



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA
FILHO” FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

Fernanda Thomaz

**CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DE
PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio
de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Justina Papini
Coorientadora: Profa. Dra. Elenice Bertanha Consonni

BOTUCATU
2022

Fernanda Thomaz

CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Justina Papini
Coorientadora: Profa. Dra. Elenice Bertanha Consonni

BOTUCATU
2022

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Thomaz, Fernanda.

Conhecimento sobre cuidados paliativos de profissionais da área da saúde / Fernanda Thomaz. - Botucatu, 2022

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Silvia Justina Papini

Coorientador: Elenice Bertanha Consonni

Capes: 40602001

1. Atenção primária à saúde. 2. Atenção terciária à saúde. 3. Cuidados paliativos. 4. Pessoal de saúde.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Atenção terciária à saúde; Cuidados paliativos; Profissional de saúde.

Fernanda Thomaz

**CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA
SAÚDE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvia Justina Papini

Comissão examinadora

Prof^a Dr^a Natália Baraldi Cunha

Prof Dr. Edison Iglesias de Oliveira Vidal
Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB/UNESP

Botucatu, 23 de fevereiro de 2022.

Esta pesquisa recebeu apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), por meio de concessão de bolsa Demanda Social (Código de Financiamento 001).

A todos os profissionais de saúde que participaram da pesquisa, por compartilharem seus pensamentos e dedicarem um pouco do seu tempo para nos ajudar.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por me mostrar os cuidados Paliativos, e com isso ter encontrado o caminho de cuidados que mais acredito.

Agradeço aos meus pais, Rosângela e Antonio, e minha irmã, Flávia, que mesmo distantes fisicamente, se fizeram presentes como nunca, me apoiando, amando e sonhando meus sonhos comigo.

À minha noiva e companheira de vida Camila, por segurar minha mão nos momentos que a dúvida, o medo e insegurança surgiam, e nos momentos felizes, que se fazem presentes diariamente em nossa vida.

Às minhas avós Irene e Maria, por iluminarem minha vida e meus caminhos com seu amor e ternura.

À minha orientadora Silvia, por todo o apoio, carinho, cuidado, e paciência, sem medir esforços, a qualquer hora. Obrigada professora, por acreditar em mim e me mostrar que somos capazes de sonhar e realizar.

À minha coorientadora Elenice, pelos conselhos, paciência e por ter transmitido seu amor pela pesquisa e pelos cuidados paliativos.

Às parceiras de trabalho/amigas Luana, Geovana e Mariana, pois sem vocês o caminho teria sido mais difícil, e não teríamos tido os momentos de descontração que com certeza aliviaram a tensão e acalmaram meu coração.

À toda minha família que, de perto ou de longe, me apoiaram e me transmitiram seu amor para seguir sempre em frente.

“Não podemos acrescentar dias à nossa vida, mas podemos acrescentar vida aos nossos dias.”

Cora Coralina

Thomaz F, Pereira LF, Pilan GB, Silva MDN, Consonni EB, Papini SJ. Conhecimento sobre cuidados paliativos de profissionais da área da saúde. Botucatu: "Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho" - Unesp; 2022.

RESUMO

Introdução: Nas últimas décadas, notou-se um aumento de pessoas com doenças crônicas e com isso o acúmulo desses pacientes nos hospitais que recebem tratamentos tratamento que não vão ao encontro das reais necessidades desse indivíduo. Dessa forma, os cuidados paliativos se encaixam como uma medida necessária desde o momento do diagnóstico, com a finalidade de aliviar e prevenir o sofrimento e promover qualidade de vida. Entretanto, no Brasil, ainda existe pouco conhecimento e ensino sobre estes cuidados, desta forma, muitos profissionais de saúde não são familiarizados com as medidas e técnicas de palição.

Objetivo: Avaliar o conhecimento e autoeficácia dos profissionais da saúde, de diferentes áreas de atenção, sobre cuidados paliativos. **Método:** Estudo transversal observacional. Foram avaliados profissionais de saúde, docentes e alunos dos programas de pós-graduação de duas unidades hospitalares e de duas unidades de Centro Saúde Escola. Para a coleta foram utilizados um questionário sociodemográfico e o instrumento de avaliação do conhecimento sobre cuidados paliativos *Bonn Palliative Care Knowledge Test* (BPW), que visa avaliar conhecimento e crenças de autoeficácia em cuidados paliativos. O e-mail dos entrevistados foi fornecido pelos locais de trabalho e pela secretaria da pós-graduação, e os números de whatsApp as entrevistadoras solicitaram aos participantes para que, se quisessem, fornecessem os números de pessoas dos locais e profissões citadas anteriormente. Inicialmente foi realizada uma análise descritiva com o cálculo de média e desvio padrão para variáveis quantitativas e frequências, e percentuais para variáveis categorizadas. As associações entre o número de acertos e categorias profissionais e tempo de formado foram avaliadas utilizando o teste qui-quadrado. A correlação de Pearson foi obtida para avaliar o número de respostas corretas da seção 1 e as positivas da seção 2 e considerando todos os entrevistados no geral e por categoria profissional. Em todos os testes foi fixado o nível de significância de 5% ou o p-valor correspondente. Todas as análises foram realizadas pelo programa SAS for Windows, v.9.4. **Resultados:** Os técnicos/auxiliares de enfermagem apresentaram a menor quantidade de respostas corretas (44,20%), e os médicos o maior número (68,99%). Todos consideram importante a inclusão de conteúdos

sobre cuidados paliativos nos currículos de graduação para profissões da saúde. Através do teste de diferença de proporções, os profissionais consideram-se capazes frente aos cuidados paliativos (de 64,26 a 86,67% de respostas positivas por categoria profissional), porém o conhecimento que têm sobre o assunto não é correspondente (de 44,20 a 68,99% de respostas corretas por categoria profissional). **Conclusão:** Em uma população na qual poucos estudos foram realizados e são encontrados na literatura, concluímos que existe uma lacuna no conhecimento de profissionais da área da saúde quanto aos cuidados paliativos, principalmente em relação às atitudes sobre o morrer, e que ter autoconfiança em prestar cuidados paliativos não significa ter o conhecimento sobre o assunto.

Descritores: Cuidados Paliativos; profissional de saúde; atenção primária à saúde; atenção terciária à saúde.

Thomaz F, Pereira LF, Pilan GB, Silva MDN, Consonni EB, Papini SJ. Knowledge about palliative care of health professionals. Botucatu: "Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho" - Unesp; 2022.

ABSTRACT

Introduction: In the last decades, an increase of people with chronic diseases has been noticed, and with it the accumulation of these patients in hospitals who receive treatments that do not meet the real needs of the individual. Thus, palliative care fits as a necessary measure from the moment of diagnosis, with the purpose of relieving and preventing suffering and promoting quality of life. However, in Brazil, there is still little knowledge and teaching about this care, thus, many health professionals are not familiar with the measures and techniques of palliation. **Objective:** To evaluate the knowledge and self-efficacy of health professionals, from different areas of care, about palliative care. **Method:** Cross-sectional observational study. Health professionals, faculty and graduate program students from two hospital units and two Health Center School units were evaluated. A sociodemographic questionnaire and the Bonn Palliative Care Knowledge Test (BPW), which aims to assess knowledge and self-efficacy beliefs in palliative care, were used for collection. The e-mail of the interviewees was provided by the workplaces and the graduate school office, and the WhatsApp numbers the interviewers asked the participants to provide, if they wanted, the numbers of people from the aforementioned workplaces and professions. Initially, a descriptive analysis was performed with the calculation of mean and standard deviation for quantitative variables and frequencies, and percentages for categorized variables. The associations between the number of hits and professional categories and time of graduation were evaluated using the chi-square test. Pearson's correlation was obtained to evaluate the number of correct answers in section 1 and the positive answers in section 2, and considering all respondents overall and by professional category. In all tests a significance level of 5% or the corresponding p-value was set. All analyses were performed using the program SAS for Windows, v.9.4. **Results:** The technicians/nursing assistants presented the lowest amount of correct answers (44,20%), and physicians the highest number (68,99%). All considered important the inclusion of content on palliative care in undergraduate curricula for health professions. Through the test of difference of proportions, professionals consider themselves able to face palliative care (from 64,26 to 86,67% of positive answers by professional

category), but their knowledge on the subject is not corresponding (from 44,20 to 68,99% of correct answers by professional category). **Conclusion:** In a population which few studies have been conducted and are found in the literature, we conclude that there is a gap in the knowledge of healthcare professionals about palliative care, especially in relation to attitudes about dying, and that having self-confidence in providing palliative care does not mean having the knowledge on the subject.

Descriptors: Palliative care; health professional; primary health care; tertiary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS	Organização Mundial de Saúde
CP	cuidados paliativos
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UNESP	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
NEADTIS-FMB	Núcleo de Educação a Distância e Tecnologias da Informação em Saúde da Faculdade de Medicina de Botucatu
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
SAS	Statistical Analysis System
CIMS	Conselho para a Organização Internacional de Ciências Médicas
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

LISTA DE QUADROS

Quadro 01. Fluxograma de constituição da amostra. Botucatu, 2022	32
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 01. Caracterização do tempo de formação das diferentes categorias dos profissionais de saúde entrevistados (n=126). Botucatu, 2022 35
- Gráfico 02. Associação entre o tempo de formação das diferentes categorias profissionais com as respostas corretas BPW da seção de conhecimentos (n=126). Botucatu, 2022..... 36
- Gráfico 03. Associação entre o tempo de formação das diferentes categorias profissionais com as respostas do questionário BPW, na seção de autoeficácia (n=126). Botucatu, 2022. 37

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. Características sociodemográficas dos profissionais da área da saúde (n=126). Botucatu, 2022	32
Tabela 02. Aptidão, conhecimentos e experiências com cuidados paliativos autorreferidas pelos profissionais da saúde (n= 126). Botucatu, 2022	34
Tabela 03. Aptidão, conhecimentos e experiências com cuidados paliativos autorreferidas pelos profissionais da saúde (n= 126) em relação com as respostas corretas da seção de conhecimentos do questionário BPW. Botucatu, 2022.....	38
Tabela 04. Frequência de respostas corretas das 23 questões da seção de conhecimentos do BPW em relação as categorias profissionais. Botucatu, 2022.....	39
Tabela 05. Respostas corretas da avaliação de conhecimentos sobre cuidados paliativos de cada categoria profissional em relação às Dimensões. Botucatu, 2021	40
Tabela 06. Comparação entre a área de trabalho atual e as respostas corretas da seção de conhecimentos do questionário BPW. Botucatu, 2022	41
Tabela 07. Comparação entre a função no trabalho atual e as respostas da seção de conhecimento do questionário BPW. Botucatu, 2022.....	41
Tabela 08. Correlação entre a frequência de respostas corretas da seção de conhecimentos com as respostas da seção de autoeficácia do questionário BPW. Botucatu, 2022	42
Tabela 09. Aptidão, conhecimentos e experiências com cuidados paliativos autorreferidas pelos profissionais da saúde (n= 126) em relação às respostas da seção de Avaliação de autoeficácia do questionário BPW. Botucatu, 2022.....	43
Tabela 10. Comparação entre as respostas da seção de autoeficácia do BPW e as categorias profissionais. Botucatu, 2022.....	44
Tabela 11. Comparação entre a área de trabalho atual e as respostas da seção de autoeficácia do questionário BPW. Botucatu, 2022.....	44
Tabela 12. Comparação entre a função no trabalho atual com as respostas da seção de autoeficácia do questionário BPW. Botucatu, 2022.....	45

Tabela 13. Comparação das respostas da seção de conhecimentos e as respostas da seção de autoeficácia do questionário BPW. Botucatu, 2022.....	45
--	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	20
1.1. REVISÃO DE LITERATURA	22
2. OBJETIVO.....	28
2.1. Geral.....	28
2.2. Específicos	28
3. MÉTODO.....	28
3.1. Tipo de estudo.....	28
3.2. População do estudo.....	28
3.3. Amostra	29
3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão	29
3.5. Período de Coleta.....	29
3.6. Coleta dos dados.....	29
3.7. Instrumentos para a coleta de dados	30
3.8. Análise dos dados	31
3.9. Aspectos éticos	31
4. RESULTADOS	32
5. DISCUSSÃO	46
6. CONCLUSÃO.....	51
7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	51
REFERÊNCIAS	53
ANEXOS.....	57
Anexo A – Parecer Conselho de Ética em Pesquisa.....	57
Anexo B - Instrumento de avaliação do Conhecimento e crenças de autoeficácia sobre cuidados paliativos	62
APÊNDICES.....	66
Apêndice A - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).	66

Apêndice B – Questionário de dados sociodemográficos e de caracterização da população estudada. (Elaborado pela pesquisadora).....	68
Apêndice C – Respostas da Seção 1 (Conhecimentos) da versão Portuguesa (Portugal) do BPW (<i>Bonn Palliative Care Knowledge Test</i>) – 2015.....	70
Apêndice D – Respostas da Seção 2 (Avaliação da autoeficácia) da versão Portuguesa (Portugal) do BPW (<i>Bonn Palliative Care Knowledge Test</i>) – 2015	73
Apêndice E – Respostas referentes aos domínios da Seção 1 (Conhecimentos) da versão Portuguesa (Portugal) do BPW (<i>Bonn Palliative Care Knowledge Test</i>) – 2015.....	75

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹, que define em 2002 que cuidados paliativos (CP) têm como objetivo promover a qualidade de vida não só aos pacientes, mas também a seus familiares e cuidadores, durante o enfrentamento de doenças que ameaçam a continuidade da vida, prevenindo e amenizando o sofrimento, à partir da detecção precoce, avaliação e tratamento de todos os problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

Ainda segundo a OMS² (2020), ao lidar com o sofrimento, é necessário cuidar de questões que vão além dos sintomas físicos. E para isso, os CP precisam utilizar uma abordagem em equipe, através de serviços de saúde integrados, para apoio dos pacientes, seus familiares e cuidadores de forma a atender e acolher as suas necessidades, além de aconselhamento sobre o luto. É um cuidado que visa fornecer uma rede de apoio, para que a vida seja vivida da melhor forma possível até a morte, e para a família após isso.

Os cuidados paliativos e sua filosofia tiveram origem na década de 60 no Reino Unido, pela médica, assistente social e enfermeira Cicely Saunders, depois da criação do St. Christopher Hospice, em Londres. Segundo Silva³ (2010), Saunders criou a filosofia hospice para organizar conceitos e informações sobre humanização da assistência que antecede a morte para o paciente, seus familiares e cuidadores, com a finalidade de ser uma nova proposta terapêutica a ser associada à assistência biomédica tecnicista atual na época, e não para substituí-la.

