

La evaluación del conocimiento de los anestesiólogos acerca de los cuidados paliativos

Maria de Fátima Oliveira dos Santos ¹, Natália Oliva Teles ², Harison José de Oliveira ³, Nicole de Castro Gomes ⁴, Joana Cariri Valkasser Tavares ⁵, Edilza Câmara Nóbrega ⁶

Resumen

La evaluación del conocimiento de los anestesiólogos acerca de los cuidados paliativos

Evaluar el conocimiento de los cuidados paliativos entre los anestesiólogos a través de un cuestionario individual. La muestra fue de 95, de los cuales 65 eran del sexo masculino y 30 del femenino. Sesenta y dos de los anestesiólogos informan “la calidad de vida” como el término que mejor expresa los cuidados paliativos y 53 consideran que la combinación de cuidado en el hogar / hospital es más conveniente para el cuidado del paciente que lo requiere. Se observó que el 83,2% de los investigadores (n = 79) no recibieron la preparación para lidiar con el paciente que requiere cuidados paliativos y el 88,4% comentan con sus compañeros cuando un paciente muere (n = 84). La mayoría de los encuestados (n = 46) no estaban de acuerdo con la práctica de la eutanasia. En cuanto a la autopercepción del conocimiento sobre los cuidados paliativos, en una escala de 0 (ningún conocimiento) a 10 (pleno conocimiento), la mayoría de las respuestas alcanzó el promedio de 5 (n = 28). Esto demuestra la necesidad de reflexión acerca del cuidar en el área de anestesiología.

Palabras-clave: Cuidado paliativos. Cuidado terminal. Enfermo terminal.

Resumo

Avaliar o conhecimento dos cuidados paliativos entre anestesiológicos por meio de questionário individual. A amostra teve 95 profissionais, dos quais 65 do sexo masculino e 30 do feminino. Sessenta e dois anestesiológicos informam que “qualidade de vida” é o termo que melhor expressa os cuidados paliativos e 53 consideram a combinação da assistência casa/hospital a mais conveniente para o atendimento do paciente que requer esses cuidados. Observou-se que 83,2% dos pesquisados (n=79) não receberam preparação para lidar com paciente que requer cuidados paliativos e 88,4% comentam com colegas quando um paciente morre (n=84). A maioria dos entrevistados (n=46) discorda da prática de eutanásia. Quanto à autopercepção do conhecimento sobre cuidados paliativos, numa escala de 0 (nenhum conhecimento) a 10 (conhecimento total), a maioria das respostas alcançou média 5 (n=28), o que mostra a necessidade da reflexão acerca do cuidar na área da anestesiologia.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Assistência terminal. Doente terminal.

Abstract

Evaluation of knowledge among anesthesiologists about palliative care

To assess anesthesiologists' knowledge about palliative care through an individual questionnaire. The sample was 95, with 65 male and 30 female. Sixty-two of the anesthesiologists reported quality of life as the term that best expresses the palliative care, and 53 consider the combination of home care/ hospital the most convenient for the treatment of a patient who requires palliative care. It was observed that 83.2% of the interviewed (n = 79) have not been prepared for patients who require palliative care and that 88.4% mention to a colleague when a patient dies (n = 84). Most respondents (n = 46) disagreed with the practice of euthanasia. As for the perception of palliative care on a scale of 0 (no knowledge) to 10 (full knowledge), there was a majority of the average response of 5 (n = 28). It shows the need to reflect about care in the field of anesthesiology.

Key words: Palliative care. Terminal care. Terminally ill.

Aprovação CEP Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB – 359/09

1. **Doutoranda** fatimadeosantos@hotmail.com – Faculdade de Medicina Nova Esperança, João Pessoa/PB, Brasil 2. **Doutora** natalia.oteles1@gmail.com – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal 3. **Especialista** harisonoliveira@bol.com.br – Hospital Santa Isabel, João Pessoa/PB, Brasil 4. **Graduanda** nicoledecastrog@gmail.com 5. **Graduanda** joanavalkasser@gmail.com 6. **Graduanda** edxinobrega@hotmail.com – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, Brasil.

