care in medical graduation, as well as to the consolidation of institutional policies of professional development Of the students of the researched university. An analytical, observational, cross-sectional, descriptive and quantitative study was carried out through the application of a questionnaire formulated with questions arising from patterns of previous studies. The questionnaire was applied virtually, through the Google Forms platform, and in person, in scenarios of students' practices and classrooms of the Faculty of Medicine of Pará. The target population of the research were the 940 academics of the course, enrolled from the 1st to the 6th year, belonging to the Faculty of Medicine and Surgery of the Federal University of Pará. The questionnaire applied contained three parts. In the first part there were questions regarding the sociodemographic characteristics of the participants: age, sex, religion and the period they are studying. The second part contained a self-assessment on palliative care, based on an instrument previously validated in Colombia, adapted with five closed questions with two answer options: yes and no. Finally, the third part

gathered information about specific knowledge in palliative care, through an instrument validated in Japan, adjusted with twenty-two questions that included six domains: philosophy, pain, dyspnea, psychiatric problems, gastrointestinal problems and communication, with three options for answers: true, false and "I don't know". As a result, the low number of correct answers in the questionnaire was denoted, signaling the inefficiency of teaching aimed at palliative care. Thus, it is imperative to dialogue, restructure and expand the teaching on Palliative Care in medical education, given its too important in the conjuncture that is unseeing.

Keywords: Palliative Care; Education Medical; Palliative Medicine

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil epidemiológico dos estudantes de medicina avaliados sobre cuidados paliativos na Universidade Federal do Pará no período de fevereiro a março de 2024	36
Tabela 2 - Análise descritiva das questões de autoavaliação sobre cuidados paliativos entre estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará no período de fevereiro a março de 2024	37
Tabela 3 - Distribuição das respostas positivas de autoavaliação sobre cuidados paliativos segundo os ciclos da graduação entre estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará no período de fevereiro a março de 2024.....	38
Tabela 4 - Distribuição das respostas corretas e porcentagens de acertos obtidos na categoria de conhecimentos específicos sobre cuidados paliativos entre estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará no período de fevereiro a março de 2024	40
Tabela 5 - Distribuição das respostas corretas e porcentagens de acertos obtidos na categoria de conhecimentos específicos sobre cuidados paliativos segundo os ciclos da graduação entre estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará no período de fevereiro a março de 2024	42
Tabela 6 - Distribuição das respostas corretas e porcentagens de acertos obtidos por domínios segundo os ciclos da graduação entre estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará no período de fevereiro a março de 2024.....	43
Tabela 7 – Análise das respostas corretas no domínio filosofia	44
Tabela 8 - Análise das respostas corretas no domínio dor	44
Tabela 9 - Análise das respostas corretas no domínio dispneia	45
Tabela 10 - Análise das respostas corretas no domínio problemas psiquiátricos	45
Tabela 11 - Análise das respostas corretas no domínio problemas gastrointestinais	46
Tabela 12 - Análise das respostas corretas no domínio comunicação	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCP – Associação Brasileira de Cuidados Paliativos

AINEs – Anti-inflamatórios não esteroides

AMB – Associação Médica Brasileira

ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CP – Cuidado Paliativo

CPs – Cuidados Paliativos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNCP – Política Nacional de Cuidados Paliativos

S-DDD – Dose Diária Definida com Finalidade Estatística (*Defined Daily Dosis for Statistical Purposes*)

SP – Sedação Paliativa

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E PROBLEMA	13
1.1 Hipótese.....	16
1.2 Justificativa	16
1.3 Objetivos.....	16
1.3.1 Objetivo geral	16
1.3.2 Objetivos específicos	17
2 REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 A história dos cuidados paliativos	17
2.2 Epidemiologia em cuidados paliativos.....	20
2.3 A medicina e a morte	22
2.4 Comunicação de más notícias	24
2.5 Paliar os sintomas	25
2.5.1 Dor	25
2.5.2 Problemas respiratórios	28
2.5.3 Problemas respiratórios	30
2.5.4 Problemas respiratórios	31
2.6 Cuidados paliativos e a educação médica	33
3 MATERIAL E MÉTODOS	34
3.1 Tipo de pesquisa.....	34
3.2 Local da amostra.....	34
3.3 População e amostra	34
3.4 Critérios de inclusão.....	34
3.5 Critérios de exclusão	34

3.6 Tempo da pesquisa.....	35
3.7 Instrumento da pesquisa.....	35
3.8 Análise dos dados coletados.....	35
3.9 Aspectos éticos.....	36
3.10 Riscos da pesquisa.....	36
3.11 Benefícios da pesquisa.....	36
4. RESULTADOS.....	36
4.1 Características da amostra.....	36
4.2 Autoavaliação sobre cuidados paliativos.....	38
4.3 Avaliação dos conhecimentos específicos sobre cuidados paliativos.....	39
4.4 Avaliação das respostas corretas dos conhecimentos específicos segundo os ciclos da graduação.....	42
4.5 Domínio filosofia segundo os ciclos da graduação.....	44
4.6 Domínio dor segundo os ciclos da graduação.....	45
4.7 Domínio dispneia segundo os ciclos da graduação.....	46
4.8 Domínio problemas psiquiátricos segundo os ciclos da graduação.....	46
4.9 Domínio problemas gastrointestinais segundo os ciclos da graduação.....	46
4.10 Domínio comunicação segundo os ciclos da graduação.....	47
5. DISCUSSÃO.....	47
6. CONCLUSÃO.....	53
REFERÊNCIAS.....	55
ANEXOS.....	63

1 INTRODUÇÃO E PROBLEMA

Em razão do prolongamento da expectativa de vida, da queda na taxa de fecundidade e do conseqüente aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, causados - principalmente - pelo envelhecimento da população, as sociedades atuais apresentam desafios no campo da saúde e no bem-estar integral dos indivíduos, essa realidade suscita a importância da inclusão na formação acadêmica em saúde de temas relacionados aos cuidados em situações patológicas ameaçadoras da vida. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), a expectativa para a década de 2030 é de que haja mais de um bilhão de idosos no mundo, com aumento mais acentuado desse grupo etário nos países em desenvolvimento. Por conseguinte, as doenças crônicas não transmissíveis representarão mais de 3/4 de todas as mortes, com destaque para as doenças cardiovasculares e oncológicas, aumentando a demanda por Cuidados Paliativos.

No percurso à terminalidade, marcado pelos diversos estágios do adoecimento e, eventualmente, o falecimento, apesar de ser um processo natural da vida humana, é encarado como uma situação temerosa por grande parte das pessoas em nosso contexto social, cedendo espaços à tabus e discussões. (Silva et al. 2020). O cuidado paliativo visa melhorar a qualidade de vida de pacientes com doenças ameaçadoras da vida e de suas famílias, indo além da rasa definição de oferecer conforto aos pacientes terminais, referindo-se às questões exclusivas de fim de vida. (Brigthon, Bristowe. 2016)

Os cuidados paliativos visam fornecer uma abordagem holística e centrada no paciente para melhorar a saúde e o bem-estar. Os cuidados paliativos iniciam desde o diagnóstico de uma doença grave e continuam até o final da vida; é apropriado em qualquer estágio da doença e pode ser fornecido junto com o tratamento curativo. A integração de cuidados paliativos e oncológicos é agora considerada padrão de cuidados para pacientes com câncer avançado. (Ozdemir S, et al. 2019)

As ações em CP podem ser prestadas por meio de três modelos de assistência à saúde: hospitalar, ambulatorial e domiciliar. Cada um tem suas vantagens e desvantagens, mas quando se pensa apenas na atenção domiciliar, deve-se considerar um cuidado que permite o acolhimento do paciente em seu próprio lar, junto à sua família, sem ter que seguir uma rotina hospitalar (ANCP, 2018).

Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, principal entidade representativa sobre o tema, os cuidados paliativos englobam a atuação multiprofissional como pilar no cuidado. Dessa maneira, a equipe precisa ser composta por, no mínimo, profissionais com formação em medicina, enfermagem, psicologia, assistência social e um na área de reabilitação. Entretanto, uma intervenção de demais profissionais da saúde, como cirurgiões dentistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, profissionais de educação física, entre outros, se torna necessária a fim de garantir a integralidade dos CP. (Cruz. et al. 2021).

Tendo em pauta os princípios do SUS, que determinam a saúde como um direito fundamental a todos os cidadãos, foram promulgadas no ano de 2002 a Portaria nº 19, que instituiu um Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos dentro do SUS, e a Lei nº 10.424, regulamentando o atendimento e internação domiciliar no SUS. Embora os CP tenham sido incluídos como parte dessas iniciativas, ainda não estavam amplamente disponíveis (Ribeiro, J.R.; Poles, K, 2019). Somente em 2018, o Ministério da Saúde publicou a Resolução nº 41, que normatiza a oferta de CP como parte dos cuidados continuados integrados no âmbito do SUS e definindo que estes devem estar disponíveis em todo ponto da rede, desde a atenção básica, domiciliar, ambulatorial, até os serviços hospitalares e de urgência e emergência (Ministério da Saúde, 2018).

Outro ponto importante é que para o tratamento ser eficaz, é necessário que seja considerada a individualidade do paciente e a ampla avaliação dos sinais e sintomas (Verhoef, M. J. et al. 2020). Os sintomas apresentados pelos pacientes sob CPs, quando não controlados, estão diretamente relacionados à menor qualidade de morte (Lehani, B. E. 2017). Ademais, é importante aclarar que além de todos os sintomas físicos que acometem os pacientes submetidos aos cuidados paliativos, a comunicação de más notícias para os pacientes e seus familiares deve ser realizada com cautela e respeito, seja no diagnóstico da doença, no agravamento do quadro, na indicação dos cuidados paliativos ou até mesmo no momento do óbito do paciente (Vogel et al. 2019).

As notícias difíceis, ao serem transmitidas, podem causar reações inesperadas ao ouvinte, principalmente quando elas estão relacionadas a doenças ou ao óbito de um ente querido. O ato de comunicar más notícias requer capacidade empática com quem sofre. Cada pessoa reage de uma maneira e é preciso que o

profissional esteja apto a avaliar até que ponto o ouvinte é capaz de saber (Fontes et al., 2017). Assim, a maneira como a notícia é transmitida interfere diretamente na relação médico-paciente; no modo como o indivíduo lida com o diagnóstico, bem como na esperança desenvolvida após a notícia; nos relacionamentos pessoais e familiares; na busca por melhor qualidade de vida; e na adesão ao tratamento. (Sombra et al. 2017).

Embora a comunicação de más notícias seja comum e de evidente importância no contexto da relação médico-paciente e apesar de existirem na literatura instrumentos que ajudam a reduzir a ansiedade na comunicação de más notícias, verifica-se que essa questão ainda não é devidamente tratada na formação médica no País e no mundo (Ostermann, A.C.; Frezza, M. 2017).

Um recente estudo investigou a realidade sobre o ensino de habilidades de comunicação nas escolas médicas do Brasil. Entre 237 escolas existentes, 162 responderam ao questionário da pesquisa. Destas, 64% ofereciam treinamento formal de tal aptidão, especialmente nos anos pré-clínicos da graduação. O ensino dessa habilidade em situações especiais como a de más notícias foi reportado em apenas 41 instituições brasileiras, estando ausente na maioria das 18 matrizes curriculares. (Liberali, R.; Novack, D.; Duke, P.; Grosseman, S. 2017). Ademais, dados da OMS apontam que 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)

Nesse contexto, é fundamental ampliar a discussão e a formação sobre os CP, aprimorando o currículo dos cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação, bem como a capacitação e atualização dos profissionais já em atuação, de maneira que estes estejam mais preparados e sejam multiplicadores dos CP, fortalecendo as políticas públicas e programas de humanização do cuidado em final de vida (Alves, R. F. et al., 2019; Vasconcellos, A. S. et al., 2017).

Outrossim, é válido elucidar que a modelo de ensino e prática médica por vezes se dedica exclusivamente ao atendimento terapêutico engessado, não instruindo ao profissional o interesse e a dedicação pelo cuidado paliativo. Assim, percebe-se que a medicina adquiriu um aspecto mais tecnicista e mais biologicista ,

focando nas doenças e não no indivíduo como um todo, além disso, pesquisas realizadas em diversas escolas médicas ao redor do mundo demonstram que a inserção de temas relacionados aos cuidados paliativos no currículo médico ainda é incipiente (Ribeiro, J. R.; Poles, 2019)

Uma pesquisa recente, publicada na Revista Brasileira de Educação Médica, apontou que das 315 escolas de Medicina cadastradas no Ministério da Educação, apenas 44 cursos de Medicina (14%) dispõem da disciplina de cuidados paliativos. Esses cursos estão distribuídos em 11 estados brasileiros, 52% estão na Região Sudeste, 25% na Região Nordeste, 18% na Região Sul, 5% na Região Centro-Oeste, e nenhum na Região Norte. Tal estudo evidencia a parca importância que é direcionada ao tema em um momento de grande significado para os futuros profissionais da saúde: a formação acadêmica.

1.1 HIPÓTESE

Os estudantes de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará não têm conhecimento pleno sobre cuidados paliativos.

1.2 JUSTIFICATIVA

Diversos trabalhos comprovam que a formação médica voltada para a temática dos cuidados paliativos apresenta grandes lacunas que impactam negativamente na vida do próprio profissional, do paciente e de seus familiares. Levando em conta a grandeza do tema é contraditório que os estudantes possuam conhecimento incipiente para tratar de questões relacionadas ao assunto. Desse modo, a pesquisa em questão é extremamente importante para a incitação do diálogo e a discussão sobre a temática, bem como para levantar dados que sirvam para comprovar se o conhecimento dos estudantes é eficaz para a prática profissional e, assim, buscar melhorias para o ensino médico que visem a integralização do cuidado.

1.3 OBEJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Avaliar o nível de conhecimento dos estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará sobre a temática dos Cuidados Paliativos

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar se ao final do curso os estudantes de medicina desenvolveram competências necessárias para o desenvolvimento de ações paliativas;

Explicitar se em algum momento da graduação, foram trabalhados temas como: comunicação de más notícias frente ao paciente em cuidados paliativos e a sua família, comunicação entre a equipe multiprofissional, manejo da dor e das principais queixas de pacientes em palição;

Comparar os ciclos da graduação (básico, clínico e internato), a fim de constatar se houve – ou não – construção progressiva de conhecimento referente ao paliativismo;

Contribuir para a instituição de uma cultura da formação continuada em cuidados paliativos na graduação médica, bem como para a consolidação de políticas institucionais de desenvolvimento profissional dos discentes da universidade pesquisada.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A HISTÓRIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Até o século IV Antes de Cristo, não era considerado ético tratar o doente durante o seu processo de morte. Os médicos tinham medo de o fazer, pelo risco de serem castigados, pois acreditavam que estariam desafiando as leis da natureza (Ortiz, 1999). Com a propagação do Cristianismo, estabeleceu-se a necessidade de ajudar esses doentes, surgindo a primeira instituição para ajudar os desprotegidos, doentes e moribundos em Roma, por Fabíola, como resultado de seu comprometimento cristão (Saunders, 2006). Esses locais tornaram-se, então, lugares de descanso para os peregrinos e que, progressivamente, foram também acolhendo doentes e moribundos.

