

CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONHECIMENTO DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

PALLIATIVE CARE IN PRIMARY CARE: KNOWLEDGE OF PHYSICIANS AND NURSES OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

Francisco Alípio de Oliveira Santiago¹, Luciane Maria Oliveira Brito², Danielle Maya Fontes Martins³, Maria do Carmo Lacerda Barbosa², Maria do Rosário da Silva Ramos Costa², Marcio Moysés de Oliveira², Nair Portela Silva Coutinho², Alcimar Nunes Pinheiro², Yasmine Pi Lien Wang², Ana Karolina Torres Mendes², Maria Bethânia da Costa Cheir²

Resumo

Introdução: A transição demográfica e epidemiológica aumenta a prevalência de doenças crônico-degenerativas colocando em evidência os cuidados no final da vida. Assim, deve-se difundir o conhecimento dos Cuidados Paliativos (CP) entre profissionais de saúde. **Objetivo:** Identificar o conhecimento e as principais fragilidades em CP dos profissionais de saúde de nível superior que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF). **Métodos:** Estudo transversal, analítico, realizado na ESF de São José de Ribamar - MA com médicos e enfermeiros, utilizou-se um questionário alemão (*Bonn Palliative Care Knowledge Test*), versão em português, para avaliar conhecimento e perfil de autoconfiança em CP. Foram entrevistados 66 pessoas, sendo 30 (45,4%) médicos e 36 (54,6%) enfermeiros. Para o cálculo estatístico, foi utilizado o *software* SPSS v. 19 (nível de significância de 0,05). Para se avaliar os questionários de conhecimento foi empregado o teste do Qui-quadrado. **Resultados:** Não houve diferenças significativas na frequência de acertos entre médicos e enfermeiros, o maior número de acertos foi em questões que abordam a dimensão física. A aferição de pressão arterial e da glicemia capilar foram as práticas mais comuns na assistência ao paciente em CP, 46 profissionais (69,7%). Os profissionais de saúde que tiveram melhor desempenho tinham tempo de graduação ≤ 5 anos (dentre os médicos) e ≥ 10 anos (dentre os enfermeiros) **Conclusão:** As práticas assistenciais e entendimento dos profissionais para pacientes em CP são predominantemente voltadas para os aspectos físicos. Os profissionais expressam um elevado perfil de autoconfiança, porém de modo equivocado no que se refere aos CP.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família.

Abstract

Introduction: The demographic and epidemiological transition increase the prevalence of chronic-degenerative diseases, highlighting end-of-life care. From this perspective, the knowledge of Palliative Care (PC) should be disseminated to the greatest number of health professionals. **Objective:** To identify the knowledge and main weaknesses in Palliative Care of the higher level health professionals who work in the Family Health Strategy (FHS). **Methods:** A cross-sectional, analytical study carried out at the ESF of São José de Ribamar - MA with physicians and nurses. A German questionnaire (*Bonn Palliative Care Knowledge Test*) was used to evaluate knowledge and self-confidence profile in PC. A total of 66 health professionals were interviewed, of whom 30 (45.4%) were physicians and 36 (54.6%) were nurses. For the statistical calculation, the SPSS v. 19 (significance level of 0.05) was used. In order to evaluate the knowledge questionnaires, the Chi-square test was used. **Results:** There were no significant differences in the frequency of correct answers between physicians and nurses, the greatest number of answers was in questions that deal with the physical dimension. Blood pressure and capillary glycemia were the most common practices in patient care in PC, 46 professionals (69.7%). Who had the best performance in the correct answers had the graduation time ≤ 5 years (among physicians) and ≥ 10 years (among nurses). **Conclusion:** Practical assistance and understanding of professionals for patients in PC are predominantly focused on the physical aspects. The professionals express a high profile of self-confidence, however, in an equivocal way with regard to PC.

Keywords: Palliative Care. Primary Health Care. Family Health.