Correspondência

Maria de Fátima Oliveira dos Santos – Av. Umbuzeiro, 881 Aptº 501, Manaíra CEP 58038-182. João Pessoa/PB, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Cuidados paliativos (CP) son un modelo de atención que sólo se pudo expresar de una manera especializada alrededor de 1967, cuando Cecily Saunders fundó St. Christopher Hospice en Londres, que dio inicio al trabajo de difundir la filosofía del *hospice movement* de modo a promover la calidad de vida frente a enfermedades sin posibilidad de cura. Esos cuidados tienen como objetivo asistir los pacientes mediante el enfoque de mejorar la calidad de vida en las enfermedades que amenazan la continuidad de la vida, entendiendo el proceso de morir como algo inevitable y natural. Los CP se basan en terapias que buscan proporcionar, en el tiempo adecuado, calidad de vida digna y disminuir los síntomas que la enfermedad causa, respetando siempre los derechos individuales, sin olvidar que la familia también debe estar asistida¹⁻².

Los CP son procedimientos que tratan de controlar el dolor y otros síntomas, como los de orden psicológico, social y espiritual. Por tanto su objetivo es proporcionar la mejor calidad de vida para los pacientes y los familiares que enfrentan problemas asociados con enfermedades amenazantes³. Los cuidados paliativos llegaron a Brasil a principios de los años 80, cuando el sistema de salud priorizaba el modelo hospitalario-céntrico, esencialmente curativo.

Según Kovács⁴, el concepto de CP ha cambiado con el tiempo en la medida en que la filosofía de cuidado fue desarrollándose en los entornos sanitarios. Tradicionalmente han sido vistos como procedimientos aplicados sólo en el instante de la muerte, pero que actualmente se ofrecen desde la etapa inicial de la enfermedad terminal progresiva, avanzada, incurable hasta los últimos momentos de la vida. Cabe señalar que el cuidado debe valorar los aspectos que estaban en plan de fondo: las dimensiones humanas, éticas y espirituales de la persona⁴⁻⁶.

Los CP traducen cambio significativo en el papel de los profesionales de los servicios de salud, que además de cuidar de la vida también deben cuidar del proceso de morir, teniendo en cuenta que estos son las intervenciones dirigidas a las situaciones del final de la vida, con el objetivo de aliviar los síntomas desagradables causados por la enfermedad incurable. Mientras que la formación de los profesionales de salud siempre se ha centrado en los aspectos biológicos, y su práctica predominantemente individual, que consiste en intervenciones fragmentadas de diferentes profesionales para el

mismo paciente, se entiende que sea tan importante la utilización de los principios humanitarios entre los profesionales^{7,8}.

En resumen, los cuidados paliativos se centran en el derecho del paciente de vivir sus últimos días y morir con dignidad, formando un campo interdisciplinario de atención integral, activa y global prestada a los pacientes con enfermedades avanzadas y terminales. Este conjunto de acciones interdisciplinarias busca proporcionar una “buena muerte” a los pacientes con enfermedades terminales, así como el apoyo a las familias y cuidadores⁹.

Específicamente en el campo de la anestesia, la expansión de los cuidados paliativos es aún más reciente, verificando que los retos para el anestesiólogo que asiste al paciente que requiere cuidados paliativos han ido aumentando debido al creciente progreso de las nuevas técnicas de analgesia y sedación. El cuidar en la anestesia paliativa está destinado a proporcionar confort, dar al otro su propia atención y darle el poder para asumir la responsabilidad por ello. Entre estas nuevas técnicas se da relieve a la analgesia controlada por el paciente (ACP)¹⁰⁻¹¹.

