



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADOS
INTENSIVOS E PALIATIVOS**

Lauren Cristina de Matos Provin

**Alimentação Artificial em Pacientes em Cuidados Paliativos
Exclusivos: Opinião de Acadêmicos de Medicina**

Florianópolis
2017

Lauren Cristina de Matos Provin

**ALIMENTAÇÃO ARTIFICIAL EM PACIENTES EM
CUIDADOS PALIATIVOS EXCLUSIVOS: OPINIÃO DE
ACADÊMICOS DE MEDICINA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-
Graduação em Cuidados Intensivos e
Paliativos para obtenção de grau de Mestre.
Orientadora: **Profa. Dra. Ana Maria Nunes
de Faria Stamm**

Florianópolis
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Provin, Lauren Cristina de Matos
Alimentação Artificial em Pacientes em Cuidados
Paliativos Exclusivos: Opinião de Acadêmicos de
Medicina / Lauren Cristina de Matos Provin ;
orientador, Ana Maria Nunes de Faria Stamm, 2017.

73p.

Dissertação (mestrado profissional) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de
Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em
Cuidados Intensivos e Paliativos, Florianópolis,
2017.

Inclui referências.

1. Cuidados Intensivos e Paliativos. 2. Cuidados
Intensivos e Paliativos. 3. Cuidados Paliativos. 4.
Alimentação Artificial. 5. Opinião de Estudantes de
Medicina. I. Stamm, Ana Maria Nunes de Faria. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação em Cuidados Intensivos e Paliativos.
III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADOS
INTENSIVOS E PALIATIVOS MESTRADO PROFISSIONAL**

**“Alimentação artificial em pacientes em cuidados paliativos
exclusivos: opinião de acadêmicos de Medicina”.**

Lauren Cristina de Matos Provin

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM
CUIDADOS INTENSIVOS E PALIATIVOS**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Cuidados Intensivos e Paliativos**

Profa. Dra. Ana Maria Nunes de Faria Stamm

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Intensivos
e Paliativos

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Ana Maria Nunes de Faria Stamm (Presidente)

Prof. Dr. Fernando Osni Machado (Membro)

Profa. Dra. Rosemeri Maurici da Silva (Membro)

Prof. Dr. Marcelino Osmar Vieira (Membro externo)

Profa. Dra. Lara Patrícia Kretzer (Membro externo /Expert)

Este trabalho é dedicado a minha família, especialmente a minha filha, Laura Joana Provin Lessa, onde encontro cada vez mais motivo para trilhar uma linda jornada nessa vida, buscando ser uma melhor pessoa e uma médica melhor.

AGRADECIMENTOS

Às minhas professoras, Dra. Rachel e Dra. Lara, pela oportunidade de convivência e aprendizado durante o período de residência médica que contribuiu de forma inenarrável para a profissional que sou hoje e a que ainda me tornarei.

À professora Dra Rosemeri que contribuiu sobremaneira para o andar desse trabalho.

Em especial, à professora Dra Ana, minha orientadora, pelas inúmeras contribuições e lições – não só para o trabalho, mas para a vida – que foram imprescindíveis para a conclusão dessa jornada.

À minha família, a quem não tenho palavras para expressar toda a minha gratidão.

RESUMO

Introdução: A indicação de alimentação artificial (AA) em cuidados paliativos (CP) exclusivos, diante da terminalidade, é um dos pontos críticos dentre as ações paliativas imperativas.

Objetivo: Identificar a opinião de acadêmicos de medicina sobre AA em CP exclusivos, relacionando-a aos ciclos do curso e a literatura médica.

Método: Estudo transversal, realizado em uma universidade pública brasileira, no período de 2015 a 2016. O questionário - contendo 3 argumentos contra (1, 2 e 3), e 3 a favor (4, 5 e 6), relacionados a um caso clínico fictício, sobre a introdução de alimentação artificial em cuidados paliativos exclusivos, com respostas em escala de Likert – foi aplicado no pré teste a 40 participantes (20 estudantes de áreas da saúde, excetuando medicina, e 20 médicos), sendo obtida a validade de face e consistência interna do instrumento (alfa Cronbach = 0,802). Dos 600 alunos do curso de medicina, 305 aceitaram participar. As variáveis categóricas foram expressas em números absolutos e proporção, as numéricas em mediana, e a associação entre opinião e ciclo do curso com o χ^2 de Pearson.

Resultados: A mediana dos 305 participantes foi de 23 anos, sendo a maioria mulheres (69,8%), cursando o internato (36,1%), com crença religiosa (66,6%) e sem vivência ou experiência (66,8%). Houve associação entre opinião e ciclo do curso na maioria dos argumentos (1 a 4, $p = 0,000$; 5, $p = 0,232$; 6, $p = 0,735$). Opinião discordante (argumentos 1, 2 e 3 ou concordante (argumentos 4, 5 e 6), ambos consonantes aos guidelines, predominaram no internato (discordantes aos argumentos 1, 2 e 3, respectivamente, [65 (59,1%), 78 (70,9%) e 81(73,6%); concordantes aos argumentos 4, 5 e 6, respectivamente, 67 (60,7%), 93 (84,5%) e 48 (43,6%)]).

Conclusões: A opinião dos alunos de medicina foi na sua maioria associada ao ciclo do curso, e a convergência com os consensos predominou entre os acadêmicos do internato.

Palavras-chave: cuidados paliativos, alimentação artificial, estudantes de medicina.

ABSTRACT

Introduction: The artificial feeding (AF) indication in exclusive palliative care (PC) facing life's terminality is one of the critical issues among the imperative palliative actions.

Objective: Identify the opinion of medicine students about artificial feeding (AF) in exclusive palliative care (PC) relating it to the medical course cycles and its literature.

Method: A cross-sectional study carried out at a Brazilian public university, from 2015 to 2016. A questionnaire - related to a fictitious clinical case about the introduction of artificial feeding in exclusive palliative care, containing 3 arguments against (1, 2 and 3) and 3 arguments for (4, 5 and 6), with answers in Likert-scale – was applied in the pretest to 40 participants (20 of them were health care students, except medical students, and 20 physicians). The face validity and internal consistency of the instrument were obtained (alpha Cronbach = 0,802). In an amount of 600 medical students, 305 accepted to participate in this research. The categorical variables were expressed in absolute numbers and in proportion; the numerical ones in median, and the association between the opinion and the medical course cycle were also expressed with the χ^2 of Pearson.

Results: The median of the 305 participants were 23 years old, with the majority of women (69.8%), attending the internship (36.1%), with religious beliefs (66,6%) and without livingness or experience (66,8%). There was an association between the opinion and the medical course cycle in most of the arguments (1, 2 and 3, $p = 0,000$; 5 $p = 5$, $p = 0,232$; 6, $p = 0,735$). Discordant opinion (arguments 1, 2 and 3) or concordant one (arguments 4, 5 and 6), both in accordance with the guidelines, prevailed at the internship [discordant at arguments 1, 2 and 3, respectively, 65 (59.1%), 78 (70.9%) and 81 (73,6%); concordant at arguments 4, 5 and 6, respectively, 67 (60.7%), 93 (84.5%) and 48 (43.6%)]. **Conclusions:** The medical students' opinion was mostly associated with the medical course cycle and the agreement convergence predominated among internship students.

Keywords: Palliative Care; Artificial Feeding; Medical Students.

Tabela 14 - Relação entre experiência e a opinião de estudantes de Medicina ao argumento 6 sobre alimentação artificial em cuidados paliativos exclusivos.....	50
Gráfico 1 - Representação gráfica da frequência de respostas ao argumento mais relevante à tomada de decisão sobre alimentação artificial em cuidados paliativos exclusivos.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA – alimentação artificial

CP – cuidados paliativos

HU – Hospital Universitário Polydoro Ernani São Thiago

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	23
2	REVISÃO DA LITERATURA	27
3	OBJETIVOS	33
	3.1 Geral.....	33
	3.2 Específicos.....	33
4	METODOLOGIA	35
	4.1 Delineamento da pesquisa	35
	4.2 População e amostra	35
	4.3 Estudo piloto	35
	4.4 Instrumento de coleta de dados	36
	4.5 Procedimentos (aplicação do questionário)	36
	4.6 Análise de dados	36
	4.7 Aspectos éticos	37
5	RESULTADOS	39
	5.1 Estudo Piloto.....	39
	5.2 Características da população de estudo	39
	5.3 Dimensão 1 “Opinião” : argumentos contra e a favor de introdução de AA no final de vida	40
	5.4 Dimensão “Tomada de Decisão”.....	45
	5.5 Dimensão “Vivência e Experiência”.....	47
	5.5.1 Vivência	47
	5.5.2 Experiência	48
6	DISCUSSÃO	51
7	CONCLUSÃO	55
8	REFERÊNCIAS	57
A	- APÊNDICE	61

Questionário Aplicado no Estudo Piloto.....	62
Questionário.....	67
A - ANEXO	71
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	72

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, estamos assistindo ao envelhecimento progressivo da população mundial, concomitante ao aumento gradual da prevalência de doenças crônicas, as quais se apresentam como: fase de crise (período sintomático até o início do tratamento); fase crônica (caracterizada pela constância, progressão e remissão do quadro de sinais e sintomas); e fase terminal (período entre o momento em que a morte parece inevitável, até a morte propriamente dita).¹

Para definir a terminalidade como “fora da possibilidade de cura”, lança-se mão de alguns elementos: presença de doença avançada, progressiva e incurável; falta de possibilidades razoáveis de respostas a tratamentos específicos; presença de inúmeros problemas ou sintomas intensos, múltiplos e multifatoriais; grande impacto emocional no paciente, na família e na equipe multiprofissional relacionado com a presença explícita ou não da morte e prognóstico de vida em torno de 6 meses.²

Embora muitas vezes seja um desafio estabelecer a condição de terminalidade, isto é fundamental para que se possa traçar um plano de cuidado adequado ao paciente e a sua família.