Introdução

A necessidade de conhecimento em cuidados paliativos está aumentando devido ao envelhecimento da população mundial e à crescente incidência de câncer e outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)¹. O Brasil tem atualmente uma população estimada em 206 milhões de habitantes e uma mortalidade de 1,2 milhão por ano. Dentro deste cenário, 600.000 mil novos casos de câncer são diagnosticados a cada ano². As DCNT ocupam espaço significativo no perfil epidemiológico desta população.

Os médicos que trabalham em quase todas as especialidades e em muitos locais de atendimento, desde os cuidados domiciliares até as clínicas ambula-

toriais e os hospitais com leitos de longa permanência, têm muitas vezes a tarefa de cuidar de pacientes com DCNT que necessitam de Cuidados Paliativos³ (CP). Apesar do aumento da necessidade de habilidades em CP, estudantes de medicina e médicos relatam ter conhecimento insuficiente e treinamento deficiente em Medicina Paliativa^{4,5,6}.

Evidências demonstram que se negligência o ensinamento clássico que reconhece como função dos profissionais de saúde "curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre". Prevalece o tratar a doença ao invés de cuidar do indivíduo, em detrimento da missão primordial das práticas em saúde, que é buscar o bem-estar físico e emocional do enfermo. Não se pode esquecer de que todo ser humano

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal do Maranhão. Fundação Oswaldo Cruz.

² Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Fundação Oswaldo Cruz. Docente da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

³ Hospital do Câncer Aldenora Bello. São Luís - MA.

⁴ Curso de Graduação em Medicina. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.
Contato: Luciane Maria Oliveira Brito. E-mail: luciane2406@yahoo.com.br

sempre será uma complexa realidade biopsicossocial e espiritual que precisa ser entendido como um todo⁷.

Aproximadamente 68% de todos os óbitos no Brasil incluiriam pessoas que poderiam se beneficiar dos CP (o que corresponderia a aproximadamente 873.000 pessoas) em 2015, considerando-se o número de óbitos disponível no DataSus⁸. No Brasil e no mundo, muitos pacientes ainda morrem antes de serem reconhecidos como aptos para a palição e falecem longe de casa e de seus entes queridos, sem ter uma assistência humanizada⁹.

Os CP podem ser desenvolvidos em diferentes cenários como no ambulatorial, na internação hospitalar e no domicílio. Entender como esse tipo de atenção pode ser desenvolvido no domicílio e por profissionais da Atenção Primária certamente amplia as perspectivas dos pesquisadores e contribui para clarificar novos entendimentos no que concerne ao tema¹⁰.

No Brasil, as Equipes de Saúde da Família (ESF) estão distribuídas no território nacional com aproximadamente 41.000 unidades que atendem como principal estratégia da Atenção Primária à Saúde². A atenção aos doentes na finitude e o controle da dor crônica no contexto da atenção básica, formalmente, incorporam-se ao conjunto de responsabilidades da ESF¹¹.

Nos últimos anos a Atenção Domiciliar tem sido voltada para pacientes que necessitam de cuidados paliativos^{12,13}.

A assistência domiciliar desempenha um importante papel nesse contexto, justificada pelo elevado grau de humanização que pode ofertar, pois envolve a família tanto nos cuidados como no amparo afetivo ao paciente, reduz complicações decorrentes de longas internações hospitalares e diminui os custos das tecnologias dos doentes hospitalizados. A incorporação de mais saberes e práticas de cuidado ao processo de trabalho das ESF contribuem de modo significativo para ampliar a integralidade da atenção¹⁰.

A pesquisa foi autorizada com Parecer Consubstanciado Nº 2.499.285 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Maranhão, respeitando os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal analítico realizado no município de São José de Ribamar (terceira maior cidade do Estado) no Estado do Maranhão (Brasil) que contemplou os médicos e enfermeiros que trabalham na Atenção Primária através da Estratégia Saúde de Família.

