



UNIVERSIDADE LASALLE

**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO
HUMANO**

**CUIDADOS PALIATIVOS NA TERAPIA INTENSIVA: CONHECIMENTO E
PERCEPÇÕES DA EQUIPE ASSISTENCIAL ANTES E DEPOIS DA APLICAÇÃO
DE UM PROTOCOLO INSTITUCIONAL**

**ALUNA: MÁRCIA ELISA HAMMES TEIXEIRA MENEZES
ORIENTADOR: MÁRCIO MANOZZO BONIATTI
CANOAS, NOVEMBRO DE 2024.**

CUIDADOS PALIATIVOS NA TERAPIA INTENSIVA: CONHECIMENTO E
PERCEPÇÕES DA EQUIPE ASSISTENCIAL ANTES E DEPOIS DA APLICAÇÃO
DE UM PROTOCOLO INSTITUCIONAL

MÁRCIA ELISA HAMMES TEIXEIRA MENEZES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade LaSalle como parte dos requisitos para obtenção de título de Mestre em Saúde e Desenvolvimento Humano.

Orientação: Márcio Manozzo Boniatti

CANOAS, NOVEMBRO DE 2024.

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Menezes, Márcia Elisa Hammes Teixeira

Cuidados Paliativos na Terapia Intensiva: conhecimento e percepções da Equipe Assistencial antes e depois da aplicação de um protocolo institucional / Márcia Elisa Hammes Teixeira Menezes – Canoas, 2024.

40 f.; il.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade LaSalle, Canoas, 2024.

Orientador: Márcio Manozzo Boniatti

1. Cuidados paliativos. 2. Equipe. 3. Unidade de Terapia Intensiva. I. Boniatti, Márcio Manozzo. II. Universidade LaSalle. III. Título.

CDU 616-08

Bibliotecária Giana Lagranha de Souza - CRB10/2213

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr.
Unilasalle

Prof. Dr
Unilasalle

Prof. Dr.
Unilasalle

CANOAS, NOVEMBRO DE 2024

AGRADECIMENTOS

Começo agradecendo primeiramente a Deus pela sua misericórdia diária, bondade, força e por tantas oportunidades na vida, sem a companhia Dele nada seria possível.

Agradeço ao Rogério, meu marido e companheiro nessa jornada chamada vida, meu maior incentivador do meu crescimento profissional, obrigada por acreditar em mim e me incentivar a me desenvolver sempre. “O bom marido cuida da esposa como Jesus cuida da igreja. Maridos, amem suas mulheres, assim como Cristo amou a igreja e entregou-se a si mesmo por ela. Efésios 5:25 3.”

Aos meus amados filhos, Matheus, Maitê e Milena, orgulhos da minha vida e razões de todas as minhas escolhas, tudo por vocês, sempre. Salmos 127:3 diz: “Eis que os filhos são herança do Senhor, e o fruto do ventre, o seu galardão”.

A minha neta Mallu, fonte de toda a juventude que faz florescer cada dia, tu és luz em nossa família, obrigada por ter nos escolhido.

Aos meus pais, Lorena (*in memoriam*) e Lamar (*in memoriam*) pela oportunidade de viver essa vida, mas principalmente a minha mãe pelo amor incondicional, por todos ensinamentos e pela presença em nossas vidas.

Aos meus colegas de trabalho do HRES e do HCPA que fizeram parte desta trajetória, seja na construção deste trabalho, seja nas escutas das minhas lamúrias naqueles dias não tão bons, o meu muito obrigado.

A minha querida colega e amiga que ganhei no HCPA, Susana Rocha Costa, obrigada por sua doçura, bondade e competência, obrigada por dividir seu conhecimento conosco todos os dias, fostes essencial na minha chegada até aqui!

A todos os professores do PPG em Saúde do Unilasalle, Lidiane, Juliana, Liciane, Gustavo, Denise, dentre outros, vocês são incríveis, parabéns pela dedicação e competência.

Ao meu orientador, professor Márcio Bonniatti por aceitar esse desafio aos 45' do segundo tempo, o meu muito obrigado por tanto profissionalismo e competência, e ao Coordenador do PPG em Saúde e Desenvolvimento Humano, professor Maurício Pereira Almerão pela sensibilidade com a minha pessoa diante dos percalços dessa reta final.

A Unilasalle, universidade a qual sou egressa da graduação, obrigado pela

oportunidade de cursar uma pós graduação com tantos professores dedicados e qualificados.

E para finalizar aos meus eternos colegas “Desorientados” lá do início do mestrado, Bia, Mayume, Magda, Jeferson, Andreia, Antônio e Rafael, como foi incrível essa turma, hoje todos mestres e/ou doutorandos, obrigado por tanta troca, parceria e companheirismo, a última “desorientada” formou!

RESUMO

Objetivo: Comparar o nível de conhecimento da equipe multidisciplinar sobre cuidados paliativos antes e após a realização de um treinamento baseado na implementação de um protocolo institucional. Além disso, identificar os pontos de maior e menor fragilidade do conhecimento da equipe e verificar a relevância da utilização de um protocolo institucional sobre cuidados paliativos. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo quase experimental, tipo antes e depois, que foi realizado em um hospital 100% SUS localizado no extremo sul de Porto Alegre. O estudo incluiu todos os profissionais alocados na UTI do hospital, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais. A coleta dos dados quantitativos foi realizada através do questionário do Palliative Care Quis for Nursing (PCQN). Foi desenvolvida uma capacitação baseada no protocolo de cuidados paliativos institucional na forma de aula expositiva, realizada presencialmente. A avaliação foi feita 4 semanas antes da capacitação e 8 semanas após a capacitação. **Resultados:** A maioria dos participantes foi formada por mulheres, solteiras, católicas e com idades entre 28 e 37 anos. Grande parte dos participantes são técnicos de enfermagem com mais de quatro anos de experiência, e a maioria já atendeu pacientes em cuidados paliativos (CP), embora poucos tenham recebido treinamento específico. Não houve uma melhoria significativa no conhecimento geral dos participantes após o treinamento (média de acertos de 42,6% para 50,7%, $p = 0,610$). Algumas áreas, como manejo da dor e uso de placebos, mostraram melhora significativa após o treinamento, enquanto outros conceitos, como a filosofia dos CP, permaneceram com baixa taxa de acerto. **Conclusão:** O estudo revela que, apesar de melhorias em áreas como manejo da dor e sintomas após o treinamento em cuidados paliativos, persistem lacunas significativas no conhecimento geral dos profissionais. A falta de mudanças substanciais em várias questões destaca a complexidade do tema e a necessidade de programas contínuos e que abrangem tanto os aspectos técnicos quanto os desafios psicossociais e emocionais do cuidado ao fim da vida.

Palavras-chave: cuidados paliativos; equipe; Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Objective: To compare the level of knowledge of the multidisciplinary team about palliative care before and after training based on the implementation of an institutional protocol. Furthermore, identify the points of greatest and least weakness in the team's knowledge and verify the relevance of using an institutional protocol on palliative care. **Materials and methods:** This is a quasi-experimental study, before and after, which was carried out in a 100% SUS hospital located in the extreme south of Porto Alegre. The study included all professionals allocated to the hospital's ICU, including doctors, nurses, nursing technicians, physiotherapists, psychologists, nutritionists and social workers. Quantitative data collection was carried out using the Palliative Care Quis for Nursing (PCQN) questionnaire. Training was developed based on the institutional palliative care protocol in the form of an expository class, held in person. The assessment was carried out 4 weeks before the training and 8 weeks after the training. **Results:** The majority of participants were women, single, Catholic and aged between 28 and 37 years old. Most of the participants are nursing technicians with more than four years of experience, and the majority have already cared for patients in palliative care (PC), although few have received specific training. There was no significant improvement in participants' general knowledge after training (average correct answers from 42.6% to 50.7%, $p = 0.610$). Some areas, such as pain management and the use of placebos, showed significant improvement after training, while other concepts, such as PC philosophy, remained with a low success rate. **Conclusion:** The study reveals that, despite improvements in areas such as pain and symptom management after palliative care training, significant gaps persist in professionals' general knowledge. The lack of substantial changes on several issues highlights the complexity of the topic and the need for ongoing programs that cover both the technical aspects and the psychosocial and emotional challenges of end-of-life care.