Es, en definitiva, actuar y reaccionar adecuadamente hacia la situación de la muerte con el enfermo y su familia, luchando para preservar su integridad física, moral, emocional y espiritual, conectándose con el paciente y con el compromiso de ayudarlo a permitir que también pueda decidir por sí mismo cómo y cuándo usar la sedación paliativa para aliviar sus síntomas^{10,12}. Cuidar en la anestesia paliativa es brindar alivio y reconocer a su paciente como un ser humano único. Por lo tanto, es esencial para controlar los síntomas tales como el dolor y la fatiga, la anorexia, el estreñimiento y la disnea, entre otros¹²⁻¹³. Partiendo de estas premisas, el objetivo de este estudio fue evaluar el conocimiento sobre cuidados paliativos entre los anestesiólogos en la ciudad de João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Método

Se realizó una investigación exploratoria, de tipo descriptivo, con un enfoque cuantitativo, con anestesiólogos de la Sociedad de Anestesiología del Estado de Paraíba (SAEPB) que llevan a cabo sus actividades profesionales en la ciudad de João Pessoa/

PB y aceptaron participar voluntariamente en este trabajo, en los meses de enero y febrero de 2012.

De 126 anestesiólogos registrados en SAEPB, contactados por teléfono, 95 (75,4%) aceptaron hacer parte de la muestra. Los datos fueron recogidos personalmente por los investigadores a través de un cuestionario estructurado con preguntas de opción múltiple cerrada, que contenía preguntas sobre cuidados paliativos.

La investigación se realizó de acuerdo con las recomendaciones éticas de la Resolución CNS/MS 196/92, sustituida por la Resolución CNS/MS 466/12¹⁴. Los participantes confirmaron el consentimiento mediante la firma del término de consentimiento libre e informado (TCLE), del que recibieron una copia. Se justifica la elección de estos profesionales porque muchos de ellos asisten de continua o esporádica pacientes en esta situación, que requieren sus cuidados. Sin embargo, el estudio no se limita a los profesionales que se ocupan exclusivamente de pacientes con enfermedad en fase terminal, el criterio de inclusión era ser con el anestesiólogo con actividad en la ciudad de João Pessoa.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico Statistical Package of Social Sciences for Windows (SPSS) versión 19.0. Los datos descriptivos se expresan en valores porcentuales, promedio, mediana, moda y desviación estándar. Para realizar el análisis estadístico de los datos se utilizó la prueba de chi-cuadrado con la simulación de Monte Carlo.

Resultados y debate

El estudio contó con la participación de 95 anestesiólogos de la ciudad de João Pessoa/PB, de estos era 65 del sexo masculino (68,4%) y 30 del femenino (31,6%). En cuanto a estado civil, hubo un predominio de casados, con un 65,3% (n = 62), con la parte más pequeña de la muestra de individuos viudos, lo que representa sólo el 2,1% (n = 2) del total.

La mayoría de las personas tenían edad entre 41 y 50 años (26,3%) y sólo el 7,4% (n = 7) entre 25 y 30 años. En cuanto al tiempo de la graduado, el 33,7% (n = 32) tenían 30 años o más, con un promedio de 21,3 años. En cuanto a la carga de trabajo semanal, la mayoría 43,2% (n = 41) de los encuestados trabajan entre 40 y 70 horas a la semana, con un promedio de 65,1 horas. En cuanto

a la afiliación religiosa, los grupos más grandes de la muestra son católicos (73,6%, n = 70) y protestantes (13,7%, n = 13). La mayoría 63,2% (n = 60) afirmó ser practicante.

En la Tabla 1 se observan las respuestas a las preguntas: "Palabra que expresa CP" y "dónde dar asistencia al paciente que requiere CP". Se encontró que el término "calidad de vida", es el que expresa mejor los cuidados paliativos (65,3%, n = 62). Cuando se les preguntó dónde debería ocurrir la asistencia al paciente que requiere cuidados paliativos, la mayoría de los encuestados (55,8%, n = 53) respondieron "hogar/hospital", seguido por el 36,8% (n = 35) que consideran el "hogar" y sólo el 3,2% (n = 3), el "hospice".