Os cuidados paliativos veem o fim da vida como um acontecimento esperado e natural, e enfatizam a vida que ainda existe e que pode ser vivida da melhor forma possível respeitando as vontades e necessidades de cada indivíduo. Mas existe uma grande importância em lembrar-se de como essa vida será vivida, e uma forma de amparar as perdas e dificuldades do paciente, dos familiares e cuidadores é considerar e integrar os aspectos espirituais e psicológicos e oferecer suporte para que se viva o mais ativamente e com maior qualidade possível, já que na presença, principalmente, de uma doença ameaçadora de vida, essas perdas podem ser frequentes e muito importantes, e podem estar relacionadas à aspectos emocionais, físicos, econômicos ou sociais da vida dessas pessoas⁴.

Sobre a origem do termo cuidados paliativos, a palavra paliativo deriva do latim *pallium*, que significa capa protetora ou manto, representado pela vestimenta do Papa e o manto que reveste a hóstia consagrada durante as procissões da igreja católica. Em outras

palavras, o termo faz referência à proteção espiritual e ao sagrado⁵. Ao contrário do que se pensa, os cuidados paliativos não são sinônimos de abandono pela equipe, mas sim um cuidado que acolhe o seu sofrimento seja ele qual for, através de sua dignidade e vontades respeitadas até o fim^{6,7}.

Em se tratando de registros históricos, cuidados paliativos (CP) confundem-se com o termo *hospice*, que significa “hospedarias”, locais destinados a receber e cuidar de viajantes e peregrinos, do qual o relato mais antigo é referente ao século V, quando viajantes e peregrinos da África, Ásia e países do Leste Europeu eram cuidados por uma discípula de São Jerônimo no Hospício do Porto de Roma⁴. Na década de 80 foi criado um grupo de trabalho pelo Comitê de Câncer da OMS, com o intuito de definir políticas para cuidados para alívio da dor e do tipo *hospice*, indicados em todos os países para pacientes com câncer⁸.

Os CP são realizados em muitas regiões do mundo. Todavia, são praticados com limitações em razão do crescente e grande número de pessoas necessitadas e a falta de serviços disponíveis que prestam cuidados paliativos, em países em desenvolvimento como o Brasil, onde esses cuidados são oferecidos há quase vinte anos, sem o apoio de políticas públicas específicas. No Brasil existem lugares que oferecem CP em serviços públicos e privados, em hospitais, ambulatórios, atendimentos domiciliares e *hospices*^{9,10}.

A equipe de saúde que pretende atuar no planejamento de condutas e manejos para orientar e cuidar do paciente, sua família e cuidadores, já que os CP não se restringem apenas ao paciente, precisa trabalhar de forma interdisciplinar entre a equipe e integrada com o paciente e família, para que o sofrimento seja minimizado com o controle dos sintomas.^{11,12}

Dentre as atribuições que a equipe de saúde tem no cuidado paliativo estão o reconhecimento e alívio da dor física e do sofrimento espiritual, psicossocial, estabelecer uma comunicação empática e sensível com o paciente, seus familiares e cuidadores através da atuação multiprofissional e interdisciplinar⁴.

De acordo com Carvalho e Parsons⁴ (2012), uma equipe de Cuidados Paliativos, dependendo de onde será oferecido esse cuidado, deve ser composta por médico, enfermeira, assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, podendo variar entre uma equipe mais reduzida, que é a mínima com apenas o profissional médico, enfermeiro e assistente social, ou a completa, descrita anteriormente, conforme a necessidade de cada paciente.

Nos CP não se usa dizer impossibilidade de cura nem terminalidade, mas sim doença

ameaçadora de vida. O entendimento desse cuidado desde o diagnóstico é essencial para que a atuação multiprofissional seja eficaz e ampla. Não só o doente recebe esses cuidados, a família também deveria ser assistida durante o acompanhamento e durante o período de luto após a morte do paciente. Vale ressaltar a importância da comunicação empática como base nas condutas profissionais. Além de habilidades técnicas para o tratamento, os pacientes esperam ter uma relação com os profissionais da saúde fundamentada em humildade e respeito¹³. Todavia, no Brasil, ainda pouco se ensina sobre estes cuidados, assim como, muitos profissionais de saúde não são familiarizados com as medidas e técnicas de palição¹⁴.

Os CP não-oncológicos vêm ganhando cada vez mais reconhecimento¹⁵⁻¹⁸, principalmente quando se trata de condições neurológicas com rápida progressão^{19,20}.

Em hospitais, pacientes com doenças ameaçadoras de vida se acumulam, e recebem cuidados inadequados, quase sempre são tratamentos que não atendem às necessidades e vontades do paciente. Essas abordagens ignoram o sofrimento, já que podem não ir ao encontro das reais necessidades desse indivíduo até mesmo aumentando seu sofrimento, além de serem incapazes de tratar os sintomas mais prevalentes. Dentro dessas circunstâncias, os CP se encaixam como uma medida necessária, com o intuito de promover qualidade de vida, prevenir e aliviar o sofrimento através do conhecimento das reais necessidades e vontades do paciente²¹.

A comunicação se faz um meio essencial para a relação humana e o cuidado. Estratégias adequadas e técnicas de comunicação interpessoal são medidas terapêuticas eficazes que permitem o compartilhamento, pelos pacientes, seus familiares e cuidadores, de seu sofrimento, dúvidas e medos, contribuindo assim com a diminuição desses sentimentos, pois a comunicação e o relacionamento entre profissional de saúde e paciente representam o real significado do cuidado através do sentimento de esperança e do apoio recebido nos momentos difíceis. O paciente que recebe cuidados paliativos almeja a compreensão de seu sofrimento físico, emocional, de suas necessidades e conflitos. E, para que se sintam compreendidos e cuidados, é necessário que os profissionais de saúde tenham uma escuta, ações e condutas empáticas com o paciente, seus familiares e cuidadores, ou seja, habilidades adequadas e efetivas de comunicação⁴.

1.1. REVISÃO DE LITERATURA

Ainda hoje, mesmo que sejam responsáveis pelo cuidado de pacientes em cuidados paliativos, muitos profissionais de saúde têm conhecimento insuficiente sobre o assunto ou não têm treinamento específico na área e pouca experiência com esse tipo de cuidado. Em um estudo realizado no Vietnã, que objetivou avaliar a atitude e o conhecimento em relação aos CP de médicos e enfermeiros de em um hospital geriátrico, foi observado que muitos dos entrevistados apresentaram conhecimento insuficiente sobre o assunto, principalmente o conhecimento nos conceitos dos sintomas mais recorrentes que são os problemas gastrointestinais, manejo de dispneia e dor. O estudo associa a esse achado, a falta de treinamento sobre o uso de opioides, assim como a falta desses medicamentos no Vietnã como possível causa²².

Um estudo desenvolvido por Santana et al.²³ (2009), com o objetivo de compreender o significado do CP de uma equipe de enfermagem, assistentes de pacientes em fase final de vida, de um hospital público no interior de Minas Gerais, realizou entrevistas com treze profissionais (cinco enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem e três auxiliares de enfermagem). As perguntas foram divididas em cinco categorias, que abrangeram concepções acerca de humanização, necessidades básicas do paciente, presença da família, respeito com os limites do paciente em cuidados finais de vida e despreparo da equipe. Foi verificado que os profissionais inseridos neste estudo determinaram o valor da humanização dos CP e concordaram que, pacientes em fase final de vida devem permanecer junto à família recebendo tratamento adequado e conforto. Com relação ao preparo dos profissionais diante do enfrentamento com a morte, percebeu-se que, a grande parte não possuía um bom suporte no trabalho. Por fim, encontraram que entre o entendimento da família e do paciente diante da evolução do quadro, e as decisões tomadas pelos profissionais existia uma lacuna.

Outro estudo, com o objetivo de analisar o conhecimento, atitudes e práticas sobre CP e fim de vida, foi realizado com médicos oncologistas da China Continental e foi encontrado que menos da metade dos profissionais entrevistados tinham especialização ou recebido educação sobre CP, em contra partida, a média de tempo de prática desses profissionais em relação a esses cuidados foi de 10 anos. A maioria dos entrevistados acreditava que os CP deveriam ser considerados quando os pacientes não tinham mais indicação de tratamento curativo do câncer, mas também acreditavam que a integração desses cuidados precocemente poderia melhorar a qualidade de vida dos pacientes²⁴.4

Em relação ao sentimento dos profissionais de saúde frente aos CP, estes podem

influenciar as suas ações e decisões na prática desse cuidado, como pôde ser observado em um estudo realizado com enfermeiros do estado de Santa Catarina, que tinha o objetivo de conhecer os sentimentos desses profissionais em relação aos CP em unidades de terapia intensiva de adultos. Foram encontradas algumas ideias centrais através das entrevistas, e uma delas mostrou que os enfermeiros sentem angústia e insegurança na hora do cuidado, motivadas pelo déficit de conhecimento passado na sua formação profissional, a falta de informação sobre os CP, sua legislação e filosofia, e a falta de comunicação entre a própria equipe multiprofissional. Outra ideia central mostra que os enfermeiros sentem dúvida frente a um paciente que necessita de cuidados paliativos, já que relatam que o tema da morte tem uma abordagem superficial na sua formação acadêmica, além de serem incentivados a acreditar que o sinônimo do bom cuidado é somente a cura, favorecendo o surgimento de lacunas no conhecimento sobre CP²⁵.

Nesse contexto, a falta do preparo acadêmico e emocional necessário dos profissionais de saúde, para lidar com o os cuidados paliativos, com o paciente que recebe esses cuidados, seus familiares e cuidadores, e o processo de morte e luto, pode gerar prejuízos na assistência prestada, como a piora dos sintomas já existentes, tanto físicos como emocionais e também acabar gerando novos sentimentos negativos no paciente, seus familiares e cuidadores, que podem ser a perda de esperança em uma boa qualidade de vida ou a melhora dela, aumento do sofrimento e surgimento de medos e dúvidas, que também é reflexo de uma má comunicação ou a falta dela. A equipe dos profissionais de saúde deve ser capacitada em nível acadêmico e especialização para prestar uma assistência de qualidade, favorecendo o CP que abrange todas as esferas do cuidado necessárias para cada indivíduo e a aproximação da equipe com o paciente, seus familiares e cuidadores. Evitando assim que os profissionais fiquem desconfortáveis e inseguros ao prestar os CP e com dificuldades de criar vínculo com o paciente, seus familiares e cuidadores por acreditarem que devem se manter distantes diante da dor do outro²⁶.

A comunicação entre os profissionais da equipe multiprofissional, quando não é muito praticada, tende a gerar mais obstáculos e dificulta o cuidado aos pacientes de forma eficaz e integral em relação aos CP, assim como foi observado em um estudo realizado com fisioterapeutas de um hospital público do município de João Pessoa-Paraíba-Brasil, nas enfermarias de clínica médica e cirúrgica. Esse estudo teve o objetivo de investigar a vivência desses profissionais na assistência a pacientes com esclerose lateral amiotrófica (ELA) que recebiam CP em contexto hospitalar. Metade dos entrevistados já tinham feito alguma

capacitação sobre CP ou estavam cursando pós-graduação na área. Os fisioterapeutas mostraram ter uma boa compreensão sobre os CP e tinham uma concepção de assistência que priorizava o conforto e a qualidade de vida, com a finalidade de amenizar a dor e sofrimento dos pacientes. Os profissionais entrevistados, também relataram ter dificuldades na interação e comunicação com os outros profissionais da equipe multiprofissional de cuidados paliativos devido falta de planejamento de cuidados em conjunto, o que gerava a fragmentação desse cuidado, pois cada profissional realizava seu atendimento individualmente, e se comunicavam apenas se houvesse alguma intercorrência. Os entrevistados ainda propuseram a realização de mais discussões, e que no local de trabalho sejam realizadas capacitações e palestras para melhorar o conhecimento sobre os CP da equipe e fortalecer a comunicação com os outros profissionais²⁷.

Até mesmo quando os profissionais de saúde têm algum conhecimento sobre CP, fazem-se necessários programas para formação específica nesse assunto, assim como foi observado no estudo de Chover-Sierra E, Martínez-Sabater A e Lapeña-Moñux Y²⁸ (2017) realizado na Espanha em um hospital onde foram entrevistados os profissionais da equipe de enfermagem, com o objetivo de determinar o nível de conhecimento em CP desses profissionais. Foi utilizado o questionário Palliative Care Quiz for Nurses (PCQN) para a pesquisa. Neste estudo participaram 159 profissionais, dos quais pouco mais da metade (54,7%) tinham experiência em CP e 64,2% tinham formação, principalmente básica, sobre o assunto. O número de acertos no questionário variou conforme a formação e experiência de cada um em relação aos CP. E com isso perceberam que mesmo os profissionais mostrando ter conhecimento sobre o assunto, ainda poderiam aprimorar sua formação para melhorar a qualidade do seu atendimento aos pacientes que necessitam de CP.

Em se tratando de intervenções com a finalidade de capacitar os profissionais de saúde em relação aos CP, Silva HA, et al.²⁹ (2018) realizou uma pesquisa com enfermeiros, que trabalhavam na assistência a pacientes em CP, de um hospital de atenção secundária em Fortaleza-CE. Para a pesquisa foi aplicado um questionário antes e depois de intervenções educacionais sobre CP. As intervenções consistiram em debates, reprodução de vídeos e discussão de caso clínico sobre o assunto em questão. Após as intervenções, os profissionais se sentiram mais capazes para atender um paciente que necessite de CP, além de que, quando foram questionados sobre a palavra que representa os CP para eles, a maioria passou de “morte digna” para “qualidade de vida” que é um conceito fundamental

para a garantia na prestação de cuidados de qualidade. A compreensão dos enfermeiros sobre os CP foi insuficiente, pois sua formação acadêmica é centrada na cura. As intervenções promoveram a melhora na compreensão dos CP, o que influenciou os entrevistados a se sentirem mais capazes em prestarem esses cuidados.

