



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS**



**MELINA PEREIRA FERNANDES PAIVA**

**AUTOAVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO EM CUIDADOS PALIATIVOS POR MÉDICOS  
RESIDENTES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**JOÃO PESSOA - PB  
AGOSTO - 2019**

**MELINA PEREIRA FERNANDES PAIVA**

**AUTOAVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO EM CUIDADOS PALIATIVOS POR MÉDICOS  
RESIDENTES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Especialização em  
Cuidados Paliativos, do Centro de Ciências da  
Saúde, da Universidade Federal da Paraíba,  
como exigência para obtenção do título de  
Especialista em Cuidados Paliativos.  
Orientadora: Profa. Dra. Rilva Lopes de Sousa  
Muñoz

**JOÃO PESSOA - PB**

**AGOSTO - 2019**

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

P149a Paiva, Melina Pereira Fernandes.

Autoavaliação do conhecimento em cuidados paliativos por  
médicos residentes de um hospital universitário /  
Melina Pereira Fernandes Paiva. - João Pessoa, 2019.  
42 f.

Orientação: Rilva Lopes de Sousa Muñoz.  
TCC (Especialização) - UFPB/CCS.

1. Cuidados Paliativos. 2. Médicos Residentes. 3.  
Educação Médica. 4. Conhecimento. 5. Autoavaliação. I.  
Muñoz, Rilva Lopes de Sousa. II. Título.

UFPB/BC

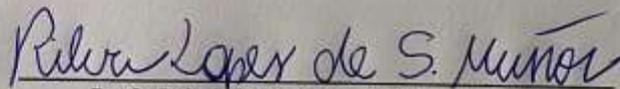
MELINA PEREIRA FERNANDES PAIVA

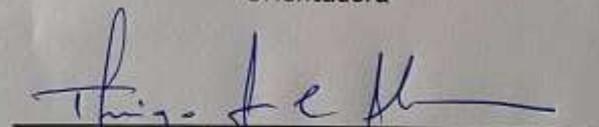
**AUTOAVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO EM CUIDADOS PALIATIVOS POR MÉDICOS  
RESIDENTES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

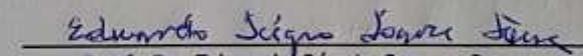
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Cuidados Paliativos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba.

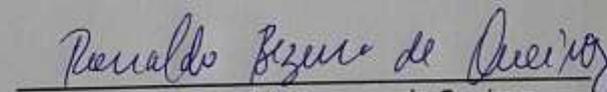
Data: 23 de agosto de 2019  
Resultado: APROVADA

**Banca Examinadora**

  
Prof. Dr<sup>a</sup>. Rívia Lopes de Sousa Muñoz  
Orientadora

  
Prof. Dr. Thiago Lins da Costa Almeida  
Examinador

  
Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa  
Examinador

  
Prof. Dr. Ronaldo Bezerra de Queiroz  
Examinador

## SUMÁRIO

	<b>RESUMO</b>	
1	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
2	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>9</b>
4	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>12</b>
5	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>17</b>
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>22</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>24</b>
	<b>ANEXOS</b>	
	<b>Anexo A .....</b>	<b>28</b>
	<b>Anexo B .....</b>	<b>33</b>
	<b>APÊNDICES</b>	
	<b>Apêndice A .....</b>	<b>39</b>
	<b>Apêndice B .....</b>	<b>41</b>

**AUTOAVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO EM CUIDADOS PALIATIVOS POR MÉDICOS  
RESIDENTES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**SELF-ASSESSMENT OF KNOWLEDGE IN PALIATIVE CARE BY PHYSICIANS RESIDENT  
OF A UNIVERSITY HOSPITAL**

**AUTOEVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN ATENCIÓN PALIATIVA POR MÉDICOS  
RESIDENTES DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO**

**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 28-32 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 indispensável estudos adicionais de intervenções curriculares que possam contribuir para o aperfeiçoamento desses profissionais.

**DESCRITORES:** Cuidados Paliativos; Médicos Residentes; Educação Médica; Conhecimento; Autoavaliação.

**ABSTRACT**

**Objective:** To verify the self-assessment knowledge of resident doctors at *Hospital Universitário Lauro Wanderley* (HULW) (Lauro Wanderley University Hospital) regarding Palliative Care (PC). **Methods:** An observational, transverse and quantitative study was carried out involving resident doctors at HULW who answered a questionnaire with sociodemographic and Palliative Care-related questions. **Results:** Out of the 172 doctors, 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% were in need of improving their knowledge about PC. 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 knowledge about PC occurred in only 5 out of the 16 questions (31,2%). **Conclusion:** There is a relative lack of knowledge regarding PC among the interviewed doctors, making further studies on curricular interventions imperative to contribute to the improvement of these professionals.

**DESCRIPTORS:** Palliative Care; Resident Doctors; Medical Education; Knowledge; Self-assessment.

## 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.

**PALABRAS CLAVE:** Cuidados paliativos; Médicos Residentes; 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”<sup>1,2</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu os Cuidados Paliativos (CP) em 1990, e os redefiniu 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” (p. 2)<sup>3</sup>.

