

CUIDADOS PALIATIVOS NO CTI DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Palliative care in the intensive care unit of a University Hospital: the perception of health professionals

Lorrayne Caroline Moreira de Oliveira¹, Luciana Vieira Teixeira¹, Gláucia Rezende Tavares¹

RESUMO

INTRODUÇÃO: O cuidado paliativo (CP) tem como finalidade dar suporte aos pacientes que enfrentam doenças ameaçadoras à vida e aos seus familiares nos âmbitos físicos, psicossociais e espirituais. Com as evoluções da medicina, o número de pacientes com doenças crônico-degenerativas nos Centros de Terapia Intensiva (CTI) aumentou, sendo, por isso, importante a adoção do paliativismo no CTI. Além disso, esse é o primeiro ambiente que acadêmicos e residentes vivenciam a terminalidade. De acordo com o Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil, da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) de 2018, apenas 14% das graduações de medicina oferecem a disciplina CP em seu currículo. **OBJETIVO:** Este estudo analisou o conhecimento dos profissionais do CTI de um hospital universitário sobre CP. **MÉTODOS:** Estudo transversal com aplicação dos questionários: Bonn Palliative Care Knowledge e sociodemográfico. O corpo clínico do CTI foi convidado a participar e foram analisados 95 questionários. **RESULTADOS:** A análise do percentual de acerto dos profissionais para os tópicos que avaliam conhecimentos gerais sobre CP foi de 51%. Cerca de 80% dos participantes não possuía formação específica em CP e mais de 90% revelou desejo de ampliar seus conhecimentos na área. **CONCLUSÃO:** O estudo corrobora a realidade no Brasil, onde, a maioria das instituições de ensino em saúde não aborda os CP, formando profissionais pouco capacitados para a implementação do paliativismo e despreparados para lidar com o morrer, uma vez que, no questionário analisado, a maioria dos profissionais respondeu de forma incorreta questões sobre princípios básicos dos CP.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Unidades de terapia intensiva; Terapias complementares.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The palliative care (PC) support patients and their families who are facing life-threatening diseases with physical, psychosocial and spiritual problems. The number of patients with chronic-degenerative diseases in the Intensive Care Unit (ICU) is increased because of medical improvement, which is the reason to use PC in ICU. Besides that, this is the first place where terminality is tried by academics and residents. According to the Palliative Care overview in Brazil at the Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) in 2018 only 14% of medical schools offer the PC subject in their curriculum. **OBJECTIVE:** To analyze the knowledge about PC of the ICU professionals from a University Hospital. **METHODS:** A cross-sectional study with a total of 95 clinical staff participants who completed a Sociodemographic questionnaire and the Bonn Palliative Care Knowledge Questionnaire. **RESULTS:** The analysis of the percentage of correct answers of the professionals for topics that evaluate general knowledge about CP was 51%. The professionals that do not have specific training in PC were 80% and more than 90% revealed a desire to expand their knowledge in the area. **CONCLUSION:** This study is the reflex of the Brazilian reality where the majority of health education institutions do not approach PC's and are training professionals who are not well qualified to implement palliativeness and unprepared to deal with death since most participants answered questions about the basics elements of PC approached in the questionnaire incorrectly.

Keywords: Palliative Care; Intensive Care Units; Complementary Therapies.

¹Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Autor Correspondente: Lorrayne Caroline Moreira de Oliveira, Princesa Leopoldina, 315, Ipiranga, lorraynecmoliveira@gmail.com, (31)991728595.

INTRODUÇÃO

Após a segunda metade do século XX, os inúmeros avanços tecnológicos e o desenvolvimento da medicina transformaram a terapêutica e contribuíram para o aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crônicas. Nesse contexto, o número de pacientes “fora de possibilidade de cura” vem aumentando gradativamente dentro dos hospitais, o que demonstra a necessidade de se oferecer qualidade de vida àqueles portadores de doenças incuráveis e de se transformar o paradigma: ideal de cura e a preservação da vida a qualquer custo, que rege o ensino dos profissionais de saúde.^{1,2}

