

CUIDADO É FUNDAMENTAL

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

PESQUISA

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v16.13072

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE RESIDENTES SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

*Knowledge, attitudes and practices of a multidisciplinary team on palliative care**Conocimientos, actitudes y prácticas de un equipo multidisciplinar sobre cuidados paliativos*Luana Turra¹ Daniele Delacanal Lazzari² 

RESUMO

Objetivo: analisar conhecimentos, atitudes e práticas de residentes sobre Cuidados Paliativos. **Método:** estudo quantitativo, transversal, avaliativo do tipo Conhecimento, Atitude e Prática, desenvolvido em um hospital universitário da região Sul do Brasil. Participaram 49 residentes vinculados ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. A coleta de dados ocorreu por meio do Google Forms. As análises foram realizadas no *software Statistical Package for the Social Sciences v.25*. Com nível de significância de 0,05. **Resultados:** A maioria afirmou não ter recebido informação suficiente sobre Cuidados Paliativos na graduação, 53,1% não sabem identificar pacientes candidatos a abordagem. Os aspectos conceituais são reconhecidos pelos residentes, no entanto, o uso de escalas, suspensão ou não de procedimentos e o uso de opióides geraram respostas diversas. O domínio Atitude foi significativo entre as categorias profissionais ($P=0,008$). **Conclusão:** Embora os participantes tenham mostrado compreensão sobre a temática, foram evidenciadas fragilidades, especialmente nos domínios atitude e prática.

DESCRITORES: Conhecimentos, atitudes e prática em Saúde; Cuidados paliativos; Equipe multiprofissional; Hospitais de ensino; Residência hospitalar;

^{1,2} Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

Recebido em: 24/01/2024; Aceito em: 11/02/2024; Publicado em: 30/03/2024

Autor correspondente: Luana Turra lu.turra@hotmail.com

Como citar este artigo: Silva CP, Reis APA. Conhecimentos, atitudes e práticas de uma equipe multidisciplinar de residentes sobre cuidados paliativos. R Pesq Cuid Fundam [Internet]. 2023 [acesso ano mês dia];16:e13072 Disponível em:

<https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v16.13072>



ABSTRACT

Objective: to analyze knowledge, attitudes and practices of multiprofessional residents related to the palliative care assistance. **Method:** a quantitative study, transversal, evaluative of the type Knowledge, Attitude and Practice, developed in a university hospital from the South of Brazil. 49 residents vinculated to the Multiprofessional Integrated Healthcare Residency Program participated. Data collection was made through *Google Forms*. The analyses were graphically represented and made with IBM SPSS Statistics v.25 software. Level of significance adopted was 0.05. **Results:** young group, with little professional experience, mainly women. The majority affirmed they haven't received sufficient information about palliative care and pain in graduation, 53,1% didn't knew how to identify patients candidates to palliative care. The conceptual aspects of palliative care are recognized by the residents. Nevertheless, the use of scales in palliative care, whether or not to suspend procedures and/or feeding and the use of opiates generated less cohesive answers between members of the group. Only the distribution of the Attitude domain was significant between the professional categories ($P=0,008$). **Conclusion:** participants have demonstrated comprehension about the thematic, even then, fragilities were evidenced, especially in the Attitude and Practice domains. Palliative care should be a focus of study in the healthcare permanent education, as well as in the multiprofessional residency programs.

DESCRIPTORS: Health Knowledge, Attitudes, Practice; Hospitals Teaching; Internship and Residency; Palliative Care; Patient Care Team;

RESUMEN

Objetivos: analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de los residentes sobre la asistencia en cuidados paliativos. **Método:** estudio cuantitativo, transversal, evaluativo del tipo Conocimiento, Actitud y Práctica, desarrollado en un hospital universitario de la región sur de Brasil. En el estudio participaron 49 residentes vinculados al Programa Integrado de Salud Multiprofesional. La recogida de datos se realizó a través de *Google Forms*. Los análisis se realizaron utilizando el software *Statistical Package for the Social Sciences v.25*. El nivel de significancia adoptado fue de 0,05. **Resultados:** La mayoría dijo no haber recibido suficiente información sobre Cuidados Paliativos y manejo del dolor al graduarse, el 53,1% no sabe cómo identificar a los pacientes candidatos al abordaje. Los aspectos conceptuales del tema son reconocidos por los residentes, sin embargo, el uso de balanzas, suspensión o no de procedimientos y / o alimentos y el uso de opioides han generado respuestas diferentes. El dominio Actitud fue significativo entre las categorías profesionales ($P = 0,008$). **Conclusión:** Aunque los participantes mostraron comprensión sobre el tema, se evidenciaron debilidades, especialmente en los dominios de actitud y práctica.

