

Autoavaliação do Conhecimento em Cuidados Paliativos por Médicos Residentes de um Hospital Universitário

Self-Assessment of Knowledge in Palliative Care by Physicians Resident of a University Hospital

Autoevaluación de Conocimientos en Atención Paliativa por Médicos Residentes de un Hospital Universitario

Melina Pereira Fernandes¹; Dandara Bandeira de Oliveira Martins Machado²; Eduardo Sérgio Soares Sousa³; Thiago Lins da Costa⁴; Ronaldo Bezerra de Queiroz⁵; Rilva Lopes de Sousa Muñoz⁶

Como citar este artigo:

Fernandes MP, Machada DBOM, Sousa ESS, *et al.* Autoavaliação do Conhecimento em Cuidados Paliativos por Médicos Residentes de um Hospital Universitário. Rev Fun Care Online.2020. jan./dez.; 12:716-722. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9490>

ABSTRACT

Objective: The study's purpose has been to verify the knowledge self-assessment of resident physicians at *Hospital Universitário Lauro Wanderley* (HULW) [University Hospital] regarding Palliative Care (PC). **Methods:** It is a quantitative, observational, and cross-sectional study that was carried out involving resident physicians at HULW who answered a questionnaire with sociodemographic and Palliative Care-related questions. **Results:** From a total of 172 physicians, 99 (57.6%) took part in this research, 47.5% were between 28 and 32 years old and 54.5% were female. Most of the participants claimed to have learned about the control of common symptoms in palliative assistance, although 97% needed improving their PC knowledge. Only 16.2% knew about the current PC Basic Law; However, over 80% understood the bioethical aspects of the research. Yet, over 75% of the answers which were compatible with PC knowledge occurred in only 5 out of the 16 questions (31.2%). **Conclusion:** There is a relative lack of knowledge regarding PC among the interviewed physicians, making further studies on curricular interventions imperative to contribute to the improvement of these professionals.

Descriptors: Palliative care, Medical staff hospital, Medical education, Knowledge, Self-assessment.

¹ Médica. Mestre em Saúde Coletiva. Membro da Comissão de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW, João Pessoa – Paraíba.

² Médica. Residência em Pediatria pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa – Paraíba.

³ Médico. Doutorado em Sociologia e Ciências da Saúde. Diretor do Centro de Ciências Médicas da UFPB, João Pessoa – Paraíba.

⁴ Médico. Doutorado em Ciências Médicas. Professor da disciplina de Cuidados Paliativos da UFPB e Presidente da Comissão de Cuidados Paliativos do HULW, João Pessoa – Paraíba.

⁵ Médico. Doutorado em Enfermagem. Professor do Mestrado Profissional de Gerontologia da UFPB, João Pessoa – Paraíba.

⁶ Médica. Doutorado em Farmacologia. Professora da disciplina de Semiologia da UFPB, João Pessoa – Paraíba.

RESUMO

Objetivo: Verificar a autoavaliação do conhecimento de médicos residentes do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) acerca de Cuidados Paliativos (CP). **Métodos:** Realizou-se um estudo observacional, transversal, quantitativo, envolvendo médicos residentes do HULW, que responderam ao questionário com perguntas sociodemográficas e conhecimentos em CP. **Resultados:** Dos 172 médicos, 99 (57,6%) participaram da pesquisa, 47,5% entre 28 e 32 anos e 54,5% do sexo feminino. A maioria respondeu que aprendeu sobre o controle dos sintomas comuns na assistência paliativista, embora 97% necessitassem aperfeiçoar seus conhecimentos sobre CP. Apenas 16,2% conheciam a atual Lei de Bases dos CP, porém mais de 80% compreendiam os aspectos bioéticos pesquisados. Contudo, mais de 75% de respostas compatíveis com conhecimento sobre CP ocorreram em apenas 5 das 16 questões (31,2%). **Conclusão:** Existe relativa escassez de conhecimento acerca dos CP entre os médicos entrevistados, tornando indispensáveis estudos adicionais de intervenções curriculares que possam contribuir para o aperfeiçoamento desses profissionais.

Descritores: Cuidados Paliativos, Corpo Clínico Hospitalar, Educação Médica, Conhecimento, Autoavaliação.