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza nove princípios fundamentais para a realização de cuidados paliativos (CP) de qualidade, sendo eles: (1) “Promover alívio da dor e outros sintomas desagradáveis”; (2) “Afirmar a vida e reconhecer a morte como um processo natural”; (3) “Não acelerar nem adiar a morte”; (4) “Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente”; (5) “Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte”; (6) “Oferecer um sistema de suporte aos familiares durante a doença do paciente e o luto”; (7) “Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto”; (8) “Melhorar qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença”; (9) “Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes”.²

No intuito de se promover essa mudança, surgem os conflitos quanto à vontade de se estabelecer um cuidado que não acelere a chegada da morte, recorrendo-se à eutanásia, e nem prolongue a vida com ações desproporcionais da distanásia, isto é, através de medidas inúteis sem benefícios para a pessoa em sua fase terminal. A partir da carência de um equilíbrio entre esses dois extremos, consagrou-se a ortotanásia, a arte de morrer bem, que humanamente segue os preceitos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, criando-se assim o ambiente adequado para o surgimento dos Cuidados Paliativos.^{2,3}

Historicamente esse método de cuidar teve início no Brasil já na década de 80, a partir da iniciativa da Dra. Miriam Marteleite, do Departamento de Anestesiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.⁴ Desde então, a atuação em CP no país sofre com barreiras administrativas, como falta de apoio governamental, com a dependência de financiamento privado e com a resistência na conscientização dos profissionais de saúde e da população. Segundo a classificação da OMS de 2014, o Brasil ainda está atrás de países da América do Sul, como Chile, Uruguai e Argentina, e da África, como Zimbábue e Quênia, na implementação do paliativismo.⁵

Em levantamento de 2018, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) constatou que do total de 177 serviços cadastrados no Brasil, 131 estão concentrados no atendimento hospitalar. Mesmo com essa distribuição desigual na oferta em CP, menos de 10% dos hospitais brasileiros com mais de 50 leitos apresentam uma equipe especializada em CP.⁵ Realidade preocupante, já que, segundo o DATASUS, em 2006, morreram 1.031.691 brasileiros, dos quais mais de 70% como consequência de doenças crônicas ou degenerativas e neoplasias e, ainda, cerca de 2/3 desses óbitos aconteceram em ambiente hospitalar.⁵ Cenário comum a partir do século XX, em que o morrer deixou de acontecer no lar, tornando-se um fenômeno técnico dirigido por uma equipe de profissionais de saúde dentro dos hospitais. Assim, zelar pelo fim da vida com humanidade e atenção biopsicossocial ao paciente se

tornou responsabilidade da atenção terciária, destacando-se nessa esfera o papel do Centro de Terapia Intensiva (CTI).²

O CTI é o local onde muitos pacientes, portadores de neoplasias, doenças neurodegenerativas, insuficiência cardíaca grave, falências hepática e renal, doenças pulmonares crônicas e várias outras condições incuráveis, são atendidos em situação de terminalidade. Muitas vezes, esse atendimento, cujo intuito é o de controlar situações críticas, acontece em um ambiente despreparado para o diálogo com o doente e para o acolhimento dos familiares e é associado à presença da tecnologia de Suporte Avançado de Vida (SAV) e à falta de conhecimento sobre paliativismo.⁶ Essas características levam à adoção de medidas fúteis, as quais não melhoram a qualidade de vida e nem mesmo mudam o prognóstico do doente.^{2,7}

Segundo Azulay⁸ a adoção de medidas fúteis na área da saúde decorre, principalmente, do desconhecimento dos profissionais em CP.⁸ Fato corroborado pela realidade brasileira em que a maioria das instituições de ensino em saúde do país não contempla os CP em sua grade curricular.⁵ Conforme levantamento da ANCP de 2018, dos 302 cursos de graduação em medicina, somente 42 (14%) oferecem uma disciplina de CP, destes, somente 18 cursos (6%) são disciplinas obrigatórias.⁵ Com isso, ao privar os estudantes do contato com os CP durante a graduação, aumenta-se a chance os mesmos se formarem despreparados tanto para lidar com o morrer, quanto para implementar o paliativismo.⁸

Nesse contexto o presente estudo objetivou avaliar o conhecimento sobre a finitude da vida, a morte, o luto, a manutenção da dignidade humana e a qualidade de vida no decorrer da doença. Sendo o CTI de um hospital universitário o local de destaque para a avaliação do entendimento dos profissionais a respeito do tema, por ser, muitas vezes, o primeiro ambiente onde inúmeros acadêmicos e residentes irão vivenciar a necessidade de falar sobre a terminalidade, o que justifica a realização do presente estudo nesse ambiente.^{7,9}

MÉTODO

Estudo do tipo transversal, no qual foi aplicado um questionário pré-estruturado denominado: Bonn Palliative Care Knowledge Test (*Bonner Palliativwissenstest - BPW*)¹¹ e um questionário sociodemográfico para o corpo clínico do CTI de um hospital escola. Para isso, a proposta de pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa e teve início após sua aprovação de número: 2.627.483 em 26 de abril de 2018.