Tabla 1. Datos relacionados con las preguntas "Palabra que expresa cuidados paliativos y dónde debe ocurrir la asistencia al paciente que requiere CP"

Variable	N	%
Palabra que expresa cuidados		
Dolor	2	2,1
Familia	1	1,0
Muerte digna	24	25,3
No respondió	2	2,1
Ortotanasia	4	4,2
Calidad de vida	62	65,3
Dónde debe ocurrir la atención al paciente que requiere cuidados paliativos		
Hogar	35	36,8
Hogar/hospital	53	55,8
Hospice	3	3,2
Hospital	3	3,2
No respondió	1	1,0

N= número de anestesiólogos

La tabla 2 resume las respuestas a las preguntas "¿Ha recibido preparo para tratar con pacientes que requieren CP?"; "¿Ha experimentado la experiencia de pérdida personal?"; "¿Cuándo ocurre la muerte del paciente que asistió, comenta [el hecho] con colegas anestesiólogos?". Para la mayoría de los encuestados - 83,2% (n = 79) - falta preparo para lidiar con los pacientes que requieren CP terminales. Cuando se les preguntó si han experimentado la

pérdida personal, 92,6% (n = 88) respondieron que sí. En cuanto a la pregunta “¿Cuándo ocurre la muerte de un paciente que asistió, comenta con sus colegas anestesiólogos?”, el 88,4% (n = 84) respondieron afirmativamente.

Tabla 2. Datos referentes a las preguntas: “¿Ha recibido preparo para tratar con pacientes que requieren CP?”; “¿Ha experimentado la experiencia de pérdida personal?”; y “¿Comenta con sus colegas la muerte de un paciente?”

Preguntas/respuestas	N	%
¿Ha recibido preparo para tratar con pacientes que requieren Cuidados Paliativos?		
Sí	16	16,8
No	79	83,2
¿Ha experimentado la experiencia de pérdida personal?		
Sí	88	92,6
No	7	7,4
¿Cuándo ocurre la muerte de un paciente que asistió, comenta con sus colegas anestesiólogos?		
Sí	84	88,4
No	11	11,6

N= número de anestesiólogos.

La Tabla 3 resume los datos obtenidos en el posicionamiento en relación a la práctica de la eutanasia en relación con el sexo de los encuestados. Así, se encontró que tanto 29 (63,0%) de los encuestados del sexo masculino y 17 (37,0%) del femenino no están de acuerdo con su práctica, por un total de 46 individuos. El test del chi-cuadrado indica que no existe asociación entre los datos. Así pues, parece que el sexo no interfiere con el posicionamiento en la práctica de la eutanasia.

Tabla 3. Datos referentes al posicionamiento en relación a la práctica de la eutanasia en cuanto al sexo

	No sabe		Está de acuerdo		No está de acuerdo		No respondió		N
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Femenino	8	38,1	4	14,8	17	37,0	1	100,0	30
Masculino	13	61,9	23	85,2	29	63,0	0	-	65
Total	21	22,1	27	28,4	46	48,5	1	1,0	95

N = número de anestesiólogos.

En cuanto a la percepción de los anestesiólogos con respecto a los conocimientos sobre CP, en una escala de 0 a 10, se observó que la frecuencia más alta (modo) fue 5; el promedio fue de 5,8; la

mediana, 6,0; y la desviación estándar, a 1,54 para n = 28. Revelado un nivel de significación de 0,755. Por lo tanto, la mayoría de los individuos de la muestra dio una puntuación que oscila entre 4 y 7 para la desviación estándar de 1,54. El test de chi-cuadrado no sugirió asociación entre los datos, es decir, el sexo no influyó en la asignación de la nota.