O termo cuidado, derivado do verbo cuidar, abrange práticas e significados diversos, variando de acordo com a cultura a qual se insere. Etimologicamente, a palavra cuidar é de origem latina, derivada do verbo “cogitare”, cujo significados estão relacionados ao pensar, supor e imaginar. Há também aproximação com o vocábulo latino “curare”, cujo sentido associa - se à ideia de “tratar de”. O cuidar e o cuidado são próprios do convívio humano, se estabelecem nas diversas esferas da vida em sociedade e são caracterizados por apresentarem uma relação assimétrica, em que não há expectativa de troca (Rabinovich, 2014).

O cuidado em saúde, de acordo com o senso comum, relaciona-se a execução de procedimentos e atitudes orientadas para a manutenção de um corpo livre de doença. No entanto, associam-se os cuidados em saúde como restritos à dimensão do corpo físico, igualado a uma máquina, promove - se um reducionismo que limita, reduz e desencanta esta atividade (Rabinovich, 2014). Assim, o cuidado com o ser humano deve ser amplo e atender aos diferentes aspectos que compõem sua complexidade, ou seja, físico, espiritual, psíquico e social (World Health Organization, 2020).

O surgimento dos cuidados paliativos, na sua perspectiva mais moderna, combinando cuidados clínicos, formação e investigação, reporta-se ao final dos anos 50 e início dos anos 60 do século passado. Foi catalisador deste acontecimento, o encontro, num grande hospital universitário londrino em 1948, da inglesa Cicely Saunders, assistente social, enfermeira e médica, com David Tasma, um judeu de 40 anos, morador do Gueto de Varsóvia, com diagnóstico de carcinoma retal inoperável. Ele havia passado por uma colostomia paliativa e era atendido por Saunders, que o visitou até a sua morte. Saunders tinha com ele longas conversas e cuidados para minimização de seu sofrimento, tratando-o com dignidade até os últimos dias de sua vida. Por sua vez, David Tasma, mesmo com poucas condições financeiras, deixou uma pequena herança e uma carta que dizia: “Eu serei uma janela na sua Casa”. Mais do que uma janela, David Tasma se tornou um símbolo de incentivo tanto para profissionais quanto pacientes que chegavam ao *St. Christopher's Hospice*, criado em 1967 por Saunders. Esse *hospice* foi o primeiro serviço que oferecia cuidado integral ao paciente, desde controle de sintomas, alívio da dor e até atenção psicológica. Esse cuidado se dirigia para os doentes incuráveis como uma forma de resposta ativa para sanar o sofrimento dessas pessoas em busca de qualidade de vida (Floriani;

Schramm, 2008). Desde então, o movimento *hospice* incorpora essa missão de acolher, cuidar e tratar a doença como uma jornada que será percorrida pelo doente e pela família/cuidador (Alves et al. 2019). É a partir desse movimento que os cuidados ao doente em fim de vida começam o seu desenvolvimento exponencial ao longo de todo o mundo, com maior predominância nos países mais desenvolvidos.

Já na década de 1970, esse movimento foi trazido para a América através de Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra suíça radicada nos Estados Unidos, que teve contato com os trabalhos de Cicely Saunders. Entre 1974 e 1975, foi fundado um “*hospice*” na cidade de Connecticut (Estados Unidos) e, a partir daí, o movimento disseminou-se para diversos países (Matsumoto, 2012).

O cuidado paliativo apresenta-se como uma esfera do cuidado, que surgiu com o objetivo de suprir a uma demanda crescente de pacientes fora das possibilidades de cura terapêutica e que vinham sendo marginalizados e mal assistidos pelo modelo tecnicista da Medicina, com foco na doença em detrimento do doente. O termo cuidado paliativo, cunhado em 1974 pelo canadense Balfour Mount, deriva do latim *pallium* (“manta/cobertor”) e remete à ideia de proteger ou amparar (World Health Organization, 2019).

No Brasil os Cuidados Paliativos começaram a se consolidar por volta de 1980. Em 1997 foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP); em fevereiro de 2005 a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), juntamente com a Associação Médica Brasileira (AMB) (Carvalho; Parsons, 2012).

Os cuidados paliativos são regidos por princípios, os quais ajudam a nortear uma área tão complexa que envolve várias especialidades e profissões. Acerca disso, os princípios são: (1) promover alívio da dor e de outros sintomas estressantes, (2) reafirmar a vida e ver a morte como um processo natural, (3) não pretende antecipar e nem postergar a morte, (4) integra 11 aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado, (5) oferece um sistema que auxilie o paciente a viver tão ativamente o quanto possível, até o momento da sua morte, (6) oferece um sistema de suporte que auxilie a família e entes queridos a se sentirem amparados, (7) deve iniciar o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas que prolonguem a vida e investigações que ajudem a compreender melhor os sintomas a serem manejados. Da mesma forma, o alívio da dor é regido por princípios, tais como: avaliar antes de

tratar, explicar a causa dos sintomas, não esperar que o paciente se queixe, adotar uma estratégia terapêutica mista, monitorar os sintomas, reavaliar regularmente as medidas terapêuticas, cuidar dos detalhes e estar disponível (Matsumoto, 2012).

Pessoas em finitude, independentemente de estarem em processos agudos ou serem portadoras de doenças avançadas, podem se beneficiar da abordagem em cuidados paliativos, o que é corroborado por evidências científicas. O apoio adequado de profissionais com os recursos dos CP exige o repensar do papel das escolas médicas visando atender às necessidades de saúde dos pacientes e da família deles (Gomes, 2016).

Considerando essa realidade, precisam ser ampliados os espaços de reflexão, formação e cuidado que permitam uma assistência digna aos pacientes e a seus familiares durante todas as etapas do tratamento (Silva, 2017).

É urgente a necessidade de divulgar essa temática com efetividade entre os acadêmicos em formação em medicina, os quais poderão contribuir mais efetivamente para que esse cuidado seja exercido com eficácia nos ambientes de saúde, reduzindo frustrações para a equipe de saúde, para os familiares e, principalmente, para o paciente. De acordo com Carvalho e Parsons (2012), a educação para esse cuidado ainda é insuficiente e muitos profissionais de saúde desconhecem técnicas de palição.

2.2 EPIDEMIOLOGIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

A OMS estima que cerca de 40 milhões de pessoas morram anualmente com necessidade de cuidados paliativos. Cerca de 78% delas estão em países de baixa ou média renda e apenas 14% têm acesso a esses cuidados de forma adequada (World Health Organization, 2014). No Brasil, em 2019, estima-se que mais de 885 mil pessoas morreram com necessidade de cuidados paliativos (Ministério da Saúde, 2019).

Sobre o tema qualidade de morte, o periódico *The Economist* publicou em 2015, uma pesquisa realizada com 80 países em relação a 20 indicadores quantitativos e qualitativos compreendendo cinco categorias distintas, sendo: (1) ambiente dos cuidados de saúde e dos cuidados paliativos, (2) recursos humanos, (3)

acessibilidade, (4) qualidade dos cuidados, e (5) envolvimento da comunidade. Nesta pesquisa, o Brasil foi classificado na 42ª posição, atrás de países com economias mais frágeis, como Uganda, Equador e Malásia.

Já em uma pesquisa recente sobre a qualidade dos cuidados ao fim da vida no mundo, foram entrevistadas 181 informantes-chave de 81 países, representando mais de 80% da população mundial. Neste, o Brasil ficou na 79ª posição, sendo um dos piores lugares para se morrer no mundo (Finkelstein. et al., 2022).

Outro indicador mundial é o nível de consumo de opióides medido pelo Órgão Internacional de Controle de Entorpecentes [International Narcotics Control Board], órgão da Organização Mundial da Saúde (OMS) encarregado de monitorar o consumo de drogas narcóticas (International Narcotics Control Board, 2015). A unidade utilizada é a Dose Diária Definida com finalidade estatística [Defined Daily Dosis for statistical purposes – S-DDD], expressa por milhão de habitantes por dia. Os países da América Latina consomem centenas de S-DDD, enquanto os países desenvolvidos consomem milhares de S-DDD. Dentro da América Latina, o Brasil consome menos opióides que a Argentina e o Chile. Em resumo, nossa qualidade de morte é ruim, sofremos com baixo acesso a opióides potentes e nossa oferta de cuidados paliativos está aquém do desejável (Rodrigues; Silva; Cobrera, 2022).

Embora a última década tenha apontado um crescimento no número de serviços de cuidados paliativos no país, a proporção de serviços em relação ao tamanho da população ainda é bastante baixa. Em 2012, eram 92 serviços distribuídos nos âmbitos hospitalar, domiciliar e do tipo hospice. Em 2018 eram 177 serviços, em 2019, 191 serviços (Dos Santos; Ferreira, 2020) e em 2020, 198 serviços (Pastrana. et al., 2021).

Dos 191 serviços encontrados em 2019, a distribuição deles se apresentava da seguinte forma: 7 na Região Norte, 20 no Centro Oeste, 26 no Nordeste, 33 no Sul e 106 no Sudeste. Os serviços que o relatório se refere não são de unidades inteiras voltadas a assistência paliativa, muitas vezes são, por exemplo, hospitais que possuem alas paliativas, ou ainda ambulatorios. Isso quer dizer que não se trata de uma estrutura criada exclusivamente para esse tipo de assistência. Nesse relatório ainda se encontra o número de leitos para cuidados paliativos onde o país inteiro possui apenas 789 leitos. Destes leitos, a maior concentração está na região Sudeste

com 458 leitos, seguida no Nordeste com 120, do Sul com 102, do Centro Oeste com 86 e do Norte com 23 (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2019).

Considerando tais indicadores, no dia 15/01/2024, foi publicado no Diário Oficial da União em sua Edição: 10 | Seção: 1 | Página: 46, a Resolução CNS nº 729, de 07 de dezembro de 2023, nos termos da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, aprovando a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), considerando que a maior parte da população brasileira ainda não tem acesso adequado aos Cuidados Paliativos (CP); a posição do Brasil, classificado como um país de "qualidade média" no que diz respeito aos Cuidados Paliativos no "Índice de Qualidade de Morte" (*Quality of Death Index*, em inglês), do *The Economist Intelligence Unit* (EIU), que avaliou a qualidade dos cuidados paliativos em 80 países; que os cuidados paliativos têm como foco principal o sistema de saúde centrado nas necessidades e demandas dos pacientes e suas famílias e na tomada de decisões baseada na ética clínica e no respeito pelos valores e pela dignidade na atenção; que a pandemia de Covid-19 destacou a importância dos CP, especialmente para pacientes em estado terminal; a importância da criação da cultura de Cuidados Paliativos, com estratégias de informação, comunicação e capacitação para profissionais e comunidades; as várias propostas aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde no sentido de construir a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) para o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da participação popular, mediada por audiências públicas, com vistas a integrar às Redes de Atenção à Saúde, com componente de cuidado em saúde na Atenção Básica em Saúde, através das Estratégia de Saúde da Família, com garantia de financiamento, atendendo às necessidades de inclusão e acessibilidade de todas as pessoas; que a proposta aprovada na 17ª CNS foi inscrita na plataforma Brasil Participativo e recebeu amplo apoio da sociedade, computando 11.419 votos, tornando-se a 4º mais votada na área da saúde entre 1.297 propostas e a 16º no ranking geral de 8.167 propostas de todas as áreas (Diário Oficial da União, 2024).

2.3 A MEDICINA E A MORTE

Ao longo da história da humanidade, a concepção de morte tem passado por constantes mudanças, em especial com os avanços tecnológicos e com os estudos dedicados a compreender especificamente esse fenômeno, como é o caso das pesquisas desenvolvidas na área da tanatologia (Forestit; Hodecker, Bousfield, 2021).

O despreparo e a dificuldade para conviver com sentimentos dos pacientes, principalmente aqueles que necessitam de cuidados paliativos, somados a sobrecarga emocional da profissão, excesso de novas informações diárias, longas horas de trabalho e privações constantes de sono aumentam ainda mais o sofrimento mental e interferem na qualidade da prática clínica e na relação entre médicos, pacientes e familiares (Santa; Cantilino, 2016).

A humanização da medicina envolve prática integral, que considera o paciente e os aspectos biopsicossociais e espirituais abrangidos pelo binômio saúde-doença. No que se refere à finitude da vida, a medicina humanizada denota, além do respeito à pessoa, maior interação entre equipe e paciente, com melhores resultados na escolha de condutas e tratamentos, de modo a promover o bem-estar. O desenvolvimento tecnológico tem possibilitado intervenções que, ao adiar a morte, provocam debates e questionamentos éticos sobre condutas que submetem o paciente a sofrimentos desnecessários e indesejáveis. Diante da terminalidade, principalmente em unidades de terapia intensiva (UTI), há três caminhos possíveis: eutanásia, distanásia e ortotanásia. A escolha por um deles passa pela humanização da medicina, vez que a decisão deve considerar fatores psicossociais que, no momento de proximidade da morte, são tão ou mais importantes do que aspectos biológicos (Santos et al., 2014)

Na bioética, quando se trata de eutanásia, ainda há muito o que se discutir, pois quando o assunto é o fim da vida ainda há outros dois conceitos que caminham com a eutanásia, a distanásia e a ortotanásia. A eutanásia (palavra de origem grega, que significa “boa morte” (“eu” = boa; “thanatos” = morte) pode ser classificada de quatro maneiras diferentes, passiva (quando o paciente morre por deixar de receber algo que lhe estava sendo crucial para continuar a viver), ativa (quando o paciente recebe uma dose de algum medicamento letal para encerrar a vida), voluntária (quando o paciente está lúcido o suficiente para participar do processo de escolha de encerrar a própria vida) e involuntária (quando o paciente encontra-se em estado que o impossibilita de fazer a escolha de encerrar ou não a própria vida e tal decisão é tomada por familiares ou responsáveis legais juntamente com o diagnóstico médico) (Silva, 2014).

A distanásia baseia-se no outro extremo sobre o final da vida sendo o ato de prolongar o processo de morte do paciente, ato que ocorre pelo juramento médico de

salvar vidas e pressão familiar exercida em cima do profissional de saúde pela falta de conhecimento e falta de aceitação da morte, mesmo quando está claro que todos os procedimentos médicos, medicações e aparelhos tecnológicos não poderão evitar e eminente fim. Logo, as causas para a distanásia são a adoração da vida, independentemente de sua qualidade, falta de conhecimento sobre a situação e medo da morte como já ditos anteriormente, sendo os pacientes com grandes riscos de sofrerem a distanásia os pacientes de unidade de tratamento intensivo (UTI), nascidos prematuros, os pacientes crônicos e com agravamento e os pacientes em estado terminal (Oliveira; Barbas, 2013). Entre esses dois extremos, eutanásia e distanásia, encontramos a ortotanásia, que mesmo muitas vezes confundida com a eutanásia, tem por objetivo simplesmente preservar o direito de morrer com dignidade, no momento em que se deve morrer, sem adiamento da morte ou prolongamento da vida, focada em preservar o paciente de dor física e/ou psicológica, preocupando-se inclusive com questões espirituais e sociais tanto do paciente quanto dos familiares ou responsáveis (Kovács, 2014).

