

Educação Permanente em Cuidados Paliativos: uma Proposta de Pesquisa-Ação

Continuous Education in Palliative Care: an Action Research Proposal

Ducación Permanente en la Atención de Hospicio: una Propuesta de Investigación-Acción

Valesca Scalet Cezar^{1*}; Rodrigo Kappel Castilho²; Karine Zancanaro Reys³; Eliane Goldberg Rabin⁴; Roberta Waterkemper⁵

Como citar este artigo:

Cezar VS, Castilho RK, Reys KZ, *et al.* Educação Permanente em Cuidados Paliativos: uma Proposta de Pesquisa-Ação. 2019.11(n. esp):324-332. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.324-332>

ABSTRACT

Objective: The study's purpose has been to further understand how a continuous education proposal could contribute to the improvement of professional health knowledge with regards to the palliative care. **Methods:** It is an action research type with a qualitative approach, which was carried out at a referral hospital in oncology that is located in the Southern region of Brazil during the period from April to May 2015. The study was performed through the application of a questionnaire with open questions before and after the education activity, then being analyzed from content analysis of the thematic type. **Results:** 213 professionals participated. Five thematic categories were constructed, as follows: Professional knowledge before the action: care towards the terminal patient; Professional knowledge before the action: care to the patient without both cure and treatment possibility; Sensitization to the principles of palliative care: the starting point; Safety care: understanding the proposal and its indications; and, Feeling the need to self-learning. **Conclusion:** It was identified the reduction of professionals insecurity and the improvement of the knowledge. It is important to highlight the larger propagation about this philosophy of care. **Descriptors:** Palliative Care, Continuous Education, Healthcare Professionals, Knowledge.

¹ Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Residente em Onco-Hematologia da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA). Residente em Onco-hematologia Residente em Onco-Hematologia da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA).

² Curso de Graduação em Medicina pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel). Residência em Clínica Médica pelo Hospital Universitário São Francisco de Paula. Residência em Terapia Intensiva pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Coordenador médico do Programa Gerenciado de Cuidados Paliativos da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA). Coordenador médico do Programa Gerenciado de Cuidados Paliativos da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA).

³ Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Especialista em Enfermagem Oncológica pelo Centro Universitário São Camilo (CUSC). Enfermeira líder gerencial do Programa Gerenciado de Cuidados Paliativos da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA). Enfermeira líder gerencial do Programa Gerenciado de Cuidados Paliativos da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA).

⁴ Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Mestrado em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutora em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Acupuntura pela Faculdade de Ciências Médicas de São Paulo. Professora adjunta do departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Professora adjunta do departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

⁵ Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora adjunta do departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Professora adjunta do departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

Educação permanente em cuidados paliativos: uma proposta de pesquisa-ação. 2015. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

RESUMO

Objetivo: Compreender como uma proposta de educação permanente pode contribuir para a melhora do conhecimento profissional de saúde sobre cuidados paliativos. **Métodos:** estudo qualitativo do tipo pesquisa-ação desenvolvido em um hospital de referência em oncologia no sul do Brasil. Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário com questões abertas antes e após a atividade de educação e analisados a partir da análise de conteúdo, do tipo temática. **Resultados:** Participaram 213 profissionais. Categorias temáticas construídas: Conhecimento profissional antes da ação: cuidado ao paciente terminal; Conhecimento profissional antes da ação: cuidado ao paciente fora de possibilidades de cura e tratamento; Sensibilização para os princípios dos cuidados paliativos: o ponto de partida; Segurança para cuidar: entendendo a proposta e suas indicações; e Sentindo a necessidade de educar-se. **Conclusão:** identificou-se a diminuição da insegurança dos profissionais e a melhora do conhecimento. Destaca-se a maior divulgação sobre esta filosofia de cuidado.

Descritores: Cuidados Paliativos, Educação Permanente, Profissionais de Saúde, Conhecimento.

RESUMEN

Objetivo: Comprender cómo una propuesta de educación permanente puede contribuir a la mejora del conocimiento profesional de salud sobre cuidados paliativos. **Métodos:** estudio cualitativo del tipo investigación-acción desarrollado en un hospital de referencia en oncología en el sur de Brasil en el período de abril y mayo de 2015 a través de la aplicación de cuestionario con preguntas abiertas antes y después de la actividad de educación. Se realizó análisis de contenido, del tipo temático. **Resultados:** Participaron 213 profesionales. Se construyeron 5 categorías temáticas: Conocimiento profesional antes de la acción: cuidado al paciente terminal; Conocimiento profesional antes de la acción: cuidado al paciente fuera de posibilidades de curación y tratamiento; Sensibilización para los principios de los cuidados paliativos: el punto de partida; Seguridad para cuidar: entendiendo la propuesta y sus indicaciones; Y sintiendo la necesidad de educarse. **Conclusión:** se identificó la disminución de la inseguridad de los profesionales y la mejora del conocimiento. Se destaca la mayor divulgación sobre esta filosofía de cuidado.

Descriptores: Cuidados paliativos, Educación permanente, Profesionales de la Salud, Conocimiento.

INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos vem sendo foco de discussões por profissionais de saúde e gestores na área da saúde humana, inclusive na saúde animal¹. Ao se dar conta de que o envelhecimento com maior longevidade e associado a doenças crônicas e condições complexas é o que caracteriza o presente e o futuro dos seres humanos² e animais no mundo¹ as discussões tem demonstrado a urgência em mudança de paradigmas relacionados a este cuidado. Paradigmas ainda atrelados ao modelo biomédico, hospitalocêntrico, individualista (trabalho individual) focado na cura da doença, intervencionista e descontextualizado^{2,3} e ainda presente em alguns discursos “Eu sei que os pacientes querem ser tratados ativamente e

melhorar”^{3: e39}. Essas percepções resultaram na própria mudança da primeira definição da Organização mundial da saúde sobre o significado de cuidados paliativos. Em 1990, compreendia-se como “cuidados totais e ativos dirigidos a pacientes fora de possibilidade de cura”^{4:11}. Nesta primeira compreensão, de acordo com o Relatório sobre o alívio da dor oncológica e cuidados paliativos (Cancer Pain Relief and Palliative Care) este cuidado total e ativo está relacionado a ação de cuidado com enfoque no paciente e não na doença⁴. Significava tornar o paciente o mais ativo possível considerando-se a sua qualidade de vida, de sua família e a possibilidade de ser iniciado precocemente, mesmo nos estádios iniciais da doença e de seu tratamento⁵. Entretanto, com o passar do tempo observou-se que nem todos os profissionais de saúde e gestores e futuros profissionais demonstraram a mesma compreensão ao se mostrar em estudos, dificuldades, de diversas origens, em se aplicar na prática⁶.

Desta forma, em 2002, a OMS publica uma segunda definição sobre cuidados paliativos descrevendo-o como *Abordagem que visa a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (OMS,2002).*

Esta definição é considerada atual e mesmo com as modificações em sua definição, retirando o enfoque do “cuidado ativo”, do “paciente fora de possibilidades de cura” e incluindo o termo “doença que ameaça a vida”, “prevenção e alívio de sofrimento” e “identificação precoce” e alguns avanços, ainda há dificuldades da incorporação desta filosofia de cuidado na prática⁷.

Este fato pode ser verificado ao se analisar os serviços de Cuidados Paliativos existentes, principalmente, no Brasil. De acordo com a Agência Nacional de Cuidados Paliativos, existem cerca de 80 serviços de cuidados paliativos registrados (aproximadamente 1 serviço para 2,4 milhões de pessoas) cada um em uma etapa de desenvolvimento, sendo muitos desses esforços, de profissionais da saúde para melhorarem a assistência prestada aos seus pacientes⁸. As normas e diretrizes da *European Association for Palliative Care* sugerem alguns indicadores para um país atender às demandas em serviços de cuidados paliativos. Para cada 50 leitos (até 80) de unidades de clínica médica por milhão de habitantes são necessárias entre uma a duas enfermeiras por leito e 0,15 médico por leito⁹. Para a equipe de cuidados paliativos: uma para cada hospital com 250 leitos, uma equipe de cuidados paliativos home care para cada 100 mil habitantes, tendo como núcleo central da equipe 4 a 5 profissionais em dedicação exclusiva¹⁰. Segundo esses dados, o Brasil precisaria de 10 mil leitos, 12 mil enfermeiras, 1.500 médicos especialistas, mais de 1.000 equipes para os hospitais de grande porte, 2.000 equipes de home care e 4

a 5 mil profissionais com dedicação exclusiva, além de ampla integração com o Sistema Único de Saúde, um Programa Nacional de Cuidados Paliativos e ainda centros de educação estabelecidos e pesquisas na área para assim atingir o nível 4 de assistência em Cuidados Paliativos¹⁰. Uma pesquisa realizada pela aliança mundial de cuidados paliativos sobre o estado deste cuidado em diversos países no mundo, considerando-se a oferta de serviços, acesso a analgesia, nível de consciência profissional, movimentos para mudança e centros de educação e associação profissional, classificou os achados em 4 grupos. Verificou-se que houve um avanço modesto desde 2006 no mundo e o Brasil encontra-se no grupo 3, com iniciativas isoladas².

Além da questão de infraestrutura, outro fator indicado como barreira para a prática dos cuidados paliativos é a formação profissional e a consciência de órgãos gestores da saúde pública para a necessidade dos Cuidados Paliativos e este é considerado como o primeiro passo^{2,11}. Estudos indicam que há diferença no cuidado prestado pelo profissional que possui formação em cuidados paliativos e o que não tem. Os profissionais de saúde sem formação em cuidados paliativos possuem conhecimento insatisfatório em relação aos que possuem formação prévia e estes demonstram aplicar o conhecimento na prática. Um dos fatores atribuídos a este conhecimento insuficiente é o pouco investimento em educação no trabalho e na formação profissional sobre a Filosofia dos Cuidados Paliativos^{2,3,12,13}.

Tanto os profissionais da equipe de enfermagem, quanto médicos, psicólogos, fisioterapeutas e outros profissionais envolvidos no cuidado ao paciente oncológico com indicação de cuidados paliativos, não possuem durante o curso, seja de nível médio ou superior, disciplinas voltadas para o cuidado ao indivíduo portador de doenças crônicas-degenerativas fora de possibilidade de cura ou reversão da doença e os Cuidados Paliativos^{14,15}. Como uma das formas de se amenizar a deficiência encontrada nesta formação, a educação permanente tem sido considerada como fator potencial para a melhora do conhecimento profissional e a sua aplicação na prática, principalmente, no que se refere a segurança na atuação¹⁶.