DESCRIPTORES: Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud; Cuidados Paliativos; Grupo de Atención al Paciente; Hospitales de Enseñanza; Internado y Residencia.

INTRODUÇÃO

Cuidados paliativos (CP) são aqueles que visam melhorar a qualidade de vida por meio da prevenção, identificação precoce e alívio do sofrimento físico, psicológico, psicossocial e espiritual e englobam cuidados a pacientes desde o diagnóstico, considerando as múltiplas necessidades destes e de suas famílias.¹ Estes cuidados incluem, mas não estão limitados, aos cuidados em fim de vida e o número crescente de programas que objetivam implantar e discutir CP, encontra-se apoiado em evidências científicas que mostram inúmeros benefícios clínicos para pacientes com diagnóstico de doença terminal.²

Em revisão sistemática³ que objetivou descrever os papéis auto percebidos por parte da equipe multiprofissional em CP, a divulgação de más notícias, gestão dos sintomas, preocupações psicossociais e a qualidade da comunicação, são objetivos frequentes ao lidar com expectativas não realistas de pacientes e famílias e, cujo desafio, estava em parte, na falta de planejamento antecipado destes cuidados.

Neste cenário, o Brasil, de acordo com levantamento realizado entre 2006 e 2011 pela *Worldwide Palliative Care Alliance*, encontrava-se dentro do grupo de países que ofertam CP de

forma isolada, ou seja, atividades cujo alcance é irregular e as demandas de suporte, medicamentos e acompanhamento são limitadas em relação ao tamanho da população.⁴ Desta forma, fortalecer discussões entre a equipe multiprofissional por meio da compreensão de que a integralidade da assistência nos CP depende da integração dos sistemas de saúde existentes e da inter-relação entre os membros da equipe por meio de conhecimentos, atitudes e práticas interdisciplinares, deve ser preocupação de todos, por meio da articulação dos saberes, da horizontalização das relações, participação na tomada de decisões, entre outros.⁵

No contexto da assistência ao paciente, a residência hospitalar, seja uniprofissionais ou multiprofissionais em saúde, inserem nos cenários práticos, profissionais de diversas áreas e objetivam romper com os paradigmas em relação à formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS), com forte característica de interdisciplinaridade.⁶ Ao pensar a inserção dos residentes nos hospitais de ensino, a abordagem aos CP está inserida nas muitas possibilidades de cuidados, sem que haja, necessariamente, preparo ou entendimento das equipes dos hospitais para essa temática.

A falta de preparo para atuar com CP foi evidenciada em estudo recente, apontando falta de formação especializada dos

profissionais e dificuldade nas relações interpessoais entre os membros da equipe⁵. É fundamental uma equipe alinhada dentro das práticas que abrangem essa abordagem, e que esta equipe seja multidisciplinar, pois CP eficazes requerem um conjunto de profissionais variados.⁷

Estudo bibliométrico que teve como objetivo analisar dissertações e teses sobre CP e doenças crônicas, concluídas entre 2009 e 2018, evidenciou maior número de pesquisas por enfermeiros, de abordagem qualitativa e em ambiente hospitalar, 8 sugerindo a pertinência de novos estudos que incluam os demais profissionais integrantes da equipe.

Diante da importância da assistência prestada pela equipe multiprofissional aos pacientes em CP, questiona-se como os profissionais de um programa de residência multiprofissional percebem esse cuidado? Nesse contexto, objetivou-se analisar conhecimentos, atitudes e práticas de residentes multiprofissionais acerca da assistência em CP.