RESUMEN

Objetivo: verificar la autoevaluación del conocimiento de los médicos residentes en el Hospital Universitario Lauro Wanderley (HULW) sobre Cuidados Paliativos (CP). **Métodos:** se realizó un estudio observacional, transversal y cuantitativo con médicos residentes de HULW, que respondieron un cuestionario con preguntas sociodemográficas y conocimiento de los CP. **Resultados:** De los 172 médicos, 99 (57,6%) participaron en la investigación, 47,5% entre 28 y 32 años y 54,5% mujeres. La mayoría de los residentes respondieron que aprendió a respecto del control de los síntomas comunes en los CP, aunque el 97% respondieron que necesitaban mejorar su conocimiento de CP. Solo el 16,2% respondieron conocer la Ley Básica de CP actual, pero más del 80% conocían los aspectos bioéticos investigados. Sin embargo, los porcentajes superiores al 75% de las respuestas compatibles con el conocimiento de los CP ocurrieron en solo 5 de las 16 preguntas (31,2%). **Conclusión:** existe una relativa falta de conocimiento en el enfoque de los cuidados paliativos entre los médicos residentes entrevistados y a respecto de la ley actual de CP, haciendo necesidad de estudios adicionales de intervenciones curriculares que pueden contribuir para la mejora de habilidades y competencias de estos profesionales.

Descriptorios: Cuidados paliativos, Cuerpo médico de hospitales, Educación médica, Conocimiento, Autoevaluación.

INTRODUÇÃO

A abordagem paliativa compreende cuidados proativos que se enquadram no nível quaternário de atenção à saúde, com a finalidade de evitar sofrimento desnecessário entre pacientes com doenças terminais e suas famílias. A partir desta noção fundamental, depreende-se a etimologia da palavra “paliativo”, que vem do latim *pallium* (manto, proteção, com vistas ao cuidar) e não relacionada especificamente ao curar, porém no sentido de “proteção para aqueles que a medicina curativa já não mais acolhe”.^{1,2}

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu os Cuidados Paliativos (CP) em 1990, redefinindo-os, em 2002, como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares diante de uma doença

sem possibilidade de cura, “por meio prevenção e alívio do sofrimento com identificação precoce e avaliação impecável, tratamento da dor e de outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais”.^{3,2}

Os CP também surgiram como uma resposta às necessidades de uma sociedade envelhecida e, embora relativamente nova, vem sendo reconhecida como fundamental, por objetivar o alívio do sofrimento e a melhoria da qualidade de vida do paciente e sua família, por meio da abordagem das dimensões física, psíquica, espiritual e social.⁴ Além dos benefícios no sentido da promoção de melhor qualidade de vida, os CP diminuem o tempo de permanência hospitalar, a rehospitalização, a obsessividade terapêutica curativa, as internações em pronto-socorro e unidades de terapia intensiva e, conseqüentemente, a redução racional dos custos com saúde.⁵

No entanto, o Brasil ainda não incorporou estratégias de CP em suas políticas de saúde, sendo considerado um país onde “se morre mal”⁶, pelo fato de os momentos de fim de vida serem caracteristicamente marcados por dor e sofrimento. Nesse sentido, considera-se uma “boa morte” aquela “livre de evitáveis angústias e sofrimentos para o paciente e sua família, ocorrendo de acordo com os desejos destes, e razoavelmente compatíveis com suas características clínicas, culturais e éticas”.^{7,84}

Um dos fatores responsáveis por essa complexa realidade de fim de vida é a atual formação técnico-científica na área da saúde, que se concentra na cura, enquanto o “cuidado” é um aspecto prejudicado ou mesmo inexistente. Durante seu processo formativo, os profissionais da saúde, sobretudo os médicos, são preparados para “vencer” a doença, e, frequentemente, a morte significa perda, derrota e frustração.⁸ Para mudar esse paradigma, é necessário que a filosofia e a organização inerentes à prática dos CP sejam valorizadas e exercitadas por meio do ensino, da assistência e da pesquisa nas diversas subáreas da saúde.⁹

Segundo a OMS, a maioria dos profissionais de saúde em todo o mundo tem pouco ou nenhum conhecimento dos princípios e práticas dos CP. Além disso, conteúdos didático-instrucionais de CP ainda são raramente incluídos nos currículos dos cursos de graduação.¹⁰ Na prática, o ensino de CP tem ocorrido em três níveis: abordagem básica (graduação), CP gerais (pós-graduação para profissionais que lidam mais frequentemente com doenças progressivas e irreversíveis) e CP especializados (pós-graduação para os profissionais que dedicam a maior parte do seu trabalho aos CP).¹¹

Considerando a relevância da temática e o quantitativo ínfimo de estudos sobre CP no campo médico de trabalho e de pesquisa, este estudo parte do seguinte questionamento: qual a autoavaliação que os médicos residentes de um hospital universitário fazem sobre seu grau de conhecimento em relação à teoria e à prática dos CP? A formação e o treinamento de médicos residentes,

segundo sua própria avaliação, estão visando ao ensino-aprendizagem de CP?

Com base nessas considerações, o objetivo deste estudo foi verificar a autoavaliação do conhecimento em CP de médicos residentes em treinamento em um Hospital Universitário (HU).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional e transversal, com abordagem quantitativa. A população foi constituída por médicos residentes de um HU.