Em um estudo desenvolvido por Nunes³⁰ (2015), no Instituto Nacional de Câncer (INCA) do Rio de Janeiro, foram entrevistados 14 profissionais de saúde, dentre eles: nutricionistas, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, assistentes sociais e psicólogos. Este estudo teve como objetivo avaliar e discutir o que os profissionais de saúde entendiam por CP e qualidade de vida. Através dessa avaliação foi observado que os entrevistados não associam nem vinculam CP com qualidade de vida, ou seja, para eles são conceitos independentes, além de os domínios espirituais, físicos e psicossociais terem sido pouco ou não abordados. A partir das entrevistas foi identificado que os profissionais de saúde têm um conhecimento insuficiente sobre CP e não se sentem preparados para atuar promovendo esse tipo de cuidado. Um ponto muito presente nas falas dos profissionais de saúde foi o quanto é negativo o encaminhamento tardio dos pacientes para os CP, dificultando também o vínculo entre o paciente, familiares e cuidadores e os profissionais de saúde. O produto dos resultados das análises dessa avaliação foi a criação do Programa de Capacitação Multiprofissional em Cuidados Paliativos Precoces, que consistiu em uma estratégia de educação permanente, onde foram abordados o conhecimento básico que os profissionais precisam ter sobre CP precoces e a aplicação desses cuidados na prática, com a elaboração de roda de conversa multiprofissional para discussão dos desafios e condutas utilizando, em todas as etapas, evidências científicas, para embasar as ações dos diferentes profissionais visando a melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Em relação a autoeficácia sobre a capacidade de prestar CP, um estudo realizado com estudantes do sexto ano de graduação em medicina, de duas faculdades brasileiras diferentes, visou a autoeficácia e tanatofobia (medo extremo da morte) desses alunos utilizando uma escala sobre autoeficácia em cuidados paliativos (SEPC) e outra específica para tanatofobia (TS). Esses estudantes estavam em estágios em diferentes especialidades, e a avaliação aconteceu no início e no final desses estágios. Participaram 78 alunos de uma faculdade que estavam no estágio de Emergência e Cuidados Intensivos, e 56 alunos de outra faculdade que estavam no estágio em Anestesiologia. As duas faculdades proporcionam discussões sobre esses assuntos durante os estágios. Nas duas faculdades

os alunos apresentaram aumento significativos da autoeficácia e diminuição da tanatofobia também significativa, mas apenas para o grupo do estágio de Emergência e Cuidados Intensivos. O estudo concluiu que os estágios nas especialidades médicas podem proporcionar aprendizado sobre cuidados paliativos, através das discussões de caso e das oportunidades de cuidar de pacientes em cuidados paliativos, além da experiência pessoal com familiares ou pessoas próximas com doenças que ameaçavam a vida influenciando o aumento da autoeficácia e diminuição da tanatofobia nos alunos³¹.

Já em outro estudo, que foi realizado com médicos especialistas em oncologia, mas que não tinham experiência em CP, e residentes de hematologia, oncologia, anestesiologia e psiquiatria na Alemanha utilizando um questionário baseado no BPW, em relação aos conhecimentos sobre CP, de 33 questões foi observado que os residentes (média de 27,47 questões corretas) responderam mais questões corretas que os especialistas (média de 24,14 questões corretas), e quanto à autoeficácia, que foi analisada atribuindo pontos de 0 a 3 às respostas onde a pontuação máxima era de 54 pontos, a média total de pontos dos residentes foi 45 e dos especialistas foi de 39 pontos, mas apenas a especialidade de anestesiologia apresentou diferença significativa entre os grupos (residentes: 46 pontos; e especialistas: 35 pontos). Não foi observada correlação entre o conhecimento sobre CP e a autoeficácia dos participantes³².

Em função do pouco conhecimento sobre o assunto, e escassa literatura que avalie os conhecimentos de outros profissionais de saúde, como: nutricionistas, fonoaudiólogos (as), gerontólogos (as), assistentes sociais, psicólogos (as), fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, há a necessidade de pesquisas que investiguem o conhecimento sobre CP de profissionais da área da saúde que atuam, tanto na atenção básica quanto em ambiente hospitalar e ensino, de modo que medidas educativas possam ser propostas para melhorar a compreensão e aceitação dessa abordagem e, dessa forma, desenvolver um futuro promissor para os CP, e evitar o aumento do sofrimento causado pela falta de conhecimento e preparo dos profissionais de saúde para prestarem CP e por uma comunicação falha entre esses profissionais, o paciente, familiares e os cuidadores.

Diante do exposto levantou-se a seguinte pergunta: Os profissionais da área da saúde têm conhecimento sobre cuidados paliativos?

2. OBJETIVO

2.1. Geral

Avaliar o conhecimento e autoeficácia dos profissionais da saúde, de diferentes áreas de atenção, sobre cuidados paliativos.

2.2. Específicos

- Correlacionar as respostas da seção de conhecimentos com as de autoeficácia;
- Avaliar a associação do tempo de formação das diferentes categorias profissionais com as respostas corretas da seção de conhecimentos e com as respostas da seção de autoeficácia;
- Avaliar a associação da aptidão, conhecimentos e experiências com cuidados paliativos autorreferidas com as respostas corretas da seção de conhecimentos, e com as respostas da seção de autoeficácia.
- Avaliar a associação da frequência de respostas corretas da seção de conhecimentos com as categorias profissionais;
- Comparar:
 - A área de trabalho atual com as respostas corretas da seção de conhecimentos e da seção de autoeficácia;
 - A função no trabalho atual com as respostas da seção de autoeficácia;

3. MÉTODO

3.1. Tipo de estudo

Estudo do tipo transversal observacional. Para nortear os componentes que deveriam compor o trabalho, foi utilizada a iniciativa STROBE³³.

3.2. População do estudo

A população estudada foi constituída por profissionais da área da saúde de um município do interior do estado de São Paulo, que atuavam na área da atenção básica, em ambiente hospitalar, no ensino técnico e superior, e alunos de pós graduação : assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, gerontólogo, médico, nutricionista,

psicólogo, técnico/auxiliar de enfermagem e terapeuta ocupacional, que aceitaram participar e concordaram com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

3.3. Amostra

Foram enviados convites para todos os profissionais de saúde que se encaixavam nos critérios de inclusão, com a finalidade de captar mais pessoas.

3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos todos os profissionais da área da saúde acima descritos que já tivessem concluído o nível superior ou técnico e que aceitaram participar do estudo.

Foram excluídos os profissionais de saúde que faziam parte da equipe de Cuidados Paliativos.

3.5. Período de Coleta

O período de coleta compreendeu entre os meses de novembro de 2020 a março de 2021.

3.6. Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada através de envio do link por *e-mail* fornecido pelo Centro de Saúde Escola Vila dos Lavradores, Unidade Auxiliar da Faculdade de Medicina de Botucatu- UNESP, e os números de *WhatsApp* foram obtidos através de grupos do mesmo aplicativo dos quais a pesquisadora já pertencia, e cada pessoa fornecia o contato de outros que se encaixavam nos critérios de inclusão. O convite foi enviado por *e-mail* e *WhatsApp* com um texto explicativo sobre os objetivos da pesquisa, juntamente com o link do questionário a ser respondido. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) foi incluído no início do questionário virtual, no qual os participantes poderiam concordar ou não, antes de iniciar o questionário da pesquisa. Dessa forma não foram entregues nenhuma via impressa aos participantes. Em caso de não aceite do TCLE, não foi possível o acesso aos instrumentos da pesquisa.

Os dados coletados foram salvos automaticamente no banco de dados da plataforma Lime Survey®, com o auxílio do NEADTIS - FMB (Núcleo de Educação a Distância e Tecnologias da Informação em Saúde da Faculdade de Medicina de Botucatu).

3.7. Instrumentos para a coleta de dados

Para coleta dos dados foram utilizados um questionário sociodemográfico e um instrumento de avaliação de conhecimento sobre cuidados paliativos.

O questionário sociodemográfico aplicado foi elaborado pela própria pesquisadora. Os dados nesse questionário foram agregados da seguinte forma: idade (anos), sexo (feminino e masculino), etnia (branco(a)/caucasiano(a) e negro(a)/pardo(a)), situação conjugal (com companheiro(a) e sem companheiro(a)), crença em Deus (sim e não), religião (sim, praticante ou não praticante e não tem religião), profissão/conselho profissional (assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, médico, nutricionista, psicólogo, técnico/auxiliar de enfermagem, gerontóloga, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional), tempo de formação (<5 anos, 5-10 anos, 10-20 anos e >20 anos), local de trabalho atual (administração, assistência hospitalar, atenção primária e ensino/pesquisa), função no trabalho (assistencial, não assistencial e ambas), tempo de experiência profissional (não tenho experiência nesta área, menos de 1 ano de experiência, de 1 a 5 anos e acima de 5 anos), e respostas com sim ou não para as perguntas sobre aptidão a prestar serviços de cuidados paliativos, formação específica em Cuidados Paliativos, experiência com pacientes em cuidados paliativos, importância da inclusão de conteúdos de cuidados paliativos nos currículos de graduação de profissões da saúde, vivência com processo de morte/morrer de familiar ou pessoa próxima (Apêndice B).

O instrumento para avaliação do conhecimento sobre cuidados paliativos usado foi o *Bonn Palliative Care Knowledge Test* (BPW), desenvolvido por Pfister et al.³³ (2011), originalmente alemão, traduzido e adaptado por Minosso et al.³⁴ (2017) para o português de Portugal, visa avaliar conhecimento e crenças de autoeficácia em cuidados paliativos. A Seção de Conhecimentos (Seção 1) sobre cuidados paliativos do questionário engloba 23 perguntas, e a Seção de Avaliação de autoeficácia (Seção 2), 15 perguntas, todas com opções de respostas na forma Likert variando de correto, razoavelmente correto, pouco correto ou incorreto. E para a análise da Seção 1, as questões são agrupadas em 4 dimensões: Dor, com 7 questões (números 2, 4, 5, 9, 11, 19 e 20); Controle de Sintomas, com 2 questões (números 3 e 7); Conhecimento Geral, com 8 questões (números 1, 8, 10, 13, 15, 17, 21 e 22); e Atitude sobre o morrer, com 6 questões (números 6, 12, 14, 16, 18 e 23). (Anexo 1). As respostas esperadas para cada pergunta da seção 1 do questionário BPW são de que sejam as opções “pouco correto” ou “incorretos” para os itens 1-4, 6-10, 12, 14 e

16-20 e “correto” ou “razoavelmente correto” para o restante (5, 11, 13, 15 e 21-23), segundo os autores do instrumento.³³

3.8. Análise dos dados

Inicialmente foi realizada uma análise descritiva com o cálculo de média e desvio padrão para variáveis quantitativas e frequências, e percentuais para variáveis categorizadas.

Foram avaliadas as respostas dos questionários sobre cuidados paliativos e avaliados o número de respostas corretas e incorretas para o geral e para as diversas categorias profissionais de acordo com as respostas corretas fornecidas pelo instrumento. As associações entre o número de acertos e categorias profissionais e tempo de formado foram avaliadas utilizando o teste qui-quadrado de Pearson. O mesmo foi feito para o questionário de conhecimentos.

A correlação de Pearson foi obtida para avaliar o número de respostas corretas da seção 1 e as positivas da seção 2 e considerando todos os entrevistados no geral e por categoria profissional.

Em todos os testes foi fixado o nível de significância de 5% ou o p-valor correspondente. Todas as análises foram realizadas pelo programa SAS for windows, v.9.4.

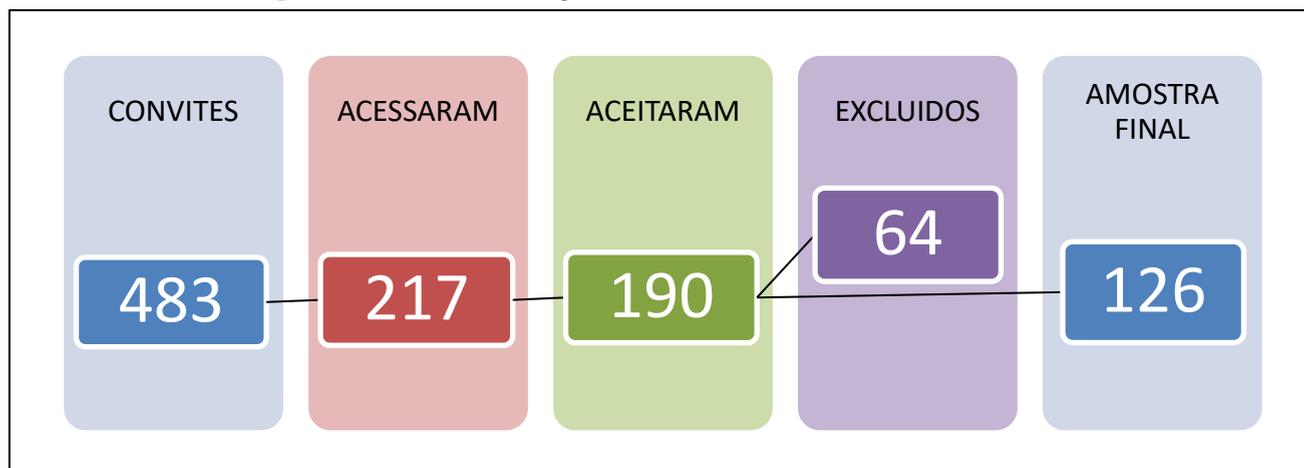
3.9. Aspectos éticos

Em conformidade com as diretrizes nacionais e internacionais para pesquisa com seres humanos, do Conselho para a Organização Internacional de Ciências Médicas (CIMS) e da resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, CAAE 37277220.2.0000.5411, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, parecer 4.296.642 (Anexo 2).

4. RESULTADOS

Do total de 483 convites enviados para os profissionais de saúde, 217 (44,93%) acessaram o link, 190 (39,34%) aceitaram participar e concordaram com o TCLE, destes, 126 (66,31%) foram incluídos na amostra final, os outros 64 (33,68%) foram excluídos por não completarem o preenchimento de todos os instrumentos do estudo (Quadro 01).

Quadro 01. Fluxograma de constituição da amostra. Botucatu, 2022.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Na tabela 01 são apresentadas as características sociodemográficas dos participantes. A média de idade foi de $35,60 \pm 10,86$ anos, variando de 22 a 63 anos, com predominância do sexo feminino (110/87,30%), a maioria vivia com companheiro (87/69,05%), acreditava em Deus (118/93,65%), trabalhava exclusivamente na assistência (79/62,70%) e, há mais de cinco anos na área (64/50,79%). Em relação às profissões, da maioria dos participantes, 63 (50,00%) eram enfermeiros, seguido de 16 nutricionistas (12,70%) e 15 médicos (11,90%). (Tabela 01)

Tabela 01. Características sociodemográficas dos profissionais da área da saúde (n=126). Botucatu, 2022.