Keywords: palliative care; team; Intensive Care Unit.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 REVISÃO TEÓRICA.....	11
2.1 O QUE É CUIDADO PALIATIVO.....	11
2.2 IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	12
2.3 O CUIDADO PALIATIVO NO BRASIL.....	14
2.4 OS CUIDADOS PALIATIVOS NA VISÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.....	14
2.5 LIMITAÇÕES NA APLICAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.....	15
2.6 APRESENTAÇÃO DO <i>PALLIATIVE CARE QUIZ FOR NURSING</i>	16
3 OBJETIVOS.....	19
3.1 OBJETIVO GERAL.....	19
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	20
4.1 POPULAÇÃO.....	20
4.2 COLETA DE DADOS E PROCEDIMENTOS DE PESQUISA.....	20
4.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	21
4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	21
5 RESULTADOS.....	22
6 DISCUSSÃO.....	25
7 CONCLUSÃO.....	27
8 PRODUTO TÉCNICO.....	31
8.1 CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	31
REFERÊNCIAS.....	33
ANEXO A - <i>PALLIATIVE CARE QUIZ FOR NURSING</i> - VERSÃO TRADUZIDA PARA O BRASIL 2 (VT2).....	36
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)....	37
ANEXO C- QUESTIONÁRIO SÓCIO - DEMOGRÁFICO.....	40

1 INTRODUÇÃO

Historicamente o cuidado paliativo se confunde com o termo “Hospice”, palavra usada desde a origem da era cristã quando estas instituições faziam parte do cristianismo e eram destinadas a receber e cuidar de peregrinos oriundos da Ásia e África por volta do século V. Dentre estas instituições, está descrito como um dos mais antigos o Hospício de Porto de Roma (Matsumoto, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve os cuidados paliativos com seu enfoque direcionado para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias no enfrentamento a doenças terminais, abordando precocemente o alívio da dor física, espiritual e psicossocial (Barros et al., 2012).

Matsumoto (2012) publicou a definição da OMS sobre Cuidados Paliativos (CP) de 1990 que descreve os CP como,

Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objetivo do cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares.

Segundo a Academia Americana de Cuidados Paliativos, eles podem ser aplicados ao paciente acometido por doença grave e incurável, a seus familiares e profissionais envolvidos no cuidado desse paciente. No decorrer da doença, o papel da equipe assistencial habilitada se intensifica com a piora clínica e proximidade da morte e deve estender-se aos seus familiares mais próximos (Motta, 2015).

Na abordagem destes pacientes é primordial o conhecimento específico sobre os medicamentos a serem prescritos, além da adoção de medidas não farmacológicas, incluindo sempre os aspectos psicossociais e espirituais que caracterizam o “sintoma total” criado, pois, nos mostra que todos estes fatores podem contribuir para a exacerbação ou atenuação dos sintomas (Matsumoto, 2012).

Os profissionais que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), habituados a lidar com pacientes gravemente enfermos utilizando aparatos tecnológicos especializados, demonstram dificuldades diante da iminência da terminalidade, muitas vezes utilizando terapias fúteis, não tratando com a devida

relevância o conforto quando este se torna o principal objetivo do cuidado ao paciente que está morrendo (Barros et al., 2012).

A morte pode ser inevitável em alguns casos, e a falta de definições claras sobre os cuidados paliativos gera custos sociais e financeiros, incluindo tratamentos adicionais que não atendem às reais necessidades dos pacientes. Por isso, reavaliar continuamente o curso clínico da doença e redefinir os objetivos do tratamento humaniza e individualiza o cuidado quando a cura já não é mais possível, especialmente considerando que cerca de 20 a 33% dos pacientes continuam morrendo nas UTIs (Coelho e Yankaskas, 2017).

Os pacientes e familiares não estão acostumados com as rotinas e o próprio ambiente da UTI e estão muitas vezes fragilizados pela própria doença. Quando esta unidade possui horários de visita e informações médicas limitados, o contato da família com os médicos e equipe assistencial é pequeno e insuficiente para expressar suas expectativas e seus desejos quanto à evolução e prognóstico da doença (Motta, 2015).

Para a Organização Mundial de Saúde a assistência dos cuidados paliativos deve ser extensiva aos familiares, pois estes acabam por participar do processo de morte junto ao paciente. Esse cuidado é desenvolvido através de técnicas realizadas a fim de melhorar a qualidade de vida, e as Unidades de Terapia Intensiva convivem repetidas vezes com pacientes em situações de terminalidade (Chaves, 2018).

Neste sentido, entende-se a importância de se buscar maneiras de potencializar nas equipes o conhecimento sobre cuidados paliativos e a importância de protocolos de cuidados paliativos e de final de vida nas instituições hospitalares, em unidades de cuidados críticos, objetivando-se, assim, contribuir com os desfechos dos pacientes envolvidos.

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 O QUE É CUIDADO PALIATIVO

Pallium é uma nomenclatura vinda do latim e traduz no seu modo mais abrangente o termo paliativo como sendo proteger, cobrir com uma capa ou manta, entendendo-se que quando uma doença não pode mais ser curada, ela ainda assim pode e deve ser abordada com o alívio dos sintomas através de terapias específicas que dependem de todo diagnóstico e da resposta de cada paciente (Mello, 2020).

Os Cuidados Paliativos surgiram oficialmente como prática distinta na área da atenção em saúde na década de 1960, no Reino Unido, tendo como pioneira a médica Cicely Saunders. O trabalho dessa médica (que também era assistente social e enfermeira) inicia o movimento dos cuidados paliativos, que inclui a assistência, o ensino e a pesquisa. A criação do St. Christophers Hospice, em Londres, em 1967, é um marco nessa trajetória (Gomes e Othero, 2016).

Para o Ministério da Saúde os cuidados paliativos são definidos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que estão no enfrentamento de problemas associados a doenças que ameaçam a vida, e devem, através da identificação precoce, aliviar o sofrimento através do tratamento da dor física em conjunto com questões espirituais e psicossociais (Cogo et al., 2020).

De acordo com Gomes e Othero em 2016 (apud Byock, 2009), foram elencados os princípios do conceito de cuidados paliativos a partir da definição da OMS:

- a) A morte deve ser compreendida como um processo natural, parte da vida, e a qualidade de vida é o principal objetivo clínico;
- b) Os Cuidados Paliativos não antecipam a morte, nem prolongam o processo de morrer;
- c) A família deve ser cuidada com tanto empenho como o doente. Paciente e familiares formam a chamada unidade de cuidados;
- d) O controle de sintomas é um objetivo fundamental da assistência. Os sintomas devem ser rotineiramente avaliados e efetivamente manejados;
- e) As decisões sobre os tratamentos médicos devem ser feitas de maneira ética. Pacientes e familiares têm direito a informações acuradas sobre sua condição e opções de tratamento; as decisões devem ser tomadas de maneira compartilhada, respeitando-se valores étnicos e culturais;
- f) Cuidados Paliativos são necessariamente providos por uma equipe interdisciplinar;

- g) A fragmentação da saúde tem sido uma consequência da sofisticação da medicina moderna. Em contraposição, os Cuidados Paliativos englobam, ainda, a coordenação dos cuidados e provêm a continuidade da assistência;
- h) A experiência do adoecimento deve ser compreendida de uma maneira global e, portanto, os aspectos espirituais também são incorporados na promoção do cuidado;
- i) A assistência não se encerra com a morte do paciente, mas se estende no apoio ao luto da família, pelo período que for necessário.(Gomes e Othero em 2016 apud Byock, 2009).

Foi na Inglaterra na década de 1970 que surgiram os primeiros movimentos sobre os cuidados paliativos no Sant Christopher's Hospice, que há época tinha formação nas áreas de enfermagem, serviço social e medicina. Através desse referencial um grupo de enfermeiras de um hospital público de Porto Alegre sugeriu a criação de um núcleo de Cuidados Paliativos que foi inaugurado em 2007 com seis leitos para pacientes oncológicos sem possibilidade terapêuticas de cura, com a intenção de oferecer cuidados individualizados de acordo com as necessidades de cada paciente e de seus familiares (Vieira e Goldim, 2012).

Quanto ao conhecimento da equipe multidisciplinar em relação aos cuidados paliativos, há evidências de que seja ainda insuficiente. Estudo realizado na Arábia Saudita sobre cuidados paliativos verificou conhecimento insuficiente dos enfermeiros, apesar dos cuidados paliativos estarem no país há trinta anos. Na Grécia, verificaram-se baixos níveis de conhecimento no manejo dos sintomas e cuidados psicossociais e espirituais. Na China, foram avaliados estudantes de enfermagem, que novamente apontaram para um conhecimento insuficiente. Cada um desses países estudados têm características diferentes no contexto dos cuidados paliativos, sistemas educacionais, culturais e religiosos (Alwawi et al., 2022).

2.2 IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados paliativos, em seus princípios, reafirmam a importância da vida, reconhecendo que a morte é um processo natural. Os principais desafios são estabelecer um cuidado que não acelere a morte nem a prolongue com terapias fúteis. Da mesma forma, o alívio da dor deve ser proporcionado juntamente com a abordagem dos aspectos espirituais e psicológicos. Para isso, uma abordagem multiprofissional, que também apoie a família no enfrentamento da doença, pode

melhorar a qualidade de vida de quem está sob cuidados paliativos (Luíz et al., 2018).