Os CP também surgiram como uma resposta às necessidades de uma sociedade envelhecida e, embora relativamente nova, esta abordagem vem sendo reconhecida como fundamental, por objetivar ao alívio do sofrimento e à melhoria da qualidade de vida do paciente e sua família, por meio da abordagem das dimensões física, psíquica, espiritual e social<sup>4</sup>. 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<sup>5</sup>.

No entanto, o Brasil ainda não incorporou estratégias de CP em suas políticas de saúde, sendo considerado um país onde “se morre mal”<sup>6</sup>, 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” (p. 84) <sup>7</sup>.

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 inteiramente 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 <sup>8</sup>. 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 <sup>9</sup>.

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 <sup>10</sup>. 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) <sup>11</sup>.

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 auto-avaliação que os médicos residentes de um hospital universitário fazem sobre seu grau de conhecimento em relação à teoria e à prática dos cuidados paliativos? 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 no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW).

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional e transversal, com abordagem quantitativa. A população foi constituída por médicos residentes do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com atividades em serviço no HULW, hospital-escola da UFPB, fundado em 1980, situado em João Pessoa-PB.

Em janeiro de 2019, todos os médicos residentes que estavam em treinamento no HULW 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 HULW (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 sobre seu conhecimento a respeito dos CP (APÊNDICE B).

O questionário foi desenvolvido pela autora, segundo guia para elaboração de instrumentos de coleta de dados <sup>12</sup>, a partir de conhecimentos obtidos por meio de revisão da literatura, incluindo também itens de um instrumento empregado em estudo anterior <sup>13</sup>. 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 <sup>14</sup>.

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 (ou teste exato de Fischer). 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

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	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	45	45,5
Feminino	54	54,5
<b>Faixas de idade</b>		
23-27 anos	28	28,3
28-32 anos	47	47,5
Acima de 32 anos	24	24,2
<b>Grupo étnico</b>		
Branco	47	47,5
Pardo	47	47,5
Negro	3	3,0
Outro/não informou	2	2,0
<b>Renda familiar</b>		
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
<b>Religião</b>		
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, 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%) referiu 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 <i>performance</i> 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).

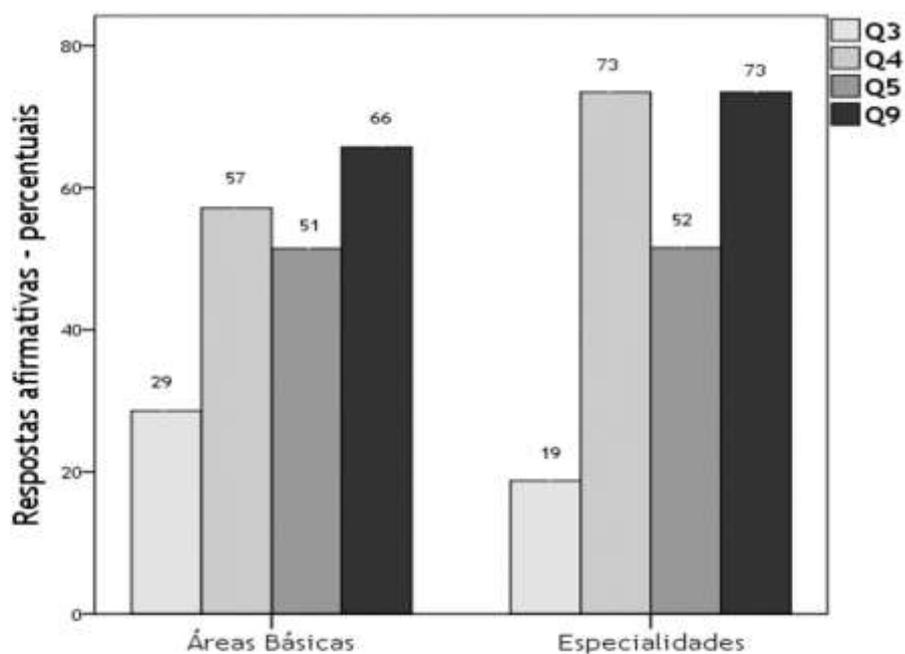
**Tabela 3.** Recebimento de conteúdos de cuidados paliativos durante a graduação, residência médica e educação continuada por médicos residentes do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), João Pessoa, Paraíba, janeiro de 2019 (n=99)

Respostas afirmativas quanto ao recebimento de conteúdos de CP durante o processo formativo	Frequências	
	f	%
<b>Graduação</b>		
Conteúdos sobre pacientes em fase terminal	69	69,7
Conteúdos suficientes sobre controle de sintomas em CP	23	23,2
<b>Residência Médica</b>		
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
<b>Educação continuada</b>		
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 mais específicas (especialidades), 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 responderam 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.

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que os médicos residentes que realizam treinamento no HULW se declararam 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 de insuficiente preparo 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 insuficiente conhecimento para o manejo de pacientes em CP <sup>15-17</sup>.

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 através 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 <sup>15</sup>. 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 centros 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 <sup>17</sup>.

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 lhe propiciar conforto e dignidade, alívio de sintomas, dor e sofrimento, porém não houve falas correspondentes a insuficiência de conhecimento em CP por parte dos entrevistados <sup>18</sup>. Contudo, este foi um estudo de diferente abordagem, 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 <sup>19</sup>. 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 <sup>20</sup>.