De acordo com as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde a educação permanente é compreendida como a aprendizagem significativa no trabalho. O termo significativo tem conotação de “consciência”, fator necessário a incorporação da Filosofia dos Cuidados Paliativos. O processo de ensinar e aprender são desenvolvidos no cotidiano das organizações (Instituições de saúde) e no processo de trabalho como possibilidade de alcance da transformação da prática profissional e da organização do trabalho. Por esta compreensão pode ser interpretada também como aprendizagem-trabalho, pois deve acontecer no cotidiano das pessoas e das organizações. Precisa acontecer partindo-se da identificação dos problemas enfrentados na

realidade de trabalho considerando-se “os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm”^{17,20}, assim como as necessidades de saúde das pessoas e populações¹⁷.

Desta forma, este estudo tem como objetivo compreender como uma proposta de educação permanente pode contribuir para a melhora do conhecimento de profissionais da saúde que atuam em oncologia sobre cuidados paliativos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo pesquisa-ação^{18,19} desenvolvido em 4 etapas: planejamento, ação, observação e reflexão¹⁹. O estudo foi desenvolvido de abril a maio de 2015 em um hospital de referência em oncologia no sul do Brasil. Participaram do estudo 213 profissionais da área da saúde que compõem o quadro de profissionais da instituição, sem distinção de profissões. Os critérios de inclusão utilizados foram ser profissional de saúde lotado no Hospital em questão e profissionais de saúde que comparecessem as atividades de educação; os critérios de exclusão adotados foram profissionais de saúde que estivessem cobrindo folgas e lotados em outra unidade hospitalar; profissionais de saúde que chegassem ao local da atividade após a aplicação do questionário inicial; profissionais de saúde que não respondessem ao questionário inicial e final. As atividades educativas propostas foram discutidas e organizadas com os profissionais do Programa de Gerenciamento em Cuidados Paliativos alinhados a política institucional para a área, bem como para a educação. Foi realizada por um médico paliativista e uma acadêmica de enfermagem através de estudo de casos clínicos reais de forma dialogada com apoio de projetor em um auditório com capacidade de 50 lugares. Foram oferecidos 3 momentos para as equipes médicas e posteriormente 14 horários de atividade de educação para outros profissionais da instituição. Os dados foram coletados através de questionário aplicado antes e após a ação educativa, com perguntas abertas que incluíram aspectos sobre Cuidados Paliativos abordados durante a intervenção. Para a organização desta reflexão e análise dos dados, optou-se pela proposta de análise de conteúdo, operativa, do tipo temática, de Minayo (2010)²⁰ em associação com o referencial teórico sobre os princípios de cuidados paliativos e educação permanente em saúde. Os participantes foram identificados com a letra inicial da formação e um número ex: Médico (M1..), Enfermeiro (E1...), com exceção das profissões Fonoaudiologia (Fo1..), Fisioterapia (Fi1..) que tem iniciais iguais. A pesquisa foi submetida ao Sistema de Comitês de Ética em Pesquisa da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Plataforma Brasil, sendo aprovada pelo Comitê de Ética Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Ciências da Saúde, sob CAAE 40234214.2.0000.5345 em 19 de março de 2015. Após o aceite para participação do estudo, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

para aplicação do questionário.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A participação na atividade envolveu um total de 213 profissionais de diversas áreas e funções. Entretanto, somente 100 profissionais foram incluídos na amostra por atenderem aos critérios de inclusão. Destes, 24% eram médicos, residentes ou contratados da instituição, 64% eram enfermeiros e técnicos de enfermagem, os 12% restantes incluíram outros profissionais da equipe multidisciplinar além de alguns profissionais com função administrativa. Em relação a sexo e idade a maioria dos participantes eram do sexo feminino (72%) e a média de idade de 33 anos, sendo o mínimo 18 e o máximo 60 anos. A média do tempo de atuação na área foi de 6 anos e a de atuação na instituição foi de 3 anos. (TABELA 1).

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais de saúde

Características dos profissionais da amostra	Médicos n=24		Enfermeiros n=19		Técnicos de Enfermagem n=45		Auxiliares Administrativos n=7		Outros n=5		Total n=100	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo												
Masculino	15	62,5	1	5,3	8	17,8	3	42,9	1	20	28	28
Feminino	9	37,5	18	94,7	37	82,2	4	57,1	4	80	72	72
Total	24	100	19	100	45	100	7	100	5	100	100	100
Faixa Etária												
18-25 anos	1	4,2	1	5,3	6	13,3	1	14,3	0	0	9	9
26-33 anos	13	54,2	13	68,4	17	37,8	5	71,4	2	40	50	50
34-41 anos	6	25	3	15,8	17	37,8	1	14,3	1	20	28	28
42-48 anos	0	0	2	10,5	3	6,7	0	0	1	20	6	6
49 anos ou mais	4	16,6	0	0	2	4,4	0	0	1	20	7	7
Total	24	100	19	100	45	100	7	100	5	100	100	100
Tempo de atuação profissional												
< 5 anos	13	54,2	6	31,6	28	62,2	4	57,1	1	20	52	52
5 f- 10 anos	4	16,7	6	31,6	10	22,2	1	14,3	1	20	22	22
10 f- 15 anos	3	12,5	4	21,1	6	13,3	1	14,3	2	40	16	16
15 f- 20 anos	1	4,2	3	15,8	0	0	0	0	1	20	6	6
≥ 20 anos	3	12,5	0	0	1	2,2	0	0	0	0	4	4
Total	24	100	19	100	45	100	7	100	5	100	100	100
Tempo de atuação na instituição												
< 5 anos	17	70,8	11	57,9	37	82,2	6	85,7	4	80	75	75
5 f- 10 anos	3	12,5	4	21,1	6	13,3	0	0	0	0	13	13
10 f- 15 anos	2	8,3	4	21,1	1	2,2	1	14,3	1	20	9	9
15 f- 20 anos	0	0	0	0	1	2,2	0	0	0	0	1	1
≥ 20 anos	2	8,3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Total	24	100	19	100	45	100	7	100	5	100	100	100