O processo de morrer se tornou cada vez mais penoso, entre outros fatores, graças à implantação de novas tecnologias, as quais permitem adiar a morte por muito tempo. Porém, o direito de que essa seja digna é assegurado pela legislação brasileira e pelo Código de Ética Médica. “Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal”. (Resolução CFM nº 1.931, de 2009: capítulo V, artigo 41).³

Os Cuidados Paliativos (CP) foram definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, como uma abordagem ou tratamento que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida. Para isso, é necessário avaliar e controlar de forma impecável não somente a dor, mas todos os sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual.

Essa organização desenhou um modelo de intervenção em que as ações paliativas têm início no momento do diagnóstico, e o cuidado paliativo se desenvolve de forma conjunta com as terapêuticas capazes de modificar o curso da doença. A palição ganha mais expressão e importância para o doente à medida que o tratamento em busca da cura

perde sua efetividade. Na fase final da vida, os CP são imperiosos e perduram no período do luto, de forma individualizada.^{4,5}

Existe tendência entre as autoridades em Bioética quanto a não manutenção de um tratamento quando este é considerado fútil.¹ O questionamento da propriedade de certas terapias médicas, tais como as de suporte orgânico (hemodiálise e suporte ventilatório, por exemplo), antibióticos e medicamentos profiláticos ou modificadores da doença de base (ácido acetilsalicílico, profilaxia para trombose venosa profunda, e anti-hipertensivos) são inevitáveis.² Porém, não existe unanimidade sobre se a hidratação e a nutrição artificial são medidas terapêuticas, ou formam parte do conceito de cuidado paliativo.⁶

Dentre as terapias cuja introdução ou suspensão geram maiores conflitos diante da terminalidade, está a oferta de alimentação artificial (AA), seja pela via enteral (sonda nasogástrica, sonda nasoenteral, gastrostomia, jejunostomia, etc) ou pela via parenteral (nutrição parenteral total (NPT), soros glicosados).⁷

Os conflitos relacionados à propriedade de iniciar ou suspender esses tratamentos afetam a tríade - paciente-equipe-família - e são gerados não apenas pelas controvérsias de fundo técnico e ético-legal, mas também por elementos de fundo cultural e emocional.⁸

A fase terminal é comumente marcada pela redução da ingesta alimentar, a qual aliada a anorexia e caquexia, geram imensa ansiedade a todos que participam desse processo, mas, principalmente à família.⁷⁻¹¹ No entanto, a pesquisa nessa área não conseguiu demonstrar benefícios associados à nutrição artificial no final de vida, pois essa não parece ter impacto no prolongamento da expectativa de vida ou na melhora da sua qualidade ou do estado funcional. Alguns autores chegam a sugerir que a introdução de alimentação artificial nesta fase pode ser até indesejável.^{7, 11-16}

Na situação em que o enfermo é incapaz de comer, os níveis de corpos cetônicos se elevam no sangue e diminui a degradação proteica, a gliconeogênese hepática e a sensação de apetite. Por isso, em situação terminal, possivelmente os indivíduos não experimentam a sensação de fome. Ademais, a administração de nutrição enteral precisa técnica e cuidados, e não é isenta de risco.⁶⁻⁸

A introdução e manutenção de sondas podem ser desconfortáveis, com risco de sobrecarga hídrica, distensão abdominal e vômitos, e essa estratégia do tratamento pode dificultar ou retardar o entendimento dos de familiares e equipe quanto à condição de terminalidade do paciente. Por exemplo, a família muitas vezes interpreta a capacidade e o volume

de ingesta como medidas do estado de saúde e de progressão da doença.^{7,8,12-16}

Apesar disso, a alimentação artificial é muitas vezes oferecida, e a tomada de decisão frente esta forma de terapia frequentemente tem elementos culturais, religiosos e emocionais, como destacado anteriormente.¹⁷⁻²³ Possivelmente, o conhecimento da população geral sobre os aspectos relacionados à nutrição artificial poderia modificar a sua opinião a respeito.

Vivemos em sociedades cada vez mais multiculturais e somos confrontados com várias crenças e atitudes em relação à vida humana, provindos de diferentes culturas e religiões. Esses fatores tem influência importante nas decisões de fim de vida e devem ser respeitados pelos profissionais da equipe.⁸

A falta de preparo da equipe multiprofissional em lidar com questões de terminalidade, incluindo o papel da alimentação artificial nesta fase da vida, inicia nas escolas médicas, as quais pouco abordam os cuidados paliativos. Na formação dos estudantes de medicina, os dados da literatura confirmam a falta de preparo dos alunos em lidar com pacientes em estado terminal, o que pode ser avaliado pela análise da estrutura curricular dos cursos de medicina no Brasil. Embora, em algum momento, tenham que lidar com decisões a respeito da instituição ou suspensão de tratamentos no fim de vida, seja como estudantes ou já como profissionais médicos, são raros os estudos que focam na observação da evolução dessa habilidade de tomada de decisão sobre a alimentação artificial no fim de vida.^{24,25}

Tendo como base essas premissas, propomos um estudo transversal para avaliar a opinião de estudantes de medicina de uma universidade pública no sul do Brasil, sobre alimentação artificial, em pacientes em cuidados paliativos exclusivos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A tomada de decisão frente ao plano de cuidado de um paciente terminal não é uma tarefa fácil, pois diversos fatores interferem na elaboração de um plano terapêutico adequado. Somado a essa dificuldade, encontra-se uma formação médica no Brasil - e na maioria dos países do mundo - fragmentada, com currículos que privilegiam a especialização e o uso intensivo de tecnologia, em detrimento da proximidade médico-paciente, necessária para construção de hipóteses diagnósticas, e planos de cuidados individualizados.^{24,25}

Além disso, observa-se que a maioria dos jovens médicos sai de sua formação sem entender que a doença tem seu curso natural, muitas vezes, a despeito do melhor tratamento oferecido. Com isso, assume-se que a cura é o único objetivo, tratando a perda de funcionalidade e a morte como fracasso, e ensinando-se pouco, ou quase nada, sobre como cuidar do paciente que está fora do alcance de cura.⁸

Na presença de uma necessidade médica específica, ou quando o paciente está incapaz de alimentar-se por via oral, a dieta natural pode ser fortificada e suplementada com o auxílio de dietas líquidas (suplementos nutricionais orais). Se este procedimento se revelar insuficiente, a nutrição enteral poderá ser aplicada, para alimentar por meio de um tubo e, assim, ignorar a ação da deglutição.

O ponto mais importante no suporte nutricional oral, ou na alimentação por sonda, é a vantagem de entregar fluidos e nutrientes por via entérica, apoiando as funções intestinais na maior extensão possível. No entanto, a alimentação por sonda constitui nutrição artificial, pois a rota de acesso para os alimentos tem riscos e benefícios específicos, além de ser dependente de um procedimento técnico e de um preparo industrial e químico.^{7,8,14,15,17-20}

Há muitas indicações para nutrição e hidratação artificiais que são benéficas e prolongam a vida, particularmente aquelas propostas em cuidados críticos de curto prazo, em doenças gastrointestinais ou as neurológicas crônicas, antes de suas fases terminais. Para outras condições, no entanto, existem evidências de que não são benéficas, além de trazer riscos e potenciais complicações, as quais superam os possíveis benefícios; nesses casos, elas não devem ser ofertadas. A decisão de administrar ou não a alimentação artificial não deve ser uma limitação para a instituição das demais condutas dentro dos cuidados paliativos, pelo potencial de maximizar o conforto e a qualidade de vida do paciente.⁷⁻²⁰

A literatura internacional abrange de forma recorrente a questão cultural quando se fala de alimentação no fim de vida. Por se tratar de assunto polêmico, ainda é difícil categorizá-lo conforme mandam as regras da medicina baseada em evidências, por falta de grandes ensaios clínicos que permitam caracterizar o nível de evidência de cada conduta, o que decorre da dificuldade ética na aprovação dessas pesquisas e na necessidade de individualização de cada caso.⁸

Os pacientes sempre devem ser vistos no contexto do que é realizável, e dentro das opções médicas indicadas, e com respeito aos seus valores socioculturais. As exigências nutricionais podem ser totalmente supridas por alimentação por um tubo, mas outras necessidades, como a apreciação de aspectos alimentares e sociais da alimentação – incluindo a atenção humana – não serão satisfeitos por vias alternativas.⁸

Em algumas culturas, a alimentação e a hidratação artificiais não são consideradas tratamentos médicos – os quais podem ser limitados, suspensos ou revogados conforme as condições clínicas – e, em vez disso, são formas de atender as necessidades básicas, podendo ser retirados somente se o paciente está no fim da vida, ou mantido se esse expressar um desejo de nutrição e hidratação final. Por outro lado, alguns argumentam que até mesmo a alimentação oral não é sempre eticamente obrigatória, e, em circunstâncias apropriadas, tanto pacientes como responsáveis podem autorizar a parada ou retirada de nutrição e hidratação artificiais, seja por via oral ou via tubo.^{7-10, 13, 18, 19,23}