Embora o ser humano tenha consciência de sua finitude, o ato de morrer muitas vezes não é encarado como um processo natural e inevitável, especialmente nas unidades de terapia intensiva, onde a morte pode ser adiada. As decisões relacionadas à limitação ou continuação dos tratamentos colocam os profissionais diante de conflitos internos diários sobre a finitude da vida (Cogo et al., 2020).

Promover a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares por meio do alívio da dor e do sofrimento, antecipar situações tratáveis e avaliar e aliviar sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais são os pilares da definição dos cuidados paliativos. Esses cuidados oferecem uma abordagem integral à pessoa gravemente enferma, portadora de uma doença progressiva que ameace a continuidade da vida. A transição do cuidado com objetivo curativo para o cuidado paliativo é um processo contínuo, com uma dinâmica que varia para cada paciente (Brasil, 2021).

A Organização Mundial da Saúde define os cuidados paliativos como uma abordagem voltada a pacientes com doenças graves que ameaçam a continuidade da vida, buscando aliviar o sofrimento e a dor. Essa abordagem requer uma identificação precoce das necessidades, englobando tanto o paciente quanto a família, e enxergando o ser humano de maneira holística. Isso inclui não apenas o corpo físico, mas também os domínios espirituais e psicológicos dos indivíduos (Motta, 2015). “Cuidados Paliativos é tratar e escutar o paciente e a família, é dizer ‘sim, sempre há algo que pode ser feito’ da forma mais sublime e amorosa que pode existir. É um avanço da medicina”(Motta, 2015).

Melhorar a qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos, proporcionando condições para que vivam esse momento de forma o mais bem-sucedida possível, oferecer apoio profissional diante de suas barreiras psicológicas, sociais e espirituais, são os intuitos dos cuidados aos pacientes em final de vida. A assistência oferecida pela equipe multiprofissional de saúde deve garantir esse amparo integral e humanizado (Barros et al., 2012).

O envolvimento da Enfermagem, assim como do próprio paciente e de seus familiares acaba não acontecendo nas tomadas de decisões de limitação terapêutica nas Unidades de Terapia Intensiva brasileiras, justificados pelos receios legais

sofridos pelos médicos que se deparam com estes pacientes e estas situações (Piva e Soares, 2011).

Com participação direta no cuidados ao paciente, os enfermeiros contribuem para que toda equipe seja envolvida ativamente no cuidado e nas intervenções paliativas, muitas vezes, sendo o condutor dos ajustes deste processo para que a equipe multiprofissional realize suas abordagens na assistência aos pacientes e suas famílias (Luíz, 2018). Sentimentos como angústia, raiva e fraqueza são relatados pelos profissionais que trabalham com pacientes criticamente enfermos e em processo de final de vida. Muitos sentem-se impotentes e aborrecidos quando o cuidado muda seu foco para o conforto, deixando de ser exclusivamente terapêutico (Cogo et al., 2020).

2.3 O CUIDADO PALIATIVO NO BRASIL

Desde o final da década de 1990, a prática de cuidados paliativos vem sendo implementada no Brasil. Em 2006, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANPC) publicou que cerca de 40 equipes atuavam em 300 leitos hospitalares dedicados a esses cuidados. As primeiras publicações científicas com dados do Brasil surgiram após dois encontros organizados pelo Hospital Premier, em 2012 e 2014. O primeiro foi apresentado em um congresso da Associação de Cuidados Paliativos, em Praga, na República Tcheca, em 2013, e o segundo em Copenhague, na Dinamarca, em 2015 (Gomes e Othero, 2016).

O Brasil, junto com países como Rússia, México e alguns do Sudeste Asiático, está classificado no nível 3a, conforme a classificação da OMS, que divide os países em quatro grupos de acordo com o seu nível de desenvolvimento em cuidados paliativos. Essa classificação inclui: Nível 1 — nenhuma atividade detectada; Nível 2 — em fase de capacitação; Nível 3a — provisão isolada; Nível 3b — provisão generalizada; Nível 4a — integração preliminar; e Nível 4b — integração avançada (Gomes e Othero, 2016).

2.4 OS CUIDADOS PALIATIVOS NA VISÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A equipe multiprofissional, ao se deparar com tratamentos de manutenção da vida que muitas vezes não trazem benefícios aos pacientes, frequentemente

enfrenta dúvidas em relação às decisões sobre os cuidados oferecidos aos doentes e seus familiares. Muitas vezes, não está claro quem é responsável e quais profissionais devem participar das decisões sobre as limitações terapêuticas. Alguns estudos buscam identificar como essa prática é vivenciada pelos enfermeiros intensivistas, considerando que muitas mortes nas UTIs são precedidas por decisões relacionadas à limitação ou suspensão das medidas de suporte de vida (Baliza et al., 2015).

Por estar próximo ao paciente em todos os momentos, a enfermagem vivencia de perto o sofrimento e as angústias que acompanham o processo de morte, mas nem sempre essa categoria profissional está munida de todo o conhecimento necessário para abordar esses aspectos que envolvem tantos sentimentos fortes e desafiadores (Nascimento, 2023).

Pode surgir um sentimento de fraqueza nos profissionais que lidam com pacientes graves e em fase terminal, mesmo entre os mais preparados. Isso ocorre porque, mesmo com o suporte terapêutico avançado, a morte pode ser encarada como um fracasso do cuidado prestado, uma vez que a morte é frequentemente vista como algo desumano, gerando sentimentos de impotência (Cogo et al., 2020).

O controle dos sintomas torna-se o principal foco da prescrição médica quando o tratamento curativo já não é mais viável. Essa mudança no objetivo terapêutico permite aliviar o sofrimento físico e psíquico na fase dos cuidados de fim de vida. Instituições de saúde têm adotado protocolos institucionais para esse tipo de cuidado; no entanto, ele deve ser o mais individualizado possível, a fim de atender às necessidades específicas de cada paciente e de sua família (Freitas e Carreiro, 2018).

2.5 LIMITAÇÕES NA APLICAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Nas Unidades de Terapia Intensiva os cuidados paliativos são essenciais, pois são um direito da pessoa, e um dever da equipe multiprofissional, que deve oferecer aos pacientes uma assistência integral, qualificada e holística, respeitando a dignidade e a satisfação (Luíz, 2018).

Os profissionais administrativos também acabam participando e apoiando as famílias, embora a abordagem direta ao paciente seja realizada pela equipe

multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais, que atuam diretamente nas necessidades biopsicossociais do paciente (Brasil, 2021).

Entre os profissionais de saúde, há uma preocupação em garantir qualidade de vida aos pacientes com doenças graves e sem possibilidades terapêuticas de cura. Por isso, é importante implementar cuidados paliativos quando o foco do tratamento deixa de ser a cura e passa a ser o alívio dos sintomas, com a permanência e o apoio da família (Cogo et al., 2020).

Pacientes em fase terminal que chegam às Unidades de Terapia Intensiva (UTI) enfrentam a dependência das decisões dos profissionais de saúde, e essa constante apreensão sobre a evolução clínica pode elevar os níveis de estresse, levando a situações conflitantes para a equipe de enfermagem (Costa et al., 2017).

A comunicação é um dos pilares fundamentais da medicina e da enfermagem paliativa. A falta de uma comunicação eficaz pode resultar em problemas sérios, como omissão de informações, falta de clareza, contextualização inadequada e má interpretação das informações. Para que os cuidados paliativos na UTI sejam bem-sucedidos, é essencial estabelecer uma boa comunicação tanto entre os profissionais de saúde quanto com os familiares dos pacientes. A comunicação de más notícias, em especial, facilita a compreensão da situação e deve ser feita no momento adequado, levando em consideração o estado psicológico do paciente e preparando a família para a tomada de decisões (Oliveira et al., 2021).

Segundo Arantes (2019, p. 103):

Para estar ao lado de alguém que está morrendo, precisamos saber como ajudar essa pessoa a viver até o dia em que sua morte chegar. Apesar de muitos escolherem viver de um jeito morto, todos têm o direito de morrer vivos. Quando chegar a minha vez, quero terminar a minha vida de um jeito bom: quero estar viva neste dia.

2.6 APRESENTAÇÃO DO *PALLIATIVE CARE QUIZ FOR NURSING*

Para mensurar o conhecimento sobre cuidados paliativos no meio acadêmico, a utilização de ferramentas é essencial para identificar as lacunas e necessidades educacionais. Essas ferramentas também permitem avaliar a eficácia de programas educacionais, com o objetivo de disseminar o conhecimento e elevar a qualidade da assistência prestada (Cherny et al., 2021). Houve, portanto, a necessidade de criar

mecanismos padronizados que pudessem avaliar o nível de conhecimento disseminado no meio acadêmico, além de estimular discussões em que erros podem ser corrigidos, aumentando o aprendizado.