A amostra selecionada visou abranger todos os profissionais envolvidos no setor: assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, psicólogos e técnicos de enfermagem; ela foi selecionada por conveniência e para abordar todas as áreas de atuação do CTI desse hospital alvo. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido concordando em participar da pesquisa. Foram excluídos os profissionais que não estavam diretamente ligados à assistência ao paciente, como diretores clínico e técnico.

O questionário BPW foi originalmente construído na Alemanha em 2011 e publicado por Pfister et al. na língua inglesa, da qual foi traduzido para o português europeu.¹⁰ A validade da adaptação transcultural contou com sete profissionais bilíngues: enfermeiros e professores do curso de licenciatura e pós-graduação de enfermagem, autorizados e acompanhados pelos autores do BPW.¹¹

O BPW consiste em um teste autoaplicável, anônimo e com o tempo estimado para resposta de 10 minutos. Contém um total de 38 tópicos, sendo 23 itens para a análise de conhecimentos

gerais sobre cuidados paliativos e sobre a morte e o morrer, e 15 questões para a avaliação da aplicabilidade e autoeficácia dos CP. A validade e confiabilidade deste teste foram comprovadas por meio de valores de alfa de Cronbach, de 0,71 relacionado aos 23 itens sobre conhecimento gerais, e 0,86 para as questões de avaliação de autoeficácia¹¹. A escala contida no questionário é do tipo Likert, na qual os respondentes marcaram a validade dos itens seguindo os termos “correto”, “razoavelmente correto”, “pouco correto” ou “incorreto”, como na chave de classificação abaixo.¹¹

Cada afirmativa dos tópicos de análise de conhecimento possui duas respostas esperadas “correto” e “razoavelmente correto” ou “pouco correto” e “incorreto”. Dessa forma, as questões 1 a 4, 6 a 10, 12, 14 e 16 a 20 foram consideradas corretamente respondidas quando apenas uma alternativa foi marcada como “pouco correto” ou “incorreto”; já os itens 5, 11, 13, 15 e 21 a 23, as respostas esperadas eram “correto” ou “razoavelmente correto”.¹¹

Além do questionário BPW, foram coletados dados sociodemográficos como: graduação, ano de formação, idade, sexo e estado civil, bem como questões sobre a vivência pessoal com o processo de morrer de familiares próximos, conhecimento e experiência prévia do profissional com relação aos cuidados paliativos, o desejo de conhecer mais sobre CP e de trabalhar em serviços de CP.

Para contemplar um maior número de profissionais e abranger o rodízio de plantões entre os empregados, os questionários foram aplicados durante quatro meses nos plantões diurno e noturno, dois dias por semana: sendo em um dia par e em um dia ímpar de cada semana. Individualmente as pessoas foram abordadas pelas pesquisadoras durante o horário de trabalho, sendo instruídas a responder o questionário, em uma única vez, no intervalo máximo de uma hora.

As variáveis categóricas foram apresentadas em contagens e percentuais e as numéricas como média $\pm$ desvio-padrão. As variáveis numéricas foram submetidas ao teste de normalidade de Shapiro-Wilk. As associações entre variáveis categóricas foram avaliadas via teste qui-quadrado de independência, e a comparação das médias de acerto entre profissões utilizou-se dos testes de Wilcoxon Mann-Whitney, seguido de teste Port Hoc, Kruskal-Wallis. As análises foram realizadas no programa gratuito R versão 3.2.2 e foi adotado nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Ao final do período de coleta de dados, dos 113 questionários distribuídos, totalizaram-se 95 respondidos. Cerca de 22% dos participantes não identificaram no questionário sua formação e, portanto, foram excluídos da análise por profissão; dos que se identificaram profissionalmente 38% são Técnicos de Enfermagem, 21% são Médicos, 11% Enfermeiros, 7% Fisioterapeutas e em menor representatividade tem-se os Psicólogos, totalizando 1% da amostra. O perfil dos que trabalham na assistência é majoritariamente composto por pessoas do sexo feminino (71,28%) e tem idade média de 36 anos.