MÉTODO

Estudo quantitativo, transversal, descritivo, por meio de questionário de autoavaliação e inquérito avaliativo do tipo conhecimento, atitude e prática (CAP). O inquérito CAP permite medir conhecimento, atitude e prática de uma população, diagnosticando o que sentem, sabem e como se comportam a respeito de um tema pré- definido.⁹ Estudos que utilizaram CAP como método, determinaram diferentes estratégias de valoração das variáveis: a) Conhecimento: que busca avaliar a compreensão de uma população sobre um tema específico. b) Atitudes: refere-se aos sentimentos individuais em relação a esse assunto, ideias preconcebidas, opinião, predisposição, crenças. c) Práticas: diz respeito às maneiras pelas quais os entrevistados exprimem seu conhecimento e atitudes através de suas ações, reforça uma dimensão social.⁹ Neste estudo, o Inquerito CAP foi composto de dez afirmativas, onde os participantes poderiam optar pelas respostas: Concordo Totalmente (CT), Concordo Parcialmente (CP), Neutro, Discordo Parcialmente (DP) e Discordo Totalmente (DT).

Este estudo foi desenvolvido em um hospital universitário da região Sul do Brasil, que atende pacientes clínico e cirúrgicos nas mais diversas especialidades, tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar. O referido hospital atende exclusivamente usuários do SUS e, no ano de 2010, deu início à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), com duas áreas de concentração: Atenção às Urgências e Emergências e Atenção em Alta Complexidade. Posteriormente, em 2014, incorporou-se às áreas, a Saúde da Mulher e da Criança.

Conforme dados fornecidos pela coordenação da RIMS, no momento da coleta de dados, o programa contava com 69 residentes, nas três áreas de concentração. Todos foram convidados a participar do estudo, sendo que 49 aceitaram e constituíram amostra por conveniência. A coleta de dados ocorreu no formato online, por meio do Google Forms, o instrumento de coleta foi

enviado via endereço de e-mail. A etapa de coleta de dados deu-se entre os meses de abril a agosto de 2020.

Na análise dos dados, as comparações entre as médias ou distribuições dos domínios Conhecimento, Atitudes e Prática e das respostas às questões de autoconhecimento, foram realizadas pelo teste t para amostras independentes ou teste de Mann-Whitney dependendo da distribuição e tamanho de amostra. Categorias com tamanho (n) inferior a 12 sujeitos tiveram testes não paramétricos realizados sem verificação do teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Em relação aos grupos profissionais os domínios do questionário CAP foram comparados pelo teste de Kruskal-Wallis e quando significativo comparado par a par pelo teste post-hoc de Dunn. Essas variáveis foram representadas por média e desvio-padrão e intervalo interquartil (mediana [Percentil25; Percentil75]). As análises foram representadas graficamente sendo realizadas no software IBM SPSS Statistics v.25. O nível de significância adotado foi 0,05.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, respeitando a Resolução nº 466/2012, com o CAAE nº 26199119.1.0000.0121 e parecer de aprovação nº 4.049.824. Os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Na Tabela 1, encontra-se descrita a caracterização da amostra, constituindo-se em um grupo majoritariamente feminino (93,9%).

Tabela 1 – Caracterização da amostra quanto ao sexo, profissão, experiência profissional, especialidade. (n=49). Florianópolis, 2020.

Sexo	
Feminino	46 (93,9)
Masculino	3 (6,1)
Profissão	
Assistente Social	5 (10,2)
Dentista	4 (8,2)
Enfermeiro	13 (26,5)
Farmacêutico	5 (10,2)
Fisioterapeuta	3 (6,1)
Fonoaudiólogo	3 (6,1)
Nutricionista	6 (12,2)
Psicólogo	10 (20,4)

Experiência Profissional (em anos)	
0	11 (22,4)
1	18 (36,7)
2	11 (22,4)
3	6 (12,2)
4	1 (2,0)
6	1 (2,0)
10	1 (2,0)
média (DP)	1,59 (1,73)
mediana [P25; P75]	1,0 [1,0; 2,0]
Área de concentração	
Alta complexidade	36 (73,5)
Saúde da mulher e da criança	6 (12,2)
Urgência e Emergência	7 (14,3)

O grupo de residentes, no que compete as suas profissões é heterogêneo conforme a demanda e vagas ofertadas via edital pelo programa, porém, a Enfermagem é a profissão predominante no grupo (26,5%) e a Alta Complexidade, a área de concentração com mais residentes (73,5%). Com relação à experiência profissional, 36,7% dos participantes indicaram um ano de experiência e 22,4% indicaram dois anos, incluindo o tempo como residente. Desta forma, considerando-se o período de dois anos da residência, 81,5% dos participantes não possuíam experiência assistencial significativa anterior, além do período da residência.

