

AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS E NÃO MÉDICOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO DO OESTE DO PARANÁ

Data de aceite: 01/04/2024

Victória Pellegrino Barbosa Ruiz

Acadêmica do Curso de Medicina do
Centro Universitário da Fundação Assis
Gurgacz

RESUMO: A visão dos cuidados paliativos (CP) no mundo mudou ao longo dos anos. Reconhece-se que alivia o sofrimento, controla os sintomas, melhora a qualidade de vida e da assistência. O objetivo desta pesquisa foi comparar o nível de conhecimento sobre cuidados paliativos entre profissionais médicos e não médicos em um hospital oncológico do oeste do Paraná. Estudo transversal, exploratório, descritivo, com aplicação de questionário semiestruturado e autoaplicável por meio da plataforma Google Forms®. A pesquisa foi respondida por profissionais de saúde atuantes em um hospital oncológico da cidade de Cascavel-Pr. Fazia parte do instrumento questões sociodemográficas e uma adaptação do Palliative Care Knowledge Test. Durante o período estudado 30 profissionais responderam o questionário. Com relação as características demográficas 19 (63,3%) eram do sexo feminino e 11 (36,5%) do sexo masculino. A maioria dos participantes tinham idade entre

31-40 anos (43,3%). A população de estudo foi composta por médicos (63%) e não médicos (37%). Quando aplicado o Palliative Care Knowledge Test foi possível observar que em média 87% dos profissionais médicos responderam corretamente e 63% dos profissionais não médicos tiveram esta taxa de acerto. Sendo que, a média de todos os participantes foi uma taxa de acerto de 86% relacionado a filosofia, 81% sobre comunicação, 72% direcionada a aspectos do fim da vida e 61% respondeu corretamente a respeito do manejo da dor. Indivíduos com o menor tempo de experiência obtiveram resultado (80%) semelhante aqueles com maior tempo (82%). No entanto quando avaliamos o parâmetro relacionado ao tipo de formação, indivíduos que relataram não possuir treinamento específico em CP obtiveram uma taxa de acerto de 50%, aqueles com formação básica 85% e os com formação intermediária responderam corretamente 91% do teste. Neste contexto o estudo sugere que independente do tempo de experiência profissional, treinamentos continuados devem ser aplicados para que os domínios dos CP sejam entendidos e consequentemente executados na prática.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Integral. Educação Médica. Oncologia.

EVALUATION OF MEDICAL AND NON-MEDICAL PROFESSIONALS ON PALLIATIVE CARE IN AN ONCOLOGICAL HOSPITAL IN THE WEST OF PARANÁ

ABSTRACT: The view of palliative care (PC) in the world has changed over the years. It is recognized that it relieves suffering, controls symptoms, improves quality of life and care. The objective of this research was to compare the level of knowledge about palliative care among medical and non-medical professionals in an oncological hospital in western Paraná. Cross-sectional, exploratory, descriptive study, with the application of a semi-structured and self-administered questionnaire through the Google Forms® platform. The survey was answered by health professionals working in an oncological hospital in the city of Cascavel-PR. Sociodemographic questions and an adaptation of the Palliative Care Knowledge Test were part of the instrument. During the period studied, 30 professionals answered the questionnaire. Regarding demographic characteristics, 19 (63.3%) were female and 11 (36.5%) were male. Most participants were aged between 31-40 years (43.3%). The study population consisted of physicians (63%) and non-physicians (37%). When the Palliative Care Knowledge Test was applied, it was possible to observe that on average 87% of medical professionals answered correctly and 63% of non-medical professionals had this correct rate. Since, the average of all participants was a hit rate of 86% related to philosophy, 81% on communication, 72% directed to aspects of the end of life and 61% answered correctly regarding pain management. Individuals with the shortest experience obtained results (80%) similar to those with the longest time (82%). However, when we evaluated the parameter related to the type of training, individuals who reported not having specific training in CP obtained a 50% accuracy rate, those with basic training 85% and those with intermediate training correctly answered 91% of the test. In this context, the study suggests that regardless of the length of professional experience, continuous training should be applied so that the PC domains are understood and consequently implemented in practice.

KEYWORDS: Comprehensive Health. Medical Education. Oncology.

INTRODUÇÃO

A visão dos cuidados paliativos (CP) no mundo mudou ao longo dos anos. Reconhece-se que alivia o sofrimento, controla os sintomas, melhora a qualidade de vida e da assistência¹. A atenção integral ao paciente com doenças que restringem a vida durante sua evolução oferece uma relação custo-benefício efetiva para o paciente, a família e os sistemas de saúde².

A Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre prevenção e controle de doenças não transmissíveis (2014) reconhece a necessidade de melhorar o acesso aos CP. A recomendação é desenvolver e implementar políticas de CP para fortalecer os sistemas de saúde. Serviços de CP com boa relação custo-benefício e equidade devem ser integrados em todos os níveis³.

Na América Latina, com uma população de mais de 600 milhões de habitantes, 75% da população morre por doenças não transmissíveis. Em 2018, foram notificados mais de 3,5 milhões de pessoas vivendo com algum problema de saúde grave, razão pela qual é

indispensável continuar desenvolvendo esse cuidado. Apesar desse aumento, a assistência prestada ainda é insuficiente e desigual. Atualmente, a cobertura das necessidades de CP na América Latina é de apenas 7,6%⁴.