Variáveis		Média (n=126)	Desvio padrão
Idade (anos)		35,60	10,90
Variáveis	Categorias	Frequência (n=126)	Porcentagem (%)
Sexo	Feminino	110	87,30
	Masculino	16	12,70
Cor	Branco(a)/Caucasiano(a)	107	84,92

	Negro(a)/Pardo(a)	19	15,08
Situação conjugal	Com companheiro(a)	87	69,05
	Sem companheiro(a)	39	30,95
Crença em Deus	Sim	118	93,65
	Não	8	6,35
Religião	Sim, praticante	70	55,56
	Sim, não praticante	39	30,95
	Não	17	13,49
Profissão (conselho profissional)	Assistente Social	2	1,58
	Enfermeiro	63	50,00
	Fisioterapeuta	4	3,17
	Médico	15	11,90
	Nutricionista	16	12,70
	Psicólogo	10	7,93
	Técnico/auxiliar de enfermagem	12	9,52
	Gerontóloga	1	0,79
	Fonoaudióloga	2	1,58
	Terapeuta ocupacional	1	0,78
Tempo de formação	<5 anos	45	35,71
	5-10 anos	25	19,84
	10-20 anos	29	23,02
	>20 anos	27	21,43
Local de trabalho atual	Administração	5	3,97
	Assistência hospitalar	62	49,21
	Atenção primária	40	31,75
	Ensino/Pesquisa (Faculdade e/ou Escola Técnica)	19	15,08
Função no trabalho	Assistencial	79	62,70
	Não assistencial	16	12,70
	Ambas	31	24,60

	Não tenho experiência		
Tempo de experiência (atendimento ambulatorial e/ou hospitalar)	nesta área	10	7,94
	Menos de 1 ano de experiência	16	12,70
	De 1 a 5 anos	36	28,57
	Acima de 5 anos	64	50,79

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Na tabela 02 são apresentadas as respostas quanto ao questionamento em relação a aptidão, conhecimento e experiências com CP, autorreferida pelos profissionais de saúde entrevistados. Observa-se que, 55,56% (70) dos entrevistados se consideraram aptos e, 54,76% (69) tem experiência em prestar cuidados paliativos, mesmo considerando que 90,48% (114) não tem formação específica para tal e 79,37% (100) referem já ter vivenciado o processo de morte/morrer de um familiar ou pessoa próxima. Todos os participantes consideraram importante a inclusão de conteúdos de CP na formação profissional e já vivenciou processo de morte/morrer em sua vida pessoal.

Tabela 02. Aptidão, conhecimentos e experiências com cuidados paliativos autorreferidas pelos profissionais da saúde (n= 126). Botucatu, 2022.

Variáveis	Categoria profissional								Geral	
	Enfermeiro (n=63)		Médico (n=15)		Técnico/auxiliar de enfermagem (n=12)		Outros (n=36)			
	Sim	%	Sim	%	Sim	%	Sim	%	Sim	%
Considera-se apto para prestar cuidados a pacientes em cuidados paliativos?	42	66,66	6	40	5	41,66	17	47,22	70	55,56
Tem formação específica em cuidados paliativos?	6	9,52	2	13,33	1	8,33	3	8,33	12	9,52
Tem experiência profissional com pacientes em cuidados paliativos?	39	61,90	7	46,66	7	46,66	16	44,44	69	54,76
Considera importante a inclusão de conteúdos sobre cuidados paliativos nos currículos de graduação para profissões da saúde?	63	100	15	100	12	100	36	100	126	100

Já vivenciou o processo de morte/morrer de um familiar ou pessoa próxima?

48 76,19 14 93,33 8 66,66 31 86,11 100 79,37

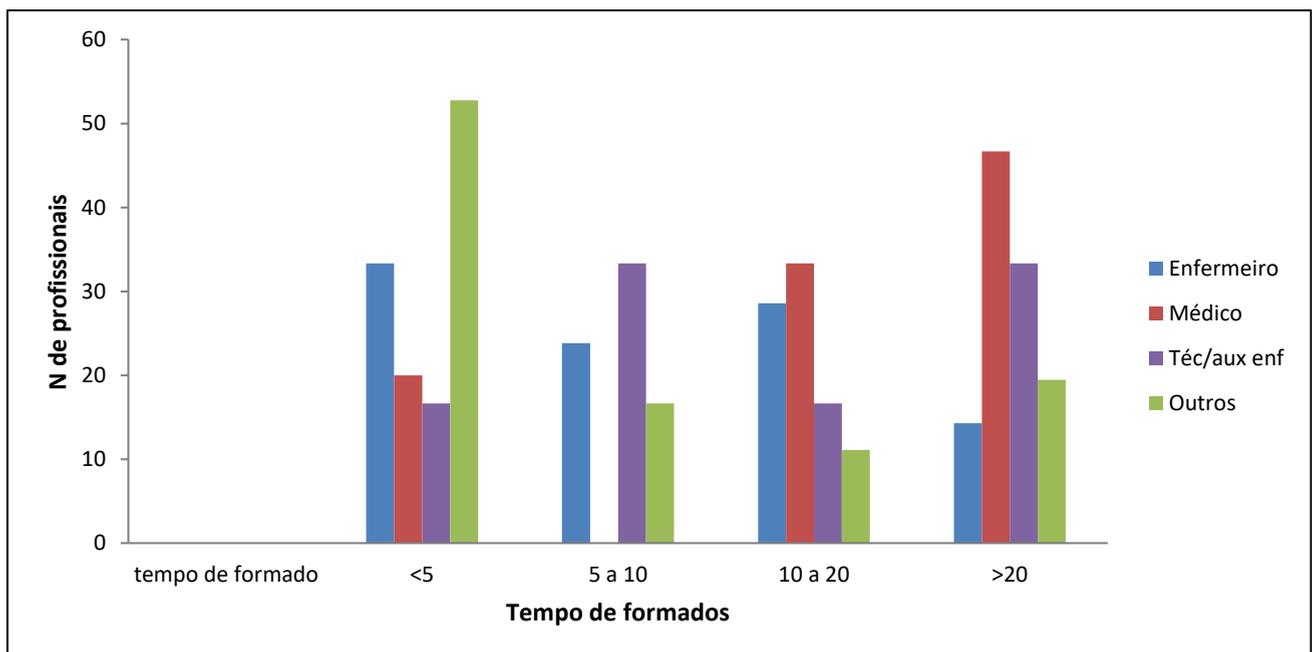
Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Para fins de comparação dos resultados, foram consideradas 4 categorias profissionais considerando a proximidade de suas atribuições dentro da assistência em cuidados paliativos: enfermeiros, médicos, técnicos/auxiliares de enfermagem e outros (assistente social, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, gerontóloga, nutricionistas, psicólogos e terapeuta ocupacional).

No gráfico 01 apresenta-se a caracterização do tempo formação das diferentes categorias profissionais.

Observa-se que o grupo outros é o que possui menor tempo de formação (< 5 anos), enquanto que os médicos, o maior tempo de formados (> 20 anos).

Gráfico 01. Caracterização do tempo de formação das diferentes categorias dos profissionais de saúde entrevistados (n=126). Botucatu, 2022.

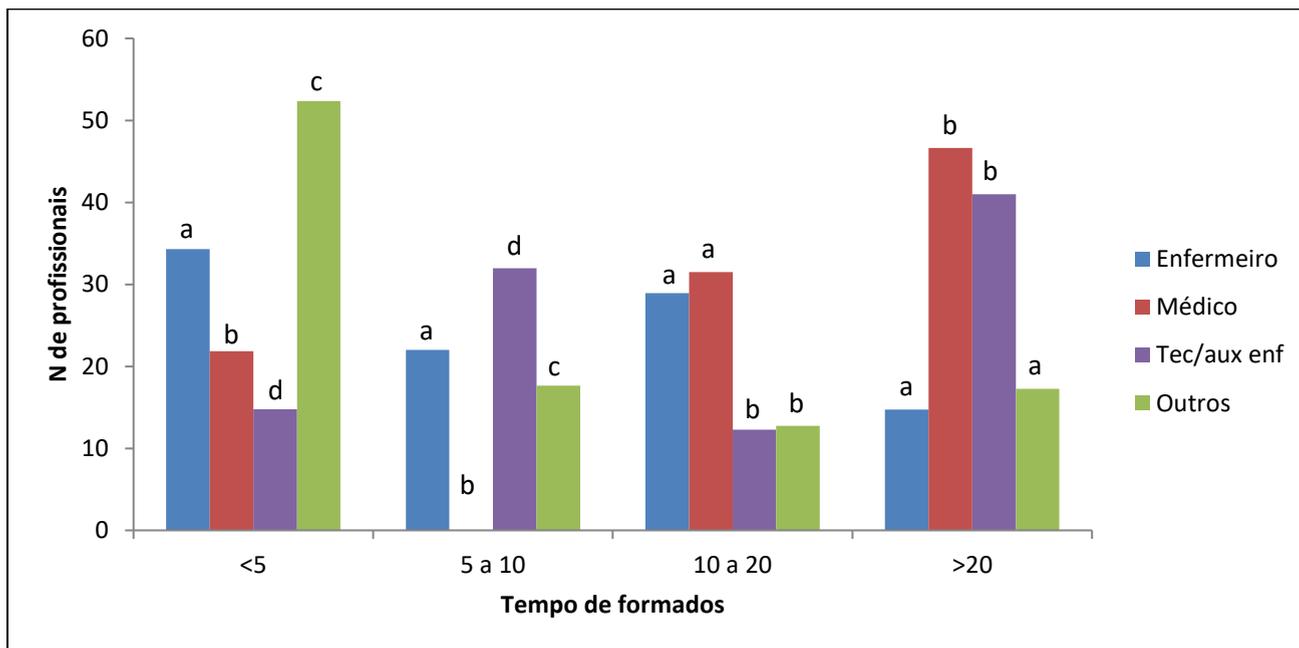


Fonte: Elaborado pela pesquisadora

No gráfico 02 observa-se a associação entre o tempo de formação das diferentes categorias profissionais com as respostas corretas do questionário BPW da seção de

conhecimentos.

Gráfico 02. Associação entre o tempo de formação das diferentes categorias profissionais com as respostas corretas da seção de conhecimentos do questionário BPW (n=126). Botucatu, 2022.



Proporções de mesma letra não diferem ao nível de 5% pelo teste de diferença de proporções.

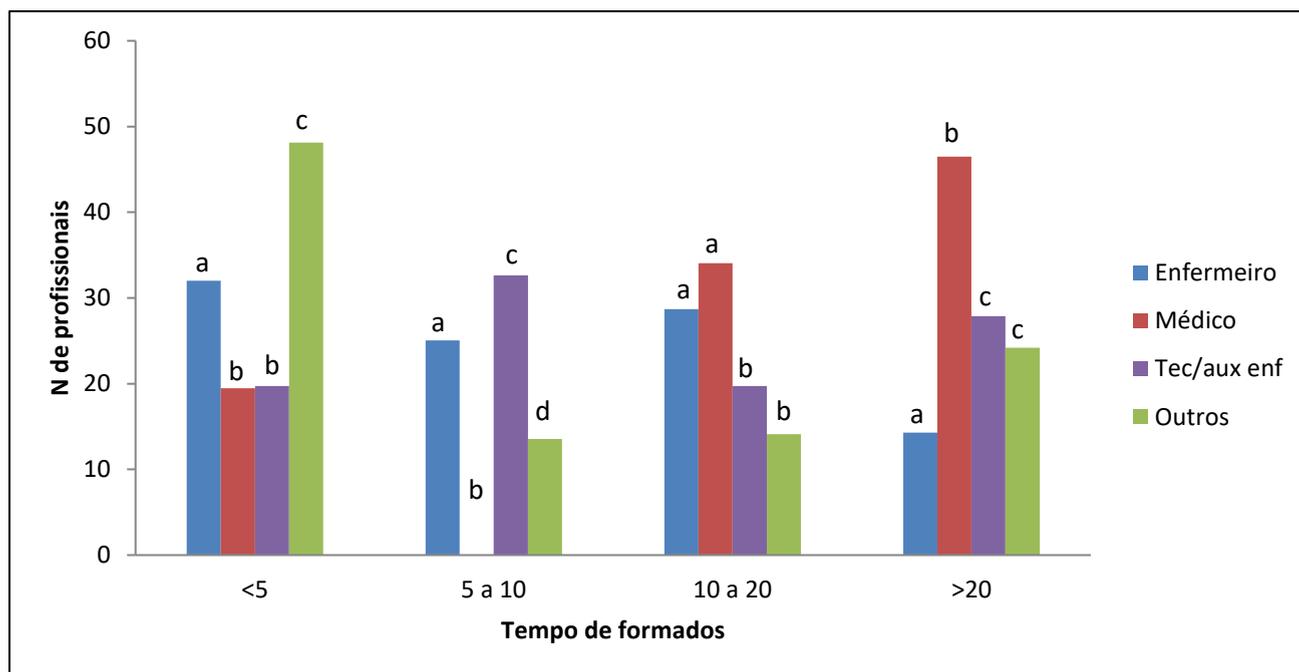
Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A frequência de respostas corretas do BPW, dos diferentes grupos profissionais com até 10 anos de formados foram significativamente diferentes, no qual o grupo outros demonstrou ter mais conhecimento sobre CP que os demais, quando com menos de 5 anos de formados e de 5 a 10 anos o grupo dos técnicos/auxiliares de enfermagem acertaram mais. Com tempo de formados entre 10 e 20 anos, os enfermeiros e os médicos apresentaram maior frequência de respostas corretas que os demais. Já com mais de 20 anos de formação os enfermeiros e o grupo de outros não diferiram entre si, mas sim dos demais e mostraram ter menos conhecimento, médicos e técnicos/auxiliares de enfermagem não diferem entre si também e foram as categorias que apresentaram mais acertos nessa seção.

No gráfico 03 apresenta-se a associação entre o tempo de formação das diferentes categorias profissionais com a resposta dos entrevistados em relação a se sentirem capazes de cuidar de pacientes em CP, na seção de autoeficácia do questionário BPW.

Em relação ao tempo de formação menor que 5 anos, a frequência de respostas positivas sobre se sentirem capazes dos médicos e dos técnicos/auxiliares de enfermagem não diferiram entre si, mas sim das outras categorias profissionais mostrando serem as categorias profissionais que se sentem menos capazes de prestar CP. Entre 5 e 10 anos de formados, todas as categorias apresentaram diferença entre si, e a categoria profissional que se sente mais capaz é a de técnicos/auxiliares de enfermagem. De 10 a 20 anos de formação, os enfermeiros e os médicos não diferem entre si, mas diferem dos demais, o que demonstra maior confiança de que são capazes de prestar CP, e o grupo dos outros e técnicos/auxiliares de enfermagem não diferem entre si, e demonstraram ter menos confiança de que são capazes. Por fim, entre as pessoas com mais de 20 anos de formação os técnicos/auxiliares de enfermagem e os outros diferiram estatisticamente dos demais, mas não entre si, e o grupo dos enfermeiros e dos médicos diferiram entre si e dos demais. Com mais de 20 anos de formação a categoria profissional que mais acredita ser capaz de prestar CP são os médicos.

Gráfico 03. Associação entre o tempo de formação das diferentes categorias profissionais com as respostas do questionário BPW, na seção de autoeficácia (n=126). Botucatu, 2022.



Proporções de mesma letra não diferem ao nível de 5% pelo teste de diferença de proporções.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Nas tabelas a seguir (03 a 08), serão apresentados os resultados referentes às respostas da Seção de Conhecimentos (Seção 1) do questionário BPW (Apêndice C).