Questionário Sociodemográfico

Neste questionário os participantes responderam “sim” ou “não” para perguntas sobre a experiência em trabalhar com CP e a aptidão para prestar assistência em cuidados paliativos (Tabela 1). Dos 92 profissionais que responderam à primeira pergunta, 88,5% revelaram que trabalhavam ou já trabalharam na área; e, para a segunda pergunta, dos 93 participantes, 77% se declararam aptos a promover o paliativismo. Ainda sobre expertise, apenas 22%, dos 93 participantes considerados, têm formação específica em

CP. Quase a totalidade dos profissionais considera necessária a incorporação dos CP no currículo de licenciatura, no entanto, 70% acreditam que é uma área específica da enfermagem.

Tabela 1: Análise do questionário sociodemográfico por questão.

	n (%)
Função	
Enfermeiro	10 (10,5)
Fisioterapeuta	7 (7,5)
Médico	20 (21,0)
Psicólogo	1 (1,0)
Técnico de enfermagem	36 (38,0)
Irregulares	21 (22,0)
Sexo	
Feminino	67 (70,5)
Masculino	27 (28,5)
Irregulares	1 (1,0)
Idade	36,01 $\pm$ 6,61
Estado civil	
Solteiro	46 (48,5)
Casado	46 (48,5)
Divorciado	1 (1,0)
Viúvo	1 (1,0)
Irregulares	1 (1,0)
Já vivenciou o processo de morrer/morte de familiares próximos?	
Sim	83 (87,5)
Não	11 (11,5)
Irregulares	1 (1,0)
Tem experiência com pacientes paliativos?	
Sim	84 (88,5)
Não	8 (8,5)
Irregulares	3 (3,0)
Tem formação específica em cuidados paliativos?	
Sim	21 (22,0)
Não	72 (76,0)
Irregulares	2 (2,0)
Considera a área dos CP com conhecimentos específicos para a enfermagem?	
Sim	64 (67,5)
Não	18 (19,0)
Não tenho opinião formada	9 (9,5)
Irregulares	4 (4,0)
Considera-se apto para prestar cuidados aos pacientes em CP?	
Sim	73 (77,0)
Não	20 (21,0)
Irregulares	2 (2,0)
Considera importante incorporação de conteúdos sobre CP no currículo de licenciatura?	
Sim	83 (87,5)
Não	9 (9,5)
Irregulares	3 (3,0)
Gostaria de trabalhar em serviços de CP?	
Sim	59 (62,0)
Não	34 (36,0)
Irregulares	2 (2,0)

Nota: As respostas consideradas irregulares foram aquelas em que não havia resposta escolhida pelo participante.

Bonn Palliative Care Knowledge (BPW)

A análise do desempenho geral excluiu os participantes que responderam com duas ou mais opções ou não marcaram nenhuma das opções em qualquer uma das questões, totalizando 54 pessoas. Para os que responderam ao questionário da forma esperada, marcando uma opção, a proporção média de acertos foi de $51,5\% \pm 13,82$. Não foi observada diferença significativa para o número de acertos entre homens e mulheres ($53,0\% \pm 13,17$ vs $51,0\% \pm 14,15$, $p = 0,572$, respectivamente). Já a análise por função demonstrou diferença significativa entre enfermeiros e médicos e entre médicos e técnicos de enfermagem (Tabela 2).

Tabela 2: Proporção média de acertos no questionário Bonn Palliative Care knowledge Test por função: Médicos, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

Função	Proporção de acerto (%) (média $\pm$ desvio-padrão)
Enfermeiros	47,5 $\pm$ 8,82
Médicos	66,0 $\pm$ 10,57
Técnicos de enfermagem	48,5 $\pm$ 13,75

Nota: Valor- $p < 0,001$ – Teste de Kruskal-Wallis

Posteriormente à avaliação do desempenho geral, os itens do questionário BPW foram analisados individualmente, sendo consideradas as questões respondidas com apenas uma alternativa. Para a afirmativa que avalia o conhecimento sobre a possibilidade de adoção de tratamentos curativos combinados aos CP, 59% dos participantes julgaram como “pouco correto” ou “incorreto”, conforme o esperado para a questão. E ainda, a questão que afirma sobre a não utilização de quaisquer intervenções destinadas a prolongar a vida, apenas 28,5% responderam “pouco correto” ou “incorreto”, como esperado (Tabela 3).