Na Tabela 2, o número de participantes que afirma não ter recebido informação suficiente sobre CP na graduação é superior àquele que afirma ter recebido. O mesmo vale para aqueles que responderam que não receberam informações suficientes para

Tabela 2 – Descrição dos itens de Autoavaliação. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

	Não n (%)	Sim n (%)
Recebi informação suficiente sobre CP durante a graduação?	45 (91,8)	4 (8,2)
Recebi informação suficiente para o manejo de pacientes com dor na graduação?	45 (91,8)	4 (8,2)
Utilizo escala de dor para avaliar os pacientes?	33 (67,3)	16 (32,7)
Sinto-me preparado para o controle de sintomas mais comuns em pacientes em CP dentro do que cabe a minha profissão?	24 (49)	25 (51)
Sinto-me apto a prestar assistência em pacientes em CP?	17 (34,7)	32 (65,3)
Sei identificar pacientes candidatos a CP?	26 (53,1)	23 (46,9)
Conheço a definição da OMS para cuidados paliativos?	13 (26,5)	36 (73,5)

manejar pacientes com dor (91,8%). Além disso 67,3% dos participantes afirmaram não usar escala de dor para avaliar pacientes.

Entretanto, apesar de haver predomínio de participantes que indicou não ter recebido informações suficientes sobre dor e CP, 65,3% consideram-se aptos a prestar assistência a pacientes em CP.

Na Tabela 3, estão descritos os 10 itens que compuseram o inquérito, divididos nos espectros Conhecimentos, Atitudes e Práticas, bem como as respostas do grupo de residentes multiprofissionais.

Na Tabela 4, somente a distribuição do domínio Atitude foi significativa entre as categorias profissionais (P=0,008). A diferença foi encontrada nas categorias Dentista (mediana=3,2) e Fisioterapeuta (mediana=5,0). Não é possível afirmar que as demais diferem entre si.

Tabela 3 – Descrição dos resultados do Inquérito CAP (Conhecimento, Atitude e Prática). Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

	DT	DP	Neutro	CP	CT
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. CP é o último recurso de cuidado, de abordagem interdisciplinar, adotada quando não há mais nenhum outro cuidado ou tecnologia que possa ser dispensado ao indivíduo.	10 (20,4)	20 (40,8)	0 (0)	12 (24,5)	7 (14,3)

2. CP visa a melhoria da qualidade de vida de pacientes que enfrentam doenças que ameaçam a vida e também de seus familiares, pois previne e alivia sofrimentos.	1 (2)	1 (2)	0 (0)	10 (20,4)	37 (75,5)
3. A suspensão de tratamentos fúteis não promove a morte, evita que o morrer seja alongado à custa de grande sofrimento. Pode, inclusive, ser iniciado concomitantemente com o tratamento curativo.	0 (0)	3 (6,1)	5 (10,2)	19 (38,8)	22 (44,9)
4. Ao se tornar paliativo todos os pacientes têm as medidas curativas suspensas. Destina-se exclusivamente a pacientes em final de vida.	30 (61,2)	7 (14,3)	3 (6,1)	7 (14,3)	2 (4,1)
5. Em momentos finais de vida em CP, a monitorização contínua pode ser retirada, a verificação de sinais vitais pode ser alterada quanto aos seus horários, os procedimentos dolorosos podem ser suspensos ou minimizados.	2 (4,1)	1 (2)	4 (8,2)	12 (24,5)	30 (61,2)
6. A alimentação por sondas pode ser considerada uma medida fútil para o paciente em CP e até danosa em algumas situações.	2 (4,1)	2 (4,1)	9 (18,4)	11 (22,4)	25 (51)
7. A utilização de opióides para alívio da dor deverá ser personalizada para cada paciente de acordo com seu próprio limiar, até atingir níveis aceitáveis de analgesia. Não existe dose máxima pré-estabelecida.	0 (0)	4 (8,2)	9 (18,4)	19 (38,8)	17 (34,7)
8. Eu respeito a vontade e autonomia do paciente em CP quanto a visitas, procedimentos, conversas e avaliações, mesmo que isso contrarie o plano previamente estabelecido.	0 (0)	0 (0)	3 (6,1)	17 (34,7)	29 (59,2)
9. Eu utilizo escalas de medição de dor continuamente e/ou registro todas as informações relativas ao cuidado de maneira aprofundada, analisando as alternativas possíveis e permitindo que outros profissionais utilizem meus registros para compreender amplamente a situação clínica do paciente.	3 (6,1)	5 (10,2)	11 (22,4)	13 (26,5)	17 (34,7)
10. Eu utilizo os dados originados das escalas Palliative Performance Scale (PPS) e Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) para orientar minhas ações e análises junto aos pacientes em CP.	17 (34,7)	1 (2)	22 (44,9)	2 (4,1)	7 (14,3)