Um dos principais instrumentos desenvolvidos para avaliar o conhecimento em cuidados paliativos foi o *Palliative Care Quiz for Nursing* (PCQN), criado por Margareth Ross no Canadá, em 1996, e voltado para a avaliação dos conhecimentos dos enfermeiros. O PCQN foi desenhado para medir o quanto os profissionais de enfermagem compreendem sobre cuidados paliativos e, assim, garantir uma educação de qualidade nessa área (Ross et al., 1996). Para seu desenvolvimento, foi estabelecido um comitê consultivo que passou por um rigoroso processo de consulta, criação de uma estrutura conceitual, definição de formato, elaboração de itens e realização de pré-testes e pilotos antes do teste final.

A versão original do PCQN foi desenvolvida por um comitê de enfermeiras, que identificaram 86 dimensões centrais relacionadas ao conhecimento sobre cuidados paliativos. Para validar o instrumento, 166 indivíduos, incluindo médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, participaram do estudo. O questionário final foi composto por 20 itens de múltipla escolha (verdadeiro/falso/não sabe), divididos em três subescalas: filosofia e princípios dos cuidados paliativos, controle da dor e de outros sintomas, e aspectos psicossociais dos cuidados paliativos. Durante a etapa de validação, foi observada uma correlação entre o nível educacional, anos de experiência na área e a pontuação obtida no questionário. Enfermeiros com especialização em cuidados paliativos alcançaram as maiores pontuações (Mello, 2020). Assim, essas ferramentas são valiosas para garantir que o conhecimento em cuidados paliativos seja adequado e contínuo, fortalecendo a prática profissional.

O cuidado paliativo é uma área fundamental da enfermagem, e é importante que todos os estudantes tenham uma formação formal e integralizada neste tema. Uma educação baseada em competências ajuda os futuros enfermeiros a desenvolver o conhecimento, as atitudes e as habilidades necessárias para oferecer um cuidado compassivo e qualificado antes de começarem a trabalhar diretamente com os pacientes. Nesse processo, os educadores, tanto em ambientes acadêmicos quanto práticos, desempenham um papel importante para que os alunos estejam realmente prontos para entender e atender às necessidades dos pacientes em

domínios que abrangem desde o aprendizado teórico e emocional até as habilidades práticas. (Lippe et al., 2024).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Comparar o nível de conhecimento da equipe multidisciplinar sobre cuidados paliativos antes e após a realização de um treinamento baseado na implementação de um protocolo institucional.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar através da análise dos resultados do questionário PCQN os pontos de maior e menor fragilidade do conhecimento da equipe;
- Verificar a relevância da utilização de um protocolo institucional sobre cuidados paliativos na satisfação com o trabalho.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quase experimental, tipo antes e depois, que foi realizado em um hospital 100% SUS localizado no extremo sul de Porto Alegre. Esse tipo de estudo pode ser aplicado para conferir dados de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) a cerca de uma intervenção realizada, comparando antes e depois (Nedel e Silveira, 2016).

4.1 POPULAÇÃO

O estudo incluiu todos os profissionais alocados na UTI do hospital, incluindo várias categorias, sendo elas, médicos, cinco enfermeiros, vinte e seis técnicos de enfermagem, sete fisioterapeutas, um psicólogo, quatro nutricionistas e três assistentes sociais. Foram excluídos os profissionais que não estavam alocados na UTI, assim como os que não se sentiram à vontade para participar.

4.2 COLETA DE DADOS E PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

A coleta dos dados quantitativos foi realizada através do questionário do Palliative Care Quis for Nursing (PCQN) traduzido para o Brasil (Mello, 2020). O PCQN é composto por 20 questões com três possibilidades de resposta: verdadeiro, falso ou não sei. As pontuações foram obtidas pela soma das respostas corretas. Pontuações mais altas corresponderam a níveis mais elevados de conhecimento sobre cuidados paliativos. O PCQN é subdividido em três dimensões teóricas: manejo da dor e dos sintomas (itens 2–4, 6–8, 10, 13–16, 18 e 20), filosofia e princípios dos cuidados paliativos (itens 1, 9, 12). e 17) e atenção psicossocial e espiritual (itens 5, 11 e 19).

Foi desenvolvida uma capacitação baseada no protocolo de cuidados paliativos institucional na forma de aula expositiva, realizada presencialmente nas salas de aula da escola localizada no mesmo prédio do hospital com cronograma disponibilizado para as equipes previamente, buscando contemplar todos os turnos de trabalho durante o período de 12 semanas. A avaliação foi feita 4 semanas antes da capacitação e 8 semanas após a capacitação.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa respeitou os aspectos éticos propostos pela resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e tem como princípios básicos da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (Brasil, 2012).

O Termo de Anuência foi assinado pela direção do Hospital Restinga e Extremo Sul (HRES), que autorizou o acesso ao hospital para a realização da pesquisa.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade LaSalle e após a aprovação, foram iniciadas as intervenções.

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram descritos utilizando-se medidas de tendência central e de dispersão (média, mediana, desvio padrão). Para a comparação entre as avaliações do questionário nos dois momentos foi realizado o teste z para duas proporções. Valores p iguais ou inferiores a 0,05 foram considerados estatisticamente significativos. As análises estatísticas foram realizadas no programa R (versão 4.0.3).

5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa equivalem às respostas de 47 participantes. As características dos participantes e as variáveis relacionadas à vivência com os Cuidados Paliativos (CP) estão apresentadas na Tabela 1.

A faixa etária mais representada entre os participantes é de 28 a 37 anos. O gênero feminino predomina, enquanto a maioria dos participantes é solteira. A religião mais comum é a católica, seguida por um número relevante de participantes que declararam não possuir religião.

A maior parte dos participantes atua como técnicos de enfermagem. Quanto à experiência profissional, a maioria possui mais de quatro anos de atuação, com tempo similar de permanência na instituição e de experiência na UTI/HRE. Além disso, a maioria dos participantes não trabalha em outra instituição.

Em relação à vivência com cuidados paliativos (CP), a maioria não realizou treinamento específico na área. Contudo, uma parcela significativa já trabalhou em locais onde são realizados cuidados paliativos e a grande maioria já atendeu pacientes nessa condição. Além disso, uma quantidade considerável de participantes relatou ter familiares que passaram por cuidados paliativos.

Com relação ao conhecimento sobre CP, as respostas dos participantes antes e depois do treinamento estão descritas na Tabela 2.

Os resultados revelam que não houve uma melhoria significativa no conhecimento dos participantes após o treinamento. A média de acertos passou de 42,6% para 50,7%, mas sem diferença estatisticamente significativa ($p = 0,610$).

Na dimensão de manejo da dor e dos sintomas, observou-se melhorias em algumas questões. O item 7, relacionado ao uso prolongado de morfina e o medo de dependência, mostrou um aumento significativo nos acertos de 8,5% para 32,6% ($p = 0,015$), representando um avanço importante no entendimento desse conceito. Outro resultado significativo foi observado no item 13, sobre o uso de placebos no tratamento da dor, que registrou um aumento nos acertos de 46,8% para 74,4% ($p = 0,006$). Além disso, para a questão sobre o uso de drogas depressoras respiratórias no tratamento de dispneia grave em estágios terminais (item 10), houve um aumento de 21,3% para 48,8% ($p = 0,035$).

Quanto à dimensão que aborda a filosofia e os princípios dos cuidados paliativos, não houve variação significativa. O item 1, que questiona se os cuidados

paliativos são apropriados apenas em situações de declínio evidente, registrou uma queda nos acertos de 66,0% para 48,8%, mas sem significância estatística ($p = 0,093$). Além disso, os itens relacionados à filosofia dos cuidados paliativos e ao burnout (itens 12 e 17) mostraram aumentos modestos nos acertos, sem significância estatística ($p > 0,05$).

Na dimensão psicossocial e espiritual, o item 5, que aborda a presença da família ao lado do paciente durante o fim da vida, apresentou um aumento de 34,0% para 44,2%, mas sem significância estatística ($p = 0,328$). Outros itens desta dimensão, como o papel do gênero no luto (item 11) e a complexidade de lidar com a perda de um relacionamento distante ou contencioso (item 19), também não mostraram diferenças significativas após o treinamento ($p > 0,05$).