(n=100) de acordo o sexo, faixa etária, tempo de atuação profissional, área de atuação, tempo de atuação institucional. Porto Alegre, 2015.

Fonte – Scalet, VC. Educação Permanente em Cuidados Paliativos: uma proposta de pesquisa-ação. Porto Alegre, 2015.

Em relação a formação profissional para cuidados paliativos a maioria dos Médicos, Fonoaudiólogos, Fisioterapeutas, Assistentes Sociais afirmaram não ter tido formação na graduação. O conhecimento foi alcançado através de participações em eventos, na residência médica e no próprio serviço. Dos 19 Enfermeiros participantes a formação sobre o tema foi citada pela maioria como pontual em algumas aulas, palestras ou no desenvolvimento do trabalho de conclusão do curso. Apenas 6 relataram não ter formação anterior. O único Dentista presente afirmou não ter tido formação anterior. Dos 45 técnicos em enfermagem, 33 relataram não ter tido formação anterior e dos que tiveram a formação foi realizada no próprio serviço. Dos 6 participantes da área administrativa apenas 1 referiu ter conhecimento prévio, mas pela formação em curso técnico. Nenhum participante apresenta pós-graduação em Cuidados Paliativos.

A partir da análise de conteúdo, do tipo temática de Minayo (2010), foi possível construir as seguintes categorias temáticas: O conhecimento antes da ação - Cuidado ao paciente terminal, Cuidado ao paciente fora de possibilidades de cura e tratamento e O conhecimento pós-ação - Sensibilização para os princípios dos cuidados paliativos: o ponto de partida, Segurança para cuidar: entendo a proposta e suas indicações e Sentindo a necessidade de educar-se permanentemente²⁰.

Cuidado ao paciente terminal

Ao se analisar o conhecimento prévio sobre cuidados paliativos dos profissionais à ação educativa, observou-se que a maioria destes relaciona o Cuidado Paliativo ao cuidado a paciente terminal, a terminalidade e ao processo de morte, mas com enfoque na qualidade de vida. Para os profissionais, esta qualidade de vida está relacionada ao conforto, manejo de sintomas (dor) e inclusão do apoio familiar .

Cuidado com paciente para que o mesmo obtenha uma terminalidade de qualidade e dignidade. (M17)

Cuidado de pacientes no fim de vida com intuito de trazer conforto, apoio ao paciente e seus familiares. (M2)

Pelo pouco que sei, se refere aos cuidados com pessoas que estão quase morrendo. (Ad4)

É o cuidado para que o paciente tenha uma qualidade de vida melhor. (Ad2)

É o cuidado que se dá ao paciente em terminalidade da doença para trazer conforto e evitar medidas postergadoras da morte durante este momento de “fim de vida” visando a qualidade de morte. (Fi2).

É o tratamento, acompanhamento ao paciente [...]que necessita de cuidados que objetivam melhor qualidade de vida. (Fo1)

Cuidados com pacientes em fase terminal sem o uso de medidas invasivas, medidas de conforto. (E1)

Melhoria da qualidade de vida de pacientes [...] diminuir sintomas causados pelas circunstâncias da morte, como por exemplo dor, aumentando o conforto. (E3)

São cuidados prestados à pacientes “terminais”. (TE15)

São pacientes que infelizmente não tem mais chance de sobreviver [...] damos o maior conforto, para que os mesmos estejam confortáveis, e principalmente sem dor.

(TE7)

São profissionais que atendem aquele paciente no qual foram feitos todos tratamentos e precisam de acompanhamento para atenuar a dor e se organizar para a morte. (AS1)

Cuidado ao paciente fora de possibilidades de cura e tratamento

Os profissionais, além de relacionarem os Cuidados Paliativos a termos que lembram a “morte”, a fase “terminal da doença”, associam ainda a impossibilidade de cura e tratamento. Compreendem ser um cuidado realizado apenas a pacientes na fase de terminalidade da doença e, neste momento, encontram-se fora de possibilidade de cura e tratamento. Não fazem distinção entre que tipo de tratamento, provavelmente, o curativo para a doença e enfatizam, que em “cuidados paliativos”, não se trata, mas se “cuida”.