Discutir el tema de los cuidados paliativos presupone hacer ejercicio reflexivo que involucra a la familia, el cuidador, la muerte y la autonomía del paciente, entre otros. En un principio, se observa haber pocas investigaciones sobre cuidados paliativos dirigidas a anestesiólogos y poco se sabe acerca de las opiniones y la colocación de estos profesionales. En cuanto a la pregunta que trató de identificar la palabra correcta para expresar “cuidados paliativos”, el 65,3% de los encuestados indicó que el término “calidad de vida”, es el que mejor se presta a la definición.

El paciente que tiene enfermedades en fase terminal y en tratamiento de quimioterapia presenta disminución en las funciones física, emocional, cognitiva y social, porque en este momento ocurre un aumento en los síntomas de fatiga, náusea y vómitos, dolor, insomnio, pérdida de apetito y diarrea. Por eso es tan difícil de medir la calidad de vida (CV) del paciente terminal. Cabe señalar que esta definición incluye seis dominios principales: salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, características ambientales y patrón espiritual. Así que la calidad de vida es un concepto eminentemente humano, que ha sido entendida como la satisfacción que se encuentra en la vida familiar, amorosa, social y ambiental, y también en la estética existencial¹⁵⁻¹⁶.

Al profundizar del tema, se observa que el anestesiólogo que trabaja en cuidados paliativos busca mitigar o disminuir la molestia por la que pasa el paciente y su familia. Por el privilegio de la proximidad a los que están en el proceso de muerte, esta convivencia se puede convertir en una fuente de consuelo para los que arrostran la inevitabilidad de la muerte. Dada esta circunstancia, los cuidados paliativos tratan de proporcionar para el paciente y su familia la mejor calidad de vida en el tiempo que resta.^{15,17}

Entre las opciones para el cuidado del paciente que requiera cuidados paliativos, los anestesiólogos encuestados reconocen que la combinación preferida es el hogar/hospital (55,8%, n = 53). En este sentido, incluso el médico cuidador entiende que la combinación hogar/hospital es la más completa. Esto significa un cambio del lugar habitual de muerte e induce la necesidad de crear y poner en práctica

programas eficaces e integrados en los hospitales, para brindar este servicio, ya que la tendencia es que los pacientes inviertan su preferencia en cuanto al punto de atención - lo que parece estar sucediendo, que se manifiesta en el hecho de que los pacientes prefieren, cada vez más, quedarse en el hogar, con la familia y las personas que aman.

El Consejo Federal de Medicina emitió la Resolución 1.805/06, que todos los médicos necesitan conocer. Que se ocupa del fin de la vida de un enfermo terminal y tiene carácter deontológico, asegurando los cuidados esenciales para aliviar los síntomas que pueden llevar al sufrimiento, siempre con respeto a los deseos del paciente y como objetivo de brindarle con más comodidad en el estado terminal. Puesta la cuestión en estos términos, la conducta que se debe adoptar para el enfermo en el proceso de muerte inevitable siempre será objeto de debate, se pregunta si valdrá la pena quitar el paciente de su hogar y transportarlo al hospital sólo para morir¹⁸.

La mayoría de los anestesiólogos encuestados (83,2%, n = 79) informó no haber recibido preparación para hacer frente a los pacientes que requieren cuidados paliativos. Estas consideraciones están en línea con los estudios hechos en varios países que muestran que hay una laguna en la formación de los profesionales de salud en relación a los cuidados paliativos, lo que indica la necesidad de estimular esta formación^{19,20}. Aunque los cuidados paliativos sean poco difundidos entre los anestesiólogos, este enfoque es sumamente relevante para este grupo profesional ya que a menudo es el asignado para ayudar al enfermo en los últimos momentos de la vida.