Na tabela 03 quando questionados sobre se considerarem aptos a prestar cuidados paliativos e se já tiveram experiência profissional com pacientes em CP, os enfermeiros são os profissionais que diferem dos demais quando comparado às respostas da Seção 1, ou seja é a categoria profissional que mais acredita ser apto e que tem mais experiência profissional, sendo a única que a porcentagem de respostas com “sim” para essas duas perguntas foi maior do que demonstraram ter conhecimento sobre CP. Sobre ter formação específica em CP não houve significância entre as categorias profissionais, pois mesmo poucos terem formação específica demonstraram ter conhecimento sobre CP. Para o questionamento se consideram importante a inclusão de conteúdos sobre cuidados paliativos nos currículos de graduação para profissões da saúde, todos concordaram e responderam que sim. Todas as categorias profissionais diferiram quando questionadas se já vivenciaram o processo de morte/morrer de um familiar ou pessoa próxima quando comparados às respostas corretas da seção 1, já que mesmo referindo terem vivência o conhecimento sobre CP é menor.

Tabela 03. Aptidão, conhecimentos e experiências com cuidados paliativos autorreferidas pelos profissionais da saúde (n= 126) em relação com as respostas corretas da seção de conhecimentos do questionário BPW. Botucatu, 2022.

Variáveis	Categoria profissional								p-valor
	Enfermeiro (n=822)		Médico (n=238)		Técnico/auxiliar de enfermagem (n=122)		Outros (n=487)		
	Sim	%	Sim	%	Sim	%	Sim	%	
Considera-se apto para prestar cuidados a pacientes em cuidados paliativos?	543	66,06 ^a	99	41,60 ^b	47	35,07 ^b	235	48,25 ^b	<0,0001
Tem formação específica em cuidados paliativos?	85	10,34	33	13,87	11	8,20	40	8,20	0,1206
Tem experiência profissional com pacientes em cuidados paliativos?	497	60,46 ^a	117	49,16 ^b	66	49,25 ^b	226	46,40 ^b	<0,0001
Considera importante a inclusão de conteúdos sobre cuidados	822	100	238	100	122	100	487	100	-

paliativos nos currículos de graduação para profissões da saúde?

Já vivenciou o processo de morte/morrer de um familiar ou pessoa próxima?

609 74,09^a 220 92,44^b 80 59,70^c 408 83,80^d **<0,0001**

n=número de respostas corretas da Seção 1 do questionário BPW. Proporções seguidas de mesma letra não diferem ao nível de 5% pelo teste de diferença de proporções. Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Na avaliação dos conhecimentos sobre cuidados paliativos (Seção 1), do questionário BPW, das 23 questões, houve diferença significativa entre as categorias profissionais ($p < 0,0001$). Pode-se observar que os enfermeiros e outros não apresentaram diferença significativa entre si, mas sim para os demais, pois apresentaram porcentagens de respostas corretas próximas. É possível observar que os técnicos/auxiliares de enfermagem apresentaram a menor quantidade de respostas corretas (122/44,20%), ou seja, tem menos conhecimento sobre CP que as demais categorias, e os médicos (238/68,99%), mais conhecimento (Tabela 04). O mesmo resultado se aplica quando corrigido pelo tempo de formado.

Tabela 04. Frequência de respostas corretas das 23 questões da seção de conhecimentos do BPW em relação as categorias profissionais. Botucatu, 2022.

Categoria profissional	N	Total de respostas	Respostas corretas	%	p-valor
Enfermeiro	63	1449	822	56,73 ^b	
Médico	15	345	238	68,99 ^a	
Técnico/auxiliar de enfermagem	12	276	122	44,20 ^c	<0,0001
Outros	36	828	487	58,82 ^b	

N= número de profissionais. Proporções seguidas de mesma letra não diferem a nível de 5% pelo teste de diferença de proporções. Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Em relação à análise do conhecimento, levando em consideração as dimensões do instrumento BPW (Dor, Controle de Sintomas, Conhecimento Geral, Atitude sobre o morrer) entre as categorias profissionais (Apêndice E), observa-se significância para as dimensões Dor ($p=0,0239$), Controle de Sintomas ($p=0,0129$) e Conhecimento Geral ($p=0,0021$), já que foram os domínios nos quais houveram mais acertos. Para as dimensões Dor e Controle de Sintomas os médicos diferem de todos por serem os profissionais que demonstraram ter mais conhecimento, e os enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e o grupo outros não diferem entre si. Na dimensão Conhecimento Geral, os médicos e técnicos/auxiliares de enfermagem diferem de todos e também entre si, pois tiveram 59,20% e 33,30% de acertos respectivamente mostrando serem o que mais e o que menos acertaram nessa dimensão, e os enfermeiros e grupo outros não diferem entre si, mas sim dos demais. Para a dimensão Atitude Sobre o Morrer não há diferença entre as categorias profissionais, já que todas as categorias profissionais demonstraram ter menos conhecimento nessa Dimensão em relação ao total de acertos (tabela 05).

Tabela 05. Respostas corretas da avaliação de conhecimentos sobre cuidados paliativos de cada categoria profissional em relação às Dimensões. Botucatu, 2022.

Domínios		Enfermeiro		Medico		Técnico/ auxiliar de enfermagem		outros		P-valor
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Dor	corretas	169	38,30 ^b	52	49,50 ^a	24	28,60 ^b	99	36,30 ^b	0,0239
	incorretas	272	61,70	53	50,50	60	71,40	174	63,70	
Controle de sintomas	corretas	60	47,60 ^b	24	80,00 ^a	12	50,00 ^b	45	57,70 ^b	0,0129
	incorretas	66	52,40	6	20,00	12	50,00	33	42,30	
Conhecimento geral	corretas	241	47,80 ^b	71	59,20 ^a	32	33,30 ^c	143	45,70 ^b	0,0021
	incorretas	263	52,20	49	40,80	64	66,70	170	54,30	
Atitude sobre o morrer	corretas	84	22,20	23	25,60	11	15,30	57	24,40	0,3765
	incorretas	294	77,80	67	74,40	61	84,70	177	75,60	

N= número de respostas. Proporções seguidas de mesma letra não diferem a nível de 5% pelo teste de diferença de proporções. Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Quando comparadas as respostas corretas, na seção de conhecimentos do questionário BPW, com a área de trabalho, observa-se que não houve diferença significativa entre os percentuais de respostas corretas nas diversas categorias, ou seja, a área de trabalho demonstrou não influenciar o conhecimento dos profissionais de saúde (Tabela 06).

Tabela 06. Comparação entre a área de trabalho atual e as respostas corretas da seção de conhecimentos do questionário BPW. Botucatu, 2022.

Área de trabalho atual	N	Corretas	%	Incorretas	%	Total	P-valor
Assistência hospitalar	62	799	56,03	627	43,97	1426	
Atenção primária	40	545	59,24	375	40,76	920	
Ensino (Faculdade e/ou Escola Técnica)	19	266	60,87	171	39,13	437	0.101
Administração	5	59	51,30	56	48,70	115	

N= número de profissionais. Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Quando comparados a frequência de respostas corretas na seção de conhecimentos do questionário BPW com a função no trabalho, observa-se que não houve diferença significativa entre as funções, isto é, a função no trabalho não interfere no conhecimento sobre CP dos profissionais de saúde (Tabela 07).

Tabela 07. Comparação entre a função no trabalho atual e as respostas da seção de conhecimento do questionário BPW. Botucatu, 2022.

Função no trabalho atual	N	Corretas	%	Incorretas	%	Total	P-valor
Assistencial	79	1035	56,96	782	43,04	1817	
Não assistencial	16	214	58,15	154	41,84	368	0,6549
Ambas	31	420	58,90	293	41,09	713	

N= número de profissionais. Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Ao correlacionar a frequência de respostas corretas da seção de conhecimentos com as respostas da seção de autoeficácia, foi possível notar uma correlação significativa, porém

baixa, entre os enfermeiros, isto significa que apesar de ter correlação, por ela ser baixa não é possível afirmar que ter mais conhecimento significa ter mais autoeficácia, mas é um indicativo de que isso pode acontecer com essa categoria profissional, já para as demais categorias profissionais não houve correlação (Tabela 08).

Tabela 08. Correlação entre a frequência de respostas corretas da seção de conhecimentos com as respostas da seção de autoeficácia do questionário BPW. Botucatu, 2022.

Categoria profissional	r	P-valor
Enfermeiro	0,27989	0,0263
Médico	0,04438	0,8752
Técnico/auxiliar de enfermagem	0,38474	0,2169
Outros	0,02214	0,898
Geral	0,16195	0,07

r= coeficiente de correlação de Pearson. Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Nas tabelas a seguir (09 a 13), serão apresentados os resultados referentes às respostas da Seção de Avaliação de autoeficácia (Seção 2) do questionário BPW (Apêndice D).

Na tabela 09 quando questionados quanto ao se considerar apto a prestar cuidados paliativos e se já tiveram experiência profissional com pacientes em CP, os enfermeiros são os profissionais que diferem dos demais quando comparados os percentuais das respostas da Seção 2, por referirem ser aptos a prestar CP, terem experiência e demonstrarem acreditar que são capazes segundo o BPW. Sobre ter formação específica em CP, os médicos diferem dos demais profissionais, pois é a categoria profissional que refere ter mais formação específica. Em relação a considerarem importante a inclusão de conteúdos sobre cuidados paliativos nos currículos de graduação para profissões da saúde, todos concordaram e responderam que sim. Todas as categorias profissionais diferiram quando questionadas se já vivenciaram o processo de morte/morrer de um familiar ou pessoa próxima, na qual os médicos e outros referiram ter mais vivência do que confiança de serem capazes de prestarem CP, já com os enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem

aconteceu o contrário.

Tabela 09. Aptidão, conhecimentos e experiências com cuidados paliativos autorreferidas pelos profissionais da saúde (n= 126) em relação às respostas da seção de Avaliação de autoeficácia do questionário BPW. Botucatu, 2022.

Variáveis	Categoria profissional								p-valor
	Enfermeiro (n=819)		Médico (n=185)		Técnico/auxiliar de enfermagem (n=147)		Outros (n=347)		
	Sim	%	Sim	%	Sim	%	Sim	%	
Considera-se apto para prestar cuidados a pacientes em cuidados paliativos?	580	70,82 ^a	86	46,49 ^b	58	39,46 ^b	166	47,84 ^b	<0,0001
Tem formação específica em cuidados paliativos?	87	10,62 ^a	30	16,22 ^b	13	8,84 ^a	28	8,07 ^a	0,0291
Tem experiência profissional com pacientes em cuidados paliativos?	539	65,81 ^a	94	50,81 ^b	83	56,46 ^b	161	46,40 ^b	<0,0001
Considera importante a inclusão de conteúdos sobre cuidados paliativos nos currículos de graduação para profissões da saúde?	819	100	185	100	147	100	347	100	-
Já vivenciou o processo de morte/morrer de um familiar ou pessoa próxima?	647	79,00 ^a	177	95,68 ^b	92	62,59 ^c	293	84,44 ^d	<0,0001

n=número de respostas de aptidão da Seção 2 do questionário BPW. Proporções seguidas de mesma letra não diferem ao nível de 5% pelo teste de diferença de proporções. Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Na avaliação de autoeficácia sobre cuidados paliativos (Seção 2) do questionário BPW, das 15 questões, pode-se observar que a categoria profissional outros apresentou diferença significativa para os demais, já que esta se considera menos capaz em relação aos cuidados paliativos que as demais (64,26%) (Tabela 10). O mesmo resultado se aplica quando corrigido pelo tempo de formado.

Tabela 10. Comparação entre as respostas da seção de autoeficácia do BPW e as categorias profissionais. Botucatu, 2022.

Categoria profissional	N	Total de respostas	Capaz	%
Enfermeiro	63	945	819	86,67 ^a
Médico	15	225	185	82,22 ^a
Técnico/auxiliar de enfermagem	12	180	147	81,67 ^a
Outros	36	540	347	64,26 ^b

N= número de profissionais. Proporções seguidas de mesma letra não diferem a nível de 5% pelo teste de diferença de proporções. Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Quando comparada a área de trabalho com as respostas da seção de autoeficácia, é possível observar que as áreas de assistência hospitalar e ensino não diferem entre si mas sim das demais, e a atenção primária se difere da administração, isto demonstra que quem trabalha na atenção primária se considera menos capaz (73,50%) e quem trabalha na área de administração se considera mais capaz (98,67%) de prestar os CP (Tabela 11).

Tabela 11. Comparação entre a área de trabalho atual e as respostas da seção de autoeficácia do questionário BPW. Botucatu, 2022.

Área de trabalho atual	N	Capaz	%	Incapaz	%	Total	P-valor
Assistência hospitalar	62	750	80,65	180	19,35	930 ^b	
Atenção primária	40	441	73,50	159	26,50	600 ^c	
Ensino (Faculdade e/ou Escola Técnica)	19	233	81,75	52	18,25	285 ^b	
Administração	5	74	98,67	1	1,33	75 ^a	

N= número de profissionais. Proporções seguidas de mesma letra não diferem a nível de 5% pelo teste de diferença de proporções. Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Ao se comparar as respostas da seção de autoeficácia com a função no trabalho é possível observar que a assistencial difere das demais funções, isto significa que, quem

trabalha apenas na assistência se sente menos capaz frente aos CP (Tabela 12).

Tabela 12. Comparação entre a função no trabalho atual com as respostas da seção de autoeficácia do questionário BPW. Botucatu, 2022.

Função no trabalho atual	N	Capaz	%	Incapaz	%	Total	P-valor
Assistencial	79	907	76,54	278	23,46	1185 ^b	
Não assistencial	16	206	85,83	34	14,16	240 ^a	0,0005
Ambas	31	385	82,79	80	17,20	465 ^a	

N= número de profissionais. Proporções seguidas de mesma letra não diferem a nível de 5% pelo teste de diferença de proporções. Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Foi realizada a comparação das respostas corretas da seção de conhecimentos com as respostas da seção de autoeficácia através do teste de diferença de proporções, e com isso pudemos observar que a proporção das respostas da seção de autoeficácia é maior que os acertos da seção de conhecimentos, para todas as categorias profissionais, ou seja, os profissionais se consideram capazes frente aos cuidados paliativos, mas o conhecimento que eles têm sobre o assunto não é correspondente. A categoria outros teve uma significância baixa nessa comparação, já que as porcentagens de respostas corretas (58,82%) e de autoeficácia (64,26%) são as que mais se aproximam do que das outras categorias, ou seja é a categoria profissional que tem menos confiança em sua capacidade frente aos CP (tabela 13).

Tabela 13. Comparação das respostas da seção de conhecimentos e as respostas da seção de autoeficácia do questionário BPW. Botucatu, 2022.