Os profissionais tinham no mínimo seis meses de vínculo com a equipe onde exerciam a suas atividades. A amostra calculada foi de 66 entrevistados, que acrescidos de 15% para perda da amostra totalizaram 72 baseando-se nas seguintes estimativas: total de profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) cadastrados; erro amostral: 5%; Intervalo de confiança: 99%; perda amostral: 15%.

Foram excluídos 6 médicos pois não aceitaram participar da pesquisa. Dois alegaram estarem se desvinculando da ESF e quatro não justificaram a razão de não participar. A amostra resultou, portanto, numa

representatividade final de 66 entrevistados.

O questionário utilizado foi a versão portuguesa do questionário *Bonn Palliative Care Knowledge Test (BPW)*¹⁴. Trata-se de um instrumento originalmente desenvolvido na Alemanha com objetivo de avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde e incorpora as mudanças recentes nas diretrizes adotadas aos CP pela OMS. A sua validade e confiabilidade já foram confirmadas, com valores de *alfa* de Cronbach de 0,71 para o item conhecimento¹⁵. Contém 23 questões que analisam aspectos como o conhecimento geral, dor, controle de sintomas e atitudes sobre a morte e o morrer.

Foram feitas reuniões com as equipes da ESF onde se apresentou o projeto e dirimidas as dúvidas. Foram agendados encontros onde se pode reunir o maior número de profissionais por território em horário alternativo, sem causar prejuízo as suas atividades.

Para o cálculo estatístico, foi utilizado o *software* SPSS v. 19, admitindo-se um nível de significância de 0,05. A homogeneidade das variáveis idade, anos de estudo, tempo de término da graduação e tempo de atuação na área de Atenção Primária à Saúde entre os profissionais médicos e enfermeiros foi calculada pelo teste de diferença de médias (teste de *t-student*).

Resultados

Participaram deste estudo 66 profissionais de saúde, 30 médicos (45,4%) e 36 enfermeiros (54,6%). Predominou aqueles com mais de 10 anos de formado, com 32 (47,8%), quanto ao tempo de término da graduação. No grupo dos médicos, a maioria tinha menos de 5 anos de formado (12/39,3%), enquanto o grupo dos enfermeiros apresentaram mais de 10 anos de graduação (22/59%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Tempo de graduação dos profissionais de nível superior da Estratégia de Saúde da Família. São José de Ribamar - MA, 2018.

Profissional N (%)	Tempo de término de graduação (anos)			p-valor
	≤ 5	5 < x < 10	≥ 10	
Médico	12 (39,3)	08 (28,6)	10 (32,1)	< 0,05
Enfermeiro	03 (10,2)	11 (30,8)	22 (59,0)	
Total	15 (22,3)	19 (29,9)	32 (47,8)	

Na avaliação do conhecimento para as dimensões Dor, Controle de Sintomas e Conhecimentos Gerais os enfermeiros obtiveram maior índice de acertos de em relação aos médicos, porém a diferença encontrada entre a frequência de erros e acertos dos profissionais não foi significativa estatisticamente (Tabela 2).

Tabela 2 - Acertos e erros globais da avaliação de conhecimento por profissionais da Estratégia de Saúde da Família. São José de Ribamar - MA, 2018.

Dimensão		Médico (n=30; 45,5%)	Enfermeiro (n=36; 54,6%)	X ²	p-valor
Dor	Erros	087	113	0,83	0,3609
	Acertos	123	140		
Controle de sintoma	Erros	030	036	-	1,000
	Acertos	030	036		
Conhecimento geral	Erros	110	146	1,36	0,2434
	Acertos	130	142		
Atitude sobre o morrer	Erros	095	146	0,88	0,3478
	Acertos	085	090		

Para a dimensão Controle de Sintoma, os enfermeiros também apresentaram maior índice de acerto (100% das questões da dimensão), porém a proporção de erros e acertos foi a mesma dos médicos.

Para a dimensão Atitude Sobre o Morrer, os profissionais alcançaram o mesmo índice de acertos, assim como a mesma proporção de erros e acertos.