Os itens que apresentaram as maiores porcentagens de acertos após o treinamento refletem um bom entendimento dos participantes em questões essenciais dos cuidados paliativos. O item 4, que aborda a importância das terapias adjuvantes no controle da dor, foi o mais acertado após o treinamento, com 95,3% de acertos. O item 18, que trata das diferenças entre manifestações de dor crônica e dor aguda, também apresentou uma alta taxa de acertos, com 90,7%. O item 9, relacionado à necessidade de distanciamento emocional na prestação de cuidados paliativos, teve 86,0% de acertos. O item 13, sobre o uso de placebos no tratamento da dor, destacou-se com 74,4% de acertos. Esses itens indicam que os participantes têm uma boa compreensão das intervenções no manejo de sintomas e nas terapias adjuvantes.

Por outro lado, os itens com as menores porcentagens de acertos revelam áreas que podem precisar de maior atenção e treinamento. O item 12, que trata da compatibilidade entre a filosofia dos cuidados paliativos e o tratamento agressivo, foi o menos acertado, com apenas 9,3% de respostas corretas após o treinamento. O item 7, que questiona sobre o risco de dependência de morfina em uso prolongado, embora tenha apresentado um aumento significativo, ainda foi um dos menos acertados, com 32,6% de acertos. O item 5, que aborda a presença da família ao lado do paciente até o momento da morte, teve 44,2% de acertos. O item 1, que questiona a adequação dos cuidados paliativos apenas em situações de declínio ou enfraquecimento, apresentou 48,8% de acertos após o treinamento. Esses resultados indicam que conceitos relacionados à filosofia dos cuidados paliativos e à

gestão de certas crenças sobre o uso de medicamentos e a presença familiar ao final da vida podem exigir reforço adicional em treinamentos futuros.

6 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo indicam que, embora o treinamento tenha proporcionado algumas melhorias no conhecimento sobre cuidados paliativos (CP), a maioria das questões permaneceu sem mudanças significativas nas respostas. Em particular, o treinamento teve um impacto positivo nas questões relacionadas ao manejo da dor e dos sintomas, uma área crucial da prática assistencial. Esses achados corroboram a literatura, que destaca a importância dos programas de educação continuada no ambiente de trabalho, especialmente no contexto de CP, onde a formação adequada melhora significativamente a qualidade do cuidado prestado (Tognini et al., 2024). O aumento no conhecimento sobre terapias adjuvantes e o uso adequado de opioides para controle da dor reflete esse impacto positivo.

A variação nas respostas observada entre as fases pré e pós-treinamento também sugere que a interpretação subjetiva das afirmações pode estar relacionada às diferentes percepções individuais ou ao grau de compreensão dos conceitos discutidos. Isso é particularmente relevante em temas sensíveis como o manejo do fim de vida, onde crenças pessoais e convicções podem interferir na capacidade de os profissionais assimilarem completamente os princípios dos cuidados paliativos (Mendes et al., 2024).

Pesquisas anteriores apontam que, em unidades de terapia intensiva, onde os pacientes podem ser admitidos com potencial de reversão da doença, a equipe precisa estar preparada para mudar o enfoque terapêutico quando o quadro se agrava e os cuidados curativos são substituídos pelos paliativos. A complexidade desse cenário requer atenção contínua tanto aos pacientes quanto às suas famílias, o que reforça a importância do preparo e da capacitação das equipes (Pegoraro e Paganini, 2019).

Estudos com estudantes de medicina também apontam um baixo nível inicial de conhecimento sobre CP, mas demonstram um ganho progressivo ao longo do curso, o que reforça a necessidade de investimentos contínuos na formação de todos os profissionais de saúde, não apenas médicos (Lemos et al., 2017). Nesse sentido, os resultados deste estudo ressaltam a necessidade de programas de treinamento mais profundos e abrangentes, que abordem não apenas aspectos

técnicos, mas também fatores psicossociais e espirituais envolvidos no cuidado ao paciente em CP.

O fato de que muitas questões não mostraram mudanças significativas após o treinamento também sugere que o ensino sobre CP deve ir além do conteúdo técnico. A literatura reforça que programas de formação, quando adequadamente estruturados, aumentam o preparo dos profissionais para lidar com situações críticas, proporcionando mais conforto e tranquilidade tanto para os pacientes quanto para suas famílias (Fonseca e Geovanine, 2013). Além disso, deve-se considerar o contexto e a amostra dos participantes ao interpretar os resultados. Fatores como a duração do treinamento e a experiência prévia dos profissionais podem influenciar significativamente a assimilação do conteúdo. Estudos indicam que o treinamento contínuo em CP é essencial para melhorar as competências dos profissionais, garantindo a qualidade do cuidado e a satisfação profissional (Teixeira, 2023).

Este estudo apresenta algumas limitações. O número reduzido de participantes limita a generalização dos resultados. Além disso, a ausência de identificação individual entre os momentos pré e pós-treinamento dificultou a análise detalhada da evolução do conhecimento de cada participante.

7 CONCLUSÃO

Em conclusão, os resultados deste estudo indicam que, embora o treinamento em cuidados paliativos tenha proporcionado melhorias em áreas específicas, como o manejo da dor e dos sintomas, ainda existem lacunas significativas no conhecimento geral dos profissionais. A ausência de mudanças substanciais em várias questões ressalta a complexidade do tema e a necessidade de programas de formação contínua e abrangente, que abordem não apenas os aspectos técnicos, mas também os desafios psicossociais e emocionais do cuidado ao fim da vida. Esses achados reforçam a importância da educação continuada, baseada em evidências, para garantir que os profissionais de saúde estejam melhor preparados para oferecer cuidados de qualidade em situações críticas.

TABELA 1 - Perfil sociodemográfico, experiência profissional e vivência em cuidados paliativos

Variável	n	%
Idade		
18 a 27 anos	9	19,1
28 a 37 anos	18	38,3
38 a 47 anos	14	29,8
48 a 57 anos	5	10,6
58 a 67 anos	1	2,1
Gênero, feminino	34	72,3
Estado civil		
Casado	19	40,4
Solteiro	26	55,3
Divorciado	2	4,3
Religião		
Católico	23	48,9
Espírita	6	12,8
Evangélico	6	12,8
Não possui	9	19,1
Outra	2	4,3
Umbandista	1	2,1
Profissão		
Enfermeiro	5	10,6
Técnico enfermagem	27	57,4
Assistente social	2	4,3
Auxiliar administrativo	1	2,1
Fisioterapeuta	6	12,8
Médico	3	6,4
Nutricionista	2	4,3
Psicólogo	1	2,1

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Tabela 1 - (continuação)

Variável	n	%
Tempo de experiência		
Até 3 meses	2	4,3
4 a 12 meses	4	8,5
1 a 2 anos	7	14,9
3 a 4 anos	8	17,0
Acima de 4 anos	26	55,3
Tempo na instituição		
Até 3 meses	6	12,8
4 a 12 meses	6	12,8
1 a 2 anos	13	27,7
3 a 4 anos	8	17,0
Acima de 4 anos	14	29,8
Tempo na UTI		
Até 3 meses	10	21,3
4 a 12 meses	7	14,9
1 a 2 anos	12	25,5
3 a 4 anos	5	10,6
Acima de 4 anos	13	27,7
Trabalha em outra instituição	10	21,3
Realizou treinamento em CP	20	42,6
Trabalhou onde tem CP	36	76,6
Atendeu paciente em CP	44	93,6
Teve familiar em CP	26	55,3

Fonte: elaborado pela autora, 2024.

**Tabela 2 - Porcentagem de acertos antes e após o treinamento no
*Palliative Care Quiz for Nursing***

Pergunta	Antes do treinamento (n = 47)	Após o treinamento (n = 43)	p
1. O cuidado paliativo é adequado somente em situações em que há evidência de uma trajetória de declínio ou enfraquecimento?	66,0	48,8	0,093
2. A morfina é o padrão usado para comparar o efeito analgésico de outros opióides?	48,9	58,1	0,382
3. A extensão da doença determina o método de tratamento da dor?	27,7	27,9	0,974

Fonte: elaborado pela autora, 2024.