Em relação à formação dos futuros profissionais de saúde, embora seja obrigatória a inclusão do componente CP nos cursos de Ciências da Saúde, estudos anteriores constataram que ainda é necessário avançar na formação, pois foram identificadas diversas lacunas de conhecimento^{4,5}. Neste contexto, o objetivo desta pesquisa foi comparar o nível de conhecimento sobre cuidados paliativos entre profissionais médicos e não médicos em um hospital oncológico do oeste do Paraná.

REFERENCIAL TEÓRICO

O câncer é a segunda principal causa de morte em todo o mundo. Uma revisão sistemática recente estimou que aproximadamente 17 milhões de pessoas são diagnosticadas com câncer a cada ano e 9,6 milhões morrerão da doença. Com isso, surge uma necessidade desesperada de CP adequados, para apoiar os pacientes durante o tratamento do câncer e através da sobrevivência e cuidados de fim de vida. Os CP são um componente essencial do tratamento do câncer em todo o mundo e empregam uma abordagem interdisciplinar para aliviar o sofrimento por meio do manejo da dor e dos sintomas causados pelo câncer e seu tratamento⁶.

Os CP são definidos pela OMS como: abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares com problemas associada a risco de vida doenças, através da prevenção e alívio sofrimento, através do tratamento precoce e da avaliação impecável e tratamento da dor e outros aspectos psicológicos e espirituais problemas. Em 2008, o Parlamento Europeu destacou a necessidade de desenvolver paliativos específicos planos de cuidados nos países pertencentes à União Europeia para garantir acessibilidade aos serviços de CP, garantir o uso eficiente dos recursos e promover a formação de profissionais por meio de currículos universitários e treinamento de pós-graduação⁷.

Por mais de uma década, especialistas sugeriram que uma abordagem global é essencial para o desenvolvimento de CP em todo o mundo em termos de liderança, compartilhamento de conhecimento e legalidade. Esforços contínuos continuam a integrar melhor os CP aos cuidados do câncer. Embora existam algumas semelhanças nos CP do câncer em todo o mundo, existem grandes diferenças em cinco áreas principais: (1) a epidemiologia do câncer e sintomas relacionados, (2) integração específica do câncer nos cuidados, (3) educação em CP, (4) desenvolvimento econômico do país e (5) diferenças culturais e religiosas que exigem uma abordagem personalizada de atendimento⁸.

Embora às vezes seja mais fácil focar nas diferenças entre os países, existem três pontos em comum nos CP globais do câncer. Em primeiro lugar, o objetivo primário dos CP é universal: aliviar a dor e o sofrimento e melhorar a qualidade de vida, que muitos chamam de

direito humano. Embora isso seja globalmente semelhante, o grau e os meios para realizar isso podem ser muito diferentes. Em segundo lugar, a equipe interdisciplinar é fundamental para a prestação de CP. Empregar uma equipe é o que separa os CP integrados de um único clínico que presta cuidados de suporte ao câncer. E terceiro, o núcleo de todas as sociedades ao redor do mundo é a unidade familiar, que tem um significado especial para a prestação de CP de câncer em todo o mundo. Este terreno comum infere que nós, como raça humana, muitas vezes somos mais semelhantes do que diferentes. E, no entanto, nossas diferenças circunstanciais e individuais criam uma rica diversidade em quem somos como pessoas, o que exige uma abordagem personalizada aos CP⁹.

Os serviços de CP existem em aproximadamente 136 dos 234 países do mundo. No entanto, o grau de integração é altamente variável e os recursos dependem do país. Lynch et al.¹⁰ mapearam o desenvolvimento de CP em todo o mundo e encontraram níveis que variam de nenhuma atividade a integração avançada, o que enfatizou algumas das disparidades globais que existem globalmente, enfatizando ainda que nem todos os países são iguais. Europa, Austrália, Canadá e EUA têm a integração mais avançada, enquanto várias áreas da África e partes da Ásia e América do Sul carecem de serviços. Deve-se notar que a integração específica dos CP relacionados ao câncer não foi abordada no trabalho de Lynch¹⁰.

No geral, a integração dos CP em todo o mundo ainda está crescendo. E a integração específica para pacientes com câncer parece estar em estágios iniciais em países mais desenvolvidos, mas existe falta de evidências para outras partes do mundo⁷.

A capacidade de integrar com sucesso os CP para pacientes com câncer em um país é altamente dependente do acesso à educação profissional e comunitária. Embora exista uma infinidade de programas educacionais globais de CP, a maioria é geral e não específica para o tratamento do câncer. Uma revisão sistemática de 14 currículos de cuidados oncológicos paliativos para provedores em comunidades com recursos limitados e mal atendidos fez referência a programas na Argentina, Uganda, Quênia, Austrália, Alemanha, EUA e alguns países combinados. Os tópicos de educação incluíam princípios de CP, conteúdo de gerenciamento de dor e sintomas e habilidades de comunicação, apresentados principalmente em formato didático com algum aprendizado experimental. Apenas um programa mencionou especificamente conteúdo específico de oncologia¹¹.

A CP é uma subespecialidade médica que atende pessoas com doenças graves; seu foco principal é fornecer alívio dos sintomas, controle da dor e alívio do estresse, independentemente do diagnóstico e prognóstico⁶.