Desta forma, os profissionais de saúde apresentaram proporcionalmente o mesmo nível de conhecimento sobre os questionários aplicados e as diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas.

Avaliado o desempenho em 50% de acertos pelos profissionais, observou-se que houve diferença estatística significativa nas frequências entre os profissionais ($p < 0,05$). A técnica pós-teste do Qui-quadrado detectou diferença nas frequências de tempo ≤ 5 anos e ≥ 10 anos ($\chi^2 = 10,71$; $p = 0,0011$), não ocorrendo diferença entre os demais grupos ($p > 0,05$). Há maior frequência de médicos com melhor desempenho com o tempo de graduação ≤ 5 anos e maior frequência de enfermeiros com melhor desempenho com tempo de graduação ≥ 10 anos. Comparados os profissionais de tempo intermediário (entre 5 e 10 anos), não se observa diferença significativa na frequência de resultados em relação ao menor (≤ 5 anos) ou maior (≥ 10 anos) tempo de formação (Figura 1).

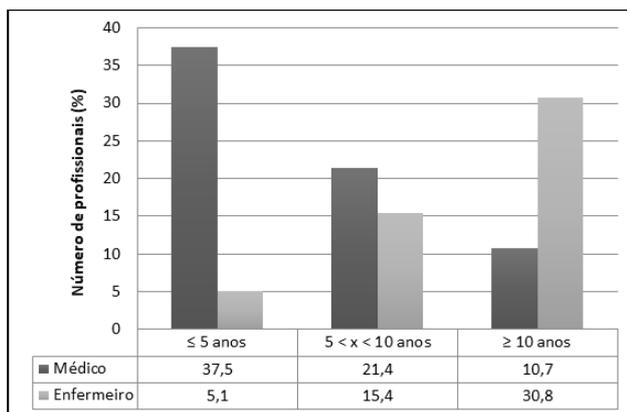


Figura 1 - Conhecimento de profissionais da Estratégia de Saúde da Família. De acordo com o tempo de graduação. São José de Ribamar - MA, 2018.

Quando avaliado o desempenho global de cada classe dos profissionais foi observado que somente 2 (6,6%) médicos e 1 (2,7%) enfermeiro apresentaram frequência de acertos superior a 70% (Tabela 3).

Tabela 3 - Avaliação de Conhecimento e Desempenho profissionais da Estratégia de Saúde da Família. São José de Ribamar - MA, 2018.

Profissional N (%)	Desempenho			
	Até 50%	Até 60%	Até 70%	Acima de 70%
Médico	10 (33,3)	10 (33,3)	8 (26,6)	2 (6,6)
Enfermeiro	18 (50,0)	13 (36,1)	4 (11,1)	1 (2,7)

A respeito dos Cuidados Paliativos prestados, 46 profissionais (69,7%) afirmam realizar este atendimento, dos médicos ($n = 23$; 76,7%) e enfermeiros ($n = 23$; 63,9%) afirmam que realizam os cuidados paliativos em sua unidade de saúde, porém os cuidados de aferição da pressão arterial ($n = 52$; 19,4%), glicemia capilar ($n = 52$; 19,4%) e uso de curativos ($n = 47$; 17,5%) foram os mais representativos dentro dos Cuidados Paliativos citados pelos entrevistados (Gráfico 2).