Em situações de fim de vida, a finalidade do tratamento e cuidados é, acima de tudo, melhorar a qualidade de vida do paciente, e as decisões relativas a reter ou retirar um tratamento que não fornece nenhum benefício ou torna-se desproporcional – fútil ou inútil - são do ponto de vista ético-legal idênticos, na opinião dentre autoridades no assunto.⁸ No entanto, deve ser enfatizado que independente de uma terapia estar sendo suspensa, os outros cuidados de conforto ainda serão fornecidos, pois, a parada da hidratação ou nutrição artificial não invalida a manutenção de outras terapias. Isso também pode ser levado em consideração do ponto de vista da percepção cultural, pois a maioria das pessoas entende que a restrição alimentar pode significar distanciamento da equipe e dos cuidados que o paciente deve receber, gerando confusão na tomada de decisão.⁸

Uma boa evidência deve apoiar o uso da alimentação artificial para cada doença e paciente que precisar de cuidados paliativos, tais como o uso de escalas de gravidade e prognóstico para enfermidades consideradas crônicas, degenerativas e progressivas, e as de

performance, para acompanhar a funcionalidade do paciente. Porém, como cada doente e cada doença tem suas particularidades, uma intervenção nutricional em fase final de vida deve ser individualizada.^{8,16,23}

Em geral, o estado de saúde de pessoas idosas ou com doenças debilitantes vai se deteriorando lentamente, até o momento em que esse processo se acelera, tornando os pacientes acamados e dependentes para a maioria - se não todas - das funções que sustentam a vida, o que causa sofrimento pela dificuldade de obter algum prazer ou sentimento de bem-estar. Este período pode ser prolongado por apoio nutricional se houver um ganho, ou se a preservação da qualidade de vida for possível; quando não, o tratamento deve ser direcionado a satisfazer a fome e a sede, quando essas estiverem presentes.^{8,12,14,15}

É importante salientar que a administração de fluido e de energia nem sempre é necessária em todos os momentos dessa fase de vida, lembrando que os pacientes que experimentam secura de boca frequente, sensação de plenitude pós prandial precoce, náuseas, e o sentido do paladar deficiente, raramente sentem fome e sede.^{8,16,17,23}

A administração parenteral de fluidos não necessariamente alivia a sede, a qual geralmente resulta da secura da cavidade oral e da formação de crosta na língua, as quais podem ser aliviadas com higiene bucal e pequenas quantidades de fluidos, menor do que o necessário para a hidratação. Pode também estar presente como efeito colateral de medicações, oxigenioterapia, respiração bucal, ansiedade ou depressão, podendo ser neutralizada com algumas medidas, como o cuidado com os lábios, limpeza e umedecimento da cavidade oral, além do oferecimento de líquidos. Quando a desidratação está associada ao delirium, ou o paciente permanece com muita sede apesar do atendimento otimizado, a eficácia da hidratação artificial poderá ser revista, mas essa medida terapêutica ainda é duvidosa na fase de morte.^{8,16}

A decisão de suspender a alimentação artificial pode ser mal interpretada, e compreendida como uma ordem de "não alimentar", visto que a nutrição está associada com vida, e sua ausência, com fome. Para pacientes com demência avançada, por exemplo, e com dificuldades alimentares que requerem suporte, há necessidade de um plano individual de cuidado, denominado "alimentação de conforto", para evitar a conotação negativa de "não alimentar".⁸

Quando se fala de alimentação artificial para diminuir a angústia de familiares e equipe, diante de um paciente que não se alimenta, há forte consenso na literatura de que os princípios bioéticos inter-relacionados de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça,

devem ser aplicados na tomada de decisão médica quanto a indicação da alimentação artificial.^{7-9, 19-22}

A autonomia não significa que um paciente tem o direito de obter qualquer tratamento por ele almejado ou por ele pedido, se este não tiver indicação médica; seu princípio reconhece o direito e a capacidade de uma pessoa para fazer uma escolha pessoal e de acordo com seus valores, sem coerção de outros, e o foco é sobre o indivíduo e sua capacidade de decidir na área da saúde, da investigação ao consentimento informado, ou até à recusa. A autonomia só pode ser exercida após a obtenção e compreensão de informações completas e adequadas, e as decisões devem ser tomadas sem qualquer coação ou pressão indevida – inclusive de cônjuges, parentes, demais familiares e amigos, bem como da equipe de saúde.^{3-8, 26}

O consentimento pode ser retirado pelo paciente a qualquer momento, sem dar qualquer razão. A autodeterminação inclui o direito de recusar apoio, mesmo que tal recusa possa ser difícil de entender para os outros, sendo que o indivíduo competente tem o direito de recusar um tratamento, após informação adequada, mesmo quando esta recusa leve a sua morte.^{3-8, 26}

Quando se discute beneficência e não-maleficência, diz-se que se os riscos e encargos de uma determinada terapia, para um doente específico, superam os benefícios potenciais, o médico tem obrigação de não fornecer a terapia. Pode, inclusive, não oferecer nutrição artificial ou suspendê-la, se chegar a conclusão de que essa é deletéria ao invés de ser benéfica, independentemente da família e da equipe, que devem ter suas angústias acolhidas por meio de informação e apoio psicológico.^{3-8,26}

Os profissionais de saúde têm a obrigação de maximizar o potencial de benefícios para seus pacientes, e, ao mesmo tempo, minimizar o potencial de danos - "*primum non nocere*". Qualquer tratamento desproporcionado deve ser evitado, lembrando que prolongar a vida pode não ser o único objetivo, pois o bem estar do paciente deve ser priorizado. A atitude do profissional médico não pode se transformar em prolongamento da fase de extinção.^{3,8,24-26}

Todo indivíduo tem direito a receber o melhor tratamento disponível, conforme o princípio bioético da justiça. Os recursos devem ser distribuídos de forma justa, sem discriminação, e devem ser evitados cuidados fúteis que prolongam o sofrimento ou o processo de morrer.^{3,8,26}

Considerando os cuidados paliativos como uma abordagem de afirmação da vida – que tem como objetivo promover e sustentar

qualidade de vida até a morte – o morrer deve ser percebido como um processo normal, que não deve ser acelerado, impedido, ou, até mesmo, prolongado.²⁶

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Identificar a opinião de estudantes de medicina de uma universidade pública brasileira a respeito da introdução de alimentação artificial em cuidados paliativos exclusivos.

3.2 Específicos

Relacionar a opinião dos acadêmicos aos diferentes ciclos do curso de medicina, bem como ao gênero, crença religiosa, e vivência e experiência.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento da pesquisa

Estudo transversal, exploratório, descritivo e analítico.

4.2 População e amostra

No período de março de 2015 a março de 2016, estudantes de graduação em Medicina, vinculados ao Centro de Ciência da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), foram convidados a participar dessa pesquisa.

Nessa universidade, esse curso tem como base a formação de um médico apto a resolver problemas de saúde da população, clínicos e cirúrgicos, em nível de atenção primária e secundária, bem como o atendimento às urgências e emergências. Essa formação tem a proposta humanística, ética, crítica e reflexiva, e integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir de 2002, o curso tornou-se modular e integrado, segmentado em ciclo básico (primeira a quarta fase), ciclo clínico (quinta a oitava fase) e internato médico (nona a décima segunda fase). A Medicina Paliativa foi introduzida a esses estudantes em 2012, por meio de aulas expositivas dialogadas e discussões de casos clínicos reais no internato concomitante as atividades do programa de residência médica em Medicina Paliativa, e ao mestrado profissional em Cuidados Intensivos e Paliativos, iniciados nesse período.

A cada ano iniciam o curso 100 alunos (50 no primeiro semestre e 50 no segundo), mantendo a média de 600 alunos entre a primeira e a décima segunda fase; desse total, 305 aceitaram participar da pesquisa.

4.3 Estudo piloto

Foi aplicado um questionário a 40 participantes da mesma instituição (50% médicos e 50% graduandos de áreas da saúde, como farmácia, enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia e nutrição. Concomitantemente, foi realizada a validação aparente (validade de face), referente a clareza e relevância de cada item do questionário, e a análise de confiabilidade (consistência interna), com base no coeficiente de Cronbach (alpha de Cronbach = 0,802). Esse fornece uma medida de consistência interna de um teste ou escala, sendo expresso como número entre 0 e 1. Entre os diferentes relatos sobre os valores aceitáveis, foi adotada a variação entre 0,70 e 0,95.²⁸

4.4 Instrumento de coleta de dados

Foi elaborado um questionário pelos pesquisadores, para obter dados demográficos da população de estudo (sexo, idade, ciclo do curso, religião) e a opinião sobre AA em CP exclusivos. Para isso foi apresentando um caso clínico fictício, sobre um paciente com doença oncológica mamária, que está em fase final de vida, e que apresenta anorexia e caquexia, utilizando-se argumentos pró e contra a introdução de alimentação artificial em condição semelhante, de acordo com o que a literatura propõe.

A escala de Likert foi adotada (1 - discordo totalmente, 2 – discordo parcialmente, 3 – nem concordo nem discordo, 4 – concordo parcialmente e 5 – concordo totalmente), para cada um dos vários argumentos (6 argumentos que compõem a Dimensão 1 - “Opinião”). Posteriormente, para a aplicação dos testes estatísticos, as respostas 1 e 2 foram agrupadas em “discordam”, e as respostas 4 e 5 em “concordam”.

Também foi elaborada uma questão sobre “tomada de decisão” (Dimensão 2), que permitia destacar o argumento que fosse considerado o mais relevante para a tomada de decisão, relacionado ao caso clínico proposto. Para contemplar a vivência pessoal (familiar próximo ou paciente muito querido), e a experiência do estudante, em situação semelhante, utilizou-se uma escala dicotômica (Dimensão 3 - “vivência e experiência”).