Estudos similares foram realizados em outros países e se evidenciou 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 <sup>16</sup>.

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 <sup>17</sup>. 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% <sup>21</sup>.

Em uma amostra de 80 médicos residentes de um hospital da Arábia Saudita, só 29,2% indicaram que tiveram educação prévia em CP <sup>22</sup>. 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 Índia <sup>23</sup>, 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 <sup>24-25</sup>. Borges e Santos Junior <sup>25</sup> defendem que a comunicação deve ser um meio para criar vínculo entre médico e paciente, assegurando a confiança no trabalho profissional e, por conseguinte, garantindo maior adesão às propostas terapêuticas.

Apesar de a maioria dos entrevistados referir de o presente estudo ter recebido 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 em doentes terminais.

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 Canadá <sup>26</sup> 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<sup>27</sup>. 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 anterior<sup>20</sup>, o que pode indicar que nem sempre o fato de possuir maior tempo de trabalho como médico 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<sup>28</sup>. 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 pelos participantes 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 afirmativas (sim) 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.<sup>29</sup> 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.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

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 formuladas.

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 indispensável 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, dos residentes do HULW, 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 utilizados na segunda parte do questionário de coleta de dados referente 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 em programas maiores e entre instituições também 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 Gideline*. Word Health Organization. Genebra, p. 181. 2002.
- 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*, 10 (148), 2017. 1-9 doi: 10.3823/2418.
- 6 - Murray S. The 2015 Quality of Death Index: Ranking palliative care across the World. *The Economist: The Intellingece Unit*. Londres, p. 66. 2015.
- 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*, v.22, n.8, p.1755-60, 2006.
- 9 - Blasco P. A ordem dos fatores altera o produto. *Reflexões sobre educação médica e cuidados paliativos*. *Educación Médica*, 2016. 11.
- 10 - World Health Organization. Palliative care [internet]. Disponível em: <http://www.who.int>. Acesso em: 20 jul. 2019.

- 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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7562.htm#art50](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7562.htm#art50)>. Acesso em: 22 jul. 2019.
- 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 - Brugugnolli ID, Gonsaga RAT, Silva EM. Ética e cuidados paliativos: o que os médicos sabem sobre o assunto? Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2013 [acesso 12 fev 2019];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://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 12 fev 2019];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., v.36, n.6, p.765-75,2001.
- 25 - Borges MM, Santos Junior R. A comunicação na transição para os cuidados paliativos: artigo de revisão. Rev Bras Educ Méd [Internet]. 2014 [acesso 12 fev 2019];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]. 2017 [acesso 12 fev 2019];2017:1365910.

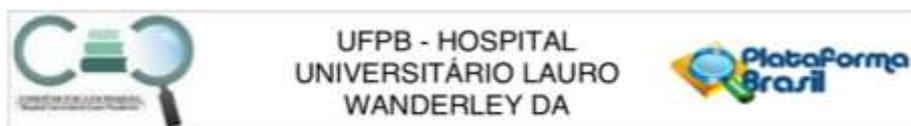
DOI: 10.1155/2017/1365910.

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 - Número 8*. Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT (Cáceres). 2017 ago. - dez. (p. 20-40).

## ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** GRAU DE CONHECIMENTO EM CUIDADOS PALIATIVOS DOS MÉDICOS RESIDENTES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

**Pesquisador:** MELINA PEREIRA FERNANDES PAIVA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 03737718.6.0000.5183

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

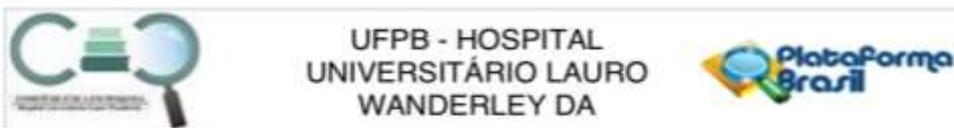
**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.101.104

**Apresentação do Projeto:**

Projeto de pesquisa de primeira versão, da pesquisadora responsável Melina Pereira Fernandes Paiva, para desenvolvimento de trabalho de conclusão do curso de Especialização em Cuidados Paliativos, da Universidade Federal da Paraíba. O estudo será desenvolvido no HULW, o hospital escola da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Serão incluídos no estudo todos os residentes de medicina em atuação no HULW nas áreas de Anestesiologia, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Dermatologia, Endocrinologia e Metabolologia, Endoscopia Ginecológica, Gastroenterologia, Ginecologia e Obstetrícia, Infectologia, Mastologia, Medicina de Família e Comunidade, Medicina Intensiva, Oftalmologia, Pediatria, Psiquiatria e Reumatologia. Participarão da pesquisa aqueles médicos residentes que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo referido Comitê. Conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. O instrumento de coleta de dados será um questionário estruturado, composto por duas partes: a primeira parte inclui variáveis demográficas, enquanto a segunda parte contém 16 itens sobre a opinião dos médicos sobre seu conhecimento a respeito dos cuidados paliativos. Critério de Exclusão: Serão excluídos os residentes de outras profissões e os de medicina que se recusarem a participar do estudo, além daqueles que se encontrarem sob licença do treinamento no período da coleta de dados. A pesquisadora relata que os riscos advindos da pesquisa para os participantes serão mínimos, como leve cansaço/fadiga pela leitura e preenchimento do questionário de coleta de dados e eventual constrangimento em virtude de o