Tabela 2 - (continuação)

4. Terapias adjuvantes são importantes no controle da dor?	85,1	95,3	0,169
5. É fundamental que os membros da família permaneçam à beira do leito até que ocorra a morte?	34,0	44,2	0,328
6. Durante os últimos dias de vida, a sonolência associada ao desequilíbrio eletrolítico pode diminuir a necessidade de sedação?	42,6	46,4	0,764
7. A dependência de drogas é um grande problema quando a morfina é usada em longo prazo para o manejo da dor?	8,5	32,6	0,015
8. Indivíduos que estão tomando opioides também devem seguir um regime intestinal?	44,7	60,5	0,099
9. A prestação de cuidados paliativos requer distanciamento emocional?	74,5	86,0	0,149
10. Durante os estágios terminais de uma doença, drogas que podem causar depressão respiratória são apropriadas para o tratamento de dispneia grave?	21,3	48,8	0,035
11. Os homens geralmente reconciliam seu luto mais rapidamente do que as mulheres?	48,9	60,5	0,247
12. A filosofia dos cuidados paliativos é compatível com a do tratamento agressivo?	4,3	9,3	0,482
13. O uso de placebos é adequado no tratamento de alguns tipos de dor?	46,8	74,4	0,006
14. Em doses altas, a codeína causa mais náusea e vômito do que a morfina?	48,9	39,5	0,454
15. Sofrimento e dor física são sinônimos?	53,2	55,8	0,773
16. Demerol (Meperidina, Petidina ou Dolantina) não é um analgésico eficaz no controle da dor crônica?	19,1	27,9	0,356
17. O acúmulo de perdas torna o <i>Burnout</i> inevitável para quem procura trabalho em cuidados paliativos?	34,0	41,9	0,482

Fonte: elaborado pela autora, 2024.

Tabela 2 - (continuação)

18. Manifestações de dor crônica são diferentes da dor aguda?	83,0	90,7	0,309
19. A perda de um relacionamento distante ou contencioso é mais fácil de resolver do que a perda de um relacionamento próximo ou íntimo?	38,3	37,2	0,872
20. O limiar da dor é reduzido pela ansiedade ou fadiga?	21,3	27,9	0,548
Geral	42,6	50,7	0,610

Fonte: elaborado pela autora, 2024.

8 PRODUTO TÉCNICO

8.1 CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

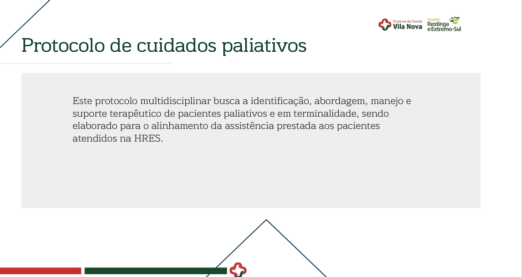
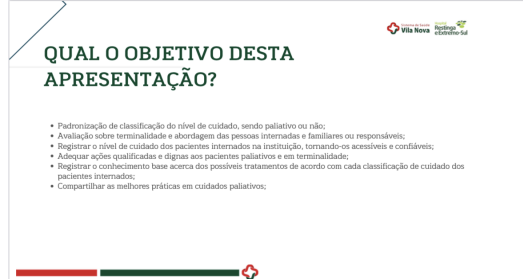
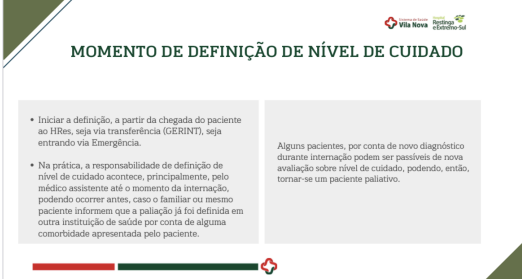
O produto técnico deste trabalho é um curso que fará parte do cronograma de educação permanente institucional.

O público participante serão os colaboradores que compõem as equipes assistenciais da Unidade de Terapia Intensiva em todas as categorias, sendo estas, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e os administrativos lotados na unidade.

Os treinamentos ocorrerão conforme cronograma disponibilizado previamente para ciência das equipes e ocorrerão de maneira presencial através de aula expositiva e com aplicação de teste de antes e depois.

Posteriormente, as equipes assistenciais das demais áreas hospitalares também serão contempladas com o treinamento, instituindo desta forma o cuidado paliativo de forma clara e objetiva no intuito de através do conhecimento, esse cuidado seja ainda mais valorizado pela equipe que presta assistência direta aos pacientes internados na instituição.

Quadro 1 - Cuidados paliativos na UTI

 Apresentação CUIDADOS PALIATIVOS NA UTI 2024	 Protocolo de cuidados paliativos Este protocolo multidisciplinar busca a identificação, abordagem, manejo e suporte terapêutico de pacientes paliativos e em terminalidade, sendo elaborado para o alinhamento da assistência prestada aos pacientes atendidos na HRES.
 QUAL O OBJETIVO DESTA APRESENTAÇÃO? • Padronização de classificação do nível de cuidado, sendo paliativo ou não; • Avaliação sobre terminalidade e abordagem das pessoas internadas e familiares ou responsáveis; • Registrar o nível de cuidado dos pacientes internados na instituição, tornando-os acessíveis e confiáveis; • Adequar ações qualificadas e dignas aos pacientes paliativos e em terminalidade; • Registrar o conhecimento base acerca dos possíveis tratamentos de acordo com cada classificação de cuidado dos pacientes internados; • Compartilhar as melhores práticas em cuidados paliativos;	 MOMENTO DE DEFINIÇÃO DE NÍVEL DE CUIDADO • Iniciar a definição, a partir da chegada do paciente ao HRES, seja via transferência (GERINT), seja entrando via Emergência. • Na prática, a responsabilidade de definição de nível de cuidado acontece, principalmente, pelo médico assistente até o momento da internação, podendo ocorrer antes, caso o familiar ou mesmo paciente informem que a palição já foi definida em outra instituição de saúde por conta de alguma comorbidade apresentada pelo paciente. Alguns pacientes, por conta de novo diagnóstico durante internação podem ser passíveis de nova avaliação sobre nível de cuidado, podendo, então, tornar-se um paciente paliativo.

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Quadro 1 - (continuação).

Performance de saúde

PPS

PPS N.	Descrição	Indicador de desempenho	Indicador	Legenda	Nível de complexidade
10%	Complexa	Atividade com alta complexidade, com múltiplas intervenções	Complexa	Normal	Complexa
20%	Complexa	Atividade com alta complexidade, com múltiplas intervenções	Complexa	Normal	Complexa
30%	Complexa	Atividade com alta complexidade, com múltiplas intervenções	Complexa	Normal ou moderada	Complexa
40%	Complexa	Atividade com alta complexidade, com múltiplas intervenções	Complexa	Normal ou moderada	Complexa
50%	Complexa	Atividade com alta complexidade, com múltiplas intervenções	Complexa	Normal ou moderada	Complexa
60%	Complexa	Atividade com alta complexidade, com múltiplas intervenções	Complexa	Normal ou moderada	Complexa
70%	Complexa	Atividade com alta complexidade, com múltiplas intervenções	Complexa	Normal ou moderada	Complexa
80%	Complexa	Atividade com alta complexidade, com múltiplas intervenções	Complexa	Normal ou moderada	Complexa
90%	Complexa	Atividade com alta complexidade, com múltiplas intervenções	Complexa	Normal ou moderada	Complexa
100%	Complexa	Atividade com alta complexidade, com múltiplas intervenções	Complexa	Normal ou moderada	Complexa

40%	Atividade com alta complexidade, com múltiplas intervenções	Complexa	Normal ou moderada	Complexa
50%	Atividade com alta complexidade, com múltiplas intervenções	Complexa	Normal ou moderada	Complexa
60%	Atividade com alta complexidade, com múltiplas intervenções	Complexa	Normal ou moderada	Complexa
70%	Atividade com alta complexidade, com múltiplas intervenções	Complexa	Normal ou moderada	Complexa
80%	Atividade com alta complexidade, com múltiplas intervenções	Complexa	Normal ou moderada	Complexa
90%	Atividade com alta complexidade, com múltiplas intervenções	Complexa	Normal ou moderada	Complexa
100%	Atividade com alta complexidade, com múltiplas intervenções	Complexa	Normal ou moderada	Complexa

AVALIAÇÃO DE PERFORMANCE DE SAÚDE (Possíveis indicações - PPS)

Paciente não é candidato à terapia curativa
Paciente tem uma doença grave e prefere não ser submetido a tratamento de prolongamento de vida
Nível inaceitável de dor por mais de 24 horas
Sintomas não controlados (náusea, dispnéia, vômitos, etc)
Sofrimento psicossocial e/ou espiritual não controlado
Visitas frequentes ao atendimento de emergência (mais de 1 vez no mês pelo mesmo diagnóstico)
Mais do que uma admissão hospitalar pelo mesmo diagnóstico nos últimos 30 dias
Interação prolongada sem evidência de melhora
Interação prolongada em UTI
Prognóstico reservado documentado pela equipe médica

ABORDAGEM DO PACIENTE

- Identificação do profissional que está comunicando;
- Comunicação objetiva e em linguagem de fácil entendimento pelo ouvinte;
- Reunir somente informações necessárias para a comunicação;
- Comunicação empática, respeitosa e com tempo suficiente para o ouvinte ir entendendo o que está sendo verbalizado;
- Lembrar que comunicação não verbal também é observada, por isso a postura acolhedora é imprescindível;
- Escolher um espaço calmo e com a maior privacidade possível para abordagem do tema;
- Entender o que o indivíduo já sabe e também até onde a pessoa quer saber sobre diagnóstico e necessidade de tratamento;
- Validar os sentimentos do paciente, dando pausa entre as informações;
- Realizar, ao final de toda a comunicação, um pequeno resumo para avaliar se o indivíduo entendeu os tópicos principais da comunicação.