2.4 COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Abordar, de modo claro, a inevitabilidade da morte em decorrência de um prognóstico reservado se constitui em um desafio para o profissional de saúde que, durante a sua formação, não desenvolve habilidades de comunicação adequadas que o capacitem para expor o delicado tema. É preciso estar disponível para lidar com a angústia experimentada pela família que acompanha o paciente durante todo o processo e que se dedica a evitar o sofrimento a qualquer custo, o que inclui, na maioria das vezes, proteger o paciente de qualquer informação que possa causar tristeza e desespero (Silva, 2017).

Todavia, a habilidade de comunicação é uma competência que pode ser aprendida e aprimorada ao longo do tempo por meio de prática e desenvolvimento de técnicas específicas. Embora algumas pessoas possam ter uma predisposição natural para a comunicação, a maioria das habilidades de comunicação, como ouvir atentamente, expressar-se claramente, transmitir empatia e compreender as necessidades do interlocutor, pode ser adquirida e refinada com treinamento e experiência. A habilidade de comunicar más notícias em cuidados paliativos é uma

competência essencial que pode ser aprendida e aprimorada com o tempo e a prática. Embora seja uma tarefa difícil e delicada, é fundamental para os profissionais de saúde oferecerem suporte emocional e informações claras aos pacientes e seus familiares durante momentos difíceis.

De acordo com o Código de Ética Médica, é dever do médico fornecer informações transparentes e honestas ao paciente e à sua família, mesmo quando essas informações são incertas ou podem causar ansiedade adicional. Isso se baseia no princípio da autonomia do paciente, que garante o direito do indivíduo de participar ativamente das decisões relacionadas à sua saúde. Portanto, mesmo diante da incerteza, o médico deve compartilhar com o paciente todas as informações disponíveis, explicando claramente a natureza incerta dessas informações e as limitações do conhecimento médico. Essa abordagem ética promove a confiança e o respeito mútuos entre médico e paciente, permitindo que o paciente tome decisões informadas e participe ativamente do seu processo de tratamento e cuidado. Além disso, ao fornecer informações honestas, mesmo que incertas, o médico demonstra respeito à dignidade e autonomia do paciente, promovendo uma relação terapêutica baseada na transparência e na empatia.

2.5 PALIAR OS SINTOMAS

2.5.1 Dor

A busca por melhor qualidade de vida e bem-estar dos pacientes em estágios avançados de doenças graves e incuráveis engloba, invariavelmente, o manejo da dor, sendo necessário utilizar uma combinação de abordagens farmacológicas e não farmacológicas, incluindo o uso adequado de opioides, adjuvantes analgésicos, terapias físicas, psicológicas e complementares.

No contexto brasileiro, não é incomum que pacientes em cuidados paliativos com queixa de dor sejam subtratados, uma vez que o manejo deste sintoma muitas vezes se dá de forma inadequada por diversos fatores, como: avaliação incorreta da intensidade da dor, limitação do conhecimento profissional relacionado ao uso dos opioides, medo dos efeitos adversos da terapia analgésica implementada, negligência no acompanhamento para reavaliação dos tratamentos propostos etc. (Haueisen, A. L. M. et al. 2019)

O escalonamento de classes medicamentosas no controle da dor é uma abordagem amplamente utilizada para gerenciar o sintoma de forma eficaz, especialmente em pacientes com dor moderada a grave. Esse método envolve a prescrição de fármacos em uma ordem específica seguindo a Escada Analgésica da OMS cujo primeiro degrau, representativo de dor leve a moderada, envolve o tratamento de primeira linha com drogas analgésicas não opioides, como paracetamol e dipirona, e AINEs (anti-inflamatórios não esteroidais). Na persistência da dor moderada, segundo degrau, recomenda-se a associação com opioides de baixa potência, como codeína e tramadol. Para dores mais intensas ou refratárias, terceiro degrau, é aconselhável a substituição dos opioides fracos pelos fortes, como morfina, metadona, oxicodona e fentanil. Há ainda a possibilidade de combinação terapêutica com outras classes medicamentosas, como adjuvantes analgésicos, tal qual os antidepressivos, anticonvulsivantes e corticoides. Vale ressaltar que diante do uso de opioides objetiva-se proporcionar um alívio eficaz da dor com o menor risco de eventos adversos; logo, a dose máxima é estipulada com base no melhor equilíbrio entre os efeitos desejados e os efeitos colaterais, não existindo, portanto, uma dose limite pré-definida para o uso. (Guzzo, E. C.; Vieira, P. F. G.; Soldatelli, M. D.; Musse, C. A. I. 2015)

No que se refere a administração dos AINEs, embora esses medicamentos possam ter um papel limitado devido aos seus potenciais efeitos colaterais e baixa eficácia no tratamento da dor de pacientes terminais, eles ainda podem ser considerados como parte de uma estratégia multimodal para o controle da dor. Enquanto os opioides atuam principalmente no sistema nervoso central para modular a percepção da dor, os AINEs exercem seus efeitos anti-inflamatórios e analgésicos através da inibição da síntese de prostaglandinas periféricas. Combinados, esses medicamentos oferecem um controle mais abrangente da dor, abordando tanto os aspectos nociceptivos quanto inflamatórios. No entanto, fica evidente a necessidade de uma avaliação cautelosa dos potenciais benefícios e riscos para cada paciente, considerando o perfil de segurança dos medicamentos, as comorbidades e a resposta individual ao tratamento. (Page, A. J. et al. 2022)

Em relação aos principais efeitos colaterais advindos do uso de opioides sabe-se que a sonolência, as náuseas e os vômitos desenvolvem tolerância após os primeiros dias de uso. Já a constipação acaba por gerar grande impacto na qualidade

de vida dos pacientes, visto que essa reação adversa é dose-dependente e não desenvolve tolerância, devendo sempre ser prevenida e tratada eficazmente. (Barcelos, I. F. 2018) Em geral, a primeira linha de tratamento medicamentoso para a constipação induzida por opiáceos são os laxantes osmóticos e estimulantes – evitam-se laxantes formadores de volume – que ao serem usados de forma profilática em associação com o aumento da ingestão hídrica e do consumo de fibras costumam obstar a progressão deste sintoma. (Nelson, A. D.; Camilleri, M. 2016; Sizar, O.; Genova, R.; Gupta, M. 2024) Somente em último caso são prescritos antagonistas de receptores opioides, como: metilnaltrexona, naloxegol e naldemedina. (Horrigan, J.; Bhumi, S.; Miller, D.; Jafri, M.; Tadros, M. 2023)

Outro potencial efeito secundário que torna o uso dos opioides temido é a depressão respiratória. Entretanto, esse efeito não deve ser sobrevalorizado haja vista que a dor por si só é um estimulante do centro respiratório e o risco de desenvolver essa reação adversa é mitigado pela rápida capacidade do corpo de desenvolver tolerância para este efeito quando a droga é utilizada apropriadamente, em especial no seu uso crônico. (Carvalho, R. T.; Parsons, H. A. 2012) Desse modo, a limitação arbitrária do aumento da dosagem de opioides com base no risco de depressão respiratória é um equívoco que pode resultar em subtratamento da dor e comprometer a qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos, pois essa reação adversa torna-se incomum quando os opioides são titulados lentamente e em doses controladas. (Cardoso, A. I. C. R. 2014)

Estudos clínicos e revisões sistemáticas indicam que o uso de opioides para o controle da dor em pacientes terminais não parece influenciar significativamente o tempo de sobrevivência. Embora alguns dados sugerissem anteriormente uma possível associação entre o uso de opioides e uma redução na sobrevida, pesquisas mais recentes não corroboraram essa relação causal. Em vez disso, os estudos enfatizam a importância de priorizar o alívio da dor e o conforto dos pacientes terminais, permitindo que eles vivam seus últimos dias com dignidade e qualidade de vida. (D'Alessandro, M. P. S. et al. 2023)

No que concerne a ameaça de dependência de opioides faz-se necessário esclarecer ao paciente que este é um assunto de muito debate e de difícil determinação (Kraychete, D. C.; Siqueira, J. T. T.; Garcia, J. B. S. 2013) sendo, portanto, importante diferenciar os sintomas relatados entre tolerância fisiológica

(necessidade de dose mais elevada para atingir a mesma analgesia), dependência física (fenômeno de abstinência manifestado quando o medicamento é descontinuado), dependência psicológica (necessidade esmagadora de adquirir e usar a droga apesar de causar danos a si mesmo ou a terceiros) e pseudodependência (comportamentos semelhantes aos de dependência resultantes do controle inadequado da dor). (Hunter Groninger, M. D.; Jaya Vijayan, M. D. 2014). O principal fator de risco para desenvolvimento da adição por opioide é o paciente já ter um padrão prévio de abuso de substâncias (usuários de drogas ilícitas, etilistas e tabagistas), histórico familiar de abuso de substâncias, transtornos mentais, histórico de problemas legais/prisionais. Na maior parte dos casos os opioides estão associados a dependência física, fator que demonstra o porque do risco de dependência ser menor em pacientes terminais uma vez que a sua expectativa de vida é limitada. Além disso, também são relatados casos de pseudodependência nos quais a presença de sintomas graves, como dor mal controlada, pode mascarar os sinais de dependência psicológica. Dessa forma somente quando um padrão de comportamentos desadaptativos se desenvolve é que os médicos devem descartar outras hipóteses e considerar que o paciente está sofrendo de dependência de drogas. (Rosa, A. et al. 2020)

2.5.2 Sintomas respiratórios

Em cuidados paliativos, os principais sintomas respiratórios enfrentados pelos pacientes frequentemente incluem dispneia, tosse, dor torácica e fadiga respiratória. A dispneia é um dos sintomas mais prevalentes e debilitantes em pacientes com doenças terminais; a tosse também é comum, muitas vezes acompanhada de secreção, e pode ser desencadeada por irritação das vias aéreas ou acúmulo de secreções. Já a dor torácica pode resultar de condições como neoplasias pulmonares avançadas ou metástases ósseas para a caixa torácica, contribuindo para o sofrimento físico e emocional dos pacientes. Além disso, a fadiga respiratória, caracterizada por uma sensação de cansaço ou dificuldade para respirar mesmo com atividades leves, pode limitar a capacidade funcional e a autonomia dos pacientes. (Oliveira, E. P.; Medeiros Junior, P. 2020)

Na dispneia, embora os níveis de saturação de oxigênio sejam frequentemente monitorados, é importante destacar que esses níveis nem sempre

estão diretamente correlacionados à gravidade ou percepção do sintoma. Isso ocorre porque a dispneia é uma experiência subjetiva, influenciada por uma variedade de fatores além da oxigenação sanguínea, incluindo ansiedade, desconforto respiratório, fatores psicossociais e condições subjacentes, como obstrução das vias aéreas ou distúrbios pulmonares. Portanto, é possível que um paciente com dispneia significativa mantenha níveis normais de saturação de oxigênio, enquanto outro paciente com uma leve sensação de falta de ar possa apresentar níveis baixos de saturação de oxigênio. Como resultado, o tratamento da dispneia não deve se basear exclusivamente nos níveis de saturação de oxigênio, mas sim em uma avaliação abrangente dos sintomas, necessidades e preferências individuais do paciente. (Schwingel, R. C. et al. 2022)

A morfina é considerada a classe terapêutica de escolha para controle sintomático da dispneia de pacientes em CP. Este medicamento atua nos receptores opioides localizados no sistema nervoso central, modulando a transmissão dos sinais nervosos associados a percepção da dispneia e devido sua propriedade analgésica potente resulta na redução da sensação de falta de ar, tornando a respiração mais confortável. Além disso, a morfina também pode ter efeitos sedativos, reduzindo a ansiedade. No entanto, é importante ressaltar que o mecanismo exato pelo qual a morfina alivia a dispneia ainda não é completamente compreendido e pode envolver outros sistemas neurotransmissores e vias de sinalização. (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira, 2023)

Para o tratamento da broncorreia drogas anticolinérgicas, como o bromidrato de escopolamina, têm sido amplamente utilizadas, seja por via oral, subcutânea ou transdérmica, bem como outros fármacos, como: a atropina, o glicopirrolato e o butilbrometo de hioscina. Essas drogas atuam bloqueando os receptores colinérgicos nos pulmões, reduzindo assim a produção de secreções respiratórias e ajudando a diminuir a viscosidade das mesmas. Esse efeito pode proporcionar alívio aos pacientes terminais que muitas vezes sofrem de acúmulo de secreções nas vias respiratórias, o que pode causar desconforto, dificuldade respiratória, asfixia e aumento do risco de infecções respiratórias, além da produção de um efeito sonoro, denominado sorroca, que causa desconforto não só nos pacientes, mas também em seus familiares e na equipe responsável por seus cuidados (Freitas, F. A. P. S. et al. 2023)

2.5.3 Sintomas psiquiátricos

Diante de um paciente terminal, a necessidade de sedação paliativa (SP) pode surgir em situações onde os pacientes enfrentam sintomas refratários que causam um sofrimento insuportável e incontrolável apesar dos extensos esforços terapêuticos. Condições favoráveis para considerar a sedação contínua incluem sintomas de caráter físico, psicossocial ou existencial, como: dor intratável, dispneia grave, agitação incontrolável, delirium resistente ao tratamento, ansiedade extrema ou angústia emocional intolerável. Em tais casos, a sedação contínua pode ser vista como uma medida humanitária para aliviar o sofrimento do paciente e proporcionar conforto em seus momentos finais de vida, especialmente quando o tempo necessário para a terapêutica produzir efeitos é incompatível com o prognóstico. É importante ressaltar que a decisão de sedar um paciente terminal deve ser cuidadosamente considerada, envolvendo discussões claras e honestas com a equipe médica, o paciente (se possível) e seus familiares, levando em conta os desejos do paciente, seus valores e crenças. (Menezes, M. S.; Figueiredo, M. G. M. C. A., 2019) Assim, a SP visa induzir um estado de consciência reduzida ou suprimida, permitindo que o paciente permaneça livre de angústia e desconforto. (HCFMRP – USP, 2022)