**Endereço:** Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900  
**UF:** PB **Município:** JOAO PESSOA  
**Telefone:** (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comitedeetica.hulw2018@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.101.104

contendo dos itens no corresponder ao domínio de conhecimento por parte dos médicos respondentes. Benefícios: Os respondentes serão informados de que sua participação trará benefício aos futuros médicos residentes, assim como aos preceptores, professores, ao próprio hospital e comunidade acadêmica como um todo, ao apresentar e promover a discussão sobre o conhecimento a respeito dos cuidados paliativos pelos médicos residentes da UFPB. Estudos de avaliação dos conhecimentos de médicos em treinamento em serviço trazem informações que podem contribuir no processo de formação do médico, tendo em vista as mudanças contemporâneas na natureza da assistência médica e crescente relevância dos CP na atenção a saúde no Brasil. Será realizada análise estatística descritiva e inferencial.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Geral:** Avaliar a opinião dos médicos residentes do Hospital Universitário Lauro Wanderley sobre o seu grau de conhecimento a respeito de CP.

#### Específicos:

Verificar a opinião dos médicos residentes em relação ao seu conhecimento sobre CP;

Identificar dificuldades em relação ao reconhecimento da necessidade de CP nos doentes assistidos nas enfermarias pelos médicos residentes;

Avaliar o conhecimento sobre a gestão dos principais sintomas dos pacientes com necessidade de CP;

Comparar a opinião sobre o conhecimento sobre CP entre os residentes de diferentes especialidades.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

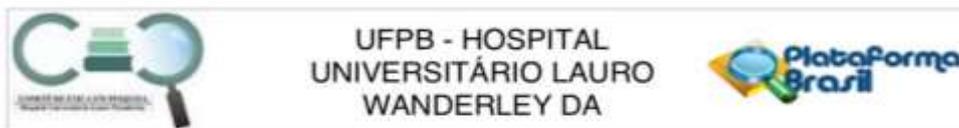
##### Riscos:

A pesquisadora declara como riscos: "que podem ocorrer de forma mínima como leve fadiga pelo preenchimento dos questionários, eventual constrangimento pessoal ao responder às questões e concessão de 10 a 20 minutos de seu tempo no ato de receber informações sobre o preenchimento, ler e responder os itens do questionário. Com o propósito de minimizar esses riscos serão utilizados instrumentos que não proporcionam conotações negativas de caráter pessoal ou profissional, e a realização da coleta de dados será feita de maneira individual que proporciona privacidade".

##### Benefícios:

Os respondentes serão informados de que sua participação trará benefício aos futuros médicos.

**Endereço:** Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900  
**UF:** PB **Município:** JOÃO PESSOA  
**Telefone:** (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comitedeetica.hulw2018@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.101.104

residentes, assim como aos preceptores, professores, ao próprio hospital e comunidade acadêmica como um todo, ao apresentar e promover a discussão sobre o conhecimento a respeito dos cuidados paliativos pelos médicos residentes da UFPB. Estudos de avaliação dos conhecimentos de médicos em treinamento em serviço trazem informes que podem contribuir no processo de formação do médico, tendo em vista as mudanças contemporâneas na natureza da assistência médica e crescente relevância dos CP na ateno sade no Brasil.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo apresenta coerência metodológica, bem como atende aos requisitos mínimos estabelecidos pela Resolução CNS 466/2012, no tocante aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os documentos de inclusão obrigatória na presente versão do protocolo de pesquisa foram apresentados, conforme recomendações contidas na Resolução CNS nº 466/2012 do MS, a saber: TCLE, Carta de Anuência, projeto, certidão de aprovação do colegiado do Curso de Especialização proposto.

**Recomendações:**

Recomenda-se alterar o endereço do CEP no TCLE, para o CEP do Hospital Universitário Lauro Wanderley.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considerando que o protocolo de pesquisa se encontra adequadamente instruído e que apresenta viabilidade ética e metodológica, estando em consonância com as diretrizes da Resolução CNS n.466/2012, do MS, somos favoráveis ao desenvolvimento da investigação.

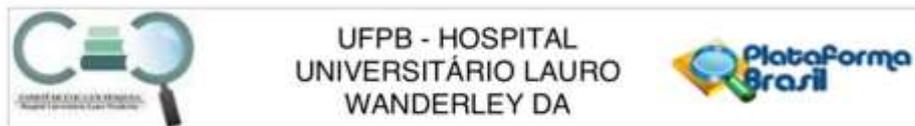
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa, emitido pelo Colegiado do CEP/HULW, em reunião ordinária realizada em 11 de dezembro de 2018.

**OBSERVAÇÕES IMPORTANTES PARA O(S) PESQUISADORES**

. O participante da pesquisa e/ou seu responsável legal deverá receber uma via do TCLE na íntegra, com assinatura do pesquisador responsável e do participante e/ou responsável legal. Se o TCLE contiver mais de uma folha, todas devem ser rubricadas e com aposição de assinatura na última folha. O pesquisador deverá manter em sua guarda uma via do TCLE assinado pelo

**Endereço:** Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900  
**UF:** PB **Município:** JOAO PESSOA  
**Telefone:** (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comiteeetica.hulw2018@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.101.104

participante por cinco anos.