PCQN - Palliative Care Quiz for Nursing

Desenvolvido por Margaret Ross no Canadá em 1996 e direcionado para avaliação dos conhecimentos dos enfermeiros, o Palliative Care Quiz for Nursing (PCQN) consegue mensurar uma educação de qualidade que aborda os cuidados paliativos para os profissionais de saúde.

Desta forma, a versão original do PCQN foi desenvolvida através de um comitê de enfermeiros, onde elas desenvolveram 86 dimensões centrais sobre o conhecimento dos cuidados paliativos, desta forma para o instrumento ser desenvolvido, 166 indivíduos foram selecionados para participação, dentre eles, médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais. Três subescalas fizeram parte dessas 86 dimensões, são elas: filosofia e princípios dos cuidados paliativos, controle da dor e outros sintomas e aspectos psicossociais dos cuidados paliativos e elas seriam compostas por 20 itens de resposta múltipla (verdadeiro/falso/não sabe).

Uma relação entre o nível educacional, anos de experiência na área e a pontuação no instrumento foram observados na etapa de validação da versão original do PCQN.

As pontuações mais altas (número de acertos) foram alcançadas pelos enfermeiros que possuíam especialização em cuidados paliativos

Anexo 1: - Palliative care quiz for nursing - Versão Traduzida para o Brasil 2 (VT2)

Questionário de cuidados paliativos para enfermagem (QCPE)

- O cuidado paliativo é adequado somente em situações em que há evidência de uma trajetória de declínio ou enfraquecimento
- A morfina é o padrão usado para comparar o efeito analgésico de outros opioides
- A extensão da doença determina o método de tratamento da dor
- Terapias adjuvantes são importantes no controle da dor
- É fundamental que os membros da família permaneçam à beira do leito até que ocorra a morte
- Durante os últimos dias de vida, a sonolência associada ao desequilíbrio eletrolítico pode diminuir a necessidade de sedação
- A dependência de drogas é um grande problema quando a morfina é usada em longo prazo para o manejo da dor
- Indivíduos que estão tomando opioides também devem seguir um regime intestinal
- A prestação de cuidados paliativos requer distanciamento emocional
- Durante os estágios terminais de uma doença, drogas que podem causar depressão respiratória são apropriadas para o tratamento de dispnéia grave
- Os homens geralmente reconciliam seu luto mais rapidamente do que as mulheres
- A filosofia dos cuidados paliativos é compatível com o tratamento agressivo
- O uso de placebos é adequado no tratamento de alguns tipos de dor
- Em doses altas, a codeína causa mais náusea e vômito do que a morfina
- Sofrimento e dor física são sinônimos
- Demerol não é um analgésico eficaz no controle da dor crônica
- O acúmulo de perdas torna o Burnout inevitável para quem procura trabalho em cuidados paliativos
- Manifestações de dor crônica são diferentes da dor aguda
- A perda de um relacionamento distante ou contencioso é mais fácil de resolver do que a perda de um relacionamento próximo ou íntimo
- O luto da dor é reduzido pela ansiedade ou fadiga

Respostas para cada item: verdadeiro/falso/não sabe

Fonte: elaborado pela autora, 2024.

REFERÊNCIAS

- ALWAWI A.A.; ABU-ODAH, H; BAYUO J. Palliative Care Knowledge and Attitudes towards End-of-Life Care among Undergraduate Nursing Students at Al-Quds University: Implications for Palestinian Education. **Int. J. Environ. Res. Public. Health**. 2022, v.19, n.15, e-9563. DOI: 10.3390/ijerph19159563.
- ARANTES, Ana Cláudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena ser vivido**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.
- BALIZA, Michelle Freire et al. Fatores que influenciam os enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva nas decisões de final de vida. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, 2015, v.49, n.4, p.572-579. DOI: 10.1590/S0080-623420150000400006.
- BARROS, N.C.B. et al. Cuidados paliativos na UTI: compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros. **Rev. Enf. UFSM**, 2012, v.2, n.3, p.630-640. DOI: <https://doi.org/10.5902/217976925857>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidados Paliativos**. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/daet/cuidados-paliativos-no-tratamento-do-cancer> . Acesso em: 10 nov.2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466/12**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Download disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view> Acesso em: 09 nov.2024.
- CHAVES, A.R.B. et al. Cuidados prestados pela equipe de enfermagem ao paciente de UTI. **Revista de Trabalhos Acadêmicos - Universo Juiz de Fora**, 2018, v.1, n.8. Disponível em: <http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=1JUIZDEFORA2&page=article&op=viewFile&path%5B%5D=6383&path%5B%5D=3659> . Acesso em: 09 nov.2024.
- CHERNY, Nathan I. et al.(eds). Medicina Paliativa na Unidade de Terapia Intensiva. In: CHERNY, Nathan I. et al.(eds). **Oxford Textbook of Palliative Medicine**, 6th. Oxford: Oxford Academic, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1093/med/9780198821328.003.0013>.
- COELHO, Cristina Bueno Terzi; YANKASKAS, James R. New concepts in palliative care in the intense care unit. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, 2017, v. 29, n.2, p. 222-230. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170031>
- COGO, Silvana Bastos et al. O profissional de enfermagem diante do processo de morte e morrer do doente em fase final de vida. **Research Society and Development**, v.9, n.7, e764974752, 2020. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4752> .

COSTA, Marcella Rodrigues et al. Sofrimento moral dos enfermeiros, em situações de final de vida, em unidades de terapia intensiva. **Rev. de Enfermagem UFPE**, 2017, Recife, v.11 (Supl.9), p.3607-3616. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234492/27693>. Acesso em: 09 nov.2024.

FONSECA, Anelise; GEOVANINE, Fatima. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, 2013, v.37, n.1. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000100017>.

FREITAS, Gleice Cristina Cortez de e CARREIRO, Mônica de Almeida. Cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva: a ética na assistência do enfermeiro intensivista. **Rev. Pró-universus**, 2018, v.09, n.1, p. 86-92. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1236/944> . Acesso em: 09 nov.2024.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados Paliativos. **Estudos Avançados**, 2016, v. 30, n.88., DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.30880011>.

LE MOS, Carlos Ferri Pontual de et al. Avaliação do conhecimento em cuidados paliativos em estudantes durante o curso de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2017, v.41, n.2, p.278-282. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2RB20160087>.

LIPPE et al. Instruments for Evaluating Student Learning Outcomes in Palliative Care: a Literature Review. **Journal of hospice and palliative nursing**: the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association, 2024, v.26, n.5, p.265–272. DOI: 10.1097/njh.0000000000001051.

LUÍZ, Marina Mendes et al. Cuidados paliativos em enfermagem ao idoso: uma revisão integrativa. **Rev. Online de Pesquisa**, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, 2018. DOI: 10.9789/2175-5361.2018.v10i2.585-592.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca(orgs.). **Manual de Cuidados Paliativos**. [Rio de Janeiro]: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.23-30. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> . Acesso em: 09 nov.2024.

MELLO, Aline Frigatti. **Adaptação transcultural e validação de conteúdo do Palliative Care Quis for Nursing para enfermeiros brasileiros**. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de pós-graduação em enfermagem, Universidade de Guarulhos, 2020.

MENDES, João Vítor Santana et al. O manejo de pacientes em cuidados paliativos na emergência por queixas relacionadas ou não a terminalidade: uma revisão integrativa. **Inova Saúde**, 2024, v.14, n.3, p. 20-28. DOI: <https://doi.org/10.18616/inova.v14i3.8121>.

MOTTA, Sylvio Torres. **Análise Bioética da qualidade da comunicação entre o médico intensivista e o paciente no contexto de limitações dos esforços terapêuticos e cuidados paliativos em unidades de terapia intensiva.** 2015. Dissertação (Programa de Pós Graduação em Bioética) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

NASCIMENTO, J.L. et al. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados paliativos", **Enferm Foco**, 2023, v.14,e-202351. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2023.v14.e-202351>.

NEDEL, W.L.; SILVEIRA F. da. Os diferentes delineamentos de pesquisa e suas particularidades na terapia intensiva. **Rev. Bras Ter Intensiva**, 2016, v.28, n.3, p.256-260. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160050>.

OLIVEIRA, E. K. F. et al. O papel do enfermeiro no manejo ao paciente terminal em UTI: uma revisão integrativa. **Scire Salutis**, 2021, v.11, n.3, p.6-13. DOI: <http://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2021.003.0002>.