A insuficiência cognitiva é muito frequente nos pacientes com doenças avançadas. Há vários distúrbios associados a insuficiência cognitiva, sendo o delirium o mais frequente na fase final da vida, com uma prevalência relatada de até 80% em alguns estudos. (Rodríguez-Mayoral, O. ET AL., 2018) O delirium consiste em um estado neuropsiquiátrico caracterizado por uma alteração aguda e flutuante do estado mental, que se manifesta por uma diminuição da atenção, alterações na consciência, desorientação, dificuldade de concentração e comprometimento cognitivo. É classificado como hiperativo (inquietação, agitação e labilidade emocional), hipoativo (apatia e redução da capacidade de respostas) ou misto (alternância entre os tipos hipoativo e hiperativo) e seus sintomas variam de leves a graves, podendo flutuar ao longo do dia, o que torna o diagnóstico desafiador. (Louro, L. A. V.; Possari, J. F.; Lima, A. F. C., 2021)

Na investigação da etiologia do delirium devem ser avaliados múltiplos fatores. Com o intuito de auxiliar na identificação de suas principais causas podemos utilizar, por exemplo, a mnemônica DELIRIUM (*drugs; eletrolyte disturbances; lack of drugs; infection; reduced sensory input; intracranial disorders; urinary and fecal*

disorders; myocardial and pulmonary disorders). É válido desmistificar a ideia de que a morfina é frequentemente a causa do delirium em pacientes terminais ou com câncer. Embora os opioides, sejam muitas vezes associados ao delirium, a relação causal direta não é tão simples como muitos imaginam. Na realidade, a dor não tratada ou subtratada é um fator de risco significativo para o desenvolvimento desse distúrbio neurológico. Sendo assim, vale lembrar que por este ser um distúrbio neurológico de origem multifatorial, a identificação de uma única causa não deve motivar a cessação da investigação. (Lopes, F. G. M. S., 2019)

Quanto ao tratamento dessa condição é preferível lançar mão de estratégias não farmacológicas que consistem na correção de fatores causais subjacentes e no tratamento dos sintomas associados. As opções farmacológicas têm por intuito estabilizar o estado mental do paciente e contam, em geral, com a administração de antipsicóticos típicos e atípicos. Já os benzodiazepínicos reúnem evidências crescentes atestando sua ineficiência e seu potencial prejudicial que pode agravar o quadro devido sedação excessiva, confusão e comprometimento cognitivo. Ademais, nos doentes que desenvolvem delirium relacionado com o uso dos opioides, muitas vezes não é possível suspendê-los ou reduzir a dose sem que haja um descontrole da dor, nesse caso é possível realizar a rotação de opioides na tentativa de resolver a situação. (Gonçalves, J. A. S. F., 2023)

Por fim, cabe destacar que o delirium não ocorre necessariamente em pacientes propensos a sintomas mentais. Embora certas condições de saúde mental possam aumentar o risco de delirium, como demência ou transtornos psiquiátricos pré-existentes, a presença dessas condições não é uma garantia de que o delirium irá ocorrer. O delirium é uma síndrome multifatorial que pode ocorrer em pacientes de todas as idades e condições de saúde. Portanto, é importante evitar generalizações sobre a relação entre propensão a sintomas mentais e o desenvolvimento de delirium, e abordar cada caso individualmente com uma avaliação abrangente dos fatores de risco e das causas subjacentes. (Lopes, F. G. M. S., 2019)

2.5.4 Sintomas gastrointestinais

O estado nutricional do paciente em cuidados paliativos é digno de atenção especial por apresentar grande variação ao longo do tratamento, a desnutrição não só é comum como é a maior causa de morbimortalidade nos pacientes com câncer.

Atualmente, a quimioterapia representa uma das principais formas de tratamento antineoplásico sendo amplamente responsabilizada pela toxicidade não específica causada aos tecidos do trato gastrointestinal, capaz de gerar numerosos efeitos adversos, a saber, vômitos, náusea, mucosite oral, diarreia, má absorção de nutrientes, constipação intestinal, anorexia e xerostomia. Além disso, outros fatores que podem desencadear a náusea e o vômito, são: obstrução gastrointestinal, distensão abdominal ou toxinas metabólicas. Já a constipação e a diarreia podem ser resultadas de alterações na motilidade intestinal, uso de opioides para controle da dor, efeitos colaterais da radioterapia ou a própria progressão da doença. (Casari, L. et al. 2021)

Em decorrência das alterações metabólicas supracitadas é habitual que nos estágios terminais do câncer, a necessidade de ingestão calórica diminua significativamente em comparação aos estágios iniciais da doença. Outrossim, fatores como a deterioração do estado de saúde geral, fadiga intensa, fraqueza física, além de condições como depressão, ansiedade e estresse emocional também podem estar diretamente associadas as mudanças no padrão alimentar do paciente. Dessa maneira, nesses estágios avançados da doença, o foco dos cuidados deve mudar de fornecer uma nutrição completa para garantir o conforto e a qualidade de vida do paciente, priorizando a oferta de alimentos e líquidos de acordo com as preferências e tolerâncias individuais, em vez de se concentrar em atingir metas calóricas específicas. (Araújo, L. T. D.; Santos, L. M. Q.; Lima, M. A. F. 2022)

Uma possibilidade para contornar a anorexia e aumentar a ingesta alimentar é a prescrição de esteroides. Medicamentos como a dexametasona ou a prednisona atuam como potentes anti-inflamatórios e têm a capacidade de avivar o apetite, aumentar a sensação de fome e melhorar o paladar, estimulando a produção de neurotransmissores anabólicos e catabólicos no cérebro. Além disso, os esteroides também podem ter um efeito positivo na energia e no bem-estar geral do paciente, sendo necessário, no entanto, uma monitoração cuidadosa pela equipe médica para evitar efeitos colaterais significativos, como aumento de peso, retenção de líquidos, alterações no humor e supressão do sistema imunológico. (Moura, R. B. B. et al. 2020)

No que se refere a xerostomia a infusão intravenosa isolada pode não ser eficaz para o alívio desse sintoma, pois, embora, a hidratação endovenosa possa ajudar a corrigir a desidratação e melhorar a função geral dos órgãos, incluindo as

glândulas salivares, ela, em geral, é insuficiente para aliviar a sensação de boca seca devido à própria fisiopatologia da condição que é causada por uma diminuição na produção de saliva, resultante de diversos fatores, como efeitos colaterais de medicamentos, tratamentos de radioterapia na região da cabeça e pescoço, doenças sistêmicas ou alterações no sistema nervoso autônomo. Nesses casos, abordagens específicas podem ser necessárias, como a utilização de saliva artificial, estimulação da produção salivar por meio de balas ou chicletes sem açúcar, enxaguantes bucais hidratantes ou o uso de medicamentos que aumentem a produção de saliva. Assim sendo, infere-se que a equipe de cuidados paliativos precisa estar atenta as necessidades individuais de cada paciente para abordar efetivamente este e outros sintomas gastrointestinais que influenciem negativamente na qualidade de vida desses indivíduos. (Fleming, M.; Craigs, C. L.; Benett, M. I. 2020)

2.6 CUIDADOS PALIATIVOS E A EDUCAÇÃO MÉDICA

A educação médica no Brasil enfatiza a formação técnico científica, deixando à margem a abordagem dos aspectos emocionais, sociais e espirituais do indivíduo. Dessa forma, o médico se apresenta, na maior parte das vezes, despreparado para lidar com situações comumente encontradas no cuidado paliativo, como controle de sintomas não físicos da pessoa em fase final de vida, vivência da morte e do luto e apoio aos familiares. Conseqüentemente, ao se defrontarem com uma situação de terminalidade da vida, estes profissionais sentem-se mais confortáveis ao estabelecer certa distância da pessoa moribunda, de modo a evitar a sensação de frustração e impotência que a morte provoca, prejudicando, assim, o cuidado (Goebel, Guo & Wood, 2016).

A prática desse tipo de cuidado faz emergir importantes reflexões sobre a assistência ao paciente partindo de uma perspectiva para além do curar, mas do cuidar. Diante da fragilidade da formação médica sob este olhar, estratégias de capacitação profissional podem ser utilizadas com a finalidade de melhorar o suporte às pessoas em cuidados paliativos e seus familiares (Kissane et al., 2016)

A integração entre ensino e pesquisa e assistência aos pacientes com doença terminal é o grande legado deixado pelo movimento Hospice e pela Dra. Cicely Mary Saunders, no Saint Christopher's Hospice, em Londres, em 1967. Iniciados por Cicely Saunders, os serviços de cuidados paliativos espalharam-se por todo o mundo,

chegando ao Brasil na década de 1980. Já se passaram mais de 30 anos desde sua implantação inicial, e recentemente houve seu reconhecimento como área de atuação médica no País. Apesar disso, a literatura demonstra que a formação em cuidados paliativos no Brasil se apresenta aquém do que era de se esperar para o tempo decorrido e a importância atribuída ao tema. (Correia, S. D. et al 2018)

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo analítico, observacional, transversal, descritivo e de natureza quantitativa, feito por meio da aplicação de um questionário formulado com perguntas oriundas de padrões de estudos anteriores.

3.2 Local da amostra

O questionário foi aplicado de forma virtual por meio da plataforma Google Forms e de modo presencial em cenários de práticas dos estudantes e salas de aula da Faculdade de Medicina do Pará.

3.3 População e amostra

A população alvo da pesquisa foram os 940 acadêmicos do curso de Medicina matriculados do 1° ao 6° ano pertencentes à Faculdade de Medicina e Cirurgia da Universidade Federal do Pará; enquanto a amostra coletada foi de 298 respostas, correspondente a 31,7% do total, uma vez que não foi possível acessar toda a população alvo, bem como alguns discentes não demonstraram disponibilidade para responder ao questionário, porém a amostra encontra-se dentro dos parâmetros pré-estabelecidos para o nível de confiança de 95% com margem de erro de 5%.

3.4 Critérios de inclusão

Ser estudante de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.5 Critérios de exclusão

Questionários erroneamente preenchidos e/ou que contenham informações incompletas.

Questionários duplicados, em casos no qual o aluno tenha respondido o formulário virtualmente e presencialmente.

3.6 Tempo da pesquisa

A pesquisa foi realizada do período de janeiro de 2023 a março de 2024, incluindo definição do tema, pesquisa bibliográfica, elaboração do projeto, encaminhamento ao comitê de ética em pesquisa (CEP-ICS/UFPA), aplicação do questionário com coleta de dados (fevereiro a março de 2024), análise dos dados e revisão final.

3.7 Instrumento da pesquisa

Foi aplicado um questionário contendo três partes. Na primeira parte encontravam-se perguntas referentes as características sociodemográficas dos participantes: idade, sexo, religião e o período que está cursando. A segunda parte continha uma autoavaliação sobre cuidados paliativos, embasada em instrumento previamente validado na Colômbia, adaptado com cinco questões fechadas com duas opções de respostas: sim e não. Por fim, a terceira parte reuniu informações sobre conhecimentos específicos em cuidados paliativos, por meio de instrumento validado no Japão, ajustado com vinte e duas questões que incluíam seis domínios: filosofia, dor, dispneia, problemas psiquiátricos, problemas gastrointestinais e comunicação, com três opções de respostas: verdadeiro, falso e “não sei”.

3.8 Análise dos dados coletados

Com o intuito de realizar a análise descritiva das variáveis qualitativas nominais utilizou-se frequência simples absoluta e percentuais.

A fim de avaliar a associação entre os ciclos (básico, clínico, internato) e as demais variáveis categóricas da autoavaliação e das respostas certas dos conhecimentos específicos foi utilizado o teste do X^2 de Pearson.

Para análise inferencial correlacionado os ciclos com as respostas certas em cada domínio foram aplicados o teste de Kruskal-Wallis, uma vez que as variáveis qualitativas não atenderam o pressuposto da normalidade, seguido do teste de comparação múltipla Dwass-Steel-Critchlow-Fligner (DSCF).

O coeficiente α de Cronbach foi utilizado para atestar a confiabilidade do questionário avaliando-se os itens correspondentes aos conhecimentos específicos. Considerou-se um α de Cronbach adequado com valores superiores a 0,81. Considerou-se um nível de significância $p = 0,05$.

Foram utilizados o software Excel e o programa Jamovi versão 2.3.28 para análise estatística.

3.9 Aspectos éticos

A pesquisa foi realizada com a vigilância dos preceitos estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo obtido aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa ICS-UFGA sob o número da CAAE: 78745224.1.0000.0018. Os participantes do estudo foram elucidados que são voluntários de uma pesquisa, ficando a critério deles querer ou não participar de acordo com a assinatura do TCLE, garantindo-lhes também anonimato durante todo o procedimento. Além disso, foi informado a todos a possibilidade de retirar a sua participação a qualquer momento, sem prejuízo algum ao participante.

3.10 Riscos da pesquisa

Vazamento dos dados coletados; cansaço ou aborrecimento ao responder os questionários.

3.11 Benefícios da pesquisa

Contribuição de dados para a comunidade acadêmica e docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará

4 RESULTADOS

4.1 Características da amostra

O estudo contou com a participação de 298 estudantes, representando 31% da amostra total de acadêmicos do primeiro ao sexto ano, sendo 157 (52,7 %) do sexo feminino e 140 (47%) do sexo masculino. Dentre estes, 192 (64,4%) possuíam idades entre 15 e 24 anos e 158 (53%) declararam-se católicos. O número de estudantes correspondentes ao ciclo básico (1º - 4º período) foi de 107 (35,9%), ao ciclo clínico (5º - 8º período) foi de 102 (34,2%) e ao internato (9º - 12º período) foi de 89 (29,9%) (tabela 1).

Tabela 6 - Perfil epidemiológico dos estudantes de medicina avaliados sobre cuidados paliativos na Universidade Federal do Pará no período de fevereiro a março de 2024

	N	% do total
Idade		
15 – 24 anos	192	64.4%
25 -34 anos	91	30.5 %
>35 anos	15	5 %
Gênero		
Feminino	157	52.7 %
Masculino	140	47 %
Outro	1	0.3 %
Religião		
Católica	158	53 %
Protestante	64	21.5 %
Ateísmo	29	9.7 %
Espírita	26	8.7 %
Outra	21	7 %
Período do curso		
1º	20	6.7 %
2º	42	14.1 %
3º	23	7.7 %
4º	22	7.4 %
5º	21	7 %
6º	42	14.1 %
7º	20	6.7%
8º	19	6.4%
9º	19	6.4%
10º	21	7 %
11º	27	9.1 %
12º	22	7.4 %
Ciclo do curso		
Ciclo básico (1º - 4º período)	107	35.9 %
Ciclo clínico (5º - 8º período)	102	34.2 %
Ciclo internato (9º - 12º período)	89	29.9 %

Fonte: elaborada pelos autores (2024).

4.2 Autoavaliação sobre cuidados paliativos

No que se refere a autoavaliação, observou-se que somente cerca de 34% declara ter conhecimento sobre a definição da OMS de cuidados paliativos e menos de 8% dos alunos afirma ter recebido informações suficientes para lidar com os pacientes terminais. Quanto ao conhecimento sobre o manejo da dor apenas 13.8% das repostas foram positivas e sobre os demais sintomas comuns de pacientes em CP observou-se uma frequência de positividade inferior a 20%. No que tange as técnicas de comunicação e postura para dar más notícias foi obtido um índice de repostas positivas abaixo de 1/3 da amostra (tabela 2).