O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade, pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem-estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser apresentadas por meio de EMENDA ao CEP/HULW de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

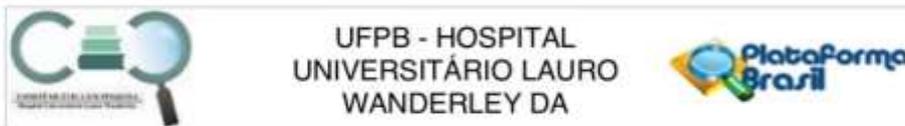
O pesquisador deverá apresentar o Relatório PARCIAL E/OU FINAL ao CEP/HULW, por meio de NOTIFICAÇÃO online via Plataforma Brasil, para Apreciação e Obtenção da Certidão Definitiva por este CEP. Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-HULW torna-se co-responsável.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1264968.pdf	30/11/2018 09:02:05		Aceito
Outros	certidao.pdf	30/11/2018 09:01:33	MELINA PEREIRA FERNANDES PAIVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura.pdf	27/11/2018 17:06:31	MELINA PEREIRA FERNANDES PAIVA	Aceito
Outros	cartadeanuencia.pdf	27/11/2018 17:05:21	MELINA PEREIRA FERNANDES PAIVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/11/2018 17:04:14	MELINA PEREIRA FERNANDES PAIVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	27/11/2018 17:03:57	MELINA PEREIRA FERNANDES PAIVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

**Endereço:** Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900  
**UF:** PB **Município:** JOAO PESSOA  
**Telefone:** (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comitadeetica.hulw2018@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.101.104

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JOAO PESSOA, 21 de Dezembro de 2018

---

**Assinado por:**  
**MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900  
**UF:** PB **Município:** JOAO PESSOA  
**Telefone:** (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comitedeetica.hulw2018@gmail.com

## ANEXO B - NORMAS DA REVISTA CUIDADO É FUNDAMENTAL

### FORMATAÇÃO GERAL DO MANUSCRITO

**FORMATO:** “.doc”;

**FOLHA:** Tamanho A4;

**MARGENS:** 2,5 cm nas quatro margens;

**FONTE:** Trebuchet MS; fonte 11 (incluindo tabelas e referências). Para citação direta com mais de 3 linhas, utilizar fonte 10.

**ITÁLICO:** Somente para palavras ou expressões em idioma diferente do qual o manuscrito foi redigido ou em transliteração de depoimentos.

**NOTAS DE RODAPÉ:** a partir da segunda página, usar os seguintes símbolos e nesta sequência: †, ‡, §, ¶, ††, ‡‡, §§, †††, etc.

**ESPAÇAMENTO:** Duplo no decorrer do manuscrito, inclusive no resumo.

Simple para título, descritores, citação direta com mais de três linhas e em transliteração de depoimento.

**LIMITE DE PALAVRAS CONFORME CATEGORIA DE ARTIGO (incluindo referências):**

1. Editorial - Limite máximo de 600 palavras;
2. Artigos originais - Limite máximo 4500 palavras;
3. Revisão - Limite máximo de 5000 palavras;

#### ANÁLISE DE PLÁGIO

A partir de Janeiro de 2019, uma nova etapa será inserida no processo de revisão dos manuscritos. Um software irá avaliar a questão de plágio, tendo os seguintes resultados:

- Até 25% de plágio - será enviada uma carta aos autores, contendo orientações e recomendações;

- Mais de 50% de plágio - será realizada a captação dos autores e da instituição, sendo cumpridas as questões e deveres éticos em relação aos trabalhos científicos

#### ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Título (Português, Inglês, Espanhol)
2. Resumo (nos 3 idiomas do título)
3. Descritores (nos 3 idiomas do título)
4. Introdução

5. Metodologia
6. Resultados
7. Discussão
8. Considerações finais/conclusão
9. Referências

**OBS: AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFILIAÇÕES:**

- É responsabilidade dos autores as informações e autorizações relativas aos itens mencionados acima;
- Deverá contar em uma nova seção, logo após a conclusão. Citar o número do edital ao qual a pesquisa está vinculada.

**FORMATAÇÃO DA ESTRUTURA DO MANUSCRITO**

O manuscrito não poderá ter a identificação dos autores, esta identificação deverá estar somente na página de identificação.

As palavras “RESUMO”, “DESCRITORES”, “INTRODUÇÃO”, “MÉTODO”, “RESULTADOS”, “DISCUSSÃO”, “CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO”, “REFERÊNCIAS” e demais que iniciam as seções do corpo do manuscrito devem ser digitadas em CAIXA ALTA, NEGRITO E ALINHADAS À ESQUERDA.

**TÍTULO**

Deve aparecer nos 3 idiomas do Resumo;

Tem limite de 16 palavras;

CAIXA ALTA, NEGRITO, ESPAÇAMENTO SIMPLES E CENTRALIZADO.

**RESUMO**

Incluir, de forma estruturada, informações de acordo com a categoria do artigo. Inclui: objetivo, método, resultados e conclusão.