PEGORARO, Martha Maria de Oliveira; PAGANINI, Maria Cristina. Cuidados paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva. **Rev. Bioét.**, 2019. v.27 n.4 DOI: 10.1590/1983-80422019274353.

PIVA, Jeferson Pedro; SOARES, Márcio. Cuidados de final de vida nas UTIs brasileiras, certamente não é apenas uma questão legal. Treinamento e conhecimento adequados são essenciais para melhorar estes cuidados. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, 2011, v.23, n.4, p.388-390. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2011000400002>.

ROSS, M.M.; MCDONALD, B.; MCGUINNESS, J. The palliative care quiz for nursing (PCQN): the development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. **J. Adv. Nurs.**, 1996, v.23, n.1, p.126-37. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1996.tb03106.x.

TEIXEIRA, Liliane Salome Pinto. **Necessidades de formação de uma equipa de cuidados paliativos para acreditação da idoneidade formativa em enfermagem.** 2023. Dissertação (Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa). - Instituto Politécnico de Viana do Castelo(IPVC), Escola Superior de Saúde. Viana do Castelo / PT, 2023. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/3860>. Acesso em: 09 nov.2024.

TOGNINI, Ana Letícia et al. **Cuidados paliativos em hospitais de Campo Grande-MS: uma análise do nível de conhecimento de profissionais médicos.** Campo Grande, 2024. Disponível: <https://repositorio.pgsscogna.com.br//handle/123456789/68195> . Acesso em: 09 nov.2024.

VIEIRA, Rosmari Wittmann; GOLDIM, José Roberto. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. **Acta Paul. Enferm.**, 2012, v.25, n.3, p.334-339. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000300003>.

ANEXO A - *Palliative care quis for nursing* - Versão Traduzida para o Brasil 2 (VT2)

Questionário de cuidados paliativos para enfermagem (QCPE)
1. O cuidado paliativo é adequado somente em situações em que há evidência de uma trajetória de declínio ou enfraquecimento
2. A morfina é o padrão usado para comparar o efeito analgésico de outros opióides
3. A extensão da doença determina o método de tratamento da dor
4. Terapias adjuvantes são importantes no controle da dor
5. É fundamental que os membros da família permaneçam à beira do leito até que ocorra a morte
6. Durante os últimos dias de vida, a sonolência associada ao desequilíbrio eletrolítico pode diminuir a necessidade de sedação
7. A dependência de drogas é um grande problema quando a morfina é usada em longo prazo para o manejo da dor
8. Indivíduos que estão tomando opioides também devem seguir um regime intestinal
9. A prestação de cuidados paliativos requer distanciamento emocional
10. Durante os estágios terminais de uma doença, drogas que podem causar depressão respiratória são apropriadas para o tratamento de dispneia grave
11. Os homens geralmente reconciliam seu luto mais rapidamente do que as mulheres
12. A filosofia dos cuidados paliativos é compatível com a do tratamento agressivo
13. O uso de placebos é adequado no tratamento de alguns tipos de dor
14. Em doses altas, a codeína causa mais náusea e vômito do que a morfina
15. Sofrimento e dor física são sinônimos
16. Demerol não é um analgésico eficaz no controle da dor crônica
17. O acúmulo de perdas torna o Burnout inevitável para quem procura trabalho em cuidados paliativos
18. Manifestações de dor crônica são diferentes da dor aguda
19. A perda de um relacionamento distante ou contencioso é mais fácil de resolver do que a perda de um relacionamento próximo ou íntimo
20. O limiar da dor é reduzido pela ansiedade ou fadiga
Respostas para cada item: verdadeiro/ falso/ não sabe

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O Senhor (a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa acadêmica do Programa de Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade La Salle intitulada Cuidados Paliativos na Terapia Intensiva: Conhecimento e Percepções da equipe Assistencial antes e depois da aplicação de um protocolo institucional – Trata-se de um ensaio clínico não randomizado (quase experimental), tipo antes e depois, que será realizado em um hospital 100% SUS localizado no extremo sul de Porto Alegre. Esse tipo de estudo pode ser aplicado para conferir dados de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) a cerca de uma intervenção realizada, comparando antes e depois que tem como objetivo principal identificar se houve diferença no conhecimento da equipe multidisciplinar após a instituição de um protocolo para pacientes em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva.

Desta forma, espera-se que o estudo contribua para o alinhamento da experiência profissional, que seja de alta relevância para ambas as partes, na tentativa de contribuir com o trabalho da equipe assistencial da instituição hospitalar a ser estudada.

O trabalho foi realizado pela acadêmica Márcia Elisa Hammes Teixeira Menezes e sob a responsabilidade e orientação do Márcio Manozzo Boniatti.

Para garantir os objetivos da pesquisa o senhor (a) será submetido a responder um questionário de avaliação sobre o que são cuidados paliativos e a aplicação de escala de Burnout que buscam avaliar a equipe em relação ao cuidado prestado ao paciente crítico em cuidados paliativos não exclusivos e exclusivos antes e depois da criação de um protocolo institucional. O tempo estimado com as respostas dos questionários antes e depois e a participação no treinamento está em torno de duas horas no total.

Os seus dados de identificação serão confidenciais. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo (a) pesquisador (a) principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/12).

O estudo apresenta risco considerado mínimo, podendo ser pelo constrangimento eventual que você possa ter pelas perguntas apresentadas no questionário, alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias e sentimento de

cansaço ao respondê-las, que a todo momento o participante poderá solicitar um tempo de descanso e retornar a pesquisa logo após.

O senhor (a) ao participar da pesquisa será beneficiado: conhecimento sobre o que são cuidados paliativos e com isso diminuição de sensações de ansiedade frente a essa tomada de decisão nos tratamentos prestados aos pacientes internados nesta Unidade de Terapia Intensiva.

O senhor (a) poderá receber informações do pesquisador que seus dados fornecidos e coletados poderão ser utilizados em pesquisas futuras. E que possa conter referência à autorização de descarte do material armazenado e às situações nas quais o mesmo é possível.

O senhor (a) está sendo informado que os seus dados fornecidos, coletados e obtidos a partir de pesquisas poderão ser utilizados nas pesquisas futuras. E que possa conter referência à autorização de descarte do material armazenado e às situações nas quais o mesmo é possível.

A sua participação é voluntária e o senhor (a) terá a liberdade de retirar o seu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a sua vida pessoal e nem para o atendimento na instituição (nos casos de pesquisa com profissionais e para sua atuação profissional).

Você não será identificado (a) quando da divulgação dos resultados e as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.

Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida o senhor (a) poderá entrar em contato com os (as) pesquisadores Márcia Elisa Hammes Teixeira Menezes, telefone: (51)992143990, e-mail: marciaeht@yahoo.com.br e endereço: Hospital Restinga e Extremo Sul, Unidade de Terapia Intensiva das 08 às 17 horas e Márcio Manozzo Boniatti, telefone: (51)999729424, e-mail: marcio.bonoatti@unilasalle.edu.br.

Se houver dúvidas quanto a questões éticas, o senhor (a) poderá entrar em contato com o comitê de ética da Universidade Lasalle pelo e-mail: cep.unilasalle@unilasalle.edu.br ou pelo telefone: (51) 3476.8452 nos horários: segunda-feira das 11 às 15h, terça-feira das 14 às 18h, quarta-feira das 16 às 20h, quinta-feira das 9 às 13h e sexta-feira das 14 às 18h. O CEP está localizado no 2º andar do prédio 5, antiga sala da Comissão Própria de Avaliação.

O senhor (a) não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação. Está garantido o direito de obter atualizações a respeito dos resultados parciais do estudo.

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade La Salle.

Ao assinar abaixo, o (a) senhor (a) confirma que leu as afirmações contidas neste termo de consentimento, que foram explicados os procedimentos do estudo, que teve a oportunidade de fazer perguntas, que está satisfeito (a) com as explicações fornecidas e que decidiu participar voluntariamente deste estudo. Uma via do TCLE ficará em sua posse e outra será arquivada pelo investigador principal.

Participante da pesquisa

Pesquisador

Orientador da pesquisa

ANEXO C- Questionário sócio - demográfico

Anexo 4: Questionário sócio - demográfico:
Idade:
Gênero:
Idade:
Estado civil:
Religião:
Profissão:
Tempo de experiência:
Tempo na instituição:
Tempo na UTI / HRES:
Trabalha em outra instituição?
Já realizou treinamento sobre o que são cuidados paliativos?
Já trabalhou em instituições onde já se aplicam os cuidados paliativos:
Já atendeu algum paciente em cuidados paliativos?
Já teve algum familiar em Cuidados Paliativos?