

Cuidados paliativos: avaliação do conhecimento e autoeficácia de enfermeiras na atenção primária à saúde

Palliative care: assessment of nurses' knowledge and self-efficacy in primary care

Cuidados paliativos: evaluación del conocimiento y autoeficacia de los enfermeros en la atención primaria

Caio Luiz Coelho Ferreira dos Santos¹, Loene dos Santos e Silva¹, Amanda dos Santos Duarte¹, Karina Maria Fernandes Souza¹, Mariana Soares de Almeida¹, Sabrina Souza Silva¹, Ramona Garcia Souza Dominguez¹, Claudia Feio da Maia Lima¹.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o conhecimento e a percepção de autoeficácia de enfermeiras sobre Cuidados Paliativos (CP) nas Unidades de Saúde da Família (USFs) da zona urbana de um município da Bahia, Brasil. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, realizado entre julho e outubro de 2019, com 13 enfermeiras de USFs de um município da Bahia, utilizando o questionário “*Bonn Palliative Care Knowledge Test*”. **Resultados:** As enfermeiras apresentaram bom rendimento em questões sobre os princípios dos CP, porém pouco conhecimento em controle da dor, assistência à família, comunicação interpessoal, cuidados espirituais e identificação da fase final de vida. Na percepção de autoeficácia, as participantes se consideraram menos capazes de integrar os aspectos culturais da morte e do morrer nos cuidados de fim de vida. **Conclusão:** Foram identificadas lacunas de conhecimento que podem contribuir para iniciativas de educação continuada a profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), a fim de garantir a integralidade da assistência no Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Cuidado paliativo, Assistência centrada no paciente, Enfermagem de cuidados paliativos, Estratégia de saúde da família, Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate nurses' knowledge and perception of self-efficacy about Palliative Care in Family Health Units (USFs) in the urban area from a municipality in Bahia, Bahia, Brazil. **Methods:** It was a cross-sectional, descriptive study that was carried out between July and October of 2019, with 13 nurses from USFs in a municipality in Bahia, using the “*Bonn Palliative Care Knowledge Test*” questionnaire. **Results:** The nurses had a good performance in questions about the principles of PC, but They demonstred little knowledge about pain control, family care, interpersonal communication, spiritual care and identification of the final stage of life. About the perception of self-efficacy, they considered themselves less capable of integrating the cultural

¹ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus - BA.

Financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES). Apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), através do edital 01/2019 do Programa de Iniciação Científica e Tecnológica da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

SUBMETIDO EM: 5/2022

ACEITO EM: 6/2022

PUBLICADO EM: 7/2022

aspects of death and dying in end-of-life care. **Conclusion:** It was identified knowledge gaps that could contribute to the development of continuing education initiatives for primary care professionals, in order to ensure the integrality of care in the Unified Health System.

Keywords: Palliative care, Patient-centered care, Palliative care nursing, Family health strategy, Primary health care.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el conocimiento y la percepción de los enfermeros sobre la autoeficacia sobre Cuidados Paliativos (CP) en Unidades de Salud de la Familia (USF) del área urbana de un municipio de Bahia, Brasil.

Métodos: Estudio transversal, descriptivo, realizado entre julio y octubre de 2019, con 13 enfermeros de USF de un municipio de Bahia, utilizando el cuestionario “Bonn Palliative Care Knowledge Test”. **Resultados:** Los enfermeros mostraron buen desempeño en preguntas sobre los principios de la CP, pero mostraron poco conocimiento sobre control del dolor, cuidado familiar, comunicación interpersonal, cuidado espiritual e identificación de la etapa final de la vida. En la percepción de autoeficacia, se consideraron menos capaces de integrar los aspectos culturales de la muerte y el morir en los cuidados al final de la vida. **Conclusión:** Se identificaron brechas de conocimiento que pueden contribuir a iniciativas de educación continua de los profesionales de la atención primaria, a fin de garantizar la atención integral en el Sistema Único de Salud.