Em janeiro de 2019, todos os médicos residentes que estavam em treinamento no HU foram convidados a participar deste estudo. Excluíram-se os que se recusaram a participar do estudo e aqueles que se encontravam sob licença ou férias no período da coleta de dados, assim como os que estavam em atividade em outro serviço.

Conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, esta pesquisa foi iniciada após sua aprovação colegiada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HU (número do parecer 3.101.104) (ANEXO A). Só participaram da pesquisa os médicos residentes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo referido Comitê (APÊNDICE A).

Após assinatura do TCLE, os participantes preencheram um questionário estruturado, autoadministrado e sem identificação nominal. O instrumento de coleta de dados foi um questionário, composto por duas partes: a primeira incluiu variáveis sociodemográficas, enquanto a segunda continha 16 itens sobre a opinião dos médicos acerca de seu conhecimento a respeito dos CP (APÊNDICE B).

O questionário foi desenvolvido pela autora, segundo guia para elaboração de instrumentos de coleta de dados¹², a partir de conhecimentos obtidos por meio de revisão da literatura, incluindo também itens de um instrumento empregado em estudo anterior.¹³ Na segunda parte, o questionário tinha 16 itens (16 questões – Q1 a Q16) que atendiam aos objetivos da presente investigação, sendo agrupados em três blocos temáticos. Todas as questões apresentavam opções dicotômicas de resposta, em um formato de escolha entre sim e não.

O questionário enfocou os seguintes blocos temáticos: (1) conhecimento sobre aspectos conceituais e procedimentais dos CP (itens Q1, Q2, Q10, 12 e Q13); (2) obtenção de conteúdos de CP durante a graduação, residência médica e educação continuada (itens Q3, Q4, Q5, Q8, Q9, Q11, Q14 e Q15) e (3) aspectos bioéticos e legais (itens Q6, Q7 e Q16). Os residentes que responderam afirmativamente às questões, exceto a Q2 e Q15, foram considerados possuidores de uma autoavaliação favorável acerca dos conceitos pertinentes à abordagem paliativista e à indicação de que obtiveram informações compatíveis com

os CP na sua formação. As respostas afirmativas à Q2 (“você considera que os cuidados paliativos só devem ser prestados aos doentes que não dispõem de tratamento curativo?”) e à Q15 (“você acha necessário melhorar seus conhecimentos na abordagem de pacientes com necessidade de cuidados paliativos?”) indicavam entendimento desfavorável em relação à abordagem paliativista.

As especialidades de residência médica foram categorizadas em dois grupos, (1) área básica (clínica médica, clínica cirúrgica, ginecologia e obstetrícia, pediatria e medicina de família e comunidade) e (2) especialidades das demais áreas (residentes em especialidades clínicas e cirúrgicas específicas com pré-requisito e com acesso direto no processo seletivo admissional), conforme classifica a Comissão Nacional de Residência Médica.¹⁴

Foi realizada análise estatística descritiva e inferencial. Na análise descritiva, foram determinadas frequências absolutas e percentuais. Determinaram-se os percentis 25, 50 e 75 das frequências das respostas, assim como o intervalo interquartil. Para avaliar a relação entre os itens sobre CP do questionário com idade e tempo de graduação, foi utilizado o teste de Mann-Whitney. A comparação entre os grupos correspondentes às áreas de atuação foi realizada mediante aplicação do teste de Kruskal-Wallis. A distribuição entre variáveis nominais sexo, religião e etnia foi testada em relação às variáveis correspondentes aos itens sobre CP do questionário por meio do teste de qui-quadrado. Todos os resultados foram considerados estatisticamente significativos ao nível de 5%. O *software* utilizado na análise foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 2.0 para Windows.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 99 médicos residentes, que representaram 57,6% do universo de 172 pós-graduandos cadastrados na Coreme/CCM e com atividades no HULW.

No perfil da amostra, predominaram as seguintes características: idade entre 28 e 32 anos (47,5%), do sexo feminino (54,5%), pardos (47,5%), renda mensal superior a 10 salários mínimos (57,6%), e mais de 80% referiram alguma religião, principalmente a Católica (61,6%).

Tabela 1. Características sociodemográficas de amostra de médicos residentes do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), João Pessoa, Paraíba, janeiro de 2019 (n=99)

Variáveis	Frequências	
	f	%
Sexo		
Masculino	45	45,5
Feminino	54	54,5
Faixas de idade		
23-27 anos	28	28,3
28-32 anos	47	47,5
Acima de 32 anos	24	24,2
Grupo étnico		
Branco	47	47,5
Pardo	47	47,5
Negro	3	3,0
Outro/não informou	2	2,0
Renda familiar		
1-3 SM	3	3,0
4-6 SM	14	14,1
7-10 SM	25	25,3
Acima de 10 SM	57	57,6
Religião		
Católica	61	61,6
Evangélica	18	18,2
Espírita	3	3,0
Protestante	4	4,0
Outras religiosidades	1	1,0
Sem religião	12	12,1