As categorias de declarações receberam valores de um a cinco, de acordo com o nível de concordância de cada item; com o total de seis argumentos no questionário, o escore variou entre 6 e 30 pontos.

4.5 Procedimentos (aplicação do questionário)

Os alunos foram abordados pessoalmente, por e-mail de turma, e-mail pessoal e/ou redes sociais, atingindo uma amostra superior a 50% da população total (50,8% (305/600)). O questionário foi então aplicado, após terem sido informados os aspectos relacionados à pesquisa e esclarecidas as dúvidas.

4.6 Análise de dados

A análise descritiva foi expressa como frequência e proporção (variáveis categóricas), e média e desvio-padrão, ou mediana (variáveis contínuas). Para aferir a normalidade das variáveis aplicou-se o teste de Shapiro-Wilk e para avaliar a associação entre variáveis dicotômicas categóricas o qui quadrado de Pearson. Para o intervalo de confiança de 95% foi considerado $p < 0,05$, sendo a análise realizada no programa SPSS 19.0.

4.7 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos dessa instituição, em 20 de fevereiro de 2014 (27117814.8.0000.0121).

Os alunos do curso de medicina da UFSC foram convidados a participar do estudo após o esclarecimento dos objetivos da pesquisa, o qual foi formalizado com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5 RESULTADOS

5.1 Estudo Piloto

O questionário foi considerado claro e relevante pelos 40 participantes do estudo piloto e a consistência interna do instrumento foi adequada (α Cronbach = 0,802).

5.2 Características da população de estudo

Dos 305 acadêmicos de medicina que participaram da pesquisa, a maioria era do sexo feminino (69,8% vs 30,2%), com idade mediana de 23 anos (19-31) e do ciclo internato (36,1%), com proporção semelhante para o básico (32,5%) e o clínico (31,5%). Prevaleram alunos com crença religiosa (203/305; 66,6%) e , entre esses, predominou a religião católica (104/203 (34,1%)), seguida pela espírita (56/203 (18,4%)) e com números pouco expressivos para as demais (em ordem de frequência, respectivamente, cristãos, budistas, protestantes e evangélicos). (Tabela 1).

Tabela 1 – Características da amostra formada por estudantes de medicina

Variáveis	Medida n=305/%
Sexo	
Feminino	213 (69,8%)
Masculino	92 (30,2%)
Ciclo	
Básico	99 (32,5%)
Clínico	96 (31,5%)
Internato	110 (36,1%)
Religião	
Sim	203 (66,6%)
Não	102 (33,4%)
Idade	
Mediana	23 (19-31)

Fonte: Provin, L.C.M. 2015-2016.

5.3 Dimensão 1 “Opinião” : argumentos contra e a favor de introdução de AA no final de vida

Considerando o argumento 1 – “a AA deve ser oferecida porque oferecer alimentos é o cuidado mais básico a que um ser humano tem direito – observamos que entre os alunos que concordaram, a maioria era do ciclo básico (59,6%), e entre os que discordaram, prevaleceram os do internato (59,1%); nota-se semelhança entre as percentagens dos concordantes e discordantes desse argumento. A maioria dos alunos que nem concordam e nem discordam encontra-se no ciclo clínico (24%), com número inexpressivo para os demais.

Houve associação estatisticamente significativa entre o ciclo e a resposta dos estudantes ao argumento 1 (Tabela 2).

Tabela 2 – Relação entre ciclo e a opinião de estudantes de medicina ao argumento 1 sobre alimentação artificial em cuidados paliativos exclusivos.

Ciclo	Argumento 1			Total
	Concordam	Discordam	NCND	
Básico	59 (59,6%)	30 (30,3%)	10 (10,1%)	99 (100,0%)
Clínico	40 (41,7%)	33 (34,4%)	23 (24,0%)	96 (100,0%)
Internato	41 (37,3%)	65 (59,1%)	4 (3,6%)	110 (100,0%)
Total	140 (45,9%)	128 (42,0%)	37 (12,1%)	305 (100,0%)

P = 0,000.

Legenda: Argumento 1 = a AA deve ser oferecida porque oferecer alimentos é o cuidado mais básico a que um ser humano tem direito. NCND = nem concorda e nem discorda.

Fonte: Provin, LCM. 2015-2016.

Ainda em relação ao argumento 1, entre os que concordaram, prevaleceu o sexo feminino (48,8%) e, entre os que discordaram, proporcionalmente, predominaram os homens (52,2%). ($p = 0,053$).

Dos participantes que tem religião, foi observada semelhança entre números absolutos e na proporção, entre os que concordam e discordam, respectivamente (39,9% (81/203) vs 41,9% (85/203)). Houve associação entre crença religiosa e a resposta dos alunos ao argumento 1 ($p = 0,000$).

A maior proporção de participantes que concordam com o argumento 2 – “a AA deve ser oferecida para que a paciente não morra de fome ou desnutrição” – são do ciclo básico, e, entre os que discordaram, predominaram os do internato. Nota-se que entre os alunos

que nem concordam e nem discordam encontram-se somente os alunos do internato.

Houve associação entre o ciclo e o resposta dos estudantes ao argumento 2 (tabela 3).

Tabela 3 – Relação entre ciclo e a opinião de estudantes de medicina ao argumento 2 sobre alimentação artificial em cuidados paliativos exclusivos.

Ciclo	Argumento 2			Total
	Concordam	Discordam	NCND	
Básico	79 (79,8%)	20 (20,2%)	0 (0,0%)	99 (100,0%)
Clínico	32 (33,3%)	64 (66,7%)	0 (0,0%)	96 (100,0%)
Internato	21 (19,1%)	78 (70,9%)	11 (10,0%)	110 (100,0%)
Total	132 (43,3%)	162 (53,1%)	11 (3,6%)	305 (100,0%)

P = 0,000.

Legenda: Argumento 2 = a AA deve ser oferecida para que a paciente não morra de fome ou desnutrição . NCND = nem concorda e nem discorda.

Fonte: Provin, LCM. 2015-2016.

Para o argumento 2, a proporção de estudantes de ambos os gêneros foi semelhante entre os que concordam (gênero feminino 41,8% vs gênero masculino 46,7%), e os que discordam (gênero feminino 53,1% vs gênero masculino 53,3%). (p = 0,077).

A maioria dos estudantes discordam do argumento 2, e dentre esses, predominam os com crença religiosa (Tabela 4).

Tabela 4 – Relação entre crença religiosa e a opinião de estudantes de medicina ao argumento 2 sobre alimentação artificial em cuidados paliativos exclusivos.

Religião	Argumento 2			Total
	Concordam	Discordam	NCND	
Não	57 (55,9%)	45 (44,1%)	0 (0,0%)	102 (100,0%)
Sim	75 (36,9%)	117 (57,6%)	11 (5,4%)	203 (100,0%)
Total	132 (43,3%)	162 (53,1%)	11 (3,6%)	305 (100,0%)

P = 0,001.

Legenda: Argumento 2 = a AA deve ser oferecida para que a paciente não morra de fome ou desnutrição . NCND = nem concorda e nem discorda

Fonte: Provin, LCM. 2015-2016.

Em relação ao argumento 3 – “a AA deve ser oferecida para diminuir a angústia de familiares e equipe diante de um paciente que não se alimenta” – a maioria dos estudantes discordou, e, entre eles predominaram os alunos do internato (73,6%). Daqueles que

concordaram, a maioria é do ciclo básico (50,5%). Nota-se que entre os que nem concordam e nem discordam prevaleceram os do ciclo clínico (25%) sem nenhum representante do ciclo básico.

Houve associação entre o ciclo e a resposta ao argumento 3 (Tabela 5).

Tabela 5 – Relação entre ciclo e a opinião de estudantes de medicina ao argumento 3 sobre alimentação artificial em cuidados paliativos exclusivos.

Ciclo	Argumento 3			Total
	Concordam	Discordam	NCND	
Básico	50 (50,5%)	49 (49,5%)	0 (0,0%)	99 (100,0%)
Clínico	32 (33,3%)	40 (41,7%)	24 (25,0%)	96 (100,0%)
Internato	21 (19,1%)	81 (73,6%)	8 (7,3%)	110 (100,0%)
Total	103 (33,8%)	170 (55,7%)	32 (10,5%)	305 (100,0%)

P = 0,000.

Legenda: Argumento 3 = a AA deve ser oferecida para diminuir a angústia de familiares e equipe diante de um paciente que não se alimenta. NCND = nem concorda e nem discorda.

Fonte: Provin, LCM. 2015-2016.

Para o argumento 3, a maioria dos que discordam são mulheres (60,1%); entre os homens, há a mesma proporção entre concordantes e discordantes (respectivamente, 45,7% vs 45,7%). ($p = 0,016$).

Predominam estudantes que discordaram do argumento 3, e, dentre esses, a maioria com crença religiosa. Houve relação estatisticamente significativa entre esses dados (Tabela 6).

Tabela 6 – Relação entre religião e a opinião de estudantes de medicina ao argumento 3 sobre alimentação artificial em cuidados paliativos exclusivos.

Religião	Argumento 3			Total
	Concordam	Discordam	NCND	
Não	24 (23,5%)	54 (52,9%)	24 (23,5%)	102 (100,0%)
Sim	79 (38,9%)	116 (57,1%)	8 (3,9%)	203 (100,0%)
Total	103 (33,8%)	170 (55,7%)	32 (10,5%)	305 (100,0%)

P = 0,000.