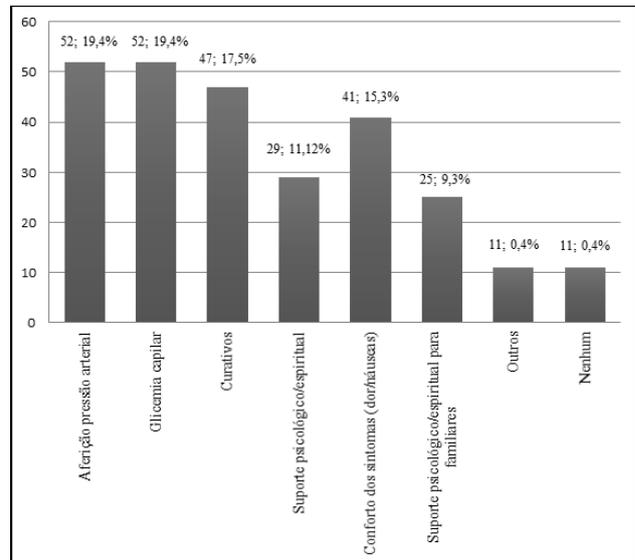


Figura 2 - Cuidados Paliativos indicados por profissionais da Estratégia de Saúde da Família. São José de Ribamar – MA, 2018.

Discussão

Na literatura nacional não foi encontrado nenhum trabalho publicado que já tenha aplicado o questionário BPW entre os profissionais de saúde no Brasil, sendo assim, não existe referência nacional para comparação, até a presente data.

Os profissionais avaliados ao responderem sobre a dimensão atitudes sobre o morrer evidenciaram dificuldade nesses temas e menos da metade conseguiu acertar. Alunos do sexto ano do curso de medicina de uma Universidade particular de São Paulo ao serem questionados sobre sua preparação para lidar com a morte de um paciente, manifestaram não se sentir preparados para enfrentar tal situação. Consideraram-se despreparados 76% e 32% relataram que além de não se sentirem preparados, associavam a morte com o sentimento de derrota, perda e frustração¹⁶. Um dos princípios da filosofia do CP é afirmar a vida e confirmar a morte como processo normal da vida.

Quando pesquisados sobre temas como qual deveria ser a prioridade no atendimento, a maioria dos profissionais entrevistados (63,6%), assinalaram que a prioridade deva ser para o tratamento ofertado pelo médico. Esse entendimento contraria a abordagem multidisciplinar que acolhe o paciente dos CP e ignora a autonomia do mesmo em determinar quais são suas verdadeiras prioridades. No trabalho de adaptação transcultural deste questionário para o português do BPW, ao responder a mesma questão, a maioria (76%) dos profissionais portugueses entenderam que a prioridade nem sempre deve ser dada ao atendimento médico, ao contrário de nossos entrevistados.

A abordagem multiprofissional é um princípio dos CP, ela foca as necessidades dos pacientes e de seus familiares, incluindo acompanhamento no luto. A integração sugerida pelos CP é uma forma de acompanhar o paciente e entendê-lo em suas diferentes dimensões. Não existe uma hierarquização de especialidades no cuidado ao paciente em CP, pois a prioridade sempre deve ser dada a maior urgência manifestada pelo paciente no momento. Muitas vezes essa demanda recai sobre

aspectos psicológicos e sociais e nesses momentos a prioridade a ser atendida deve ser dada a essas áreas⁹.

Na avaliação do domínio Dor houve um significativo número de erros, tanto pelos profissionais da área médica como da enfermagem. As questões que abordam a gestão da dor pela via transdérmica e a influência da ansiedade ou fadiga no limiar da dor na fase final da vida tiveram os maiores índices de erros na dimensão do conhecimento Dor, apenas 81,2% e 59%, respectivamente, dos avaliados erraram.

O uso de opióides é um assunto que suscita muitas dúvidas e ansiedade entre estudantes e médicos. Dificuldades na avaliação da dor, falta de conhecimento sobre conversão e rotação entre diferentes opióides e efeitos adversos são alguns dos problemas encontrados que refletem um manejo inadequado do paciente em cuidados paliativos¹⁷.

O controle da dor com opióides transdérmico não é uma prática comum para o profissional da APS, pois este medicamento não está presente na relação básica dos oferecidos pelo programa e trata-se de uma medicação de acesso restrito com sua liberação realizada através de formulário específico.