Idealmente, os CP são prestados por uma equipe interdisciplinar que deve incluir um médico, enfermeiro, assistente social e uma figura religiosa. As equipes de CP geralmente incluem ou trabalham em estreita colaboração com outros especialistas, como fisioterapeutas ou terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas, acupunturistas, musicoterapeutas e massoterapeutas^{4,5}. Os CP são uma abordagem holística e de equipe

para o cuidado do paciente, abordando as necessidades físicas, emocionais, práticas e espirituais do paciente e de seus cuidadores. Os oncologistas muitas vezes sentem que são capazes de fornecer CP para seus próprios pacientes. De fato, eles podem ter sucesso no manejo dos sintomas médicos; no entanto, os verdadeiros CP abordam mais do que apenas o sofrimento físico, pois são prestados por uma equipe interdisciplinar que se concentra em vários aspectos do cuidado e da qualidade de vida¹².

As diretrizes da ASCO (Sociedade Americana de Oncologia Clínica) de 2017 recomendaram que qualquer paciente com câncer avançado - internado ou ambulatorial - deve receber serviços de CP dedicados, idealmente mais cedo no curso da doença, concomitante ao tratamento ativo e nas primeiras 8 semanas do diagnóstico¹³. Os sintomas do câncer e os efeitos colaterais do tratamento requerem tratamento adicional. Os pacientes podem receber CP em qualquer estágio da doença, e é apropriado para pacientes de qualquer idade com câncer ou outras doenças avançadas não cancerosas. CP podem ser dados junto com tratamento agressivo; os pacientes podem receber quimioterapia ou radioterapia ou ser submetidos a procedimentos cirúrgicos enquanto também recebem CP. De fato, estudos têm demonstrado que iniciar os CP mais cedo proporciona melhor qualidade de vida e pode prolongar a sobrevida¹¹. As equipes de CP se concentram na construção de relacionamentos com os pacientes e suas famílias ao longo do tempo, ao mesmo tempo em que abordam sintomas, necessidades emocionais e habilidades funcionais. A equipe de CP educa o paciente e sua família sobre a doença e o prognóstico, e esclarece os objetivos dos cuidados⁴.

Uma revisão examinou sete estudos de intervenções precoces de CP versus cuidados padrão de câncer que compararam qualidade de vida relacionada à saúde, depressão, controle de sintomas e sobrevida¹⁴. Desses sete estudos, cinco eram estudos prospectivos randomizados controlados e os dois restantes eram estudos randomizados em cluster. Um estudo controlado randomizado mostrou que a integração precoce de CP juntamente com cuidados oncológicos padrão em pacientes com câncer de pulmão de células não pequenas resultou em um prolongamento da sobrevida de aproximadamente 2 meses e uma melhora clinicamente significativa na qualidade de vida e humor. Outros autores estudaram pacientes em todos os estágios de câncer de pulmão de células não pequenas e descobriram que as melhorias na qualidade de vida foram maiores em pacientes com estados de doença em estágio inicial versus em estágio avançado⁸. O ensaio ENABLE III de Bakitas et al¹⁵ estudou uma intervenção de enfermeiros especializados em um ambiente ambulatorial em uma população com câncer misto e descobriu que a intervenção levou à educação e capacitação do paciente. No entanto, também demonstrou que estudar uma população de pacientes por apenas 3 meses e atrasar a intervenção de CP resultou em melhora insignificante nos escores de qualidade de vida e na intensidade dos sintomas. Maltoni et al¹⁶ realizaram um estudo prospectivo randomizado de pacientes com câncer de pâncreas inoperável metastático ou localmente avançado. Este estudo sobre o impacto dos CP precoces, além dos cuidados oncológicos padrão, revelou menor intensidade dos sintomas no grupo de CP precoces aos 3 meses, bem como maior qualidade de vida⁸.

Nem todos os países dispõem de serviços modernos de CP e, portanto, a taxa de sobrevivência líquida estimada em 5 anos, globalmente, difere significativamente. Em países de alta renda, a taxa de sobrevivência para 11 tipos de câncer é 12 vezes maior do que em países de baixa renda. Melhorar a qualidade dos cuidados, incluindo o contínuo completo de serviços de CP, poderia melhorar significativamente as taxas de sobrevivência líquida de 5 anos em países de baixa e média renda¹.

CP e alívio da dor são algumas das dimensões mais negligenciadas da saúde global hoje. Elas mal são consideradas tardias nas discussões sobre o alcance da saúde universal. Mesmo países de alta renda com serviços de saúde avançados lutam para fornecer acesso a programas abrangentes de CP. O tratamento do câncer pode ser coberto financeiramente, mas a cobertura de saúde para CP pode ser limitada¹⁷.

Atualmente, os CP ao mais alto nível de prestação estão disponíveis para apenas 14% da população global e estão concentrados nos países europeus. Prevê-se um aumento global de 87% no sofrimento grave relacionado à saúde passível de intervenções de CP até 2060. Com uma necessidade crescente, os CP não estão atingindo os níveis exigidos por pelo menos metade da população global⁹. Os CP pediátricos no mais alto nível de provisão estão disponíveis em apenas 21 países, representando menos de 10% da população global com 20 anos ou menos. Está concentrado em ambientes de alta renda, enquanto a maior parte da necessidade global de tais cuidados ocorre em países de baixa e média renda^{16,17}. É necessário um trabalho significativo para integrar totalmente os CP relacionados ao câncer em países ao redor do mundo.