Tabela 3: Análise de associação entre as questões relacionadas ao uso de intervenções curativas em Cuidados Paliativos.

	Questão 10		Total
	Acertos	Erros	
Questão 1	Acertos	20	32
	Erros	6	29
	Total	26	61

Nota: Questão 1 “Os CP nunca devem ser combinados com tratamentos curativos”; questão 10 “A filosofia dos CP preconiza que não sejam realizadas quaisquer intervenções destinadas a prolongar a vida”. Questões do questionário BPW traduzido para o português. Valor- $p = 0,033$ – Teste Qui-quadrado

Avaliação de autoeficácia

Não existe resposta esperada para esta parte do questionário, razão pela qual não foi calculado o desempenho geral dos participantes e cada item foi avaliado individualmente. Foram excluídas as afirmativas que continham mais de uma resposta. Dos participantes que se auto avaliaram sobre a aptidão de comunicação, 90% consideram-se aptos para informar os pacientes e seus familiares sobre CP; 83% se consideram capazes de obter dados objetivos que descrevam a dor e 85% acreditam conseguir integrar os aspectos culturais da morte e do morrer nos cuidados a pacientes em fim de vida (Tabela 4).

O questionário foi aplicado como um todo, mas para escopo do presente estudo, foram analisados os itens os itens de princípios básicos de CP por se relacionarem com as questões de conhecimentos gerais.

Tabela 4: Análise de quatro das 15 questões de autoeficácia do questionário Bonn Palliative Care knowledge Test.

Avaliação de autoeficácia	n (%)
1. Obter dados objetivos que descrevam a intensidade da dor da pessoa em CP	
Correto	75 (79,0)
Razoavelmente correto	9 (9,5)
Pouco correto	4 (4,0)
Incorreto	2 (2,0)
Irregulares	5 (5,5)
3. Informar a pessoa e seus familiares sobre CP prestados pelo serviço de saúde	
Correto	79 (83,5)
Razoavelmente correto	4 (4,0)
Pouco correto	7 (7,5)
Incorreto	1 (1,0)
Irregulares	4 (4,0)
10. Comunicar com a pessoa em CP que expressa o desejo de antecipar a morte	
Correto	39 (41,0)
Razoavelmente correto	13 (14,0)
Pouco correto	10 (10,5)
Incorreto	27 (28,5)
Irregulares	6 (6,0)
14. Integrar os aspectos culturais da morte e do morrer nos cuidados a pacientes em fim de vida	
Correto	61 (64,0)
Razoavelmente correto	15 (16,0)
Pouco correto	6 (6,5)
Incorreto	8 (8,5)
Irregulares	5 (5,0)

DISCUSSÃO

No Brasil, a partir do final da década de 90 a prática de cuidados paliativos ganhou visibilidade, no entanto ela continua restrita a poucos serviços de saúde e com isso muitas pessoas portadoras de doenças graves não são contempladas pelos princípios básicos dos CP.^{2,5} Partindo-se do pressuposto de que um dos principais motivos para que os pacientes não tenham acesso a medidas paliativistas ideais é o desconhecimento dos profissionais sobre o tema, era esperado que a análise dos questionários confirmasse um déficit com relação aos conhecimentos em CP dos funcionários do corpo clínico do CTI do hospital estudado.^{8,12} Hipótese corroborada pela proporção média de acertos dos participantes no BPW equivalente a $51,5\% \pm 13,82$ e pela análise individual das questões que abordam princípios básicos de CP, segundo as diretrizes da OMS.