SM: salários-mínimos

Fonte: Dados primários da pesquisa

Quanto às áreas de atuação, 13 (13,1%) cursavam medicina de família e comunidade (MFC); 12 (12,1%), clínica médica; 12 (12,1%), ginecologia e obstetrícia; 11 (11,1%), pediatria; 9 (9,1%), cirurgia geral; 9 (9,1%), oftalmologia, e 9 (9,1%), psiquiatria, enquanto 24 (24,1%) eram residentes de outras especialidades médicas (anestesiologia - 6; infectologia - 4; gastroenterologia - 4; reumatologia - 4; dermatologia - 2; endocrinologia - 2; medicina intensiva - 1; mastologia - 1). Constatou-se que 44 (44,4%) haviam se graduado entre um e três anos atrás, e 39 (39,4%), entre quatro e seis anos antes, enquanto 16 (16,2%) se graduaram havia mais de seis anos.

A análise descritiva das respostas aos itens da segunda parte do questionário revelou que respostas indicativas de autoavaliação positiva apresentaram percentuais que variaram de 16% a 97%, com mediana de 68,7 e amplitude de 81. Percentuais superiores a 50% de respostas sugestivas de autoavaliação positiva em conhecimentos de CP (respostas sim, exceto para Q2 e Q15) ocorreram em 14 das 16 questões. Contudo, percentuais iguais ou superiores a 75% de respostas compatíveis com conhecimento sobre CP ocorreram em apenas 5 das 16 questões (31,2%). O percentil 50 foi de 68,7 (mediana), e o percentil 75 foi 83,2, mostrando que 50% e 75% das respostas ficaram abaixo destes valores, respectivamente. O intervalo interquartil de respostas sugestivas de autoavaliação favorável em CP foi de 30,5.

As questões cujas respostas afirmativas indicavam que os participantes se consideravam conhecedores da abordagem dos CP, ou seja, que resultaram em maior percentual de respostas “não”, foram a Q3 (“você acredita que durante a residência recebeu informação suficiente sobre o controle dos sintomas mais comuns dos pacientes em cuidados paliativos?”) e a Q7 (“você conhece a atual Lei de Bases dos Cuidados Paliativos?”).

Embora um percentual muito baixo (16,2%) tenha referido conhecer a atual Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Q7), aspectos bioéticos, como distinção entre

eutanásia, ortotanásia e distanásia (Q6), assim como o reconhecimento da autonomia que o paciente e seus familiares têm de escolher o local para morrer (Q16), apresentaram percentuais superiores a 80%. Observou-se que 80 (80,8%) referiram conhecer as diferenças entre eutanásia, ortotanásia e distanásia, e 89,9% responderam afirmativamente à Q16.

No que concerne ao domínio categorizado como “conhecimento sobre aspectos conceituais e procedimentais dos CP”, destacou-se, pela frequência mais elevada (84,8%), o entendimento de que os CP não devem ser destinados apenas aos doentes sem possibilidade de cura (Tabela 2).

Tabela 2. Conhecimento sobre aspectos conceituais e filosóficos dos cuidados paliativos segundo autoavaliação de médicos residentes do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), João Pessoa, Paraíba, janeiro de 2019 (n=99)

Respostas afirmativas quanto ao conhecimento de aspectos conceituais e procedimentais dos CP	Frequências	
	f	%
Definição de CP segundo a Organização Mundial de Saúde	55	55,6
Conceito de CP serem prestados apenas para doentes que não dispõem de tratamento curativo	15	15,2
Informação sobre uso de escalas de performance paliativa	48	48,5
Costume de usar escalas de dor para avaliar a resposta à analgesia	60	60,6
Autoconfiança para iniciar analgesia de pacientes em CP com dor crônica	58	58,6

CP: Cuidados Paliativos

Fonte: Dados primários da pesquisa

No que se refere ao bloco de itens sobre recebimento de conteúdos de CP durante a graduação, residência médica e educação continuada, observou-se que os residentes responderam que não obtiveram conteúdos suficientes sobre controle de sintomas em CP (Tabela 3).