Tabela 4 – Comparação das distribuições dos escores de Conhecimento, Atitude e Prática entre os residentes. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

	n	Conhecimento		Atitude		Prática	
		média	mediana	média	mediana	média	mediana
		(DP)	[P25; P75]	(DP)	[P25; P75]	(DP)	[P25; P75]
Assist. Social	5	4,0 (0,7)	4,0 [3,8; 4,5]	3,7 (0,5)	3,7ab [3,3; 4,0]	3,5 (1,2)	3,7 [2,3; 4,7]
Dentista	4	2,8 (0,4)	2,9 [2,5; 3,0]	3,3 (0,6)	3,2a [2,8; 3,7]	3,8 (0,3)	3,8 [3,5; 4,0]
Enfermeiro	13	3,6 (0,6)	3,5 [3,3; 3,8]	4,5 (0,5)	4,7ab [4,0; 5,0]	3,6 (0,6)	3,3 [3,0; 4,0]
Farmacêutico	5	3,2 (0,5)	3,0 [3,0; 3,3]	4,0 (0,6)	4,0ab [4,0; 4,3]	2,7 (0,5)	2,7 [2,3; 3,0]
Fisioterapeuta	3	3,3 (0,5)	3,3 [2,8; 3,8]	5,0 (0,0)	5,0b [5,0; 5,0]	4,0 (0,9)	3,7 [3,3; 5,0]
Fonoaudiólogo	3	3,3 (0,4)	3,0 [3,0; 3,8]	4,6 (0,4)	4,3ab [4,3; 5,0]	3,4 (0,8)	3,0 [3,0; 4,3]
Nutricionista	6	3,3 (0,3)	3,3 [3,0; 3,5]	4,4 (0,2)	4,3ab [4,3; 4,7]	3,9 (0,4)	3,8 [3,7; 4,0]
Psicólogo	10	3,2 (0,4)	3,1 [2,8; 3,5]	3,9 (1,0)	4,2ab [2,7; 4,7]	3,9 (0,9)	4,2 [3,0; 4,3]
P			0,062		0,008		0,178

DISCUSSÃO

Em relação à caracterização dos profissionais/residentes participantes deste estudo, constituem-se em grupo jovem, com pouca experiência assistencial, corroborando com outros estudos que envolveram esse público.¹⁰⁻¹¹

Houve predominância dos profissionais pertencentes à área de concentração de Atenção em Alta Complexidade em Saúde, que correspondem também ao maior número de vagas disponíveis no edital do Programa de Residência. É importante salientar que, independentemente da área de concentração, todos os residentes em algum momento poderão cuidar/assistir pacientes candidatos ou em CP. A instituição em que este estudo foi realizado possui uma Comissão de Cuidados Paliativos e Controle da Dor (CCPD), fundada em 2011, que atua mediante pedido de parecer por outras especialidades médicas e faz também atendimento em ambulatório, para seguimento de pacientes após alta hospitalar, porém abordagens em CP não se restringem a um setor isolado ou a esta comissão em específico.

Quanto à autoavaliação, observou-se que 91,8% dos participantes afirmaram não ter recebido informação suficiente sobre CP e manejo de pacientes com dor durante a graduação. Estudos que buscaram avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde em CP, evidenciaram pontos em comum, tais como: percepções errôneas acerca dos cuidados, lacunas no ensino sobre dor e cuidados paliativos na graduação, dificuldades em aplicar o conhecimento teórico na prática profissional.¹²⁻¹⁴ Contudo, 65,3% dos participantes consideraram-se aptos a prestar assistência a pacientes em CP, sugerindo que a complementação da formação veio de outras fontes, que não a graduação.