Palabras clave: Cuidados paliativos, Atención dirigida al paciente, Enfermería de cuidados paliativos, Estrategia de salud familiar, Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

No contexto de inversão da pirâmide etária, houve aumento da população de idosos e da prevalência das Doenças Crônico-Degenerativas Não Transmissíveis (DCNTs) na população ganha notoriedade o aumento da necessidade de Cuidados Paliativos (CP), caracterizados por uma abordagem multiprofissional de atenção à saúde que busca identificar, avaliar e tratar problemas nas dimensões biopsicossocial e espiritual, visando a promoção da qualidade de vida quando a continuidade desta é ameaçada por algum agravo. Junto à atenção prestada aos pacientes, a prática de Cuidados Paliativos volta-se também à assistência aos familiares e cuidadores de modo integral (PESSALACIA JDR, et al., 2016; SOUZA HD, et al., 2015; STARFIELD B, 2002). Além disso, afirma a vida e considera a morte como processo normal sem acelerá-la ou adiá-la, integrando os aspectos psicológicos e espirituais ao cuidado, com um sistema de suporte e abordagem multiprofissional para pacientes e familiares, inclusive durante o luto (CARVALHO RT e PARSONS HA, 2012).

Apesar do aumento da demanda, no Brasil ainda são poucos os serviços de CP e os existentes se concentram na atenção terciária e no sistema de saúde suplementar, apesar de já estar promulgada a Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, que estabelece no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o CP e o atendimento/internação domiciliar (SILVA MLRS, 2014).

A formação hegemônica dos profissionais da saúde, caracterizada pelo modelo hospitalocêntrico, fortalece a ideia do “não investir” em pacientes fora das possibilidades de cura. Perpetua-se, então, uma assistência inadequada, focada na obstinação terapêutica, utilizando métodos invasivos e tecnologias duras (SILVA MLRS, 2014). Já a capacitação profissional centrada na filosofia dos CP propicia uma reflexão da finitude humana e uma assistência que assegure a qualidade de vida de pacientes e familiares, igualmente, nos momentos finais da vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

A importância da Atenção Primária à Saúde (APS) está vinculada à possibilidade de retorno do paciente para casa diante da inexistência de tratamento curativo hospitalar (COMBINATO DS e MARTINS STF, 2012). A APS constrói as bases dos demais níveis dos sistemas de saúde, abordando os problemas mais comuns na comunidade, mostrando-se o melhor nível de assistência para a prestação e coordenação dos CP (SILVA MLRS, 2014; OLIVEIRA MAC e PEREIRA IC, 2013).

Tratando-se de um modelo de cuidado necessariamente multidisciplinar, destaca-se, sobretudo, no âmbito da APS, a figura da enfermeira. Sendo, prioritariamente, responsável pelo gerenciamento das unidades de saúde e cuidado aos pacientes, é necessário que essa profissional esteja habilitada a atuar em prol da comunicação eficaz e adaptada ao contexto terapêutico, assim como a desenvolver os aspectos técnicos dos CP (OLIVEIRA JDS, et al, 2021).

Desse modo, são habilidades necessárias a esses profissionais: avaliação sistemática e adequada de sinais e sintomas com identificação de demandas de pacientes e familiares cuidadores, atuar no controle da dor, domínio da técnica de hipodermóclise, curativos de lesões malignas cutâneas, além de habilidades de comunicação terapêutica, cuidados espirituais e gerenciamento de equipe (CARVALHO RT e PARSONS HA, 2012; DE ANDRADE GB, 2019).

Diante disso, este estudo objetivou avaliar o conhecimento e a percepção de autoeficácia de enfermeiras acerca dos CP nas USFs da zona urbana de um município da Bahia.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, realizado entre julho e outubro de 2019. O ambiente do estudo foram 17 USFs da zona urbana de um município da Bahia, sendo a amostra por conveniência.

Os critérios de inclusão incluíram: ser enfermeira/o, com tempo mínimo de seis meses de atuação na USF, que tivessem cuidado de, pelo menos, uma pessoa com indicação de CP no final da vida ou durante processo de morte, após inserção na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e que aceitaram participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com Resolução nº 466/2012 do (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Os critérios de exclusão foram: enfermeira/o afastado/a ou ausente na USF, por motivo de licença ou férias na ocasião da coleta. Em quatro dessas unidades, os critérios de inclusão descritos não foram atendidos, permanecendo, ao final, 13 USF, tendo apenas enfermeiras como participantes do estudo.