Tabela 7 - Análise descritiva das questões de autoavaliação sobre cuidados paliativos entre estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará no período de fevereiro a março de 2024

QUESTÕES	SIM		NÃO	
	N	(%)	N	(%)
Recebi informação suficiente sobre o cuidado de pacientes em situação terminal	22	7.4%	276	92.6 %
Conheço a definição da Organização Mundial de Saúde para Cuidados Paliativos	100	33.6 %	198	66.4 %
Durante a graduação recebi informação suficiente para realizar o manejo de pacientes com dor	41	13.8 %	257	86.2 %
Durante a graduação recebi informação suficiente sobre controle de sintomas mais comuns (dispneia, vômitos, obstipação, caquexia) em pacientes em cuidados paliativos	57	19.1 %	241	80.9 %
Apreendi durante a graduação ferramentas de comunicação e postura médica para “dar más notícias” aos pacientes e familiares	97	32.6 %	201	67.4%

Fonte: elaborada pelos autores (2024).

No que diz respeito a informação suficiente sobre pacientes terminais observou-se uma baixa frequência de repostas positivas entre os ciclos, sem diferença significativa entre os mesmos ($p = 0.319$). Sobre o conhecimento da definição dos cuidados paliativos foi observado um aumento significativo da positividade no ciclo clínico e internato quando comparados ao ciclo básico, sendo esta diferença percentual estatisticamente significativa ($p < 0.001$). Acerca das informações sobre o manejo da dor, observou-se um aumento da positividade entre os alunos do ciclo

básico, com redução acentuada no ciclo clínico e novo aumento nos períodos do internato, com significância estatística ($p < 0.001$). No tocante a percepção sobre o manejo de sintomas comuns em pacientes em cuidados paliativos foi possível notar maior positividade de repostas no ciclo básico, sem significância estatística ($p 0.065$). No que concerne a aquisição de técnicas de comunicação e más notícias contactou-se um aumento significativo de positividade no internato, com relevância estatística ($p < 0.001$) (tabela 3).

Tabela 8 - Distribuição das respostas positivas de autoavaliação sobre cuidados paliativos segundo os ciclos da graduação entre estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará no período de fevereiro a março de 2024

QUESTÕES	Ciclo Básico	Ciclo Clínico	Internato	p
	N (%)	N (%)	N (%)	
Recebi informação suficiente sobre o cuidado de pacientes em situação terminal	11 (50%)	5 (22.7%)	6 (27.3%)	0.319
Conheço a definição da Organização Mundial de Saúde para Cuidados Paliativos	18 (18%)	41 (41%)	41 (41%)	< 0.001
Durante a graduação recebi informação suficiente para realizar o manejo de pacientes com dor	18 (43.9%)	3 (7.3%)	20 (48.8%)	< 0.001
Durante a graduação recebi informação suficiente sobre controle de sintomas mais comuns (dispneia, vômitos, obstipação, caquexia) em pacientes em cuidados paliativos	24 (42.1%)	12 (21.1%)	21 (36.8%)	0.065
Aprendi durante a graduação ferramentas de comunicação e postura médica para “dar más notícias” aos pacientes e familiares	27 (27.8%)	25 (25.8%)	45 (46.4%)	< 0.001

Fonte: elaborada pelos autores (2024).

4.3 Avaliação dos conhecimentos específicos sobre cuidados paliativos

Na terceira parte do questionário foi possível notar maior frequência de repostas positivas nos domínios de filosofia e comunicação. Quanto a filosofia, constatou-se que em média 80% dos alunos compreendem a possibilidade de os

cuidados paliativos serem prestados aos doentes com possibilidade de tratamento curativo, bem como o fornecimento concomitante aos tratamentos para o câncer. Em relação a comunicação observou-se uma alta proporção de respostas corretas nas assertivas que afirmam que a 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. No entanto, menos de 20% dos discentes sabem que informações incertas devem ser dadas aos pacientes.

A respeito do domínio da dor foi obtido uma maior variabilidade de acertos com valores variando entre 2,7% e 59,7%. As menores percentagens exibem desconhecimento acerca do uso de opioides não induzirem dependência em pacientes terminais (2,7%) e quanto ao fato de que o aumento da dose de opioides não precisa ser limitado pelo medo de depressão respiratória como efeito colateral (3,7%). Ao passo que as maiores percentagens demonstram conhecimento sobre o uso de antidepressivos e anticonvulsivantes para o alívio da dor do câncer (57%) e que os opioides não são medicamentos de primeira escolha em um paciente com dor (59,7%).

Em relação ao domínio da dispneia foi obtido uma média de 23% de acertos nas 3 questões avaliadas, sendo que apenas 25,5% conhecem a utilidade da morfina para o tratamento de dispneia em pacientes com câncer.

O domínio dos problemas psiquiátricos contou com baixa frequência de acertos nas questões que envolviam delirium. Somente a questão referente a necessidade de sedação contínua em para alívio do sofrimento obteve mais de 60% de acertos. Ademais, no domínio dos problemas gastrointestinais, nenhuma das questões obtiveram mais de 22% de acertos.

A análise de confiabilidade do questionário aplicado apresentou um α de Cronbach de 0.846. Sendo que a análise considerando a exclusão de cada item apresentou valores de α de Cronbach variando de 0,834 a 0,849 (tabela 4).

Tabela 9 - Distribuição das respostas corretas e porcentagens de acertos obtidos na categoria de conhecimentos específicos sobre cuidados paliativos entre estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará no período de fevereiro a março de 2024

(continua)				
QUESTÕES	Resposta correta	N	%	α de Cronbach*
FILOSOFIA				
1. Os cuidados paliativos só devem ser prestados aos doentes que não dispõem de tratamentos curativos.	F	234	78.5	0.844
2. Os cuidados paliativos não devem ser fornecidos juntamente com tratamentos para o câncer	F	245	82.2	0.843
DOR				
3. Quando os opioides são tomados numa base regular, anti-inflamatórios não esteroidais não devem ser usados.	F	83	27.9	0.837
4. O uso a longo prazo de opioides pode muitas vezes induzir dependência.	F	8	2.7	0.841
5. O uso de opioides não influencia o tempo de sobrevivência.	V	67	22.5	0.836
6. Opioides são as drogas de primeira escolha no manejo do paciente com dor.	F	178	59.7	0.837
7. Alguns medicamentos antidepressivos e anticonvulsivantes ajudam a aliviar a dor do câncer.	V	170	57	0.836
8. O uso de laxantes é eficaz na prevenção da constipação induzida por opiáceos.	V	101	33.9	0.837
9. O aumento da dosagem de opioides deve ser limitado porque a depressão respiratória pode ocorrer como um efeito colateral.	F	11	3.7	0.834
DISPNEIA				
10. A morfina deve ser utilizada para aliviar a dispneia em pacientes com câncer.	V	76	25.5	0.839
11. Os níveis de saturação de oxigênio estão correlacionados à dispneia.	F	51	17.1	0.841
12. Drogas anticolinérgicas ou bromidrato de escopolamina são eficazes para o alívio das secreções brônquicas em pacientes terminais.	V	79	26.5	0.838
PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS				
13. Os benzodiazepínicos são eficazes para o controle de delirium.	F	49	16.4	0.836
14. Alguns pacientes terminais necessitarão de sedação contínua para aliviar o sofrimento.	V	184	61.7	0.841
15. A morfina é frequentemente causa de delirium em doentes terminais ou em pacientes com câncer.	F	37	12.4	0.840

Tabela 4 - Distribuição das respostas corretas e porcentagens de acertos obtidos na categoria de conhecimentos específicos sobre cuidados paliativos entre estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará no período de *fevereiro* a março de 2024

QUESTÕES	Resposta correta	N	%	(conclusão) α de Cronbach*
PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS				
16. Delirium ocorre frequentemente em pacientes que são propensos a sintomas mentais	F	35	11.7	0.839
PROBLEMAS GASTROINTESTINAIS				
17. Nos estádios terminais do câncer é necessária maior ingestão calórica em relação aos estádios iniciais.	F	64	21.5	0.838
18. Os esteroides melhoram o apetite em pacientes com câncer avançado.	V	53	17.8	0.839
19. A infusão intravenosa não será eficaz para aliviar a boca seca em pacientes terminais.	V	47	15.8	0.836
COMUNICAÇÃO				
20. A habilidade de comunicação pode ser aprendida.	V	282	94.6	0.848
21. 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	242	81.2	0.843
22. As informações incertas não devem ser dadas ao paciente ou à família, pois podem causar ansiedade adicional	F	46	19.2	0.849

*Se item for eliminado | V = verdadeiro F = falso

Fonte: elaborada pelos autores (2024).

4.4 Avaliação das respostas corretas dos conhecimentos específicos segundo os ciclos (básico, clínico e internato) da graduação.

A correlação entre as repostas acertadas e os ciclos demonstrou que nos dois itens relacionados ao domínio da filosofia houve significância estatística ($p < 0.001$), assim como na totalidade das questões do domínio da dispneia, da comunicação e da dor, embora na questão de número 9, do último domínio citado, não seja possível estabelecer uma hipótese causal já que o maior percentual corresponde ao grupo do ciclo clínico.

Além disso, no domínio dos problemas psiquiátricos 3 dos 4 itens possuem significância ($p < 0.001$), enquanto que no domínio dos problemas gastrointestinais 2 dos 3 itens a possuem (tabela 5).

Tabela 10 - Distribuição das respostas corretas e porcentagens de acertos obtidos na categoria de conhecimentos específicos sobre cuidados paliativos segundo os ciclos da graduação entre estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará no período de fevereiro a março de 2024

(continua)

QUESTÕES	Ciclo Básico	Ciclo Clínico	Internato	p
	N (%)	N (%)	N (%)	
FILOSOFIA				
1. Os cuidados paliativos só devem ser prestados aos doentes que não dispõem de tratamentos curativos.	67 (28.6%)	88 (37.6%)	79 (33.8%)	< 0.001
2. Os cuidados paliativos não devem ser fornecidos juntamente com tratamentos para o câncer	70 (28.6%)	92 (37.6%)	83 (33.9%)	< 0.001
DOR				
3. Quando os opioides são tomados numa base regular, anti-inflamatórios não esteroidais não devem ser usados.	14 (16.9%)	23 (27.7%)	46 (55.4%)	< 0.001
4. O uso a longo prazo de opioides pode muitas vezes induzir dependência.	0 (0%)	2 (25%)	6 (75%)	< 0.001
5. O uso de opioides não influencia o tempo de sobrevivência.	15 (22.4%)	20 (29.9%)	32 (47.8%)	< 0.001
6. Opioides são as drogas de primeira escolha no manejo do paciente com dor.	54 (30.3%)	57 (32%)	67 (37.6%)	< 0.001
7. Alguns medicamentos antidepressivos e anticonvulsivantes ajudam a aliviar a dor do câncer.	42 (24.7%)	62 (36.5%)	66 (38.8%)	< 0.001
8. O uso de laxantes é eficaz na prevenção da constipação induzida por opiáceos.	18 (17.8%)	30 (29.7%)	53 (52.5%)	< 0.001
9. O aumento da dosagem de opioides deve ser limitado porque a depressão respiratória pode ocorrer como um efeito colateral.	1 (9.1)	7 (63.6%)	3 (27.3%)	< 0.001
DISPNEIA				
10. A morfina deve ser utilizada para aliviar a dispneia em pacientes com câncer.	9 (11.8%)	2 (28.9%)	45 (59.2%)	< 0.001
11. Os níveis de saturação de oxigênio estão correlacionados à dispneia.	3 (5.9%)	25 (49%)	23 (45.1%)	< 0.001
12. Drogas anticolinérgicas ou bromidrato de escopolamina são eficazes para o alívio das secreções brônquicas em pacientes terminais.	14 (17.7%)	25 (31.6%)	40 (50.6%)	< 0.001
PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS				
13. Os benzodiazepínicos são eficazes para o controle de delirium.	8 (16.3%)	17 (34.7%)	24 (49%)	< 0.001
14. Alguns pacientes terminais necessitarão de sedação contínua para aliviar o sofrimento.	65 (35.3%)	57 (31%)	62 (33.7%)	0.035
15. A morfina é frequentemente causa de delirium em doentes terminais ou em pacientes com câncer.	9 (24.3%)	6 (16.2%)	22 (59.5%)	< 0.001
16. Delirium ocorre frequentemente em pacientes que são propensos a sintomas mentais	6 (17.1%)	13 (37.1%)	16 (45.7%)	0.005

Tabela 5 - Distribuição das respostas corretas e porcentagens de acertos obtidos na categoria de conhecimentos específicos sobre cuidados paliativos segundo os ciclos da graduação entre estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará no período de fevereiro a março de 2024

QUESTÕES	Ciclo Básico	Ciclo Clínico	Internato	p
	N (%)	N (%)	N (%)	
	(conclusão)			
PROBLEMAS GASTROINTESTINAIS				
17. Nos estádios terminais do câncer é necessária maior ingestão calórica em relação aos estádios iniciais.	14 (21.9%)	19 (29.7%)	31 (48.4%)	0.002
18. Os esteroides melhoram o apetite em pacientes com câncer avançado.	12 (22.6%)	18 (34%)	23 (43.4%)	0.031
19. A infusão intravenosa não será eficaz para aliviar a boca seca em pacientes terminais.	5 (10.6%)	17 (36.2%)	25 (53.2%)	< 0.001
COMUNICAÇÃO				
20. A habilidade de comunicação pode ser aprendida.	97 (34.4%)	97 (34.4%)	88 (31.2%)	< 0.001
21. 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.	84 (34.7%)	78 (32.2%)	80 (33.1%)	0.002
22. As informações incertas não devem ser dadas ao paciente ou à família, pois podem causar ansiedade adicional	11 (19.3%)	25 (43.9%)	21 (36.8%)	0.001

Fonte: elaborada pelos autores (2024).

4.5 Avaliação do domínio filosofia segundo os ciclos da graduação.

Dentre os acertos do domínio da filosofia 29% foi correspondente ao ciclo básico ao passo que 34% correspondeu ao internato e 37% ao ciclo clínico (tabela 6).

No teste de comparações múltiplas houve significância ($p < 0.001$) somente nas comparações básico-clínico e básico-internato (tabela 7).

Tabela 6 - Distribuição das respostas corretas e porcentagens de acertos obtidos por domínios segundo os ciclos da graduação entre estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará no período de fevereiro a março de 2024

DOMÍNIO	Ciclo Básico	Ciclo Clínico	Internato
	N (%)	N (%)	N (%)
	(continua)		
FILOSOFIA	137 (29%)	180 (37%)	162 (34%)
DOR	144 (23%)	201 (33%)	273 (44%)

Tabela 6 - Distribuição das respostas corretas e porcentagens de acertos obtidos por domínios segundo os ciclos da graduação entre estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará no período de fevereiro a março de 2024

DOMÍNIO	Ciclo Básico	Ciclo Clínico	(conclusão) Internato
	N (%)	N (%)	N (%)
DISPNEIA	26 (13%)	72 (35%)	108 (52%)
PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS	88 (29%)	93 (30%)	124 (41%)
PROBLEMAS GASTROINTESTINAIS	31 (19%)	54 (33%)	79 (48%)
COMUNICAÇÃO	192 (33%)	200 (34%)	189 (33%)

Fonte: elaborada pelos autores (2024).