Questões pessoais e relacionadas ao sistema de saúde criam obstáculos. Em geral, conhecimento insuficiente, pouca conscientização, atitudes e crenças negativas de pacientes, famílias, público em geral e profissionais de saúde apresentam desafios pessoais cruciais para a prestação de CP¹⁸.

A educação em CP é recomendada como o primeiro passo para superar esses desafios. Em oncologia, os médicos muitas vezes não consideram a importância do cuidado centrado na pessoa em sua prática clínica diária e como isso se relaciona com sua formação. A maioria dos oncologistas luta para escolher as palavras certas. Tais dificuldades são consequência de sua formação limitada em CP durante suas bolsas de oncologia. Além disso, poucos têm treinamento ou orientação em habilidades de comunicação, pois os oncologistas são treinados para serem orientados para a medicina, não para a pessoa⁷.

Mesmo nos principais países de alta renda, problemas de comunicação entre pacientes e seus cuidadores sobre preferências e prognósticos servem como barreira para um atendimento satisfatório. A comunicação adequada requer habilidades que, infelizmente, ainda não estão incluídos no currículo médico ou de enfermagem. Os atuais esforços de educação ainda não produziram as mudanças culturais e médico-políticas necessárias que trariam a prática ideal dos princípios de CP, globalmente. Além disso, nos EUA, raramente um oncologista foi recomendado para uma carreira focada no manejo de sintomas ou palição¹⁰.

A equipe interdisciplinar também deve ser desenvolvida globalmente. Mas, infelizmente, no relatório mais recente da OMS em 2020 sobre o Perfil do Câncer, o pessoal de CP nem foi mencionado em sua lista de força de trabalho. Entretanto, em países desenvolvidos e, mais ainda, em países em desenvolvimento, a equipe de CP primários é essencial. Para os pacientes e seus cuidadores na comunidade, um fator crítico é o acesso a enfermagem qualificada em atendimento domiciliar 24 horas por dia, 7 dias por semana. Equipes especializadas em CP, que trabalham principalmente em hospitais, são uma fonte valiosa e parceiros colaborativos para as equipes de cuidados primários^{2,5}.

Assim, envolver a equipe especializada em CP, conforme necessário, permite que a equipe de atenção primária continue a ser o principal ponto de contato para o paciente. E, no entanto, na maioria dos países em desenvolvimento, os pacientes com câncer que precisam de CP estão em casa, devido a dificuldades de transporte ou renda limitada, e não podem acessar os cuidados adequados ou comprar medicamentos necessários. A integração dos CP aos serviços de atenção primária é uma estratégia recomendada para melhorar a acessibilidade dos CP para aqueles que vivem em áreas remotas. Permanece a falta de dados de custos disponíveis, o que cria um obstáculo à introdução e estimativa dos custos dos CP¹⁹.

A capacidade das equipes de CP de alcançar todas as populações, no entanto, é outro grande desafio. Uma das principais razões para a discrepância na qualidade dos serviços de CP em países desenvolvidos versus países em desenvolvimento é o fato de que na maioria dos países ocidentais, incluindo Austrália, Nova Zelândia e Japão, os CP foram institucionalizados, enquanto em quase todos os países em desenvolvimento, os pacientes com câncer terminam suas vidas em casa sem o cuidado ideal que os modernos serviços de CP são capazes de oferecer aos pacientes que sofrem e suas famílias^{9,10}.

Em geral, os desafios que dificultam a prestação de CP diferem significativamente entre países desenvolvidos e em desenvolvimento – em termos de escopo, contexto, cultura e crenças religiosas. No entanto, também existem algumas semelhanças, como os obstáculos mais comuns, incluindo a falta de mão de obra devidamente treinada⁹. Além disso, atitudes negativas em relação a CP e morte, fobia de opióides e sentimentos de alienação e isolamento das famílias são os desafios mais comuns nos países em desenvolvimento, enquanto as percepções errôneas do público em geral e dos profissionais de saúde equiparando “CP” com “fim de cuidados de vida” são os principais desafios nos países desenvolvidos⁹.

A situação atual dos CP nos países em desenvolvimento é alarmante²⁰. Segundo a Associação Latino-Americana de CP, o Brasil oferece apenas 0,48 serviços de CP por 1 milhão de habitantes. Em 2012, nenhum médico credenciado atuava em CP. O cenário educacional também é preocupante. Enquanto apenas 1,1% das escolas médicas incluem educação em CP nos currículos de graduação, a demanda por CP nos países em desenvolvimento está crescendo constantemente²¹.

A transição demográfica nos países em desenvolvimento levou a uma mudança nas causas de morte, com as doenças transmissíveis deixando de ser a principal causa em muitos países da América Latina. À medida que a expectativa de vida aumenta, aumenta a prevalência de múltiplas condições crônicas entre os idosos. Aqueles com doença crônica avançada enfrentarão os mesmos problemas de CP que os pacientes com câncer, com indicação clara de alívio dos sintomas paliativo⁴.