Debido a esta deficiencia en la formación profesional, la adopción de medidas fútiles muy probablemente se debe a la falta de conocimiento de los profesionales a respecto de cuidados paliativos. Con respecto a esta situación en Brasil, parece que hay varios retos que superar, lo que incluye la posibilidad de superar esta deficiencia en la formación de los profesionales de salud acerca de la finitud de la vida. Es esencial que el anestesiólogo se prepare para los cuidados paliativos, valorando la autonomía del paciente, cuya posición debe ser respetada siempre que sea posible.

Si es factible ver que se requiere el cambio de mentalidad de los profesionales para la adopción de los CP, se advierte también que estos no siempre están dispuestos y receptivos al nuevo cambio de paradigmas. Teniendo en cuenta que el cuidado del paciente moribundo va más allá de los procedimientos técnicos, debemos abordar la dimensión

humana que abarca - dentro de las posibilidades - aspiraciones, deseos, necesidades y voluntad de los pacientes con enfermedades terminales. Frente a esto, nos lleva a creer que es necesario trabajo duro en términos de cambios (personales, sociales y humanas), a partir de aparatos formadores que dan forma a profesionales con preparación técnica excelente y ningún énfasis humanista^{21,22}.

Como resultado de los avances en la tecnología, la demanda de profesionales técnicamente capacitados es y siempre estará creciendo a expensas de la preocupación por el alma humana. Este fenómeno del avance de la tecnología ha llevado a la medicina a segmentarse cada vez más lo que ofrece además de las especialidades, las subespecialidades, lo que hace que sus profesionales se dediquen para algunos segmentos del cuerpo, haciendo que se olviden de la persona humana como un ser con cuerpo y alma, y que por lo tanto requiere visión holística en el tratamiento integral de su salud²².

Los anestesiólogos que actúan como cuidadores también están en situación de fragilidad cuando se encuentran con un paciente sin posibilidades terapéuticas²³. Se observa en este estudio que muchos de ellos comentan con sus colegas de la muerte de los pacientes bajo su cuidado, ya que por lo general comparten informaciones sobre el día a día del trabajo. Esta situación parece ser relativamente común, teniendo en cuenta que estos profesionales tienen papel fundamental en el cuidado del paciente moribundo, ya que la fase terminal puede ser terriblemente difícil para el paciente y para el cuidador ya que lo que se puede hacer por el paciente es muy poco. Sin embargo, informaron que los médicos consideran la muerte del paciente como una falla de su ciencia y frustrados, guardan sentimientos de culpa por no evitarla. Para Horta²⁴, a los profesionales de la salud y de otras áreas les falta reflexión para enfrentar los desafíos del proceso de morir y de la muerte - que pueden ayudar, incluso, en la preparación de sus experiencias²⁵.

Sobre la eutanasia, los anestesiólogos del estudio se posicionan de la siguiente manera: 46 no están de acuerdo, 27 están de acuerdo, y 22 no respondieron o no saben. La eutanasia no es aceptada en la mayoría de las sociedades, y es una conducta ética prohibida, constituyéndose en anticipación de la muerte de alguien en acto de misericordia y sin ningún beneficio personal. Desde la perspectiva de Cabral, la palabra "eutanasia", de origen griego, fue presentada por Francis Bacon en el Organon. Con el significado etimológico de "buena muerte", es decir, suave, apacible, sin sufrimiento, la eutanasia se

caracteriza por ser un procedimiento médico cuyo propósito es eliminar el dolor y la humillación de la enfermedad terminal a través de la inducción directa y activa de la muerte de su portador^{2,26,27}.

Es evidente en este estudio que el conocimiento acerca de cuidados paliativos es insuficiente, lo que se explica como un fallo en la formación médica, en la que se habla poco de la muerte. Por lo tanto, los anestesiólogos deben recibir preparación para la forma de tratar los retos que se plantean en el campo de la atención al paciente que requiere cuidados paliativos. También es necesario que el anestesiólogo tenga, además de la competencia técnica y científica, la competencia humana, experimentando los verdaderos valores para actuar con coherencia y responsabilidad, porque en este punto el profesional debe entender los miedos y temores de los pacientes, así como aclarar sobre aspectos inherentes a la anestesia para reducir al mínimo los factores que pueden afectar el bienestar de los mismos²⁸.