O acesso aos opióides para o controle da dor é

um enorme problema em todo o mundo. 83% dos países do mundo têm acesso baixo ou inexistente aos opióides, 4% têm acesso moderado e 7% têm acesso adequado, enquanto nos restantes 6% dos países dados insuficientes estão disponíveis¹.

Atualmente a OMS incentiva os países membros da ONU a rever a legislação e os procedimentos necessários para melhorar o acesso aos analgésicos opióides¹.

Diversos fatores devem ser considerados ao avaliar o paciente com dor. Além de conhecer os princípios de ação farmacoterápica, deve-se também conhecer os aspectos sensitivo-discriminativo, afetivo-emocional e comportamental que fazem parte da abordagem dos pacientes que se encontram em sofrimento de dor.

As práticas desenvolvidas pelos profissionais relacionam-se as dimensões de cuidados físico, bem menos da metade de suas práticas de assistência são voltadas para os CP por definição. Os profissionais expressam um elevado perfil de autoconfiança, entretanto de modo equívoco no que se refere aos CP. Em suma, os profissionais da APS do Município de São José de Ribamar – MA, apresentaram baixo desempenho em relação aos Cuidados Paliativos.

Referências

- Worldwide Palliative Care Alliance. *Global atlas of palliative care at the end of life*. London, England: World Health Organization; 2014.
- Corrêa S. Proposal of a New Public Health End of Life approach for Brazil: how the Project EstaraoSeuLado-Primary Palliative Care is working and how it can help. *Ann Palliat Med*, 2018; 7(Suppl 1): AB009.
- Lehto JT, Hakkarainen K, Kellokumpu-Lehtinen PL, Saarto T. Undergraduate curriculum in palliative medicine at Tampere University increases students' knowledge. *BMC Palliat Care*, 2017; 16(1):13.
- Eyigor S. Fifth-year medical students' knowledge of palliative care and their views on the subject. *J Palliat Med*, 2013; 16(8): 941-946.
- Silvoniemi M, Vasankari T, Vahlberg T, Vuorinen E, Clemens KE, Salminen E. Physicians' self-assessment of cancer pain treatment skills-more training required. *Support Care Cancer*, 2012; 20(11): 2747-2753.
- Pinheiro TR. Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto anos. *O Mundo da Saúde*, 2010; 34(3): 320-326.
- Rezende JM. *À sombra do plátano: crônicas de história da medicina*. In: Rezende JM. Curar algumas vezes, aliviar quase sempre, consolar sempre. São Paulo: Editora Unifesp; 2009. p. 55-59.
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Ofício 1599/2017 de 01 de junho de 2017. São Paulo: ANPC; 2017.
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *Manual de Cuidados Paliativos ANCP: Ampliado e atualizado*. 2 ed. São Paulo: ANCP; 2012. [Capturado 2018 maio 5]. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>.
- Queiroz AHAB, Pontes RJS, Souza AMA, Rodrigues TB. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 2013; 18(9): 2615-2623.
- Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS/GM n.º 963 de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 28 de maio de 2013; Seção 1.
- Burns CM, Abernethy AP, Leblanc TW, Currow DC. What is the role of friends when contributing care at the end of life? Findings from an Australian population study. *Psychooncology*, 2011; 20(2): 203-212.
- Brobäck G, Berterö C. How next of kin experience palliative care of relatives at home. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 2003; 12(4): 339-346.
- 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; serIV(13): 31-42.
- Pfister D, Müller M, Müller S, Kern M, Rolke R, Radbruch L. Validation of the Bonn test for knowledge in palliative care (BPW). *Schmerz*, 2011; 25(6): 643-653.
- Moraes SAF, Kairalla MC. Avaliação dos conhecimentos dos acadêmicos do curso de Medicina sobre os cuidados paliativos em pacientes terminais. *Einstein (São Paulo)*, 2010; 8(2): 162-167.
- Groninger H, Vijayan J. Pharmacologic management of pain at the end of life. *Am Fam Physician*, 2014; 90(1): 26-32.