Legenda: Argumento 3 = a AA deve ser oferecida para diminuir a angústia de familiares e equipe diante de um paciente que não se alimenta. NCND = nem concorda e nem discorda

Fonte: Provin, LCM. 2015-2016.

Considerando-se o argumento 4 – “a AA não deve ser oferecida porque não terá impacto na sobrevivência, funcionalidade ou qualidade de

vida do paciente” – obteve-se percentagem semelhante entre os que concordam e discordam dessa afirmação. Sublinha-se que a maioria dos concordantes é do internato, e dos discordantes, do ciclo básico (respectivamente, 60,9% vs 59,6%). Pouco mais de 10% dos estudantes nem concordam nem discordam desse argumento. (Tabela 7).

Tabela 7 – Relação entre ciclo e a opinião de estudantes de medicina ao argumento 4 sobre alimentação artificial em cuidados paliativos exclusivos.

Ciclo	Argumento 4			Total
	Concordam	Discordam	NCND	
Básico	20 (20,2%)	59 (59,6%)	20 (20,2%)	99 (100,0%)
Clínico	46 (47,9%)	40 (41,7%)	10 (10,4%)	96 (100,0%)
Internato	67 (60,9%)	37 (33,6%)	5 (5,5%)	110 (100,0%)
Total	133 (43,6%)	136 (44,6%)	36 (11,8%)	305 (100,0%)

P = 0,000.

Legenda: Argumento 4 = a AA não deve ser oferecida porque não terá impacto na sobrevida, funcionalidade ou qualidade de vida do paciente. NCND = nem concorda e nem discorda

Fonte: Provin, LCM. UFSC. 2015-2016.

Houve relação entre o sexo e a resposta dos estudantes ao argumento 4, com percentagem importante de mulheres que concordam e homens que discordam do argumento ($p = 0,000$).

Também houve relação estatisticamente significante entre religião e a resposta do graduando ao argumento 4, notando-se que a maioria que não tem crença religiosa discordou do argumento, e, que dentre os que concordaram, há percentagem semelhante entre os que tem ou não uma religião (respectivamente 44,3% (90/203) vs 42,2% (43/102)). (Tabela 8).

Tabela 8 – Relação entre religião e a opinião de estudantes de medicina no argumento 4 sobre alimentação artificial em cuidados paliativos exclusivos.

Religião	Argumento 4			Total
	Concordam	Discordam	NCND	
Não	43 (42,2%)	59 (57,8%)	0 (0,0%)	102 (100,0%)
Sim	90 (44,3%)	77 (37,9%)	36 (17,7%)	203 (100,0%)
Total	133 (43,6,8%)	136 (44,6%)	36 (11,8%)	305 (100,0%)

P = 0,000.

Legenda: Argumento 4 = a AA não deve ser oferecida porque não terá impacto na sobrevida, funcionalidade ou qualidade de vida do paciente. NCND = nem concorda e nem discorda

Fonte: Provin, L.M.P. 2015-2016.

Sobre o argumento 5 – “a AA não deverá ser oferecida porque a sondagem nasogástrica é desconfortável e poderá trazer sofrimento ao paciente em seus últimos dias de vida” – não houve resposta de total discordância (as respostas foram somente “discordo parcialmente”). Mais de 80% (252/305) dos entrevistados concordou com essa alternativa, sendo a maioria do internato (84,5% (93/110)). ($p = 0,226$ e $X^2 = 5,657$).

Houve associação entre o sexo e a resposta dos alunos ao argumento 5, destacando-se que nenhum homem discordou da afirmação. ($p = 0,000$).

Ainda sobre o argumento 5, nota-se porcentagem semelhante entre os que tem e os que não tem religião, e concordam com o argumento (82,8% (168/203) vs 82,4% (84/102)). ($p = 0,232$).

Quanto ao argumento 6 – “a AA não deverá ser oferecida porque é uma forma de tratamento médico, podendo dificultar ou retardar o entendimento por parte dos familiares e da equipe de que a paciente está em estado terminal” – mais da metade dos estudantes discorda, sendo a maioria desses do ciclo básico [80,8% (80/99)]. Dentre os que concordam com esse argumento, predominam os do internato [43,6% (48/110)]; destaca-se que não há concordantes dentre os alunos do ciclo básico. (Tabela 9).

Tabela 9 – Relação entre ciclo e a opinião de estudantes de medicina ao argumento 6 sobre alimentação artificial em cuidados paliativos exclusivos.

Ciclo	Argumento 6			Total
	Concordam	Discordam	NCND	
Básico	0 (0,0%)	80 (80,8%)	19 (19,2%)	99 (100,0%)
Clínico	24 (25,0%)	64 (66,7%)	8 (8,3%)	96 (100,0%)
Internato	48 (43,6%)	47 (42,7%)	15 (13,6%)	110 (100,0%)
Total	72 (23,6%)	191 (62,6%)	42 (13,8%)	305 (100,0%)

P = 0,000.

Legenda: Argumento 6 = AA não deverá ser oferecida porque é uma forma de tratamento médico, podendo dificultar ou retardar o entendimento por parte dos familiares e da equipe de que a paciente está em estado terminal. NCND = nem concorda e nem discorda.

Fonte: Provin, L.C.M. 2015-2016.

Nota-se que, percentualmente, a maioria dos que discordam do argumento 6 são homens [79,3% (73/92)]. Houve associação entre sexo e a resposta a esse argumento. (p = 0,000)

Dentre os que concordam com o argumento 6, destaca-se porcentagem semelhante entre os que tem e os que não tem religião (respectivamente, 24,6% (50/203) vs 21,6% (22/102)). O mesmo ocorre entre os que discordam (respectivamente, 61% (124/203) vs 65,7% (67/102)). (p = 0,735).

5.4 Dimensão “Tomada de Decisão”

Quando indagados sobre qual dos argumentos os participantes acharam mais relevante para a tomada de decisão, de indicar ou não, alimentação artificial em pacientes em cuidados paliativos exclusivos, mais da metade [51,5% (157/305)] consideraram a afirmativa “5”, seguida pela alternativa “1” [15,7% (48/305)] e “4” [14,4% (44/305)], com número inexpressivo para as demais. A afirmativa “5” foi assinalada pela maioria por estudantes do ciclo básico [36,9% (58/157)], com proporção semelhante entre os do ciclo clínico e internato [30,57% (48/157) vs 31,84% (50/157)].

- 1) “AA deve ser oferecida porque oferecer alimentos é o cuidado mais básico a que um ser humano tem direito”
- 2) “AA deve ser oferecida para que a paciente não morra de fome ou desnutrição”

- 3) “AA deve ser oferecida para diminuir a angústia de familiares e equipe diante de um paciente que não se alimenta”
- 4) “AA não deve ser oferecida porque não terá impacto na sobrevida, funcionalidade ou qualidade de vida da paciente”
- 5) “AA não deverá ser oferecida porque a sondagem nasogastrica é desconfortável e poderá trazer sofrimento à paciente em seus últimos dias de vida”
- 6) “AA não deverá ser oferecida porque é uma forma de tratamento médico, podendo dificultar ou retardar o entendimento por parte dos familiares e da equipe de que a paciente está em estado terminal”

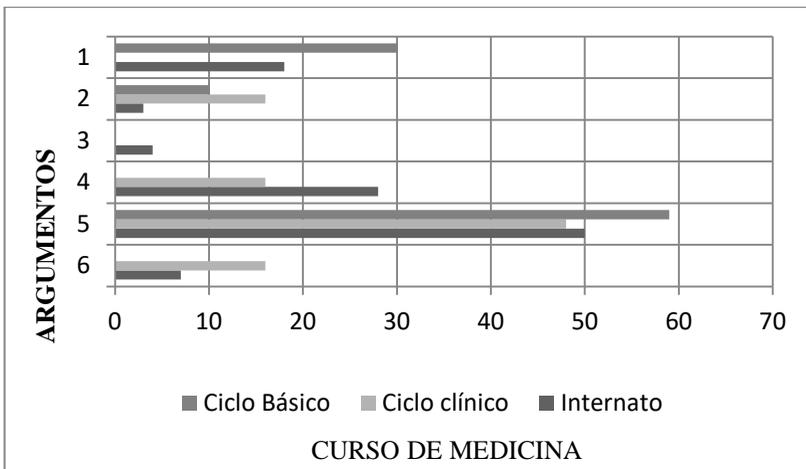


Gráfico 1 : Representação gráfica da frequência de respostas ao argumento mais relevante na tomada de decisão sobre alimentação artificial em cuidados paliativos exclusivos.

Legenda: 1 = AA deve ser oferecida porque oferecer alimentos é o cuidado mais básico a que um ser humano tem direito. 2 = AA deve ser oferecida para que a paciente não morra de fome ou desnutrição. 3= AA deve ser oferecida para diminuir a angústia de familiares e equipe diante de um paciente que não se alimenta. 4 = AA não deve ser oferecida porque não terá impacto na sobrevida, funcionalidade ou qualidade de vida da paciente. 5 = AA não deverá ser oferecida porque a sondagem nasogastrica é desconfortável e poderá trazer sofrimento à paciente em seus últimos dias de vida. 6 = AA não deverá ser oferecida porque é uma forma de tratamento médico, podendo dificultar ou retardar o entendimento por parte dos familiares e da equipe de que a paciente está em estado terminal.

Fonte: Provin, L.C.M. 2015-2016.