Tabela 3. Recebimento de conteúdos de cuidados paliativos durante a graduação, residência médica e educação continuada por médicos residentes do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), João Pessoa, Paraíba, janeiro de 2019 (n=99)

Respostas afirmativas quanto ao recebimento de conteúdos de CP durante o processo formativo	Frequências	
	f	%
Graduação		
Conteúdos sobre pacientes em fase terminal	69	69,7
Conteúdos suficientes sobre controle de sintomas em CP	23	23,2
Residência Médica		
Conteúdos sobre controle dos sintomas em CP	22	22,2
Conteúdos sobre comunicação de más notícias	67	67,7
Conteúdos sobre o tema da morte	70	70,7
Educação continuada		
Conteúdos sobre CP em cursos e palestras recentes	51	51,5
Orientações para o manejo de pacientes com dor crônica	71	71,7
Necessidade de melhorar conhecimentos sobre CP	96	97,0

CP: Cuidados Paliativos

Fonte: Dados primários da pesquisa

Comparando-se os percentuais de respostas afirmativas às questões referentes a conhecimentos sobre CP obtidos durante a residência médica e em eventos de educação continuada (Q3, Q4 Q5 e Q9) entre os residentes das áreas médicas básicas e os das áreas especializadas, observou-se que os respondentes destas últimas referiram mais frequentemente ter aprendido sobre comunicação e postura médica para “dar más notícias” aos pacientes e familiares (Q4), assim como tiveram mais contato com o tema “morte” (Q9). Por outro lado, a maioria dos residentes respondeu que o controle dos sintomas (dispneia, vômitos, obstipação, caquexia) não é abordado na residência, embora os das áreas básicas tenham respondido mais frequentemente que, durante a residência, receberam informação que consideraram suficiente sobre o controle destes sintomas mais comuns apresentados por pacientes em CP (Q3). Os dois subgrupos referiram de forma semelhante sobre a obtenção de informações recentes sobre CP em cursos

e palestras (Q5) (Figura 1). A distribuição das respostas afirmativas não diferiu estatisticamente nas quatro questões de acordo com a área (básicas/especialidades).

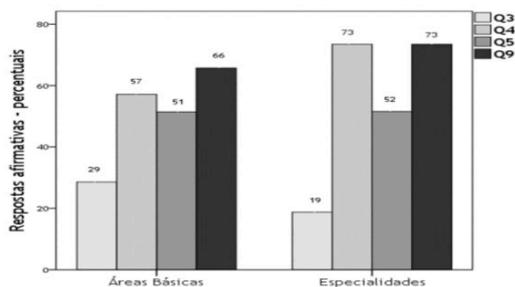


Figura 1 - Comparação entre as frequências de respostas afirmativas de residentes de áreas básicas e de especialidades em relação à obtenção de conhecimentos sobre CP durante a residência e em educação continuada (n=99).

Não se observaram diferenças na distribuição de respostas às 16 questões (Q1 a Q16) em relação à faixa etária, tempo de graduação, etnia, religião e renda (p=NS). Verificou-se apenas uma diferença estatisticamente significativa em relação à comparação quanto ao sexo (p=0,030) e à área da residência (p=0,015) no que concerne ao relato afirmativo de obtenção de conhecimentos sobre CP durante a graduação.

Os resultados deste estudo mostraram que os médicos residentes que realizam treinamento no HULW declararam-se inadequadamente preparados para atendimento em CP. Cerca de pouco mais da metade da amostra apresentou conhecimento do conceito de CP da OMS, e a grande maioria (97%) referiu necessidade de aprimorar seus conhecimentos sobre CP, indicando uma percepção deficiente para lidar com os pacientes em fim de vida.

Esses resultados são concordantes com pesquisas realizadas entre estudantes de universidades brasileiras e estrangeiras durante a graduação em que se constatou uma parcela elevada de referências a um escasso conhecimento para o manejo de pacientes em CP.¹⁵⁻¹⁷

Este fato pode ser associado à abordagem insuficiente sobre CP nos programas de residência de todo o Brasil, muitas vezes com abordagens pontuais ou mesmo inexistentes e não valorizadas. Em estudo realizado em 2011, em que se avaliaram 58 cursos de Medicina por meio de questionários respondidos por coordenadores de escolas de todo o Brasil, constatou-se que a relevância atribuída ao ensino sobre cuidados no fim da vida ainda é pequena e que o tempo destinado a esse tema é mínimo.¹⁵ No curso de graduação em medicina da UFPB, passou a ser ministrada uma disciplina optativa de cuidados paliativos há dois anos, e não há uma unidade de CP no HULW, tendo sido formada, apenas em 2017, uma Comissão de Cuidados Paliativos com ação de interconsulta para os pacientes na instituição.

Essa realidade está presente em muitos cenários de formação médica e hospitais no país. Na nossa realidade, os CP ainda estão em fase incipiente, devido à falta de

conhecimento, atitudes e habilidades entre os prestadores de cuidados de saúde, falta de formação e ausência de sensibilização entre os gestores políticos.¹⁷

Por outro lado, em estudo qualitativo realizado com 19 médicos residentes apenas da área de anestesia e cirurgia do HULW, as ideias centrais dos discursos dos entrevistados foram melhorar a qualidade de vida do paciente com doença incurável e em fase terminal, buscando proporcionar conforto e dignidade, alívio de sintomas, de dor e de sofrimento, porém não houve falas correspondentes à insuficiência de conhecimento em CP por parte dos entrevistados.¹⁸ Contudo, este foi um estudo de diferente abordagem, com coleta de dados por técnica não diretiva, o que deve ter limitado manifestações sobre dificuldades no cuidado prestado aos doentes terminais.