A ordem de visitação das unidades foi estabelecida através de sorteio e o instrumento de coleta dos dados foi um questionário autoaplicável adaptado e validado na versão em português do *Bonn Palliative Care Knowledge Test* (BPW), que afere conhecimentos sobre CP e avalia crenças de autoeficácia de profissionais de saúde. Nele, as participantes são convidadas a identificar cada uma das assertivas propostas como: “Correta”, “Razoavelmente Correta”, “Pouco Correta” ou “Incorreta” (MINOSSO JSM, et al., 2017).

A primeira seção contém 23 itens que analisam o conhecimento dos profissionais sobre CP, abordando temas relativos à identificação e controle de sintomas e ao processo de morte. A segunda seção do instrumento contém 15 questões dedicadas à avaliação da autoeficácia dos profissionais na prestação de CP (MINOSSO JSM, et al., 2017). O instrumento foi apresentado, individualmente, sem intervenção dos pesquisadores ou consulta a fontes externas. Junto com o BPW, foram aplicadas questões para obtenção de dados sociodemográficos, nível de formação e experiência dos participantes.

Os questionários foram identificados através de códigos (ENF01, ENF02, etc.) e os dados armazenados no Excel e analisados no *software Stata* 12.0. A análise descritiva foi feita através de medidas de tendência central e dispersão para variáveis quantitativas e distribuição de frequência para variáveis qualitativas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), sob parecer número 4.884.963 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 01060618.9.0000.0056.

RESULTADOS

Foram incluídas na pesquisa 13 (76,5%) das 17 enfermeiras em atuação nas USFs da zona urbana do município. A **Tabela 1** apresenta a caracterização das participantes do estudo, segundo dados sociodemográficos e profissionais.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e profissional em CP das enfermeiras entrevistadas nas USFs.

Características	n	%
Idade (anos)		
Média	33,46 (s=5,14)	
Mediana	33	
Min/Máx	25/44	
Religião		
Católica	7	53,8
Evangélica	4	30,8
Espírita	2	15,4
Praticante		
Sim	10	76,9
Não	3	23,1
Tempo desde a formação (anos)		
Média	6,33 (s=4,18)	
Mediana	6	
Min/máx	1/15	
Especialização		
Sim	11	84,6
Não	2	15,4
Tempo de Serviço na Unidade (anos)		
Média	1,62 (s=0,44)	
Mediana	1,7	
Min/máx	0,8/2,1	
Tempo de Trabalho na ESF (anos)		
Média	3,44 (s=3,6)	
Mediana	2	
Min/máx	0,8/14	
Experiência em CP		
Sim	3	23,1
Não	10	76,9
Formação em CP		
Sim, durante a graduação (<20h)	3	23,1
Não	10	76,9

Fonte: Santos CLCF, et al., 2022.

As respostas obtidas, a partir da aplicação do BPW adaptado em português, foram comparadas com as respostas indicadas como corretas pelos autores do instrumento, e os acertos foram estimados em percentis, conforme a **Tabela 2** (MINOSSO JSM, et al., 2017).

De acordo com os autores, para os itens 1 a 4, 6 a 10, 12, 14 e 16 a 20 são consideradas aceitáveis as respostas “pouco correto” ou “incorreto”, enquanto nos itens 5, 11, 13, 15 e 21 a 23 devem ser consideradas aceitáveis as respostas “correto” ou “razoavelmente correto”.

Identificou-se que os índices de acerto foram superiores a 70% nas questões que afirmam os princípios dos CP, reconhecem as medidas não farmacológicas no controle da dor e os efeitos secundários do uso de opioides; apontam a comunicação como ferramenta passível de ser aprendida, a importância das necessidades fisiológicas serem atendidas, mesmo no processo de morrer, como o respeito aos rituais e cerimônias de despedida.

Observou-se um déficit de conhecimento (50-70% de acertos) sobre o controle farmacológico da dor, cuidados espirituais e trabalho em equipe, com evidente supervalorização do papel do médico. As enfermeiras demonstraram pouco conhecimento (<50% de acertos) sobre o controle farmacológico de sintomas, a influência de fatores físicos e não-físicos no controle da dor, a comunicação de más notícias e reconhecimento do sofrimento humano. Evidenciou-se que 100% das enfermeiras não acertaram as questões sobre atenção aos familiares nas últimas horas de vida do paciente, identificação do período correspondente à fase final de vida, além da necessidade de preparo emocional e autocuidado do profissional que atua em CP.