Categoria profissional	Seção conhecimentos		Seção autoeficácia		P-valor
	Corretas (%)	Incorretas (%)	Capaz (%)	Incapaz (%)	
Enfermeiro	56,73	43,27	86,67	13,33	<0.0001
Médico	68,99	31,01	82,22	17,78	0,0005

Técnico/auxiliar de enfermagem	44,20	55,80	81,67	18,33	<0.0001
Outros	58,82	41,18	64,26	35,74	0,0499

Proporções seguidas de mesma letra não diferem a nível de 5% pelo teste de diferença de proporções.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

5. DISCUSSÃO

Os resultados encontrados da associação entre o conhecimento e a autoeficácia em cuidados paliativos permitiram observar que a população estudada além de ter pouco conhecimento sobre cuidados paliativos, também demonstraram ter autoconfiança em sua capacidade em prestar esses cuidados.

Na literatura foram encontrados poucos trabalhos sobre avaliação do conhecimento em cuidados paliativos que aplicaram o questionário BPW entre profissionais de saúde. Em todos foram avaliadas a equipe de enfermagem, mas também haviam outros profissionais em alguns desses estudos como: médico, fisioterapeuta e psicólogo. Cada estudo foi realizado em um local diferente de atuação profissional como: Atenção Primária à Saúde, UTI e lar de longa permanência para idosos³⁴⁻³⁷. Ainda é escassa na literatura pesquisas que avaliem os conhecimentos sobre CP e a autoeficácia sobre o assunto, principalmente pesquisas com profissionais que não sejam da equipe de enfermagem ou médicos, mas os estudos existentes têm evidenciado que existe realmente uma lacuna no conhecimento de profissionais de saúde nesta área.

No presente estudo houve predominância do sexo feminino (87,30%), assim como foi observado no estudo de Minosso³⁵ (2017), o qual foi a pesquisa de validação do instrumento BPW para o português de Portugal, realizada com médicos e estudantes de medicina, onde a maioria dos entrevistados eram do sexo feminino (88,33%). Outros estudos que também utilizaram o mesmo questionário obtiveram que a maioria de suas amostras eram compostas pelo sexo feminino^{34,36}.

Neste estudo foi observado que os profissionais entrevistados se consideraram aptos (55,56%). 54,76% (69) tem experiência em prestar cuidados paliativos, mesmo considerando que apenas 9,52% tem formação específica para tal, e 79,37% (100) referem já ter vivenciado o processo de morte/morrer de um familiar ou pessoa próxima, que são

resultados muito semelhantes ao encontrado na literatura^{35,36}. Em relação a considerarem importante incorporar conteúdo sobre CP no currículo de graduação, um dos estudos trouxe o mesmo resultado e no outro nem todos os seus entrevistados consideraram importante essa inclusão, mas não foi feita uma discussão sobre o que pode ter levado a esses participantes não considerarem³⁶. Esses resultados mostraram que na atual pesquisa os profissionais de saúde se consideram menos aptos, experientes e têm menos vivências no processo de morte/morrer de familiar ou pessoa próxima em comparação à essas duas outras pesquisas.

Quando essas mesmas perguntas foram comparadas às respostas corretas de conhecimentos e as positivas de autoeficácia, foi possível observar que os enfermeiros foram os que mostraram mais acreditar serem capazes e aptos, e referiram ter mais experiência em relação às outras categorias, mas depois dos técnicos/auxiliares de enfermagem, os enfermeiros são os que menos demonstraram ter conhecimento sobre CP.

Em relação à formação específica em CP, os médicos diferiram dos demais profissionais apenas quando comparado às respostas sobre autoeficácia, pois é a categoria profissional que referiu ter mais formação específica apesar de ainda assim ser uma porcentagem baixa (13,33%). Já quando a comparação é feita com a seção 1 (conhecimentos), observa-se que todos os profissionais demonstraram ter conhecimento apesar das baixas porcentagens de formação específica. Sobre a vivência no processo de morte/morrer todas as categorias profissionais diferiram quando comparados às respostas corretas da seção 1, já que terem vivência não levou ao maior conhecimento, e às respostas positivas da seção 2 (avaliação de autoeficácia), já que os médicos e outros, mesmo referindo ter vivência, a sua confiança se são capazes não foi correspondente, e os outros profissionais demonstraram serem confiantes em sua capacidade apesar da sua vivência ser menor.

Quando associado o tempo de formação das categorias profissionais com as respostas corretas da seção 1, foi observado que a categoria mais numerosa e com menor tempo de formação (<5 anos) foi a de enfermeiros, que demonstram ter mais conhecimento do que os demais, e a categoria mais numerosa com maior tempo de formação (>20 anos) foi a dos médicos, os quais demonstraram ter mais conhecimento que as demais categorias profissionais. Na literatura foi encontrado o contrário, sendo os médicos com menor tempo de formação (≤5 anos) com mais conhecimento que os demais profissionais, e os enfermeiros com maior tempo de formação (≥10 anos) com maior conhecimento³⁷.

Já quando associado o tempo de formação com a autoeficácia, a categoria outros mostrou ter uma maior autoeficácia com menos de 5 anos, e com mais de 20 anos de formados os médicos demonstraram mais confiança em prestar cuidados paliativos. O contrário do observado na pesquisa de Pfister et al.³⁴ (2011), onde os profissionais de saúde mais velhos tinham a menor autoeficácia.

Na literatura pouco se discute sobre a autoeficácia relacionada ao tempo de formação, mas através dessas duas associações com o tempo de formação dos profissionais entrevistados, surgiu a hipótese de que os enfermeiros com menos tempo de formação demonstram ter mais conhecimento que os demais talvez por sua prática profissional tão próxima e constante com os pacientes, mas quanto à autoeficácia não demonstraram ter mais autoconfiança em prestar os cuidados paliativos do que a categoria outros, o que poderia estar relacionado com uma abordagem mais recente sobre esses cuidados durante a formação na graduação ou depois de formados, já que a entrevista foi realizada com profissionais de saúde de um hospital escola e entre os entrevistados também estão especializando e residentes, que têm contato com pacientes de diferentes especialidades inclusive os cuidados paliativos.

Outro ponto importante que pode estar relacionado à categoria outros com o menor tempo de formados ter maior autoconfiança que os demais seria por esses profissionais estarem cada vez mais inseridos nas equipes ou por terem mais oportunidades em cuidar de pacientes que recebem CP. Os técnicos/auxiliares de enfermagem com 5 a 10 anos de formados se sentiram mais capazes, o que faz pensar que esses profissionais podem ter um maior contato com pacientes em CP. Já com maior tempo de formados, os médicos demonstraram tanto ter mais conhecimento quanto autoeficácia que os demais, que também poderia ser compreendido por sua prática profissional ser muito próxima dos pacientes somado a maior experiência profissional.

Quanto à comparação entre as respostas corretas da seção 1 e as positivas da seção 2 em relação ao tempo de formação, em um estudo de validação do instrumento BPW, realizado no Brasil, com enfermeiros da atenção primária à saúde, não foi observada diferença significativa através dessa comparação, ou seja, independente do tempo de formação o conhecimento e a autoeficácia não foram modificados³⁸.

Sobre os resultados do conhecimento de CP comparados entre as categorias profissionais, foi observado que os médicos demonstraram ter mais conhecimento que os demais na pesquisa atual, o que também pôde ser observado em um estudo realizado com

técnicos de enfermagem, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos observou diferença significativa apenas entre médicos e enfermeiros, e entre técnicos de enfermagem e médicos já que os médicos apresentaram mais acertos, ou seja, maior conhecimento, em relação aos enfermeiros e técnicos de enfermagem³⁶. Já nos resultados de Santiago et al.³⁷ (2019) foi encontrado que, em relação aos enfermeiros, o conhecimento sobre o assunto dos médicos era menor independente do tempo de formação.

Quanto às dimensões, foi observado que, em relação à atitude sobre o morrer, não houve diferença significativa entre as categorias profissionais, já que essa foi a dimensão na qual demonstraram ter menor conhecimento em relação às outras, em consonância com os dados encontrados na literatura, apesar de não ser observado diferença significativa para nenhum domínio³⁷. Interessante os profissionais de saúde demonstrarem entender menos sobre a dimensão atitudes sobre o morrer, já que quando avaliados quanto à sua autoeficácia em CP acreditam serem capazes frente aos CP.

Quando comparadas tanto a área do trabalho, quanto a função no trabalho com os acertos na seção 1 do BPW, ambas não demonstraram ter relação com o maior ou menor conhecimento dos profissionais de saúde. Não foi encontrado na literatura estudos que fizessem essas comparações. Já quando comparadas com a seção 2 do BPW, observou-se que menor número de profissionais que trabalhavam na atenção primária se sentiam capazes em relação aos outros locais, e mais profissionais que trabalhavam na administração se sentiam capazes frente aos CP. Quanto à função no trabalho, observou-se na assistencial que mais profissionais não se sentiam capazes frente aos CP em relação às outras funções, sendo essa a única função que demonstrou diferença significativa em relação às demais, resultado que pode estar ligado à insegurança por serem profissionais que não trabalham com pacientes em cuidados paliativos e veem que o atendimento de cuidado paliativo requer outros cuidados.

Quando associada a frequência de respostas corretas da seção de conhecimentos com as respostas da seção de autoeficácia, foi possível notar uma correlação significativa, porém baixa, entre os enfermeiros, não sendo possível afirmar que ter mais conhecimento significa ter mais autoeficácia. O que pode sugerir que, por conta de vivências, experiências ou até mesmo os instintos do cuidar possam fazer com que esses profissionais acreditem, mesmo não tendo conhecimento suficiente, que são capazes de prestar cuidados paliativos.

Quando observado apenas em relação às respostas positivas da seção 2, foi identificado que a categoria que se sente menos capaz frente aos CP é “outros”, e isto pode

estar relacionado com o fato de que a maioria desses profissionais tem menos de 5 anos de formados e o menor tempo de experiência profissional trazer o sentimento de incapacidade e insegurança.

Em relação à autoeficácia sobre a capacidade de prestar CP, um estudo realizado com profissionais de saúde no CTI de um hospital escola, que utilizou o questionário BPW, mostrou que, 90% dos participantes se consideram capazes de informar o paciente e familiares sobre CP, 83% consideram-se aptos para obter informações objetivas sobre a dor e 85% se consideram capazes de oferecer de forma integrada, nos cuidados, os aspectos culturais da morte e do morrer. Quando avaliados sobre o conhecimento em CP, a média de acertos foi de 51,5%³⁶. Estes resultados muito se assemelham aos encontrados na atual pesquisa.

Quando comparadas as respostas da seção 1 com a seção 2 através do teste de diferença de proporções foi observado que todas as categorias profissionais apresentaram diferença significativa, mostrando com isso que todas demonstraram acreditar serem capazes de prestar cuidados paliativos, porém o conhecimento que apresentaram sobre esses cuidados é menor. Esses resultados mostraram o quanto seria importante se esses profissionais de saúde tivessem conhecimento/formação/estudo prévio sobre CP, através por exemplo de disciplinas durante a graduação. E esse fato pode ser confirmado com os resultados do estudo de Silva et al.²⁹ (2018), onde a compreensão deficiente dos profissionais de saúde sobre CP foi associada a falta de formação sobre CP ainda na graduação, e foi observado que, após intervenções educacionais sobre CP, houve melhora da compreensão pelos profissionais, o que é fundamental para a melhora na assistência ao paciente que necessite de CP. Já em uma pesquisa realizada na Alemanha com residentes médicos e médicos especialistas, foi observado que os residentes, por terem a oportunidade de rotatividade entre as especialidades durante a residência, e discussões sobre os cuidados paliativos, demonstraram ter mais conhecimento e maior autoeficácia sobre os CP que os médicos especialistas, mas quando comparadas as duas avaliações, não houve diferença estatística³². Já no estudo de Spineli³⁸ (2019), foi identificado que não houve diferença significativa entre os resultados da comparação das respostas corretas da seção 1 com as respostas positivas da seção 2 do instrumento.

Em vista do principal objetivo do trabalho, que foi avaliar o conhecimento e autoeficácia dos profissionais da saúde, de diferentes áreas de atenção, sobre cuidados paliativos, o intuito desse trabalho foi de entender se os profissionais tinham preparo para

realizar um atendimento em cuidados paliativos através do conhecimento e autoeficácia. E Percebe-se que os prejuízos da falta de formação e preparo que os profissionais de saúde demonstraram ter são inúmeros, como o não entendimento dos sintomas do paciente, proporcionar uma comunicação falha ou não se comunicar, que pode levar à piora dos sintomas já existentes do paciente, tanto físicos como emocionais ou acabar gerando novos sentimentos negativos, aumento do sofrimento e surgimento de medos e dúvidas, que são o reflexo desse cuidado falho, que também pode gerar frustração no profissional por ter autoconfiança nas suas capacidades frente aos cuidados paliativos apesar de demonstrarem pouco conhecimento sobre.

6. CONCLUSÃO

Em uma área, na qual poucos estudos foram realizados, observou-se que existe uma lacuna no conhecimento de profissionais da área da saúde quanto aos cuidados paliativos, principalmente em relação às atitudes sobre o morrer, e que ter autoconfiança em prestar cuidados paliativos não significa ter o conhecimento sobre o assunto. Destaca-se por isso a necessidade da inserção de conteúdos sobre cuidados paliativos em currículos de graduação e cursos técnicos para profissões da saúde, além de formação específica em cuidados paliativos, para que os mesmos possam prestar esses cuidados tendo conhecimento embasado cientificamente.

Recomenda-se que novos estudos sejam realizados, avaliando longitudinalmente e levando em consideração o tipo de formação profissional, e também que sejam estabelecidas estratégias que reforcem a formação acadêmica em CP de profissionais de saúde para que estejam preparados para prestar cuidados de qualidade aos pacientes e seus familiares e cuidadores.

7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A necessidade de mudança na coleta dos dados, de forma presencial para meio eletrônico, teve como consequência, atraso no início da coleta, perda das entrevistas feitas presencialmente e exclusão de 40% de indivíduos que acessaram o link mas não

preencheram corretamente os instrumentos.

E o fato de alguns profissionais considerarem ter formação específica em Cuidados Paliativos mas que não havia pergunta no questionário sociodemográfico para detalhamento de qual foi essa formação, apesar de alguns profissionais referirem informalmente para as pesquisadoras que sua “formação específica” tenha sido uma aula sobre CP durante a graduação ou uma palestra que participou.