Em estudo realizado em São Paulo, verificou-se inconsistência do conhecimento sobre ética e assistência paliativa.¹⁹ No referido trabalho, apenas 2,6% da amostra de 76 indivíduos responderam corretamente à questão sobre a definição de cuidados paliativos: a maioria (59,2%) associou o termo apenas ao alívio do sofrimento físico e à qualidade de vida. Em outro estudo, realizado com médicos residentes do Hospital da Universidade Federal de Sergipe, observou-se que apenas 7% tiveram resultado “excelente” em heteroavaliação sobre CP, com mais de 80% de acertos nos domínios analisados, enquanto 23% acertaram menos da metade dos itens pesquisados.²⁰

Estudos similares foram realizados em outros países, evidenciando-se entre os pesquisados que eles se apresentavam pouco confiantes para lidar com o paciente terminal. Estudos anteriores, publicados de 2005 a 2015 e sintetizados em revisão sistemática, mostraram que recém-graduados em medicina não se sentem preparados para lidar com pacientes em CP.¹⁶

As respostas referentes aos itens do questionário aplicado à nossa amostra foram semelhantes aos achados de uma pesquisa realizada na Índia, quanto ao conhecimento autodeclarado e ao recebimento de conteúdos de CP.¹⁷ Menos de 25% de uma amostra de 200 médicos residentes ligados à Pontifícia Universidade Católica do Chile receberam algum grau de educação em CP durante seus estudos, mas aproximadamente metade deles considerou que o nível de proficiência alcançado era inferior a 25%.²¹

Em uma amostra de 80 médicos residentes de um hospital da Arábia Saudita, só 29,2% indicaram que tiveram educação prévia em CP.²² O percentual de acertos nos itens que refletiam conhecimento em CP representou 29,9%. No referido estudo, de forma similar ao observado no nosso, não houve diferença estatisticamente significativa no grau de conhecimento entre os residentes, de acordo com suas variáveis demográficas ou características de graduação e treinamento.

Em nosso estudo, 67,7% referiram ter recebido informações sobre como “dar más notícias” aos pacientes e familiares, resultado que se assemelha aos observados em

outro estudo realizado na Índia²³, onde a maioria de uma amostra de 120 médicos residentes respondeu que se sentia preparada para discutir prognósticos e metas de tratamento com pacientes e familiares. A comunicação de más notícias é uma das tarefas mais difíceis e mais frequentes na prática de profissionais de saúde.²⁴⁻²⁵ Borges e Santos Junior²⁵ defendem que a comunicação deve ser um meio para criar vínculo entre médico e paciente, assegurando a confiança no trabalho profissional e maior adesão às propostas terapêuticas.

Apesar de a maioria dos entrevistados referir que o presente estudo recebera informações insuficientes acerca do manejo dos principais sintomas presentes em pacientes em CP durante a graduação e a residência médica, houve menção a um maior conhecimento sobre controle da dor e o sentimento de autoconfiança para iniciar o manejo da analgesia.

A dor é um dos sintomas mais frequentes e limitantes para pacientes em CP, sendo o manejo desta manifestação um dos aspectos fundamentais na atenção paliativa. Contudo, em pesquisa realizada no Canadá²⁶ sobre a prática de prescrição de opioides para pacientes com dor crônica não neoplásica, 73,2% dos médicos avaliados não se sentiam seguros para prescrever opioides, principalmente pela preocupação com o abuso e a dependência farmacológica. Ainda em outro estudo realizado na Universidade de Michigan, demonstrou-se que apenas 10% dos médicos haviam recebido educação formal sobre dor e seu tratamento durante a graduação em medicina, residência e/ou educação continuada.²⁷ Essa diferença mencionada pode ser atribuída às diferenças no desenho do estudo ou nos instrumentos de avaliação utilizados.

No presente estudo, quando comparada autoavaliação do conhecimento sobre os CP em relação ao tempo de graduação, não houve diferença significativa entre os residentes com menor e maior tempo de graduação. Esta falta de associação corrobora estudo anterior²⁰, o que pode indicar que nem sempre o fato de possuir maior tempo de trabalho significa maior vivência no tratamento de pacientes sob CP. Entretanto, nossa amostra apresentava pequena amplitude de tempo de conclusão do curso, entre um e seis anos. Tais achados são diferentes das observações feitas em médicos na Alemanha, onde se observou que aqueles com experiência profissional de menos de cinco anos responderam mais questões corretamente que aqueles com mais de cinco anos de graduação.²⁸ Este achado foi atribuído pelos autores ao fato de ter havido introdução recente de CP no currículo de graduação, e, assim, aqueles com menos de cinco anos de experiência estudaram esse tipo de abordagem.