Proporcionar cuidados direcionados à uma pessoa que tem uma patologia que não tem possibilidade curativa. (M11)

São cuidados dados a pacientes portadores de doença sem possibilidade de cura ou tratamento. (M14)

É o tratamento, acompanhamento ao paciente fora de possibilidades curativas. (Fo1)

Quando, do ponto de vista médico não existem mais condutas a se acrescentar para cura do paciente. (Fi1)

Cuidados paliativos é o cuidado aos pacientes que não tem tratamento, “cura” no seu prognóstico. (E10)

Cuidado ao paciente na qual a doença está num estágio avançado e não tem cura. (E4)

Cuidados a pacientes [...] sem perspectiva de cura. (D1)

São profissionais que atendem aquele paciente no qual foram feitos todos tratamentos [...] (AS1)

Se trata de cuidados a pacientes que não respondem mais ao tratamento. (TE13)

Tem o intuito de dar conforto ao paciente que não responde à tarefa proposta. (TE7)

Sensibilização para os princípios dos cuidados paliativos: o ponto de partida

Os profissionais que participaram da atividade de educação referiram, após a atividade educativa, demonstram ter

conseguido compreender a importância desta abordagem e a possibilidade de ser realizada não somente na fase terminal, mas desde o diagnóstico e ao longo do tratamento curativo. A proposta de educação permitiu repensar o significado dos cuidados paliativos para aceitar melhor a forma como o tratamento é realizado na instituição, bem como de aspectos legais envolvidos. Alguns afirmaram que a partir deste momento também vão considerar melhor os aspectos relacionados ao paciente e família e não somente à doença, como estavam acostumados a agir. Além dos aspectos anteriores, entre os Médicos, a autonomia também foi uma das principais percepções sobre a necessidade de mudança. De todos os profissionais de nível superior, apenas 1 um da Fonoaudiologia relatou não ter apresentado mudança em seu conhecimento após a atividade e que necessitaria de melhor esclarecimento.

Mudou muito a percepção sobre cuidados paliativos, sei que não são somente cuidados dispensado a pacientes terminais, mas sim, cuidados desde o diagnóstico da doença. (M14)

Mais clareza em como lidar com a autonomia do paciente. (M3)

Avaliar e respeitar mais e melhor a autonomia real do paciente. (M1)

Que os cuidados paliativos estão junto com os cuidados curativos, que devemos respeitar os desejos do paciente e familiar. Fazer “tudo” que o PACIENTE necessita evitando o sofrimento. (TE5)

Relembrar o que é cuidado paliativo para aceitar melhor a maneira de tratamento no andar. (E4)

Cuidados paliativos não é só para pacientes no final de vida, mas para todos aqueles cuja doença ameace a vida. (E13)

Deu pra entender um pouco mais sobre cuidados paliativos, que não significa a fase terminal de uma pessoa que pode ser tratada. (A5)

Mudou em relação ao cuidado como um todo, não somente em casos especiais, mas também em todos os momentos de uma enfermidade e a se importar com o que o ser humano se importa. (A3)

Saber que o cuidado paliativo pode ser feito em pacientes com possibilidade de cura também (Fi2)

Esclareceu dúvidas sobre a legalidade de ações paliativas (D1)

O conhecimento pós-ação- Segurança para cuidar: entendendo a proposta e suas indicações

Outro sentimento descrito pelos profissionais, após a atividade, modificado foi a segurança. Expressam nos relatos sentirem-se mais seguros, menos constrangidos, com um olhar mais integral sobre o cuidado e menos receio em fazer cuidados paliativos na instituição. Para os médicos, fisioterapeuta e enfermeiros a segurança, pouco escrita, mas descrita também está relacionada a aspectos de legislação que respaldem decisões terapêuticas para responder “até quando ir”. A maioria dos profissionais, que não conheciam, pouco conheciam ou tinham conhecimento inadequado sobre cuidados paliativos afirmaram em seus relatos que mudarão a forma de agir após este momento. Os poucos que responderam não mudar de atitude ou forma de pensar afirmam manter suas convicções e sugerir discussões mais profundas.

Anteriormente (isso é) antes desta palestra recorria aos cuidados paliativos com menos segurança. (M12)

Melhorar a minha compreensão sobre cuidados paliativos. Tive mais recursos para permitir a tomada de algumas decisões médica. (M12)

Questões legais: atualização sobre a legitimidade da possibilidade de retirada de intervenções invasivas e provocadoras do óbito. (M23)

A visão que tinha sobre suspensão de hidratação e dieta. (Fi2)

Obtive esclarecimentos quanto aos aspectos éticos e legais que envolvem o cuidado paliativo. (E14)

Eu saio com a mente mais aberta e sem medo de tomar todas as medidas instituídas. (E16)

Para mim que trabalho em reabilitação protética da face, havia certas dúvidas sobre que tipo de cuidado eu realizava. Isso me causava um certo constrangimento pelo tempo que alguns pacientes utilizavam a prótese com a possibilidade de recidiva da lesão. Vejo que me enquadro em uma visão mais integral da medicina. (D1)

Porque em meu trabalho eu ficava com receio de realizar determinadas medidas assistenciais por não conhecer a atuação de determinados medicamentos. Agora conhecendo um pouco melhor o assunto, posso atuar de forma mais eficaz e segura. (TE27)

O conhecimento pós-ação - Sentindo a necessidade de educar-se permanentemente

Nos relatos foi possível identificar que a prática educativa sobre cuidados paliativos possibilitou aos profissionais perceber a necessidade de se educar, mas como uma ação continuada e específica das áreas e não como um processo articulado as demandas do processo de trabalho e institucional. O sentido de “educar” está relacionado: ao desenvolvimento do conhecimento sobre cuidados paliativos, um momento para agregar conhecimento, para melhorar a compreensão, para trocar conhecimento e para conversar, para despertar para a busca permanente pelo mesmo, a “desmistificação” de conceitos, não somente pelo conteúdo, mas para a mudança de atitudes no trabalho, que se traduz em cuidado.