REFERÊNCIAS

- 1- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Definition of palliative care. 2002. Disponível em: <<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>> Acesso em: 05 abr 2019.
- 2- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Palliative care. 2020. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>>. Acesso em: 20 ago 2021.
- 3- Silva KS. Em defesa da sociedade: a invenção dos cuidados paliativos. [Dissertação de Mestrado]. 2010. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- 4- Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2. ed. ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos); 2012. 592 p.
- 5- Santos FS. O desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos e a filosofia hospice. Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas. São Paulo: Atheneu, 2011. p. 03-15.
- 6- Floriani CA. Moderno movimento hospice: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte. [Tese de Doutorado]. 2009. Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz.
- 7- Silva GF. Cuidados Paliativos e subjetividade: ações educativas sobre a vida e o morrer. [Tese Doutorado]. 2015. Universidade de Brasília.
- 8- Maciel MGS. Definições e princípios. In: Cuidado Paliativo. São Paulo: Cremesp, 2008. 18- 21.
- 9- Mendes EC, Vasconcellos LCF. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. Debate Saúde, 2015 v. 39, n. 106, p. 881-92.
- 10- Alves RF, Andrade SFO, Melo MO, Cavalcante KB, Angelim RM. Cuidados paliativos: desafios dos cuidadores e profissionais de saúde. Fractal: Revista de Psicologia. 2015 v. 27, n. 2, p. 165-76.
- 11- Oliveira ER, Fiorin BH, Lopes LJ, Gomes MJ, Coelho SO, Morra JS. Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. 2011;13(4):028-034.
- 12- Baère TD, Faustino AM, Miranda AF. A importância da prática interdisciplinar da equipe de saúde nos cuidados paliativos. Revista Portal de Divulgação. 2017 n. 53, p. 5-19.
- 13- Hawthorne DL, Yurkovich NJ. Humanrelationship: theforgottendynamic in palliativecare. alliative&SupportCare, 2003; 1 (3): 261-2650.

- 14-Alves RSF, Santos GC, Cunha ECN, Melo MO. Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2019 v. 39; e185734:1-15.
- 15-Addington-Hall J, Fakhoury W, McCarthy M. Cuidados paliativos especializados em doenças não malignas. *Medicina paliativa*. 1998. 12 (6), 417-427.
- 16-Murtagh FE, Preston M, Higginson I. Padrões de morte: cuidados paliativos para doenças não malignas. *ClinMed (Lond)*. 2004; 4 (1): 39–44.
- 17-WeatherallDJ. Cuidados Paliativos para Pacientes Não com Câncer. *JR Soc Med*. 2001; 94 (11): 600-601.
- 18-Armitage M, Mungall I. Palliative care services: meeting the needs of patients. Report of a working party. *ClinMed (Lond)*. 2007; 7 (5): 436–8.
- 19-Leigh PN, Abrahams S, Al-Chalabi A, Ampong MA, Goldstein LH, Johnson J, et al. O manejo da doença neuronal motora. *J NeurolNeurosurg Psiquiatria*. 2003; 74.
- 20-O'Brien T, Kelly M, Saunders C. Doença dos neurônios motores: uma perspectiva de cuidados paliativos, 1992. *BMJ*; 304 (6825): 471-473
- 21-Pessini L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. *Prática hospitalar*, 2005; 41 (7): 107-12.
- 22-Vu HTT, Nguyen LH, Nguyen TX, Nguyen T, Nguyen TN, Nguyen H, et al. Knowledge and Attitude Toward Geriatric Palliative Care among Health Professionals in Vietnam. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(15):2656. Published 2019 Jul 25. doi:10.3390/ijerph16152656
- 23-Santana JCB, Campos ACV, Barbosa BDG, Baldessari CEF, Paula KF, Rezende MAE, et al. Cuidados Paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de Enfermagem. *Revista Bioethikos*. 2009; 3 (1): 77-86
- 24-Gu X, Cheng W. Chinese oncologists' knowledge, attitudes and practice towards palliative care and end of life issues. *BMC Med Educ* 16, 149. 2016. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0668-3>
- 25-Silveira NR, Nascimento ERP, Rosa LM, Jung W, Martins SR, Fontes MS. Palliative care and the intensive care nurses: feelings that endure. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(6):1012-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0267>
- 26-Franco ISMF, Batista JBV, Freire ML, Evangelista CB, Santos MSL, Lopes MEL.

Death And Grief in Palliative Care: Health Professionals' Experience. Rev Fun Care Online.2020. Jan./Dec.; 12:703-709. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9468>

27-Costa TDC, Alves AMPM, Costa EO, Acioly CMC, Batista PSS. Cuidados Paliativos ao Paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica: Vivência de Fisioterapeutas no Âmbito Hospitalar. Rev Fun Care Online. 2020. jan./dez.; 12:1334-1340. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9465>

28-Chover-Sierra E, Martínez-Sabater A, Lapeña-Moñux Y. Knowledge in palliative care of nursing professionals at a Spanish hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2847.

29-Silva HA, Viana GKB, Lima AKG, Lima ALA, Mourão CML. Intervenção em cuidados paliativos: conhecimento e percepção dos enfermeiros. Rev. enferm UFPE Online. Recife. 2018. maio; 12(5):1325-30. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i05a22653p1325-1330-2018>

30-Nunes LMP. Capacitação multiprofissional em cuidados paliativos precoces [dissertação]. Niterói: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense; 2015.

31-Gryschek G, Cecilio-Fernandes D, Barros GAMD, Mason S, Carvalho-Filho MA. Examining the effect of non-specialised clinical rotations upon medical students' Thanatophobia and Self-efficacy in Palliative Care: a prospective observational study in two medical schools. BMJ Open 2020;10:e041144. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-041144

32-Burmann SN, Neukirchen M, Ostgathe C, Beckmann M, Schwartz J, Scheer K, et al. Knowledge and Self-Efficacy Assessment of Residents and Fellows Following Palliative Care Unit Rotation: A Pilot Study. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®. 2019; 36(6): 492-499.

33-Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, da Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. Rev. de Saúde Pública. 2010; 44(3):559-65.

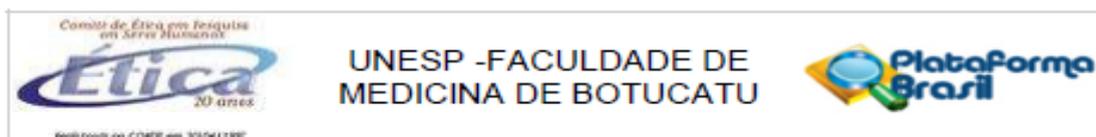
34-Pfister D, Muller M, Muller S, Kern M, Rolke R, Radbruch L: [Validação do teste de Bonn para conhecimento em cuidados paliativos (BPW)]. Schmerz 2011; 25: 643–653.

35-Minosso JSM, Martins MMFPS, Oliveira MAC. Adaptação transcultural do Bonn Palliative Care Knowledge Test: um instrumento para avaliar conhecimentos e autoeficácia. Revista de Enfermagem Referência. 2017; IV (13).

- 36-Oliveira LCM, Teixeira LV, Tavares GR. Cuidados paliativos no CTI de um hospital universitário: a percepção dos profissionais de saúde. Rev. Interdisciplinar Ciências Médicas. 2019; 3(2): 36-41.
- 37-Santiago FAO, Brito LMO, Martins DMF, Barbosa MCL, Costa MRSR, et al. Cuidados paliativos na atenção primária: conhecimento dos médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família. Rev Pesq Saúde. 2019; 20(1): 16-19.
- 38-Spineli VMCD, Oliveira MAC. Conhecimento e autoeficácia em cuidados paliativos de enfermeiros da atenção primária à saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de enfermagem; 2019. 213p.
- 39-Ayala ALM, Santana CH, Landmann SGL. Cuidados paliativos: conhecimento da equipe de enfermagem. In: Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, jul./dez. 2021; Londrina, Universidade Estadual de Londrina (UEL). 2021. v. 42, n. 2, p. 155-166.

ANEXOS

Anexo A – Parecer Conselho de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DE FAMILIARES/CUIDADORES, USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E PROFISSIONAIS DA ÁREA DA

Pesquisador: LUANA FERREIRA PEREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37277220.2.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.296.642

Apresentação do Projeto:

As informações descritas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas dos documentos e arquivo - Informações Básicas da Pesquisa.

Introdução: Nas últimas décadas ocorreu o envelhecimento crescente da população juntamente com avanço tecnológico e terapêutico o que transformou algumas doenças mortais, em crônicas. Dentro desse contexto, doentes crônicos se acumulam nos hospitais e recebem tratamentos desnecessários. Dessa forma os Cuidados Paliativos se encaixam como uma medida necessária, com o intuito de promover qualidade de vida, aliviar e prevenir o sofrimento.

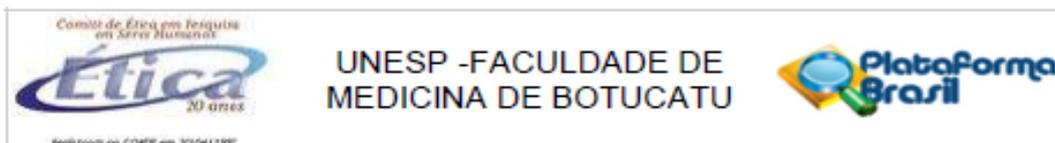
Objetivo: Avaliar o conhecimento sobre cuidados paliativos de familiares/cuidadores dos pacientes e de profissionais da área da saúde, atuantes na atenção básica e ambiente hospitalar.

Método: Trata-se de um estudo transversal multimétodos, com abordagem quali-quantitativa.

O estudo será realizado no Centro de Saúde Escola Vila dos Lavradores e Centro de Saúde Escola Vila Ferroviária, Unidades Auxiliares da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HC-FMB), no Hospital Estadual de Botucatu (HEBo) e na Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-Unesp).

Serão avaliados familiares/cuidadores de pacientes e profissionais de saúde, dentre eles: auxiliares

Endereço: Chácara Butgnoll, s/n
Bairro: Rubião Junior
UF: SP Município: BOTUCATU CEP: 18.618-970
Telefone: (14)3880-1609 E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 4.296.642

de enfermagem, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas e psicólogos, que estiverem trabalhando, aceitarem e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido. Para a etapa quantitativa serão incluídos 50 familiares/cuidadores e 100 profissionais da saúde.

A amostra da etapa qualitativa será feita por saturação.

Para a coleta quantitativa serão utilizados quatro instrumentos, específicos para cada grupo: um questionário sociodemográfico para caracterização dos participantes de cada grupo e dois instrumentos de avaliação de conhecimento sobre Cuidados Paliativos.

Critério de Inclusão: Serão incluídos todos os familiares/cuidadores de pacientes em cuidados paliativos e usuários do SUS que estiverem aguardando atendimento e assinarem o TCLE; Serão incluídos todos os profissionais de saúde que assinarem o TCLE e concluírem a entrevista;

Critério de Exclusão: Serão excluídos os familiares/cuidadores de pacientes em cuidados paliativos, usuários do SUS e profissionais da saúde que por alguma razão não possam responder as questões ou interrompam a entrevista sem concluir; Serão excluídos os profissionais de saúde dos locais participantes, os docentes e pós-graduandos que concordarem mas não concluírem e enviarem o questionário preenchido.

Tamanho da Amostra total no Brasil: 200 participantes

Objetivo da Pesquisa:

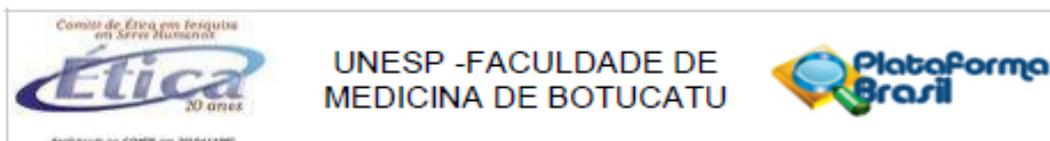
Objetivo Primário: Avaliar o conhecimento de familiares/cuidadores, usuários do Sistema Único de Saúde e dos profissionais da área da saúde, que atuam na atenção básica e em ambiente hospitalar, sobre cuidados paliativos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Como a entrevista prevê retomar experiências pessoais relativas ao adoecimento e a morte estas podem remeter os familiares/cuidadores de demais participantes a possíveis situações vividas como dolorosas e angustiantes. Portanto, as pesquisadoras estarão atentas para a eventual necessidade de acolhimento dos mesmos, assim como avaliação e encaminhamento para atendimento em serviços de saúde, caso julguem necessário. Ademais, devem ser considerados riscos mínimos, que deverão minimizados com privacidade e sigilo dos dados.

Benefícios: Os benefícios que podem ser esperados estão relacionados ao conhecimento dos familiares/cuidadores e profissionais acerca dos CP, e partir destas informações elaborar

Endereço: Chácara Butignoll, s/n
Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 4.296.642

estratégias para esclarecimentos e melhor formação dos mesmos para os cuidados com os pacientes neste estágio de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa quanti e qualitativa para avaliação do conhecimento sobre Cuidados Paliativos, com inclusão de participantes: Familiares/cuidadores (50); profissionais de saúde (100) e Usuários do Sistema Único de Saúde (50). Custo de R\$300,00. Financiamento próprio.

Cronograma de execução: consta Coleta de dados 01/11/2020 a 31/03/2021.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios:

Foram apresentados: folha de rosto devidamente assinada, anuências do CSE e do HCFMB, projeto completo, incluindo questionário a ser aplicado aos participantes da pesquisa. Foram apresentados TCLEs para os participantes da pesquisa: Familiares/cuidadores; profissionais de saúde e Usuários do Sistema Único de Saúde.