Tabela 7 – Análise das respostas corretas no domínio filosofia pelo teste de Kruskal-Wallis seguido do teste de comparações múltiplas

Comparações múltiplas - Filosofia		p
Ciclo Básico	Ciclo clínico	< .001
Ciclo Básico	Internato	< .001
Ciclo clínico	Internato	0.652

Fonte: elaborado pelos autores (2024).

4.6 Avaliação do domínio dor segundo os ciclos da graduação.

Dentre os acertos do domínio da dor 23% foi correspondente ao ciclo básico ao passo que 33% correspondeu ao clínico e 44% ao internato (tabela 6).

No teste de comparações múltiplas houve significância ($p < 0.001$) nas 3 comparações feitas (tabela 8).

Tabela 8 - Análise das respostas corretas no domínio dor pelo teste de Kruskal-Wallis seguido do teste de comparações múltiplas

Comparações múltiplas - Dor		p
Ciclo Básico	Ciclo clínico	< .001
Ciclo Básico	Internato	< .001
Ciclo clínico	Internato	< .001

Fonte: elaborado pelos autores (2024).

4.7 Avaliação do domínio dispneia segundo os ciclos da graduação.

Dentre os acertos do domínio da dispneia 13% correspondeu ao ciclo básico ao passo que 35% correspondeu ao clínico e 52% ao internato (tabela 6).

No teste de comparações múltiplas houve significância ($p < 0.001$) nas 3 comparações realizadas (tabela 9).

Tabela 9 - Análise das respostas corretas no domínio dispneia pelo teste de Kruskal-Wallis seguido do teste de comparações múltiplas

Comparações múltiplas - Dispneia		p
Ciclo Básico	Ciclo clínico	< .001
Ciclo Básico	Internato	< .001
Ciclo clínico	Internato	< .001

Fonte: elaborado pelos autores (2024).

4.8 Avaliação do domínio problemas psiquiátricos segundo os ciclos da graduação.

Dentre os acertos do domínio dos problemas psiquiátricos 29% corresponde ao ciclo básico ao passo que 30% correspondeu ao clínico e 41% ao internato (tabela 6).

No teste de comparações múltiplas houve significância ($p < 0.001$) somente nas comparações básico-internato e clínico-internato (tabela 10).

Tabela 10 - Análise das respostas corretas no domínio problemas psiquiátricos pelo teste de Kruskal-Wallis seguido do teste de comparações múltiplas

Comparações múltiplas – Problemas psiquiátricos		p
Ciclo Básico	Ciclo clínico	0.713
Ciclo Básico	Internato	< .001
Ciclo clínico	Internato	< .001

Fonte: elaborado pelos autores (2024).

4.9 Avaliação do domínio problemas gastrointestinais segundo os ciclos da graduação.

Dentre os acertos do domínio dos problemas gastrointestinais 19% foi correspondente ao ciclo básico ao passo que 33% correspondeu ao clínico e 48% ao internato (tabela 6).

No teste de comparações múltiplas houve significância na comparação básico-internato ($p < 0.001$) e na comparação clínico-internato ($p 0.002$) (tabela 11).

Tabela 11 - Análise das respostas corretas no domínio problemas gastrointestinais pelo teste de Kruskal-Wallis seguido do teste de comparações múltiplas

Comparações múltiplas – Problemas gastrointestinais		p
Ciclo Básico	Ciclo clínico	0.010
Ciclo Básico	Internato	< .001
Ciclo clínico	Internato	0.002

Fonte: elaborado pelos autores (2024).

4.10 Avaliação do domínio comunicação segundo os ciclos da graduação.

Dentre os acertos do domínio de comunicação 33% foi correspondente ao ciclo básico ao passo que 34% correspondeu ao clínico e 33% ao internato (tabela 6) não havendo significância estatística no teste de comparações múltiplas (tabela 12).

Tabela 12 - Análise das respostas corretas no domínio comunicação pelo teste de Kruskal-Wallis seguido do teste de comparações múltiplas

Comparações múltiplas - Comunicação		p
Ciclo Básico	Ciclo clínico	0.324
Ciclo Básico	Internato	0.015
Ciclo clínico	Internato	0.348

Fonte: elaborado pelos autores (2024).

5 DISCUSSÃO

As mudanças no perfil de saúde decorrentes do avanço tecnológico nas últimas décadas corroboraram para o aumento da expectativa de vida e, conseqüente, elevação da incidência de doenças crônicas e de câncer na população, gerando uma demanda crescente por profissionais de saúde capacitados para lidar com pacientes em estado terminal. Diante desse cenário surge a medicina paliativa que, atualmente, constitui uma questão de saúde pública, fato que torna essencial o preparo de futuros médicos durante sua graduação para lidar com a terminalidade de forma abrangente, especialmente no que diz respeito ao alívio dos sintomas físicos.

No presente estudo, a maioria dos discentes avaliados demonstraram desconhecer a definição de cuidados paliativos, sendo que mais de 90% afirmou não ter recebido informação suficiente para manejar pacientes em situação terminal.

Esses resultados são consoantes com pesquisas previamente realizadas em outras regiões do Brasil que comprovaram o despreparo referido por estudantes em formação no tocante ao manejo de pacientes em cuidados paliativos. (Costa, A. P.; Poles, K.; Silva, A. E. 2016; Oliveira, J. R. et al. 2016; Pereira, E. A. L.; Rangel, A. B.; Giffoni, J. C. G. 2019) Em contrapartida, é importante salientar a inexistência de estudos que contemplem o ensino de CP nas escolas médicas da região norte o que impossibilita uma comparação mais fidedigna dos dados.

Também é possível observar lacunas no ensino de CP em outros países, como Estados Unidos, Alemanha, etc. (Chen, C. A.; Kotliar, D.; Drolet, B. C. 2015; Weber, M. et al. 2011) A exemplo disso uma pesquisa realizada entre estudantes de medicina do último ano de quatro faculdades de medicina holandesas evidenciou que os entrevistados, embora prestes a terem de trabalhar com essa temática, não se sentiam confiantes quanto aos seus conhecimentos nesse domínio. Esse fato foi atribuído a falta de abordagem adequada aos tópicos específicos de CP na grade curricular das escolas médicas, que, muitas vezes, contam com programas que não abrangem todos os anos da graduação e com uma carga horária impeditiva para que esses alunos tenham longo contato com pacientes terminais. (Pieters, J. et al. 2019)

No que compete a autoavaliação dos acadêmicos em relação a capacidade suficiente para o manejo da dor, apenas 13,8% afirmaram ter recebido informação satisfatória sobre o tratamento deste sintoma, o que se reflete nas respostas obtidas no domínio da dor dos conhecimentos específicos do questionário que contou com alta variabilidade de acertos. As maiores porcentagens de acertos foram referentes à escolha das medicações adequadas para dor; 59,7% dos participantes compreendem a escada analgésica de dor – embora somente 27,9% saibam que os AINEs podem ser usados em conjunto com os opioides – e 57% conhecem a prescrição de adjuvantes analgésicos para o auxílio no tratamento de dores intensas e refratárias ao uso de uma única classe medicamentosa.

Ainda nesse domínio, notam-se menores índices nas respostas que dizem respeito aos efeitos adversos dos opioides com mais de 85% dos avaliados afirmando

erroneamente que o uso a longo prazo dessas drogas pode induzir dependência. A ideia equivocada provavelmente surge de uma mistura de conceitos ligados à pseudoadição, que se difere da dependência, sendo caracterizada pelo comportamento de requer mais opioides, não pelo vício, mas pela busca adequada de controle da dor.

Além disso, apenas 3,7% dos estudantes entendem que a dosagem de opioides não deve ser limitada temendo-se à depressão respiratória, uma vez que com a sedação profunda ela raramente ocorre, em especial se o aumento da dose for gradativo.

De modo diferente aos efeitos adversos supracitados, a constipação é um evento adverso bem comum dos opioides, sendo, portanto, importante a prescrição de laxantes de modo preventivo ao serem introduzidos esses fármacos. Sobre essa questão mais da metade dos alunos desconheciam essa possibilidade e aproximadamente 10% afirmaram que os laxantes não eram uma boa opção neste caso.

Diante do exposto, é possível notar que dificuldades na avaliação da dor, falta de conhecimento sobre conversão e rotação de opioides e seus efeitos adversos são alguns dos hiatos presentes na formação médica que fazem com que nem mesmo o parco conhecimento adquirido sobre manejo da dor possa transpor a teoria e ser efetivamente aplicado na prática profissional. (Dalpal, D. et al. 2017)

Referente a autoavaliação sobre o controle de sintomas comuns em CP, menos de 20% dos estudantes afirmaram ter recebido uma boa formação nesse aspecto. Em média somente 23% acertaram as questões do domínio de dispneia, sendo que mais de 80% dos alunos não entende que os níveis de saturação de oxigênio não estão diretamente relacionados à dispneia.

Ademais, o desconhecimento do uso de opioides também foi notável quando questionado seu uso na dispneia, com apenas 25% das respostas sendo positivas para prescrição da morfina diante de tal sintoma.

À semelhança da dispneia o delirium é um dos sintomas usualmente descritos em pacientes em CP. Na pesquisa atual foram percebidos baixos índices de acertos nas questões referentes a esse distúrbio, com a maioria da amostra atribuindo, equivocadamente, o uso da morfina à etiologia frequente do delirium. Do mesmo modo, mais de 80% ou desconheciam ou não sabiam que os benzodiazepínicos são

ineficazes para o controle de delirium, bem como que essa alteração neuropsiquiátrica pode estar presente em pacientes sem propensão a sintomas mentais.

Por outro lado, a maior parte dos discentes (61,7%) compreende a necessidade de sedação contínua para o alívio do sofrimento no tratamento de doenças incuráveis, embora conceitos como a definição e os protocolos de sedação paliativa em si não tenham sido interrogados.

Baixas frequências de acertos também foram encontradas no tocante aos problemas gastrintestinais, com uma média de 18,3% nesse domínio. Dentre os estudantes analisados, apenas 21,5% tinham conhecimento sobre a variação da ingesta calórica no decurso do tratamento de pacientes com câncer, assim como unicamente 17,8% entendiam a necessidade do uso de esteroides para melhora do apetite, contrapondo-se a fortes evidências já descritas. Além do que somente 15,8% sabem que a infusão intravenosa em geral não reverte a xerostomia, sendo preciso lançar mão de outros artifícios.

No tocante à autopercepção do conhecimento sobre comunicação e postura médica para dar “más notícias” em cuidados paliativos, meramente 32,6% dos avaliados afirmou ter adquirido essas ferramentas durante o curso. Em contrapartida, é possível perceber um aumento da positividade quando comparado a autopercepção sobre dor (13,8%) e outros sintomas (19,1%), sugerindo maior confiança nessa competência.

Quando perguntados se a habilidade de comunicação pode ser aprendida, cerca de 95% dos estudantes respondeu positivamente, fato concordante com estudos que demonstram que o treino dessa capacidade influi beneficemente no bem-estar do paciente, ajudando a constituir o ideário humanizado médico-profissional. (Armesto, L. M.; Alonso, T. R.; Mutran, T. J. 2021). Em relação a isso, um estudo de revisão narrativa demonstrou como a instituição de uma matriz de ensino que permita repetidas oportunidades de avaliação e feedback em ambiente simulado com a participação de pacientes padronizados pode ser utilizada para o ensino e a avaliação dessa habilidade durante a consulta clínica. (Rocha, S. R. et al. 2019)

Quando comparadas as repostas positivas da autoavaliação por ciclos da graduação, nota-se que o conhecimento sobre o conceito de CP da OMS é maior no ciclo clínico e internato, fato que guarda provável relação com o ensino da disciplina

de oncologia ao final do 4º período, na qual esse tema é abordado de forma mais direta.

Outro dado com relevância estatística diz respeito ao componente da auto percepção sobre habilidade de comunicação, na qual os estudantes do internato referiram maiores capacidades comunicativas (46.4% das respostas positivas), informação possivelmente atribuível ao maior contato médico-paciente existente nos últimos dois anos da graduação.

As demais questões da “autoavaliação sobre cuidados paliativos” do questionário ou não tiveram relevância estatística quando comparadas entre os ciclos ou não foram passíveis de hipóteses que as justificassem.

No que se refere aos conhecimentos específicos, embora os alunos tenham apresentado baixas frequências de acertos nos domínios da dor, dispneia, problemas gastrintestinais 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 gastrointestinais.

Apesar da maioria dos alunos ter referido desconhecimento quanto ao conceito de CP da OMS, foi obtido uma média de 80,35% de acertos nas questões relacionadas ao domínio de filosofia do tema, demonstrando que a temática deve ter sido abordada de forma indireta no decorrer da graduação, porém sem devida contextualização ou uma disciplina específica para abordar esse assunto.

No domínio da dor, dispneia, problemas psiquiátricos e problemas gastrointestinais, a despeito dos baixos índices de acertos, houve um ganho estatisticamente significativo ($p < 0.001$) de conhecimento adicional entre os alunos do ciclo clínico e, principalmente, do internato que responderam acertadamente as questões, em detrimento do ciclo básico.

O progresso constatado nesses domínios pode ser explicado pela contextualização prática dada aos temas estudados nos períodos anteriores a partir da clínica médica. Porém, o baixo quantitativo de repostas corretas no questionário sinaliza uma ineficiência no ensino voltado aos cuidados paliativos, que por diferir dos cuidados dados a pacientes com doenças curáveis merece especial atenção na estruturação curricular das escolas médicas brasileiras. Salvo, ainda, a possibilidade de amplo contato com pacientes oncológicos nos hospitais de ensino da instituição pesquisada.

Embora, no Brasil e especialmente na região norte a literatura sobre o ensino de cuidados paliativos ainda seja escassa, é possível se valer de estudos aplicados a outras regiões do país e do mundo para incitar o debate e melhor implementar os cuidados paliativos no ensino médico do estado do Pará, evitando que essa abordagem se dê de forma fragmentada e insuficiente.

Vale ressaltar, que no presente estudo foram constatadas algumas limitações quanto ao questionário utilizado. A seção de conhecimentos específicos abarca apenas algumas competências sobre essa temática tão ampla, visto que um questionário excessivamente longo poderia ocasionar baixa adesão a pesquisa. Outra limitação consiste na exigência de que o aplicador do formulário dê o direcionamento adequado para que o que está sendo proposto em algumas questões seja plenamente elucidado. Apesar dessas ressalvas foi preferível aplicar o questionário anexado em decorrência de o mesmo já ter sido validado e testado em outros países, bem como utilizado em um estudo anterior na Universidade Federal do Sergipe (Vasconcelos, M. C. C. 2017), possibilitando, assim, a comparação futura dos dados de modo mais preciso.