En esta perspectiva, hay que tener cuidado de la formación del médico, a través de la reflexión y la discusión en torno al proceso de formación y perfeccionamiento. Por lo tanto, es importante reconocer la necesidad de formación en el campo específico de los cuidados paliativos, con el fin de contribuir a la mejora de la prestación de cuidados de la salud por profesionales de salud a causa de estas preocupaciones que causan conflictos constantes y diarios a cualquier médico que se ocupa de pacientes terminales^{16,29}.

Consideraciones finales

El presente estudio ha presentado y analizado el conocimiento de los anestesiólogos de la ciudad de João Pessoa, Paraíba, a respeto de cuidados paliativos. Este tipo de cuidado está en el campo filo-

sófico y conceptual que aún está en construcción, por lo que su práctica es un reto para esta categoría de profesionales de la medicina, sobre todo porque tanto la propia ciencia como la formación profesional tienen un enfoque sobre la práctica de aspectos técnicos centrado en la curación.

Aunque en los cuidados paliativos la acción es también impulsada por la propuesta de atención técnica y científica, incorpora otras cuestiones subjetivas. La asistencia médica a los enfermos que necesitan cuidados paliativos tiene - en esencia - la dimensión humana. Para cumplir plenamente con estos pacientes, se requiere la adopción de medidas que no tienen como objetivo curar, sino aliviar el sufrimiento; por esa razón la necesidad de cuidados paliativos tiene como prioridad el valor de la dignidad de la persona, lo que implica considerarla plenamente, no sólo desde el punto de vista del diagnóstico, sino también en relación con el tratamiento de la enfermedad y lo que puede ser hecho, cuando se agotan los recursos de la terapéutica.

En este contexto, se destaca la importancia de la reflexión sobre cuidados paliativos para esta categoría de profesionales, destacando la participación de los anestesiólogos en el cuidado de estos pacientes en los momentos finales de la vida, conscientes de la importancia de su papel como pilar de los cuidados médicos frente a la indispensable asistencia que se les debe proporcionar en los últimos momentos, aliviando el dolor y el sufrimiento.

Se cree que los datos presentados en esta investigación pueden colaborar para poner de relieve la necesidad de reconocer el valor del anestesiólogo cuidador en el proceso de atención a los pacientes que necesitan cuidados paliativos. Es esencial que se inculque la necesidad de futuras investigaciones en el área de cuidados paliativos, con los anestesiólogos, con el fin de contribuir a mejorar el desempeño de esta tarea médica.

Agradecimientos

A los anestesiólogos de la SAEPB y de la Coopanest-PB que ejercen sus actividades en la ciudad de João Pessoa/PB.

Referencias

1. Internacional Association for Hospice and Palliative Care. Manual of palliative care. [Internet]. (acceso 25 jul. 2012). Disponible: <http://hospicecare.com/about-iahpc/publications/manual-of-palliative-care/>
2. Silva RCF, Hortale VA. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(10):2.055-66.
3. World Health Organization. Definition of palliative care. [Internet]. (acceso 13 ago. 2012). Disponible: <http://tinyurl.com/5228js>