Tabela 2 - Resultado da avaliação de conhecimentos das profissionais acerca dos CP.

Questão	Acertos (%)
1. Os CP nunca devem ser combinados com tratamentos curativos?	76,9
2. Os fármacos anti-inflamatórios não esteroides não devem ser utilizados em caso de administração regular de opioides?	53,8
3. A administração de fluidos por via subcutânea é necessária para o alívio da xerostomia (boca seca) na pessoa em fim de vida?	46,2
4. A gestão da dor com opioide transdérmico é adequada para a pessoa em fim de vida?	30,8
5. As terapias não farmacológicas (por exemplo, fisioterapia) são importantes na gestão da dor?	92,3
6. Para os familiares é sempre importante permanecer junto à pessoa nas últimas horas de vida até que a morte ocorra?	0,0
7. A obstipação deve ser aceita como um efeito secundário, porque a gestão da dor é mais importante?	76,9
8. Os CP requerem uma proximidade emocional constante?	0,0
9. Com o avanço da idade, as pessoas aprenderam a lidar com a dor de forma independente, em resultado de várias experiências?	30,8
10. A filosofia dos CP preconiza que não sejam realizadas quaisquer intervenções destinadas a prolongar a vida?	76,9
11. O limiar da dor é diminuído pela ansiedade ou fadiga?	7,7
12. As pessoas com doenças que ameaçam a vida devem ser sempre informadas da verdade, para que possam preparar o seu processo de morrer?	0,0
13. Os membros da equipa não têm de ser crentes para prestar cuidados espirituais à pessoa em fim de vida?	53,8
14. A pessoa que recebe CP deve aceitar a morte?	69,2
15. As competências de comunicação podem ser aprendidas?	100,0
16. Os outros pacientes não devem ser informados sobre a morte da pessoa para evitar inquietações?	38,5
17. O tratamento médico tem sempre prioridade nos CP?	69,2
18. Quando morre uma pessoa, os rituais visíveis e as cerimónias de despedida devem ser evitadas para não causar inquietações?	84,6
19. O uso de antidepressivos na gestão da dor não é adequado	76,9
20. Os analgésicos adjuvantes não são necessários durante o tratamento com opioides?	69,2
21. A fase final refere-se aos últimos 3 dias de vida?	0,0
22. Os sentimentos do cuidador (por exemplo, repulsa) podem transparecer durante o cuidado à pessoa?	38,5
23. As necessidades fisiológicas (por exemplo, a sexualidade) são importantes mesmo no processo de morrer?	84,6
Média de acertos	51,2

Fonte: Santos CLCF, et al., 2022; baseado em Pfister D, et al., 2013.

Estratificando-se os acertos desta seção para considerar apenas as participantes que tiveram contato teórico prévio com CP, foi observada média de 52,17% de acertos ($s=13,98$), não havendo diferença significativa destas em relação ao grupo de todas as enfermeiras, avaliando aquelas com experiência prévia em CP, a média de acerto foi também de 52,17% ($s=10,94$).

Quanto à avaliação de autoeficácia, foram consideradas aceitáveis as respostas: “Correto” e “Razoavelmente Correto”, que indicavam a competência para realizar as atividades listadas. Os percentis de conformidade das respostas estão descritos na **Tabela 3**.

Dentre as competências em CP, as enfermeiras reconheceram que são capazes (>70%) de realizar o manejo de sinais e sintomas, como o manejo das relações interpessoais com o paciente e familiares. Identificou-se que os maiores déficits de autoeficácia foram apontados na avaliação da dor e orientação de medidas não farmacológicas para controle desse sintoma, na contra referência, assistência espiritual e comunicação com a pessoa em CP que expressa o desejo de antecipar a morte.

Tabela 3 - Resultado da avaliação de autoeficácia das enfermeiras.