Recomendações:

-apresentar relatório final de atividades após finalização da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVADO o Projeto de Pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado, em REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP, realizada em 23/09/2020, o Projeto de Pesquisa apresentado encontra-se APROVADO. O Pesquisador deverá enviar Relatório Final de Atividades ao final da pesquisa.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP

Endereço: Chácara Butignoli, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609	E-mail: cep@fmb.unesp.br

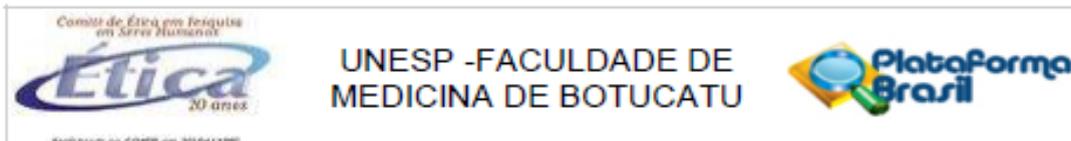
Continuação do Parecer: 4.296.642

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1599294.pdf	15/09/2020 22:09:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto1509.pdf	15/09/2020 22:07:37	LUANA FERREIRA PEREIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA1509.pdf	15/09/2020 22:04:53	LUANA FERREIRA PEREIRA	Aceito
Outros	OficioparaCEP1509.pdf	15/09/2020 22:00:29	LUANA FERREIRA PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLfamiliarescuidadoresQuanti1509.pdf	15/09/2020 21:59:36	LUANA FERREIRA PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLfamiliarescuidadoresQuali1509.pdf	15/09/2020 21:59:23	LUANA FERREIRA PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEusuáriossusQuanti1509.pdf	15/09/2020 21:59:12	LUANA FERREIRA PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEusuáriossusQuali1509.pdf	15/09/2020 21:59:02	LUANA FERREIRA PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEprofissionaisQuanti1509.pdf	15/09/2020 21:58:49	LUANA FERREIRA PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEprofissionaisQuali1509.pdf	15/09/2020 21:58:31	LUANA FERREIRA PEREIRA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada2020.pdf	31/08/2020 21:34:45	LUANA FERREIRA PEREIRA	Aceito
Outros	TermoDeAnuenciaSipe1232019Emenda22020.pdf	31/08/2020 21:33:57	LUANA FERREIRA PEREIRA	Aceito
Outros	DeclaracaoCentroSaudeEscola.pdf	31/08/2020 21:32:55	LUANA FERREIRA PEREIRA	Aceito
Outros	AnuenciaHcfmbSipe1232019Emenda22020.pdf	31/08/2020 21:32:13	LUANA FERREIRA PEREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Chácara Butignoll, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609	E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 4.296.642

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 24 de Setembro de 2020

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Chácara Butignoli, s/n
Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 E-mail: cep@fmb.unesp.br

Página 05 de 05

Anexo B - Instrumento de avaliação do Conhecimento e crenças de autoeficácia sobre cuidados paliativos

Versão Portuguesa (Portugal) do BPW

– 2015

Bonn Palliative Care Knowledge Test – BPW

Correto	Razoavelmente Correto	Pouco Correto	Incorreto
---------	-----------------------	---------------	-----------

Secção 1 - Conhecimentos

1. Os CP nunca devem ser combinados com tratamentos curativos

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2. Os fármacos anti-inflamatórios não esteroides não devem ser utilizados em caso de administração regular de opioides

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3. A administração de fluidos por via subcutânea é necessária para o alívio da xerostomia (boca seca) na pessoa em fim de vida

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4. A gestão da dor com opioide transdérmico é adequada para a pessoa em fim de vida

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

5. As terapias não farmacológicas (por exemplo, fisioterapia) são importantes na gestão da dor

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6. Para os familiares é sempre importante permanecer junto à pessoa nas últimas horas de vida até que a morte ocorra

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

7. A obstipação deve ser aceita como um efeito secundário, porque a gestão da dor é mais importante

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

8. Os CP requerem uma proximidade emocional constante

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

9. Com o avanço da idade, as pessoas aprenderam a lidar com a dor de forma independente, em resultado de várias experiências
10. A filosofia dos CP preconiza que não sejam realizadas quaisquer intervenções destinadas a prolongar a vida
11. O limiar da dor é diminuído pela ansiedade ou fadiga
12. As pessoas com doenças que ameaçam a vida devem ser sempre informadas da verdade, para que possam preparar o seu processo de morrer
13. Os membros da equipe não têm de ser crentes para prestar cuidados espirituais à pessoa em fim de vida.
14. A pessoa que recebe CP deve aceitar a morte
15. As competências de comunicação podem ser aprendidas
16. Os outros pacientes não devem ser informados sobre a morte da pessoa para evitar inquietações
17. O tratamento médico tem sempre prioridade nos CP
18. Quando morre uma pessoa, os rituais visíveis e as cerimônias de despedida devem ser evitadas para não causar inquietações
19. O uso de antidepressivos na gestão da dor não é adequado.
20. Os analgésicos adjuvantes não são necessários durante o tratamento com

opióides

21. A fase final refere-se aos últimos 3 dias de vida

22. Os sentimentos do cuidador (por exemplo, repulsa) podem transparecer durante o cuidado à pessoa

23. As necessidades fisiológicas (por exemplo, a sexualidade) são importantes mesmo no processo de morrer

Secção 2 – Avaliação da autoeficácia

Correto **Razoavelmente Correto** **Pouco Correto** **Incorreto**

Penso que sou capaz de... (logo abaixo do título “Cuidados Paliativos - Secção 2” e não no começo da primeira questão)

1. Obter dados objetivos que descrevam a intensidade da dor da pessoa em CP

2. Aconselhar as pessoas em CP sobre como aliviar as náuseas

3. Informar a pessoa e seus familiares sobre CP prestados pelo serviço de saúde

4. Convencer o médico sobre a necessidade de apoio de CP

5. Identificar e discutir problemas reais no ambiente social da pessoa em CP

6. Organizar o contato com um serviço de CP

7. Comunicar com a pessoa ansiosa e seus familiares em CP de forma a fazê-los sentirem-se seguros

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Identificar as necessidades complexas da pessoa em fim de vida e intervir de forma adequada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ensinar estratégias de relaxamento a uma pessoa com dor em CP | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Comunicar com a pessoa em CP que expressa o desejo de antecipar a morte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Prestar os cuidados orais adequados à pessoa em fim de vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Informar a pessoa em CP sobre possíveis efeitos secundários dos medicamentos prescritos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Identificar problemas psicológicos específicos das pessoas em CP | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Integrar os aspetos culturais da morte e do morrer nos cuidados a pacientes em fim de vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Criar empatia com a pessoa em CP em diferentes situações de vida, relações familiares e necessidades, e intervir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA - BOTUCATU

*Departamento de Enfermagem Botucatu-SP Distrito Rubião Jr.
CEP18618-000 PBX (14) 3880-132*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

RESOLUÇÃO 466/2012

CONVIDO, o Senhor (a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “Conhecimento sobre Cuidados Paliativos de familiares/cuidadores, usuários do Sistema Único de Saúde e profissionais da área da saúde” que será desenvolvido por mim, Fernanda Thomaz, Nutricionista, com orientação da Professora Silvia Justina Papini da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP.

Estou estudando o conhecimento de profissionais da área da saúde sobre Cuidados Paliativos. Para que eu possa alcançar um resultado, nesse momento preciso que o senhor(a) responda um questionário com trinta e oito perguntas que levará uns 15 minutos de duração.

O Senhor (a) não terá nenhum benefício em participar desta pesquisa neste momento, os dados obtidos a partir do questionário serão utilizados para conhecermos a melhor forma de orientar os profissionais da área da saúde sobre os cuidados com pacientes que estão recebendo Cuidados Paliativos.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado para que seja arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos, após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em

Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2a a 6a feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/no em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos:

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, / /

Nome: Silvia Justina Papini Endereço: Av. Prof. Mário
Rubens Guimarães Montenegro Bairro: UNESP - Campus
de Botucatu Telefone: (14) 3880-1316
Email:silvia.papini@unesp.br

Apêndice B – Questionário de dados sociodemográficos e de caracterização da população estudada. (Elaborado pela pesquisadora)

Questionário Sociodemográfico	
1. Sexo:	(1) masculino (2) feminino
2. Etnia:	(1) branca/caucasiano (2) negra/parda
3. Idade:	
4. Estado civil:	(1) com companheiro (2) sem companheiro
5. Qual o seu grau maior de escolaridade?	(1) sem escolaridade (2) ensino fundamental completo (7) curso técnico incompleto (3) ensino fundamental incompleto (8) ensino superior completo (4) ensino médio completo (9) ensino superior incompleto (5) ensino médio incompleto (10) outro. Qual? _____ (6) curso técnico completo
6. Qual a sua profissão? (Conselho Profissional)	(1) Médico (7) Nutricionista (2) Enfermeiro (8) Terapeuta ocupacional (3) Psicólogo (9) Farmacêutico (4) Assistente Social (10) Outro: _____ (5) Técnico/auxiliar de enfermagem (6) Fisioterapeuta
7. Ano de formatura:	_____
8. Em qual(is) local(ais)/área(s) você trabalha atualmente?	(1) Hospital área: _____ (2) Centro Cirúrgico (3) Hospital Estadual de Botucatu (4) Ambulatório (5) Enfermaria (6) UBS/USF

(7) Pronto Socorro (8) SAMU (9) Faculdade e/ou Escola Técnica (10) outros _____
9. Qual a sua função neste trabalho? a) assistencial b) não assistencial c) ambas
10. Quanto tempo você tem de experiência em atendimento ambulatorial e/ou hospitalar? (1) não tenho experiência nesta área (2) menos de 1 ano de experiência (3) de 1 a 5 anos (4) acima de 5 anos
11. Considera-se apto para prestar cuidados a pacientes em cuidados paliativos? (1) Sim (1) Não
12. Tem formação específica em cuidados paliativos? (1) Sim (1) Não
13. Tem experiência profissional com pacientes em cuidados paliativos? (1) Sim (1) Não
14. Considera importante a inclusão de conteúdos sobre cuidados paliativos nos currículos de graduação para profissões da saúde? (1) Sim (1) Não
15. Já vivenciou o processo de morte/morrer de um familiar ou pessoa próxima? (1) Sim (1) Não
16. Você acredita em Deus ou algo superior? (1) Sim (1) Não
17. Você tem religião? Sim, praticante (1) Sim, não praticante (2) Não

Apêndice C – Respostas da Seção 1 (Conhecimentos) da versão Portuguesa (Portugal) do BPW (*Bonn Palliative Care Knowledge Test*) – 2015

Secção 1 - Conhecimentos	Correto		Incorreto	
	N	%	N	%
1. Os CP nunca devem ser combinados com tratamentos curativos	31	24,6	95	75,4
2. Os fármacos anti-inflamatórios não esteroides não devem ser utilizados em caso de administração regular de opioides	55	43,65	71	56,35
3. A administração de fluidos por via subcutânea é necessária para o alívio da xerostomia (boca seca) na pessoa em fim de vida	69	54,76	57	45,24
4. A gestão da dor com opioide transdérmico é adequada para a pessoa em fim de vida	110	87,3	16	12,7
5. As terapias não farmacológicas (por exemplo, fisioterapia) são importantes na gestão da dor	115	91,27	11	8,73
6. Para os familiares é sempre importante permanecer junto à pessoa nas últimas horas de vida até que a morte ocorra	118	93,65	8	6,35
7. A obstipação deve ser aceita como um efeito secundário, porque a gestão da dor é mais importante	45	35,71	81	64,29
8. Os CP requerem uma proximidade emocional constante	119	94,44	7	5,56

9. Com o avanço da idade, as pessoas aprenderam a lidar com a dor de forma independente, em resultado de várias experiências	50	39,68	76	60,32
10. A filosofia dos CP preconiza que não sejam realizadas quaisquer intervenções destinadas a prolongar a vida	75	59,52	51	40,48
11. O limiar da dor é diminuído pela ansiedade ou fadiga	60	47,62	66	52,38
12. As pessoas com doenças que ameaçam a vida devem ser sempre informadas da verdade, para que possam preparar o seu processo de morrer	115	91,27	11	8,73
13. Os membros da equipe não têm de ser crentes para prestar cuidados espirituais à pessoa em fim de vida.	100	79,37	26	20,63
14. A pessoa que recebe CP deve aceitar a morte	43	34,13	83	65,87
15. As competências de comunicação podem ser aprendidas	156	99,21	1	0,79
16. Os outros pacientes não devem ser informados sobre a morte da pessoa para evitar inquietações	49	38,89	77	61,11
17. O tratamento médico tem sempre prioridade nos CP	26	20,63	100	79,37

18. Quando morre uma pessoa, os rituais visíveis e as cerimônias de despedida devem ser evitadas para não causar inquietações	13	10,32	113	89,68
19. O uso de antidepressivos na gestão da dor não é adequado.	27	21,43	99	78,57
20. Os analgésicos adjuvantes não são necessários durante o tratamento com opióides	26	20,63	100	79,37
21. A fase final refere-se aos últimos 3 dias de vida	29	23,02	97	76,98
22. Os sentimentos do cuidador (por exemplo, repulsa) podem transparecer durante o cuidado à pessoa	88	69,84	38	30,16
23. As necessidades fisiológicas (por exemplo, a sexualidade) são importantes mesmo no processo de morrer	107	84,92	19	15,08

N= número de respostas. Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Apêndice D – Respostas da Seção 2 (Avaliação da autoeficácia) da versão Portuguesa (Portugal) do BPW (Bonn Palliative Care Knowledge Test) – 2015

Secção 2 – Avaliação da autoeficácia	Apto		Não apto	
	N	%	N	%
1. Obter dados objetivos que descrevam a intensidade da dor da pessoa em CP	92	73,02	34	26,98
2. Aconselhar as pessoas em CP sobre como aliviar as náuseas	93	73,81	33	26,19
3. Informar a pessoa e seus familiares sobre CP prestados pelo serviço de saúde	106	84,13	20	15,87
4. Convencer o médico sobre a necessidade de apoio de CP	108	85,71	18	14,29
5. Identificar e discutir problemas reais no ambiente social da pessoa em CP	104	82,54	22	17,46
6. Organizar o contato com um serviço de CP	114	90,48	12	9,52
7. Comunicar com a pessoa ansiosa e seus familiares em CP de forma a fazê-los sentirem-se seguros	107	84,92	19	15,08
8. Identificar as necessidades complexas da pessoa em fim de vida e intervir de forma adequada	96	76,19	30	23,81
9. Ensinar estratégias de relaxamento a uma pessoa com dor em CP	87	69,05	39	30,95

10. Comunicar com a pessoa em CP que expressa o desejo de antecipar a morte	83	65,87	43	34,13
11. Prestar os cuidados orais adequados à pessoa em fim de vida	94	74,6	32	25,4
12. Informar a pessoa em CP sobre possíveis efeitos secundários dos medicamentos prescritos	90	71,43	36	28,57
13. Identificar problemas psicológicos específicos das pessoas em CP	99	78,57	27	21,43
14. Integrar os aspetos culturais da morte e do morrer nos cuidados a pacientes em fim de vida	103	81,75	23	18,25
15. Criar empatia com a pessoa em CP em diferentes situações de vida, relações familiares e necessidades, e intervir	122	96,83	4	3,17

N= número de respostas. Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Apêndice E – Respostas referentes aos domínios da Seção 1 (Conhecimentos) da versão Portuguesa (Portugal) do BPW (*Bonn Palliative Care Knowledge Test*) – 2015

Domínios	Nº de respostas corretas	N	%
Dor	1	4	3,17
	2	7	5,56
	3	20	15,87
	4	37	29,37
	5	38	30,16
	6	19	15,08
	7	1	0,79
Controle de sintomas	0	30	23,81
	1	54	42,86
	2	42	33,33
Conhecimento Geral	1	1	0,79
	2	6	4,76
	3	12	9,52
	4	33	26,19
	5	39	30,95
	6	28	22,22
	7	5	3,97
	8	2	1,59
Atitude sobre o morrer	0	2	1,59
	1	11	8,73
	2	17	13,49
	3	39	30,95
	4	48	38,1
	5	9	7,14

N= número de respostas. Fonte: Elaborado pela pesquisadora