4. Kovács MJ. Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 178.
5. Melo AGC. Os cuidados paliativos: uma nova abordagem em evolução no mundo. Arquivos do IV Simpósio Brasileiro sobre Dor – Simbidor. São Paulo; 1999. p. 294-6.
6. Pessini L, Hossne WS. Terminalidade da vida e o novo Código de Ética Médica. Revista Bioethikos. 2010;4(2):127-9.
7. Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. Humanização e cuidados paliativos. 3ª ed. São Paulo: Loyola; 2006. p. 181-208.
8. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2001;6(1):63-72.
9. Floriani CA, Schramm FR. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. Cad Saúde Pública. 2007;23(9):2.072-80.
10. Nogueira FL, Sakata RK. Sedação paliativa do paciente terminal. Rev Bras Anesthesiol. 2012;62(4):586-92.
11. Gonçalves JA. Sedation and expertise in palliative care. J Clin Oncol. 2006;24(25):e44-5.
12. Elsayem A, Curry E, Boohene J, Munsell MF, Calderon B, Hung F *et al.* Use of palliative sedation for intractable symptoms in the palliative care unit of a comprehensive cancer center. Support Care Cancer. 2009;17(1):53-9.
13. Floriani CA, Schramm FR. Palliative care: interfaces, conflicts and necessities. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(2 Suppl):2.123-32.
14. Brasil. Normas de diretrizes para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996. Disponível: <http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>
15. Sawada NO, Nicolussi AC, Okino L, Cardozo FMC, Zago MMF. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(3):581-7.
16. Benarroz MO, Faillace GBD, Barbosa LA. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos: [revisão]. Cad Saúde Pública. 2009;25(9):1.875-82.
17. World Health Organization. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41(10):1.403-9.
18. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805, de 28 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Diário Oficial da União. 28 nov. 2006;seção I, p. 169.
19. Vial PC, Ibanez PL, Umana AV, Reyes MMD, Viviani P, Nervi FO. Autoevaluación sobre formación en medicina paliativa en una cohorte de residentes. Rev Méd Chile. 2004;132(4):445-52.
20. Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. Crit Care Méd. 1999;27(8):1.626-33.
21. Tapiero AA. Las diferentes formas de morir: reflexiones éticas. An Med Interna. 2004;21(7):355-8.
22. Moritz RD, Machado FO, Heerd M, Rosso B, Beduschi G. Avaliação das decisões médicas durante o processo do morrer. Rev Bras Ter Intensiva. 2009;21(2):141-7.
23. Ribeiro DC. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. Cad Saúde Pública. 2006;22(8):1.749-54.
24. Sgreccia E. A pessoa humana e seu corpo. Manual de bioética: fundamentos e ética biomédica. 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2002. p. 111-38.
25. Horta AL. Processo de morte e morrer no paciente, na família e nos profissionais de enfermagem. Rev Nursing. 2002;(54):15-7.
26. Cabral RAP. Eutanásia e distanásia: clarificações necessárias. [Internet]. Lisboa: Academia das Ciências de Lisboa; 1990 (acesso 14 jun. 2012). Disponível: <http://www.braga.ucp.pt/resources/documents/FACFIL/cvdocentes/rcabral.html>
27. Veiga F, Monteiro F, Teles N, Guerreiro T. Eutanásia: pelo direito de morrer em paz. Cad Bioética. 2000;24:85-113.
28. Smedira NG, Evans BH, Grais LS, Cohen NH, Lo B, Cooke M *et al.* Withholding and withdrawal of life support from the critically ill. N Engl J Med. 1990;322(5):309-15.
29. Bifulco VA. A morte na formação dos profissionais de saúde. Prática Hospitalar. 2006;45(2):164-6.

Participación de los autores

Maria de Fátima O. Santos participou da concepção e designo del estudio a través de la elaboración del proyecto de investigación y del análisis estadístico e interpretación de los datos, además de la redacción del manuscrito. Natália Oliva Teles auxiliou en la revisión de la literatura y análisis de los datos. Harison J. de Oliveira auxiliou en el análisis estadístico y su interpretación. Nicole de Castro y Joana Cariri contribuyeron con la revisión crítica del manuscrito y Edilza Câmara, con la revisión de la literatura.



Recibido:	3.9.2013
Revisado:	5.2.2014
Aprobado:	2.7.2014