Questões	f (%)
1. Obter dados objetivos que descrevam a intensidade da dor da pessoa em CP	69,2
2. Aconselhar as pessoas em CP sobre como aliviar as náuseas	92,3
3. Informar a pessoa e seus familiares sobre CP prestados pelo serviço de saúde	92,3
4. Convencer o médico sobre a necessidade de apoio de CP	92,3
5. Identificar e discutir problemas reais no ambiente social da pessoa em CP	92,3
6. Organizar o contacto com um serviço de CP	69,2
7. Comunicar com a pessoa ansiosa e seus familiares em CP de forma a fazê-los sentirem-se seguros	84,6
8. Identificar as necessidades complexas da pessoa em fim de vida e intervir de forma adequada	84,6
9. Ensinar estratégias de relaxamento a uma pessoa com dor em CP	69,2
10. Comunicar com a pessoa em CP que expressa o desejo de antecipar a morte	53,8
11. Prestar os cuidados orais adequados à pessoa em fim de vida	84,6
12. Informar a pessoa em CP sobre possíveis efeitos secundários dos medicamentos prescritos	76,9
13. Identificar problemas psicológicos específicos das pessoas em CP	84,6
14. Integrar os aspectos culturais da morte e do morrer nos cuidados a pacientes em fim de vida	61,5
15. Criar empatia com a pessoa em CP em diferentes situações de vida, relações familiares e necessidades, e intervir	84,6
Média de acertos	79,49

Legenda: CP = Cuidados paliativos; f = frequência de acertos.

Fonte: Santos CLCF, et al., 2022. Baseado em Pfister D, et al., 2013.

DISCUSSÃO

É notório o envelhecimento da população brasileira e o aumento de prevalência de DCNTs, como as oncológicas e cerebrovasculares, com consequente aumento do número de pacientes com necessidade de CP. Apesar disso, as redes de atenção à saúde e seus profissionais não estão devidamente capacitados para atender a essa demanda. Os achados deste trabalho indicam que as participantes não apresentaram conhecimentos adequados sobre temas essenciais à prestação apropriada de CP.

Sendo uma atividade com alto grau de complexidade, para Silva MM e Moreira MC (2010), a prestação de CP requer treinamento teórico e experiência prática para seu aperfeiçoamento. Este trabalho mostrou que poucas participantes, apenas três, tiveram contato com conhecimentos teóricos de CP durante a graduação ou mesmo possuíam experiência prática prévia (23,1%). Mesmo aquelas que tiveram contato teórico com os CP na graduação, o fizeram com carga horária inferior a 20h, o que pode ser considerado um retrato da pouca atenção que é dada pela academia ao tema, justamente por não haver obrigatoriedade do conteúdo nas grades curriculares dos cursos de enfermagem no Brasil.

Além dos conhecimentos técnicos exigidos para boas práticas em CP, destaca-se a necessidade de prestar os cuidados voltados ao conforto psicossocial e espiritual. Para tanto, é preciso que a/o enfermeira/o esteja apta/o a identificar e acolher as necessidades psíquicas de seus pacientes. A adequada prestação desses cuidados requer compreensão de sua própria espiritualidade e a separação entre a sua crença e a do paciente, evitando sofrimento por meio de práticas discriminatórias ou coercivas da espiritualidade alheia (SAPORETTI LA, et al, 2012).

O perfil das profissionais, caracterizado por enfermeiras jovens, é coerente com o lugar ocupado pela enfermagem como uma profissão historicamente feminina (MACHADO MH, et al., 2016). O curto tempo de experiência desses profissionais na ESF (média de 3,4 anos) e a curta experiência de trabalho na unidade em que atuavam (média de 1,6 anos) são indicadores de um serviço de APS com alta rotatividade de profissionais e vínculos trabalhistas frágeis.

Esses fatores dificultam o estabelecimento de vínculo da enfermeira com a população residente no território subscrito à USF, comprometendo a territorialização, o levantamento das demandas e o planejamento e prestação adequada dos cuidados. Esse contexto influencia os resultados das avaliações de conhecimentos e autoeficácia, que sofrem impacto direto da conjuntura macro de alterações na política de financiamento da APS, sobretudo na Estratégia de Saúde da Família, tornando mais difícil o cumprimento dos seus objetivos originais (MENDES A, 2022)

Analisando as proporções de acerto com relação à seção de avaliação de conhecimentos, nota-se que as profissionais obtiveram desempenho menor ou igual a 50% nas questões relacionadas a conhecimentos técnicos necessários às condutas em CP, tais como vias alternativas de administração de fármacos, gestão da dor e compreensão dos processos emocionais que a envolvem, conforme as baixas taxas de acerto nas questões três, quatro, nove e onze.