Um estudo realizado na Espanha, em 2010, constatou que a prevalência da doença crônica avançada em idosos pode chegar a 10,9%. Quando se avalia o risco de desenvolver doenças não transmissíveis, a situação socioeconômica do país tem um papel principal, colocando os países latino-americanos no centro das atenções do problema. Até o ano de 2050, a expectativa de vida no Brasil é estimada em oitenta anos. Portanto, o número de idosos que necessitam de serviços paliativos crescerá exponencialmente^{4,22}.

Muito pouca pesquisa em CP foi publicada em países em desenvolvimento e aplicar as perspectivas dos países desenvolvidos sobre cuidados de fim de vida em países em desenvolvimento é irreal e tende ao fracasso. Portanto, pesquisas sobre CP e cuidados de fim de vida em países em desenvolvimento, como o Brasil, são obrigatórias para avaliar necessidades e prioridades, estabelecer intervenções de saúde e aumentar o conhecimento médico geral^{4,7}.

METODOLOGIA

Estudo transversal, exploratório, descritivo²³, com foco em levantamento de dados mediante aplicação de questionário semiestruturado e autoaplicável. A pesquisa foi respondida por profissionais de saúde atuantes em um hospital oncológico da cidade de Cascavel-Pr. O instrumento de coleta de dados era um questionário semiestruturado composto por duas partes. A primeira parte incluiu informações demográficas, atitudes e experiência em cuidados paliativos. A segunda parte continha um teste de conhecimento com 20 itens, adaptado do Palliative Care Knowledge Test (PCKT)²⁴.

Os dados foram coletados mediante aplicação de questionário pela plataforma *Google Forms*® para profissionais da saúde graduados que prestem serviços formalmente/regularmente para a unidade hospitalar. A coleta de dados ocorreu no mês de Novembro de 2022 após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz sob CAAE nº 64042022.0.0000.5219.

Os dados foram tabulados em Planilha do Microsoft Excel® e demonstrados na forma de figuras e tabelas por meio de estatística descritiva. A análise estatística foi realizada por meio do programa *Statistica 7.0*®. Comparações matriciais foram realizadas por meio do teste do Qui-Quadrado. As variações dos parâmetros dentro de um grupo foram comparadas pela Análise de Variância (ANOVA) de uma via e entre dois grupos por meio da ANOVA de duas vias. Significância estatística foi dada se $p < 0,05$.

ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Durante o período estudado 30 profissionais responderam o questionário. Todos alocados e atuantes na unidade hospitalar da cidade de Cascavel-PR. Com relação as características demográficas 19 (63,3%) eram do sexo feminino e 11 (36,5%) do sexo masculino. A maioria dos participantes tinham idade entre 31-40 anos (43,3%), seguido da faixa etária entre 20-30 anos (36,7%). Sobre a experiência profissional houve uma variação sendo que 33% possuía entre 11-20 anos e 33% possuía menos de 5 anos de experiência. A população de estudo foi composta por médicos (63%) e não médicos (37%), a distribuição desta é demonstrada na tabela 1.

Profissional	n	%
Médico	19	63,3
Enfermeiro	4	13,3
Farmacêutico	4	13,3
Nutricionista	3	10,0

Tabela 1 – Perfil de graduação acadêmica entre os profissionais que trabalham com cuidados paliativos.

Fonte: os autores. N – tamanho amostral.

No geral, a integração dos CP em todo o mundo ainda está crescendo. E a integração específica para pacientes com câncer parece estar em estágios iniciais em países mais desenvolvidos, mas existe falta de evidências para outras partes do mundo⁷.

A capacidade de integrar com sucesso os CP para pacientes com câncer em um país é altamente dependente do acesso à educação profissional e comunitária. Embora exista uma infinidade de programas educacionais globais de CP, a maioria é geral e não específica para o tratamento do câncer. Uma revisão sistemática de 14 currículos de cuidados oncológicos paliativos para provedores em comunidades com recursos limitados e mal atendidos fez referência a programas na Argentina, Uganda, Quênia, Austrália, Alemanha, EUA e alguns países combinados. Os tópicos de educação incluíam princípios de CP, conteúdo de gerenciamento de dor e sintomas e habilidades de comunicação, apresentados principalmente em formato didático com algum aprendizado experimental. Apenas um programa mencionou especificamente conteúdo específico de oncologia¹¹.

Com relação à formação em CP, 66% não possuía nenhum tipo de formação, 16% tinham a formação básica e 16% uma formação intermediária. Sobre a experiência profissional, 46% atua em ações paliativas, 23% não atua diretamente com CP, 20% participa da equipe hospitalar de suporte em CP, 6,7% trabalha em unidade de CP e 3,3% está alocada em equipe comunitária em suporte para CP, conforme pode ser observado na tabela 2.

Experiência Profissional	N	%
Ações Paliativas	14	46,7
Não	7	23,3
Equipe Hospitalar de suporte em CP	6	20,0
Unidade em CP	2	6,7
Equipe comunitária em suporte em CP	1	3,3

Tabela 2 – Distribuição da atuação profissional em CP dos participantes do estudo.

Fonte: os autores. N – tamanho amostral.