Além disso, 53,1% dos residentes indicaram não saber identificar pacientes aptos a receber CP. Essa fragilidade foi reforçada no inquérito CAP, na variável prática, em que 34,7% dos residentes afirmaram não utilizar a *Palliative Performance Scale* (PPS) e Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS). A escala *Palliative Performance Scale* (PPS) possibilita estabelecer prognóstico e funcionalidade do paciente e é bastante utilizada na indicação de cuidados paliativos.¹⁵ No Brasil, a Resolução n°. 41/2018, instituída pelo Ministério da Saúde foi um grande avanço para os CP, regulamentando essa prática enquanto política de saúde, fica estabelecido nessa resolução, que será ofertado cuidados paliativos a toda pessoa afetada por doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico dessa condição.¹⁶ Vindo de encontro com o preconizado pela OMS7, pois o órgão dá ênfase a identificação precoce das pessoas que se beneficiariam da abordagem. É possível que abordagens tardias possam favorecer os paradigmas de que CP é uma prática voltada ao fim da vida.

Quanto aos achados do inquérito CAP, na variável conhecimento, apesar de, como anteriormente citado, tratar-se de um grupo sem grande experiência profissional, predomi-

ram as respostas alinhadas às definições de CP. Dentre os participantes, 61,2% discordam que CP é o último recurso do cuidado. O CP pode ser ofertado inclusive de forma concomitante com o tratamento curativo.^{5,7,17} Pesquisa realizada com médicos residentes em outro hospital universitário, trouxe achados similares.¹⁴ A não adoção concomitante do tratamento paliativo e curativo pode resultar inclusive em uma transição tardia dos pacientes a abordagem, configurando-se com uma barreira.⁵

Para 44,9% dos participantes houve total concordância sobre a necessidade do CP ser iniciado de maneira concomitante ao tratamento curativo, além de que a suspensão de tratamentos fúteis não promove a morte. Com relação à alimentação por sondas, podendo esta ser considerada uma medida fútil para o paciente em CP, 51% concordam totalmente, demonstrando compreensão sobre o tema. Medidas, tais como a decisão pela suspensão de nutrição e hidratação artificiais e diálise, baseadas em evidências e experiência clínica, são amplamente aceitas em diversos países. Ademais, percebe-se também uma aceitação, nos últimos anos, da retirada da ventilação mecânica na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com a extubação paliativa.¹⁷⁻¹⁸ Porém, estudo recente em UTI¹⁸ verificou ainda uma tendência à obstinação terapêutica, a partir do entendimento de que se deve cumprir um dever profissional. Dentre os residentes entrevistados, 61,2% concordaram totalmente que procedimentos dolorosos podem ser suspensos ou minimizados. É importante avaliar os critérios de paliatividade, para evitar que paciente com indicação de CP ocupem leitos de UTI desnecessariamente e sofram com a obstinação terapêutica.¹⁵

No domínio "atitude", 59,2% afirmaram respeitar a vontade e autonomia do paciente em CP quanto a visitas, procedimentos, conversas e avaliações. Preparo dos profissionais, comunicação efetiva com o paciente e seus familiares e/ou responsável, respeitar a autonomia e dignidade do indivíduo, além dos princípios de beneficência e não maleficência são indispensáveis para o sucesso desta prática.^{12,17,18}

Quanto ao uso de escalas de medição de dor continuamente e/ou registro todas as informações relativas ao cuidado de maneira aprofundada, 34,7% dos participantes concordam que o fazem. Tendo em vista o caráter multiprofissional do CP⁷, é fundamental a troca das informações precisa e formal, para que o melhor cuidado seja prestado ao paciente. Sabe-se que o aspecto emocional do paciente influencia diretamente na sua percepção sobre a dor e que nem sempre a dor apresenta-se relacionada a uma lesão tecidual evidente em termos histopatológicos.¹⁹ Sendo assim, a identificação da dor e o manejo, dentro do que cabe cada profissão, precisa ser feito, inclusive para que se respeite a definição de CP feita pela OMS, que enfatiza a avaliação impecável e tratamento de dor e sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Quando se compara conhecimento, atitude e prática entre as categorias profissionais, somente a distribuição do domínio "atitude" foi significativo entre as categorias profissionais