5.5 Dimensão “Vivência e Experiência”

Dois terços dos estudantes não tiveram vivência nem experiência similar ao caso clínico apresentado (respectivamente, 66,8% (204/305) vs 33,1% (101/305) e 66,2% (202/305) vs 33,7% (103/305)). Dentre os que vivenciaram, predominaram os do ciclo básico (39,6% (40/101)) e dos que tiveram experiência, os do internato (70,8% (73/103)).

5.5.1 Vivência

Relacionando a vivência à resposta dada a cada argumento do questionário, nota-se que a maioria dos que concordaram com o argumento 1, não teve vivência semelhante ao caso clínico mas houve associação entre essas variáveis (vivência vs opinião dos estudantes). (Tabela 10).

Tabela 10 – Relação entre vivência e a opinião de estudantes de medicina ao argumento 1 sobre alimentação artificial em cuidados paliativos exclusivos.

Vivência	Argumento 1			Total
	Concordam	Discordam	NCND	
Sim	43 (42,6%)	33 (32,7%)	25 (24,8%)	101(100,0%)
Não	97 (47,5%)	95 (46,6%)	12 (5,9%)	204 (100,0%)
Total	140 (45,9%)	128 (42,0%)	37 (12,1%)	305 (100,0%)

P = 0,000.

Legenda: Argumento 1 = AA deve ser oferecida porque oferecer alimentos é o cuidado mais básico a que um ser humano tem direito. NCND = nem concorda e nem discorda.

Fonte: Provin, L.C.M. 2015-2016.

Dentre os estudantes que tiveram vivência, a maioria discordou do argumento 2 (59,4% (60/101)). (p = 0,257).

Quanto ao argumento 3, nota-se que entre os discordantes há porcentagens semelhantes entre os que tiveram e não tiveram vivência semelhante ao caso clínico (55,4% (56/101) vs 55,9% (114/204)). (p = 0,016).

Dentre os graduandos que tiveram vivência, a maioria concordou com o argumento 4 (49,5% (50/103)). Dos alunos que discordaram do argumento 4, destacam-se os que não tiveram vivência (51,5%

(105/204)). Houve associação entre a vivência e a resposta a este argumento (Tabela 11).

Tabela 11 – Relação entre vivência e a opinião de estudantes de medicina ao argumento 4 sobre alimentação artificial em cuidados paliativos exclusivos.

Vivência	Argumento 4			Total
	Concordam	Discordam	NCND	
Sim	50 (49,5%)	31 (30,7%)	20 (19,8%)	101(100,0%)
Não	83 (40,7%)	105 (51,5%)	16 (7,8%)	204 (100,0%)
Total	133 (43,6%)	136 (44,6%)	36 (11,8%)	305 (100,0%)

P = 0,000.

Legenda: Argumento 4 = AA não deve ser oferecida porque não terá impacto na sobrevida, funcionalidade ou qualidade de vida do paciente. NCND = nem concorda e nem discorda

Fonte: Provin, L.C.M. 2015-2016.

Entre os estudantes que concordam com o argumento 5, há porcentagens semelhantes entre os que tiveram e não tiveram vivência (83,2% (84/101) vs 82,4% (168/204)). (p = 0,148).

Nota-se que as maiores porcentagens dentre os que tiveram e não tiveram vivência estão entre os que discordaram do argumento 6 (respectivamente, 70,3% (71/101) vs 58,8% (120/204)). (p = 0,139).

5.5.2 Experiência

No âmbito da experiência, entre os que concordaram com o argumento 1, predominaram os que não tiveram experiência (respectivamente, 48,5% (98/202) vs 40,8% (42/103)), bem como entre os que nem concordam e nem discordam com o argumento. (Tabela 12)

Tabela 12 – Relação entre experiência e a opinião de estudantes de medicina ao argumento 1 sobre alimentação artificial em cuidados paliativos exclusivos.

Experiência	Argumento 1			Total
	Concordam	Discordam	NCND	
Sim	42 (40,8%)	57 (55,3%)	4 (3,9%)	103(100,0%)
Não	98 (48,5%)	71 (35,1%)	33 (16,3%)	202 (100,0%)
Total	140 (45,9%)	128 (42,0%)	37 (12,1%)	305 (100,0%)

P = 0,000.

Legenda: Argumento 1 = AA deve ser oferecida porque oferecer alimentos é o cuidado mais básico a que um ser humano tem direito. NCND = nem concorda e nem discorda.

Fonte: Provin, L.C.M. 2015-2016.

Pouco mais de um terço dentre os que já tiveram experiência discorda do argumento 2 (67,0% (69/103)). Nota-se, ainda, que há porcentagens próximas dentre os que não tiveram experiência em relação a concordar e discordar do argumento (respectivamente, 50,5% (102/202) vs 46,0% (93/202)). (p = 0,002).

A maioria dos que tiveram experiência discordaram do argumento 3 (63,1% (65/103)) bem como entre os que não tiveram experiência (52,0% (105/202)). Porcentagens semelhantes foram encontradas entre quem teve ou não experiência, em relação a concordar com esse argumento (respectivamente, 33,0% (34/103) vs 34,2% (69/202)). (p = 0,018).

Houve associação entre a experiência e a resposta ao argumento 4. Em números absolutos, prevaleceu entre os que não tiveram experiência, tanto os que concordaram quanto os que discordaram (respectivamente, 40,1% (81/202) vs 52,5% (106/202)). Metade dos alunos que tiveram experiência concordaram com o argumento [50,5% (52/103)] e mais da metade dos que não tinham experiência discordaram [52,5% (106/202)]. (Tabela 13)

Tabela 13 – Relação entre experiência e a opinião de estudantes de medicina ao argumento 4 sobre alimentação artificial em cuidados paliativos exclusivos.

Experiência	Argumento 4			Total
	Concordam	Discordam	NCND	
Sim	52 (50,5%)	30 (29,1%)	21 (20,4%)	103(100,0%)
Não	81 (40,1%)	106 (52,5%)	15 (7,4%)	202 (100,0%)
Total	133 (43,6%)	136 (44,6%)	36 (11,8%)	305 (100,0%)

P = 0,000.

Legenda: Argumento 4 = AA não deve ser oferecida porque não terá impacto na sobrevida, funcionalidade ou qualidade de vida do paciente. NCND = nem concorda e nem discorda

Fonte: Provin, L.C.M. UFSC. 2015-2016.

Em relação ao argumento 5, os alunos que tiveram ou não experiência apresentaram porcentagens semelhantes de concordância

(respectivamente, 81,6% (84/103) vs 83,2% (168/202)), com associação entre a opinião expressa a este argumento e experiência. ($p = 0,005$).

A maioria dos que tiveram experiência discordaram do argumento 6, chamando a atenção o percentual de estudantes que não tiveram experiência que discordaram [71,3% (144/202)]. Entre os que nem concordam nem discordam, predominou discretamente, em números absolutos, os que não tiveram experiência [11,9% (24/202)]. Houve associação entre experiência e a opinião dos estudantes ao argumento 6. (Tabela 14).

Tabela 14 – Relação entre experiência e a opinião de estudantes de medicina ao argumento 6 sobre alimentação artificial em cuidados paliativos exclusivos.

Experiência	Argumento 6			Total
	Concordam	Discordam	NCND	
Sim	38 (36,9%)	47 (45,6%)	18 (17,5%)	103(100,0%)
Não	34 (16,8%)	144 (71,3%)	24 (11,9%)	202 (100,0%)
Total	72 (23,6%)	191 (62,6%)	42 (13,8%)	305 (100,0%)

$P = 0,000$.

Legenda: Argumento 6 = AA não deverá ser oferecida porque é uma forma de tratamento médico, podendo dificultar ou retardar o entendimento por parte dos familiares e da equipe de que o paciente está em estado terminal. NCND = nem concorda e nem discorda

Fonte: Provin, L.C.M. 2015-2016.

6 DISCUSSÃO

A opinião (Dimensão 1) de estudantes de medicina a respeito de argumentos a favor e contra a introdução de AA em CP exclusivos foi , na sua maioria, associada ao ciclo do curso.

Ao considerarmos as respostas ao argumento 1, em que a maioria dos estudantes concorda em a AA ser oferecida porque oferecer alimentos é o cuidado mais básico a que um ser humano tem direito – principalmente os do ciclo básico, os quais tem opiniões que se aproximam a dos leigos – vai ao encontro da literatura, que mostra os fatores culturais envolvidos nesse processo.^{7,8,16}

Os fatores culturais e religiosos também foram associados aos argumentos 2 e 3, onde a maioria discorda – em consonância com a literatura^{4, 6-9, 18} - em oferecer AA para o paciente não morrer de fome ou desnutrição e também para diminuir a angústia de familiares e equipe, diante de um paciente que não se alimenta.

A alimentação é confundida com o cuidado em si, sendo uma das formas mais elementares de demonstração de afeto e carinho. Além disso, assume papel central no convívio social e em muitas celebrações ao longo da vida, sendo fonte de grande prazer sensitivo e desencadeador de memórias afetivas. Desta forma, a perda da capacidade do indivíduo de ingerir alimentos é associada também a perda destes elementos, o que gera uma reação natural de resistência nos atores envolvidos, quanto a suspensão ou não introdução da AA.

A família também associa a possibilidade de alimentar-se como uma medida de prolongar a vida, prover conforto, melhorar o estado funcional e a qualidade de vida do paciente, e tem medo que a ausência de alimentação piore o estado do paciente terminal, e cause sofrimento pela suposta sensação de fome^{4-10,18}.