Quando questionado aos participantes como eles valiam seu conhecimento a respeito das ações e políticas dos CP foi observado que entre os profissionais médicos 47% acreditam ter um nível de conhecimento bom, 26% descrevem como regular e 26% analisam como insuficiente. Dentre os profissionais não médicos, a maioria (81%) acredita ter um conhecimento insuficiente, 9% destaca como suficiente e 9% respondeu possuir um bom conhecimento sobre CP, conforme pode ser notado na tabela 3.

Grau de Conhecimento	Médico		Não Médico	
	n	%	n	%
Insuficiente	5	26,3	9	81,8
Suficiente	5	26,3	1	9,1
Bom	9	47,4	1	9,1

Tabela 3 – Auto avaliação sobre o nível de conhecimento sobre CP entre profissionais médicos e não médicos.

Fonte: os autores. N – tamanho amostral.

Os entrevistados foram submetidos a responder o teste de conhecimento com 20 itens, adaptado do Palliative Care Knowledge Test (PCKT)²⁴ e os resultados são demonstrados na tabela 4. A tabela traz as vinte perguntas realizadas, a resposta correta e o percentual de profissionais que acertou cada uma das assertivas. De modo geral é possível observar que em média 87% dos profissionais médicos responderam corretamente e 63% dos profissionais não médicos tiveram esta taxa de acerto.

Perguntas	R	Não Médico		Médico	
		n	%	n	%
O objetivo dos Cuidados Paliativos é unicamente o tratamento da dor	F	10	90,9	19	100,0
Os CP iniciam-se nas últimas semanas de vida	F	10	90,9	19	100,0
Os CP incluem apoio espiritual	V	9	81,8	19	100,0
Os CP incluem cuidados aos familiares/cuidadores do doente	V	11	100,0	19	100,0
A melhor forma de trabalhar com doentes com necessidades paliativas é em equipe	V	11	100,0	18	94,7
Os CP mantêm-se, após a morte do doente, na assistência à família durante o luto	V	7	63,6	19	100,0
Os CP e tratamentos com intuito curativo podem ser administrados simultaneamente	V	8	72,7	14	73,7
Os CP só devem ser prestados a doentes cujo tratamento curativo já não é possível.	F	5	45,5	16	84,2
Em Cuidados Paliativos preconiza-se a conspiração do silêncio	F	8	72,7	17	89,5
A comunicação também funciona como estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e no controle dos sintomas	V	11	100,0	19	100,0
Os doentes deveriam ser sempre informados de forma clara sobre a morte iminente	F	2	18,2	17	89,5
Na transmissão de más notícias ao doente e família devem encobrir-se informações, fatos e sentimentos	F	10	90,9	17	89,5
Quando se inicia a sedação paliativa, o tratamento da dor pode ser suspenso	F	8	72,7	17	89,5
Quando a hidratação artificial é retirada, o doente poderá ter mais sintomas na fase de agonia/final	F	4	36,4	10	52,6
Alguns doentes em fim de vida irão necessitar de sedação contínua para alívio do sofrimento	V	9	81,8	19	100,0
A dor é um sintoma que, na maioria das vezes, é subvalorizado e subtratado	V	7	63,6	19	100,0
O uso prolongado de opióides causa frequentemente dependência	F	2	18,2	8	42,1
O uso de opióides não influencia o tempo de sobrevivência	V	3	27,3	11	57,9
Quando os opióides são utilizados de forma continuada, a depressão respiratória é comum	F	2	18,2	16	84,2
É importante aguardar o máximo de tempo possível para iniciar opióides fortes, por forma a reservá-los para a dor muito intensa	F	1	9,1	16	84,2
Quando os opióides estão a ser utilizados para controlo da dor, numa dose regular, os anti-inflamatórios não devem ser utilizados	F	1	9,1	15	78,9
A dor total compreende aspetos multidimensionais (físicos, psicológicos, sociais e espirituais)	V	11	100,0	19	100,0
Para o alívio da dor, em Cuidados Paliativos, o profissional de saúde deve recorrer apenas a medidas farmacológicas	F	10	90,9	19	100,0
			63,2		87,4

Tabela 4 – Resultado do teste de conhecimento adaptado do Palliative Care Knowledge Test comparando entre profissionais médicos e não médicos.

Fonte: os autores. N – tamanho amostral. R – resposta correta para cada assertiva.

Quando analisado cada um dos domínios do Palliative Care Knowledge Test foi possível notar que ambas as classes dos profissionais acertaram mais sobre a filosofia dos CP e tiveram menor taxa de asserto no domínio relacionado à dor. Sendo que, a média de todos os participantes foi uma taxa de acerto de 86% relacionado a filosofia, 81% sobre comunicação, 72% direcionada a aspectos do fim da vida e 61% respondeu corretamente a respeito do manejo da dor. Esses dados são demonstrados na tabela 5.

Domínio	Não Médico	Médico	Média
Filosofia	80,0	93,7	86,8
Comunicação	70,0	92,1	81,1
Fim da vida	63,6	80,5	72,1
Dor	41,8	80,5	61,2
	63,9	86,7	75,3

Tabela 5 – Taxa de acerto de profissionais médicos e não médicos nos diferentes domínios de conhecimento do Palliative Care Knowledge Test.

Fonte: os autores.