Trouxe informações novas, agregou conhecimento para discutir os casos. Despertou interesse em estudar mais sobre cuidados paliativos. (M16)

Vão melhorar a atenção que o médico deve ter para com o paciente (M12)

A troca de conhecimento sempre é importante para a melhora dos nossos cuidados e para o paciente. (M2)

Muitos profissionais não usam por preconceito, por desconhecimento. (Fo1)

Porque na faculdade não temos nenhum contato com esse cuidado. (E10) educação continuada e permanente são essenciais para atualização e qualificação no cuidado. (E13)

Pois todo conhecimento e debate agrega mais para e perante o paciente. (Fi1)

Pela restrição do foco da especialidade. (D1)

Porque podemos estar em constante aprendizado. (AS1)

Porque trabalhamos num hospital. (Ad1)

Para saber lidar melhor com essa situação. (Ad4)

A falta de conhecimento em cuidados paliativos é considerada como uma das principais barreiras para a sua prática^{2,21,22}. Estudos realizados sobre este tema revelam que o nível do conhecimento sobre este cuidado é insuficiente ou inexistente tanto em alunos de graduação quanto nos profissionais de saúde. Um dos fatores que contribuem para a dificuldade em se incorporar a filosofia dos cuidados paliativos na prática clínica é a própria conscientização^{2,3}. Este contexto destaca a urgência para o fortalecimento do ensino sobre cuidados paliativos desde a graduação até a formação no trabalho, mas com propostas que possibilitem a reflexão crítica sobre o problema e a conscientização sobre

a necessidade de mudança na prática clínica e profissional. Pelas características de cada profissão a maioria dos estudos publicados são da enfermagem e medicina, dando pouca possibilidade de melhor análise dos outros profissionais que compõem a equipe de saúde. O estudo desenvolvido apresenta similaridades com outros já realizados. Os profissionais de saúde apresentaram pouco conhecimento ou conhecimento desalinhado as políticas públicas nacionais e internacionais^{2,23,24}. Considerando-se três conceitos fundamentais dos cuidados paliativos (filosofia e cuidados paliativos, dor e manejo de sinais e sintomas e cuidados psicossociais), os profissionais apresentaram maior déficit sobre a filosofia dos cuidados paliativos. O aspecto mais focado foi a relação da terminalidade com os cuidados paliativos. Com a nova definição de Cuidados Paliativos, revisada pela WHO, onde esses cuidados são definidos como uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento 7 não se fala mais em terminalidade e sim em doenças que ameaçam a vida⁸.

Entretanto, ainda é comum verificar profissionais de saúde afirmarem que os cuidados paliativos são realizados na fase final de uma doença, onde as medidas curativas adotadas não irão modificar o quadro do doente, com enfoque maior ao conforto da pessoa, já que a cura da doença não é mais possível. Poucos indicariam estes cuidados na fase inicial da doença²⁵. Além do controle dos sintomas físicos, na terminalidade, os profissionais procuram incluir nos cuidados aspectos psicossociais, emocionais e espirituais, visto que esses costumam estar mais aflorados nessa fase. Entretanto, de acordo com a filosofia dos cuidados paliativos, tais cuidados, que visam o conforto, a manutenção da qualidade de vida e da dignidade e o cuidado à família, devem ser realizados em todas as fases de uma doença, desde o seu diagnóstico até o óbito²⁶.

A partir do primeiro conceito da Organização Mundial da Saúde em 1990 sobre cuidados paliativos cuja frase inicial continha os termos cuidado ativo total a pacientes cuja doença não responde ao tratamento curativo foi identificado que profissionais de saúde relacionavam a ação de cuidar ativamente e de forma total a pacientes em fase terminal de doença, terminalidade, fora de possibilidade de cura e fora de possibilidades de tratamento⁷. Por este motivo, a interpretação da realidade associada aos termos utilizados na prática clínica são fatores que contribuem para a divulgação inadequada do real significado dos Cuidados Paliativos. Estes justificaram a substituição dos termos impossibilidade de cura, por possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, na tentativa de afastar a ideia de que os cuidados paliativos são cuidados para as situações clínicas onde não há mais nada a se fazer, já que ao contrário disso ainda existem muitas atitudes a serem tomadas impactando na qualidade de vida do doente e família^{8,27}.

Outro conceito equivocado observado na prática clínica é paciente fora de possibilidades terapêuticas. Quando se fala este termo afirma-se que um paciente não tem mais nenhuma possibilidade de tratamento, pois por tratamento, muitos profissionais compreendem como a busca pela cura da doença e não de um paciente com doença. Os tipos de tratamento que são reconhecidos pelos profissionais são aqueles previstos em manuais ou políticas do ministério da saúde como a quimioterapia, um dos mais comuns na oncologia. Alguns profissionais médicos com maior tempo de experiência prática demonstram ter dificuldade em aceitar que pacientes com câncer não podem ser tratados com finalidade curativa “se um paciente é um candidato a quimioterapia não há candidato a cuidados paliativos” 3:e38. Esta visão é fundamentada pelo princípio da formação para a cura de doença. Na filosofia dos Cuidados Paliativos acredita-se que há sempre uma terapêutica a ser adotada para um doente. No caso dos doentes em cuidados paliativos exclusivo, onde o tratamento curativo já não faz mais sentido, a terapêutica adotada tem como objetivo proporcionar o alívio de sintomas e melhor a qualidade de vida até o final desta²⁸.