Em razão da desinformação, não raro muitos profissionais de saúde adotam medidas intuitivas na tentativa de diminuir o sofrimento de pacientes terminais, o que leva à utilização de procedimentos esperados, alguns deles propõem a limitação terapêutica, sem promover o controle dos sintomas ou a melhora da qualidade de vida. Como reflexo da baixa oferta de cursos na área dos CP durante a graduação, dentro do CTI estudado, apenas 22% dos participantes possuíam formação específica em CP, no entanto, 88,5% dos profissionais declararam ter experiência na área.⁵

É importante ressaltar que para fornecer CP de qualidade existem

técnicas e ferramentas que devem ser aprendidas, juntamente com a adoção dos princípios preconizados pela OMS.² No questionário aplicado, BPW, várias afirmativas que abordam esses princípios foram analisadas. Um desses princípios preconiza que a morte não seja acelerada e nem adiada, conceito fundamental para os CP. É consenso entre sociedades médicas e bioeticistas que medidas de SAV podem ser limitadas ou retiradas caso não beneficiem mais o paciente e apenas prologuem o sofrimento no processo de morrer sem, assim, caracterizar a eutanásia. No entanto, na prática clínica existe uma dificuldade em se entender como limitar medidas de suporte avançado no CTI.^{3,6}

Associado a essa realidade, muitos profissionais acreditam não ser permitido o uso de práticas curativas dentro dos CP, pelo risco de se promover a distanásia. Contudo, as medidas curativas e o SAV devem ser usados desde que promovam qualidade de vida aos pacientes, conforme os princípios oito e nove da OMS.² Os itens do BPW que afirmam que “Os CP nunca devem ser combinados com tratamentos curativos” e que “A filosofia dos CP preconiza que não sejam realizadas quaisquer intervenções destinadas a prolongar a vida” foram julgados de forma correta por apenas 23% dos participantes.^{3,6,11}

Outro aspecto importante para a oferta desse tipo de serviço refere-se à compreensão completa do paciente e de seus familiares, incluindo condições física, psicossocial e espiritual. Sendo assim, para elaboração de um plano de assistência é importante a atuação de uma equipe multiprofissional, o que é reafirmado pelo princípio sete da OMS e certificado pela obra *Oxford Textbook of Palliative Medicine*.⁶ Cerca de 70% dos entrevistados na presente pesquisa responderam que os CP são restritos à área da enfermagem. Acredita-se que essa visão deturpada decorre do papel de destaque ocupado pelo enfermeiro na coordenação do cuidado planejado.^{1,13}

Vale ressaltar que dentro desse cuidado integral os cuidados espirituais são importantes para os pacientes em terminalidade por reforçar a vida, promover aceitação e considerar a morte um processo natural, uma vez que se entende que os pacientes estão limitados pela própria condição de perda da autonomia, deterioração da autoimagem e da capacidade física.³ No estudo, 90% dos profissionais julgaram-se capazes para “integrar os aspectos culturais da morte e do morrer nos cuidados a pacientes em fim de vida” e, ainda, 80% entendem que não é necessário compartilhar da mesma ideologia para prestar cuidados espirituais.

Sobre a atenção ao paciente candidato a CP, é importante discutir sobre o conceito da dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável.¹⁴ Definição amplamente difundida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP), que chama atenção para as variáveis que influenciam no limiar desse sintoma.¹⁵ Possivelmente, por desconhecimento do fator emocional relacionado à dor, cerca de 40% dos profissionais deste estudo discordam com o item do questionário “O limiar da dor é diminuído pela ansiedade ou fadiga”. É importante reafirmar que ansiedade e a fadiga são sintomas que alteram o limiar da dor e são frequentes no CTI, por ser um ambiente onde os pacientes estão sem acompanhantes, a luz artificial dificulta a localização do doente no tempo e espaço e o monitoramento é realizado constantemente por aparelhos com emissão sonora.⁷

Nesse ambiente com inúmeros fatores estressores são também conhecidas as dificuldades para o estabelecimento de comunicação eficiente entre a equipe, os pacientes e os familiares.⁷ Já em 1989, através de um estudo denominado SUPORT envolvendo 9.105 pacientes hospitalizados, sendo metade deles em um CTI, foram detectadas falhas na troca de informações, como a carência dos médicos em prestar informações sobre o prognóstico dos doentes.¹⁵ Segundo o Manual de Cuidados Paliativos da ANCP, o CTI é um

local onde os pacientes perdem, muitas vezes, a autonomia sobre o seu tratamento, pelo fato de a comunicação no local ser deficiente e impossibilitar a participação do paciente em discussões e decisões sobre como desejam receber os cuidados de fim de vida.²