A média global baixa com relação à avaliação de conhecimentos (51,2%) é concordante com outros estudos demonstrando uma lacuna na formação e aperfeiçoamento dos profissionais no que diz respeito a habilidades necessárias para a boa prática de CP e condizente com a baixa porcentagem de profissionais participantes que tiveram contato prévio com a temática (MINOSSO JSM, et al., 2017 e PFISTER D, et al., 2013).

O fato de não ter sido observada diferença significativa na média de acertos entre enfermeiras que tiveram contato com CP durante a graduação, com carga horária inferior a 20h (51,17% de acertos; $s=13,98$) e a média global de acertos indica que provavelmente essa carga-horária experienciada é insuficiente para a apreensão dos conceitos e aquisição das habilidades técnicas necessárias à prestação de CP.

Levando em conta o tempo médio observado de $6,3\pm 4,18$ anos desde a graduação e a falta de capacitação complementar no tema, é compreensível que as profissionais não demonstram grande aptidão a lidar com questões que envolvem conhecimentos específicos, o manejo de questões biopsicossociais de alta complexidade e conhecimento técnico refinado (CARVALHO RT e PARSONS HA, 2012).

De modo semelhante, a ausência de diferença significativa entre o percentual de acertos das enfermeiras com experiência referida (<1 a 14 anos) em CP em comparação com o global pode reforçar a hipótese de que, na população em estudo, experiência prática sem arcabouço teórico bem construído pode levar a conduções inadequadas e a lacunas de conhecimento tão grandes quanto às observadas nos profissionais que possuem pouca fundamentação associada à curta ou nenhuma experiência prática.

Tais achados são coerentes com outros trabalhos disponíveis na literatura da área, que trazem a falta de capacitação ou conhecimento como uma das principais dificuldades encontradas à prática dos CP (CERVELIN AF e KRUSE MHL, 2015; COUTO DS e RODRIGUES KSLF, 2020). Nesse contexto, é necessário ponderar que a disseminação da filosofia e prática dos CP só ganhou destaque dentro das ciências da saúde há alguns anos, havendo ainda poucos profissionais plenamente capacitados a ensinar o tema nas universidades e cursos profissionalizantes da área da saúde. A maior parte dos avanços conquistados nessa área se concentram nos países desenvolvidos, podendo ser observados também nas instituições de ponta dos grandes centros urbanos de países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (MATSUMOTO DY, 2012).

A superação de um modelo de assistência com forte presença de obstinação terapêutica é um processo longo, e tem andado a passos curtos sobretudo em um país que se destaca pelas grandes desigualdades regionais nos serviços de saúde, discrepâncias que se tornam mais acentuadas ao se considerar as diferenças de recursos científicos e tecnológicos disponíveis nas metrópoles e nas cidades do interior do país (CAMPOY LT, et al., 2020; ARRUDA NM, et al., 2020).

A análise das respostas leva à percepção de falhas para além dos aspectos técnicos, mas relacionadas a dificuldades de compreensão sobre processos de morte, morrer e luto, como pode ser observado nos valores nulos de acertos dos itens 8, 12 e 21. Essa deficiência pode levar a um comprometimento na qualidade dos cuidados prestados, uma vez que os cuidados espirituais têm a função de reforçar a vida, promover aceitação e contribuem para o entendimento da morte como processo natural sendo, portanto, de suma importância para a prestação dos CP (PFISTER D, 2013; CARVALHO RT e PARSONS HA, 2012).