A educação em CP é recomendada como o primeiro passo para superar esses desafios. Em oncologia, os médicos muitas vezes não consideram a importância do cuidado centrado na pessoa em sua prática clínica diária e como isso se relaciona com sua formação. A maioria dos oncologistas luta para escolher as palavras certas. Tais dificuldades são consequência de sua formação limitada em CP durante suas bolsas de oncologia. Além disso, poucos têm treinamento ou orientação em habilidades de comunicação, pois os oncologistas são treinados para serem orientados para a medicina, não para a pessoa⁷.

Mesmo nos principais países de alta renda, problemas de comunicação entre pacientes e seus cuidadores sobre preferências e prognósticos servem como barreira para um atendimento satisfatório. A comunicação adequada requer habilidades que, infelizmente, ainda não estão incluídos no currículo médico ou de enfermagem. Os atuais esforços de educação ainda não produziram as mudanças culturais e médico-políticas necessárias que trariam a prática ideal dos princípios de CP, globalmente. Além disso, nos EUA, raramente um oncologista foi recomendado para uma carreira focada no manejo de sintomas ou palição¹⁰.

Em um último momento foi comparada a taxa de acerto levando em consideração o nível de formação profissional e o tempo de experiência. É possível observar que quando considerado o tempo de experiência profissional o percentual de acertos não apresentou uma correlação positiva, de modo que, indivíduos com o menor tempo de experiência obtiveram resultado (80%) semelhante aqueles com maior tempo (82%). No entanto quando avaliamos o parâmetro relacionado ao tipo de formação, indivíduos que relataram não possuir treinamento específico em CP obtiveram uma taxa de acerto de 50%, aqueles com formação básica 85% e os com formação intermediária responderam corretamente 91% do teste. Esses dados podem ser observado na tabela 6.

	Formação		Tempo de experiência		
	n	%		n	%
Não	20	50	< 5 anos	10	80
Básica	5	85	6-10 anos	7	76,4
Intermediária	5	91	11-20 anos	10	63
			>21 anos	3	82
Média		75,3			75,3

Tabela 6 – Comparação da taxa de acertos em relação à formação profissional em CP e o tempo de experiência em CP.

Fonte: os autores.

Neste contexto o estudo sugere que independente do tempo de experiência profissional, treinamentos continuados devem ser aplicados para que os domínios dos CP sejam entendidos e consequentemente executados na prática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o período estudado 30 profissionais responderam o questionário. Com relação as características demográficas 19 (63,3%) eram do sexo feminino e 11 (36,5%) do sexo masculino. A maioria dos participantes tinham idade entre 31-40 anos (43,3%). A população de estudo foi composta por médicos (63%) e não médicos (37%). Quando aplicado o Palliative Care Knowledge Test foi possível observar que em média 87% dos profissionais médicos responderam corretamente e 63% dos profissionais não médicos tiveram esta taxa de acerto. Sendo que, a média de todos os participantes foi uma taxa de acerto de 86% relacionado a filosofia, 81% sobre comunicação, 72% direcionada a aspectos do fim da vida e 61% respondeu corretamente a respeito do manejo da dor. Indivíduos com o menor tempo de experiencia obtiveram resultado (80%) semelhante aqueles com maior tempo (82%). No entanto quando avaliamos o parâmetro relacionado ao tipo de formação, indivíduos que relataram não possuir treinamento específico em CP obtiveram uma taxa de acerto de 50%, aqueles com formação básica 85% e os com formação intermediária responderam corretamente 91% do teste.

No geral, a integração dos CP em todo o mundo ainda está crescendo. E a integração específica para pacientes com câncer parece estar em estágios iniciais em países mais desenvolvidos, mas existe falta de evidências para outras partes do mundo. A capacidade de integrar com sucesso os CP para pacientes com câncer em um país é altamente dependente do acesso à educação profissional e comunitária. Embora exista uma infinidade de programas educacionais globais de CP, a maioria é geral e não específica para o tratamento do câncer. Alguns currículos de graduação de cuidados oncológicos paliativos para provedores em comunidades com recursos limitados e mal atendidos fez referência a programas em alguns países combinados. Os tópicos de educação

incluía principios de CP, conteúdo de gerenciamento de dor e sintomas e habilidades de comunicação, apresentados principalmente em formato didático com algum aprendizado experimental. A CP é uma subespecialidade médica que atende pessoas com doenças graves; seu foco principal é fornecer alívio dos sintomas, controle da dor e alívio do estresse, independentemente do diagnóstico e prognóstico. No entanto, é nítida a falta de formação inicial e continuada. Neste contexto o estudo sugere que independente do tempo de experiência profissional, treinamentos continuados devem ser aplicados para que os domínios dos CP sejam entendidos e consequentemente executados na prática.