Quando analisadas as respostas sobre o conhecimento em CP obtidos durante a residência em áreas básicas e de especialidades, itens referentes à morte e à comunicação de más notícias foram respondidos mais frequentemente de forma afirmativa entre os das especialidades. Esperava-

se que um interesse precoce acerca de CP fosse mais frequente entre os participantes das áreas básicas, cuja atenção é considerada mais integral e generalista. Contudo, entre os residentes das especialidades, estão os de gastroenterologia, nefrologia, pneumologia e reumatologia, cujos atendimentos nas enfermarias do HULW são voltados sobretudo a pacientes com doenças hepática, renal e pulmonar crônicas terminais, assim como casos mais graves de lúpus eritematoso sistêmico e outras doenças do tecido conjuntivo. Conforme o trabalho de Vieira et al.²⁹ nas enfermarias de clínica médica do HULW, 27,5% dos pacientes internados preenchem os critérios de necessidade de cuidados paliativos, e nestes pacientes tais diagnósticos são frequentes.

CONCLUSÕES

A maioria dos residentes respondeu que não domina o controle dos sintomas comuns na assistência paliativista, mas houve orientação para tratamento da dor, se sentiam preparados para iniciar o alívio medicamentoso e conheciam escalas de monitorização deste sintoma, embora 97% tenham respondido que necessitavam aperfeiçoar seus conhecimentos sobre CP. Apenas 16,2% responderam conhecer a atual Lei de Bases dos CP, porém mais de 80% conheciam os aspectos bioéticos pesquisados. Contudo, percentuais superiores a 75% de respostas compatíveis com conhecimento sobre CP ocorreram em apenas um terço das questões.

Esses resultados sugerem que existe escassez na abordagem dos CP entre os entrevistados, sobretudo em relação ao controle de sintomas comuns na abordagem paliativa, por possíveis lacunas tanto na graduação quanto na própria residência, tornando indispensáveis estudos adicionais de intervenções curriculares que sejam capazes de contribuir para o aperfeiçoamento de habilidades e competências desses profissionais, tanto com o envolvimento de atividades teóricas e práticas, como o uso de metodologias que permitam o desenvolvimento de conhecimentos e atitudes necessárias à boa prática dos CP.

A principal limitação deste estudo é ter sido baseado na autoavaliação dos residentes, o que pode não refletir sua capacidade real de fornecer CP ou lidar adequadamente com pacientes que estão morrendo. O autorrelato também pode levar a um viés de memória e a uma avaliação imprecisa das experiências anteriores. O autorrelato é subjetivo e não pode substituir as heteroavaliações objetivas de conhecimento e habilidades ou observação direta do comportamento dos médicos residentes pelos seus preceptores e professores. Além disso, estes resultados refletem nossa realidade local e não podem ser generalizados para residentes de outras instituições que podem ter mais ou menos ênfase em CP.

É importante destacar também que os itens referentes aos conhecimentos específicos sobre CP contemplaram apenas uma parte dos domínios dos CP, haja vista que essa área da medicina apresenta um conteúdo amplo, mas um questionário

demasiadamente longo poderia ocasionar menor adesão de respondentes.

Mais estudos podem ajudar a obter mais informações sobre aspectos cognitivos relacionados a esse problema formativo. Nesse sentido, uma autoavaliação das necessidades dos residentes é um primeiro passo crítico na concepção de um currículo de CP para esses médicos em formação..