A dificuldade na compreensão desses temas é influenciada por questões subjetivas como o desenvolvimento da espiritualidade dos sujeitos, bem como pelo contexto sociocultural ocidental e pelo modelo vigente de formação profissional e de assistência, que pontua a morte como a falha no processo curativo. Assim, deixa-se de trabalhá-la como parte do ciclo vital, como reforça a filosofia dos CP. (SILVA LDM, et al, 2019)

Deste modo, enquanto torna-se compreensível a dificuldade demonstrada pelos profissionais, evidencia-se que a barreira em os aprender pode criar um impedimento à abordagem adequada dos pacientes e familiares (MONTEIRO TBM, et al., 2021). A despeito da convicção ou crença religiosa do profissional, é seu dever prestar os cuidados necessários considerando sempre a perspectiva espiritual do paciente (SAPORETTI LA, et al., 2012).

De modo semelhante, nota-se dificuldade de compreensão de questões relacionadas ao cuidado com os familiares e à dinâmica paciente-família, conforme observado nos baixos índices de acerto das questões 6 e 16. A fragilidade na relação entre os profissionais e a família contrapõe-se a função social da APS em identificar a família também como objeto do cuidado, buscando apoiá-la no exercício do cuidado com seu ente querido em processo de morrer, buscando fortalecê-la e protegê-la da sobrecarga (SILVA MLRS, 2014).

A percepção de autoeficácia dos profissionais tem impacto sobre a qualidade da assistência prestada (MINOSSO JSM, et al., 2017). Nesse sentido, uma percepção positiva aumenta a predisposição a desenvolver práticas adequadas com os pacientes. Na população em estudo os resultados da seção de avaliação de competências são contraditórios àqueles obtidos na avaliação de autoeficácia, uma vez que se observa uma taxa global de acertos alta (79,49%), com resultados ótimos de respostas positivas com relação à autopercepção da capacidade de identificar e tratar eficazmente a dor e outros sintomas (itens 1, 2, 8, 11 e 13 da seção 2, **Tabela 3**), e à capacidade de atenção às necessidades psicológicas, sociais e culturais dos pacientes.

Esses resultados também são condizentes com o observado em outros trabalhos e, comparados aos resultados da seção de avaliação de conhecimentos (**Tabela 2**), mostram que os profissionais talvez não possuam a percepção completa de suas limitações técnicas a respeito do tema. Assim, enquanto 69,2% e 84,6% das profissionais se julgavam capazes de, respectivamente, obter dados objetivos que descrevem a intensidade da dor da pessoa em CP e identificar as necessidades complexas da pessoa em fim de vida e intervir de forma adequada, observa-se baixo percentual de acertos para as questões 4, 9 e 11 da seção de avaliação de conhecimentos, que abordam compreensão e gestão da dor (CERVELIN AF e KRUSE MHL, 2015; PFISTER D, 2013).

Uma hipótese explicativa possível para essa observação seria de que a falta de compreensão precisa do que envolve os CP leva à construção de uma visão superficial sobre sua complexidade técnica, por vezes sendo abordada como um cuidado a mais dentro da rotina já desenvolvida pela enfermagem junto aos pacientes. O fato de que a maior parte das enfermeiras (≈77%) referiram não possuir experiência prévia com CP na APS certamente influencia em sua autopercepção de eficácia frente a atividades e técnicas com as quais só entraram em contato, em alguns casos, em teoria.

Esses resultados também mostram mais uma barreira à prestação adequada dos CP na amostra analisada. A compreensão tradicional dos profissionais sobre a dor pode estar desassociada da definição da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), que estabelece a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano. Assim, fica claro que a dor não possui apenas o componente físico, mas também diversos outros como o emocional e espiritual. A partir dessa compreensão surge o conceito de Dor Total, criado por Cicely Saunders e que engloba a dor em todos os seus aspectos. Esse é o alvo da prática dos CP, o alívio da Dor Total, cujos componentes e apresentações são individuais e variáveis entre os pacientes e para alcançá-lo se faz necessário conhecimento técnico aprofundado e prática multiprofissional. Para que a prática seja efetiva é preciso que os profissionais envolvidos compreendam os conceitos e sejam capazes de identificar as diferentes formas de sofrimento apresentadas pelos pacientes em CP e as tecnologias leves e duras disponíveis para aliviá-las (OLIVEIRA LCM, 2019).