6 CONCLUSÃO

Nesta investigação, os alunos apresentaram bom conhecimento em relação a filosofia dos cuidados paliativos. Entretanto, grande parte dos acadêmicos não só desconhece o conceito de CP como relata uma percepção de insuficiente preparo para lidar com os pacientes terminais, especialmente no controle da dor e de outros sintomas comuns.

Essas descobertas apontam para a falha no atual sistema de ensino da escola médica pesquisada em ofertar a aprendizagem integral de CP, levantando a hipótese de que os estudantes só aprimoram seus conhecimentos no assunto caso possuam um interesse próprio sobre o tema ou busquem atividades extracurriculares que o abordem para suprir tal demanda.

Como já foi exposto nesse trabalho as políticas destinadas aos CP no Brasil são recentes, sendo necessário compreender a forma com que o tema tem sido abordado e quais as dificuldades envolvidas no processo particular de cada escola médica. Pode-se perceber que a instituição do ensino de cuidados paliativos nas 'diretrizes nacionais do curso de graduação em medicina' só ocorreu no ano de 2022. Tal evento, associado ao tabu social que engloba a morte na sociedade brasileira, fundamenta o despreparo acentuado de médicos em aceitar a incurabilidade e enfrentar o processo da morte junto a seus pacientes. (Dall'Oglio, L. M. et al. 2021)

Ignorar a discussão sobre a morte pode resultar em consequências adversas significativas para os pacientes, suas famílias e até mesmo para os profissionais de saúde, que enfrentam conflitos internos, experimentando sentimentos complexos e encontrando maiores dificuldades em desempenhar suas funções. É crucial desmistificar, investigar e ponderar sobre o processo de morrer, de forma que as pessoas possam se preparar melhor para esse momento inevitável e natural da existência.

A luz dos fatos citados, infere-se que a implantação de um ensino continuado com atividades didáticas em cenários destinados à prática de CP tanto em ambulatórios quanto em enfermarias de hospitais ou ambientes de homecare deveriam fazer parte da graduação médica, a fim de mitigar o escasso conhecimento na área.

Outra possibilidade, seria a criação de uma disciplina específica e obrigatória para trabalhar os CP dentro da escola médica estudada, a fim de sanar as deficiências

educacionais aqui levantadas. Para que tal alteração curricular seja elaborada é viável utilizar-se de pesquisas que norteiem as 'competências necessárias em cuidados paliativos para os cursos de graduação em Medicina', como demonstrado no estudo realizado em 2018, por Gustavo Caldas, Simone Moreira e Maria José Vilar. (Caldas, G. H. O.; Moreira, S. N. T.; Vilar, M. J. 2018)

Convém salientar, ainda, que o aprofundamento dessa temática se torna irreal sem que se estabeleçam relações filosóficas, teóricas e práticas com os programas e as políticas públicas do SUS. Dessa forma, conclui-se que outros questionamentos devem ser propostos sobre o tema e novas problemáticas devem ser estudadas visando aumentar a abrangência dos cuidados paliativos no campo do ensino médico, para que acadêmicos de hoje e futuros médicos enfrentem sem dificuldade as situações reais do cuidado em final de vida.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil**. 2018. Disponível em: <https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/10/Panorama-dos-Cuidados-Paliativos-no-Brasil2018.pdf>. Acesso em: 04 de outubro de 2023.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019**. Academia brasileira, 1. ed. — São Paulo: ANCP, 2020. Disponível em: https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf. Acesso em: 07 fev. 2024.

ALVES, R. F. et al. **Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2019; 39: e185734. disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003185734>.

ARAÚJO, L. T. D.; SANTOS, L. M. Q.; LIMA, M. A. F. **ESTADO NUTRICIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: Uma revisão integrativa**. Monografia. Nutrição. Universidade Potiguar. Rio Grande do Norte, 2022.

ARMESTO, L. M.; ALONSO, T. R.; MUTRAN, T. J. **Habilidades de comunicação na perspectiva da formação discente em saúde: uma revisão bibliográfica (aula a aula)**. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. São Paulo, v.7.n.11. nov. 2021. ISSN- 2675 – 3375.

BARATA, B. R. **Investigação de surtos e epidemias: transformações na teoria, nos conceitos e nas práticas do século XVIII ao século XXI**. *Ensaio saúde soc.* 33 (1) 2024. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024220310pt>

BARCELOS, I. F. **Controle da dor com opioides no paciente oncológico em cuidados paliativos**. Monografia. Residência de Clínica Médica. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória. 82 págs. 2018.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM no 2.217**, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil/D.O.U.*, Brasília, 01 nov. 2018. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>

BRASIL. Resolução Nº 729, de 07 de dezembro de 2023. Aprova a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS (PNCP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jan, 2024. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/Resolucoes/2023/RESOLUO_N_729_-_DOU_15012024.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018** - Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistemas de Informação sobre Mortalidade – SIM (1979-2019)**. [https:// dados.gov.br/dataset/sistema-de-informacaosobre-mortalidade-sim-1979-a-2018](https://dados.gov.br/dataset/sistema-de-informacaosobre-mortalidade-sim-1979-a-2018). (acessado em 02/Abr/2024).

BRIGHTON, L. J.; BRISTOWE, K. **Communication in palliative care: talking about the end of life, before the end of life**. *Postgrad Med J*, v. 92, n. 1090, p. 466-470, 2016.

CALDAS, G. H. O.; MOREIRA, S. N. T.; VILAR, M. J. **Cuidados paliativos: Uma proposta para o ensino da graduação em Medicina**. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2018; 21(3): 269-280.

CARDOSO, R. C. I. A. **Controlo da dor em pacientes oncológicos**. 2014. Tese [Mestrado em Medicina] - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto, 2013/2014.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. São Paulo: s. n., 2012.

CASARI, L. et al. **Estado Nutricional e Sintomas Gastrointestinais em Pacientes Oncológicos Submetidos à Quimioterapia**. *Rev. Bras. Cancerol.* 2021; 67(2):e-04103.

CASTRO, A. A. et al. Cuidados paliativos: inserção do ensino nas escolas médicas do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2021; 45 (2): e056, 2021.

CHEN, C. A.; KOTLIAR, D.; DROLET, B. C. **Medical education in the United States: do residents feel prepared?** *Perspect Med Educ.* 2015 Aug;4(4):181-185. doi: 10.1007/s40037-015-0194-8. PMID: 26183246; PMCID: PMC4530539.

CONNOR S.R.; BERMEDO; M.C.S. **Global atlas of palliative care at the end of life** [Internet]. Geneva: World Palliative Care Alliance; 2014. [cited 2024 April 04]. Available from: <http://www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas/en>

CORREIA, S. D. et al. **Cuidados Paliativos: importância do tema para discentes da graduação em medicina**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2018. 42 (3): 78-86.

COSTA, A. P.; POLES, K.; SILVA, A. E. **Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem**. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):1041-52.

CRUZ, N. A. O. et al. (2021). **O papel da equipe multidisciplinar nos cuidados paliativos em idosos**. *Research, Society and Development*, 10 (8), p.e52110817433-e52110817433.

D'ALESSANDRO, M. P. S. et al. **Manual de cuidados paliativos 2ª ed.** São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023.

DALL'OGGIO, L. M. et al. **Ensino de Cuidados Paliativos nas escolas médicas brasileiras: uma revisão integrativa.** Espac. Saúde. 2021;22:e705.

DALPAI, D. et al. **Dor e cuidados paliativos: o conhecimento dos estudantes de medicina e as lacunas da graduação.** Rev. dor 18 (4) • Oct-Dec 2017 • <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170120>.

DOS SANTOS, A. F.; FERREIRA, E. A.; GUIRRO, Ú. D. **Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019.** São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2020.

FINKELSTEIN, E.A. et al. **Cross country com - parison of expert assessments of the quality of death and dying 2021.** Pain Symptom Manage 2022; 63:e419-29.

FLEMING, M.; CRAIGS, C. L.; BENETT, M. I. **Palliative care assessment of dry mouth: what matters most to patients with advanced disease?** Support Care Cancer. 2020 Mar;28(3):1121-1129. doi: 10.1007/s00520-019-04908-9. Epub 2019 Jun 14. PMID: 31201546; PMCID: PMC6989644.

FLORIANI, C. A.; SCHHRAMM R. F. **Cuidados Paliativos: interfaces, conflitos e necessidades.** Ciênc. saúde coletiva 13 (suppl 2). Dez 2008. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900001>

FONTES, C. M. B.; MENEZES, D.V. d.; BORGATO, M. H & LUIZ, M. R. (2017). **Communicating bad news: an integrative review of the nursing literature.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1089 – 1095. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0143>.

FORESTI T, HODECKER M, BOUSFIELD A. B. S. **A concepção de morte na história e a Covid-19: uma retrospectiva teórica.** *Psicol Argum.* 2021;39(105):390-407.

FREITAS, F. A. P. S. et al. **O uso da escopolamina para o controle da hipersecreção em pacientes em cuidados paliativos.** *Research, Society and Development*, v. 12, n. 10, e03121043258, 2023. ISSN 2525-3409. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i10.43258>.

FULTON, J. J. et al. **Cuidados paliativos ambulatoriais integrados para pacientes com câncer avançado: uma revisão sistemática e meta-análise.** *Palliat Med*, 2019; 33(2):123-134.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. **Cuidados paliativos.** *Estud Av.* 2016;30(88):155- 66. doi: 10.1590/S0103-40142016.30880011.

GONÇALVES, J. A. S. F. **Delirium em cuidados paliativos.** *MedicinaPaliativa.* 20 págs. 2023.

GOEBEL, J.; GUO, W.; & WOOD, K. A. (2016). **Teamwork and Perceptions of Palliative Care Quality**. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 18(3), 242-248.

GUZZO, E. C.; VIEIRA, P. F. G.; SOLDATELLI, M. D.; MUSSE, C. A. I. **MANEJO DA DOR CRÔNICA**. *Acta méd. (Porto Alegre)*; 36: [11], 2015.

HAUEISEN, A. L. M. et al. **Guia prático para o manejo da dor**. São Paulo; Perse; 2019. 271 p. [Monografia], Coleciona SUS, BDEFN - Enfermagem, LILACS | ID: biblio-1118186.

HCFMRP – USP. **Cuidados Paliativos – Sedação paliativa**. Sistema de Protocolos Web. Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. 2022

HORRIGAN, J.; BHUMI, S.; MILLER, D.; JAFRI, M.; TADROS, M. **Management of Opioid-induced Constipation in Older Adults**. *J Clin Gastroenterol*. 2023 Jan 1;57(1):39-47. doi: 10.1097/MCG.0000000000001801. PMID: 36504229.

International Narcotics Control Board. **Avail - ability of internationally controlled drugs: en - suring adequate access for medical and scientif - ic purposes: indispensable, adequately available and not unduly restricted**. https://www.incb.org/documents/publications/annualreports/ar2015/english/supplement-ar15_availability_english.pdf (acessado em 02/Fev/2024).

JÚLIA, R. R.; KÁTIA P. **Cuidados paliativos: prática dos médicos da Estratégia Saúde da Família**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2019; 43(3): 62-72.

KISSANE, D. W.; ZAIDER, T. I.; LI, Y.; HICHEMBERG, S.; SCHULER, T.; LEDERBERG M.; LAVELLE, L. et al. **Randomized controlled trial of family therapy in advanced cancer continued into bereavement**. *Journal of Clinical Oncology*, 34(16), 2016 Jun 1;34(16):1921-7. doi: 10.1200/JCO.2015.63.0582.

KOVÁCS, M. J. **O caminho da morte com dignidade no século XXI**. *Revista bioética, Brasília*, v. 22, nº. 01, p. 94 - 104. 2014.

KRAYCHETE, D. C.; SIQUEIRA, J. T. T.; GARCIA, J. B. S. **Recomendações para o uso de opioides no Brasil: parte I**. *Rev. dor* 14 (4) • Dez 2013.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. **The measurement of observer agreement for categorical data**. *Biometrics*. 1977 Mar;33(1):159-74

LENHANI, B. E.; MERCÊS, N. N. A. **Evaluation of symptoms of a patient with bladder cancer receiving palliative care: a case study**. *Cogitare Enferm. (Online)*. 2017;22(4): e49867. DOI: 10.5380/ce.v22i4.49867.

LEÓN, M. X.; CORREDOR, M.; RÍOS, F.; SANABRIA, A.; MONTENEGRO, M.; GÓNIMA, E. et al. **¿Qué perciben los estudiantes de medicina sobre sus conocimientos en dolor: análisis de la situación en Colombia**. *Med Paliat*. 2007
LIBERALI R.; NOVACK D.; DUKE P.; GROSSEMAN S. **Communication skills teaching in Brazilian medical schools: what lessons can be learned?**

PatientEducCouns. (2018). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.12.021> 13.

LIBERALI R.; NOVACK D.; DUKE P.; GROSSEMAN S. **Communication skills teaching in Brazilian medical schools: what lessons can be learned?**

PatientEducCouns. (2018). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.12.021> 13.

LOPES, F. G. M. S. **Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Delirium no Doente Idoso Internado**. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal. 41 págs. 2019.

LOURO, L. A. V.; POSSARI, J. F.; LIMA, A. F. C. Tratamento farmacológico e não farmacológico do delirium em serviço hospitalar de oncologia: revisão integrativa. Rev Bras Enferm. 2021;74(1): e20200200.

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

MELO, A. A. M, SILVA L. C. **A estranheza do médico frente à morte: lidando com a angústia da condição humana**. Rev. abordagem gestalt. 2012 Jun; 18(1): 52-60.

MENEZES, M. S.; FIGUEIREDO, M. G. M. C. A. **O papel da sedação paliativa no fim da vida: aspectos médicos e éticos – Revisão**. Rev. Bras. Anesthesiol. 69 (1) • Jan-Feb 2019 • <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2018.03.002>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018 - Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasil, 2018.

MONTEIRO, D. T.; QUINTANA, A. M. **A comunicação de más notícias na UTI: perspectiva dos médicos**. Psic.: Teor. e Pesq. [Internet] 2016 [citado 04 abr 2018];32(4):1-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v32n4/1806-3446-ptp-32-04-e324221.pdf>.

MOURA, R. B. B.; MELO, A. B. P.; CHAVES, T. R. et al. **Condutas para o Manejo da Anorexia em Cuidados Paliativos: Revisão Integrativa**. Rev Fun Care Online. 2020. jan./dez.; 12:737-743. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9432>.