($P=0,008$). Sendo que, no domínio atitude os Fisioterapeutas concordaram mais com as afirmativas, o que é bastante positivo, uma vez que, nesse eixo, todas as alternativas eram verdadeiras. Estudantes de enfermagem, em estudo recente,²⁰ apresentaram atitudes favoráveis em relação à morte e ao CP, mas apresentam baixo nível de conhecimento e autoeficácia em relação aos assuntos e o estudo sugeriu a necessidade de inserir CP ao currículo de enfermagem na China. Essa necessidade é evidenciada também no presente estudo, pois no Programa de Residência Multiprofissional onde foi realizado o estudo, não conta no currículo com uma disciplina que aborde especificamente CP. Ademais, Dentistas e Assistentes sociais, respectivamente, foram as profissões que mais se opuseram as afirmativas do domínio Atitude.

No domínio Conhecimento não houver diferenças significativas entre as profissões, assim como no domínio Prática. É interessante ressaltar que, no tange ao Conhecimento, de maneira geral, foi possível observar que os termos conceituais mais amplos sobre CP são reconhecidos pelos residentes entrevistados, mas não estão bem consolidados, pois no domínio “atitude”, onde se exigia conhecimentos mais específicos, tais como: uso de escalas em CP, suspensão ou não de procedimentos e alimentação e o uso de opioides houveram respostas menos coesas. Essa noção teórica de CP, também foi evidenciada em estudo realizado com pacientes e familiares/cuidadores no EUA.²¹

A competência em CP é determinada por diversos fatores, cuidar/assistir pacientes em CP, nas diversas fases da abordagem, tanto no diagnóstico quanto fim da vida, pode reverberar nos profissionais de saúde múltiplas questões. Em estudo realizado com 372 enfermeiros²², identificou que mais da metade sente-se ansiosos para cuidar de uma pessoa que está morrendo e de sua família. Vindo de encontro a outra publicação sobre CP²⁰ que indica ser imperioso juntamente com a formação acadêmica a preparação dos alunos para lidar, psicologicamente, com os desafios do processo de morte dos pacientes.

CONCLUSÃO

Exige-se dos profissionais de saúde que proporcionem a melhor assistência em relação à especificidade do momento de vida do paciente. Ofertar CP em tempo oportuno e com qualidade é um desafio. Embora os entrevistados tenham mostrado compreensão sobre a temática, foram evidenciadas fragilidades, especialmente nos domínios atitude e prática.

Assume-se como limitação, o fato de o estudo ter sido realizado em apenas um hospital universitário, o que dificulta a generalização dos resultados. Ademais, ressalta-se que o modo de aplicação dos questionários ocorreu no formato online, em razão da Pandemia pelo SARS-CoV2, podendo, eventualmente, ter restringido as informações obtidas.

A replicação deste estudo, em outros programas de residência multiprofissional, pode compor pesquisas futuras,

no sentido de investigar outros cenários, para que se discuta Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Mas independentemente do número de instituições/programas participantes, entende-se, através da análise realizada neste estudo, que é necessário discutir CP como uma possibilidade para todos os pacientes, de acordo com suas condições clínicas. É fundamental que CP seja enfoque dentro da educação permanente em saúde, bem como nos programas de residência multiprofissional.

REFERÊNCIAS

1. Morrow BM, Barnard C, Luhlaza Z, Naidoo K, Pitt S. Knowledge, attitudes, beliefs and experience of palliative care amongst South African physiotherapists. *S Afr J Physiother* [online]. 2017 jul; [cited 2020 dez 22];73(1):384. Available from: <http://doi.org/10.4102%20/%20sajp.v73i1.384>.
2. Huo J, Hong YR, Grewal R, Yadav S, Heller IW, Bian J, Wilkie DJ. Knowledge of Palliative Care Among American Adults: 2018 Health Information National Trends Survey. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 2019 mar/jul; [cited 2020 dez 22];58(1):39-47. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.03.014>
3. Senior H, Grant M, Rhee JJ, Aubin M, McVey P, Johnson C et al. General practice physicians' and nurses' self-reported multidisciplinary end-of-life care: a systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care* [online]. 2019 ago; [cited 2020 dez 22];001852. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001852>
4. Lynch T, Clark D, Connor S. Mapping levels of palliative care development: a global update. *J Pain Symptom Manag* [online]. 2013 jun; [cited 2020 dez 22];45(6):1094-106. Available from: [http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(12\)00334-X/pdf](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(12)00334-X/pdf)
5. Almeida CSL, Marcon SS, Matsuda LM, Kantorski LP, Paiva BSR, Sales CA. Operation of a hospital palliative care service: a fourth-generation evaluation. *Rev Bras Enferm*. 2019; [cited 2020 dez 22]; 72(2):383-90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0848>.
6. Silva CA da, Dalbello-Araujo M. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. *Saúde em debate* [online]. 2019 out/dez; [acesso em 22 de dezembro de 2020];43(123):1240-