CONCLUSÃO

A partir desse estudo pôde-se identificar que há importantes lacunas no conhecimento das enfermeiras da APS de um município da Bahia em relação aos CP, cenário que pode impactar na qualidade da assistência prestada. Observa-se também que há, contraditoriamente, uma percepção positiva de autoeficácia por parte destas, podendo ser um sinal da pouca compreensão sobre a complexidade envolvida na prestação dos CP. Ainda que a abrangência desta pesquisa se restrinja às unidades de APS da zona urbana em um município da Bahia, sendo necessários estudos posteriores avaliando os contextos específicos de outras regiões, esse trabalho contribui para o entendimento das limitações à prática adequada desses Cuidados na APS e a partir disso permite explorar intervenções e melhorias necessárias.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Este trabalho teve o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. A pesquisa está vinculada ao edital 01/2019 do Programa de Iniciação Científica e Tecnológica (PIBIC - PIBIC AF) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia e conta com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

REFERÊNCIAS

1. ARRUDA NM, et al. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cadernos de Saúde Pública*, 2018; 34(6): e00213816.
2. CAMPOY LT, et al. A distribuição espacial e a tendência temporal de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde e para a Saúde Suplementar, Brasil, 2005 a 2016. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2020; 29(2): e2018376.
3. CARVALHO RT, PARSONS HA. *Manual de Cuidados Paliativos ANCP: ampliado e atualizado*. 2ª ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012; 592p.
4. CERVELIN AF, KRUSE MHL. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: produzindo uma boa morte. *Rev. enferm. UFPE online*, 2015; 9(3): 7615-7624.
5. COMBINATO DS, MARTINS STF. (Em defesa dos) Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. *Mundo da Saúde*, 2012; 36(3): 433-441.
6. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução nº 466. Brasília: Diário Oficial da União, 2012. Disponível em <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2022.
7. COUTO DS, RODRIGUES KSLF. Desafios da assistência de enfermagem em cuidados paliativos: revisão integrativa. *Enfermagem em Foco*, 2020; 11(5): 54-60.
8. DE ANDRADE GB, et al. Cuidados paliativos e a importância da comunicação entre o enfermeiro e paciente, familiar e cuidador. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 2019; 713-717.
9. MACHADO MH, et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sociodemográfico. *Enfermagem em Foco*, 2016; 6(1/4): 11-17.
10. MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (org.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 11-592.
11. MENDES A, et al. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad. Saúde Pública*, 2022; 38(2): 1-14.
12. MINOSSO JSM, et al. Adaptação transcultural do Bonn Palliative Care Knowledge Test: um instrumento para avaliar conhecimentos e autoeficácia. *Revista de Enfermagem Referência*, 2017; IV(13): 31-42.
13. MONTEIRO TBM, et al. Espiritualidade no cuidado ao paciente oncológico em processo de morte: percepção dos profissionais de enfermagem. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 2021; 11: e7393.
14. OLIVEIRA JDS, et al. Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde: atribuições de enfermeiros e enfermeiras. *Revista de APS*, 2021; 24 (2): 410-28.
15. OLIVEIRA LCM, et al. Cuidados Paliativos no CTI de um Hospital Universitário: a percepção dos profissionais de saúde. *Revista Interdisciplinar de Ciências Médicas*, 2019; 3(2): 36-41.
16. OLIVEIRA MAC, PEREIRA IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*, 2013; 66: 158-164.
17. PESSALACIA JDR, et al. Equidade no acesso aos Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: uma reflexão teórica. *R. Enferm. Cent. O. Min.*, 2016; 6(1): 2119-2139.

18. PFISTER D, et al. German Nursing Home Professionals' Knowledge and Specific Self-Efficacy Related to Palliative Care. *Journal Of Palliative Medicine*, 2013; 16(7): 794–798.
19. SAPORETTI, Luis Alberto et al. Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. In: RICARDO TAVARES DE CARVALHO (org.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 11-575.
20. SILVA LDM. Atitudes de profissionais de saúde em cuidados paliativos sobre a morte e o morrer. *Perspectivas em Psicologia*, 2019; 23(1): 213-235.
21. SILVA MLRS. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, 2014; 9(30): 45-53.
22. SILVA MM, MOREIRA MC. Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade. *Rev. Eletr. Enferm.*, 2010; 12(3): 483-90.
23. SOUZA HD, et al. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. *Rev. Bioét.*, 2015; 23(2): 349-359.
24. STARFIELD B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002; 726p.
25. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.