Quando os profissionais de saúde foram expostos ao conhecimento sobre a filosofia e princípios dos Cuidados Paliativos por meio da educação no trabalho, com discussão de casos clínicos revelaram não se sentir preparados para cuidar de pacientes em cuidados paliativos. Esta percepção e tomada de consciência se deu pela análise de sua própria formação e prática clínica, pois diante de uma realidade diferente, cada vez mais presente pacientes com uma doença que ameaça a vida há necessidade de pensar e agir diferente. A realidade deste estudo coaduna com outros estudos^{29,30,31,32,33,34} enfatizando o déficit na formação na graduação e no trabalho. Como uma estratégia para suprir o déficit de conhecimento e a descontextualização do cuidado no Brasil, foi criada em 2006 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Esta prioriza a aprendizagem no trabalho a qual deve acontecer no cotidiano das pessoas e organizações, sendo fruto do pensar crítico sobre o processo de trabalho das instituições, ou seja, deve ter como objetivo a resolução dos problemas enfrentados na prática diária dos sujeitos envolvidos. A proposta de educação desenvolvida neste estudo possibilitou aos participantes analisar suas práticas na realidade de trabalho através de um processo de aprendizagem significativa. Está caracterizada pelo processo de reflexão dos processos de trabalho, dificuldades, facilidades e desafios que os próprios atores envolvidos julguem partir disso se busque a melhoria institucional como um todo e não individualmente como acontece através da educação continuada e observado nas falas dos participantes deste estudo^{17,35}.

Quando se fala em educação em cuidados paliativos verifica-se a ideia de que este cuidado busca garantir a paciente e familiares qualidade de cuidado, pois acredita-se que aqueles envolvidos no cuidado sabem o que fazer e quando

fazer bem e capazes de fazê-lo com crítica enquanto fazem. Esta percepção vem ao encontro da proposta de educação permanente em saúde realizada neste estudo. Este pensar no fazer destacado caracteriza o processo de educação como “permanente” e diferente do “treinar” que se finda no alcance, na chegada, como algo que termina. Valoriza a aprendizagem significativa, experiencial no trabalho³⁶.

Na ótica da educação permanente em saúde educar significa um processo baseado na reflexão da realidade, ou seja, o sujeito deve avaliar criticamente o seu processo de trabalho e suas práticas diárias; no diálogo e na troca de experiências, procurando criar discussões sobre o tema com seus colegas de trabalho, gestores e com os próprios clientes, procurando conhecer a visão do outro, estabelecendo contrapontos às suas percepções, possibilitando também a aprendizagem coletiva. O educar também assume o papel de despertar, em si e no outro, a vontade de fazer diferente e a partir disso problematizar suas vivências, valorizando experiências pessoais atuais ou passadas, capacitando-o para reintervir na realidade em busca do aprimoramento do cuidado prestado³⁷.

CONCLUSÕES

O presente estudo evidencia a importância de atividades de educação permanente em saúde. Estas precisam ser pensadas e elaboradas a partir de demandas dos próprios atores, buscando assim a mudança nas práticas de saúde observadas nas instituições. Este estudo possibilitou identificar o conhecimento de profissionais de saúde sobre Cuidados Paliativos antes de uma atividade de educação sobre o tema, bem como após a sua realização. O desconhecimento acerca da filosofia e princípios, bem como das indicações de cuidados paliativos, a insegurança para lidar com as condutas prescritas e a falta de atividades de educação permanente, como um processo de reflexão no e para o trabalho sobre o assunto foram os principais aspectos pontuados pelo estudo.

Os principais achados desse estudo corroboram com estudos nacionais e internacionais, que afirmam ser necessário uma maior disseminação do conhecimento e educação sobre a filosofia e os princípios dos cuidados paliativos entre os profissionais de saúde. Este processo deve se iniciar durante sua formação e estender-se durante a prática, seja com a busca pessoal de conhecimento ou então em atividades de educação permanente em saúde proporcionadas pelas instituições onde esses profissionais estiverem inseridos.

Uma das limitações do estudo foi o tempo de execução da pesquisa, entende-se que um tempo maior para desenvolvimento, coleta e análise dos dados poderia possibilitar uma melhor exploração desses para outras perspectivas.