1258. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912320>
7. World Health Organization (WHO). Palliative care [online]. 2020; [cited 2020 dez 22]. Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
 8. Paiva TRS et al. Produção Científica de Dissertações e Teses Sobre Cuidados Paliativos e Doenças Crônicas: Estudo Bibliométrico. *Rev Fun Care* [online]. 2020 jan./dez.; [acesso em 22 de dezembro de 2020]; 12:723-729. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9461>
 9. Kaliyaperumal K. Guideline for Conducting a Knowledge, Attitude, and Practice (KAP) Study. *Community Ophthalmology* [online]. 2004 jan/mar; [cited 2020 dez 22];4(1):7-9. Disponível em: http://v2020resource.org/content/files/guideline_kap_jan_mar04.pdf
 10. Rotta DS et al. Engagement de residentes multiprofissionais em saúde. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2019 jun; [citado 2020 dez 22];53(e03437). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018003103437>
 11. Silva DS, Mercedes MC, Souza MC, Gomes AMT, Lago SB, Beltrame M. Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais em saúde. *Rev enferm UERJ* [online]. 2019; [acesso em 22 de dezembro de 2020];11(e43737). Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.43737>
 12. Silva HA; Viana GKB; Lima AKG; Lima ALA; Mourão CML. Intervenção em cuidados paliativos: conhecimento e percepção dos enfermeiros. *Rev. enferm. UFPE* [online]. 2018 mai; [acesso em 22 de dezembro de 2020]; 12(5):1325-1330. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-980775>
 13. Dalpai D et al. Dor e cuidados paliativos: o conhecimento dos estudantes de medicina e as lacunas da graduação. *Rev. Dor* [online]. 2017 dez; [acesso em 22 de dezembro de 2020];18(4):307-310. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170120>
 14. Conceicao MV et al. Conhecimento sobre cuidados paliativos entre médicos residentes de hospital universitário. *Rev. Bioét.* [online]. 2019 mar; [acesso em 22 de dezembro de 2020];27(1):134-142. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019271296>
 15. Clara MGS et al. Escala Palliative Care Screening Tool como instrumento para indicação de cuidados paliativos em idosos. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [online]. 2019; [acesso em 22 de dezembro de 2020];22(5):e190143. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190143>.
 16. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018 (BR). Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 23 nov 2018;Seção 1:276
 17. Coelho CBT; Yankaskas JR. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev. bras. ter. intensiva* [online]. 2017 abr/jun; [citado 2020 dez 22];29(2):222-230. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20170031>
 18. Maingue PCPM et al. Discussão bioética sobre o paciente em cuidados de fim de vida. *Rev. Bioét.* [online]. 2020 mar; [acesso em 22 de dezembro de 2020];28(1):135-146. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422020281376>
 19. Souza JB, Barros CM. Considerações sobre o novo conceito de dor. *BrJP* [online]. 2020 set; [acesso em 22 de dezembro de 2020];3(3):294-294. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20200190>
 20. Zhou Y, Li Q, Zhang W. Undergraduate nursing students' knowledge, attitudes and self-efficacy regarding palliative care in China: A descriptive correlational study. *Nursing Open* [online]. 2020 abr/set; [cited 2020 dez 22];8:343-353. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/nop2.635>
 21. Boakye EA et al. Palliative care knowledge, information sources, and beliefs: Results of a national survey of adults in the USA. *Cambridge University Press* [online]. 2019 out; [cited 2020 dez 22];18(3)285-292. Available from: <https://doi.org/10.1017/S1478951519000786>.
 22. Etafa W et al. Nurses' knowledge about palliative care and attitude towards end-of-life care in public hospitals in Wollega zones: A multicenter cross-sectional study. *Plos One* [online]. 2020 out; [cited 2020 dez 22];15(10):e0238357. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238357>.