REFERÊNCIAS

1. Nnadi DC, Singh S. Knowledge of palliative care among medical interns in a tertiary health institution in northwestern Nigeria. *Indian J Palliat Care*. 2016; 22(3):343-7.
2. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18(9):2577-2588.
3. World Health Organization. *Nacional Cancer Control Programmes: Policies and managerial guideline*. World Health Organization. Geneva; 2002. p. 181.
4. Matsumoto DY. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA. *Manual de cuidados paliativos*. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. Cap. 2.6 p. 176.
5. Santos CE, Caldas JMP, Serafim JA, Barros N, Pereira AC, Capra MEZ, Stein A, Freitas A. Palliative care in Brazil: with a view to future needs?. *International Archives Of Medicine*. 2017; 10(148):1-9. doi: 10.3823/2418.
6. Murray S. *The 2015 Quality of Death Index: Ranking palliative care across the World*. The economist: the intelligence unit. Londres; 2015. p. 66.
7. Chochinov HM. Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *A Cancer Journal for Clinicians*. *CA Cancer J Clin*. 2006; 56:84-103.
8. Rego S, Palácios M. A finitude humana e a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 22(8):1755-60.
9. Blasco P. A ordem dos fatores altera o produto. *Reflexões sobre educação médica e cuidados paliativos*. *Educación Médica*; 2016. p. 11.
10. World Health Organization. *Palliative care* [internet]. [acesso em 2019 jul 20]. Disponível em: <http://www.who.int>.
11. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education - part 2. *Eur J Palliat Care*. 2013; 20(3):140-145.
12. Burns KE, Duffett M, Kho ME, Meade MO, Adhikari NK, Sinuff T et al. A guide for the design and conduct of self-administered surveys of clinicians. *CMAJ*. 2008; 179(3):245-52.
13. Pinheiro TRSP. Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto anos. *O Mundo da Saúde*, 2010; 34(3):320-326.
14. Brasil. Decreto no 7.562, de 15 de setembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica. Brasília; 2011b. [acesso em 2019 jul 22]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7562.htm#art50.
15. Head BA, Schapmire TJ, Earnshaw L, Chenault J, Pfeifer M, Sawning S et al. Improving medical graduates' training in palliative care: advancing education and practice. *Adv Med Educ Pract*. 2016; 24(7):99-113.
16. Patel A, Deo S, Bhatnagar S. A survey of medical professionals in an apex tertiary care hospital to assess awareness, interest, practices, and knowledge in palliative care: a descriptive cross-sectional study. *Indian J Palliat Care*. 2019; 25(2):172-180.
17. Toledo AP, Priolli DG. Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. *Rev Bras Educ Med*. 2012; 36(1):109-17.
18. Lustosa AM, Dutra F, Moreira MADM, Evangelista CB, Duarte MCS, Zaccara AAL et al. Palliative care: the speech medical residents. *Rev Med Minas Gerais*. 2015; 25(3): 355-360.
19. Brugnolli ID, Gonsaga RAT, Silva EM. Ética e cuidados paliativos: o que os médicos sabem sobre o assunto? *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2013 [acesso 2019 fev 12]; 21(3):477-85. Disponível: <https://bit.ly/2le7CQA>.
20. Conceição MV, Vasconcelos MCC, Telino CJCL, Guedes EVB, Pimentel DMM. Conhecimento sobre cuidados paliativos entre médicos residentes de hospital universitário. *Rev. Bioét.* [Internet]. 2019 mar [citado 2019 jul 15]; 27(1):134-142. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422019000100134&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019271296>.
21. Vial P, Ibáñez P, Umaña A, Reyes MM, Viviani P, Nervi F. Self assessment about proficiency on palliative care in a cohort of residents. *Rev Med Chil*. 2004; 132(4):445-52.
22. Alamri SH. Knowledge of the residents at King Abdul-Aziz University hospital (KAAUH) about palliative care. *J Fam Community Med*. 2012; 19:194-7.
23. Mohamed ZU, Muhammed F, Singh C, Sudhakar A. Experiences in end-of-life care in the intensive care unit: a survey of resident physicians. *Indian J Crit Care Med* [Internet]. 2016 [acesso 2019 fev 12]; 20(8):459-64. DOI: 10.4103/0972-5229.188196.
24. Farrell M, Ryan S, Langrick B. Breaking bad news within a paediatric setting: an evaluation report of a collaborative education workshop to support health professionals. *J. Adv. Nurs*. 2001; 36(6):765-75.
25. Borges MM, Santos Junior R. A comunicação na transição para os cuidados paliativos: artigo de revisão. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2014 [acesso 2019 fev 12]; 38(2):275-82. DOI: 10.1590/S0100-55022014000200015.
26. Roy É, Côté RJ, Hamel D, Dubé P-A, Langlois É, Labesse ME et al. Opioid prescribing practices and training needs of Québec family physicians for chronic noncancer pain. *Pain Res Manag* [Internet]. [acesso 2019 fev 12]; 2017:1365910. DOI: 10.1155/2017/1365910.
27. Green CR, Wheeler JR, Marchant B, LaPorte F, Guerrero E. Analysis of the physician variable in pain management. *Pain Med*. 2001; 2(4):317-27.
28. Wiese CH, Loffler EK, Vormelker J, Meyer N, Taghavi M, Strumpf M, et al. Cancer pain therapy in palliative care patients: knowledge of prehospital emergency physicians in training: Prospective questionnaire-based investigation. *Schmerz*. 2010; 24:508-16.
29. Vieira RC, Morais MTM, Sarmiento LMC, Ferreira ADC, Muñoz RLS. Demanda por cuidados paliativos em enfermarias de clínicas gerais. *Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina*. 2017; 8: 20-40.

Recebido em: 04/02/2019

Revisões requeridas: 27/11/2019

Aprovado em: 07/02/2020

Publicado em: 05/06/2020

***Autor Correspondente:**

Melina Pereira Fernandes Paiva

AV. Esperança, 90, Apto. 1101

Manaíra, João Pessoa, PB, Brasil

E-mail: melpfernandes@hotmail.com

CEP: 58038-280