REFERÊNCIAS

1. Rodríguez Quintana T, Dávalos-Batallas V, Vargas-Martínez AM, López L, Bonilla-Sierra P, Lomas-Campos MD, Leon-Larios F. Implementation and Knowledge of the Clinical Practice Guide for Palliative Care in the Ecuadorian Primary Care Level. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Nov 4;18(21):11573. doi: 10.3390/ijerph182111573.
2. Aldridge M.D., Hasselaar J., Garralda E., Van Der Eerden M., Stevenson D., McKendrick K., Centeno C., Meier D.E. Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: A literature review. *Palliat. Med*. 2016;30:224–239. doi: 10.1177/0269216315606645.
3. United Nations General Assembly United Nations 66/2. *Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases*. 2012. Acessado em maio de 2022. Available online: <http://www.who.int/publications/en/>
4. Ioshimoto T, Shitara DI, do Prado GF, Pizzoni R, Sassi RH, de Gois AFT. Education is an important factor in end-of-life care: results from a survey of Brazilian physicians' attitudes and knowledge in end-of-life medicine. *BMC Med Educ*. 2020 Oct 2;20(1):339. doi: 10.1186/s12909-020-02253-8.
5. Hidalgo-Andrade P, Mascialino G., Miño D., Mendoza M., Marcillo A. Knowledge of Palliative Care in Ecuador. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021;18:4840. doi: 10.3390/ijerph18094840
6. Azemmour Y, Boutayeb S, Nafai S, Souadka A, Mrabti H, Elghissassi I, Marfak A, Errihani H. Knowledge and views of physicians and nurses about physical activity advice in oncology care: a cross-sectional study. *Pan Afr Med J*. 2022 Jan 20;41:57. doi: 10.11604/pamj.2022.41.57.30121
7. Lopez-Garcia M, Rubio L, Gomez-Garcia R, Sanchez-Sanchez F, Miyashita M, Medina-Abellan MD, Perez-Carceles MD. Palliative care knowledge test for nurses and physicians: validation and cross-cultural adaptation. *BMJ Support Palliat Care*. 2020 Apr 22;bmj.spcare-2019-002182. doi: 10.1136/bmj.spcare-2019-002182.
8. Swami M, Case AA. Effective Palliative Care: What Is Involved? *Oncology (Williston Park)*. 2018 Apr 15;32(4):180-4. PMID: 29684230.
9. Brant JM, Silbermann M. Global Perspectives on Palliative Care for Cancer Patients: Not All Countries Are the Same. *Curr Oncol Rep*. 2021 Apr 8;23(5):60. doi: 10.1007/s11912-021-01044-8
10. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *J Pain Symptom Manage*. 2013;45(6):1094–1106. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.05.011

11. Hui D, Bruera E. Models of Palliative Care Delivery for Patients With Cancer. *J Clin Oncol*. 2020 Mar 20;38(9):852-865. doi: 10.1200/JCO.18.02123.
12. McNeil MJ, Ehrlich BS, Wang H, Vedaraju Y, Bustamante M, Dussel V, Friedrich P, Garcia Quintero X, Gillipelli SR, Gomez Garcia W, Graetz DE, Kaye EC, Metzger ML, Sabato Danon CV, Devidas M, Baker JN, Agulnik A; Assessing Doctors' Attitudes on Palliative Treatment (ADAPT) Latin America Study Group. Physician Perceptions of Palliative Care for Children With Cancer in Latin America. *JAMA Netw Open*. 2022 Mar 1;5(3):e221245. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.1245
13. Runacres F, Poon P, King S, Lustig J, Ugalde A. Examining the role of specialist palliative care in geriatric care to inform collaborations: a survey on the knowledge, practice and attitudes of geriatricians in providing palliative care. *Age Ageing*. 2021 Sep 11;50(5):1792-1801. doi: 10.1093/ageing/afab058.
14. Snaman J, McCarthy S, Wiener L, Wolfe J. Pediatric Palliative Care in Oncology. *J Clin Oncol*. 2020 Mar 20;38(9):954-962. doi: 10.1200/JCO.18.02331.
15. Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, et al. Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2015;33:1438-45.
16. Maltoni M, Scarpi E, Dall'Agata M, et al. Systematic versus on-demand early palliative care: a randomised clinical trial assessing quality of care and treatment aggressiveness near the end of life. *Eur J Cancer*. 2016;69:110-8.
17. Horton R. A milestone for palliative care and pain relief. *Lancet*. 2018;391(10128):1338–1339. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32560-6.
18. Abu-Odah H, Molassiotis A, Liu J. Challenges on the provision of palliative care for patients with cancer in low- and middle-income countries: a systematic review of reviews. *BMC Palliat Care*. 2020;19(1):55. doi: 10.1186/s12904-020-00558-5.
19. Henderson JD, Boyle A, Herx L, Alexiadis A, Barwich D, Connidis S, Lysecki D, Sinnarajah A. Staffing a specialist palliative care service, a team-based approach: expert consensus white paper. *J Palliat Med*. 2019;22(11):1318–1323. doi: 10.1089/jpm.2019.0314.
20. Vidrola-Padros C, Mertenoff R, Lasmarias C, Gómez-Batiste X. Palliative care education in Latin America: a systematic review of training programs for healthcare professionals. *Palliat Support Care*. 2018;16(1):107–117. doi: 10.1017/S147895151700061X.
21. Pastrana T, Torres-Vigil I, De Lima L. Palliative care development in Latin America: an analysis using macro indicators. *Palliat Med*. 2014;28(10):1231–1238. doi: 10.1177/0269216314538893.
22. Gomez-Batiste X, Martinez-Munoz M, Blay C, Amblas J, Vila L, Costa X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study. *Palliat Med*. 2014;28(4):302–311. doi: 10.1177/0269216313518266.
23. Pereira AS. et al. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. Santa Maria/RS. Ed. UAB/NTE/UFSM.
24. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T. The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliat Med*. 2009;23(8):754–766. doi: 10.1177/0269216309106871