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(8):754-66. DOI: 10.1177/0269216309106871

NELSON, A. D.; CAMILLERI, M. **Opioid-induced constipation: advances and clinical guidance**. Ther Adv Chronic Dis. 2016 Mar;7(2):121-34. doi: 10.1177/2040622315627801

OLIVEIRA, E. P.; MEDEIROS JUNIOR, P. **Cuidados paliativos em pneumologia.** *Jornal Brasileiro Pneumologia* 2020; 46(3):e20190280
<https://dx.doi.org/10.36416/1806-3756/e2019028>.

OLIVEIRA, J. R. et al. **Reflexões sobre o ensino de bioética e cuidados paliativos nas escolas médicas do estado de Minas Gerais, Brasil.** *Rev. bras. educ. med.* 40 (3) • Jul-Sep 2016.

OLIVEIRA, M. Z. P. B.; BARBAS, S. **Autonomia do idoso e distanásia.** *Revista bioética, Brasília*, v. 21, nº. 02, p. 328 - 337. 2013.

ORTIZ, J. S. **Historia de la Medicina Paliativa.** *Med paliativa.* 1999;6(2):82–8.

OSTERMANN, A. C.; FREZZA, M. **“Veio o resultado do exame”: a comunicação de notícias diagnósticas (e como investigações linguístico-interacionais podem informar as práticas profissionais).** *Ling (Dis)curso.* [Internet] 2017 [citado 04 abr 2024];17(1):25-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ld/v17n1/1518-7632-ld-17-01-00025.pdf>.

OZDEMIR, S. et al. **Conscientização sobre cuidados paliativos entre pacientes com câncer avançado e seus familiares cuidadores em Cingapura.** *Ann Acad Med Singapura*, 2019; 48(8): 241-246.

PAGE, A. J. et al. **Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in cancer pain: A database analysis to determine recruitment feasibility for a clinical trial.** *Palliative medicine.* 2022; 36(9):1440-1445. doi:10.1177/02692163221122263.

PASTRANA, T. et al. **Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica 2020.** 2a Ed. Houston: IAHPC Press; 2021.

PEREIRA, E. A. L.; RANGEL, A. B.; GIFFONI, J. C. G. **Identificação do nível de conhecimento em cuidados paliativos na formação médica em uma escola de medicina de Goiás.** *Rev. bras. educ. med.* 43 (4) • Oct-Dec 2019.

PIETERS, J. et al. **Palliative care education in the undergraduate medical curricula: students' views on the importance of, their confidence in, and knowledge of palliative care.** *BMC Palliat Care.* 2019 Aug 28;18(1):72. doi: 10.1186/s12904-019-0458-x. PMID: 31455326; PMCID: PMC6712798.

RABINOVICHI, E. P. (2014). **Sobre o cuidar e sua rede.** *Diálogos Possíveis*, 11(2), 1-6.

REGIS, J. M. et al. **Cuidados paliativos em uma metodologia ativa de ensino. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju/SE, Brasil; Universidade Tiradentes, Aracaju/SE, Brasil.** *Rev. Bioét.* vol.31 Brasília 2023 DOI: 10.1590/1983-803420232489pt

RIBEIRO, J.R.; POLES, K. **Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2019; 43(3):62-72

ROCHA, S. R. et al. **Avaliação de habilidades de comunicação em ambiente simulado na formação médica: conceitos, desafios e possibilidades.** Rev. bras. educ. med. 43 (1 suppl 1). 2019.

RODRIGUES, L. F.; SILVA, M. F. J.; COBRERA, M. **Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil.** Cad. Saúde Pública 2022; 38(9):e00130222

RODRÍGUEZ-MAYORAL, O.; REYES-MADRIGAL, F.; ALLENDE-PÉREZ, S.; VERÁSTEGUE, E. **Delirium in terminal cancer in patients: short-term survival and missed diagnosis.** Salud mental. 2018;41(1):25-9. doi: 10.17711/sm.0185-3325.2018.005.

ROSA, A. et al. **Manual de avaliação e tratamento da dor.** EDUEPA, Belém, 120p. 2020.

SANTA, N. D.; CANTILINO, A. **Suicídio entre médicos e estudantes de medicina: revisão de literatura.** Rev Bras Educ Méd [Internet]. 2016 [acesso 02 abr 2024];40(4):772-80. DOI: 10.1590/1981-52712015v4 0n4e00262015.

SANTOS D. A., ALMEIDA E. R. P, SILVA F.F, ANDRADE L. H. C, AZEVÊDO L. A., NEVES N. M. B. C. **Reflexões bioéticas sobre a eutanásia a partir de caso paradigmático.** Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2014 [acesso 6 abr 2024]; 22(2):367-72. DOI: 10.1590/1983-80422014222018.

SANTOS JUNIOR, A. G. et al. **Desafios para os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: Revisão integrativa de literatura.** Revista de enfermagem UFPE online, 2016; 10(7): 2708-2719.

SANTOS, J. F. A., FERREIRA L. A. E.; GUIRRO P. B. U. **Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil, 2020.** 1. ed. -- São Paulo: ANCP, 2020.
SAUNDERS, C. **The Evolution of Palliative Care.** Cicely Saunders - Selected writings 1958-2004. Oxford: Oxford University Press; 2006. p. 263–8.

SILVA, J.A.C. **O fim da vida: uma questão de autonomia.** Nascer e Crescer, Pará, v. 23, nº. 02, p. 100 – 105. 2014.

SILVA, R. S. et al. **Perspectiva de la familia/cuidador sobre el dolor crónico en pacientes con cuidados paliativos.** Enfermería Actual de Costa Rica, n.38, p.18 - 31, 2020.

SIZAR, O.; GENOVA, R.; GUPTA, M. **Constipação induzida por opióides.** [Atualizado em 7 de agosto de 2023]. In: StatPearls [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): Publicação StatPearls; 2024 janeiro. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493184/>.

SCHWINGEL, R. C. et al. **Manejo da dispneia em pacientes submetidos à cuidados paliativos: uma revisão de literatura.** Cuidados Paliativos: práticas, teorias e análises. 978-65-5360-068-3. Editora Científica Digital. Vol. 1. Ano 2022.

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. **Tratamento da dispneia no paciente oncológico em cuidados paliativos.** Guia do episódio de cuidado. Hospital Israelita Albert Einstein. 15 set 2023

SOMBRA NETO L. L.; SILVA, V. L. L.; LIMA C. D. C.; MOURA, H. T. M.; GONÇALVES, A. L M.; PIRES, A. P. B. et al. **Habilidade de comunicação da má notícia: o estudante de medicina está preparado?** Rev Bras Educ Méd. [Internet] 2017 [citado 04 de abr 2024]; 41(2):260-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v41n2/1981-5271-rbem-41-2-0260.pdf>.

The Economist. **The 2015 Quality of Death Index. Ranking palliative care across the world: a report by The Economist Intelligence.** Unit. <http://www.lienfoundation.org/sites/default/files/2015%20Quality%20of%20Death%20Report.pdf> (acessado em 01/Abr/2024).

VASCONCELOS, M. C. C. **Avaliação do conhecimento sobre cuidados paliativos entre estudantes de medicina de uma universidade no nordeste do Brasil.** Aracaju: Universidade Federal de Sergipe; 2017

VASCONCELOS, S. A. et al. **Experiências vividas por enfermeiros sobre os cuidados paliativos no ambiente domiciliar.** Journal Health NPEPS, 2020; 5(2): 274-290.

VERHOEF, M. J.; de NIJS E.; HOREWEG N.; FOGTELOO J.; HERINGHAUS C.; JOCHEMS A. et al. **Palliative care needs of advanced cancer patients in the emergency department at the end of life: an observational cohort study.** Support. care cancer. 2020;28(3):1097-107. DOI:<https://doi.org/10.1007/s00520-019-04906-x>.

VOGEL, K. P.; SILVA, J. H. G. d.; FERREIRA, L. C & MACHADO, L. C. (2019). **Comunicação de Más Notícias: Ferramenta Essencial na Graduação Médica.** Revista Brasileira de Educação Médica, 43(1 suppl 1), 314 – 321. <https://doi.org/10.1590/1981->

WEBER, M. et al. **Knowledge and attitude of final - year medical students in Germany towards palliative care - an interinstitutional questionnaire-based study.** BMC Palliat Care. 2011 Nov 23;10:19. doi: 10.1186/1472-684X-10-19. PMID: 22112146; PMCID: PMC3235960.

World Health Organization. **Palliative care.** [Internet]. Genebra: WHO; 2020. Acessado em 04/04/2024. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/palliative-care>

ANEXOS

ANEXO A – QUESTIONÁRIO APLICADO NA PESQUISA

ANÁLISE DO CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DOS DISCENTES DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

IDENTIFICAÇÃO (SOMENTE AS INICIAIS DO SEU NOME): _____
IDADE: () 15 – 24 ANOS () 25 – 34 ANOS () ≥ 35 ANOS
GÊNERO: () FEMININO () MASCULINO
RELIGIÃO: () CATÓLICO () PROTESTANTE () ESPÍRITA () ATEÍSMO () OUTRA
PERÍODO DO CURSO: () 1º () 2º () 3º () 4º () 5º () 6º () 7º () 8º () 9º () 10º () 11º () 12º

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 NS= NÃO SEI

FILOSOFIA

1. Os cuidados paliativos só devem ser prestados aos doentes que não dispõem de tratamentos curativos.	() V	() F	() NS
--	-------	-------	--------

2. Os cuidados paliativos não devem ser fornecidos juntamente com tratamentos para o câncer	()V	()F	()NS
DOR			
3. Quando os opioides são tomados numa base regular, anti- inflamatórios não esteroidais não devem ser usados.	()V	()F	()NS
4. O uso a longo prazo de opioides pode muitas vezes induzir dependência.	()V	()F	()NS
5. O uso de opioides não influencia o tempo de sobrevivência.	()V	()F	()NS
6. Opioides são as drogas de primeira escolha no manejo do paciente com dor.	()V	()F	()NS
7. Alguns medicamentos antidepressivos e anticonvulsivantes ajudam a aliviar a dor do câncer.	()V	()F	()NS
8. O uso de laxantes é eficaz na prevenção da constipação induzida por opiáceos.	()V	()F	()NS
9. O aumento da dosagem de opióides deve ser limitado porque a depressão respiratória pode ocorrer como um efeito colateral.	()V	()F	()NS
DISPNEIA			
10. A morfina deve ser utilizada para aliviar a dispneia em pacientes com câncer.	()V	()F	()NS
11. Os níveis de saturação de oxigênio estão correlacionados à dispneia.	()V	()F	()NS
12. Drogas anticolinérgicas ou bromidrato de escopolamina são eficazes para o alívio das secreções brônquicas em pacientes terminais.	()V	()F	()NS
PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS			
13. Os benzodiazepínicos são eficazes para o controle de delirium.	()V	()F	()NS
14. Alguns pacientes terminais necessitarão de sedação contínua para aliviar o sofrimento.	()V	()F	()NS
15. A morfina é frequentemente causa de delirium em doentes terminais ou em pacientes com câncer.	()V	()F	()NS
16. Delirium ocorre frequentemente em pacientes que são propensos a sintomas mentais	()V	()F	()NS
PROBLEMAS GASTROINTESTINAIS			

17. Nos estádios terminais do câncer é necessária maior ingestão calórica em relação aos estádios iniciais.	() V	() F	() NS
18. Os esteroides melhoram o apetite em pacientes com câncer avançado.	() V	() F	() NS
19. A infusão intravenosa não será eficaz para aliviar a boca seca em pacientes terminais.	() V	() F	() NS
COMUNICAÇÃO			
20. A habilidade de comunicação pode ser aprendida.	() V	() F	() NS
21. 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	() NS
22. As informações incertas não devem ser dadas ao paciente ou à família, pois podem causar ansiedade adicional	() V	() F	() NS

(VASCONCELOS, M. C. C. 2017)

**ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UTILIZADO
NA PESQUISA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CURSO DE MEDICINA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Baseado na Resolução Nº 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

PESQUISA: Análise do conhecimento sobre cuidados paliativos dos discentes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Do Pará

Prezado Sr(a): _____

Você foi selecionado para participar da pesquisa sobre **Análise do conhecimento sobre cuidados paliativos dos discentes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Do Pará**. Esta pesquisa está sendo realizada pela discente CARLA KATHARINA TORRES BEGOT DA ROCHA, CPF: 03062863277, RG:7800585 e pela discente DAYANNE VEIGA DOS SANTOS, CPF: 026.875.572-85, RG: 6611438, alunas do curso de medicina da Universidade Federal do Pará, sob orientação do Prof. Dr. Caio Botelho Brito, como Trabalho de Conclusão de Curso, e tem como objetivo avaliar o nível de conhecimento dos estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará sobre a temática dos Cuidados Paliativos

A pesquisa em questão é extremamente importante para a incitação do diálogo e a discussão sobre a temática, bem como para levantar dados que sirvam para comprovar se o conhecimento dos estudantes é eficaz para a prática profissional e, assim, buscar melhorias para o ensino médico que visem a integralização do cuidado.

Objetiva-se com esse estudo avaliar o nível de conhecimento dos estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará sobre a temática dos Cuidados Paliativos, bem como avaliar se ao final do curso os estudantes de medicina desenvolveram competências necessárias para o desenvolvimento de ações paliativas; analisar as habilidades de comunicação de más notícias frente ao paciente em cuidados paliativos e a sua família e verificar se em algum momento da graduação, foram trabalhados temas como: comunicação aos familiares sobre a doença grave do paciente, comunicação entre a equipe multiprofissional, manejo da dor e das principais queixas de pacientes em cuidados paliativos.

Riscos da pesquisa: vazamento dos dados coletados; cansaço ou aborrecimento ao responder os questionários.

Benefícios da pesquisa: contribuição de dados para a comunidade acadêmica e docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará

Sua participação é de suma importância e consistirá em responder as perguntas contidas neste formulário. O formulário não é identificável e em nenhuma hipótese serão divulgados dados que permitam a sua identificação. Os dados serão analisados em conjunto, guardando assim o absoluto sigilo das informações pessoais. Queremos também deixar claro que sua participação é de seu livre-arbítrio, não havendo pagamento pela mesma, podendo se recusar a responder quaisquer perguntas do formulário.

Após a conclusão da coleta de dados, os mesmos serão analisados e será elaborado um trabalho pelos autores da pesquisa, ao qual será feita a divulgação para os trabalhadores envolvidos, e para o meio acadêmico e científico.

(Pesquisador responsável)

CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO:

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com as informações contidas no formulário.

Belém, _____ / _____ / _____.

Assinatura do entrevistado

Contato dos pesquisadores:

Orientador: Dr. Caio Vinicius Botelho Brito – (91) 998087-1263

Discentes: Carla Katharina Torres Begot da Rocha – (91) 98052-8003

Dayanne Veiga dos Santos – (91) 98116-2308

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP - ICS/UFGPA) – Complexo de Sala de Aula/ICS – Sala 14 – Campus Universitário, nº 01, Guamá – CEP: 66075-110 – Belém – Pará. Tel: 3201-7735 E-mail: cepccs@ufpa.br