Texto limitado a 150 palavras, no idioma no qual o artigo foi redigido;

Não poderão conter abreviaturas, nem siglas.

**DESCRITORES**

Apresentados imediatamente abaixo do resumo e no mesmo idioma deste, sendo a palavra “descritores” em: CAIXA ALTA E EM NEGRITO;

Inserir 5 descritores, separando-os por ponto e vírgula, e a primeira letra de cada descritor em caixa alta;

Os descritores devem identificar ou refletir os principais tópicos do artigo;

Preferencialmente, as palavras utilizadas nos descritores não devem aparecer no título;

Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DECS) → <http://decs.bvs.br>; Lembrar de clicar em: “Descritor Exato”.

Também poderão ser utilizados descritores do Medical Subject Headings (MeSH) → [www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html).

Espaçamento simples entre linhas, conforme exemplo:

**DESCRITORES:** Educação; Cuidados de enfermagem; Aprendizagem; Enfermagem; Ensino.

### **INTRODUÇÃO**

Deve conter justificativa, fundamentação teórica e objetivos. A justificativa deve definir claramente o problema, destacando sua importância, lacunas do conhecimento, e o referencial teórico utilizado quando aplicável.

### **METODOLOGIA**

Deve conter o método empregado, período e local em que foi desenvolvida a pesquisa, população/amostra, critérios de inclusão e de exclusão, fontes e instrumentos de coleta de dados, método de análise de dados.

Para pesquisa que envolva seres humanos os autores deverão explicitar a observação de princípios éticos, em acordo com a legislação do país de origem do manuscrito, e informar o número do parecer de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a legislação vigente.

Ressalta-se a importância da inserção do Parecer do Comitê de Ética na sessão “documentação suplementar”, no ato da submissão do artigo.

### **RESULTADOS**

Informações limitadas aos resultados da pesquisa. O texto deve complementar informações contidas em ilustrações apresentadas, não repetindo os dados.

Inserir sempre o valor de “n” e a porcentagem entre parênteses. Lembrando que n abaixo de 10 deverá estar escrito por extenso e igual ou acima de 10 deverá ser numérico.

**Exemplo:** “Dos 100 participantes, 15 (15%) referiram melhora do quadro e seis (6%) referiram piora”.

### **DISCUSSÃO**

Apresentação de aspectos relevantes e interpretação dos dados obtidos. Relação e discussão com resultados de pesquisas, implicações e limitações do estudo. Não devem ser reapresentados dados que constem nos resultados.

### CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para pesquisas futuras;

Fundamentadas nos objetivos, resultados e discussão, evitando afirmações não relacionadas ao estudo e/ou novas interpretações. Incluir as contribuições do estudo realizado.

### AGRADECIMENTOS

Destinar nesta seção os agradecimentos as agências de financiamentos ou organizações que de alguma forma contribuirão para a realização do estudo.

Não se aplica agradecer pessoas ou autores que colaboraram na pesquisa.

### REFERÊNCIAS

As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto pela primeira vez, e apresentadas de acordo com o estilo Vancouver.

Limite máximo de 30 referências;

Exclusivamente, para Artigo de Revisão, não há limite quanto ao número de referências;

Sugere-se incluir referências atuais e estritamente pertinentes à problemática abordada, evitando número excessivo de referências em uma mesma citação;

Artigos disponíveis online devem ser citados segundo normas de versão eletrônica;

### ANEXOS

Os anexos, quando indispensáveis, devem ser citados no texto e inseridos após as referências.

### ORIENTAÇÕES PARA ILUSTRAÇÕES

Por ilustrações entendem-se tabelas, quadros e figuras (gráficos, diagramas, fotos).

São permitidas, no máximo, 5 ilustrações as quais devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos

Devem ser indicadas no texto com a primeira letra maiúscula.

**Exemplo:** Tabela 2, Quadro 1, Figura 3.

A fonte das informações da ilustração, quando resultante de outra pesquisa, deve ser citada e constar nas referências

Tabelas e quadros

Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura

Utilizar traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e, na parte inferior da tabela;

Não devem apresentar nem linhas verticais e horizontais no interior da tabela

Devem ser inseridas o mais próximo possível da indicação, e desenhadas com ferramenta apropriada do Microsoft Word for Windows 98® ou compatíveis.

Utilizar fonte Trebuchet MS, tamanho 11, espaçamento simples entre linhas.

O título de tabelas e quadros deve ser colocado imediatamente acima destes, com espaçamento simples, sem negrito. Seguindo os exemplos abaixo:

**Exemplo 1:** Quadro 1 - Intervenções de enfermagem. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2010 (Sem ponto final)

**Exemplo 2:** Tabela 1 - Características socioeconômicas de gestantes portadoras de diabetes mellitus tipo II. Curitiba, PR, Brasil, 2015 (Sem ponto final)

Figuras (Gráficos, Diagramas, Fotos)

Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura.

Devem ser apresentadas no texto, o mais próximo possível da indicação, e anexadas em arquivo separado, com qualidade necessária à publicação. Preferencialmente, no formato JPEG, GIF ou TIFF, com resolução mínima de 300 dpi.

O título da figura deve ser colocado imediatamente abaixo desta, separado por ponto do nome da cidade, estado, país e ano. Esses últimos separados por vírgula e sem ponto final.