REFERÊNCIAS

1. Bishop, G, Cooney, K, Cox, S, Downing, R, Mitchener, K, Shanahan, A, et al. 2016 AAHA/IAAHPC End-of-Life Care Guidelines. *J Am Anim Hosp Assoc.* 2016; 52(6):341-356.
2. Reville, B, Foxwell AM. The global state of palliative care progress and challenges in cancer care. *Ann palliat med.* 2014;3(3):129-138.
3. Schenker Y, Crowley MM, Dohan D, et al. Oncologist factors that influence referrals to subspecialty palliative care clinics. *J onc practice.* 2014; 10(2): e37-e43.
4. World Health Organization. *Cancer pain relief and palliative care: report of a who expert committee.* Geneva, 1990.
5. Borasio, GD. Translating the world health organization definition of palliative care into scientific practice. *Palliat Support Care.* 2011; 9(1): 1-2.
6. Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., et al. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage.* 2002; 24(2), 91-96.
7. World Health Organization. *Definition of Palliative Care.* Geneva, 2002.
8. Academia nacional de cuidados paliativos [Internet]. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/>>. Acesso em: 20 jul. 2016.
9. Associação portuguesa de cuidados paliativos. *Organização de serviços em cuidados paliativos: recomendações da APCP.* Porto: APCP, 2006.
10. Santos, F. S. *Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas.* São Paulo: Atheneu, 2011, 688p.
11. Meneguini S, Ribeiro R. Difficulties of caregivers providing palliative care to patients covered by the family health strategy. *Texto & contexto enferm.* 2016; 25 (1).
12. Araújo MMT, Silva MJ. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. *Texto & contexto enferm.* 2012; 21(1):121-129.
13. Brugugnolli ID, Gonsaga RAT, SILVA EM. Ética e cuidados paliativos: o que os médicos sabem sobre o assunto? *Rev. bioét.* 2013; 21(3): 477-485.
14. Bifulco VA, Iochida LC. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos. *Rev. bras. educ. méd.* 2009; 33(1).
15. Fonseca A, Geovanini F. Cuidados Paliativos na Formação do Profissional da Área de Saúde. *Rev. bras. educ. méd.* 2013; 37(1):120-125.
16. Henoch I, Danielson E, Strang S, et al. Training intervention for health care staff in the provision of existential support to patients with cancer: a randomized, controlled study. *J Pain Symptom Manage.* 2013; 46(6), 785-794.
17. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.* Brasília: Departamento de Gestão da Educação em Saúde, 2009.
18. Grittem L, Meier MJ, Zagonel IPS. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. *Texto & contexto enferm.* 2008; 17(4): 765-770.
19. Esteban, M. P. S. *Pesquisa qualitativa em educação: fundamentos e tradições.* Porto Alegre: Artmed, 2010, 268p.
20. Minayo, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010, 408p.
21. Al Qadire, M. Knowledge of palliative care: An online survey. *Nurse Educ Today.* 2014; 34(5): 714-718.
22. Patten, YA, Maria MO, Carolyn LL. “An assessment of palliative care beliefs and knowledge: the healthcare provider's perspective.” *Int J Palliat Nurs.* 2016; 22 (9): 436-443.
23. Shaikh AJ, Khokhar NA, Raza S, et al. Knowledge, attitude and practices of non-oncologist physicians regarding cancer and palliative care: a multi-center study from Pakistan. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2008; 9(4): 581-584
24. Prem V, Karvannan H, Kumar SP, et al. Study of nurses' knowledge about palliative care: A quantitative cross-sectional survey. *Indian journal of palliative care.* 2012;18(2): 122-127.
25. Gopal KS, P Sai A. “Awareness, Knowledge and Attitude about Palliative Care, in General, Population and Health Care Professionals in Tertiary Care Hospital.” *IJSRP.* 2016; 13 (10):31-35.
26. da Silva MM, Moreira MC, Leite JL, et al. Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica. *Texto & Contexto Enferm.* 2012; 21(3): 658-666.
27. Wheat, A. Palliative care- evolution of a vision. *Med Health R I.* 2009; 92(1): 34-36.
28. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Cuidado Paliativo.* São Paulo: CREMESP, 2008, 689p.

29. da Silva SED, Alves PDS, Vasconcelos EV, et al. O processo morte/morrer de pacientes fora de possibilidade atuais de cura: uma revisão integrativa. *G&S*. 2013; 4(2): 2311-2325.
30. Torres-mesa LM, Schmidt-Riovalle J, García-García, I. Conocimiento de la ley y preparación del personal sanitario sobre el proceso asistencial de la muerte. *Rev. Esc. Enferm. USP*.2013; 47(2): 464-70.
31. Dumitrescu, L; Van Den Heuvel WJA, Olariou MH. Experiences, Knowledge, and Opinions on Palliative Care among Romanian General Practitioners. *Croat Med J*. 2006; 47 (1):142-147.
32. Hermes HR, Lamarca, ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18 (9): 2577-2588.
33. Teixeira MB, Diamante LM. Cuidados Paliativos: conhecimentos e sentimentos do enfermeiro que atua nas unidades de clínica médica e moléstia infecto-contagiosa de um hospital geral: um estudo qualitativo do tipo estudo de caso. *Online braz. j. nurs*. 2008; 7 (3).
34. dos Santos, MDFO, Teles NO, de Oliveira HJ, et al. Avaliação do conhecimento dos anestesiológicos sobre cuidados paliativos. *Rev. Bioét*. 2014; 22(2): 373-379.
35. Paschoal AS, Mantovan MF, Lacerda MR. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. *Rev. gaúch. enferm*. 2006; 27 (3): 336.
36. Wee B, Hughes N. Education in palliative care. Building a culture of learning. Oxford University, 2007, 343p.
37. RIGON, A. G.; NEVES, E. T. Educação em saúde e a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: o que tem sido ou há para ser dito? *Texto & Contexto Enferm*. 2011; 20 (4): 812-817.

Recebido em: 26/06/2017
Revisões requeridas: 12/07/2017
Aprovado em: 24/08/2017
Publicado em: 15/01/2019

***Autor Correspondente:**
Valesca Scalei Cezar
Rua Felipe Camarão, apto 301, 150
Rio Branco, RS, Brasil
E-mail: valescacezar@gmail.com
Telefone: +55 55 99143-0652
CEP: 90.035-140