Nesse sentido, percebe-se que a comunicação constitui um dos pilares para as decisões em CP, a qual, além de permitir o empoderamento do paciente, constitui uma forma terapêutica de intervenção no sofrimento e controle de sintomas associados a doenças ameaçadoras da vida.^{3,6} O estudo em questão não teve como objetivo mensurar a satisfação dos pacientes quanto à comunicação no CTI, mas 90% dos profissionais consideram-se aptos para informar os pacientes e seus familiares sobre as possibilidades de assistência em CP.¹⁶

Limitações do estudo

Os resultados do estudo podem ter limitações relacionadas à aplicação do questionário, considerando que foi realizada durante o horário de trabalho dos participantes, podendo limitar a atenção e o tempo dedicado ao seu preenchimento. Além desse aspecto, por se tratar de um questionário autoaplicável e sem consulta, a compreensão dos itens dependia da leitura e interpretação dos participantes.

CONCLUSÃO

O presente estudo corrobora a realidade de que a maioria das instituições de ensino em saúde do país está formando profissionais pouco capacitados para implementação do paliativismo, porquanto apenas 20% dos participantes possuem formação específica na área e a maior parte das questões sobre princípios básicos dos CP foram respondidas incorretamente. Por outro lado, constatou-se que quase a totalidade dos profissionais gostaria de ter acesso a mais informações sobre o tema, o que reforça a necessidade de capacitação dos funcionários do CTI do hospital referente a pesquisa sobre CP.^{13ew2}

REFERÊNCIAS

1. Lopes SAP. Cuidados paliativos: conhecimentos dos estudantes de licenciatura em enfermagem [dissertação]. Portugal: Instituto Politécnico de Viseu; 2013.
2. Carvalho RT, Parsons HA. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ªed. Rio de Janeiro: Niura Fernanda Souza, 2012, 592p.
3. Pessini L, Bertachini L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. O mundo da saúde 2005; 29 (4): 491-509.
4. Machado MA. Cuidados Paliativos e a Construção da Identidade Médica Paliativista no Brasil [dissertação]. Brasil: Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
5. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Análise Situacional e Recomendações para Estruturação de Programas de Cuidados Paliativos no Brasil. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2018.
6. Machado KDG, Passini L, Hossne WS. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. Centro Universitário São Camilo 2007; 1(1): 34-42.
7. Filho RCC, Costa JLF, Gutierrez FBR, Mesquita AF. Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. Rev. Bras. Ter. Intensiva 2008; 20 (1): 88-92.
8. Azulay AT. Las diferentes formas de morir: reflexiones éticas. Anales de Medicina Interna 2004; 21 (7): 355-358.
9. Sartori AV, Battistel ALHT. A abordagem da morte na formação de profissionais e acadêmicos de enfermagem, medicina e terapia ocupacional. Cad. Bras. Ter. Ocup. 2017; 25 (3): 497-508.
10. Pfister D, Müller M, Müller S, Kern M, Rolke R, Radbruch L. Validierung des Bonner Palliativwissenstests (BPW). Der Schmerz 2011; 25 (6): 643- 653.
11. Minosso JSM, Martins MMFPS, Oliveira MAC. Adaptação transcultural do Bonn Palliative Care knowledge Test: um instrumento para avaliar conhecimentos e autoeficácia. Rev. Enf. Ref. 2017; 4(13): 31-42.
12. Lemos CFP, Barros GS, Melo NCV, Amorim FF, Santana AN. Evaluation of Medical Students' Knowledge of Palliative Care. Revista Brasileira de Educação Médica 2017; 41 (2): 278-282
13. Furtado CR, Gehlen HM, Ventura J, Paula SF, Pereira AD, Ferreira CL, et al. A

- bioética no cotidiano hospitalar e o desenvolvimento dos cuidados paliativos pela equipe de enfermagem. *Disciplinarum Scientia* 2018; 19 (2): 245-253.
14. Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA). *Dor e Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia; 2018.
 15. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp). *Cuidados Paliativos*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008.
 16. Almeida SCT. *A morte faz falar: otimizar a comunicação em cuidados paliativos para otimizar os cuidados em fim de vida* [Dissertação]. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação – Universidade de Lisboa; 2008.