**Exemplo:** Figura 1 - Estilos de liderança segundo a Teoria do Grid Gerencial. São Paulo, SP, Brasil, 2011

Não são publicadas fotos coloridas e fotos de pessoas (exceto as de acesso público, já publicadas).

#### ORIENTAÇÕES PARA CITAÇÕES E DEPOIMENTOS

##### 1) Citação indireta ou paráfrase

Informar o número da referência imediatamente ao término do texto, sem espaço, entre parênteses, e antes do sinal gráfico.

**Exemplo:** O enfermeiro contribui para a prevenção de condições incapacitantes<sup>1</sup>.

##### 2) Citação sequencial/intercalada

Separar os números de cada referência por traço, quando for sequencial.

**Exemplo:** 8-10 - a informação refere que as referências 8, 9 e 10 estão inclusas.

Separar os números de cada referência por vírgula, quando for intercalada.

**Exemplo:** 8,10 - a informação refere que as referências 8 e 10 estão inclusas.

### 3) Citação direta com até três linhas

Inserida no corpo do parágrafo e entre aspas. O número e página correspondentes à citação literal devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

**Exemplo:** 8:13 - a informação se refere à referência 8, página 13.

### 4) Citação direta com mais de três linhas

Constar em novo parágrafo, justificado à direita e com recuo de 4 cm da margem esquerda, digitada em fonte Trebuchet MS 10, espaço simples entre linhas, sem aspas.

O número e página correspondentes à citação direta devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

**Exemplo:** (8:345-6) o número 8 se refere à referência e o 345-9 às páginas.

### 5) Depoimento

A transliteração de depoimento deverá constar em novo parágrafo, digitada em fonte Trebuchet 11, itálico, com espaçamento simples entre linhas, sem aspas.

Comentários do autor devem estar entre colchetes e sem itálico.

A identificação do sujeito deve ser codificada (explicar a codificação na metodologia), entre parênteses, sem itálico e separada do depoimento por ponto.

**Exemplo:** [Comunicação] é você expressar algo, dizer alguma coisa a alguém é o ato de se comunicar [...]. (Familiar 2)

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Prezado Médico Residente do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) e da Área de Medicina de Família e Comunidade

Esta pesquisa, intitulada “**Grau de Conhecimento em Cuidados Paliativos dos Médicos Residentes de um Hospital Universitário**”, realizada por **Melina Pereira Fernandes Paiva**, pesquisadora responsável pelo estudo, segue as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Essa pesquisa tem como objetivo geral avaliar o conhecimento dos médicos residentes sobre Cuidados Paliativos. Melina Pereira Fernandes Paiva, é médica e atualmente aluna do Curso de Especialização em Cuidados Paliativos da Universidade Federal da Paraíba.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir de participar a qualquer momento, retirando seu consentimento sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Ao aceitar o convite para participar desta pesquisa, você responderá a um questionário como parte da coleta de dados do estudo, sendo este composto por 2 partes: a primeira incluirá variáveis demográficas, enquanto a segunda aborda sua opinião sobre o grau de conhecimento sobre os cuidados paliativos.

Espera-se que a pesquisa proporcione uma reflexão sobre seus conhecimentos acerca dos cuidados paliativos e traga melhorias para a sua formação médica. Estudos de avaliação dos conhecimentos de médicos em treinamento em serviço trazem informações que podem contribuir no processo de formação do médico, tendo em vista as mudanças contemporâneas na natureza da assistência médica e à crescente relevância dos Cuidados Paliativos na atenção à saúde no Brasil. Presume-se que esses benefícios superem os riscos, os quais podem ocorrer de forma mínima como leve fadiga pelo preenchimento dos questionários, eventual constrangimento pessoal ao responder às questões e concessão de 10 a 20 minutos de seu tempo no ato de receber informações sobre o preenchimento, ler e responder os itens do questionário. Com o propósito de minimizar esses riscos serão utilizados instrumentos que não proporcionam conotações negativas de caráter pessoal ou profissional, e a realização da coleta de dados será feita de maneira individual que proporciona privacidade. Foi obtida anuência da sua instituição de ensino para a realização da pesquisa.

Será garantido o sigilo das informações e a guarda do material coletado, bem como sempre que necessário será interrompida a pesquisa em momentos de emoção e cansaço mental. O questionário será aplicado no HULW, situado no município de João Pessoa, Paraíba. Será garantido o anonimato a respeito de sua identidade e você não será identificado (a) nominalmente. Para manter o sigilo e o respeito ao participante da pesquisa, apenas a pesquisadora responsável aplicará o questionário e somente a mesma guardará e manuseará os questionários. Haverá sigilo das informações por ocasião da publicação dos resultados, visto que não serão divulgados dados que identifiquem os participantes. Ao final da pesquisa, os dados obtidos serão armazenados em Pen drive e caixa-arquivo de formulários impressos, sendo guardados por, no mínimo, dois anos sob a responsabilidade da pesquisadora, a fim de garantir a confidencialidade, a privacidade e a segurança das informações coletadas.