Quando se argumenta que a AA não deve ser oferecida porque não há impacto na sobrevida, funcionalidade ou qualidade de vida do paciente – argumento 4 – nota-se a mesma ambivalência encontrada nos argumentos anteriores entre as respostas do ciclo básico e do internato , sendo as do internato mais próximas a literatura. Nesse argumento, a maioria dos que concordaram eram do internato, levantando a possibilidade de encultramento por parte desses estudantes, norteados suas respostas.

Nota-se uma tendência de que, com o passar dos ciclos do curso de medicina e o acúmulo de experiência, os alunos opinem de acordo com o que encontram na pesquisa médica, ao perceberem que pode haver concordância entre a teoria e a prática.^{24,25}

Mais de quatro quintos dos estudantes, sendo a maioria do internato, concorda que a AA não deve ser oferecida porque a sondagem nasogástrica é desconfortável e pode trazer sofrimento ao paciente em seus últimos dias de vida (argumento 5), em consonância com a literatura⁶⁻⁸.

Este argumento foi o escolhido também pela maioria dos acadêmicos como o mais relevante para a tomada de decisão (Dimensão 2) diante da paciente do caso clínico apresentado, o que nos leva ao pressuposto de que, independente do conhecimento adquirido, da crença religiosa ou do gênero, eles são contrários a possibilidade de sofrimento no fim da vida causado por um procedimento que não tem impacto na qualidade de vida desse indivíduo – um dos argumentos dos CP.

Esse fato é facilmente perceptível no dia a dia da prática dos CP, quando, diante da difícil decisão de alimentar de forma artificial um paciente considerado terminal, a família tem suas angústias acolhidas quando é esclarecida sobre a possibilidade do procedimento invasivo ser mais uma causa de sofrimento, desnecessária nesse momento da vida, onde se quer dar conforto a pessoa diante da morte.^{2-5,7, 8, 23} Por isso, esse argumento tende a superar os outros.

Relacionado ao que foi supracitado, ao se afirmar que a AA não deverá ser oferecida porque é uma forma de tratamento médico, podendo dificultar ou retardar o entendimento por parte dos familiares e da equipe, de que o paciente está em estado terminal - argumento 6 -, a maioria dos graduandos discordou, com número mais expressivo entre os do ciclo básico. Enfermeiras americanas com experiência em alimentação por sonda em pacientes com demência, consideram que a manutenção desse procedimento não traz benefício ao paciente.⁶ Isto não quer dizer que a equipe de saúde é uníssonas quanto a percepção de que alimentação artificial é de pouco benefício para o paciente, pois também tem sido demonstrado que esses profissionais podem apresentar percepções similares às da população em geral, por falta de treinamento em cuidados de final de vida, ou por serem indivíduos expostos aos mesmos elementos culturais e emocionais do que os familiares e/ou pacientes.

Observa-se que, na maioria dos argumentos, houve associação entre ter uma crença religiosa e a resposta, mostrando que há uma tendência de que a crença religiosa possa influenciar na decisão sobre alimentação artificial no fim da vida. Há, inclusive, declarações a favor de prover nutrição e hidratação artificial a todo paciente que as requeira, sempre que os benefícios sejam maiores que os riscos, tanto da Igreja Católica quanto dos Judeus Ortodoxos⁸. No entanto, dado o sincretismo

religioso no Brasil exposto na resposta dos alunos, por exemplo, autodeclarados “espírita e católico”, e no próprio conceito de crença religiosa e religião, as quais tem um significado pessoal, sugerimos estudos com aprofundamento nesse tópico para poder avaliar a sua influência.

Na dimensão “vivência e experiência”, embora exista relação estatisticamente significativa em relação aos argumentos (na vivência, para os argumentos 1 e 4; na experiência, para os argumentos 1, 4, 5 e 6), temos que ter em conta que esses não podem ser considerados como fatores isolados, pois as respostas individuais dependem de múltiplos fatores. Chama a atenção o fato de que todos os alunos do ciclo clínico não haviam tido experiência semelhante ao caso clínico apresentado nessa pesquisa.

Notamos que para cada argumento, os alunos do internato - os quais tem mais experiência, e não necessariamente mais vivência, a qual depende de conhecimento tácito – expressaram opiniões pertinentes com a literatura, o que nos faz pressupor que há uma tendência de que o conhecimento explícito (formal) pese no momento da decisão sobre a AA em CP exclusivos.

Considerando, ainda, a vivência e experiência de quem realizou essa pesquisa, no fim de vida, todos os envolvidos - equipe técnica e/ou familiares e/ou leigos – tem a preocupação em não causar mais desconforto ao paciente por meio de terapias que podem ser caracterizadas como obstinação terapêutica, ou até mesmo fúteis ou inúteis, evitar medidas invasivas que possam agravar a percepção mesmo quando rodeadas de dilemas éticos, parece ser a conduta preponderante.

7 CONCLUSÃO

A opinião de estudantes de medicina a respeito de argumentos a favor ou contra a introdução de AA em CP exclusivos foi, na sua maioria, associada ao ciclo do curso, crença religiosa e experiência.

Entre os alunos do internato predominou a opinião convergente com os consensos atuais sobre o tema, mostrando a tendência do conhecimento explícito ser um dos determinantes na formação de opinião.

Embora tenha havido associação entre opinião e crença religiosa na maior parte dos argumentos, pelos múltiplos aspectos inerentes ao tema, sugerimos o aprofundamento da questão em estudos posteriores.

A experiência prévia sinalizou opinião convergente com a literatura em metade dos argumentos.

O argumento considerado relevante para tomada de decisão escolhido pela maior parte dos alunos, em todos os ciclos do curso, foi a afirmação de que a “AA não deve ser oferecida porque pode causar desconforto ou sofrimento ao paciente em seus últimos dias de vida”. Quando é claro que a sonda nasoesférica é desconfortável e causa sofrimento em final de vida, esse argumento tende a superar os outros. Mesmo entre esses estudantes que participaram da pesquisa, os quais tinham pouca vivência ou experiência, esse argumento prevaleceu entre os alunos em todas as etapas do curso de Medicina, independente dos vieses culturais, religiosos, éticos e de vivência e experiência.

8 REFERÊNCIAS

1. Rolland, JS. **Chronic Illness and the Life Cycle: a conceptual framework.** *Fam Proc*, 1987;26:203-21.
2. SECPAL Sociedade Española de Cuidados Paliativos. **Guía de Cuidados Paliativos.**
3. Moritz, RD et al. **Conflitos bioéticos do viver e do morrer.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2011;188.
4. Carvalho, RT; Parsons HÁ. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP.**2012.
5. Oliveira, RA. **Cuidado Paliativo.** São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. 2008;689.
6. Zanuy, MAV; Nido, RA; Rodríguez, PG; González, RS; Villares, JMM; Sanz ML. **¿Se considera la hidratación y la nutrición artificial como un cuidado paliativo?** *Nutr Hosp*. 2006;21(6):680-5.
7. Del Río, MI et al. **Hydration and nutrition at the end of life: a systematic review of emotional impact, perceptions, and decisionmaking among patients, family, and health care staff** *Psycho-Oncology*. 2012;21:913.
8. Druml C, et al., **ESPEN guidelines on ethical aspects of artificial nutrition and hydration.** *Clinical Nutrition* 2016, <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.02.006>
9. Mc Clement,S et al. **Family beliefs regarding the nutritional care of a terminally ill relative: a qualitative study.** *J Palliat Med* 2003; 6:737.
10. Chiu, TY et al. **Terminal cancer patient's wishes and influencing factors towards the provision of artificial nutrition and hydration in Taiwan.** *J Pain Symptom Manage* 2004; 27:206

12. Miyashita, M et al. **Nurse views of the adequacy of decision making and nurse distress regarding artificial hydration for terminally ill cancer patients: a nationwide survey.** *Am J Hosp Palliat Care* 2008; 24:463.
13. Borum, M. et al. **The effect of nutritional supplementation on survival in seriously ill hospitalized adults: an evaluation of the SUPPORT Data.** *J Am Geriatr Soc* 2000; 48.
14. Bozzeti, F et al. **Quality of life and length of survival in advanced cancer patients on home parenteral nutrition.** *Clin Nutr*; 2002; 21:281.
15. Finucane, TE et al. **Tube feeding in advanced dementia: a review of the evidence.** *JAMA* 1999; 282:1365.
16. Meier, DE et al. **High short term mortality in hospitalized patients with advanced dementia: lack of benefit of tube feeding.** *Arch Intern Med* 2001; 161: 594.
17. Good et al. **Medically assisted hydration for adult palliative care patients (review).** *Cochrane Database Syst Rev* 2010, Issue 11.
18. Monturo, C. **The Artificial Nutrition Debate: Still an Issue... After All These Years** *Nutr Clin Pract* 2009 24: 206.
19. Geppert, CMA et al. **Ethical Issues in Artificial Nutrition and Hydration: A Review.** *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2010 34: 79
20. Shega, JW et al. **Barriers to limiting the practice of feeding tube placement in advanced dementia.** *J Palliat Med* 2003; 6: 885.
21. Hanson, L et al. **Physician's expectations of benefit from tube feeding.** *J Palliat Med*, 2008;11:1130.

22. Van der Riet, P et al. **Palliative care professional's perceptions of nutrition and hydration at the end of life.** *Int J Palliat Nurs* 2008; 14:145.
23. Li-Shan, K et al. **Knowledge, attitudes, and behavioral intentions of nurses toward providing artificial nutrition and hydration for terminal cancer patients in Taiwan.** *Cancer Nurs* 2008; 31:67
24. Byron, E et al. **Decision-making about artificial feeding in end-of-life care: literature review.** *J Adv Nurs* 2008; 63:
25. 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, São Paulo: 2010.
26. Fonseca, A; Geovanini, F. **Cuidados Paliativos na formação do profissional da área de saúde.** Revista Brasileira de Educação Médica, 2013.
27. Chaves, JHB; Mendonça, VLG; Pessini, L; Rego, G; Nunes, R. **Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético.** Rev Dor. São Paulo, 2011.
28. Tavakol, M; Dennick, R. **Making sense of Crombach's alpha.** International Journal of Medical Education, 2011.