Você ficará com uma via original deste TCLE e toda a dúvida que tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para a pesquisadora Melina Pereira Fernandes Paiva, da Universidade Federal da Paraíba, Campus I, Cidade Universitária - João Pessoa - PB - Brasil CEP: 58051-900 - Fone: (83) 3216-7175. Dúvidas a respeito da ética desta pesquisa poderão ser questionadas ao **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFPA)** - Centro de Ciências Médicas, 3º andar, sala 14 - Cidade Universitária - Campus I, Universidade Federal da Paraíba, CEP: 58051-900 - Bairro Castelo Branco - João Pessoa- PB, Telefone: (83) 3216.7308.

A pesquisadora estará à disposição para qualquer esclarecimento durante todo o processo de desenvolvimento deste estudo. Após todas essas informações, agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração.

### Consentimento Livre do (a) Participante

Concordo em participar desta pesquisa intitulada “**Avaliação do conhecimento em cuidados paliativos dos médicos residentes do Hospital Universitário Lauro Wanderley, Paraíba**”, realizada pela pesquisadora Melina Pereira Fernandes Paiva. Declaro que fui devidamente esclarecido (a) quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais eu serei submetido (a) e dos possíveis riscos previstos por tal participação, assim como a garantia de sigilo e anonimato. Foram garantidos a mim esclarecimentos que venha a solicitar durante a pesquisa e o direito que tenho de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa. Autorizo assim, a publicação dos dados da pesquisa, cuja pesquisadora responsável me garante o anonimato e o sigilo dos dados e referentes à minha identificação. Estou ciente de que ficarei com uma via deste TCLE e que assinarei esta página 2 e rubricarei a página 1 do documento.

João Pessoa, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura da Pesquisadora

---

Assinatura do Participante

**Melina Pereira Fernandes Paiva (Pesquisadora Responsável)** - Curso de Especialização em Cuidados Paliativos, da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, Campus I, Cidade Universitária - João Pessoa - PB - Brasil CEP: 58051-900 - Fone: (83) 3216-7175.

**Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFPB)** - Centro de Ciências Médicas, 3º andar, sala 14 - Cidade Universitária - Campus I, Universidade Federal da Paraíba, CEP: 58051-900 - Bairro Castelo Branco - João Pessoa- PB Telefone: (83) 3216.7308.

## APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### QUESTIONÁRIO

#### PARTE I - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1 - Idade: \_\_\_\_\_  
 < 23 anos     23 a 27 anos     28 a 32 anos     > 32 anos

2 - Gênero:  
 Masculino     Feminino

3 - Etnia:  
 Branca     Negra     Parda    (    )  
 Outra \_\_\_\_\_

4 - Religião:  
 Católica     Evangélica     Espírita     Protestante  
 Afrobrasileira    (    ) Outra \_\_\_\_\_     Sem religião

5 - Renda familiar:  
 1 a 3 salários     4 a 6 salários     7 a 9 salários     10 ou mais  
 salários

6- Área da Residência:  
 Anestesiologia     Clínica médica     Cirurgia Geral     Dermatologia  
 Endocrinologia e Metabologia     Endoscopia Ginecológica  
 Gastroenterologia     Ginecologia e Obstetrícia     Infectologia  
 Mastologia     Medicina de Família e Comunidade     Medicina  
 Intensiva  Oftalmologia     Pediatria     Psiquiatria      
 Reumatologia

7 - Tempo de graduação:  
 <1 ano     1 a 3 anos     4 a 6 anos     > 6 anos

#### PARTE II - CONHECIMENTOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

	SIM	NÃO
1 - Você conhece a definição da Organização Mundial de Saúde para cuidados paliativos?		
2 - Você considera que os cuidados paliativos só devem ser prestados aos doentes que não dispõem de tratamento curativo?		
3 - Você acredita que durante a residência recebeu informação suficiente sobre o controle dos sintomas mais comuns dos pacientes em cuidados paliativos?		
4 - Você aprendeu durante a residência sobre comunicação e postura médica para “dar más notícias” aos pacientes e familiares?		
5 - Teve alguma informação recente sobre cuidados paliativos (minicurso, palestra, curso)?		

	SIM	NÃO
6 - Você sabe a diferença entre eutanásia, ortotanásia e distanásia?		
7 - Você conhece a atual Lei de Bases dos Cuidados Paliativos?		
8 - Você recebeu conteúdos sobre pacientes em situação terminal durante a graduação?		
9 - Você teve o contato com o tema “morte” durante sua residência?		
10 - Você já ouviu falar sobre escalas de <i>performance</i> paliativa?		
11 - Você recebeu orientação para o manejo de pacientes com dor crônica?		
12 - Você costuma utilizar as escalas de dor para avaliar a resposta à analgesia?		
13 - Caso você atenda um paciente com necessidades de cuidados paliativos e dor crônica, você se sentiria seguro para iniciar o manejo da analgesia?		
14 - Você acredita que durante a graduação recebeu informação suficiente sobre controle de sintomas mais comuns em pacientes em cuidados paliativos (dispneia, vômitos, obstipação, caquexia)?		
15 - Você acha necessário melhorar seus conhecimentos na abordagem de pacientes com necessidade de cuidados paliativos?		
16 - Você acha que o paciente e seus familiares têm autonomia para escolher o local onde o paciente deve morrer?		