A - APÊNDICE

Questionário Aplicado no Estudo Piloto

Dados do participante:

Sexo: F () M ()

Idade:

Fase:

Religião: não () sim (), qual? _____

Caso clínico:

Paciente feminina de 53 anos é portadora de neoplasia de mama metastática avançada e está internada na enfermaria do hospital universitário sendo assistida por uma equipe multidisciplinar. A expectativa de sobrevivência da paciente estimada pela equipe é de poucos dias a poucas semanas. A paciente está bastante emagrecida. Relata não ter apetite e na última semana reduziu substancialmente a ingestão alimentar, agora limitada a poucas colheres de alimentos por refeição. Tanto a família da paciente quanto a equipe multiprofissional expressam grande preocupação com a situação. Imagine que você faz parte da equipe médica que avaliará se será apropriada a introdução de alimentação artificial (AA) através de sonda nasogástrica para esta paciente.

Em relação à clareza e relevância ao tópico, o caso clínico acima é:

() *confuso* () *pouco claro* () *razoavelmente claro* () *claro*

() *nada relevante* () *pouco relevante* () *algo relevante* () *relevante*

- 1) Vários argumentos são oferecidos a favor e contra esta opção. Identifique o quanto você concorda com cada um deles:

- a) AA deve ser oferecida porque oferecer alimentos é o cuidado mais básico a que um ser humano tem direito.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

Em relação à clareza e relevância ao tópico, o argumento acima é:

() *confuso* () *pouco claro* () *razoavelmente claro* () *claro*

() *nada relevante* () *pouco relevante* () *algo relevante* () *relevante*

- b) AA deve ser oferecida para que a paciente não morra de fome ou desnutrição

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

Em relação à clareza e relevância ao tópico, o argumento acima é:

() *confuso* () *pouco claro* () *razoavelmente claro* () *claro*

() *nada relevante* () *pouco relevante* () *algo relevante* () *relevante*

- c) AA deve ser oferecida para diminuir a angústia de familiares e equipe diante de um paciente que não se alimenta.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

Em relação à clareza e relevância ao tópico, o argumento acima é:

- () confuso () pouco claro () razoavelmente claro () claro
 () nada relevante () pouco relevante () algo relevante () relevante

- d) AA não deve ser oferecida porque não terá impacto na sobrevivida, funcionalidade ou qualidade de vida da paciente.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

Em relação à clareza e relevância ao tópico, o argumento acima é:

- () confuso () pouco claro () razoavelmente claro () claro
 () nada relevante () pouco relevante () algo relevante () relevante

- e) AA não deverá ser oferecida porque a sondagem nasogástrica é desconfortável e poderá trazer sofrimento à paciente em seus últimos dias de vida.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

Em relação à clareza e relevância ao tópico, o argumento acima é:

confuso pouco claro razoavelmente claro claro

nada relevante pouco relevante algo relevante relevante

- f) AA não deverá ser oferecida porque é uma forma de tratamento médico, podendo dificultar ou retardar o entendimento por parte dos familiares e da equipe de que a paciente está em estado terminal

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

Em relação à clareza e relevância ao tópico, o argumento acima é:

confuso pouco claro razoavelmente claro claro

nada relevante pouco relevante algo relevante relevante

- 2) Qual dos argumentos acima você acha mais relevante para a decisão a ser tomada?

a()	b()	c()	d()	e()	f()
------	------	------	------	------	------

A pergunta acima é:

confusa pouco clara razoavelmente clara clara

- 3) Você já vivenciou situação semelhante (pessoa com doença terminal e que não se alimenta) na sua vida pessoal (familiar próximo ou pessoa muito querida)?

Sim()	Não()
--------	--------

Em relação à clareza e relevância ao tópico, a pergunta acima é:

() *confusa* () *pouco clara* () *razoavelmente clara* () *clara*

() *nada relevante* () *pouco relevante* () *algo relevante* () *relevante*

- 4) Você já vivenciou situação semelhante (paciente com doença terminal e que não se alimenta) na sua experiência como estudante?

Sim()	Não()
--------	--------

Em relação à clareza e relevância ao tópico, a pergunta acima é:

() *confusa* () *pouco clara* () *razoavelmente clara* () *clara*

() *nada relevante* () *pouco relevante* () *algo relevante* () *relevante*

Sugestões:

Questionário

Dados do participante:

Sexo: F () M ()

Idade: _____ anos completos

Fase: _____ fase

Religião: não () sim (), qual? _____

Caso clínico:

Paciente feminina de 53 anos é portadora de neoplasia de mama metastática avançada e está internada na enfermaria do hospital universitário sendo assistida pela equipe de cuidados paliativos. A expectativa de sobrevida da paciente estimada pela equipe é de poucos dias a poucas semanas. A paciente está bastante emagrecida. Relata não ter apetite e na última semana reduziu substancialmente a ingesta alimentar, agora limitada a poucas colheres de alimentos por refeição. Tanto a família da paciente quanto a equipe multiprofissional expressam grande preocupação com a situação. Imagine que você faz parte da equipe médica que avaliará se será apropriada a introdução de alimentação artificial (AR) através de sonda nasogástrica para esta paciente.

Dimensão 1 – Opinião: Vários argumentos são oferecidos a favor e contra esta opção. Identifique o quanto você concorda com cada um deles:

1. AA deve ser oferecida porque oferecer alimentos é o cuidado mais básico a que um ser humano tem direito.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

2. AA deve ser oferecida para que a paciente não morra de fome ou desnutrição

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

3. AA deve ser oferecida para diminuir a angústia de familiares e equipe diante de um paciente que não se alimenta.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

4. AA não deve ser oferecida porque não terá impacto na sobrevida, funcionalidade ou qualidade de vida da paciente.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

5. AA não deverá ser oferecida porque a sondagem nasogástrica é desconfortável e poderá trazer sofrimento à paciente em seus últimos dias de vida.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

6. AA não deverá ser oferecida porque é uma forma de tratamento médico, podendo dificultar ou retardar o entendimento por parte dos familiares e da equipe de que a paciente está em estado terminal

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

Dimensão 2 – Tomada de Decisão : Qual dos argumentos acima você acha mais relevante para a decisão a ser tomada?

a()	b()	c()	d()	e()	f()
------	------	------	------	------	------

Dimensão 3 – Vivência e Experiência

1. Você já vivenciou situação semelhante (pessoa com doença terminal e que não se alimenta) na sua vida pessoal (familiar próximo ou pessoa muito querida)?

Sim()	Não()
--------	--------

2. Você já vivenciou situação semelhante (paciente com doença terminal e que não se alimenta) na sua experiência como estudante?

Sim()	Não()
--------	--------

Sugestões:

A - ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A fase terminal de uma doença incurável é comumente marcada pela redução da ingesta alimentar pelo paciente, o que associado à anorexia e caquexia, geram imensa ansiedade no próprio paciente, equipe e família. A decisão de oferecer alimentação artificial a estes pacientes frequentemente não encontra essas partes em comum acordo. Argumentos pró e contra podem ser encontrados na literatura. A falta de treinamento dos profissionais no manejo de tal situação já é reconhecida, no entanto, são poucos os estudos que focam especificamente na habilidade dos estudantes de medicina em lidar com a decisão de instituição de alimentação artificial a pacientes em condição de terminalidade.

Dessa forma, foi idealizado este trabalho, que visa conhecer sua **opinião** sobre os diferentes argumentos apresentados tanto contra como a favor da introdução de alimentação artificial em pacientes com doenças terminais e em cuidados paliativos plenos. Para tal, solicitamos a prestimosa colaboração do colega no que concerne ao preenchimento do questionário anexo que é baseado em um caso clínico fictício.

A participação nesta pesquisa é **voluntária** e não impõe nenhum custo financeiro ao participante. Ao abordar o tema da terminalidade da vida o preenchimento do questionário pode trazer alguma consternação no participante, em especial a participantes que já tenham vivido situação semelhante na vida pessoal, que estejam emocionalmente muito fragilizados ou em luto recente. Neste caso, reforçamos o caráter voluntário da participação nesta pesquisa.

Salientamos ainda que mesmo tendo preenchido o questionário o participante tem a liberdade de retirar o seu consentimento em qualquer etapa do estudo e que será garantido o sigilo e a privacidade da identidade da sua participação.

Colocamo-nos à disposição para qualquer esclarecimento que se faça necessário (Mestranda Lauren Provin – laurenprovin@gmail.com, 48-

84028510. Dra. Lara Kretzer – larakretzer@gmail.com, 48-99737027.
Dra. Ana Stamm - anamnfstamm@gmail.com, 48-37219149).
Obrigada. Ana, Lara e Lauren.

Eu, _____, declaro que em __/__/__ concordei em participar do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação dos estudantes de medicina sobre argumentos a favor ou contra a introdução de alimentação artificial em pacientes em cuidados paliativos plenos” após estar devidamente esclarecido(a) sobre os objetivos do trabalho e os termos de minha participação acima referidos. Assino o presente Termo de Esclarecimento Livre Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também pelo pesquisador responsável pelo projeto, sendo que uma destas cópias se destina a mim.

Assinatura: