

Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde

Taciana Fernandes Araújo Ferreira

Conhecimento e atitudes de profissionais de enfermagem frente aos cuidados
paliativos e à terminalidade.

Uberaba
2025

Taciana Fernandes Araújo Ferreira

Conhecimento e atitudes de profissionais de enfermagem frente aos cuidados
paliativos e à terminalidade

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde do Adulto e do Idoso, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito final para obtenção de título de Doutora em Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: O trabalho na saúde e na enfermagem.

Eixo Temático: Educação em saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Silmara Elaine Malaguti Toffano.

Uberaba

2025

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

F444c Ferreira, Taciana Fernandes Araújo
 Conhecimento e atitudes de profissionais de enfermagem frente
 aos cuidados paliativos e à terminalidade / Taciana Fernandes
 Araújo Ferreira. -- 2025.
 210 p. il. : fig., tab.

 Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal
 do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2025
 Orientadora: Profa. Dra. Silmara Elaine Malaguti Toffano

 1. Profissionais de enfermagem. 2. Educação continuada. 3. Co-
 nhecimentos, atitudes e prática em saúde. 4. Cuidados paliativos. I.
 Toffano, Silmara Elaine Malaguti. II. Universidade Federal do Triân-
 gulo Mineiro. III. Título.

CDU 616.083

Taciana Fernandes Araújo Ferreira

Conhecimento e atitudes de profissionais de enfermagem frente aos cuidados
paliativos e à terminalidade

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, área de concentração Saúde do Adulto e do Idoso, como requisito final para obtenção de título de Doutora em Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: O trabalho na saúde e na enfermagem.

Eixo Temático: Educação em saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Silmara Elaine Malaguti Toffano.

Uberaba, 10 de outubro de 2025.

Documento assinado digitalmente
 SILMARA ELAINE MALAGUTI TOFFANO
Data: 27/10/2025 12:13:22-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Profa. Dra. Silmara Elaine Malaguti Toffano – Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

Documento assinado digitalmente
 GUILHERME ROCHA PARDI
Data: 27/10/2025 10:24:22-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof Dr. Guilherme Rocha Pardi
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

Documento assinado digitalmente
 ADRIANA CRISTINA NICOLUSSI
Data: 21/10/2025 07:39:22-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Profa. Dra. Adriana Cristina Nicolussi
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

Documento assinado digitalmente
 ALINE MARIA PEREIRA CRUZ RAMOS
Data: 21/10/2025 16:03:43-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Profa. Dra. Aline Maria Pereira Cruz Ramos
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Documento assinado digitalmente
 GABRIELA DA CUNHA JANUARIO
Data: 21/10/2025 12:33:25-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Profa. Dra. Gabriela Januário da Cunha
Universidade Estadual de Minas Gerais (UEMG) - Campus Passos-MG

Dedico a

Deus - meu Pai, meu Amigo, que me proporcionou coisas muito além da minha imaginação, apesar de todas as minhas falhas, Tu és meu Tudo.

Marcelo, meu esposo, meu ajudador, meu pai, meu irmão e meu amigo, você é muito mais do que eu consigo descrever.

Meus filhos, Vítor e Giovana, que me mostram todos os dias a maior alegria que se pode desfrutar nessa terra, eu os amo infinitamente.

Minha mãe Débora, minha melhor amiga, minha companheira, sem você eu jamais teria chegado onde cheguei.

Meus avós Terezinha e Luis (*in memorian*), ela - o pilar que sustenta toda a nossa família, a mulher mais forte que eu já conheci – ele – o melhor pai que eu poderia ter tido, que me supriu em todos os sentidos - nossa história começou em vocês.

Aos pacientes, a quem dedico meu trabalho, meus estudos diários – tudo para proporcionar o melhor cuidado – médico e humanístico – que eu seja capaz.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus que me preparou bençãos sem medidas, que está e fazendo alcançar o que eu jamais imaginei.

À minha família – me esposo, meus filhos, minha mãe, minha avó e meu avô (*in memorian*) – por todo o apoio incondicional em cada momento.

Agradeço imensamente à minha orientadora Silmara Elaine – sem todo o seu apoio, seu auxílio e sua atenção, eu jamais teria sequer iniciado essa jornada. Oro para que Deus abençoe e recompense a você e sua família por tudo.

Agradeço também a Joyce, minha companheira de coleta de dados, à professora Adriana Nicolussi, por ter me permitido fazer parte do seu trabalho e por toda a ajuda inicial.

Agradeço às Enf. Rosana do Serviço de Educação em Enfermagem, Ana Cláudia e Dayana da Divisão de Enfermagem, Lilian e Viviane, responsáveis técnicas pelas Unidades de Clínica Médica e Neurologia – sem vocês esse trabalho não teria sido possível.

Agradeço à minha amiga Janaíne Tomé, que está sempre pronta a me ajudar na saga dos projetos, trabalhos e publicações.

Agradeço a todos os profissionais de enfermagem da Clínica Médica e da Neurologia, por todo o engajamento, pela atenção com que me receberam e participaram das aulas, pela dedicação com que realizam o seu trabalho diário – independentemente de recursos - vocês são uma parte extremamente relevante do cuidado com nossos pacientes e seus familiares/cuidadores e eu tenho orgulho de trabalhar com vocês.

Agradeço ao meu chefe e mentor, Dr Reginaldo, à minha companheira e amiga, Dra Gabriela, por todo o incentivo, apoio e ajuda em todo esse processo.

"Pois o Senhor é quem dá sabedoria; de sua boca procedem o conhecimento e o discernimento".

Provérbios 2:6

"A sabedoria é a coisa principal; adquiere, pois, a sabedoria; sim, com tudo o que possuis, adquiere o conhecimento. Exalta-a, e ela te exaltará; e, abraçando-a tu, ela te honrará".

Provérbios 4:7-8

RESUMO

Introdução: Os cuidados paliativos visam aliviar o sofrimento de pacientes e familiares perante doenças ameaçadoras à vida. Os profissionais de enfermagem são a equipe capaz de determinar o maior impacto na qualidade desses cuidados. Uma vez que os cuidados paliativos nem sempre estão incluídos na formação profissional de enfermagem, o acesso à educação permanente é fundamental para aprimorar os conhecimentos e as atitudes em relação aos pacientes e seus familiares/cuidadores. Os objetivos do estudo foram avaliar os conhecimentos em cuidados paliativos e as atitudes frente a pacientes em fase final de vida e seus familiares/cuidadores, de profissionais de enfermagem, antes e depois de um Programa de Educação em Serviço. **Materiais e métodos:** Foi realizado um estudo quase-experimental, do tipo antes e depois de uma intervenção, analítico e quantitativo, realizado conforme padronização do checklist TREND. Todos os profissionais de enfermagem das unidades de clínica médica e neurologia do HC- UFTM foram convidados a participar de um programa de educação em serviço, que ocorreu em duas etapas, com duas aulas teóricas espaçadas por seis semanas e uma roda de conversa com discussão de casos, entre junho e outubro de 2024. Foram aplicados questionários de avaliação de conhecimentos (*Palliative Care Quiz for Nurses*) e atitudes (*Frommelt Attitude Toward and Care of the Dying Scale Form B*) antes da primeira aula e dez semanas após, além de questionário sociodemográfico. **Resultados:** Participaram 61 profissionais, a maioria técnicos em enfermagem, mulheres, com média de idade de 41 anos, brancos, casados ou em união estável, com ensino superior e mais de 10 anos de experiência profissional. A maior parte não recebeu educação em cuidados paliativos durante sua formação, não participou de eventos no tema, considerava seus conhecimentos insuficientes na área e tinha experiência pessoal com a terminalidade. Inicialmente os participantes atingiram pontuação insuficiente no PCQN – 9,0 pontos, elevando-se para 10,6 no pós-teste. Desde o início apresentaram atitudes adequadas conforme FATCOD-B – 112,2, melhorando ainda mais – 115,2 no pós-teste. A evolução dos conhecimentos e atitudes foi estatisticamente significativa (p 0,000 e p 0,003, respectivamente) e com magnitude de efeito pequena. Apresentaram conhecimentos mais elevados as mulheres, indivíduos de religião cristã, técnicos em enfermagem, profissionais com ensino superior e pós-graduação, os que consideravam não terem sido preparados em CP e que tiveram disciplinas específicas de CP na formação e

os que participaram de cursos ou eventos no tema. Atitudes mais positivas foram verificadas nos profissionais que não tiveram disciplinas que abordaram CP na formação. **Conclusões:** Os profissionais de enfermagem apresentaram conhecimentos insuficientes em CP e atitudes adequadas frente à terminalidade, os quais elevaram-se significativamente após o programa de educação em serviço, atingindo conhecimentos suficientes e atitudes ainda mais positivas.

Palavras-chave: conhecimentos; atitudes, cuidados paliativos; enfermagem; educação permanente.

ABSTRACT

Introduction: Palliative care aims to alleviate the suffering of patients and families facing life-threatening illnesses. Nursing professionals are the team capable of determining the greatest impact on the quality of this care. Since palliative care is not always included in professional nursing training, access to continuing education is essential to improve knowledge and attitudes toward patients and their families/caregivers. The objectives of this study were to assess nursing professionals' knowledge of palliative care and attitudes toward end-of-life patients and their families/caregivers before and after an In-Service Education Program. **Materials and methods:** A quasi-experimental, before-and-after intervention study was conducted, analytically and quantitatively, according to the TREND checklist standardization. All nursing professionals from the internal medicine and neurology units at HC-UFTM were invited to participate in a two-stage in-service education program, consisting of two theoretical classes spaced six weeks apart and a conversation circle with case discussions, between June and October 2024. Knowledge assessment questionnaires (Palliative Care Quiz for Nurses) and attitudes (Frommelt Attitude Toward and Care of the Dying Scale Form B) were administered before the first class and ten weeks later, in addition to a sociodemographic questionnaire. **Results:** Sixty- one professionals participated, most of them nursing technicians, women, with a mean age of 41, White, married or in a stable relationship, with higher education and more than 10 years of professional experience. Most had not received palliative care education during their training, had not participated in events on the topic, considered their knowledge in the area insufficient, and had personal experience with terminal illness. Participants initially scored insufficient on the PCQN (9.0 points), rising to 10.6 in the post-test. From the outset, they demonstrated adequate attitudes according to the FATCOD-B (112.2), improving further to 115.2 in the post-test. The improvement in knowledge and attitudes was statistically significant ($p = 0.000$ and $p = 0.003$, respectively) and had a small effect size. Higher knowledge was demonstrated by women, individuals of Christian faith, nursing technicians, professionals with higher education and postgraduate degrees, those who considered themselves unprepared in palliative care but who had taken specific palliative care courses in their training, and those who had participated in courses or events on the topic. More positive attitudes were observed among professionals who had not taken courses addressing palliative care in their training. **Conclusions:**

Nursing professionals presented insufficient knowledge in PC and adequate attitudes towards terminality, which increased significantly after the in-service education program, reaching sufficient knowledge and even more positive attitudes.

Keywords: knowledge; attitude; palliative care; nursing; education continuing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição do número de participantes durante as etapas do estudo ... 56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - CARES AACN 2016.....	33
Tabela 2 - G-CARES AACN 2019.....	35
Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica dos participantes (n=61), Uberaba-MG, 2024	58
Tabela 4 - Dados profissionais dos participantes (n=61), Uberaba-MG, 2024	60
Tabela 5 - Dados relacionados à formação dos participantes (n=61), Uberaba-MG, 2024	61
Tabela 6 - Respostas dos participantes em relação às questões sobre capacitação em Cuidados Paliativos (n=61), Uberaba-MG, 2024.....	62
Tabela 7 - Respostas dos participantes em relação às questões sobre experiência profissional e pessoal em situações de Cuidados Paliativos e Fase Final de Vida (n=61), Uberaba-MG, 2024	63
Tabela 8 - Respostas dos participantes aos itens do instrumento “Palliative Care Quiz Nursing” antes das intervenções (n=61), Uberaba-MG, 2024.....	64
Tabela 9 - Respostas dos participantes aos itens do instrumento “Palliative Care Quiz Nursing” conforme domínios antes das intervenções (n=61), Uberaba-MG, 2024	66
Tabela 10 - Pontuação média total da escala “Palliative Care Quiz Nursing” antes das intervenções, segundo variáveis sociodemográficas, profissionais e de formação dos participantes (n=61), Uberaba-MG, 2024.....	69
Tabela 11 - Pontuação média total da escala “Palliative Care Quiz Nursing” antes das intervenções, segundo respostas dos participantes para perguntas sobre capacitação em Cuidados Paliativos (n=61), Uberaba-MG, 2024	70
Tabela 12 - Pontuação média total da escala “Palliative Care Quiz Nursing” antes das intervenções, segundo respostas para questões sobre experiência profissional e pessoal em situações de Cuidados Paliativos e Fase Final de Vida (n=61), Uberaba-MG, 2024.....	71
Tabela 13 - Frequência e percentual das respostas dos participantes em relação aos itens da Versão Brasileira da “Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B” (n=61) antes das intervenções, Uberaba-MG, 2024	74
Tabela 14 - Pontuação média total da escala Versão Brasileira da “Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B” antes das intervenções, segundo	

variáveis sociodemográficas, profissionais e de formação dos participantes (n=61), Uberaba-MG.....	78
Tabela 15 – Pontuação média total da escala “Versão Brasileira da Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B” antes das intervenções, segundo respostas dos participantes para perguntas sobre capacitação em Cuidados Paliativos (n=61), Uberaba-MG, 2024.....	80
Tabela 16 – Pontuação média total da escala Versão Brasileira da “Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B” antes das intervenções, segundo respostas dos participantes para perguntas sobre experiência profissional e pessoal em Cuidados Paliativos e Fase Final de Vida (n=61), Uberaba-MG, 2024.....	81
Tabela 17 – Número de respostas certas dos itens da escala “Palliative Care Quiz Nursing” antes e depois das intervenções por domínios (n=61), Uberaba-MG, 2024	83
Tabela 18 – Pontuação média, mínima e máxima total e por dimensão da escala “Palliative Care Quiz Nursing” e antes e depois das intervenções (n=61), Uberaba-MG, 2024.....	85
Tabela 19 – Frequência e percentual das respostas dos participantes em relação aos itens da Versão Brasileira da “Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B” (n=61) após as intervenções, Uberaba-MG, 2024	86
Tabela 20 – Número de respostas certas dos itens da escala “Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B” antes e depois das intervenções (n=61), Uberaba-MG, 2024.....	90
Tabela 21 – Pontuação média total da escala “Versão Brasileira da Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B (n=61) antes e depois das intervenções (n=61), Uberaba-MG, 2024.....	92
Tabela 22 – Comparação da pontuação média total da escala “Palliative Care Quiz Nursing” antes e depois das intervenções (n=61), Uberaba-MG, 2024	93
Tabela 23 – Comparação da pontuação média total da escala “Versão Brasileira da Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B (n=61) antes e depois das intervenções (n=61), Uberaba-MG, 2024.....	93

LISTA DE SIGLAS

AACN	<i>American Association of Colleges of Nursing</i>
ABCP	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
ABEN	Associação brasileira de Enfermagem
ANCP	Associação Nacional de Cuidados Paliativos
CARES	<i>Competencies and Recommendations for Educating Nursing Students</i>
CEP-HF-UFTM	Comitê de Ética em Pesquisa do HC-UFTM
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
CP	Cuidados Paliativos
DAP	<i>Death Attitude Profile</i>
DENF	Divisão de Enfermagem
EAPAM	Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes Acerca da Morte
EAPC	<i>European Association for Palliative Care</i>
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Educação Continuada
ELNEC	<i>End-of-Life Nursing Education Consortium</i>
ELNEC-J-QC	<i>End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan Core Quis</i>
ENAP	Escola Nacional de Administração Pública
EOL-Q	<i>End-of-Life Questionnaire</i>
EPCS	<i>The End-of-Life Professional Caregiver Survey</i>
ES	Educação em Serviço
FATCOD-B	<i>Frommelt Attitude Toward and Care of the Dying Scale Form B</i>
FFV	Fase Final de Vida

G-CARES	<i>Graduate Competencies and Recommendations for Educating Nursing Students</i>
GDS	<i>Global Palliative Care Development Score</i>
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
HC-UFTM	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
IAHPC	<i>International Association for Hospice and Palliative Care</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
ILP	Instituições de Longa Permanência
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NCPC	<i>Nurses Core Competences in Palliative Care</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PC	Plano de Cuidados
PCKT	<i>Palliative Care Knowledge Test</i>
PCNSC	<i>Palliative Care Nursing Self-Competence Scale</i>
PCQN	<i>Palliative Care Quiz for Nurses</i>
PEP	Programa de Educação Permanente
PES	Programa de Educação em Serviço
PES-CP	PES em CP
PNCP	Política Nacional de Cuidados Paliativos
QDI	<i>Quality Death Index</i>
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RT	Responsáveis Técnicas
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SEE	Serviço de Educação em Enfermagem

SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Serviço Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Técnicos em Enfermagem
UCM	Unidade de Clínica Médica
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
USN	Unidade do Sistema Neurológico Neurologia
WHO	World Health Organization
WHPCA	Worldwide Hospice Palliative Care Alliance

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1 CUIDADOS PALIATIVOS - CONCEITOS E PRINCÍPIOS	24
2.2 CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL.....	24
2.3 CUIDADOS PALIATIVOS E A ENFERMAGEM.....	29
2.4 COMPETÊNCIAS PARA A PRÁTICA DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	32
2.5 EDUCAÇÃO CONTINUADA EM CUIDADOS PALIATIVOS	40
3 OBJETIVOS	43
3.1 GERAL	43
3.2 ESPECÍFICOS.....	43
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	45
4.1 DESENHO DA PESQUISA.....	45
4.2 LOCAL DO ESTUDO	45
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	46
4.3.1 Critérios de inclusão	46
4.3.2 Critérios de exclusão.....	46
4.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	46
4.4.1 Dados pessoais - variáveis sociodemográficas, formação e experiência profissional e pessoal com a terminalidade.....	46
4.4.2 Conhecimentos em Cuidados Paliativos	47
4.4.3 Avaliação das atitudes dos profissionais frente a pacientes e familiares/cuidadores em situação de terminalidade	49
4.5 PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SERVIÇO EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	50
4.5.1 Conteúdos abordados na primeira aula.....	51
4.5.2 Conteúdos abordados na segunda aula.....	51
4.5.3 Roda de conversa.....	52
4.6 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	52
4.6.1 Primeira intervenção	53
4.6.2 Segunda intervenção.....	54
4.6.3 Reaplicação dos questionários	55
4.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	56
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	57

5 RESULTADOS	58
5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, PROFISSIONAL E FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS.....	58
5.2 CAPACITAÇÃO E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL E PESSOAL EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	62
5.3. CONHECIMENTOS DOS PARTICIPANTES ANTES DA INTERVENÇÃO SEGUNDO A ESCALA <i>PALLIATIVE CARE QUIZ NURSING</i> (PCQN)	64
5.4 ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE AOS PACIENTES E SEUS FAMILIARES/CUIDADORES EM FASE FINAL DE VIDA ANTES DA INTERVENÇÃO SEGUNDO A FATCOD-B	73
5.5 AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS E DAS ATITUDES FRENTE A PACIENTES EM FASE FINAL DE VIDA E SEUS FAMILIARES/CUIDADORES ANTES E DEPOIS DA INTERVENÇÃO	82
6 DISCUSSÃO.....	94
6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, PROFISSIONAL E FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS.....	94
6.2 CAPACITAÇÃO E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL E PESSOAL EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	97
6.3 CONHECIMENTO DOS PARTICIPANTES ANTES DA INTERVENÇÃO SEGUNDO A ESCALA <i>PALLIATIVE CARE QUIZ NURSING</i> (PCQN)	103
6.4 ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE AOS PACIENTES E SEUS FAMILIARES/CUIDADORES EM FASE FINAL DE VIDA ANTES DA INTERVENÇÃO SEGUNDO A FATCOD-B	119
6.5 AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS E DAS ATITUDES FRENTE A PACIENTES EM FASE FINAL DE VIDA E SEUS FAMILIARES/CUIDADORES ANTES E DEPOIS DA INTERVENÇÃO	134
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PERSPECTIVAS FUTURAS.....	143
8 CONCLUSÃO.....	144
REFERÊNCIAS	145
APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO DE DADOS PESSOAIS.....	155
APÊNDICE B: AULA 1.....	158
APÊNDICE C: AULA 2.....	175

APÊNDICE D: CASO PARA DISCUSSÃO EM RODA DE CONVERSA.....	201
APENDICE E: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	203
ANEXO A: INSTRUMENTO <i>PALLIATIVE CARE QUIIS NURSING</i> (PCQN).....	206
ANEXO B: VERSÃO BRASILEIRA DA FATCOD-B SCALE (FATCOD-B).....	207
ANEXO C: AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DA FATCOD-B BRASIL.....	209
ANEXO D: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HC-UFTM.....	210

1 INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos (CP) constituem uma modalidade de assistência que tem por objetivo aliviar o sofrimento de pacientes e familiares perante doenças ameaçadoras à vida (Ryan *et al.*, 2020). É norteado por princípios que versam sobre o cuidado integral ao paciente, abordando tanto seus aspectos físicos, quanto psicossociais, e incluindo a família durante todo o enfrentamento da doença, inclusive no seu processo de luto (Castilho; Silva; Pinto, 2021).

Os CP fazem parte do cuidado integral centrado no paciente, e tem aplicação crescente devido ao envelhecimento populacional e às novas tecnologias, os quais ampliaram o acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos, aumentando a expectativa de vida da população frente às doenças crônicas (Santos *et al.*, 2022).

Os CP no Brasil, apesar de estarem em crescimento e desenvolvimento, carecem ainda de recursos, de profissionais e de pesquisas acadêmicas (Santos; Ferreira; Guirro, 2020).

Dentre todos os profissionais de saúde, os profissionais de enfermagem, tanto técnicos quanto enfermeiros, são os que cuidam mais diretamente e por mais tempo dos indivíduos e seus familiares/cuidadores, de forma que, ao desempenhar o seu trabalho, são capazes de gerar grande impacto na qualidade de vida e nos cuidados desses indivíduos em sua terminalidade (Hökkä *et al.*, 2021; Vasconcelos; Santana; Silva, 2012). Sendo assim, os conhecimentos técnicos e as atitudes desses profissionais são capazes de impactar e influenciar grandemente na qualidade da assistência prestada.

Para que o profissional de enfermagem esteja apto a oferecer os cuidados adequados frente aos pacientes e familiares/cuidadores em CP, é importante que tenham conhecimentos e habilidades específicos, bem como atitudes adequadas frente às situações de terminalidade - compreender seus conceitos e princípios, os aspectos éticos e técnicos específicos, adquirir habilidades de comunicação e compreensão cultural, ter capacidade para trabalho em equipe multiprofissional, empatia, conduta compassiva, apurada qualidade técnica para manejo de sintomas, além de atuar no Plano de Cuidados (PC) elaborado para cada indivíduo conforme seus aspectos multidimensionais identificados (Firmino; Trotte; Silva, 2022).

No entanto, a educação em CP ainda é falha nos cursos de saúde, inclusive na formação técnica e superior em enfermagem (Sousa; Silva; Paiva, 2019).

Dessa forma, os profissionais que atuam com pacientes elegíveis para CP, necessitam de capacitação para ampliarem seus conhecimentos e aprimorarem suas atitudes frente a esses pacientes e seus familiares/cuidadores, sendo a educação em serviço uma ferramenta útil para tal (Campos *et al.*, 2022).

A educação desempenha um papel positivo nos conhecimentos e atitudes dos profissionais em relação ao cuidado do paciente terminal (Mason; Derubeis; Hesseltine, 2021), o que reforça a necessidade de oportunizar programas de aprendizagem e aprimoramento desses profissionais (Lancaster *et al.*, 2017).

Além de ofertar capacitação, os resultados devem ser medidos, para verificar a eficácia das intervenções e proporcionar, aos gestores e educadores, programas educacionais efetivos para seus colaboradores, melhorando a qualidade do atendimento prestado.

O presente estudo partiu da hipótese de que, após participarem de um Programa de Educação em Serviço (PES), os profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) ampliariam seus conhecimentos em CP e teriam atitudes mais positivas em relação ao cuidado de pessoas em estado terminal e seus familiares.

Estimava-se que teriam maior nível de conhecimentos e atitudes mais positivas os profissionais com mais tempo de vida e de experiência profissional, os técnicos em enfermagem em relação aos enfermeiros, profissionais com experiência profissional em CP, como em alguns setores específicos do hospital, ILP ou cuidado domiciliar, aqueles com educação prévia em CP e experiência pessoal com a terminalidade (Antunes, 2023).

Para tal, foi realizado estudo quase-experimental do tipo antes e depois de uma intervenção e verificados dados sociodemográficos, de formação e de experiência profissional e as experiências pessoais com a finitude desses profissionais, os conhecimentos e as atitudes dos indivíduos antes do PES-CP, verificando-se a influência dessas características nos conhecimentos e atitudes e a evolução desses conhecimentos e atitudes após o PES-CP.

Investigou-se ainda se os dados sociodemográficos, a formação e as experiências profissional e pessoal com a terminalidade dos profissionais influenciaram seus conhecimentos e atitudes, uma vez que poderia indicar necessidades de capacitação e suporte técnico, psicológico e emocional, antecipando futuros desgastes profissionais, impactando positivamente na qualidade

de vida do profissional, e na qualidade assistencial, e identificando fatores passíveis de melhorias, que poderiam estender-se para profissionais de outros setores e diferentes áreas de atuação, contribuindo para o crescimento técnico-científico e para a qualidade da assistência prestada aos pacientes e familiares/cuidadores.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A seguir serão apresentados os princípios norteadores do presente estudo, versando sobre os cuidados paliativos e a atuação da enfermagem, bem como a importância da educação continuada para seu desenvolvimento.

2.1 CUIDADOS PALIATIVOS - CONCEITOS E PRINCÍPIOS

O termo paliativo origina-se do termo em latim *pallium*, em referência ao manto usado pelos cavaleiros, e tem por significado “proteção” (Castilho; Silva; Pinto, 2021).

O conceito de CP evoluiu ao longo do tempo, o que permitiu também ampliar sua abrangência e atuação. O primeiro conceito foi elaborado em 1990 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), definindo CP como a assistência prestada a pacientes cujas doenças não apresentavam mais possibilidades curativas, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida desses indivíduos e de suas famílias (Ryan *et al.*, 2020), voltado principalmente ao câncer (Martínez-Sabater; Chover-Sierra; Chover-Sierra, 2021).

Em 2002 essa definição foi atualizada pela própria OMS, a qual, mantendo os objetivos essenciais propostos em 1990, estendeu a atuação dos CP a “doenças ameaçadoras à vida” e não somente àquelas sem perspectiva terapêutica, podendo atuar em conjunto com os tratamentos modificadores. Essa definição ampliou também os objetivos de cuidados, incluindo a prevenção e o alívio do sofrimento, através da identificação imediata e do tratamento impecável dos sintomas físicos, psicossociais e espirituais (Castilho; Silva; Pinto, 2021).

Em 2017 surge a definição da *International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC), ampliando ainda mais os objetivos de cuidados, estendendo a atuação dos CP para indivíduos de todas as idades, através de cuidados holísticos prestados de forma ativa a pessoas frente a doenças graves – pacientes, familiares e cuidadores -, especialmente em fase final de vida (FFV) (Radbruch *et al.*, 2020).

Em 2017, a OMS atualizou novamente seu conceito, como

“abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento, através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais” (Ryan *et al.*, 2020).

Tão importante quanto o conceito, são os princípios dos CP, elaborados pela OMS e IAHPHC em 2002 e 2017 respectivamente, dos quais se destacam (Castilho; Silva; Pinto, 2021):

- a) propiciar alívio da dor e outros sintomas estressantes;
- b) afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural;
- c) não apressar nem adiar a morte;
- d) melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
- e) integrar os aspectos psicológicos e espirituais aos cuidados;
- f) propiciar sistema de apoio para que o paciente viva o mais ativamente possível até a sua morte;
- g) oferecer sistema de apoio aos familiares e cuidadores;
- h) estender os cuidados aos familiares até o processo de luto;
- i) são aplicáveis durante todo o curso da doença, em conjunto com as terapêuticas modificadoras de doença e conforme as necessidades do paciente;
- j) respeitar valores e crenças dos pacientes e familiares;
- k) são aplicáveis em todos os estabelecimentos e níveis de atenção à saúde;
- l) podem ser fornecidos por profissionais com treinamento básico, mas casos complexos requerem cuidados multiprofissionais especializados.

Os CP são realizados em diversos ambientes como hospitais, ambulatórios, instituições de longa permanência (ILP) e atendimento domiciliar (Santos; Ferreira; Guirro, 2020).

Globalmente, mais de 56,8 milhões de pessoas necessitam de CP todos os anos, mas apenas 14% recebem o suporte adequado (Suikkala *et al.*, 2021) e devido ao aumento da expectativa de vida e das doenças crônicas não transmissíveis, essa demanda está em constante ampliação (SANTOS *et al.*, 2022).

2.2 CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

No Brasil, conforme o Atlas de Cuidados Paliativos 2022 (Guirro *et al.*, 2022), publicado pela Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) o primeiro serviço de CP foi criado em 1984 no Rio Grande do Sul, seguido de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio de Janeiro. Em 1997 foi criada a Associação Brasileira

de Cuidados Paliativos (ABCP) e no ano seguinte, em 1998, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) inaugurou sua unidade exclusiva de CP. Em 2005 foi criada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) onde, em 2017, foram criados os comitês de Enfermagem e de Graduação em Enfermagem, que se uniram em 2021 formando o Comitê de Enfermagem da ANCP (Firmino; Trotte; Silva, 2022).

Em 2022, havia no país 234 serviços de assistência em CP – em 2019 eram 144 serviços - localizados principalmente nas regiões Sudeste (41,8%) e Nordeste (25,7%). A assistência paliativa predomina na rede pública, de forma que a maioria da população depende do Serviço Único de Saúde (SUS) para acesso aos CP (Guirro *et al.*, 2022).

Do total de serviços, 188 (80,3%) contam com equipes exclusivas para assistência paliativa e em 46 (19,7%) os profissionais se dividem entre as práticas de CP e outras atividades. Na maioria dos serviços (143; 61,1%) a assistência ocorre apenas em hospitais e apenas 63 (26,9%) contam com leitos próprios para internação. Desses, mais da metade tem até 10 leitos (Guirro *et al.*, 2022).

Conforme o Atlas de 2019 (Santos; Ferreira; Guirro, 2020), a maioria das equipes possui apenas um ou dois profissionais fixos. Quanto aos profissionais da enfermagem, a maior parte dos serviços não tem enfermeiros para atendimento exclusivo na área: 54 serviços não contam com profissionais de enfermagem, 79 serviços tem um profissional, 25 serviços têm dois profissionais, cinco serviços contam com três enfermeiros, e apenas 27 serviços apresentam em suas equipes quatro ou mais profissionais de enfermagem.

A maior parte dos serviços (190; 81,1%) atua apenas na modalidade interconsulta, 136 (58,1%) oferecem atendimento ambulatorial e 83 (35,4%) atendimento domiciliar. Atividades voltadas exclusivamente para o cuidado com as famílias/cuidadores dos pacientes foi relatada por 101 (43,2%) das unidades de atendimento (Guirro *et al.*, 2022).

Minas Gerais é responsável por 9,4% dos atendimentos nacionais em CP, com uma média de atendimento de 805 casos novos por mês. 72,3% dos serviços atuam na modalidade interconsulta e 50% contam com atendimentos ambulatoriais. Dos serviços no estado, 95% não referem dificuldades no acesso a opioides (Guirro *et al.*, 2022).

Em relação ao ensino e pesquisa, a maioria dos serviços não tem qualquer vínculo com a graduação, 113 estão envolvidos com programas de pós-graduação,

sendo 64,1% por meio de programas de residência 26,9% programas de pós-graduação e 48,2% realizam pesquisas em CP, com expansão ao longo dos anos (Guirro *et al.*, 2022).

A formação de profissionais é uma prioridade da ANCP para fortalecimento dos CP no Brasil, e, nesse sentido, a enfermagem está na vanguarda, uma vez que em 2022 certificou os primeiros enfermeiros especialistas em CP por meio da ANCP e Associação brasileira de Enfermagem (ABEn), devidamente reconhecidos pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) sendo a única profissão até o momento a conferir este título, uma vez que a medicina oferece até o momento apenas o certificado de Área de Atuação em Medicina Paliativa, por meio de prova ou residência em programa reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC). Os demais profissionais ainda carecem de qualquer certificação (Guirro *et al.*, 2022).

Em 2013, Lynch, Connor e Clark publicaram artigo categorizando os países de todo o mundo conforme o nível assistencial em CP, dividido em seis grupos - grupo 1: nenhuma atividade conhecida; grupo 2: atividades de capacitação; grupo 3a: assistência isolada de CP; grupo 3b: assistência generalizada de CP; grupo 4a: países onde os serviços de CP estão em um estágio de integração preliminar na assistência e 4b: países onde os serviços de CP estão em um estágio de integração avançada na assistência. Nessa época o Brasil foi classificado como 3a, caracterizado pelo desenvolvimento irregular de CP e com pouco apoio, além de insuficiente para a população, atrás de outros países da América Latina como Chile, Costa Rica, Porto Rico e Uruguai.

No mapeamento anterior, com 4 níveis – 1 a 4 – o Brasil se encontrava no nível 3 (Wright *et al.*, 2008), de tal forma que concluímos que não houve grandes avanços nos CP em nosso país nesse período, que se estendeu de 2006 a 2011. Em 2020 foi publicada nova atualização desse ranking conforme estadiamento de 2017 (Clark *et al.*, 2020; Worldwide Palliative Care Alliance, 2020), onde o Brasil evoluiu para o nível 3b, caracterizado pelo desenvolvimento mais disseminado de CP, aumento do apoio à causa, múltiplas fontes de financiamento, disponibilidade adequada de opioides e algumas iniciativas de treinamento e educação por organizações de CP.

Em 2021, a OMS publicou novos critérios classificatórios do nível de CP prestado (World Health Organization, 2021), baseado em 14 indicadores mensuráveis em 6 domínios - empoderamento comunitário, políticas, pesquisa,

educação, medicamentos essenciais e integração de serviços (Tripodoro *et al.*, 2025) - os quais consideram o acesso, a taxa de serviços por população, a oferta de CP pediátricos, a existência de políticas nacionais para CP, inclusão de CP na atenção primária, indicadores de uso de opioides, inclusão de CP nas grades de ensino formais, congressos e titulação profissional específicos na área,

Em 2025, Tripodoro *et al.* (2025) publicaram o *Global Palliative Care Development Score* (GDS), representando o desempenho geral de cada país em todas as dimensões. Os países foram classificados em quatro níveis de desenvolvimento, e sua faixa de pontuação corresponde à média aritmética dos 14 indicadores da OMS - Emergente (1,00-1,74), Em Progresso (1,75-2,49), Estabelecido (2,50-3,24) e Avançado (3,25-4,00). O GDS do Brasil neste estudo foi de 2,857, correspondendo ao nível Estabelecido. Na região das Américas, a maior pontuação foi atingida pelo Uruguai (3,538). O GDS dos EUA é 3,321 e os seguintes países também apresentam GDS superior ao do Brasil: Panamá (3,000), Argentina (3,036), Chile (3,321) e Costa Rica (3,393).

Conforme os dados apresentados, observa-se que o Brasil está em constante melhoria na oferta de CP, evoluindo progressivamente na classificação mundial, desde 2006, até 2025.

A despeito da melhoria contínua da oferta de CP, estudo de 2022, classificando 81 países conforme Índice de Qualidade de Morte (*Quality Death Index* - QDI) criado pelos autores, definiu o Brasil como o terceiro pior país para morrer, na 79ª posição (Finkelstein *et al.*, 2022). Os critérios para pontuação do QDI levam em consideração apoio aos familiares dos pacientes em terminalidade, comunicação adequada, atendimento de necessidades espirituais e emocionais, contato com a família na FFV, gentileza para com o paciente, controle de sintomas, local de morte preferido, os custos como barreira ao cuidado, dentre outros.

Dessa forma, Finkelstein *et al.* (2022) apontaram que viver em um país com CP não garante uma experiência de fim de vida de alta qualidade. Há evidências de que mesmo sistemas de saúde de alto funcionamento frequentemente falham em atender necessidades dos pacientes e familiares/cuidadores em FFV, de modo que o sofrimento relacionado à saúde, cuidados precários e arrependimentos são comuns em países tanto mais, quanto menos desenvolvidos.

Em 2024, foi publicada a Portaria GM/MS Nº 3.681, de 7 DE maio de 2024, instituindo a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no SUS (BRASIL,

2024). Os objetivos deste documento são integrar os CP na Rede de Atenção à Saúde (RAS), ampliar o acesso aos CP e qualificar o cuidado, oferecer suporte aos familiares/cuidadores, garantir o acesso aos medicamentos essenciais e capacitar profissionais de saúde. Destaca-se este último: promover formação e educação continuada (EC) de profissionais para atuação em CP, a saber, médicos, profissionais de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros, pois a educação em CP é um dos principais pilares para melhoria assistencial na área.

2.3 CUIDADOS PALIATIVOS E A ENFERMAGEM

Importante personalidade dos CP é a enfermeira, assistente social e médica Cicely Mary Saunders, a qual se interessou pelos cuidados de pacientes em FFV, com o objetivo de aliviar-lhes o sofrimento em seus aspectos multidimensionais, fundando a primeira instituição com tal escopo, o *St. Christopher's Hospice* em 1967 (Santos, 2011).

Os princípios dos CP estão intimamente ligados à enfermagem, conforme os fundamentos da profissão já idealizados por Florence Nightingale. Os cuidados multidimensionais ofertados pelos profissionais aos enfermos, não só nos aspectos assistenciais, mas também gerenciais, docente e em colaboração com as demais equipes, são cruciais para um adequado manejo dos pacientes e seus familiares (Castilho; Silva; Pinto, 2021).

Os profissionais de enfermagem constituem o maior grupo de trabalhadores em saúde, são os profissionais que passam mais tempo com o paciente e seus familiares/cuidadores, (Hökkä *et al.*, 2021) e representam o elo entre o paciente, seus familiares e a equipe (Vasconcelos; Santana; Silva, 2012). Sendo assim, ao prestar CP de qualidade, esses profissionais determinam impacto relevante no cuidado.

Cicely Saunders afirmou:

“apesar de eu mesma me ter obrigado a me formar em medicina para ultrapassar o problema da dor crônica terminal, sempre pensei que foi a minha formação como enfermeira que me permitiu, acima de tudo, compreender o que os doentes esperam de nós” (Saunders, 2000, p. IX).

Os conhecimentos dos profissionais de enfermagem contribuem para o cuidado holístico de pessoas em CP e de seus familiares/cuidadores, de modo que estes profissionais constituem uma das principais bases no manejo de pessoas com

doenças em fase avançada e em fim de vida (Martínez-Sabater; Chover-Sierra; Chover-Sierra, 2021), sendo, portanto, insubstituíveis para a assistência em CP (Vasconcelos; Santana; Silva, 2012).

As intervenções de enfermagem em CP devem começar no ato do diagnóstico, juntamente ao cuidado curativo e se perpetuar durante todo o tratamento, gerenciando o controle da dor e de todos os sintomas globais apresentados (Sousa; Silva; Paiva, 2019), incluindo os aspectos psicossociais e espirituais. Priorizar as necessidades e desejos do paciente e da família é critério de excelência em assistência de enfermagem em CP e cuidados de fim de vida (Egea *et al.*, 2023).

Entende-se que o controle e o alívio dos sintomas são o primeiro passo crítico na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade em CP. No entanto, identificou-se que as dimensões mais representativas são relacionamento interpessoal, habilidades de comunicação e apoio espiritual (Egea *et al.*, 2023).

A dimensão do cuidado de enfermagem à família e/ou cuidador envolve sobretudo o apoio emocional durante todo o processo de doença, permitindo a expressão de sentimentos sem julgamentos e oferecendo reforço positivo. Empatia e escuta ativa, significação, conexão e transcendência em espiritualidade são as mais importantes para a relação terapêutica com pacientes e familiares/cuidadores (Egea *et al.*, 2023). Dessa forma, depreende-se que tais habilidades devem ser desenvolvidas nos profissionais.

A continuidade do cuidado tem sido relacionada ao trabalho em equipe (pactuação sobre ações e colaboração) e uma comunicação eficaz com o paciente e/ou familiares. Essa comunicação envolve não apenas saber lidar bem com as informações com o paciente, família e equipe, mas também a presença e a disponibilidade do profissional (Egea *et al.*, 2023).

Para que a equipe de enfermagem esteja apta a atuar adequadamente frente aos pacientes em familiares/cuidadores em CP, faz-se necessário o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades específicos. No entanto, a maioria dos serviços está privada da atuação deste profissional em CP (Santos; Ferreira; Guirro, 2020), e grande parte dos profissionais em atuação apresentam barreiras para tal desenvolvimento.

Os desafios na assistência ao paciente em CP fazem parte do cotidiano dos enfermeiros no cenário hospitalar brasileiro. Ainda há dificuldade em lidar com a

finitude e a morte, além de deficiências na qualificação profissional (Santos; Ferreira; Guirro, 2020).

Em revisão integrativa com o objetivo de identificar os desafios que a enfermagem encontra para desempenhar a assistência aos pacientes em CP, observou-se falta de capacidade de lidar com a morte, com espiritualidade e a humanização, deficiência nos conhecimentos dos princípios éticos, dos conceitos de ortotanásia e obstinação terapêutica, além de falta de protocolos e padronização de condutas (Ayala; Santana; Landman, 2021; Vasconcelos; Santana; Silva, 2012).

Sousa, Silva e Paiva (2019) observaram enfermeiras despreparadas na prática de CP nos primeiros anos de assistência, por falta de ensino adequado pelas universidades. As profissionais mostraram preocupação com a falta de um plano assistencial, gestão de sintomas, relacionamento com os familiares/cuidadores e com os aspectos emocionais envolvidos. No estudo, identificou-se que as carências educacionais eram mais impactantes no desenvolvimento da prática laboral, pois essas profissionais tiveram o primeiro contato com o tema no ambiente de trabalho.

Há ainda lacunas nos cursos de graduação, que desconsideram que os profissionais da saúde são seres humanos constituídos de dimensões tanto psicológicas quanto físicas (Santos; Hormanez, 2013). A formação dos profissionais da saúde, em especial de médicos e enfermeiros, é consistentemente voltada para o modelo biomédico e não contempla os aspectos emocionais. Ademais, os profissionais são preparados desde a graduação para recuperar a saúde e preservar a vida, anulando a possibilidade de manter uma proximidade humana com a finitude (Santos; Hormanez, 2013).

Dessa forma, segundo Santos e Hormanez (2013) a finitude é apreendida não como uma parte do ciclo natural da vida, e sim como fracasso, derrota, vergonha, ruptura biográfica, entre outros significados negativos. O despreparo da equipe de saúde para lidar com situações de terminalidade tem como consequência para os profissionais, a sensação de fracasso frente à missão de curar o doente

O profissional internaliza a crença de que seus sentimentos devem ser contidos perante o paciente em prol de uma postura firme e objetiva, culminando com ações de um indivíduo que tem a propensão de se mostrar indiferente na situação de terminalidade, uma vez que acredita que reconhecer o seu sofrimento significa mostrar-se vulnerável e ferir sua índole, colocando em risco a preservação do princípio da boa técnica (Santos; Hormanez, 2013).

No entanto, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem afirma que é dever de todo profissional da área prestar assistência e promover qualidade de vida à pessoa e sua família no processo de nascer, viver, morrer e luto e destaca que nos casos de doenças graves incuráveis e terminais com risco iminente de morte e em consonância com equipe multiprofissional, o profissional de enfermagem deve oferecer todos os CP disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal (Conselho Federal De Enfermagem, 2017).

2.4 COMPETÊNCIAS PARA A PRÁTICA DE CUIDADOS PALIATIVOS

Apesar das inúmeras reformas nas Instituições de Ensino Superior (IES), os currículos ainda não têm garantido na maioria delas a inserção dos CP de modo consistente, para os diversos cursos da área de saúde (Santos *et al.*, 2022).

A aprendizagem contínua pode ocorrer formalmente, não formalmente ou informalmente e a educação deve ser fornecida em diferentes níveis. Isso desafia as instituições de ensino a oferecer capacitação adicional e continuada para atualização de competências e experiências dos profissionais que atuam em CP (Suikkala *et al.*, 2021).

O corpo docente tem três responsabilidades principais em relação à educação em enfermagem em CP: conhecer as competências em CP que todos os alunos devem alcançar até a graduação; desenvolver confiança e competência no ensino de CP empenhando tempo e recursos suficientes para tal e informar-se sobre recursos de ensino e ferramentas baseadas em evidências para avaliar competências do aluno na temática (Lippe *et al.*, 2022).

A competência é definida como o conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores necessários para atuação eficaz em contextos específicos (Escola Nacional De Administração Pública, 2019), estando relacionada à prestação de cuidados de qualidade, bem como com a satisfação no trabalho. Pode ser desenvolvida por meio de educação formal e informal ao longo da carreira profissional (Suikkala *et al.*, 2021).

Nesse contexto, o conhecimento se refere ao conteúdo aprendido de diversas formas ao longo da trajetória do indivíduo, a habilidade se refere ao conhecimento

transformado em prática e a atitude é o que move o indivíduo a exercitar essas habilidades no seu contexto particular (ENAP, 2019).

O Comitê de Enfermagem da ANCP define como competência o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que culminam com o saber agir responsável, reconhecido pelos outros e que implica em saber mobilizar, integrar e transferir recursos, conhecimentos e habilidades em determinado contexto profissional (Firmino; Trotte; Silva, 2022).

A Associação Americana de Faculdades de Enfermagem -*American Association of Colleges of Nursing* (AACN), em seus conceitos fundamentais para a educação profissional em enfermagem (*American Association Of Colleges Of Nursing*, 2022a), estimulou programas em todo o país a revisarem seus currículos para atender às novas expectativas para a educação em enfermagem do século XXI. Os fundamentos da AACN enfatizam a importância de preparar os estudantes para prestar cuidados competentes a pessoas com doenças graves e suas famílias, determinando os CP como uma das quatro esferas de cuidado (AACN, 2021; 2022b), exigindo que todas as escolas o incorporem no ensino de graduação e pós-graduação em enfermagem (Lippe *et al.*, 2022). Desde então, o principal treinamento em CP para estudantes de enfermagem ocorre através do *End-of-Life Nursing Education Consortium* (ELNEC), que fornece educação e recursos sobre a incorporação de CP na prática de enfermagem (Campos *et al.*, 2022).

Em relação às competências em CP, em 2016 a AACN publicou o documento *Competencies and Recommendations for Educating Nursing Students* (CARES) e em 2019, o *Graduate Competencies and Recommendations for Educating Nursing Students* (G-CARES), para alunos de graduação e pós-graduação respectivamente, atualizados em 2021, dos quais se destacam (Lippe *et al.*, 2022):

Tabela 1 - CARES AACN 2016

-
1. Defender e promover a integração dos CP para pacientes com doenças graves e suas famílias ao longo da doença como essenciais para a qualidade do cuidado.
 2. Considerar os fatores socioeconômicos complexos e em evolução que influenciam a igualdade na prestação de CP nos sistemas de saúde.
 3. Refletir sobre os valores éticos, culturais e espirituais e sua influência sobre relacionamentos em CP.
-

-
4. Demonstrar respeito pela diversidade, equidade e inclusão como essenciais para a entrega de CP culturalmente sensíveis e de qualidade.
 5. Comunicação eficaz, respeitosa e compassiva com pacientes, familiares, membros da equipe interprofissional e público em geral sobre CP.
 6. Colaborar efetivamente dentro da equipe interprofissional para coordenar a entrega de CP de alta qualidade em ambientes de saúde.
 7. Demonstrar respeito pelo cuidado centrado na pessoa, alinhando o plano de cuidado com valores, crenças, preferências e objetivos do cuidado do paciente e da família.
 8. Aplicar princípios éticos, justiça social e firmeza moral no cuidado de pacientes com doenças graves, suas famílias e comunidades.
 9. Cumprir as leis estaduais e federais e as políticas institucionais relevantes para o cuidado de pacientes com doenças graves e seus familiares.
 10. Usar ferramentas baseadas em evidências para realizar uma avaliação de saúde holística da dor e de outros sintomas, considerando as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais.
 11. Sintetizar dados de avaliação para desenvolver e implementar planos de cuidados que abordem necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, por meio de abordagem holística, baseadas em evidências.
 12. Realizar avaliação/reavaliação contínuas da evolução do paciente, modificando o plano de cuidados conforme os objetivos do cuidado.
 13. Fornecer cuidados culturalmente sensíveis que respondam às rápidas mudanças físicas, necessidades psicológicas, sociais e espirituais durante o processo de morrer e após a morte.
 14. Apoiar pacientes, familiares e membros da equipe para lidar com o sofrimento, luto e perda.
 15. Implementar comportamentos de autocuidado para lidar com a experiência de cuidar de pacientes gravemente doentes e em fase final de vida e de suas famílias.

Tabela 2 - G-CARES AACN 2019

-
1. Articular o valor dos CP para pacientes, familiares, equipe interprofissional e público em geral.
 2. Facilitar o acesso a CP como prática padrão ao longo da trajetória da doença em estabelecimentos de saúde para pessoas com doenças graves e suas famílias.
 3. Responder a mudanças dinâmicas na demografia da população, fatores socioeconômicos, o sistema de saúde e tecnologias emergentes para melhorar os resultados para as pessoas com doença grave e seus familiares.
 4. Demonstrar liderança guiada por princípios de ética, justiça social, equidade e firmeza moral no avanço dos CP de qualidade.
 5. Envolver-se em parcerias estratégicas com colegas interprofissionais e comunidade para influenciar políticas e atividades de melhoria de qualidade relacionadas a CP.
 6. Contribuir para o desenvolvimento e tradução de CP baseados em evidências em ambientes clínicos, administrativos e acadêmicos.
 7. Usar habilidades avançadas de comunicação em cuidados paliativos com pacientes, familiares e membros da equipe conforme apropriado para a área funcional da prática de enfermagem e o contexto profissional.
 8. Promover a prestação de cuidados que apoiem a avaliação holística e o manejo da dor e demais sintomas comuns em doenças graves em todo o escopo da prática.
 9. Colaborar com os membros da equipe de saúde para coordenar CP centrados no paciente e focados na família em ambientes culturalmente sensíveis.
 10. Consultar serviços especializados para questões complexas de CP que excedam a área funcional de prática e preparo educacional.
 11. Defender ambientes de cuidado que garantam a dignidade do paciente e família durante o processo de morrer e após a morte por meio de cuidados de fim de vida compassivos.
 12. Contribuir para um ambiente que promova o bem-estar para si, pacientes, famílias, e membros da equipe, para lidar com o sofrimento, luto e perda.
-

Fonte: Adaptado de LIPPE *et al.* (2022); tradução própria.

A *European Association for Palliative Care* (EAPC) também definiu os constituintes centrais e as competências essenciais para todos os profissionais em CP (Gamondi; Larkin; Payne, 2013). Conforme este documento, são constituintes centrais autonomia, dignidade, interrelação entre pacientes e profissionais, qualidade de vida, posicionamento em relação às questões de vida e morte, comunicação, educação permanente, abordagem multiprofissional e atuação na perda e luto. As competências essenciais são:

- a) usar os princípios dos CP nos ambientes em que estão os pacientes e familiares;
- b) aumentar o conforto físico do paciente durante a trajetórias da doença;
- c) atender às necessidades psicológicas, sociais e espirituais dos doentes;
- d) atender as necessidades dos familiares/cuidadores quanto aos objetivos do cuidado a curto, médio e longo prazo;
- e) participar do desafio da tomada de decisão clínica e ética em CP;
- f) implementar uma coordenação abrangente do trabalho em equipe interdisciplinar em todos os contextos;
- g) desenvolver habilidades interpessoais e de comunicação adequadas;
- h) buscar continuamente o desenvolvimento profissional e o autoconhecimento.

As competências específicas para o Enfermeiro Paliativista foram inicialmente propostas por Hökkä *et al.* (2021), e, posteriormente, ampliadas pelo Comitê de Enfermagem da ANCP (Firmino; Trotte; Silva, 2022) e compreendem:

- a) competências relacionadas ao papel profissional da(o) enfermeira(o) e liderança:
 - Competência para manter-se atualizado,
 - Competência para assessorar colegas,
 - Competências clínicas alargadas (amplas),
- b) competências psicossociais e espirituais:
 - Competência para dar suporte ao doente e família,
 - Competência para gerenciar necessidades sociais e espirituais,
- c) competências para colaborar com paciente, família e equipe:
 - Competência em interações sociais,
 - Atitudes e autoconsciência de colaboração com pacientes e famílias,

- Competência para colaborar com médicos e equipe de saúde,
- Competência no aconselhamento do paciente,

d) competências ético-legais:

- Competência nos aspectos legais,
- Competência em advocacia (dar informação realistas, dar suporte na tomada de decisão, responder prontamente às preocupações e advogar por pessoas que podem se beneficiar dos CP),
- Competência em aspectos éticos, incluindo tomada de decisão ética,

e) competências na comunicação e questões culturais:

- Competência para encontrar (enxergar, alcançar) a pessoa individualmente,
- Competência para comunicar-se efetivamente,
- Competência para falar sobre questões difíceis,
- Competência cultural em CP,

f) competências clínicas:

- Conhecimentos e habilidades essenciais em CP,
- Competência para o manejo (gerenciar/cuidar) da dor e de outros sintomas, incluindo sedação paliativa,
- Conhecimento sobre outras condições,
- Competência no planejamento de cuidado,

g) competências relacionadas ao papel de educador:

- Competência para educar o doente, família e comunidade,
- Competência para atuar como educador da equipe de enfermagem e da equipe multiprofissional,

h) competências para entender os preceitos fundamentais da prática baseada em evidência:

- Competência para reconhecer o tripé da prática baseada em evidência: os dados científicos, a preferência do doente, a disponibilidade de recursos humanos e materiais,
- Competência para acessar a literatura científica e identificar a melhor evidência,
- Competência para tomar decisões sobre cuidados baseadas nas melhores evidências disponíveis,

i) competências para entender os preceitos fundamentais da pesquisa:

- Competência para compreender estudos científicos e diferenciar os de melhor qualidade,
- Competência para participar de estudos científicos.

Segundo Suikkala *et al.* (2021) as perspectivas de médicos e enfermeiros sobre as competências necessárias para a atuação em CP são:

- a) competências em CP em todos os níveis de cuidados na saúde e em serviços de bem-estar social: competência em CP em ambientes e saúde, domiciliares e hospitalares, ambulatoriais e especializados, bem como para integração de serviços de CP com unidades de cuidados agudos; competência para trabalho em equipe multidisciplinar;
- b) competência em CP individualizados: equidade, respeito à dignidade humana e à autodeterminação; oferta de CP em doenças oncológicas e não-oncológicas; manejo de sintomas; planejamento avançado de cuidados; uso de tecnologias em saúde aplicadas aos CP;
- c) competência de cuidado centrado na pessoa: propiciar e respeitar os encontros com os pacientes e seus entes queridos; apoio psicossocial aos pacientes e familiares/cuidadores; sensibilidade cultural e religiosa;
- d) desenvolvimento de competências sistemáticas em CP: atualização contínua nos requisitos e demandas em CP.

Para a atuação com competência é imperativo a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades e atitudes.

Considera-se como ponto inicial para uma boa assistência, a excelência na aplicação dos conhecimentos adquirida por meio das bases educacionais, entretanto, em se tratando da educação em enfermagem, observa-se que, no processo de formação do profissional há uma expressiva escassez de discussões referentes às etapas do desenvolvimento assistencial nos CP, culminando em uma assistência pouco qualificada (Vasconcelos; Santana; Silva, 2012).

No entanto, os conhecimentos, habilidades e atitudes permeiam todas as competências necessárias para a boa prática assistencial de enfermagem em CP. Dessa forma, é imperativo acessar as tais características dos profissionais e, ainda mais, oferecer educação permanente no sentido de aprimorá-las.

A mensuração eficaz do conhecimento é um componente importante tanto da educação quanto da prática de enfermagem. Essa mensuração pode servir a uma variedade de propósitos, incluindo a avaliação das necessidades de aprendizagem e de programas e serviços. Dada a crescente influência dos serviços de CP na prestação de cuidados compassivos e competentes a uma proporção crescente de consumidores de cuidados de saúde, é crucial que educadores e administradores tenham à disposição um método para mensurar as necessidades de aprendizagem dos prestadores de cuidados, para fornecer instruções e determinar os resultados de programas educacionais visando aumentar o conhecimento da prática de CP (Ross; McDonald; McGuinness, 1996).

Há diversas escalas com o objetivo de avaliar a atuação da equipe de enfermagem em CP – conhecimentos, atitudes, habilidades, qualidade do cuidado, espiritualidade, aspectos culturais, dentre outros – tais como: *The End-of-Life Professional Caregiver Survey* (EPCS), *End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan Core Quis* (ELNEC-J-QC), *End-of-Life Questionnaire* (EOL-Q), *Palliative Care Nursing Self-Competence Scale* (PCNSC), *Palliative Care Quiz for Nurses* (PCQN), *Palliative Care Knowledge Test* (PCKT), *Nurses Core Competences in Palliative Care* (NCPC), algumas já traduzidas e validadas no Brasil (Soikkeli-Jalonen *et al.*, 2020).

Um estudo foi conduzido para verificar os conhecimentos de profissionais de enfermagem em CP, por meio do questionário PCQN. A maioria dos acertos ocorreu nos domínios de *Filosofia e Princípios* e *Controle de Sintomas* (67,23% e 64,03%, respectivamente), com percentual bem menor em relação aos *Aspectos Psicossociais* (41,89%), indicando a necessidade de reforçar estes conteúdos nos programas de formação, focando em outros aspectos além de conceitos básicos e manejo de sintomas (Martínez-Sabater; Chover-Sierra; Chover-Sierra, 2021).

Participantes com formação e/ou experiência em CP obtêm maiores percentuais de acertos. A cada ano de experiência, aumenta em 3% a chance de o profissional atingir conhecimento significativo na área, o que reforça a importância do conhecimento adquirido no ambiente de trabalho. No entanto, esse conhecimento requer uma base teórica que a fundamenta (Martínez-Sabater; Chover-Sierra; Chover-Sierra, 2021).

Embora existam muitas ferramentas para testar as atitudes dos profissionais de enfermagem em relação à própria morte, apenas uma foi encontrada para avaliar

especificamente as atitudes em relação ao cuidado de doentes terminais e suas famílias (Frommelt, 1991), a qual foi recentemente traduzida e validada no Brasil a escala *Frommelt Attitude Toward and Care of the Dying Scale Form B* (FATCOD-B) (Antunes, 2023; Santos *et al.*, 2025).

Por meio dessa escala, observou-se que, além de características dos indivíduos como sexo, idade religião, a educação prévia sobre finitude, experiências com perdas e com a terminalidade influenciam nas atitudes dos profissionais de saúde no cuidado a pacientes em CP, indicando que esses profissionais devem ser capacitados para fornecer cuidado adequado a esses pacientes e seus familiares/cuidadores (Antunes, 2023).

2.5 EDUCAÇÃO CONTINUADA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Atualmente, espera-se que todos os profissionais de enfermagem, independentemente dos locais onde trabalham, compreendam a abordagem dos CP desde sua formação básica (Chen *et al.*, 2022).

Devido ao papel que desempenham no cuidado e na vida de seus pacientes, bem como ao fato de que o cuidado holístico e compassivo está no cerne da prática de enfermagem, esses profissionais devem assumir um papel ativo em CP e FFV (Mason; Derubeis; Hesseltine, 2021).

Estudos afirmam que o conhecimento deficiente sobre CP associado à formação em enfermagem pode ser decorrente da ausência do tema na grade curricular dos cursos (Santos *et al.*, 2022).

A formação dos profissionais de enfermagem em CP no Brasil é limitada e precisa ser ampliada, incluindo conteúdos teórico-práticos na graduação. Em estudo recente no país, estudantes de enfermagem destacaram uma carência de abordagem durante a graduação, sendo a experiência em projetos de extensão o principal meio de contato com o tema. A inclusão de disciplinas específicas e metodologias ativas pode preencher lacunas e preparar os futuros profissionais para assistência na área (Gomes *et al.*, 2025).

Uma vez que os CP nem sempre estão incluídos na educação formal de enfermagem, o acesso à ES é fundamental (Campos *et al.*, 2022). A maioria dos profissionais de enfermagem em todo o mundo refere aquisição de conhecimentos em CP por meio de cursos de EC ou pós-graduação, sendo a educação universitária

ainda deficiente na capacitação dos profissionais (Martínez-Sabater; Chover-Sierra; Chover-Sierra, 2021).

A necessidade de EC em CP e FFV é reconhecida de longa data, devido ao fato constatado de que a educação em enfermagem não acompanhou as mudanças sociais em relação aos doentes terminais (Frommelt, 2003). A importância da EC é tamanha, que é um dos constituintes centrais dos CP para todas as profissões (Gamondi; Larkin; Payne, 2013).

Os profissionais podem ter acesso a diferentes programas de formação continuada em CP, conforme seus interesses pessoais e profissionais, sendo necessários treinamento e atualização permanentes (Martínez-Sabater; Chover-Sierra; Chover-Sierra, 2021). No entanto, muitos são os obstáculos para o acesso a essa ferramenta, tais como restrições de tempo (decorrente principalmente da alta carga de trabalho e insuficiente dimensionamento de pessoal), e limitação de recursos no sistema de saúde (Campos *et al.*, 2022).

Para oportunizar treinamento para as equipes em serviço, os ambientes de trabalho devem facilitar o acesso à EC por meio de recursos educacionais (telementoria, videoconferência ou simulações) e relações acadêmico-práticas, com ofertas flexíveis, permitindo que as equipes acessem os recursos sob demanda, independentemente de sua localização ou horário de trabalho (Campos *et al.*, 2022).

Estratégias como simulações baseadas em cenários de baixa fidelidade, fora dos ambientes tradicionais de sala de aula, podem proporcionar aprendizagem experiencial e ativa e desempenhar importante papel no desenvolvimento do conhecimento, mesmo com profissionais experientes (Lancaster *et al.*, 2017), sendo uma boa estratégia a se adotar em programas de EC.

O conteúdo de CP deveria ser incluído nas atualizações institucionais obrigatórias anuais, juntamente com as certificações básicas de suporte de vida em cardiologia, incêndio e segurança. Além disso, os currículos das escolas de enfermagem devem garantir que os CP estejam interligados aos programas, para que todos os profissionais formados tenham uma sólida compreensão destes preceitos (Mason; Derubeis; Hesseltine, 2021).

A literatura sugere que a compreensão dos enfermeiros sobre a filosofia dos CP não acompanhou o crescimento de 125,8% dos programas de CP (Mason; Derubeis; Hesseltine, 2021). Sendo assim, a EC deve contemplar aspectos além dos cuidados básicos de enfermagem e do manejo de sintomas, proporcionando uma

compreensão mais sólida das questões legais, éticas e sociais que envolvem a tomada de decisões, (Lancaster *et al.*, 2017).

Dessa forma, embora abordar o conhecimento e o conforto com os preceitos dos CP seja importante, uma cultura que se concentra no tratamento em detrimento do cuidado centrado no paciente continuará a impedir iniciativas precoces de CP. O foco na maioria dos países e serviços atualmente ainda é tratar doenças com foco na cura, enquanto as necessidades holísticas do paciente e da família são secundárias (Mason; Derubeis; Hesseltine, 2021).

A educação desempenha um papel positivo nas atitudes dos profissionais em relação ao cuidado do paciente terminal e pode melhorar significativamente a capacidade desses profissionais de discutir e defender os CP precoces para seus pacientes (Mason; Derubeis; Hesseltine, 2021). Isso ressalta a necessidade de oportunidades de aprendizagem aprimoradas e de baixo custo em países em desenvolvimento (Lancaster *et al.*, 2017).

3 OBJETIVOS

Os objetivos do presente estudo são avaliar os conhecimentos e atitudes de profissionais de enfermagem frente aos cuidados paliativos e à pacientes em familiares em finitude, bem como os fatores capazes de influenciar e a evolução desses conhecimentos e atitudes após um programa de educação em serviço.

3.1 GERAL

Avaliar os conhecimentos em CP e as atitudes frente a pacientes e seus familiares/cuidadores em FFV, de profissionais de enfermagem que atuam em enfermarias que prestam atendimento a pacientes com doenças crônicas e ameaçadoras à vida de um hospital público e de ensino, antes e depois de um Programa de Educação em Serviço (PES).

3.2 ESPECÍFICOS

- a) Elaborar um PES em CP (PES-CP) para os profissionais de enfermagem dos setores em estudo;
- b) Avaliar os dados sociodemográficos, de formação e de experiência profissional e as experiências pessoais com a finitude desses profissionais;
- c) Avaliar os conhecimentos prévios em CP das equipes de enfermagem antes do PES-CP;
- d) Avaliar as atitudes dos profissionais de enfermagem em relação aos cuidados com pacientes terminais e seus familiares/cuidadores antes do PES-CP;
- e) Avaliar a influência das características sociodemográficas, de formação, de experiência profissional, e pessoal com a finitude nos conhecimentos dos profissionais;
- f) Avaliar a influência das características sociodemográficas, de formação, de experiência profissional, e pessoal com a finitude nas atitudes dos profissionais;
- g) Avaliar a evolução dos conhecimentos em CP dos profissionais após o PES-CP;

- h) Avaliar mudanças nas atitudes dos profissionais frente a pacientes em terminalidade e seus familiares/cuidadores após o PES-CP;
- i) Produzir uma aula com os conteúdos abordados no PES-CP e disponibilizar para acesso aberto aos profissionais de todo o hospital, na plataforma de conteúdo institucional, em canal oficial no YouTube, enviando o link para acesso no e-mail institucional dos mesmos.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Neste capítulo será apresentada a metodologia de desenvolvimento da pesquisa, incluindo o desenho do estudo, local de realização e população de interesse, bem como os aspectos técnicos e éticos do seu desenvolvimento.

4.1 DESENHO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo quase experimental, do tipo antes e depois de uma intervenção, analítico e quantitativo, baseado no checklist TREND (Des Jarlais *et al.*, 2004). Foi realizado o modelo intra-sujeito, no qual não há randomização ou grupo controle e o mesmo participante é avaliado antes e após uma intervenção (Polit; Beck, 2019).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado nas enfermarias da Unidade de Clínica Médica (UCM), e da Unidade do Sistema Neurológico Neurologia (USN), do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), um hospital público e de ensino com 302 leitos, referência para a média e alta complexidade do SUS da macrorregião Triângulo Sul de Minas Gerais, de cerca de um milhão de pessoas residentes em 27 municípios. As enfermarias da UCM e da USN têm 36 e 15 leitos, respectivamente, sendo os locais onde se internam pacientes clínicos, com doenças crônicas ameaçadoras à vida, em cuidados prolongados e CP no HC-UFTM (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2020).

Além da relevância assistencial, o HC-UFTM é certificado como Hospital de Ensino, além de importante centro de ensino e pesquisa. Disponibiliza ambiente de treinamento prático e estágio para cursos técnicos e de graduação da UFTM, em especial na área da saúde – medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia, serviço social - além de oferecer cursos de pós-graduação *stricto sensu* e *lato sensu*, inclusive nas modalidades de residência médica e multiprofissional (EBSERH, 2020).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram convidados a participar do estudo todos os profissionais das equipes de enfermagem da UCM e da USN.

4.3.1 Critérios de inclusão

Ser profissional de enfermagem ativo e presente nos setores elencados nos momentos das intervenções.

4.3.2 Critérios de exclusão

- a) Profissionais lotados em outros setores de internação que estavam transitoriamente nos setores de estudo nos momentos das intervenções;
- b) Profissionais que estavam em transferência intersetorial ou interinstitucional a ser concretizada antes da finalização de todas as etapas do estudo;
- c) Pessoas da equipe de enfermagem presentes no setor nos momentos de intervenção que não tem vínculo permanente com o HC-UFTM (alunos de cursos técnicos ou de graduação, indivíduos em trabalho voluntário, dentre outros);
- d) Profissionais dos setores envolvidos que estavam ausentes do local por qualquer motivo – férias, afastamentos - durante as intervenções.

4.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Três instrumentos foram utilizados: questionários de dados pessoais – sociodemográficos, profissionais, de formação, de experiência laboral e pessoal com a finitude -, elaborado pela autora, PCQN e FATCOD-B, os últimos traduzidos e validados para o português do Brasil.

4.4.1 Dados pessoais - variáveis sociodemográficas, formação e experiência profissional e pessoal com a terminalidade

Para caracterizar os participantes quanto às variáveis demográficas, de formação e de experiência profissional e pessoal com a terminalidade foi usado um instrumento semiestruturado com 26 questões (APÊNDICE A) composto das seguintes variáveis:

- a) Características sociodemográficas: gênero, idade, cor da pele autodeclarada, religião, estado civil se mora sozinho ou não e a presença e o número de filhos;
- b) Características profissionais: nível profissional, setor e turno de trabalho, tempo de experiência profissional total e no setor, se trabalha em outro local com CP, nível de escolaridade e área de pós-graduação, se houver;
- c) Capacitação em CP: abordagem teórica do tema durante os cursos técnicos ou de graduação; participação em cursos ou eventos específicos da área; autopercepção de capacidade para atuar na área;
- d) Experiência profissional e pessoal com CP e finitude: se possui experiência profissional em CP e em qual nível de atenção - hospitalar, domiciliar, ambulatorial, ILP ou outros; experiência com perdas de entes queridos, qual o vínculo e a quanto tempo; tranquilidade para abordar o tema da finitude no círculo pessoal e profissional.

4.4.2 Conhecimentos em Cuidados Paliativos

Para avaliar os conhecimentos dos profissionais em CP, foi utilizado o questionário PCQN, versão traduzida e validada para o Brasil (Mello, 2020) (ANEXO A).

O PCQN foi escolhido como ferramenta para avaliar os conhecimentos dos profissionais de devido à sua facilidade, rapidez e possibilidade de autoaplicação, por incluir perguntas sobre diferentes áreas dos CP e por ter sido adaptada, traduzida e validada para diferentes idiomas (Carrol *et al.*, 2005; Chover-Sierra; Martínez-Sabater; Lapeña-Moñux, 2017a; Etafa *et al.*, 2020; Iranmanesh *et al.*, 2014; Kassa *et al.*, 2014; Mello, 2020; Zeru *et al.*, 2020) mantendo a eficiência (Chover- Sierra; Martínez-Sabater; Lapeña-Moñux, 2017b). É uma ferramenta popular que

tem sido utilizada em uma variedade de contextos como cuidados intensivos, ambulatoriais, enfermarias clínicas, atenção primária, cuidados domiciliares e de longa duração, pediatria (KNAPP *et al.*, 2009), além da avaliação de estudantes de diversos níveis (Ross; McDonald; McGuinness, 1996).

O instrumento original foi desenvolvido por Margareth Ross no Canadá em 1996 (Ross; McDonald; McGuinness, 1996), com o objetivo de avaliar os conhecimentos de enfermeiros acerca de CP. É composta por 20 questões de múltipla escolha – verdadeiro, falso, não-sabe – subdividida em 3 subescalas temáticas – *Filosofia e princípios dos cuidados paliativos* (questões 1, 9, 12 e 17), *Controle da dor e outros sintomas* (questões 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 16, 18 e 20) e *Aspectos psicossociais dos cuidados paliativos* (questões 5, 11 e 19) (Mello, 2020). Esses 20 itens referem-se a um conhecimento aplicável em ambientes clínicos e podem ser submetidos tanto a estudantes quanto a enfermeiros profissionais. (Ross; McDonald; McGuinness, 1996).

A resposta “não sabe” tem por objetivo distinguir entre não saber a resposta ou ter uma compreensão incorreta da afirmativa, além de reduzir o risco de os participantes darem um palpite (Adriaansen; Van Achterberg, 2004).

Se a resposta do participante estiver errada ou se for assinalada a opção “não sei” é pontuado zero. Se a resposta estiver correta, vale um ponto, de tal forma que a escala varia de zero a 20 pontos, e as notas mais altas indicam um maior nível de conhecimentos em CP. Ademais, cada item se correlaciona individualmente com a pontuação total do PCQN e dessa forma também reflete o nível de conhecimento do indivíduo na área (Mello, 2020; Ross; McDonald; McGuinness, 1996).

Os pontos de corte podem variar entre os artigos (Gupta *et al.*, 2023; Toqan *et al.*, 2023), mas no original, bem como na versão traduzida e validada para o Brasil corresponde à 50%, podendo ser apresentados em percentual de acertos ou número de pontos (Mello, 2020; Ross; McDonald; McGuinness, 1996), de tal forma que uma pontuação total menor do que 10 indica um nível baixo ou insuficiente de conhecimentos e maior ou igual a 10 um nível alto ou suficiente (Mello, 2020). Dessa forma, os pontos de corte para as subescalas de *Filosofia e princípios*, *Manejo de sintomas* e *Aspectos psicossociais* são 2,0, 6,5 e 1,5 pontos, respectivamente (Toqan *et al.*, 2023).

Além de mensurar o conhecimento acerca dos CP, o PCQN também tem por objetivo estimular a discussão e desenvolver os CP e identificar concepções

errôneas acerca do tema nos profissionais de enfermagem (Ross; McDonald; McGuinness, 1996), além de poder servir de base para desenvolvimento de materiais educacionais específicos para as populações avaliadas mediante os resultados obtidos (Mason; Derubeis; Hesseltine, 2021) e avaliar a evolução do conhecimento gerado por meio de programas de treinamento e estudos de intervenção com delineamento pré-teste-pós-teste (Martínez-Sabater; Chover-Sierra; Chover-Sierra, 2021).

4.4.3 Avaliação das atitudes dos profissionais frente a pacientes e familiares/cuidadores em situação de terminalidade

Para avaliar as atitudes dos profissionais em relação aos pacientes e seus familiares/cuidadores em fim de vida foi utilizada a escala FATCOD-B versão traduzida e validada para o Brasil (Antunes, 2023; Santos *et al.*, 2025), (ANEXO B).

A escala FATCOD foi criada por Katherine Helen Murray Frommelt em 1989 para ser utilizada em estudantes de enfermagem (Frommelt, 1991) e posteriormente atualizada pela mesma autora para sua versão B – FATCOD-B (Frommelt, 2003), para que pudesse ser aplicada em estudantes de outras áreas de saúde. Foi considerada uma ferramenta válida, confiável e aceitável para avaliação de atitudes em relação aos cuidados de fim de vida, sendo aplicada em 37 países, e utilizada em profissionais e estudantes de diversas áreas da saúde, incluindo enfermagem, medicina, fisioterapia, serviço social (Alkhamees *et al.*, 2023; Alshehri *et al.*, 2023; Antunes, 2023; Frommelt, 2003; Herrero-Hahn *et al.*, 2022; Vu *et al.*, 2019). O instrumento validado e traduzido para o português do Brasil foi solicitado aos autores, que permitiram a aplicação e desenvolvimento deste estudo (Antunes, 2023) (ANEXO C – e-mail da autorização).

O instrumento é composto por 30 questões do tipo Likert, com 5 opções de resposta e pontuação variando de 1 a 5, de modo que a pontuação total varia de 30 a 150, com os escores mais altos associados a atitudes mais positivas. Contempla itens positivos (1, 2, 4, 10, 12, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 30) e negativos/invertidos (3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 17, 19, 26, 28 e 29), para os quais a interpretação das respostas deve ocorrer inversamente aos demais (Frommelt, 2003). Os itens positivos são pontuados como: 1 = discordo totalmente, 2 = discordo, 3 = incerto, 4 = concordo, 5 = concordo totalmente. Itens negativos são

pontuados como: 1 = concordo totalmente, 2 = concordo, 3 = incerto, 4 = discordo, 5 = discordo totalmente (Gupta; Pruthi; Singh, 2024).

A FATCOD foi idealizada para ser aplicável ao cuidado de qualquer pessoa em estado terminal, independentemente da idade e no seu delineamento alguns itens foram provenientes de experiências pessoais com pessoas em estado terminal e de preocupações expressas por enfermeiros que participaram de diversas oficinas apresentadas pelo pesquisador sobre o tema da morte e do morrer (Frommelt, 1991).

Os pontos de corte variam nos diversos estudos, podendo ser apresentados em número de pontos ou valores percentuais, mas em geral, valores abaixo de 50% do total são interpretados como atitudes negativas (Etafa *et al.*, 2020; Gupta; Pruthi; Singh, 2024; Vu *et al.*, 2019).

O instrumento original (Frommelt, 1991; Frommelt, 2003), sua versão resumida (Browall *et al.* 2021) bem como a versão brasileira (Antunes, 2023; Souza *et al.*, 2025) são unidimensionais, mas diversos autores, em seus processos de adaptação, tradução e validação, modificaram ou eliminaram itens, além de subdividir a escala em domínios, variando de dois a no máximo sete (Akbolat; Ünal; Karakaya, 2022; Edo-Gual *et al.*, 2018; Herrero-Hahn *et al.*, 2022; Mastroianni *et al.*, 2015; Sadowska; Krzykwa; Czarkowska-Pączek, 2023; Serra, 2012; Wang *et al.*, 2018).

4.5 Programa de Educação em Serviço em Cuidados Paliativos

Inicialmente, foi solicitada à Divisão de Enfermagem (DENF) do HC-UFTM, a lista de profissionais lotados na UCM e na USN para cálculo amostral e construção do PES-CP.

Em seguida, o PES-CP foi apresentado à DENF e ao Serviço de Educação em Enfermagem (SEE), bem como às chefias e Responsáveis Técnicas (RT) em enfermagem da UCM e USN. Mediante a comprovação da relevância e aprovação pelas mesmas, e aprovação do projeto de pesquisa pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC-UFTM (CEP-HF- UFTM) (ANEXO D), foi organizado o cronograma para realização das aulas em conjunto com o SEE e as RT dos setores contemplados.

O conteúdo programático da PES-CP foi desenvolvido mediante busca na literatura especializada - Manual de CP da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2021) (Castilho; Silva; Pinto, 2021), manual de CP do Ministério da Saúde em parceria com o Hospital Sírio-Libanês (BRASIL, 2023a) e na literatura vigente (Lancaster *et al.*, 2017; O'shea; Mager, 2019) contemplando conteúdos essenciais ao tema e demandas específicas identificadas por meio de consulta aos profissionais e gestores dos setores participantes. As aulas foram elaboradas e seu conteúdo validado junto a especialistas na temática e pelas enfermeiras do SEE e realizadas através de apresentação expositiva em *Microsoft Power Point®*, utilizando a metodologia participativa e dialógica, com o objetivo de permitir a troca de experiências, abordagem de dúvidas e discussão das questões levantadas sobre o tema pelos participantes.

4.5.1 Conteúdos abordados na primeira aula

A primeira aula (APÊNDICE B) de autoria de Barros, 2025, foi elaborada e validada por especialistas e teve por objetivo abordar temas essenciais em CP, tais como conceitos, princípios, controle de sintomas:

- a) Conceito e princípios de CP;
- b) Importância do tema para os profissionais de saúde;
- c) A relação de CP com tratamento modificador da doença;
- d) A importância da assistência multiprofissional;
- e) Controle dos principais sintomas físicos (dor, náuseas e vômitos, constipação e dispneia);
- f) Principais sintomas psíquicos (ansiedade, depressão e *delirium*);
- g) Aspectos sociais mais comuns;
- h) Espiritualidade;
- i) Cuidados com o paciente e familiares/cuidadores no fim de vida;
- j) Comunicação;
- k) Apresentação e divulgação dos serviços de CP disponíveis no HC-UFTM.

4.5.2 Conteúdos abordados na segunda aula

A segunda aula (APÊNDICE C) teve por objetivo aprofundar em temas mais complexos,

como o papel do profissional de enfermagem no cuidado de pacientes terminais e famílias enlutadas, compreensão das perspectivas legais que permeiam os cuidados de fim de vida, diretivas antecipadas de vontade e tomada de decisão,

problemas e desafios nos cuidados de fim de vida e conceitos avançados em CP e FFV:

- a) Finitude;
- b) O conceito de morte;
- c) Atitudes dos cuidadores e dos profissionais de saúde frente à morte;
- d) Características dos profissionais que interferem na qualidade do cuidado e na significação;
- e) Percepções acerca da boa morte e a Teoria do Final de Vida Pacífico (REF);
- f) Os principais arrependimentos das pessoas em final de vida (REF);
- g) Revisão do conceito e dos princípios dos CP e da integração com os tratamentos modificadores do curso das doenças;
- h) A importância dos CP para a enfermagem e da enfermagem para os CP;
- i) Competências e atitudes da enfermagem para a prestação de CP de qualidade;
- j) O Modelo Teórico de Práticas de Cuidar de Enfermagem no Contexto dos CP (REF);
- k) Intervenções de enfermagem com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) em CP (REF);
- l) Importância das habilidades de comunicação e algumas ferramentas úteis;
- m) Conceito de bioética, aspectos éticos e legais, legislação acerca de cuidados de fim de vida e CP;
- n) PNCP 2024;
- o) Cuidados proporcionais;
- p) Temas sensíveis em CP;
- q) Cuidado da equipe assistencial.

4.5.3 Roda de conversa

No intuito de proporcionar aos participantes uma metodologia de aprendizagem ativa e experiencial no contexto do ambiente assistencial e suas particularidades, ao final da segunda aula foi realizada roda de conversa mediante avaliação e condução de um caso clínico complexo, com diversos momentos para reflexão e tomada de decisão (Lancaster *et al.*, 2017) (APENDICE D).

4.6 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

O período total de realização de coleta de dados foi de 10/06/2024 a 08/10/2024.

Foram realizadas reuniões com as pesquisadoras, a enfermeira responsável pelo SEE e as RT de enfermagem da UCM e da USN para elaboração do cronograma das aulas, que ocorreram durante o expediente de trabalho dos profissionais, nos três turnos (manhã, tarde e noite), em sala reservada dentro do próprio hospital, próxima aos setores envolvidos, com recursos multimídia.

Para possibilitar a participação do maior número possível de profissionais, devido às folgas, afastamentos e à impossibilidade de saída simultânea de vários profissionais dos setores, foram necessários vários encontros. Sendo assim, as equipes foram fracionadas em pequenos grupos, mediante escala de participação elaborada pelas RT, permitindo que os profissionais participassem das aulas sem prejuízos de suas atividades laborais. Tal escala era informada aos colaboradores pelas próprias RT e disponibilizada em local visível, de forma que o próprio participante e os demais colegas de equipe já tinham ciência da data, horário e local acordados, dirigindo-se ao mesmo no momento agendado, onde as pesquisadoras encontravam-se preparadas para ministração das aulas.

As aulas foram ministradas por pesquisadora médica, especialista e com experiência profissional em Clínica Médica, Cuidados Paliativos e Reumatologia, Mestre em Ciências da Saúde pela própria instituição e se iniciavam apenas quando a turma estava completa, com a presença de todos os profissionais escalados, para que todos tivessem acesso total aos conteúdos ministrados. O número de participantes por turma variou, tanto na primeira quanto na segunda aula, de dois a

oito profissionais, com média de 4,47 e desvio padrão (DP) de $\pm 1,66$ e de $4,26/\pm 2,50$ participantes, respectivamente.

4.6.1 Primeira intervenção

Antes da ministração da primeira aula, todos os profissionais foram convidados a participar da realização do estudo. Foram informados que a participação era voluntária e a recusa em participar não inviabilizaria sua participação no PES-CP, que seria oferecido a todos os profissionais, independentemente de estarem participando ou não do estudo e não acarretaria nenhum tipo de prejuízo profissional ou administrativo ao colaborador, além da possibilidade de se retirar do estudo a qualquer momento que desejassem. Aceitando participar, os profissionais preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO E), sendo incluídos no mesmo.

Todos os profissionais aceitaram o convite. Dessa forma, ao assinar o TCLE receberam os três questionários para serem preenchidos – dados pessoais, PCQN e FATCOD-B - em um tempo médio de cerca de 40 minutos. Quando o último participante finalizava os questionários, dava-se início à aula expositiva dialogada, com cerca de 30 minutos de duração.

Foram realizadas 18 aulas no período de 10/06/2024 a 19/06/2024, contemplando os turnos matutino, vespertino, diurnos e noturnos pares e ímpares, com a participação de 82 profissionais ao todo. Nove profissionais preenchiam os critérios de exclusão, sendo que destes, um pertencia a outro setor de trabalho e estava em plantão de cobertura na UCM e os demais estavam em processo de transferência interinstitucional a ser concluído nas semanas seguintes, não sendo elencados para participar do estudo, permanecendo um total de 73 participantes ao final da primeira intervenção.

4.6.2 Segunda intervenção

Após seis semanas da primeira aula foi realizada a segunda, ministrada pela mesma pesquisadora, que consistiu em aula expositiva dialogada de cerca de 40 minutos de duração, seguida, após um breve intervalo de cerca de 10 minutos, de uma roda de conversa com duração média de 20 minutos, através da discussão de

um caso clínico e seus desdobramentos. O caso clínico apresentava 5 momentos de reflexão, tendo por base os aspectos técnicos, éticos, legais e humanísticos dos CP abordados nas aulas teóricas, nos quais todos os profissionais foram provocados a participar e opinar, aprofundando-se nas discussões, reforçando os conhecimentos adquiridos e abordando as dúvidas cotidianas e eventuais.

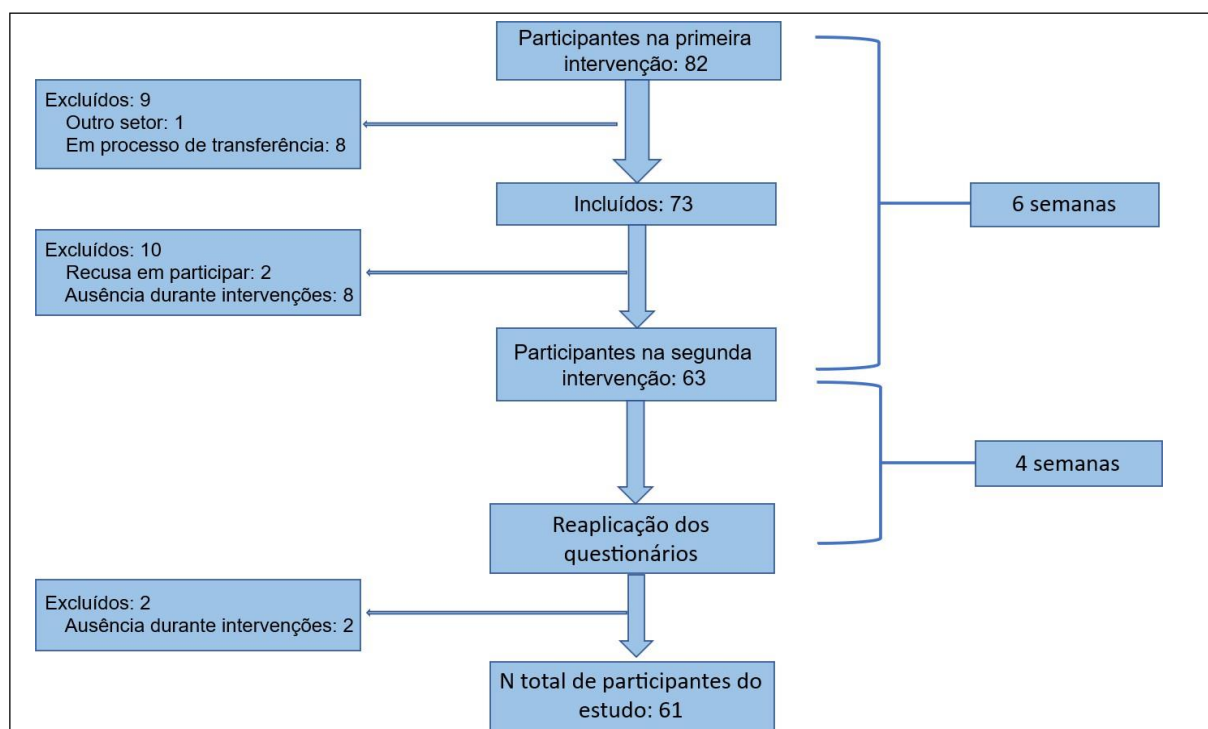
Nessa etapa foram realizados 15 encontros, no período de 05/08/2024 a 21/08/2024, com a participação de 63 profissionais. Dos 73 participantes na primeira etapa, 10 foram excluídos - dois se recusaram a participar das aulas em mais de três oportunidades, e oito encontravam-se ausentes por motivo de férias ou afastamentos, por tempo superior ao período da realização dos encontros.

4.6.3 Reaplicação dos questionários

Após em média quatro semanas da segunda intervenção, a pesquisadora compareceu na UCM e na USN nos diversos turnos de trabalho no período de 20/09/2024 a 08/10/2024 para reaplicar os dois questionários pós-intervenções – PCQN e FATCOD-B. Os funcionários foram informados novamente de que sua participação seria voluntária, podendo retirar-se do estudo a qualquer momento e recusar-se a preencher os questionários se assim o desejassem, bem como reforçou-se o sigilo com os dados pessoais dos mesmos, os quais eram indicados por meio de código numérico. Os questionários eram deixados com os participantes no início do turno de trabalho e recolhidos no mesmo dia ao final do turno. Caso o profissional não conseguisse preenchê-lo, eram reapresentados no próximo dia de trabalho do colaborador.

Dos 63 participantes, dois foram excluídos por não estarem presentes nos diversos momentos da reaplicação dos questionários, sendo um por afastamento e outro por férias, restando 61 participantes. Dessa forma, a taxa de respostas foi de 96,8%. O poder estatístico alcançado foi de 86,8%, considerando um tamanho amostral de 59 participantes e nível de significância de 0,05.

Figura 1 - Distribuição do número de participantes durante as etapas do estudo



Fonte: elaboração própria, 2025.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os questionários foram codificados no momento da tabulação dos dados, garantindo assim o sigilo das informações dos participantes. Os dados foram duplamente digitados em uma planilha do Excel® e validados com dois pesquisadores para avaliar possíveis erros de digitação. Posteriormente, foram transportados e analisados por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* IBM®SPSS® versão 23.0.

A caracterização dos participantes foi analisada por meio de variáveis sociodemográficas, como sexo, idade e variáveis relacionadas à formação e a profissão, como escolaridade, setor de trabalho, anos de experiência na profissão, além de sua capacitação e experiência profissional e pessoal com os CP e a terminalidade.

Os conhecimentos em CP dos participantes, bem como suas atitudes prévias frente a pacientes e familiares em fim de vida foram analisados por meio da pontuação nos questionários PCQN e FATCOD-B, respectivamente, antes do início das aulas. A pontuação obtida foi correlacionada com os dados pessoais no intuito

de averiguar se os mesmos teriam influência nos conhecimentos e atitudes dos participantes.

A evolução nos conhecimentos em CP e nas atitudes frente à terminalidade dos profissionais foram avaliadas através da comparação entre a pontuação nos questionários PCQN e FATCOD-B aplicados pré e pós intervenções.

As características gerais dos participantes foram analisadas por meio de análise de frequência e estatística descritiva.

Para avaliar a eficácia do programa de EC em relação ao conhecimento e as atitudes dos profissionais frente ao CP foi utilizado o teste *t* pareado para comparar a média da pontuação total de ambas às escalas, antes e depois da intervenção.

A magnitude do efeito da intervenção foi analisada segundo o teste *d* de Cohen que é uma medida de tamanho de efeito que é utilizada para avaliar a diferença entre os escores de dois grupos independentes ou para analisar as diferenças de um mesmo grupo antes e após uma intervenção.

O *d* de Cohen foi calculado dividindo a diferença das médias pelo desvio padrão. Segundo Cohen (1988), o tamanho de efeito é classificado como: pequeno: $d = 0.2-0.5$, médio: $d = 0.5-0.8$ e grande: $d > 0.8$. Essa classificação implica que um *d* de 0.5 indica uma diferença entre grupos equivalente a meio desvio padrão, enquanto um *d* de 1.0 indica uma diferença de um desvio padrão completo. Valores superiores a 0.8 sugerem um efeito substancialmente grande.

Para avaliar a consistência interna (ou confiabilidade) das escalas, calculou-se o alfa de Cronbach para cada uma delas nos dois momentos da pesquisa (antes e depois). O coeficiente, que varia de 0 a 1, reflete o nível de concordância entre os itens da escala: quanto mais próximo de 1, maior a confiabilidade.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido à análise e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital das Clínicas da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Filial Uberaba-MG – CAAE-CEP 75290723.7.0000.8667.

Foram considerados todos os aspectos éticos previstos nas Resoluções nº 510 de 2016; nº 580 de 2018 e nº 14.874 de 2024, incluindo o sigilo e o anonimato dos participantes.

5. RESULTADOS

Serão apresentados a seguir os resultados verificados no presente estudo.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, PROFISSIONAL E FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Participaram 61 profissionais. A maioria era do gênero feminino (44 profissionais; 72,1%), e 27,9% (17 pessoas) do masculino. A idade variou de 23 a 64 anos, com média de 41 anos ($DP \pm 8,82$ anos). Vinte e cinco pessoas (41%) se autodeclararam brancas, seguido de pardas (19/ 31,1%) e pretas (17/ 27,9%) (Tabela 3).

Quanto ao perfil religioso, 51 (83,6%) são cristãos, sendo 31 católicos (50,8%), 12 espíritas (19,7%) e oito evangélicos (13,1%), três pessoas declararam-se agnósticas (4,9%) e dois seguem religiões de origem africana (3,2%) (Tabela 3).

Em relação ao estado civil, 39 pessoas (63,9%) referiram ser casados ou ter relacionamento estável e 22 são solteiros, divorciados ou viúvos (36,1%). Apenas 12 (19,7%) moram sozinhos. A maioria referiu ter filhos (32/ 46%), sendo que destes a maior parte tem até dois filhos (26/ 42,8 %) (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica dos participantes (n=61), Uberaba-MG, 2024

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	44	72,1
Masculino	17	27,9
Idade		
≤ 25	02	3,3
26 a 35	13	21,3
36 a 45	26	42,6
46 a 55	16	26,2
56 a 65	02	3,3
Não informado	02	3,3

Cor da Pele Autodeclarada

Branco	25	41,0
Preto	17	27,9
Pardo	19	31,1

Religião

Católico (a)	31	50,8
Espírita	12	19,7
Evangélico (a)	08	13,1
Agnóstico	03	4,9
Umbanda	01	1,6
Camdoblé	01	1,6
Outro	04	6,7
Não informado	01	1,6

Estado Civil

Solteiro/Divorciado ou Viúvo (a)	22	36,1
Casado ou União estável	39	63,9

Mora sozinho (a)

Sim	12	19,7
Não	49	80,3

Número de filho (a)

Nenhum	27	44,3
01	10	16,4
02	16	26,2
03	04	6,6
04	01	1,6
05	01	1,6
Não informado	02	3,3

Fonte: elaboração própria, 2025.

Quanto aos dados profissionais, dos 61 participantes, 16 (26,2%) eram enfermeiros e 45 (73,8%) técnicos em enfermagem. Em relação ao setor de trabalho, 36 (59%) eram lotados na UCM e 25 (41%) na USN. A maioria dos

profissionais laboravam no diurno (34/ 55,8%) e os demais (27/ 44,3%) no noturno (Tabela 4).

A maioria dos profissionais (50/ 82%) respondeu ter mais de cinco anos de experiência profissional, sendo que 41 (67,2%) tinha mais de 10 anos e nove pessoas (14,9%), cinco anos ou menos. Em relação ao tempo de trabalho no setor atual, 16 profissionais (26,2%) permaneciam há mais de cinco anos e 19 (31,2%) há menos de um ano no local.

Apenas um profissional (1,6%), referiu trabalhar em outro local e também com CP (Tabela 4).

Tabela 4 - Dados profissionais dos participantes (n=61), Uberaba-MG, 2024

Variável	n	%
Categoria Profissional		
Enfermeiro (a)	16	26,2
Técnico (a) de enfermagem	45	73,8
Setor de Trabalho		
Unidade de Clínica Médica	36	59,0
Unidade de Neurologia	25	41,0
Turno de Trabalho		
Noturno	27	44,3
Diurno	17	27,9
Vespertino	10	16,4
Matutino	07	11,5
Tempo de experiência profissional (em anos)		
< 1	02	3,3
01 a 05	07	11,5
06 a 10	09	14,8
> 10	41	67,2
Não informado	02	3,3
Tempo de trabalho no setor (em anos)		
Menor ou igual a 5	09	14,8

06 a 10	09	14,8
> 10	41	67,2
Não informado	02	3,3

Trabalha em outro lugar e com cuidado Paliativo

Sim	01	1,6
Não	60	98,3

Fonte: elaboração própria, 2025.

Trinta e um profissionais apresentavam ensino superior completo (50,8%) e desses, 17 possuíam pós-graduação *latu sensu* (27,9%) e um (1,6%) doutorado. Dez profissionais (16,4%) referiram pós-graduação em área assistencial, sendo sete em terapia intensiva (33,2%) e três em urgência e emergência (3/14,3%) (Tabela 5).

Tabela 5 - Dados relacionados à formação dos participantes (n=61), Uberaba-MG, 2024

Variáveis	n	%
Escolaridade		
Ensino Médio Completo	29	47,5
Ensino Superior Completo	11	18,0
Pós-Graduação <i>Latu Sensu</i>	17	27,9
Pós-Graduação <i>Strictu Sensu</i>	01	1,6
Mestrado	01	1,6
Doutorado	01	1,6
Não informado	01	1,6
Área de Pós-Graduação*		
Enfermagem em Terapia Intensiva	07	33,2
Docência do ensino Superior	05	23,7
Enfermagem em Segurança do Trabalho	04	19,3
Urgência e Emergência	03	14,3
Gestão em Saúde	02	9,5

Fonte: elaboração própria, 2025. Nota: *n=21.

5.2 CAPACITAÇÃO E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL E PESSOAL EM CUIDADOS PALIATIVOS

Em relação à capacitação em CP, 39 (63,9%) profissionais responderam que a sua formação básica não os preparou para lidar com situações de fim de vida, sendo que 44 (72,1%) não tiveram nenhuma disciplina específica de CP e para 20 (32,8%) esse tema não foi abordado em nenhuma disciplina durante a sua graduação ou curso técnico. Trinta e cinco (57,4%) nunca participaram de cursos, seminários, palestras ou congressos sobre CP e 55 (90,2%) responderam que consideravam os seus conhecimentos em CP insuficientes (Tabela 6).

Tabela 6 – Respostas dos participantes em relação às questões sobre capacitação em Cuidados Paliativos (n=61), Uberaba-MG, 2024.

Questão	Sim (n / %)	Não (n / %)	Sem informação
1. Considera que a sua formação básica te preparou para lidar com situações de fase final de vida?	22 (36,1)	39 (63,9)	0
2. Durante a graduação ou curso técnico teve alguma disciplina específica de Cuidados Paliativos?	17 (27,9)	44 (72,1)	0
3. Durante a graduação ou curso técnico teve alguma disciplina que abordou o tema Cuidados Paliativos? *	41 (67,2)	20 (32,8)	0
4. Você já participou de algum curso, seminário, palestra ou congresso sobre Cuidados Paliativos?	25 (41,0)	35 (57,4)	01 (1,6)
5. Considera suficientes os seus conhecimentos em Cuidados Paliativos? *	06 (9,8)	55 (90,2)	0

Fonte: elaboração própria, 2025.

Quanto à experiência profissional, 60 (98,4%) participantes relataram experiência profissional e contato com pacientes em CP, sendo a maior parte desse contato no ambiente hospitalar (29/ 47,6%) e no trabalho atual (58/ 95,1%) (Tabela 7).

A maioria dos participantes referiu perda de pessoas próximas que se encontravam em CP (45/ 73,8%), sendo principalmente os pais (23/ 56,2%) ou

outros parentes de primeiro grau (11/ 26,8%) e há mais de um ano (36/59,0%) (Tabela 7).

A maioria referiu sentir-se confortável para falar sobre fim de vida com familiares e amigos (45/ 73,8%). Quanto a abordar esse tema com pacientes em CP e seus familiares, 35 (57,4%) referiram também sentir-se confortáveis e 25 (41%), sentem-se desconfortáveis para tal (Tabela 7).

Tabela 7 – Respostas dos participantes em relação às questões sobre experiência profissional e pessoal em situações de Cuidados Paliativos e Fase Final de Vida (n=61), Uberaba-MG, 2024

Questão	Resposta (n/%)	
1. Possui experiência profissional em Cuidados Paliativos?	Sim	60 (98,4)
	Não	01 (1,6)
2. Já teve contato com algum paciente em Cuidados Paliativos?	Sim	60 (98,4)
	Não	01 (1,6)
3. Onde teve contato com pacientes em Cuidados Paliativos?	Hospital	29 (47,6)
	Domicílio	01 (1,6)
	ILPI*	01 (1,6)
	Não respondeu	30 (49,2)
4. Cuida de pacientes em Cuidados Paliativos no seu trabalho atual?	Sim	58 (95,1)
	Não	03 (4,9)
5. Já perdeu alguém próximo de você em Cuidados Paliativos?	Sim	45 (73,8)
	Não	16 (26,2)
6. Qual o vínculo da pessoa em Cuidados Paliativos que você perdeu? *	Mãe/Pai ou Madrasta/Padrasto	23 (51,1)
	Parentes de 1º Grau	11 (24,5)
	Outros parentes	04 (8,9)
	Amigo (a)	02 (4,4)
	Outros	01 (2,2)
	Não respondeu	04 (8,9)
7. Há quanto tempo perdeu a pessoa em Cuidados Paliativos que era próxima a você? *	Até 01 ano	06 (9,8)
	> de 01 ano	36 (59,0)
	Não respondeu	03 (4,9)
	Sim	45 (73,8)

8. Sente-se confortável para falar sobre fase final de vida com sua família e amigos?	Não	15 (24,6)
	Não respondeu	01 (1,6)
9. Sente-se confortável para falar sobre fase final de vida com pacientes em Cuidados Paliativos e suas respectivas famílias?	Sim	35 (57,4)
	Não	25 (41,0)
	Não respondeu	01 (1,6)

Fonte: elaboração própria, 2025.

Nota: *n=45.

5.3. CONHECIMENTOS DOS PARTICIPANTES ANTES DA INTERVENÇÃO SEGUNDO A ESCALA *PALLIATIVE CARE QUIZ NURSING* (PCQN)

O percentual de acertos na escala PCQN no pré-teste variou de 8,2% (item 7) a 90,2% (item 9), com média de 45,8% correspondendo a uma pontuação média de 9,0 pontos (Tabela 8). Das 20 questões, onze tiveram percentual de acertos abaixo da média – questões 3, 5, 7, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 19 e 20, sendo que o esse percentual foi abaixo de 20% nas questões 10, 12 e 16 e abaixo de 10% nas questões 3 e 7 (Tabela 8). As questões 4, 8, 9 e 18 apresentaram percentual de acerto superior a 80%.

Tabela 8 – Respostas dos participantes aos itens do instrumento “Palliative Care Quiz Nursing” antes das intervenções (n=61), Uberaba-MG, 2024

Item*	Verdadeiro (n /%)	Falso (n /%)	Não Sabe (n /%)
1. O cuidado paliativo é adequado somente em situações em que há evidência de uma trajetória de deterioração clínica.	20 (32,8)	35 (57,4)	06 (9,8)
2. A morfina é o padrão usado para comparar o efeito analgésico de outros opioides.	38 (62,3)	08 (13,1)	15 (24,6)
3. A extensão da doença determina o método de tratamento da dor.	51 (86,3)	06 (9,8)	04 (6,6)
4. Terapias adjuvantes são importantes para o controle da dor.	53 (86,9)	04 (6,6)	04 (6,6)

5. É fundamental que os membros da família permaneçam à beira do leito até que a morte ocorra.	32 (52,5)	22 (36,1)	07 (11,5)
6. Durante os últimos dias de vida, a sonolência associada ao desequilíbrio eletrolítico pode diminuir a necessidade de sedação.	32 (55,2)	15 (24,6)	14 (23,0)
7. A dependência de drogas é um grande problema quando a morfina é usada em longo prazo para o manejo da dor.	49 (80,3)	05 (8,2)	07 (11,5)
8. Indivíduos que estão tomando opioides também deveriam seguir medidas para melhorar o hábito intestinal.	52 (85,2)	02 (3,3)	07 (11,5)
9. A prestação de cuidados paliativos requer distanciamento emocional.	03 (4,9)	55 (90,2)	03 (4,9)
10. Durante os estágios terminais da doença, remédios que podem causar depressão respiratória são apropriados para o tratamento de dispneia severa.	10 (16,4)	35 (57,4)	16 (26,2)
11. Homens geralmente lidam com o luto mais rapidamente que mulheres.	12 (19,7)	32 (52,5)	17 (27,9)
12. A filosofia dos cuidados paliativos é compatível com a do tratamento intensivo.	12 (19,7)	39 (63,9)	10 (16,4)
13. O uso de placebos é apropriado no tratamento de alguns tipos de dor.	17 (27,9)	28 (45,9)	16 (26,2)
14. Em doses altas, a codeína causa mais náusea e vômito do que a morfina.	29 (47,5)	05 (8,2)	27 (44,3)
15. Sofrimento e dor física são sinônimos.	19 (31,1)	37 (60,7)	05 (8,2)
16. Meperidina não é um analgésico eficaz no controle da dor crônica.	09 (14,8)	08 (13,1)	44 (72,1)
17. O acúmulo de perdas torna o esgotamento profissional inevitável para quem procura trabalho em cuidados paliativos.	30 (49,2)	21 (34,4)	10 (16,4)
18. Manifestações de dor crônica são diferentes daquelas de dor aguda.	50 (82,0)	06 (9,8)	05 (8,2)
19. A perda de um relacionamento distante e controverso é mais fácil de resolver do que a de um que é próximo ou íntimo.	41 (67,2)	14 (23,0)	06 (9,8)

20. O limiar de dor é reduzido pela ansiedade ou fadiga.	19 (31,1)	36 (59,0)	06 (9,8)
--	------------------	-----------	----------

Fonte: elaboração própria, 2025. Nota: Destaque em negrito= resposta correta.

O domínio *Filosofia e princípios dos cuidados paliativos* apresentou metade das respostas com predomínio de acertos – questões 1 e 9. No domínio *Controle da dor e outros sintomas* com treze questões, em seis predominaram os acertos - 2, 4, 6, 8, 15 e 18. No domínio *Aspectos psicossociais dos cuidados paliativos* predominaram os erros, com duas das três questões tendo maioria das respostas incorretas – questões 5 e 19.

O percentual médio de acertos por domínio, o percentual médio de acertos do domínio em relação à pontuação total e a pontuação média por domínio foi de 50,4%; 10,1% e 2,0 pontos, respectivamente, para *Filosofia e princípios dos cuidados paliativos*, 46,4%; 30,2% e 6,0 pontos para *Controle da dor e outros sintomas* e 37,2%; 5,58% e 2,0 pontos para *Aspectos psicossociais dos cuidados paliativos*.

Tabela 9 – Respostas dos participantes aos itens do instrumento “Palliative Care Quiz Nursing” conforme domínios antes das intervenções (n=61), Uberaba-MG, 2024

Item*	Verdadeiro (n I%)	Falso (n I%)	Não Sabe (n I%)
<i>Filosofia e princípios dos Cuidados Paliativos</i>			
1. O cuidado paliativo é adequado somente em situações em que há evidência de uma trajetória de deterioração clínica.	20 (32,8)	35 (57,4)	06 (9,8)
9. A prestação de cuidados paliativos requer distanciamento emocional.	03 (4,9)	55 (90,2)	03 (4,9)
12. A filosofia dos cuidados paliativos é compatível com a do tratamento intensivo.	12 (19,7)	39 (63,9)	10 (16,4)
17. O acúmulo de perdas torna o esgotamento profissional inevitável para quem procura trabalho em cuidados paliativos.	30 (49,2)	21 (34,4)	10 (16,4)

Controle da dor e outros sintomas

2. A morfina é o padrão usado para comparar o efeito analgésico de outros opioides.	38 (62,3)	08 (13,1)	15 (24,6)
3. A extensão da doença determina o método de tratamento da dor.	51 (86,3)	06 (9,8)	04 (6,6)
4. Terapias adjuvantes são importantes para o controle da dor.	53 (86,9)	04 (6,6)	04 (6,6)
6. Durante os últimos dias de vida, a sonolência associada ao desequilíbrio eletrolítico pode diminuir a necessidade de sedação.	32 (52,5)	15 (24,6)	14 (23,0)
7. A dependência de drogas é um grande problema quando a morfina é usada em longo prazo para o manejo da dor.	49 (80,3)	05 (8,2)	07 (11,5)
8. Indivíduos que estão tomando opioides também deveriam seguir medidas para melhorar o hábito intestinal.	52 (85,2)	02 (3,3)	07 (11,5)
10. Durante os estágios terminais da doença, remédios que podem causar depressão respiratória são apropriados para o tratamento de dispneia severa.	10 (16,4)	35 (57,4)	16 (26,2)
13. O uso de placebos é apropriado no tratamento de alguns tipos de dor.	17 (27,9)	28 (45,9)	16 (26,2)
14. Em doses altas, a codeína causa mais náusea e vômito do que a morfina.	29 (47,5)	05 (8,2)	27 (44,3)
15. Sofrimento e dor física são sinônimos.	19 (31,1)	37 (60,7)	05 (8,2)
16. Meperidina não é um analgésico eficaz no controle da dor crônica.	09 (14,8)	08 (13,1)	44 (72,1)
18. Manifestações de dor crônica são diferentes daquelas de dor aguda.	50 (82,0)	06 (9,8)	05 (8,2)
20. O limiar de dor é reduzido pela ansiedade ou fadiga.	19 (31,1)	36 (59,0)	06 (9,8)

Aspectos psicossociais dos Cuidados Paliativos

5. É fundamental que os membros da família permaneçam à beira do leito até que a morte ocorra.	32 (52,5)	22 (36,1)	07 (11,5)
--	-----------	------------------	-----------

11. Homens geralmente lidam com o luto mais rapidamente que mulheres.	12 (19,7)	32 (52,5)	17 (27,9)
19. A perda de um relacionamento distante e controverso é mais fácil de resolver do que a de um que é próximo ou íntimo.	41 (67,2)	14 (23,0)	06 (9,8)

Fonte: elaboração própria, 2025.

Nota: Destaque em negrito= resposta correta.

Atingiram pontuação igual ou superior à média (10 pontos), os profissionais acima de 45 anos, os técnicos em enfermagem (Tabela 10), aqueles que tiveram disciplinas de CP durante a formação ou que participaram de cursos, seminários ou eventos sobre CP (Tabela 11).

Ao correlacionar a pontuação média total do PCQN antes da intervenção segundo variáveis sociodemográficas, profissionais e nível de escolaridade dos participantes (Tabela 10), bem como formação em CP (Tabela 11) e experiência profissional e pessoal em situações de CP e FFV (Tabela 12), observamos relação estatisticamente significativa para o sexo, a religião, a categoria profissional, o nível de escolaridade, a formação e a participação em cursos e eventos em CP, atingindo pontuações mais elevadas as mulheres (p 0,044), os indivíduos de religião cristã (p 0,013), os técnicos em enfermagem (p 0,011), aqueles com ensino superior ou pós-graduação (p 0,041), os que consideravam não terem sido preparados para a atuação em CP durante sua formação básica (p 0,048), os que tiveram disciplinas específicas de CP durante a graduação (p 0,023) e os que participaram de cursos ou eventos sobre o tema (p 0,003).

Adicionalmente, verificou-se que quanto maior a faixa etária, maior a pontuação dos profissionais no PCQN, de tal forma que aqueles acima de 45 anos apresentaram conhecimentos adequados – acima de 10 pontos – diferente das faixas etárias mais jovens.

Tabela 10 – Pontuação média total da escala “Palliative Care Quiz Nursing” antes das intervenções, segundo variáveis sociodemográficas, profissionais e de formação dos participantes (n=61), Uberaba-MG, 2024

Variável	n	Pontuação Média Total (DP)	Desvio Padrão	p*
Sexo				
Feminino	44	9,5	1,89	0,044**
Masculino	17	8,2	2,81	
Idade				
≤ 25	02	7,5	3,53	0,821
26 a 35	13	9,3	2,13	
36 a 45	26	9,3	2,22	
46 a 55	16	10,1	2,98	
56 a 65	02	10,0	1,41	
Religião				
Cristã	51	9,3	2,82	0,013**
Outras	09	7,4	1,58	
Estado Civil				
Solteiro/Divorciado ou Viúvo (a)	22	9,63	1,64	0,390**
Casado ou União estável	39	9,38	2,75	
Filhos				
Sim	32	9,0	2,24	0,685**
Não	26	9,2	2,28	
Não respondeu	03			
Categoria Profissional				
Enfermeiro	16	8,7	2,28	0,011**
Técnico	45	10,3	1,66	
Tempo de experiência na Profissão (em anos)				
Menor ou igual a 05	09	9,22	2,90	0,738**

Maior que 05	50	9,52	2,36	
Não respondeu	02			
Tempo de experiência no setor (em anos)				
Menor ou igual a 05	35	9,45	2,50	0,765**
Maior que 05	16	9,25	1,66	
Não respondeu	10			
Turno de Trabalho				
Diurno	34	9,0	2,31	0,770**
Noturno	27	9,2	2,19	
Escolaridade				
Ensino Médio	29	8,4	2,35	0,041**
Ensino Superior ou Pós-Graduação	30	9,6	1,98	
Não respondeu	01			

Fonte: elaboração própria, 2025.

Nota: * $p < 0,05$; ** t = teste t.

Tabela 11 – Pontuação média total da escala “Palliative Care Quiz Nursing” antes das intervenções, segundo respostas dos participantes para perguntas sobre capacitação em Cuidados Paliativos (n=61), Uberaba-MG, 2024

Questão	n	Pontuação Média Total	Desvio Padrão	p^*
1. Considera que a sua formação básica te preparou para lidar com situações de fase final de vida?				
Sim	22	8,4	2,36	0,048**
Não	39	9,5	2,08	
2. Durante a graduação ou curso técnico teve alguma disciplina específica de Cuidados Paliativos?				
Sim	17	10,58	2,20	0,023**
Não	44	9,04	2,36	

3. Durante a graduação ou curso técnico teve alguma disciplina que abordou o tema de Cuidados Paliativos?

Sim	41	9,43	2,47	0,867
Não	20	9,55	2,32	

4. Você já participou de algum curso, seminário, palestra ou congresso sobre Cuidados Paliativos? **

Sim	25	10,1	1,97	0,003**
Não	35	8,4	2,21	
Não respondeu	01			

5. Considera suficientes os seus conhecimentos em Cuidados Paliativos? *

Sim	06	7,83	1,32	0,127
Não	55	9,30	2,28	

Fonte: elaboração própria, 2025.

Nota: * $p < 0,05$; ** t = teste t.

A experiência profissional e pessoal em CP e a experiência pessoal com perdas não influenciou significativamente os conhecimentos em CP (Tabela 12).

Tabela 12 – Pontuação média total da escala “Palliative Care Quiz Nursing” antes das intervenções, segundo respostas para questões sobre experiência profissional e pessoal em situações de Cuidados Paliativos e Fase Final de Vida (n=61), Uberaba-MG, 2024

Questão	n	Pontuação Média Total	Desvio Padrão	p^*
1. Possui experiência profissional em Cuidados Paliativos?				
Sim	60	8,96	2,49	0,111
Não	01	9,96	2,25	
2. Já teve contato com pacientes em Cuidados Paliativos?				
Sim	60	9,4	2,42	0,828
Não	01	10,0	-	

3. Onde teve contato com pacientes em Cuidados Paliativos?

Hospital	29	8,86	2,54	0,378
Outros	02	10,5	0,07	
Não respondeu	30			

4. Cuida de pacientes em Cuidados Paliativos no seu trabalho atual?

Sim	58	9,44	2,44	0,702
Não	03	10,0	1,73	

5. Já perdeu alguém próximo a você em Cuidados Paliativos?

Sim	45	9,11	2,24	0,761
Não	16	9,31	2,30	

6. Qual o vínculo da pessoa em Cuidados Paliativos que você perdeu? **

Parentes de 1 grau	34	9,17	2,03	0,795
Outros	07	9,42	3,50	
Não respondeu	04			

7. Há quanto tempo perdeu a pessoa em Cuidados Paliativos que era próxima a você? **

Até 01 ano	06	9,33	2,06	0,871
> de 01 ano	36	9,16	2,33	
Não respondeu	03			

8. Sente-se confortável para falar sobre fase final de vida com sua família e amigos?

Sim	45	9,0	2,21	0,493
Não	15	9,5	2,41	
Não respondeu	01			

9. Sente-se confortável para falar sobre fase final de vida com pacientes em Cuidados Paliativos e suas respectivas famílias? **

Sim	35	9,0	2,16	0,696
Não	25	9,3	2,42	
Não respondeu	01			

Fonte: elaboração própria, 2025.

Nota: *t= teste t / $p < 0,05$; **n=45.

5.4 ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE AOS PACIENTES E SEUS FAMILIARES/CUIDADORES EM FASE FINAL DE VIDA ANTES DA INTERVENÇÃO SEGUNDO A FATCOD-B

Na tabela 13 foram descritos os dados referentes à frequência e ao percentual das respostas dos participantes em todos os itens da Versão Brasileira da FATCOD-B antes da intervenção.

Em geral observou-se atitudes adequadas frente à maioria das situações elencadas. Houve percentual mais elevado de respostas neutras (*Não concordo nem discordo*) nos itens: 1, 6, 8, 11, 28 e 29 e menor percentual de respostas corretas, nos itens 3, 6, 25, 26 e 28 (Tabela 13).

Tabela 13 – Frequência e percentual das respostas dos participantes em relação aos itens da Versão Brasileira da “Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B” (n=61) antes das intervenções, Uberaba-MG, 2024

Item	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Cuidar da pessoa em fase final de vida é uma experiência que vale a pena. *	03	4,9	10	16,4	12	19,7	24	39,3	11	18,0
2. A morte não é o pior que pode acontecer para uma pessoa.	04	6,6	06	9,8	10	16,4	30	49,2	11	18,0
3. Eu ficaria desconfortável em falar sobre a morte que se aproxima com a pessoa em fase final de vida.	04	6,6	22	36,1	09	14,8	22	36,1	04	6,6
4. O cuidado com a família do paciente deve continuar durante todo o período de luto.	0	0,0	03	4,9	07	11,5	34	55,7	17	27,9
5. Eu não gostaria de cuidar de uma pessoa em fase final de vida.	23	37,7	22	36,1	11	18,0	03	4,9	02	3,3
6. Os cuidadores que não são da família não devem ser aqueles que vão falar sobre morte com a pessoa em fase final de vida.	09	14,8	16	26,2	12	19,7	19	31,1	05	8,2
7. Eu ficaria estressado com o tempo necessário para cuidar de uma pessoa em fase final de vida.	18	29,5	30	49,2	10	16,4	02	3,3	01	1,6
8. Eu ficaria abalado quando a pessoa em fase final de vida sob meus cuidados perdesse a esperança de melhorar.	07	11,5	22	36,1	17	27,9	13	21,3	02	3,3

9. É difícil construir uma relação próxima com a pessoa em fase final de vida.	15	24,6	29	47,5	08	13,1	04	6,6	05	8,2
10. Há momentos em que a morte é bem vinda pela pessoa em fase final de vida.	01	1,6	05	8,2	07	11,5	33	54,1	15	24,6
11. Quando um paciente pergunta “estou morrendo?”, acredito ser melhor mudar de assunto para algo mais alegre.	07	11,5	19	31,1	13	21,3	17	27,9	05	8,2
12. A família deve estar envolvida no cuidado físico da pessoa em fase final de vida.	02	3,3	04	6,6	07	11,5	29	47,5	19	31,1
13. Eu não gostaria de estar presente quando a pessoa de quem estou cuidando falecesse.	15	24,6	27	44,3	09	14,8	08	13,1	02	3,3
14. Tenho receio de me tornar amigo de uma pessoa em fase final de vida.	22	36,1	29	47,5	06	9,8	04	6,6	0	0,0
15. Eu sentiria vontade de fugir quando a pessoa efetivamente morresse.	28	45,9	24	39,3	06	9,8	03	4,9	03	4,9
16. As famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final de vida.	02	3,3	01	1,6	0	0,0	27	44,3	31	50,8
17. À medida que um paciente se aproxima da morte, o cuidador que não é da família deve afastar-se emocionalmente do paciente.	20	32,8	30	49,2	07	11,5	03	4,9	01	1,6
18. As famílias devem se preocupar em ajudar o familiar em fase final de vida a aproveitar ao máximo o tempo que lhe resta.	01	1,6	02	3,3	01	1,6	33	54,1	24	39,3

19. A pessoa em fase final de vida não deve ter o poder de tomar decisões sobre seu cuidado físico.	26	42,6	20	32,8	08	13,1	05	8,2	02	3,3
20. As famílias devem manter o ambiente o mais normal possível para o familiar em fase final de vida.	01	1,6	02	3,3	08	13,1	31	50,8	19	31,1
21. Para a pessoa em fase final de vida, é bom falar sobre os seus sentimentos.	01	1,6	03	4,9	05	8,2	29	47,5	23	37,7
22. Os cuidados devem ser estendidos à família da pessoa em fase final de vida.	01	1,6	01	1,6	03	4,9	35	57,4	21	34,4
23. Os cuidadores deveriam permitir que os horários de visitas para as pessoas em fase final de vida sejam flexíveis.	02	3,3	02	3,3	03	4,9	31	50,8	23	37,7
24. A pessoa em fase final de vida e sua família devem ser os responsáveis por tomar decisões.	01	1,6	07	11,5	08	13,1	30	49,2	15	24,6
25. O vício em medicamentos para dor não deve ser um motivo de preocupação ao lidar com pessoas em fase final de vida.	09	14,8	27	44,3	07	11,5	16	26,2	02	3,3
26. Eu me sentiria desconfortável se entrasse no quarto de uma pessoa em fase final de vida e a encontrasse chorando.	09	14,8	20	32,8	09	14,8	22	36,1	01	1,6
27. Pessoas em fase final de vida devem receber respostas honestas a respeito de sua condição de saúde.	01	1,6	03	4,9	06	9,8	32	52,5	19	31,1
28. Esclarecer as famílias sobre morte e o processo de morte não é de responsabilidade do cuidador que não é da família.	07	11,5	19	31,1	15	24,6	16	26,2	04	6,6

29. Familiares que permanecem próximos à pessoa em fase final de vida frequentemente interferem com os trabalhos profissionais prestados ao paciente.	04	6,6	06	9,8	17	27,9	33	54,1	01	1,6
30. Os cuidadores que não são da família podem ajudar os pacientes a se prepararem para a morte.	04	6,6	07	11,5	08	13,1	34	55,7	08	13,1

Fonte: elaboração própria, 2025.

Nota: *Missing=01 (1,6%);

Destaque em negrito = resposta correta.

A pontuação do FATCOD-B-B antes da intervenção educativa variou de 84 a 134 com média de 112,2 pontos ($\pm 11,2$). Esta pontuação foi analisada segundo variáveis sociodemográficas, profissionais e de formação dos participantes (Tabela 14), bem como formação específica em CP (Tabela 15) e experiência profissional e pessoal com a terminalidade (Tabela 16). Apesar das diferenças em relação à pontuação média dos grupos em algumas análises, não houve diferença estatística na maioria das características, exceto nos profissionais que referiram não terem tido disciplinas que abordaram temas de CP durante sua formação (Tabela 15; $p 0,046$) e nos profissionais que referiram contato com pessoas em CP na rotina laboral (Tabela 16; $p 0,043$).

Tabela 14 – Pontuação média total da escala Versão Brasileira da “Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B” antes das intervenções, segundo variáveis sociodemográficas, profissionais e de formação dos participantes (n=61), Uberaba-MG

Variável	n	Pontuação Média Total	Desvio Padrão	<i>p</i> *
Sexo				
Feminino	43	112,1	11,81	0,915
Masculino	17	112,4	11,87	
Não respondeu	01			
Idade				
≤ 25	02	113,0	11,31	0,563
26 a 35	13	113,7	11,11	
36 a 45	25	111,8	10,84	
46 a 55	16	114,0	9,60	
56 a 65	02	111,0	29,29	
Não respondeu	03			
Religião				
Cristã	50	111,9	10,89	0,823
Outras	09	111,0	11,91	
Não respondeu	02			

Estado Civil

Solteiro/Divorciado/Viúvo (a)	22	112,1	10,96	0,868
Casado/União Estável	39	112,6	12,39	
Não respondeu	04			

Filhos

Sim	32	113,1	12,25	0,424
Não	26	110,6	10,72	
Não respondeu	03			

Categoria Profissional

Enfermeiro	16	115,31	11,02	0,208
Técnico	44	111,0	11,46	
Não respondeu	01			

**Tempo de experiência na
profissão (em anos)**

Menor ou igual a 05	09	111,8	9,90	0,944
Maior que 05	49	112,1	11,78	
Não respondeu	03			

**Tempo de experiência no setor
(em anos)**

Menor ou igual a 05	34	112,1	10,73	0,747
Maior que 05	16	113,1	14,73	
Não respondeu	11			

Turno de Trabalho***

Diurno	33	111,6	11,62	0,651
Noturno	27	112,9	11,32	
Não respondeu	01			

Escolaridade****

Ensino Médio	29	110,4	11,03	0,250
Ensino Superior ou Pós-graduação	30	113,9	11,99	
Não respondeu	01			

Fonte: elaboração própria, 2025. Nota: * $p < 0,05$;

Tabela 15 – Pontuação média total da escala “Versão Brasileira da Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B” antes das intervenções, segundo respostas dos participantes para perguntas sobre capacitação em Cuidados Paliativos (n=61), Uberaba-MG, 2024

Questão	n	Pontuação Média Total	Desvio Padrão	p*
1. Considera que a sua formação básica te preparou para lidar com situações de fase final de vida?				
Sim	21	109,2	8,44	0,139
Não	39	113,8	12,53	
Não respondeu	01			
2. Durante a graduação ou curso técnico teve alguma disciplina específica de Cuidados Paliativos?				
Sim	17	111,5	13,64	0,772
Não	43	112,4	10,57	
Não respondeu	01			
3. Durante a graduação ou curso técnico teve alguma disciplina que abordou o tema Cuidados Paliativos?				
Sim	40	110,1	10,85	0,046
Não	20	116,4	11,64	
Não respondeu	01			
4. Você já participou de algum curso, seminário, palestra ou congresso sobre Cuidados Paliativos?				
Sim	25	115,4	11,50	0,072
Não	34	110,0	11,08	
Não respondeu	02			

5. Considera suficientes seus conhecimentos em Cuidados Paliativos?

Sim	06	111,5	7,76	0,873
Não	54	112,2	11,79	
Não respondeu	01			

Fonte: elaboração própria, 2025. Nota: * $p = <0,05$.

Tabela 16 – Pontuação média total da escala Versão Brasileira da “Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B” antes das intervenções, segundo respostas dos participantes para perguntas sobre experiência profissional e pessoal em situações de Cuidados Paliativos e Fase Final de Vida (n=61), Uberaba- MG, 2024

Questão	n	Pontuação Média Total	Desvio Padrão	p^*
1. Possui experiência profissional em Cuidados Paliativos?				
Sim	60	113,9	13,02	0,187
Não	01	110,0	11,58	
2. Já teve contato com pessoas em Cuidados Paliativos no trabalho?				
Sim	60	111,8	11,10	0,043
Não	01	110,0	-	
3. Onde teve contato com pacientes em Cuidados Paliativos?				
Hospital	29	114,1	15,13	0,745
Outros	02	135,0	15,55	
Não respondeu	30			
4. Assiste pacientes em Cuidados Paliativos no seu trabalho atual?				
Sim	58	112,3	11,49	0,733
Não	03	110,0	11,53	
5. Já perdeu alguém próximo a Você em Cuidados Paliativos?				
Sim	45	111,06	11,29	0,199
Não	16	115,37	11,48	

6. Qual o vínculo da pessoa em Cuidados Paliativos que você perdeu?*

Parentes de 1 grau	33	111,03	2,20	0,799
Outros	07	109,66	2,66	
Não respondeu	05			

7. Há quanto tempo perdeu a pessoa em Cuidados Paliativos que era próxima a você?*

Menos de 01 ano	06	108,5	5,82	0,599
> 1 ano	36	111,2	12,2	
Não respondeu	03			

8. Sente-se confortável em falar sobre Cuidados Paliativos com amigos e familiares?

Sim	45	113,9	11,35	0,089
Não	15	108,2	10,36	
Não respondeu	01			

9. Sente-se confortável para falar sobre fase final de vida com pacientes em Cuidados Paliativos e sua respectiva família?

Sim	35	114,7	12,28	0,068
Não	25	109,2	8,98	
Não respondeu	01			

Fonte: elaboração própria, 2025.

Nota: * $p < 0,05$; ** $n=45$.

5.5 AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS E DAS ATITUDES FRENTE A PACIENTES EM FASE FINAL DE VIDA E SEUS FAMILIARES/CUIDADORES ANTES E DEPOIS DA INTERVENÇÃO

Houve uma elevação do percentual de acertos em 15 dos 20 itens da escala PCQN, destacando-se o item 4, que atingiu 100% de acertos no pós-teste e o item 12 que apresentou o maior impacto no percentual de acertos, elevando-se de 19,7%

para 98,4%. O percentual de acertos dos demais itens variou de 1,6% (item 19) a 27,9% (item 10).

O item 9 permaneceu inalterado, porém já tinha apresentado um percentual alto de acertos desde a primeira aplicação do questionário (90,2%).

Os itens 5, 11, 13 e 17 apresentaram queda no percentual de acertos após a intervenção, variando de 3,3% (item 11) a 16% (item 13) de redução (Tabela 17).

Tabela 17 – Número de respostas certas dos itens da escala “Palliative Care Quiz Nursing” antes e depois das intervenções por domínios (n=61), Uberaba-MG, 2024

Item	Acertos			
	Antes		Depois	
	n	%	n	%
<i>Filosofia e princípios dos Cuidados Paliativos</i>				
1. O cuidado paliativo é adequado somente em situações em que há evidência de uma trajetória de deteriorização clínica.	35	57,4	39	63,9
9. A prestação de cuidados paliativos requer distanciamento emocional.	55	90,2	55	90,2
12. A filosofia dos cuidados paliativos é compatível com a do tratamento intensivo.	12	19,7	60*	98,4
17. O acúmulo de perdas torna o esgotamento profissional inevitável para quem procura trabalho em cuidados paliativos.	21	34,4	18	29,5
<i>Controle da dor e outros sintomas</i>				
2. A morfina é o padrão usado para comparar o efeito analgésico de outros opióides.	38	62,3	41**	67,2
3. A extensão da doença determina o método de tratamento da dor.	06	9,8	09**	14,8
4. Terapias adjuvantes são importantes para o controle da dor.	53	86,9	61	100

6. Durante os últimos dias de vida, a sonolência associada ao desequilíbrio eletrolítico pode diminuir a necessidade de sedação.	32	52,5	43	70,5
7. A dependência de drogas é um grande problema quando a morfina é usada em longo prazo para o manejo da dor.	05	8,2	16	26,2
8. Indivíduos que estão tomando opióides também deveriam seguir medidas para melhorar o hábito intestinal.	52	85,2	57*	93,4
10. Durante os estágios terminais da doença, remédios que podem causar depressão respiratória são apropriados para o tratamento de dispneia severa.	10	16,4	27	44,3
13. O uso de placebos é apropriado no tratamento de alguns tipos de dor.	28	45,9	18	29,5
14. Em doses altas, a codeína causa mais náusea e vômito do que a morfina.	29	47,5	34	55,7
15. Sofrimento e dor física são sinônimos.	37	60,7	44*	72,1
16. Meperidina não é um analgésico eficaz no controle da dor crônica.	09	14,8	17	27,9
18. Manifestações de dor crônica são diferentes daquelas de dor aguda.	50	82,0	54*	88,5
20. O limiar de dor é reduzido pela ansiedade ou fadiga.	31	31,1	25	41,0

Aspectos psicossociais dos Cuidados Paliativos

5. É fundamental que os membros da família permaneçam à beira do leito até que a morte ocorra.	22	36,1	19	31,1
11. Homens geralmente lidam com o luto mais rapidamente que mulheres.	32	52,5	30*	49,2
19. A perda de um relacionamento distante e controverso é mais fácil de resolver do que a de um que é próximo ou íntimo.	24	23,0	15	24,6

Fonte: elaboração própria, 2025.

Nota: *Missing=01; **Missing=02.

Houve diferença estatisticamente significativa na pontuação total dos participantes no pré e pós-intervenção, sendo a média inicial no PCQN de 9 pontos, elevando-se para 10,6 pontos no pré-teste. Na Tabela 18, foram descritos os resultados da eficácia da intervenção em relação à pontuação média total da versão brasileira da escala PCQN. Observamos aumento da pontuação média no domínio *Controle da dor e outros sintomas* e redução no domínio *Aspectos psicológicos, espirituais e sociais*, mantendo-se no domínio *Filosofia e princípios*.

Tabela 18 – Pontuação média, mínima e máxima total e por dimensão da escala “Palliative Care Quiz Nursing” e antes e depois das intervenções (n=61), Uberaba-MG, 2024

Pontuação Dimensão	Antes		Depois	
	Média (DP*)	Mín-Máx	Média (DP*)	Mín-Máx
Filosofia e princípios dos CP**	2,0 (0,991)	0 - 3	2,0 (0,847)	1 – 4
Aspectos psicossociais	2,0 (0,777)	0 - 3	1,0 (0,902)	0 – 3
Controle da dor e outros sintomas***	6,0 (1,773)	2 - 10	8,0 (1,803)	3 – 13
Pontuação total	9,0 (2,143)	3 - 13	10,6 (2,194)	5 – 15

Fonte: elaboração própria, 2025.
Nota: *DP=Desvio Padrão; **Missing=02; ***Missing=07.

Na tabela 19, foi descrita a frequência e o percentual das respostas dos participantes em todos os itens da Versão Brasileira da FATCOD-B após a intervenção. Ao comparar com a pontuação antes da intervenção (Tabela 11), observa-se manutenção de percentual mais elevado – acima de 20% - de respostas neutras nos itens: 6, 8, 28 e 29, com queda desse percentual nos itens 1 e 11 e elevação no item 25, de 11,5% para 21,3%.

Houve melhora na assertividade das respostas, mantendo-se maior variabilidade nos itens: 3 e 26, no entanto com elevação no percentual de acerto desses itens (de 42,7% para 45,9% e de 47,6% para 55,7%, respectivamente), (tabela 19).

Tabela 19 – Frequência e percentual das respostas dos participantes em relação aos itens da Versão Brasileira da “Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B” (n=61) após as intervenções, Uberaba-MG, 2024

Item	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Cuidar da pessoa em fase final de vida é uma experiência que vale a pena.*	01	1,6	04	6,6	07	11,5	20	32,8	29	47,5
2. A morte não é o pior que pode acontecer para uma pessoa.	0	0,0	04	6,6	06	9,8	25	41,0	26	42,6
3. Eu ficaria desconfortável em falar sobre a morte que se aproxima com a pessoa em fase final de vida.	10	16,4	18	29,5	10	16,4	18	29,5	05	8,2
4. O cuidado com a família do paciente deve continuar durante todo o período de luto.*	02	3,3	02	3,3	02	3,3	24	39,3	30	49,2
5. Eu não gostaria de cuidar de uma pessoa em fase final de vida.	26	42,6	24	39,3	05	8,2	06	9,8	0	0,0
6. Os cuidadores que não são da família não devem ser aqueles que vão falar sobre morte com a pessoa em fase final de vida.	07	11,5	30	49,2	13	21,3	09	14,8	02	3,3
7. Eu ficaria estressado com o tempo necessário para cuidar de uma pessoa em fase final de vida.	23	37,7	29	47,5	05	8,2	04	6,6	0	0,0

8. Eu ficaria abalado quando a pessoa em fase final de vida sob meus cuidados perdesse a esperança de melhorar.*	04	6,6	28	45,9	16	26,2	12	19,7	0	0,0
9. É difícil construir uma relação próxima com a pessoa em fase final de vida.	11	18,0	41	67,2	03	4,9	05	8,2	01	1,6
10. Há momentos em que a morte é bem vinda pela pessoa em fase final de vida.	01	1,6	01	1,6	09	14,8	39	63,9	11	18,0
11. Quando um paciente pergunta “estou morrendo?”, acredito ser melhor mudar de assunto para algo mais alegre.	06	9,8	30	49,2	10	16,4	12	19,7	03	4,9
12. A família deve estar envolvida no cuidado físico da pessoa em fase final de vida.	01	1,6	01	1,6	0	0,0	28	45,9	31	50,8
13. Eu não gostaria de estar presente quando a pessoa de quem estou cuidando falecesse.	18	29,5	26	42,6	09	14,8	07	11,5	01	1,6
14. Tenho receio de me tornar amigo de uma pessoa em fase final de vida.	26	42,6	27	44,3	02	3,3	05	8,2	01	1,6
15. Eu sentiria vontade de fugir quando a pessoa efetivamente morresse.	31	50,8	27	44,3	01	1,6	02	3,3	0	0,0

16 As famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final de vida.*	0	0,0	01	1,6	0	0,0	13	21,3	46	75,4
17. À medida que um paciente se aproxima da morte, o cuidador que não é da família deve afastar-se emocionalmente do paciente.	27	44,3	28	45,9	06	9,8	0	0,0	0	0,0
18. As famílias devem se preocupar em ajudar o familiar em fase final de vida a aproveitar ao máximo o tempo que lhe resta.	01	1,6	01	1,6	02	3,3	20	32,8	37	60,7
19. A pessoa em fase final de vida não deve ter o poder de tomar decisões sobre seu cuidado físico.	21	34,4	34	55,7	0	0,0	04	6,6	02	3,3
20. As famílias devem manter o ambiente o mais normal possível para o familiar em fase final de vida.	0	0,0	02	3,3	07	11,5	25	41,0	27	44,3
21. Para a pessoa em fase final de vida, é bom falar sobre os seus sentimentos.	0	0,0	0	0,0	03	4,9	26	42,6	31	50,8
22. Os cuidados devem ser estendidos à família da pessoa em fase final de vida.	0	0,0	02	3,3	0	0,0	28	45,9	31	50,8
23. Os cuidadores deveriam permitir que os horários de visitas para as pessoas em fase final de vida sejam flexíveis.	0	0,0	01	1,6	0	0,0	23	37,7	37	60,7
24. A pessoa em fase final de vida e sua família devem ser os responsáveis por tomar decisões.	0	0,0	0	0,0	11	18,0	34	55,7	16	26,2

25. O vício em medicamentos para dor não deve ser um motivo de preocupação ao lidar com pessoas em fase final de vida.	06	9,8	10	16,4	13	21,3	26	42,6	06	9,8
26. Eu me sentiria desconfortável se entrasse no quarto de uma pessoa em fase final de vida e a encontrasse chorando.	10	16,4	24	39,3	09	14,8	17	27,9	01	1,6
27. Pessoas em fase final de vida devem receber respostas honestas a respeito de sua condição de saúde.	01	1,6	0	0,0	06	9,8	30	49,2	24	39,3
28. Esclarecer as famílias sobre morte e o processo de morte não é de responsabilidade do cuidador que não é da família.	17	27,9	16	26,2	15	24,6	07	11,5	06	9,8
29. Familiares que permanecem próximos à pessoa em fase final de vida frequentemente interferem com os trabalhos profissionais prestados ao paciente.	0	0,0	21	34,4	16	26,2	23	37,7	01	1,6
30. Os cuidadores que não são da família podem ajudar os pacientes a se prepararem para a morte.	0	0,0	02	3,3	06	9,8	36	59,0	17	27,9

Fonte: elaboração própria, 2025.

Nota: *Missing=01;

Destaque em negrito= resposta correta.

Para melhor comparação das pontuações da FATCOD-B na pré e pós-intervenção, agrupamos as respostas, considerando como corretas as opções *Concordo* e *Concordo totalmente* para as assertivas afirmativas e *Discordo* e *Discordo totalmente* para as assertivas negativas. Houve manutenção do percentual no item 18, o qual já havia apresentado alto percentual de acertos no pré- intervenção (93,4%) e aumento em todos os outros itens, variando de 3,2% a 23% de aumento no percentual de acertos, sendo mais expressivo nos itens 1, 6, 25 e 29 e menor nos itens 3, 10, 13, 14 e 20. Não houve redução do percentual em nenhum dos itens (Tabela 20).

Tabela 20 – Número de respostas certas dos itens da escala “Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B” antes e depois das intervenções (n=61), Uberaba-MG, 2024

Item	Acertos		Acertos	
	Pré-intervenção		Pós-intervenção	
	n	%	n	%
1. Cuidar da pessoa em fase final de vida é uma experiência que vale a pena.*	35	57,3	49	80,3
2. A morte não é o pior que pode acontecer para uma pessoa.	41	60,9	51	83,6
3. Eu ficaria desconfortável em falar sobre a morte que se aproxima com a pessoa em fase final de vida.	26	42,7	28	45,9
4. O cuidado com a família do paciente deve continuar durante todo o período de luto.	51	83,6	54	88,5
5. Eu não gostaria de cuidar de uma pessoa em fase final de vida.	45	73,8	50	81,9
6. Os cuidadores que não são da família não devem ser aqueles que vão falar sobre morte com a pessoa em fase final de vida.	25	41,1	37	60,7
7. Eu ficaria estressado com o tempo necessário para cuidar de uma pessoa em fase final de vida.	48	78,7	52	85,2
8. Eu ficaria abalado quando a pessoa em fase final de vida sob meus cuidados perdesse a esperança de melhorar.	29	47,6	32	52,5

9. É difícil construir uma relação próxima com a pessoa em fase final de vida.	44	72,1	52	85,2
10. Há momentos em que a morte é bem vinda pela pessoa em fase final de vida.	48	78,7	50	81,9
11. Quando um paciente pergunta “estou morrendo?”, acredito ser melhor mudar de assunto para algo mais alegre.	26	42,6	36	59,0
12. A família deve estar envolvida no cuidado físico da pessoa em fase final de vida.	48	78,6	59	96,7
13. Eu não gostaria de estar presente quando a pessoa de quem estou cuidando falecesse.	42	68,9	44	72,1
14. Tenho receio de me tornar amigo de uma pessoa em fase final de vida.	51	83,6	53	86,9
15. Eu sentiria vontade de fugir quando a pessoa efetivamente morresse.	52	85,2	58	95,1
16. As famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final de vida.*	58	95,1	59	96,7
17. À medida que um paciente se aproxima da morte, o cuidador que não é da família deve afastar-se emocionalmente do paciente.	50	82,0	55	90,2
18. As famílias devem se preocupar em ajudar o familiar em fase final de vida a aproveitar ao máximo o tempo que lhe resta.	57	93,4	57	93,5
19. A pessoa em fase final de vida não deve ter o poder de tomar decisões sobre seu cuidado físico.	46	75,4	55	90,1
20. As famílias devem manter o ambiente o mais normal possível para o familiar em fase final de vida.	50	81,9	52	85,3
21. Para a pessoa em fase final de vida, é bom falar sobre os seus sentimentos.	52	85,2	57	93,4
22. Os cuidados devem ser estendidos à família da pessoa em fase final de vida.	56	91,8	59	96,7
23. Os cuidadores deveriam permitir que os horários de visitas para as pessoas em fase final de vida sejam flexíveis.	54	88,5	60	98,4
24. A pessoa em fase final de vida e sua família devem ser os responsáveis por tomar decisões.	45	73,8	50	81,9

25. O vício em medicamentos para dor não deve ser um motivo de preocupação ao lidar com pessoas em fase final de vida.	18	29,5	32	52,4
26. Eu me sentiria desconfortável se entrasse no quarto de uma pessoa em fase final de vida e a encontrasse chorando.	29	47,6	34	55,7
27. Pessoas em fase final de vida devem receber respostas honestas a respeito de sua condição de saúde.	51	83,6	54	88,5
28. Esclarecer as famílias sobre morte e o processo de morte não é de responsabilidade do cuidador que não é da família.	26	42,6	33	54,1
29. Familiares que permanecem próximos à pessoa em fase final de vida frequentemente interferem com os trabalhos profissionais prestados ao paciente.	10	16,4	21	34,4
30. Os cuidadores que não são da família podem ajudar os pacientes a se prepararem para a morte.	42	68,8	53	86,9

Fonte: elaboração própria, 2025. Nota: *Missing=01.

Houve uma elevação na pontuação global da escala FATCOD-B após a intervenção. Na primeira aplicação, a maioria dos profissionais pontuou entre 100 e 110 pontos (24 pessoas, 39,3%), e na segunda aplicação entre 110 e 120 pontos (24 pessoas, 39,3%). Inicialmente, 14 pessoas pontuaram acima de 120 pontos (22,9%), sendo 17 pessoas (27,9%) na reaplicação do questionário (Tabela 21).

Tabela 21 – Pontuação média total da escala “Versão Brasileira da Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B (n=61) antes e depois das intervenções (n=61), Uberaba-MG, 2024

Escore Médio	Antes*		Depois**	
	n	%	n	%
80 a 90	01	1,6	0	0,00
90 a 100	07	11,5	07	11,5
100 a 110	24	39,3	11	18,0
110 a 120	14	23,0	24	39,3
120 a 130	08	13,1	09	14,8
≥ 130	06	9,8	08	13,1

Fonte: elaboração própria, 2025. Nota: *Missing=01; **Missing=02.

Na tabela 22 foram descritos os resultados da eficácia da intervenção em relação à pontuação média da versão brasileira do PCQN. A pontuação elevou-se de 9,0 pré-intervenção para 10,6 pós-intervenção. O resultado foi estatisticamente significativo ($p=0,000$) e a magnitude do efeito pequena ($d=0,371$). Houve diferença na média de 1,6 pontos ($DP\pm 2,19$).

Tabela 22 – Comparação da pontuação média total da escala “Palliative Care Quiz Nursing” antes e depois das intervenções (n=61), Uberaba-MG, 2024

Variáveis	n*	Média	Mín - Máx	Desvio Padrão	t**	p***	d****
Antes	53	9,0	3-13	2,143			
					-1,622	0,000	0,371
Depois*	53	10,6	5-15	2,194			

Fonte: elaboração própria, 2025.

Nota: * Missing=08; **t= teste t pareado; ***p= <0,005; ****d= Choen's Test.

Na Tabela 23, foram descritos os resultados da eficácia da intervenção em relação à pontuação média da versão brasileira da FATCOD-B. A pontuação elevou-se de 112,2 pré-intervenção para 115,2 pós-intervenção. O resultado foi estatisticamente significativo ($p=0,003$) e a magnitude do efeito pequena ($d=0,403$). Houve diferença na média de 2,93 pontos ($DP\pm 7,19$).

Tabela 23 – Comparação da pontuação média total da escala “Versão Brasileira da Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale - Form B (n=61) antes e depois das intervenções (n=61), Uberaba-MG, 2024

Variáveis	n*	Média	Mín - Máx	Desvio Padrão	t**	p***	d****
Antes	59	112,2	84-134	11,5			
					-3,131	0,003	0,403
Depois	59	115,2	92-138	11,3			

Fonte: elaboração própria, 2025.

Nota: * Missing=02; **t= teste t pareado; ***p= <0,005; ****d= Choen's Test.

A análise dos dados indicou uma confiabilidade moderada para a escala PCQN, com um alfa de Cronbach de 0,539 antes e 0,530 depois. Em contraste, a escala FATCOD mostrou uma confiabilidade mais forte, com um valor de 0,801 no início e 0,863 na segunda medição.

6 DISCUSSÃO

Neste capítulo, os resultados encontrados serão debatidos e comparados com a literatura.

6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, PROFISSIONAL E FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

O estudo abrangeu toda a equipe de enfermagem dos setores UCM e USN, enfermarias de internação de pacientes clínicos, de alta dependência, multimorbidades e alta complexidade, onde são assistidos os pacientes oncológicos, idosos, com sequelas neurológicas, demências, institucionalizados, em CP e FFV do HC-UFTM.

Houve grande receptividade e interação dos profissionais, com participação ativa nas aulas e discussões, apresentando um feedback fortemente positivo ao final dos encontros, em relação aos conhecimentos adquiridos e pela possibilidade de debate e de esclarecimentos acerca dos temas CP e finitude.

A maioria dos participantes do estudo era do gênero feminino, o que é consistente com diversos estudos realizados no Brasil (Antunes, 2023; Ayala; Santana; Landmann, 2021; FIOCRUZ/Cofen, 2017; Lima *et al.*, 2024; Mello, 2020; Nascimento *et al.*, 2023; Pereira *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2025) e no mundo (Chover-Sierra; Martínez-Sabater; Lapeña-Moñux, 2017b; Frommelt, 2003; Hertanti *et al.*, 2021; Lancaster *et al.*, 2017; Li *et al.*, 2023; Mengual *et al.*, 2023; Sadowska; Krzykwa; Czarkowska-Pączek, 2023).

A essência do cuidado na profissão de enfermagem, conforme idealizada por Florence Nightingale, atrai muitas mulheres, que encontram na enfermagem a realização profissional através do uso de suas habilidades e vocações naturais (Toqan *et al.*, 2023), uma vez que, historicamente, o papel de cuidar está associado as mulheres (Antunes, 2023).

Li *et al.* (2023), em revisão sistemática, verificou que 94% dos profissionais de enfermagem era do gênero feminino. Praticamente todos os estudos, em diversas áreas geográficas, apresentam predomínio de mulheres na profissão, sendo superior a 90% na Coréia, no Irã, na Índia, na China e em Varsóvia (Gupta *et al.*, 2023; Hao *et al.*, 2021; Iranmanesh *et al.*, 2014; Kim *et al.*, 2011; Sadowska; Krzykwa;

Czarkowska-Pączek, 2023), contrastando com alguns estudos realizados na Palestina, na Etiópia, na Jordânia e na Arabia Saudita, que apresentaram a maioria dos profissionais do sexo masculino (Abu-Aziz *et al.*, 2023; Alshehri *et al.*, 2023; Etafa *et al.*, 2020; Toqan *et al.*, 2023), sendo que, nestes locais, essa distribuição provavelmente decorre de fatores culturais.

A média de idade dos profissionais era de 41 anos, também consistente com a maioria dos estudos (Alshehri *et al.*, 2023; Dunn; Otten; Stephens, 2005; Hertanti *et al.*, 2021; Kim *et al.*, 2011; O'Shea; Mager, 2019; Ronaldson *et al.*, 2008; Wilson; Avalos; Dowling, 2016) e com o perfil dos profissionais no Brasil (Antunes, 2023; FIOCRUZ/Cofen 2017; Pereira *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2025). Em algumas partes do mundo, em especial nos países em crescimento populacional, como China e Índia, há predomínio de profissionais mais jovens (Arlí, 2023; Chen *et al.*, 2022; Etafa *et al.*, 2020; Gupta; Pruthi; Singh, 2024; Hao *et al.*, 2021; Iranmanesh *et al.*, 2014; Toqan *et al.*, 2023).

A maioria dos profissionais do estudo autodeclarou-se branca. No Sul e Sudeste do Brasil, onde este estudo foi desenvolvido, há predomínio de brancos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023), contrastando com o estudo de Silva *et al.* (2025) realizado no Nordeste do país, no estado do Piauí onde a maioria declarou-se parda. Esse dado varia nas diversas partes do mundo conforme a região onde os trabalhos foram desenvolvidos, com predomínio de brancos na América do Norte e Europa, em contraste com África e sudeste asiático (Dunn; Otten; Stephens, 2005; Gupta *et al.*, 2023; Iranmanesh *et al.*, 2014; mello, 2020; O'Shea; Mager, 2019).

Quanto à religião, a maioria dos profissionais era cristã, principalmente católicos, o que foi verificado em outros estudos, consistente com o perfil dos brasileiros, onde a maior parte da população é católica ou evangélica (Antunes, 2023; Ayala; Santana; Landmann, 2021; IBGE, 2023; Nascimento *et al.*, 2023) e diverge conforme o local estudado (Alshehri *et al.*, 2023). Na China mais de 90% da população se declara sem religião. No sudeste asiático, a maioria são muçulmanos e na Europa e América do Norte cristãos (Antunes, 2023; Ayala; Santana; Landmann, 2021; Chen *et al.*, 2022; Dunn; Otten; Stephens, 2005; Frommelt, 2003; Hattani, *et al.*, 2020; Iranmanesh *et al.*, 2014; Kim *et al.*, 2011; Lancaster *et al.*, 2017; Nascimento *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2025; Zeru *et al.*, 2020).

A maioria dos indivíduos era casada ou com relacionamento estável e com filhos, em conformidade com a maior parte da literatura (Akbolat, Ünal e Karakaya, 2022; Ayala; Santana; Landmann, 2021; Chen *et al.*, 2022; Kim *et al.*, 2011; Mello, 2020), em contraste com o estudo de Arli (2023) e de Silva *et al.* (2025), onde a maioria era solteira.

O estudo abrangeu a equipe de enfermagem completa da UCM e da USN. Na composição das escalas de trabalho há quantitativamente mais profissionais técnicos em enfermagem (TE) do que enfermeiros, por isso o predomínio desses profissionais. Esse dado varia nos estudos conforme o desenho metodológico adotado (Bouri *et al.*, 2024; Hertanti *et al.*, 2021; Iranmanesh *et al.*, 2014; Ronaldson *et al.*, 2008;) e é consistente com o predomínio de TE em relação aos enfermeiros dentre os profissionais de enfermagem brasileiros (Ayala; Santana; Landmann, 2021; Lima *et al.*, 2024; FIOCRUZ/Cofen, 2017; Nascimento *et al.*, 2023).

Ao avaliarmos a escolaridade dos profissionais observamos que, a despeito do vínculo institucional, a maioria concluiu um curso de graduação, o que nos permite observar que grande parte dos técnicos em enfermagem possuía formação superior (Pereira *et al.*, 2021), e alguns, pós-graduação, com titulação superior ao cargo ocupado, o que também foi verificado por Kim *et al.* (2011) e Nascimento *et al.* (2023) e diverge de Hertanti *et al.* (2021).

Dos 21 profissionais pós-graduados, nenhum referia especialização em CP, sendo a maioria em manejo avançado de quadros agudos – terapia intensiva e urgências e emergências. Essas áreas atraem grande número de profissionais, devido à gravidade e complexidade dos casos - despertando no profissional a necessidade de aperfeiçoar-se - e à maior oferta de trabalho – grande parte dos profissionais insere-se no mercado de trabalho em plantões de em unidades de pronto-atendimento, tanto públicos quanto privados.

A maioria dos profissionais labora no período diurno, consistente com alguns estudos (FIOCRUZ/Cofen, 2017; Nascimento *et al.*, 2023) conforme a organização das escalas de trabalho, onde há profissionais com grade matutina, vespertina, escala 12x36h diurna e 12x36h noturna, o que, associado à divisão de tarefas e à rotina assistencial, demanda um maior quantitativo de profissionais durante o dia.

A maioria são profissionais com longo período de experiência e sem outros vínculos laborais, o que provavelmente se deve ao fato de o hospital em questão ser uma instituição pública e de ensino, com contratação exclusivamente por concurso

público por meio de provas teóricas e análise de currículos, garantindo estabilidade (Ayala; Santana; Landmann, 2021), além de salários atrativos e outros benefícios, permitindo ao profissional não acumular vínculos empregatícios em diversos locais. Isso contrasta com a literatura, onde a maioria dos profissionais de enfermagem possui mais de um vínculo (FIOCRUZ/Cofen, 2017;). Nascimento *et al.* (2023) verificou que metade dos profissionais possuía vínculo único e a outra metade, mais de um vínculo.

O menor tempo de permanência no setor de trabalho provavelmente decorre da admissão frequente de novos profissionais e da permissão de mudanças intersetoriais e até interinstitucionais pela rede EBSEH, gestora do HC-UFTM. A maioria dos concursos para contratação são feitos em nível nacional com classificação unificada. Sendo assim, há grande número de profissionais de outros estados, os quais, assim que possível, solicitam remanejamentos para instituições mais próximas de suas residências e de seus familiares. Ademais, em especial na UCM, há grande rotatividade intersetorial de colaboradores, principalmente em decorrência do perfil assistencial – pacientes de alta dependência, com multimorbidades e de maior gravidade, com maior demanda técnica, física e psíquica dos profissionais.

6.2 CAPACITAÇÃO E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL E PESSOAL EM CUIDADOS PALIATIVOS

A maioria dos profissionais não foi preparada para os CP durante sua formação e grande parte deles, embora considerassem que seus conhecimentos em CP eram insuficientes, não buscou conhecimentos específicos na área. Essa ainda é a realidade do Brasil e de diversos países, em especial aqueles em desenvolvimento, onde a maioria dos cursos na área de saúde, seja em nível técnico ou superior, ainda carece de disciplinas e treinamento prático para cuidar de pacientes em CP e FFV (Abu-Aziz *et al.*, 2023; Etna *et al.*, 2020; Gupta *et al.*, 2023; Iranmanesh *et al.*, 2014; Toqan *et al.*, 2023).

Essa também é a realidade local, onde no curso de graduação em Enfermagem da UFTM não há uma disciplina específica sobre CP, de modo que os alunos têm contato com o tema em algumas disciplinas que abordam a assistência

direta ou por meio de eventos e ligas acadêmicas. O mesmo ocorre no curso de Medicina.

Há uma tendência recente em valorizar os CP e preparar os profissionais da saúde para essa demanda, com a inclusão dos CP nas grades curriculares apenas nos últimos anos (Martínez-Sabater; Chover-Sierra; Chover-Sierra, 2021), de forma que a maioria dos profissionais na ativa não tem conhecimentos mínimos na área. Ademais, o modelo biomédico de formação de profissionais na área de saúde foca nos aspectos técnicos e não aborda os aspectos psicossociais, emocionais e espirituais inerentes ao cuidado. Esse fato, além de prejudicar a assistência aos pacientes, também deixa o profissional à mercê de sofrimento psíquico, uma vez que convive diariamente com perdas, sem ter sido adequadamente preparado para tal (Li *et al.*, 2023).

Essa realidade, no entanto, não ocorre somente no Brasil. Em estudo realizado na Espanha, Martínez-Sabater, Chover-Sierra e Chover-Sierra (2021) verificaram que mais da metade dos profissionais não foi educada acerca de CP em seus cursos de formação, referindo tê-la recebido nos últimos cinco anos, por meio de EC. Ao analisar a relação entre a experiência profissional e o tipo de educação em CP recebida, 37,1% dos profissionais com menos de 10 anos de experiência profissional relataram ter recebido tal conteúdo durante sua formação universitária, e aqueles com mais de 25 anos de experiência profissional a receberam principalmente em cursos de pós-graduação ou EC.

Na Etiópia, bem como na Arábia Saudita cerca de 70% dos profissionais que referiam cuidar de pacientes terminais nunca receberam treinamento em CP (Abudari *et al.*, 2014; Kassa *et al.*, 2014; Zeru *et al.*, 2020).

Em estudo realizado na Índia, embora 64,8% dos enfermeiros estivessem envolvidos no cuidado de pacientes em CP (câncer ou outras doenças crônicas limitantes da vida), apenas 1,8% tinham treinamento formal na área (Gupta *et al.*, 2023). Na Arábia Saudita, estudo de 2023 com 113 profissionais graduados recentemente, há menos de 1 ano, constatou que nenhum dos participantes possuía treinamento formal em CP (Alkhamees *et al.*, 2023).

Na Polônia em 2023, não há ensino de ética e de aspectos psicossociais em relação à morte e durante a graduação em enfermagem constatou-se que os enfermeiros receberam preparação abaixo da média para cuidar de pacientes em finitude, provavelmente devido ao pequeno número de horas de aulas práticas e

teóricas e aos métodos ineficazes de treinamento em CP (Sadowska; Krzykwa; Czarkowska-Pączek, 2023).

Ainda em 2023, estudo com profissionais de diversas áreas da saúde, sendo mais de 60% da amostra composta por fisioterapeutas e cerca de 80% recém-formados, a maioria (83,8%) não havia recebido educação prévia sobre morte e morrer, evidenciando que essa carência de conhecimentos em CP é comum em todas as áreas (Alkhamees *et al.*, 2023), incluindo médicos, psicólogos e fisioterapeutas (Alkhamees *et al.*, 2023; Antunes, 2023; Bouri *et al.*, 2024; Frommelt, 2003; Vu *et al.*, 2019).

O inverso foi verificado em Detroit em 2005, onde 98% dos profissionais de enfermagem já relatavam algum nível de treinamento em CP. No entanto, a despeito desse treinamento esses indivíduos apresentavam insegurança para lidar com a finitude, de modo que 69% relatavam que sua formação em enfermagem não os preparou adequadamente para lidar com a morte e o morrer (Dunn; Otten; Stephens, 2005).

Dessa forma, embora os cuidados de fim de vida sejam entendidos como um importante aspecto da graduação em enfermagem, é uma área de prática para a qual os profissionais não estão adequadamente preparados (Croxon *et al.*, 2018 apud Fristedt *et al.*, 2021).

Essa realidade não ocorre apenas nos países em desenvolvimento. Na Irlanda e na Austrália, 49% e 72% dos profissionais que trabalhavam em instituições públicas e privadas de cuidados de idosos, respectivamente, referiram treinamento em CP (Ronaldson *et al.*, 2008; Wilson; Avalos; Dowling, 2016). Na China, enfermeiros que laboravam em enfermarias oncológicas de 5 hospitais no cuidado diário de pacientes terminais, 96,9% referiram necessitar de capacitação em CP e apenas 40,2% já haviam recebido algum treinamento (Hao *et al.*, 2021).

Entre profissionais de saúde suecos e sauditas de diversas áreas em terapia intensiva, quase 100% referiu experiência profissional com a terminalidade, mas 84% e 32%, respectivamente, não receberam qualquer educação sobre CP (Alshehri *et al.*, 2023).

Da mesma forma, a carência de preparo dos profissionais é observada tanto em instituições públicas quanto privadas. No estudo de Ayala, Santana e Landmann (2021), 65% dos profissionais de um hospital público e 55% de um hospital privado não foram capacitados para a atenção em CP.

Na China, entre estudantes e profissionais na ativa, cerca de 10% dos profissionais não tinham recebido nenhuma formação em terminalidade e apenas 30% relataram algum curso específico na área, contra 1,5% e 60%, respectivamente, no grupo estudantes (Wang *et al.*, 2016).

Observa-se ainda que, além de escassa, a capacitação em CP muitas vezes é incipiente, conforme evidenciado em estudo na Etiópia, onde 66,8% dos profissionais referiram cuidar de pacientes em CP na rotina, dos quais 75,2% não receberam formação em CP e, dos 24,8% capacitados, 17,7% realizaram cursos de 1 a 2 semanas e 7,0% de 6 meses de duração (Zeru *et al.*, 2020).

Em contraste, outro estudo na Espanha avaliando profissionais da atenção primária com média de 20 anos de experiência profissional observou que, embora 46,5% não relatassem experiência profissional em CP, 82,4% receberam treinamento em CP sendo 19,4% na universidade, e 69,1% por meio de EC (Mengual *et al.*, 2023).

Ainda divergindo da maior parte da literatura, estudo com enfermeiros oncológicos no estado do Piauí observou que 93,5% referia educação prévia sobre a morte e o processo de morrer e experiência no cuidado de pessoas com doenças terminais e 90,3% relatava ter vivenciado perdas em sua trajetória profissional, constituindo um grupo com ampla vivência e preparo para lidar com pacientes em CP (Silva *et al.*, 2025).

A maioria dos profissionais não dispõe de tempo, recursos – financeiros ou não – ou disposição para realizar busca ativa de conhecimentos. Ademais, muitos fatores limitam essa busca ativa, como a sobrecarga de trabalho, a limitação de tempo com o acúmulo de vínculos empregatícios, a falta de autonomia no ambiente de trabalho, as crenças pessoais e culturais acerca de cuidados de pacientes em FFV e a falta de motivação pessoal, o que reforça a necessidade da capacitação em serviço (Iranmanesh *et al.*, 2014).

Diversos estudos constataram que grande parte de seus profissionais adquiriram conhecimentos em CP por meio da EC, devido à carência desse tema na grade de ensino formal (Chover-Sierra; Martínez-Sabater, 2018; Dunn; Otten; Stephens, 2005) e evidenciam que treinamentos ofertados por meio ES são capazes de elevar significativamente os conhecimentos das equipes e melhorar suas atitudes frente a esse perfil de pacientes (Frommelt, 2003; Hao *et al.*, 2021), em especial

quando esse treinamento é combinado com a experiência profissional em CP (Frommelt, 1991).

Esses estudos refletem a necessidade da EC como forma de capacitação dos profissionais, em especial os que já se encontram no mercado de trabalho há mais tempo. Profissionais de enfermagem devem ser capacitados independentemente da área de atuação ou do local de trabalho, uma vez que podem encontrar pacientes em CP em qualquer área em que desenvolvam suas atividades (Martínez-Sabater; Chover-Sierra; Chover-Sierra, 2021).

No entanto, é necessário preparo adequado dos conteúdos abordados nos cursos oferecidos em programas de EC, para que realmente sejam efetivos em ampliar os conhecimentos dos profissionais (Wilson; Avalos; Dowling, 2016).

Ademais, a capacitação em CP não diz respeito apenas ao manejo dos sintomas e ao alívio do sofrimento físico, mas também à promoção da qualidade de vida abrangendo todos os aspectos do indivíduo, de modo que aspectos psicológicos, emocionais e espirituais também devem ser abordados (Wilson; Avalos; Dowling, 2016).

Os CP envolvem temas complexos, que demandam mais do que formação teórica apenas. Em estudo recente com estudantes do último ano de graduação em enfermagem de uma universidade pública, 78% referiu algum contato com o tema CP no curso de graduação, entretanto, 88% acreditavam não ter agregado conhecimento suficiente e 64% não se consideravam aptos à prestação de assistência paliativa (Santos *et al.*, 2022). Ademais, os estudantes demonstram concepções variadas sobre CP, uma vez que parte os associa apenas à humanização e qualidade de vida e outros ainda os vinculavam apenas ao cuidado de pacientes em fase terminal (Gomes *et al.*, 2025), demonstrando falta de consistência nas concepções assimiladas.

No estudo de Santos *et al.* (2022), dos alunos que relataram contato com CP durante a graduação 36% participaram de cursos e palestras pela própria universidade, 26% participaram de ligas acadêmicas, 8% participaram de cursos e palestras externos, 6% participaram de disciplinas optativas e apenas 2% participaram de disciplinas obrigatórias. Isso evidencia que a inserção dos CP nas grades curriculares ainda é feita muitas vezes de modo informal e como consequência muitos estudantes não recebem a educação devida na área, sendo necessário ampliar essa oferta para incluir abordagens teórico-práticas, com

inclusão de disciplinas formais, específicas e com metodologias ativas (Gomes *et al.*, 2025).

Corroborando tais dados, pesquisadores de uma universidade nos Estados Unidos constataram que quase 85% dos estudantes de enfermagem do último ano da graduação não receberam treinamento adequado em CP e FFV (Glover *et al.*, 2017) e estudo realizado em uma universidade privada no estado de Minas Gerais verificou que 75% dos estudantes de enfermagem afirmaram nunca ter tido experiência com CP e não se sentiam aptos a prestar algum tipo de CP após a graduação (Santos *et al.*, 2022).

A necessidade de ampliação do acesso aos CP no Brasil se evidencia nos estudos de Lynch, Connor e Clark (2013), que elenca os países conforme o nível de prestação de CP, e no estudo de Finkelstein *et al.* (2022), que classifica os países por ordem de qualidade de morte, estando o Brasil na posição 79 de 81 países, atrás de muito países da África, Ásia e América do Sul.

No Brasil há serviços muito divergentes no que tange aos CP, desde locais onde apenas 19% dos enfermeiros e TE referem capacitação prévia em CP (Nascimento *et al.*, 2023), até locais com ampla vivência e preparo para lidar com pacientes em CP, como um centro oncológico especializado onde 93,5% dos enfermeiros referem educação prévia sobre finitude e experiência no cuidado de pessoas com doenças terminais (Silva *et al.*, 2025). Antunes (2023) avaliando médicos e enfermeiros sócios da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), em que 96,6% referiam assistência a doentes terminais e seus familiares, constatou que 31% participaram de algum curso sobre morte e morrer, 65,5% tiveram esse tema abordado em outros cursos e apenas 3,4% nunca participaram de capacitação no tema.

A UCM e a USN são os setores do hospital que mais internam pacientes em CP, o que explica a quase a totalidade dos profissionais relatarem experiência profissional, contato e cuidado de pacientes em CP, principalmente em nível hospitalar. Esse dado está de acordo com Lancaster *et al.* (2017), onde 80% dos profissionais referiam experiência em cuidar de pacientes terminais e contrasta com o verificado por Mello (2020) no estudo de tradução e validação do PCQN para o Brasil - onde 66,7% dos enfermeiros relataram não ter experiência com CP - bem como outros estudos na França, Espanha e Indonésia (Carroll *et al.*, 2005; Chover- Sierra; Martínez-Sabater; Lapeña-Moñux, 2017b; Hertanti *et al.*, 2021).

Um profissional referiu não ter tido contato com pacientes em CP e três referiram não cuidar de pacientes em CP no trabalho atual, o que suscita a indagação acerca da compreensão desses profissionais sobre CP e terminalidade. Na Índia 98,1% dos profissionais participantes de um estudo referiram não ter recebido educação formal e nem possuir experiência profissional em CP, mas 71% trabalhavam em oncologia ou com pacientes em FFV (Gupta *et al.*, 2023), o que sugere que os profissionais carecem muitas vezes de conhecimentos tão básicos quanto os conceitos, princípios e qual a população alvo dos CP, de forma que não conseguem identificar o perfil de pacientes que assistem em sua prática diária.

A maioria dos profissionais referiu ter perdido pessoas próximas em CP, principalmente parentes de primeiro grau. Este dado levanta o questionamento se está ocorrendo uma ampliação da compreensão e dessa forma, do acesso aos CP no nosso meio, ou se o dado está enviesado por se tratar de familiares de profissionais de saúde, que seriam capazes de reconhecer esse perfil de pacientes e sugerir a instituição de CP por parte das equipes assistentes. Em outros estudos, a experiência dos profissionais com a perda de entes queridos foi menor (Alkhamees *et al.*, 2023; Antunes, 2023; Frommelt, 2003; Lancaster *et al.*, 2017).

A maioria dos profissionais sentiu-se confortável para falar sobre FFV com seus entes queridos, o que é muito importante, pois reflete melhorias na compreensão dos CP e permite que este tema seja divulgado na sociedade, contribuindo para sua expansão. Porém esse número de profissionais se reduz ao serem questionados sobre sua capacidade de dialogar nesses temas com os pacientes em CP e seus familiares/cuidadores, o que também foi verificado por Frommelt (1991), e reflete a necessidade de treinamento e empoderamento dos profissionais para o cuidado integral dos pacientes e familiares/cuidadores, incluindo habilidades de comunicação e desenvolvimento de empatia.

6.3 CONHECIMENTO DOS PARTICIPANTES ANTES DA INTERVENÇÃO SEGUNDO A ESCALA *PALLIATIVE CARE QUIZ NURSING* (PCQN)

Os enfermeiros desempenham um papel importante na prestação de CP. Por outro lado, a falta de conhecimento nesta área é um dos principais fatores impeditivos da prestação de CP de alta qualidade (Li *et al.*, 2023). A falta de conhecimento dos enfermeiros se deve à falta de cursos e programas de

treinamento, à ausência de um plano estratégico, políticas e diretrizes para a prestação de CP, bem como de cursos nos currículos de enfermagem (Toqan *et al.*, 2023).

Para oferecer melhor assistência a pacientes com doenças crônicas e graves e suas famílias, com impacto positivo em sua qualidade de vida, os profissionais de enfermagem precisam receber educação para desenvolver seus conhecimentos em CP (Toqan *et al.*, 2023), o que é crucial para que possam efetivamente oferecer esses cuidados (Li *et al.*, 2023).

A mensuração eficaz dos conhecimentos em CP é um componente relevante da educação e da prática de enfermagem, sendo importante ferramenta de gestão para aprimoramento da qualidade do cuidado na área. No presente estudo, o percentual de acertos na escala PCQN no pré-teste variou de 8,2% (item 7) a 90,2% (item 9), com média total de 45,8%, correspondendo a uma pontuação de 9,0 pontos.

O nível de conhecimentos em CP dos profissionais do nosso estudo foi considerado insuficiente, mas foi semelhante ao verificado no estudo de tradução e validação do PCQN para o Brasil – 9,4 pontos (Mello, 2020) e à pontuação média (9,67 pontos) observada em estudo de revisão sistemática em 40 estudos em 12 países com 22.480 profissionais (Li *et al.*, 2023) em populações semelhantes.

O estudo de adaptação cultural e validação do PCQN no Brasil verificou resultados semelhantes aos desse estudo, onde o percentual médio de acertos em profissionais de enfermagem foi de 47%, correspondendo a uma pontuação de 9,4, mesmo com 1/3 da amostra constituído por profissionais com experiência em CP (Mello, 2020).

Os resultados do presente estudo foram inferiores ao verificado no estudo de criação do PCQN no Canadá (12,2 pontos) (Ross; McDonald; McGuinness, 1996), e de tradução e validação para a França (10,92) (Carroll *et al.*, 2005), para a Espanha (10,8 pontos) (Chover-Sierra; Martínez-Sabater; Lapeña-Moñux, 2017a) e para a Etiópia (9,81) (Etafa *et al.*, 2020) e superior ao estudo de tradução e validação para o Irã (7,59) (Iranmanesh *et al.*, 2014).

Li *et al.* (2023), em revisão sistemática e metanálise acerca do nível de conhecimento de profissionais de enfermagem por meio do PCQN observou que em diversos estudos, em várias partes do mundo – Iran, Palestina, Arábia Saudita, Jordânia, China, Coreia do Sul, Irlanda, Etiópia, Grécia, Estados Unidos, Austrália,

Canadá - as pontuações variaram de 6,8 na China a 15 no Canadá. Pontuação satisfatória – acima de 10 pontos - foi alcançada em 17 de 40 estudos, sendo 11 na China, dois na Irlanda, um na Etiópia, um nos Estados Unidos, um na Austrália e um no Canadá (Li *et al.*, 2023).

Esta mesma revisão verificou pontuações mais baixas em países de baixa renda e mais altas na Europa e América do Norte, o que também foi observado em estudos realizados na Espanha, onde a pontuação variou de 11,9 a 12,6 (Chover-Sierra; Martínez-Sabater, 2018; Martínez-Sabater; Chover-Sierra; Chover-Sierra, 2021; Mengual *et al.*, 2023), Coreia do Sul (12,5) (Kim *et al.*, 2011), Estados Unidos (12,6) (O'Shea; Mager 2019), Irlanda (11,8) (Wilson; Avalos; Dowling, 2016) e Austrália (11,7) (Ronaldson *et al.*, 2008), ao contrário de países subdesenvolvidos e com populações de menor renda, como Índia (8,45) (Gupta *et al.*, 2023; Gupta; Pruthi; Singh, 2024), Palestina, onde variou de 6,21 a 7,75 (Abu-Aziz *et al.*, 2023; Toqan *et al.*, 2023) e Arabia Saudita (9,06) (Abudari *et al.*, 2014).

Em estudo avaliando profissionais de enfermagem da Arábia Saudita de diversas nacionalidades, observou-se que as pontuações no PCQN variaram diretamente conforme o nível de prestação de CP no país de origem, sendo mais alto conforme melhor qualidade dos cuidados. Dessa forma, nos países do grupo 3, com oferta de CP em serviços isolados – Egito, Líbano, Paquistão e Filipinas – a pontuação variou de 7,06 a 9,27. Nos países do grupo 4, classificados como em provisão generalizada - República Tcheca, Índia, Jordânia, Portugal - variou de 8,24 a 11,0. No grupo 5, integração preliminar – Finlândia, Nova Zelândia e África do Sul – de 10 a 11,38 e no grupo 6 – oferta e integração avançada em CP – Austrália, Canadá Irlanda, Reino Unido e EUA – de 11,25 a 13. A maior pontuação foi alcançada por profissionais dos EUA (13 pontos) e as menores por profissionais da Arábia Saudita e da Malásia (7,06 e 7,27, respectivamente), embora este último país esteja classificado no nível 5 (Abudari *et al.*, 2014).

Esses achados podem estar relacionados ao fato de que nesses países os serviços de CP começaram mais tardiamente ou ainda nem se iniciaram, faltam apoio político e políticas públicas, orientação adequada, educação sistemática e cursos ou treinamentos de EC (Li *et al.*, 2023).

Esses resultados também podem variar devido a diferenças nos currículos dos cursos de enfermagem (presença, ausência ou baixa qualidade de cursos de CP na educação formal), limitações nos treinamentos e atualizações dos profissionais

em CP e indisponibilidade de recursos para leitura, como conexões de internet, diretrizes atualizadas, bibliotecas e artigos (Etafa *et al.*, 2020).

A China apresenta resultados divergentes, com nível de conhecimentos satisfatórios em alguns estudos e insuficientes em outros, variando de 6,82 a 12,36 (Chen *et al.*, 2022; Hao *et al.*, 2021; Li *et al.*, 2023).

Em alguns casos, as pontuações mais elevadas no PCQN devem-se ao tipo de população avaliada. Estudos com profissionais de enfermagem em ambientes de hospices, ILP, cuidados domiciliares, cuidados geriátricos, oncológicos e CP, tendem a apresentar conhecimentos satisfatórios, mesmo quando os profissionais carecem de formação teórica específica em CP e cuidados de fim de vida (Kim *et al.*, 2011; O'Shea; Mager, 2019; Ronaldson *et al.*, 2008; Wilson; Avalos; Dowling, 2016), evidenciando a relevância da vivência prática para a aquisição de conhecimentos.

Apresentaram conhecimentos significativamente mais elevados as mulheres, os indivíduos de religião cristã, os TE, os profissionais com ensino superior e pós-graduação, os que consideravam não terem sido preparados para a atuação em CP durante sua formação básica, os que tiveram disciplinas específicas de CP durante a graduação e os que participaram de cursos ou eventos sobre o tema.

Na maioria dos estudos, o gênero não influenciou nos conhecimentos dos profissionais. Dos que consideraram esta variável, Toqan *et al.* (2023) verificou maior nível de conhecimentos nas mulheres e a revisão sistemática realizada por Li *et al.* (2023) nos homens. Kassa *et al.* (2014) e Etafa *et al.* (2020) não observaram impacto do gênero nos conhecimentos dos indivíduos.

Similarmente, a maioria dos estudos não verificou impacto da idade no nível de conhecimento dos profissionais (Etafa *et al.*, 2020; Kassa *et al.*, 2014; Kim *et al.*, 2011; O'Shea; Mager, 2019; Wilson; Avalos; Dowling, 2016) e o estudo que o verificou divergiu do nosso, constatando maior pontuação PCQN nos profissionais mais jovens (Toqan *et al.*, 2023).

Essas variáveis são realmente contraditórias. Em relação ao gênero, sofre influência tanto da frequência de profissionais por gênero, quanto de aspectos culturais, como o papel do homem e da mulher na sociedade, onde em geral as mulheres são mais empáticas e atenciosas e têm comportamentos humanísticos em relação aos pacientes (Penprase *et al.*, 2015).

Em relação à idade, profissionais de maior faixa etária em geral tem maior experiência profissional, mas profissionais mais jovens podem ter recebido maior

capacitação em CP, com a inclusão recente da temática nos novos currículos e com a atenção crescente que essa área tem recebido nos últimos anos (Martínez- Sabater; Chover-Sierra; Chover-Sierra, 2021), sendo que ambos os aspectos impactam nos conhecimentos adquiridos.

O único estudo que verificou a influência da religião nos conhecimentos não observou o impacto dessa variável (Kim *et al.*, 2011). Este estudo foi realizado na Coreia do Sul, em que a maioria da população também é de origem cristã, e, da mesma forma que no nosso, a homogeneidade da amostra quanto a essa variável pode ter determinado a ausência de efeito da mesma.

O estado civil não influenciou nos conhecimentos dos indivíduos, como verificado também por Kim *et al.* (2011), bem como a presença e o número de filhos.

Em relação à categoria profissional, Ronaldson *et al.* (2008), na Austrália, encontrou resultados diferentes dos observados em nosso estudo, cuja pontuação dos enfermeiros foi de 11,7 e dos TE de 5,8, similar ao observado por Ross, McDonald e McGumness (1996) e por Carroll *et al.* (2005). No entanto, ao contrário do que foi observado no estudo de Ronaldson *et al.* (2008) os enfermeiros eram mais titulados e de maior faixa etária em relação aos TE.

No presente estudo, os TE dos setores avaliados possuem média de idade e tempo de exercício profissional maior do que o dos enfermeiros, similar ao verificado por Henocho *et al.* (2014). Ademais, constatou-se que grande parte dos técnicos em enfermagem possuem graduação – principalmente em enfermagem - e pós-graduação, de modo que os principais determinantes para o nível de conhecimentos em CP podem ter sido o tempo de experiência profissional e o nível de escolaridade dos profissionais, e não necessariamente a categoria a que pertencem, ou a função que desempenham.

Corroborando com a hipótese do presente estudo, observou-se que a experiência profissional e a capacitação em CP de TE foram capazes de elevar os conhecimentos dos indivíduos dessa categoria profissional (Ronaldson *et al.*, 2008).

No entanto, os TE são os responsáveis pelos cuidados diários ao paciente em CP, como higiene, conforto, alívio da dor, segurança e alimentação e, dessa forma, mantêm um convívio mais frequente e mais próximo com a rotina de cuidados, o que pode ser uma explicação para tal resultado, que, inclusive, está de acordo com os pressupostos traçados para o presente estudo. Nos estudos disponíveis até o momento, não foram verificadas análises semelhantes para comparação.

O nível de formação também se correlacionou diretamente com os conhecimentos dos profissionais de enfermagem no estudo de criação do PCQN (ROSS; McDonald; McGuinness, 1996), e de validação para a França (Carroll *et al.*, 2005), bem como nas populações da Coreia do Sul e Arabia Saudita (Abudari *et al.*, 2014; Kim *et al.*, 2011), com indivíduos de maior titulação alcançando maiores pontuações, o que também verificamos, diferente do observado por Kassa *et al.* (2014).

Indivíduos com formação teórica em CP - os que tiveram disciplinas específicas de CP durante a graduação e os que participaram de cursos ou eventos sobre o tema - também apresentaram maior conhecimento, o que está de acordo com estudos prévios (Abudari *et al.*, 2014; Carroll *et al.*, 2005; Chen *et al.*, 2022; Chover-Sierra; Martínez-Sabater; Lapeña-Moñux, 2017b; Etafa *et al.*, 2020; Kassa *et al.*, 2014; Kim *et al.*, 2011; Li *et al.*, 2023; Martínez-Sabater; Chover-Sierra; Chover-Sierra, 2021; Mengual *et al.*, 2023; Ross; McDonald; McGuinness, 1996). Evidenciando a importância da formação teórica e não apenas da vivência prática para a aquisição de conhecimentos na área por parte dos profissionais. Isso reforça o papel de programas de EC em serviço para melhorias assistenciais em CP.

A maioria dos profissionais em nosso estudo não tinha educação formal em CP. Sendo assim, provavelmente, as pontuações que alcançaram no teste resultaram do conhecimento adquirido por meio de anos de prática e sessões de educação informal (Ronaldson *et al.*, 2008).

Os profissionais com capacitação em CP obtiveram pontuações significativamente mais altas do que aqueles sem educação/treinamento, o que é consistente com Li *et al.* (2023), o qual constatou que a educação aumenta a conscientização e preenche lacunas no conhecimento dos profissionais sobre CP.

Ronaldson *et al.* (2008) verificou que o treinamento em CP foi capaz de influenciar os conhecimentos dos TE, mas não dos enfermeiros, provavelmente porque os enfermeiros constituem um grupo mais homogêneo e talvez mais capacitado previamente em relação a esta variável.

Etafa *et al.* (2020) verificou que leitura de artigos e panfletos sobre CP não influenciou no nível de conhecimento dos profissionais, mas a capacitação sim, o que sugere que não é suficiente a leitura informal de conteúdo sobre CP, devendo ser oferecidos treinamentos adequados para atingir a finalidade proposta de elevar o nível de conhecimento dos profissionais. Da mesma forma, estudos anteriores

observaram que o tempo e o tipo de treinamento em CP foram capazes de impactar significativamente nos conhecimentos dos profissionais (Carroll *et al.*, 2005; Chover-Sierra; Martínez-Sabater, 2018; Ross; McDonald; McGuinness, 1996; Wilson; Avalos; Dowling, 2016).

Ao serem questionados se foram adequadamente preparados para atuar em CP em sua formação básica, os profissionais que se sentiam mais despreparados apresentaram maior nível de conhecimento. O mesmo ocorreu, embora de forma não significativa, ao serem questionados acerca da suficiência de seus conhecimentos em CP, sendo que os que os consideravam insuficientes apresentaram pontuação mais elevada. Esse dado pode refletir uma maior busca por parte dos profissionais que julgam necessário ampliar seus conhecimentos. Ao sentirem-se seguros e confiantes sobre determinado assunto, os profissionais podem deixar de atualizar-se, e dessa forma, apresentar menor nível de conhecimentos do que os que se consideram mais inaptos. Outra explicação possível é o viés cognitivo descrito por Dunning e Kruger (1999) no qual indivíduos com baixo nível de competência em determinada área tendem a superestimar suas habilidades, enquanto pessoas mais competentes tendem a se subestimar.

Outros estudos também relataram o sentimento de inaptidão de estudantes de enfermagem e enfermeiros para atuar em CP (Hao *et al.*, 2021). Essa é uma necessidade técnica relacionada ao conhecimento profissional, além de uma questão moral, tendo em vista as situações de negligência a que pacientes sem chance de cura são frequentemente submetidos (Santos *et al.*, 2022), o que pode gerar sentimentos de angústia e incapacidade nos profissionais.

Os profissionais de enfermagem possuem uma percepção contraditória sobre os CP, além de um desconhecimento a respeito das legislações e normas que o regem, o que, associado aos inúmeros fatores dificultadores da implementação desses cuidados, como equipes desfalcadas, falta de encorajamento e condições institucionais, podem contribuir para reforçar essa insegurança técnica (Pereira *et al.*, 2021).

Em relação à experiência profissional em geral, indivíduos há mais tempo no mercado de trabalho apresentaram mais conhecimento em CP em alguns estudos (Abudari *et al.*, 2014; Chover-Sierra; Martínez-Sabater, 2018), mas não no nosso, que também encontrou respaldo na literatura (Chover-Sierra; Martínez-Sabater;

Lapeña-Moñux, 2017b; Etafa *et al.*, 2020; Kassa *et al.*, 2014; Kim *et al.*, 2011; O'Shea; Mager, 2019).

Outros estudos verificaram associação entre os conhecimentos e a experiência profissional específica em CP. Essa associação não foi encontrada em nosso estudo provavelmente porque, devido ao tipo de assistência prestada nos setores avaliados, praticamente todos os participantes possuía experiência profissional e contato com pacientes em CP na rotina diária, de modo que essa variável não influenciou na pontuação dos mesmos, divergindo desses trabalhos (Abudari *et al.*, 2014; Chover-Sierra; Martínez-Sabater, 2018; Chover-Sierra; Martínez-Sabater; Lapeña-Moñux, 2017b; Etafa *et al.*, 2020; Martínez-Sabater; Chover-Sierra; Chover-Sierra, 2021; Mengual *et al.*, 2023; Wilson; Avalos; Dowling, 2016).

Sujeitos que receberam capacitação em CP apresentam maior conhecimento do que os não capacitados, mesmo quando não atuam diretamente na área, evidenciando o impacto da formação teórica, capaz de influenciar o conhecimento dos profissionais a despeito da baixa experiência prática com o tema (Carroll *et al.*, 2005).

Considerando que o conhecimento em enfermagem é gerado a partir da instrução e fundamentado na prática (Beimer 1984, *apud* Ross; McDonald; McGuinness, 1996; Carroll *et al.*, 2005), espera-se que, à medida que os alunos progridam na formação teórica e os profissionais ampliem sua prática diária, sejam cada vez mais expostos, tanto ao conteúdo relacionado a CP, quanto à experiência clínica com pacientes em CP, aumentando, conseqüentemente, seu nível de conhecimento na área (Ross; McDonald; McGuinness, 1996).

Chover-Sierra, Martínez-Sabater e Lapeña-Moñux, (2017b) observaram que a experiência profissional e a capacitação em CP relacionaram-se de forma estatisticamente significativa com maior percentual de acertos independente das horas de estudo cursadas. Os participantes com experiência e treinamento em CP apresentaram uma porcentagem de acertos significativamente maior, sendo o maior impacto ocasionado pela experiência - 62,65% de acertos – em relação ao treinamento - 60,97%.

Esses resultados demonstram a importância do conhecimento adquirido no ambiente de trabalho e influência da experiência, tanto no que tange à área – CP –, quanto ao tempo de experiência profissional em geral. No entanto, esse

conhecimento necessita de uma base teórica que o sustente (Martínez-Sabater; Chover-Sierra; Chover-Sierra, 2021).

No estudo que originou o PCQN no Canadá em 1996, Ross, McDonald e McGumness observaram um percentual médio de respostas corretas de 61% (12,2 pontos), que variou conforme o nível de escolaridade e a categoria profissional, sendo 46% (9,2) para estudantes de enfermagem de todos os níveis, 60% (12 pontos) para TE, 65% (13 pontos) para enfermeiros cursando pós-graduação e 75% (15 pontos) para enfermeiros em serviço. Também apresentaram maior percentual de acertos os profissionais com treinamento na área. Em relação aos alunos de graduação em enfermagem, observou-se que quanto mais avançado no curso, maior a pontuação média alcançada no PCQN.

Carroll *et al.* (2005), replicou o trabalho de Ross, McDonald e McGumness (1996) para tradução e validação do PCQN na França e encontraram resultados semelhantes, com um percentual médio de respostas corretas de 54,6% (10,92 pontos), sendo de 34,8% para estudantes de enfermagem, 54,4% para auxiliares de enfermagem, 57,9% para enfermeiros cursando pós-graduação e 68% para enfermeiros em serviço. Ademais, aqueles com treinamento especializado em CP obtiveram pontuações mais altas do que aqueles sem tal treinamento.

Dessa forma, semelhante ao presente estudo, observou-se que os participantes com níveis mais altos de educação, maior tempo de experiência profissional e treinamento especializado em CP alcançaram as pontuações mais altas, e que a experiência em serviço foi mais efetiva do que o nível educacional em aumentar os conhecimentos dos profissionais, o que poderia dever-se ao maior contato com a temática dos CP (Carroll *et al.*, 2005; Ross; McDonald; McGuinness, 1996). Sendo assim, embora os profissionais destes estudos apresentassem um nível de conhecimentos mais elevados do que o observado em nossa amostra, foram impactados pelas mesmas variáveis profissionais e de formação.

Em estudo na Coreia do Sul, a pontuação média no PCQN de profissionais de enfermagem, em que cerca de 40% eram certificados em CP e hospices, foi de 12,5 (Kim *et al.*, 2011), sem correlações estatísticas com a idade, a religião, o estado civil, a área de atuação, a experiência clínica ou experiência em CP. No entanto, enfermeiros certificados em CP e cuidados de *hospice* apresentaram pontuações significativamente mais altas do que enfermeiros não certificados nessas áreas. Houve interferência significativa no conhecimento também em relação ao nível de

formação do profissional, sendo as maiores pontuações alcançadas por profissionais pós-graduados, com mestrado e doutorado.

Iranmanesh *et al.* (2014) também não verificaram correlação significativa entre a pontuação total do PCQN e suas subescalas com idade, sexo, escolaridade, setor de trabalho, religiosidade, anos de experiência em enfermagem e anos de experiência no cuidado de pessoas em fase terminal.

A experiência pessoal com perdas não impactou no nível de conhecimento dos profissionais do presente estudo, diferente do observado por Iranmanesh *et al.* (2014), onde a experiência pessoal com a terminalidade impactou positivamente a pontuação no PCQN especificamente no domínio *Controle de sintomas*. Essa vivência pode ter reduzido seu medo e ansiedade em relação à morte, permitindo que cuidassem melhor de pessoas em estado terminal.

Ainda no Irã, não foi encontrada correlação significativa entre a pontuação do PCQN e o nível de formação dos profissionais, bem como com seus anos de experiência no cuidado de pacientes terminais. Nesse país todos são culturalmente familiarizados com a morte, no entanto não há nenhuma unidade de CP e nem abordagem desse tema na educação formal, sendo que quase 80% dos profissionais do estudo não estavam familiarizados com o tema. A falta de unidades específicas de CP e a educação acadêmica/continuada insuficiente no sistema de saúde iraniano podem ser determinantes para que não se verificasse diferença entre o conhecimento de enfermeiros novatos e experientes em CP (Iranmanesh *et al.*, 2014).

Em outros estudos verificou-se que a área ou setor de atuação dos profissionais pode influenciar (Kassa *et al.*, 2014; Toqan *et al.*, 2023), ou não (Chover-Sierra; Martínez-Sabater, 2018; Etafa *et al.*, 2020; Kim *et al.*, 2011), seus conhecimentos sobre CP, da mesma forma que a instituição analisada (Etafa *et al.*, 2020; Kassa *et al.*, 2014), o que não foi analisado no presente estudo, que avaliou setores e perfil assistenciais específicos.

Analisando o percentual de acertos por domínios, observamos que os profissionais apresentavam maior conhecimento no domínio *Filosofia e princípios dos cuidados paliativos*, seguido de *Controle da dor e outros sintomas*. Distribuição semelhante foi verificada por Martínez-Sabater, Chover-Sierra e Chover-Sierra (2021).

Outro estudo onde o maior percentual de acertos ocorreu em *Filosofia e princípios* foi o de Chover-Sierra e Martínez-Sabater (2018), divergindo de vários outros (Abudari *et al.*, 2014; Ronaldson *et al.*, 2008; Toqan *et al.*, 2023; Wilson; Avalos; Dowling, 2016), inclusive do estudo de tradução e validação do PCQN para o Brasil (Mello, 2020).

Na maioria dos estudos, os profissionais apresentavam maior conhecimento no domínio *Controle de sintomas* (Chover-Sierra; Martínez-Sabater; Lapeña-Moñux, 2017b; Etafa *et al.*, 2020; Gupta *et al.*, 2023; Iranmanesh *et al.*, 2014; Li *et al.*, 2023; Ronaldson *et al.*, 2008; Toqan *et al.*, 2023).

Ronaldson *et al.* (2008), avaliando enfermeiros que trabalham em casas de repouso, constataram o maior percentual de acertos no *Aspectos psicossociais* e o menor em *Filosofia e princípios*, inversamente ao observado neste estudo.

Os equívocos divergiram muito conforme os estudos, uma vez que as lacunas de conhecimento identificadas pelo PCQN variam conforme o nível de educação do grupo analisado (Carroll *et al.*, 2005; Ross; McDonald; McGuinness, 1996).

No presente estudo foram mais frequentemente identificados no domínio *Aspectos psicossociais*, bem como no de Chover-Sierra e Martínez-Sabater, 2018; Chover-Sierra, Martínez-Sabater e Lapeña-Moñux, 2017b; Etafa *et al.*, 2020; Iranmanesh *et al.*, 2014 e Ronaldson *et al.* (2008); e nos demais estudos por *Filosofia e princípios* (Abudari *et al.*, 2014; Mello, 2020; Ronaldson *et al.*, 2008; Toqan *et al.*, 2023; Wilson; Avalos; Dowling, 2016).

No estudo original, as questões com maior percentual de equívocos em todas as categorias profissionais foram 2, 6, 10, 12 e 14 (Ross; McDonald; McGuinness, 1996). No nosso estudo ocorreram nos itens 3, 5, 7, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 19 e 20. No estudo de adaptação cultural e validação do PCQN no Brasil o maior percentual de erros ocorreu nos itens 1, 6, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 20 (Mello, 2020). A maior quantidade de equívocos foi reportada nos estudos de validação iraniano – 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17 e 19 (Iranmanesh *et al.*, 2014) –, francês – 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 20 (Carroll *et al.*, 2005) – e etíope – 3, 5, 7, 10, 11, 13, 16, 19 e 20 (Etafa *et al.*, 2020) - e o menor no espanhol – 5, 17 e 19 (Chover-Sierra; Martínez-Sabater; Lapeña-Moñux, 2017a).

Comparando os diversos estudos, nenhum reportou equívocos nos itens 4 e 18, ambos da categoria *Controle de sintomas* e os equívocos encontrados com maior frequência ocorreram nos itens 17 de *Filosofia e princípios* (Abudari *et al.*,

2014; Carroll *et al.*, 2005; Chover-Sierra; Martínez-Sabater, 2018; Chover-Sierra; Martínez-Sabater; Lapeña-Moñux, 2017a; Iranmanesh *et al.*, 2014; Mello, 2020; Mengual *et al.*, 2023; Ronaldson *et al.*, 2008; Toqan *et al.*, 2023; Wilson; Avalos; Dowling, 2016) e 19 de *Aspectos psicossociais* (Abudari *et al.*, 2014; Carroll *et al.*, 2005; Chover-Sierra; Martínez-Sabater, 2018; Chover-Sierra; Martínez-Sabater; Lapeña-Moñux, 2017a; Etafa *et al.*, 2020; Iranmanesh *et al.*, 2014; Mello, 2020; Ronaldson *et al.*, 2008; Toqan *et al.*, 2023).

Todos os equívocos identificados no presente estudo foram reportados com frequência na literatura, de forma que nossa população não demonstra nenhuma particularidade em relação aos seus desconhecimentos. Comparando o presente estudo com o de validação brasileira, em ambos foram reportados equívocos nos itens 10, 12, 14, 17, 19 e 20 (Mello, 2020).

Ao comparar este estudo com o original (Ross; McDonald; McGuinness, 1996) e o de validação brasileira (Mello, 2020) por domínios, observou-se que em *Filosofia e princípios* o item 12 esteve presente nos três estudos e o 17 no brasileiro. Em *Controle de sintomas* os itens 10 e 14 também foram reportados nos três estudos e o 20 no brasileiro e em *Aspectos psicossociais* o item 19 foi relatado apenas no brasileiro, uma vez que o estudo original não reportou equívocos neste domínio.

Indivíduos com experiência em CP apresentaram maior percentual de acertos no domínio *Controle de sintomas* e a aqueles com capacitação em CP no domínio *Filosofia e princípios* o que nos leva a pensar se a forma como o conhecimento é adquirido pelo profissional, sendo na educação formal, ou por meio da experiência prática, possa exercer algum papel não só no nível, mas também no tipo de conhecimento, ou seja a quantidade em relação à qualidade do conhecimento do indivíduo (Chover-Sierra; Martínez-Sabater; Lapeña-Moñux, 2017a).

Os profissionais inevitavelmente encontram e lidam com dor e outros sintomas no processo de trabalho clínico, acumulando assim conhecimento e experiência relevantes até certo ponto (Li *et al.*, 2023).

Atividades contínuas de desenvolvimento profissional e práticas clínicas ativas também são possíveis razões para as maiores médias de conhecimento sobre *Controle de sintomas*, devido ao fato de que enfermeiros frequentemente cuidam de pacientes com doenças crônicas que necessitam de analgésicos e os realizam diariamente. (Etafa *et al.*, 2020). O maior percentual de respostas corretas neste

domínio identificado na maioria dos estudos também pode justificar-se pelas iniciativas da OMS de otimizar o manejo da dor em nível mundial (Gupta *et al.*, 2023).

Além de escassa, a formação teórica em CP muitas vezes é focada principalmente em aspectos práticos da rotina assistencial, como manejo de sintomas, sendo os aspectos psicossociais e os princípios do CP abordados com menor ênfase e frequência (Chover-Sierra; Martínez-Sabater; Lapeña-Moñux, 2017b). Ademais, o conhecimento adquirido por meio da prática diária também é mais voltado aos temas em que os profissionais têm maior contato. Isso se torna evidente no estudo de Adriaansen e Achterberg (2004) na Holanda, onde enfermeiros e TE responderam corretamente principalmente questões que diziam respeito à prática hospitalar, como *Controle de sintomas* e os estudantes as questões relacionadas a princípios básicos de CP.

Atualmente, as equipes de saúde se utilizam mais da prática clínica para se familiarizar com os CP do que da disponibilidade de programas de educação (Bouri *et al.*, 2024). Isso decorre de que os profissionais tendem a prestar mais atenção aos sintomas físicos dos pacientes, enquanto negligenciam suas necessidades psicológicas e o apoio social aos pacientes e suas famílias, como um reflexo da educação centrada no tratamento curativo de doenças físicas (Chen *et al.*, 2022).

A maior incidência de respostas corretas nas questões de manejo de sintomas pode estar relacionada aos cuidados habituais de enfermagem. No entanto, a frequência de erros no domínio *Controle de sintomas* é elevada em muitos os estudos (Etafa *et al.*, 2020; Iranmanesh *et al.*, 2014; Toqan *et al.*, 2023), inclusive no presente estudo, o que sugere uma insuficiência no preparo dos profissionais para prestação adequada de CP por meio da vivência prática, evidenciando a necessidade da capacitação e treinamento teórico específico na área.

O grande déficit de conhecimentos em *Filosofia e princípios* e em *Aspectos psicossociais* leva a questionar se os profissionais se concentram apenas nos aspectos fisiológicos do cuidado, ignorando os demais, o que reforça a necessidade educacional premente desses aspectos dos CP (Toqan *et al.*, 2023).

Na Palestina não há nenhuma instituição de saúde que presta CP. Observou-se que a maioria dos participantes de um estudo realizado na Cisjordania respondeu

de forma equivocada a todos os itens das subescalas *Filosofia e princípios* e *Aspectos psicossociais* (Toqan *et al.*, 2023).

A prevalência do modelo médico biológico-psicológico-social impôs requisitos mais elevados para que os enfermeiros fortaleçam o cuidado geral dos pacientes nos níveis físico, psicológico e social. Portanto, é necessário dar total atenção a esse tratamento, especialmente a *Filosofia e princípios* e a *Aspectos psicossociais* (Li *et al.*, 2023).

Se realizado adequadamente, conforme as necessidades locais, o treinamento é efetivo independente do tempo de duração, o que é especialmente relevante quando se considera o treinamento em serviço, uma vez que os profissionais não dispõem de muito tempo para tal (Kassa *et al.*, 2014). Além de essencial, o treinamento deve ser atualizado, uma vez que profissionais capacitados mais recentemente obtêm melhores pontuações no PCQN (Martínez-Sabater; Chover-Sierra; Chover-Sierra, 2021).

Um dos objetivos do PCQN é estimular a discussão sobre enfermagem em CP, além de servir de ferramenta para identificar fragilidades no conhecimento dos profissionais da área e servir como instrumento de instrução (Ross; McDonald; McGuinness, 1996). Isso foi observado no presente estudo, uma vez que muitos profissionais, ao terminarem seus questionários, faziam perguntas e permaneciam discutindo as dúvidas suscitadas pelas questões que haviam respondido, o que também ocorreu no estudo de Carroll *et al.* (2005), onde os participantes responderam favoravelmente ao questionário e mostraram interesse em aprender a resposta correta para cada item.

A qualificação profissional é importante na medida em que contribui para ampliar a qualidade da assistência prestada aos pacientes em CP e seus familiares (Ayala; Santana; Landmann, 2021).

Os profissionais apresentaram-se receptivos e com uma alta demanda por aprimoramento em CP, o que foi verificado também em outros estudos. Na Palestina, a maioria gostaria de se inscrever em programas de treinamento, como cursos de apoio à família e habilidades de comunicação e identificaram vários métodos de preferência: 82,4% preferiam parcerias com instituições acadêmicas, 81,40% dos gostariam de participar de reuniões ou workshops profissionais, 77,6% preferiam o aprendizado online e 76,20% parcerias com prestadores de CP ou cuidados domiciliares locais (Abu-Aziz *et al.*, 2023).

As necessidades de treinamento autopercebidas pelos participantes variaram de acordo com seu nível de capacitação. Em profissionais com maior nível educacional predominaram as necessidades de formação em cuidados psicoemocionais, espirituais ou de luto e enfrentamento de perdas. Em contrapartida, aqueles sem formação ou com formação básica expressaram necessidades de formação em controle sintomático, princípios de CP, aspectos psicoemocionais ou de luto e enfrentamento da perda (Mengual *et al.*, 2023).

A realização de programas de treinamento em fim de vida para um grupo central de enfermeiros em cada especialidade permite que esses enfermeiros atuem como defensores e replicadores dos CP em suas especialidades (Abudari *et al.*, 2014). No entanto, a falta de disponibilidade de profissionais especializados em CP que possam atuar como educadores, unidades/instituições especializadas em CP para aprendizagem e ao design experiencial e específico de simulações de alta fidelidade, entre outros, podem explicar as dificuldades na realização desses treinamentos (Gannon *et al.*, 2022; Kassa *et al.*, 2014; Mengual *et al.*, 2023).

Analizando as respostas corretas dos participantes aos itens do PCQN observou-se que os profissionais da UCM e USN do HC-UFTM estavam cientes da relevância das terapias adjuvantes no controle da dor (item 4), da necessidade de medidas laxativas associadas ao uso de opioides (item 8), e que as manifestações de dor crônica divergem das manifestações de dor aguda (item 18) – afirmativas do domínio *Controle de sintomas*. Todos também tinham clareza de que o envolvimento emocional entre profissional e paciente pode ocorrer durante a prestação de CP e não apresentavam desconfortos com essa afirmativa (item 9) – domínio *Filosofia e princípios*.

Em relação aos equívocos, eles não estavam cientes da necessidade do escalonamento analgésico conforme gravidade da doença (item 3), preocupavam-se com a dependência no uso da morfina (item 7), tinham receio de usar medicamentos passíveis de causar depressão respiratória na terminalidade (item 10) – domínio *Controle de sintomas*. Não tinham ciência de que os CP podem ser oferecidos durante as terapias modificadoras de doença (item 12) - domínio *Filosofia e princípios* e imaginavam que a perda de um relacionamento mais distante acarretaria menor sofrimento do que de um próximo (item 19) – domínio *Aspectos psicossociais*.

Quanto ao desconhecimento das afirmativas, o principal, com 72,1% de ocorrência relacionou-se ao uso da Meperidina (item 16), o que se justifica por não ser mais um fármaco de uso habitual, sendo um equívoco recorrente em outros estudos, inclusive no de tradução e validação do PCQN para o Brasil, de modo que este item foi excluído de alguns para adaptação do questionário (Etafa *et al.*, 2020) - e em seguida em relação aos efeitos colaterais da codeína (item 14) – ambos no domínio *Controle de sintomas*.

Embora com algum conhecimento em manejo de dor, este conhecimento claramente necessita ser aprimorado. Uma vez que cuidados como o manejo da dor é parte fundamental dos CP e FFV, a grande discrepância em relação a essas questões merece uma abordagem mais detalhada (Alshehri *et al.*, 2023). No Irã e na Etiópia, a maioria dos participantes também concordaram incorretamente com a afirmativa 3 - "a extensão da doença determina o método de tratamento da dor" (Etafa *et al.*, 2020; Iranmanesh *et al.*, 2014; Zeru *et al.*, 2020), o que pode indicar que muitos profissionais de enfermagem tenham dificuldades em definir os melhores medicamentos, doses, vias e frequências corretos para tratamento da dor (Etafa *et al.*, 2020). Isso pode ser resultado da indisponibilidade de analgésicos opioides e/ou da baixa conscientização sobre o tratamento da dor crônica (Hao *et al.*, 2021).

Ademais, a crise de opioides e a opioidofobia em curso em muitos países (incluindo EUA, Canadá e Suécia) continua a desafiar o sistema de saúde (Alshehri *et al.*, 2023). O receio de adição com uso de morfina foi recorrente nos estudos (Carroll *et al.*, 2005; Etafa *et al.*, 2020; Gupta *et al.*, 2023; Hao *et al.*, 2021; Zeru *et al.*, 2020) e foi detectada também neste estudo.

Quanto ao item 19, que se refere à superação do luto em função do relacionamento prévio com a pessoa falecida, no estudo de tradução e validação do PCQN para a Espanha, observou-se que alguns participantes indicaram dificuldade de compreensão da afirmativa, com possível viés na seleção da resposta, além da necessidade de aprofundar os aspectos psicológicos dos CP no desenho de programas educacionais (Chover-Sierra; Martínez-Sabater; Lapeña-Moñux, 2017a).

Ainda em relação ao item 19, nos países orientais, onde o parentesco é muito valorizado, com participação ativa dos membros da família no cuidado, o percentual de acertos também foi muito baixo, evidenciando possível interferência cultural na resposta dos profissionais (Chen *et al.*, 2022; Hertanti *et al.*, 2021; Iranmanesh *et al.*, 2014). Na Ásia é tradicional que os familiares, especialmente os filhos, estejam

presentes nos momentos finais para demonstrar respeito filial ao paciente, independentemente de quão difícil seja (Chen *et al.*, 2022).

O equívoco na afirmativa 12 “a filosofia dos cuidados paliativos é compatível com a do tratamento agressivo” foi o principal equívoco verificado no estudo de criação do PCQN (Ross; McDonald; McGuinness, 1996) e também na Austrália (Ronaldson *et al.*, 2008). Observamos que ao longo desse tempo, ainda é grande o desconhecimento sobre aspectos básicos dos CP, e que isso deve ser trabalhado com afinco.

Em um grande centro oncológico americano, embora 93% dos entrevistados entendessem que os CP são apropriados para todos os pacientes gravemente enfermos, apenas 38% entendiam que podem ser oferecidos simultaneamente ao tratamento modificador de doença e 100% dos entrevistados achavam que a extensão da doença deveria determinar o manejo da dor (Mason; Derubeis; Hesseltine, 2021).

Semelhante ao verificado neste estudo, Etafa *et al.* (2020) constataram que tanto o maior quanto o menor número de respostas corretas pertenciam ao tema *Manejo de sintomas* - o item 4, que afirma que as terapias adjuvantes são importantes no manejo da dor (89% de acertos), e o item 3, que afirma que a extensão da doença determina o método de tratamento da dor (5,6%), respectivamente.

6.4 ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE AOS PACIENTES E SEUS FAMILIARES/CUIDADORES EM FASE FINAL DE VIDA ANTES DA INTERVENÇÃO SEGUNDO A FATCOD-B

A pontuação média da FATCOD-B verificada neste estudo antes da intervenção educativa foi 112,2 pontos, correspondendo a atitudes adequadas por parte dos profissionais frente a pacientes e familiares/cuidadores em FFV.

Essa pontuação foi inferior à observada no estudo de tradução e validação deste instrumento no Brasil, que constatou média de 121 pontos (Antunes, 2023). No entanto, tais estudos não são comparáveis, uma vez que no trabalho de Antunes, a amostra foi composta por profissionais de categorias diferentes e altamente especializados e familiarizados com a terminalidade – médicos e enfermeiros associados à SBGG.

Da mesma forma ocorreu com o estudo de Frommelt (2003) de adaptação e validação da segunda versão da escala – FATCOD-B, cujos alunos de vários cursos da área de saúde atingiram média de 118 pontos.

Em amostras similares, observou-se que o presente estudo trouxe resultados inferiores aos verificados no estudo de tradução e validação da escala para a Espanha – 119 pontos (Edo-Gual *et al.*, 2018), tradução e validação para a Suécia – onde variou de 125,5 a 129 conforme a amostra (Fristedt *et al.*, 2021; Henoch *et al.*, 2014), bem como dois estudos posteriores nos EUA – 130 pontos (Dunn; Otten; Stephens, 2005) e Espanha – 132,21 pontos (Mengual *et al.*, 2023), e próximos ao verificado no estudo de tradução e validação para Portugal – 114 pontos (Serra, 2012).

No entanto, as atitudes dos profissionais de enfermagem no presente estudo foram superiores ao constatado em diversos outros metodologicamente compatíveis em várias partes do mundo, como Turquia – 99,28 pontos (Arlı, 2023), Varsóvia – 109 pontos (Sadowska; Krzykwa; Czarkowska-Pączek, 2023), Arábia Saudita – 101 a 111,66 pontos (Abudari *et al.*, 2014; Alkhamees *et al.*, 2023; Alshehri *et al.*, 2023), Índia – 105,45 a 110,81 pontos (Gupta *et al.*, 2023; Gupta; Pruthi; Singh, 2024; Lancaster *et al.*, 2017), China – 98,62 a 103,62 pontos (Chen *et al.*, 2022; Hao *et al.*, 2021; Wang *et al.*, 2018), Japão – 107,2 pontos (Matsui; Braun, 2010) e Etiópia – 79,58 pontos (Etafa *et al.*, 2020).

Essa distribuição assemelha-se ao verificado em relação aos conhecimentos, de modo que as atitudes dos profissionais de países de melhores condições socioeconômicas e culturais são mais positivas, corroborado pelo estudo de Abudari *et al.* (2014). Este avaliou as atitudes de profissionais de enfermagem da Arábia Saudita de diversas nacionalidades, onde as pontuações médias no FATCOD-B foram maiores em profissionais de países com integração avançada em CP como Irlanda (132,44 pontos) e EUA (129,69 pontos), do que para enfermeiros de países com oferta incipiente de CP como Filipinas (108,92 pontos) e Jordânia (105,43 pontos). A pontuação média dos profissionais de países com integração avançada em CP - grupo 6 – (128,31 pontos) foi significativamente maior do que a dos profissionais dos demais países. Da mesma forma que no verificado pelo PCQN, novamente destaca-se a Malásia onde, embora classificada no grupo 5, a média atingida pelos profissionais no FATCOD foi 109,22 pontos, inferior à média dos demais países do grupo (113,16 pontos) (Abudari *et al.*, 2014).

Abudari *et al.* (2014) referiram que a variação entre as pontuações pode estar relacionada às estratégias de educação em enfermagem adotadas pelos países com integração avançada em CP. No entanto, um estudo realizado no Japão, país com integração avançada em CP, verificou uma pontuação média de 107,2 (MATSUI; BRAUN, 2010), de tal forma que este não é o único fator a impactar as atitudes dos profissionais de enfermagem frente aos pacientes e familiares/cuidadores em FFV. Essa variação pode refletir também diferenças culturais em relação à morte e ao morrer entre os países, bem como a falta de treinamento em CP com foco cultural (Abudari *et al.*, 2014).

A escala FATCOD-B foi criada para aplicar-se a profissionais e estudantes de diversos cursos da saúde (Frommelt, 2003), no entanto, deve ser usada com cautela ao comparar atitudes em relação à morte e ao morrer em diferentes contextos sociais e de saúde (Alshehri *et al.*, 2023), uma vez que esses aspectos podem ser impactados pela cultura dos indivíduos, pelos recursos econômicos e de saúde disponíveis, pelo arranjo social, pelos níveis educacionais em CP, podendo variar conforme os locais e as populações analisados.

No entanto, esses fatores não são os únicos a influenciar as atitudes dos profissionais, uma vez que a literatura evidencia resultados muito divergentes verificados em um mesmo local, em estudos diferentes, tanto na pontuação da FATCOD-B, quanto nas variáveis com efeito significativo nas pontuações (Abudari *et al.*, 2014; Alkhamees *et al.*, 2023; Chen *et al.*, 2022; Etafa *et al.*, 2020; Gupta *et al.*, 2023; Gupta; Pruthi; Singh, 2024; Hao *et al.*, 2021; Lancaster *et al.*, 2017; Mengual *et al.*, 2023; Wang *et al.*, 2018).

Conforme Wang *et al.* (2018), as atitudes em relação ao cuidado de pacientes terminais podem ser influenciadas, além das variáveis culturais, também pelo nível de empatia e ambiente de trabalho do sujeito, o que pode justificar tais divergências. Outra possibilidade, é o desenho metodológico adotado nos estudos.

Ademais, há questões na FATCOD que abordam conceitos universais, como manejo de sintomas (Alshehri *et al.*, 2023), aplicando-se universalmente.

As variáveis sociodemográficas, profissionais e de formação não influenciaram nas atitudes dos participantes do presente estudo, bem como a experiência profissional e pessoal em situações de CP e FFV. A diferença estatística verificada na questão que trata do contato com pacientes em CP na rotina de

trabalho provavelmente não deve ser valorizada pelo fato de todos os profissionais terem essa mesma rotina.

A única variável que apresentou impacto significativo nas atitudes dos profissionais foi a abordagem de conteúdo teórico sobre CP durante a formação, no entanto, ao contrário do esperado e do verificado em relação aos conhecimentos, atitudes mais positivas foram apresentadas por profissionais que referiram não terem recebido este conteúdo. O mesmo foi verificado no estudo de Zeru *et al.* (2020). Esse dado pode correlacionar-se à uma abordagem equivocada do tema na graduação, contrariamente, gerando no indivíduo sentimentos negativos em relação à terminalidade.

No estudo de tradução e validação do FATCOD-B para o Vietnam, também não houve impacto de nenhuma variável nas atitudes dos profissionais (Vu *et al.*, 2019).

No presente estudo foi observada maior pontuação FATCOD em indivíduos abaixo de 36 e entre 46 e 55 anos e menor naqueles acima de 55 e entre 36 e 45 anos. Da mesma forma, os enfermeiros em relação aos TE. Embora sem significância estatística, a pontuação em relação à idade e à categoria profissional na FATCOD diverge do verificado no PCQN, ou seja, indivíduos mais jovens e enfermeiros têm atitudes mais positivas, enquanto os de maior faixa etária e os TE têm maior nível de conhecimento.

Também apresentaram atitudes mais positivas os indivíduos com filhos e aqueles com ensino superior e pós-graduação, os que não se sentiram preparados pela formação para atuar em CP, os que participaram de cursos ou eventos no tema, os que referiram perda de entes queridos os que se sentiam confortáveis em falar sobre CP com amigos e familiares, bem como com pacientes e familiares/cuidadores, no entanto, todos sem significância estatística.

As pontuações FATCOD foram bem próximas nas variáveis gênero, religião, estado civil, tempo de experiência profissional neste estudo, semelhante ao verificado na Etiópia, onde idade, gênero, experiência profissional geral e em CP e duração de treinamento em CP não influenciaram as atitudes dos profissionais (Kassa *et al.*, 2014).

A instituição de trabalho, a idade dos enfermeiros, o treinamento e sua duração apresentaram associação significativa com as atitudes dos profissionais, ao

contrário do nível educacional, ambiente de trabalho, experiência profissional e experiência no cuidado de pacientes terminais no estudo de Zeru *et al.* (2020).

Na Suécia, os fatores com influência significativa das atitudes dos enfermeiros foram maior idade, gênero e formação prévia em CP (Fristedt *et al.*, 2021).

Na Espanha, estudantes que tiveram contato com a finitude durante seus estágios clínicos, que vivenciaram alguma experiência de perda e que receberam treinamento em CP pontuaram significativamente mais alto, sendo assim, os autores postulam que a capacitação na área seja capaz de modular as atitudes dos profissionais em relação ao cuidado do paciente moribundo e sua família (Edo-Gual *et al.*, 2018).

Estudo brasileiro realizado com a escala FATCOD versão espanhola em 2025 com enfermeiros oncológicos no estado do Piauí foram semelhantes ao presente estudo, e não observaram impacto significativo das variáveis sociodemográficas, profissionais, capacitação ou perda de entes queridos (Silva *et al.*, 2025).

Esses autores observaram diferenças nas pontuações conforme idade, gênero, experiência profissional em terminalidade, no entanto, todas sem significância estatística, onde a faixa etária de 36 a 45 anos apresentou a média mais elevada (121,25) – diferente do nosso - enquanto a faixa de 56 anos ou mais apresentou o menor valor médio (102,00) - semelhante ao nosso (Silva *et al.*, 2025).

Ainda neste estudo, profissionais do sexo feminino apresentaram atitudes mais positivas (114,84) em relação ao masculino (102,50). Enfermeiros com experiência prévia no cuidado de pessoas com doenças terminais apresentaram média inferior (114,75) em relação aos que não possuíam tal experiência (125,50). Também não foi verificada associação significativa entre o escore da escala e a educação prévia sobre morte e morrer ou experiência prévia com a perda (Silva *et al.*, 2025).

Analisando as variáveis isoladamente observamos resultados diferentes conforme os estudos e as populações avaliadas.

A idade não impactou as atitudes dos indivíduos em alguns estudos (Arlí, 2023; Dunn; Otten; Stephens, 2005; Frommelt, 1991; Kassa *et al.*, 2014; Lancaster *et al.*, 2017; Sadowska; Krzykwa; Czarkowska-Pączek, 2023; Serra, 2012).

No entanto, Antunes (2023) verificou que indivíduos abaixo dos 45 anos têm atitudes mais positivas (SANTOS *et al.*, 2025), similar ao verificado neste estudo e o contrário do observado por Abudari *et al.* (2014); Edo-Gual *et al.* (2018); Fristedt *et*

al. (2021) e Lange, Thom e Kline (2008), onde os indivíduos de maior faixa etária apresentaram maiores pontuações na FATCOD. Alkhamees *et al.* (2023) e Frommelt (2003) destacaram a influência da idade nas atitudes, mas não especificaram qual o impacto desta variável.

Como observa Kastenbaum (2000), esses achados devem ser interpretados com cautela, pois a idade por si só não é um preditor de atitudes em relação à morte. A idade é importante para a forma como se vivencia o fim de vida, de tal forma que seu impacto provavelmente está relacionado à experiência e à formação que a acompanham e não à idade cronológica em si (Fristedt *et al.*, 2021).

Ao constatar que enfermeiros mais jovens apresentaram atitudes menos positivas, Edo-Gual *et al.* (2018) sugere que este achado provavelmente se deve à sua experiência mais limitada de perda ou vivência de finitude e ao fato de que provavelmente ainda não desenvolveram estratégias eficazes para lidar com tais situações.

O gênero não impactou as atitudes dos profissionais no presente estudo e em alguns outros (Arlí, 2023; Edo-Gual *et al.*, 2018; Fristedt *et al.*, 2021; Kassa *et al.*, 2014; Lange; Thom; Kline, 2008; Sadowska; Krzykwa; Czarkowska-Pączek, 2023; Serra, 2012). Resultados diferentes foram observados por outros estudos, com atitudes significativamente mais positivas nas mulheres (Antunes, 2023; Frommelt, 2003; Gupta *et al.*, 2023) ou, nos homens (Lancaster *et al.*, 2017).

A maioria dos estudos com profissionais de enfermagem tem baixo percentual de profissionais do gênero masculino, de modo que achados em relação a esta variável devem ser interpretados com cautela.

Estudos relatam a importância de investigar a religião como um meio de modificar as percepções e atitudes frente à terminalidade. Acredita-se que a religião pode afetar a tomada de decisão nos cuidados de fim de vida e na morte de pacientes terminais (Antunes, 2023; Serra, 2012) e que fortes crenças religiosas podem ajudar os profissionais de saúde a se conectar com os pacientes e familiares e fornecer-lhes ajuda e apoio emocional (Alkhamees *et al.*, 2023).

No estudo de Dunn, Otten e Stephens (2005), 81% dos indivíduos consideravam a sua religião relevante no contexto da terminalidade. No entanto, diferentes religiões exercem influência positiva nas atitudes dos profissionais na maioria dos estudos (Alkhamees *et al.*, 2023; Antunes, 2023; Wang *et al.*, 2018), de

tal forma que o impacto provavelmente não depende de determinadas crenças ou rituais específicos, mas sim da religiosidade e espiritualidade dos indivíduos.

Lancaster *et al.* (2017) afirma, em relação aos grupos religiosos, que a relevância cultural nos cuidados de fim de vida interconectando mente, corpo e espírito com o ambiente, juntamente com o contexto social, pode influenciar as atitudes mais do que apenas a religião em si.

No estudo de Dunn, Otten e Stephens (2005) os enfermeiros relataram ansiar pela vida após a morte e acreditavam que estariam no céu após a morte.

Alternativamente, no presente estudo a religião, no entanto, não impactou nas atitudes dos profissionais, da mesma forma que constatado por Frommelt (2003) e Lancaster *et al.* (2017). No estudo de tradução e validação para o Brasil, 73,6% dos profissionais apontavam que as crenças religiosas seriam capazes de gerar alguma influência na atitude sobre o morrer e a morte, enquanto 9,1% afirmaram que a ausência de crença religiosa influencia na atitude sobre o morrer e a morte (Antunes, 2023).

Em estudo na Arábia Saudita, para 67,9% dos participantes as crenças religiosas tiveram forte influência em sua atitude em relação à morte e ao morrer. Em contrapartida, 23,2% relataram que as crenças religiosas tiveram pouca influência, e 8,9%, que suas crenças religiosas não influenciaram sua atitude em relação à terminalidade (Alkhamees *et al.*, 2023).

Em estudo no Paquistão a maioria dos alunos (88,1%) referiu inicialmente que suas crenças religiosas influenciaram sua atitude em relação à morte e ao morrer, no entanto, ao serem questionados se a falta de crença religiosa influenciou sua atitude em relação à morte e ao morrer, as respostas variaram, de modo que 45,2% responderam que a falta de crença religiosa influenciou fortemente sua atitude em relação à morte e ao morrer, 16,7% responderam que não teve qualquer influência e 16,7% que essa variável teve uma influência menor (Hattani *et al.*, 2020).

Em dois estudos avaliou-se o estado civil dos profissionais, porém essa variável não impactou nas atitudes frente à terminalidade (Arli, 2023; Serra, 2012), da mesma forma que o número de filhos (Serra, 2012), semelhante ao nosso.

Em relação ao nível de formação dos indivíduos a literatura diverge, com alguns estudos verificando impacto positivo nas atitudes dos profissionais com titulação mais elevada (Dunn; Otten; Stephens, 2005; Wang *et al.*, 2018), ao contrário de outros (Arli, 2023; Serra, 2012).

Em estudos com enfermeiros e TE, em geral a categoria profissional não impactou a atitude dos sujeitos (Frommelt, 1991; Henoch *et al.*, 2014; Matsui; Braun, 2010), no entanto Kassa *et al.* (2014) observaram atitudes mais positivas em enfermeiros.

No estudo de Henoch *et al.* (2014), os TE alcançaram pontuações mais elevadas (129 pontos), seguido dos enfermeiros (127,8) e dos estudantes de graduação em enfermagem (125,5) embora sem diferenças significativas entre as pontuações médias dos estudantes de enfermagem e dos enfermeiros ou entre as dos enfermeiros e os TE e apenas entre os TE e os estudantes de enfermagem.

A área de formação dos profissionais de saúde também influencia suas atitudes na terminalidade. Frommelt (2003) observou atitudes mais positivas em estudantes de enfermagem em relação à fisioterapia, psicologia e de outras áreas da saúde e Alkhamees *et al.* (2023) verificaram que profissionais recém-formados de áreas da saúde têm atitudes mais positivas em relação aos de outras áreas.

Enfermeiros sauditas apresentaram atitudes mais positivas do que os profissionais de outras áreas da saúde (Alshehri *et al.*, 2023), ao contrário do constatado no estudo de Vu *et al.* (2019), no qual não foi encontrada diferença significativa em relação à pontuação FATCOD-B entre médicos e enfermeiros - em ambos predominaram as atitudes neutras em relação aos cuidados com pacientes e familiares em terminalidade. Esses autores questionam se essa neutralidade pode decorrer de uma insuficiência de conhecimentos e de conscientização sobre CP, acarretando um equilíbrio entre atitudes positivas e negativas nesses profissionais.

Quanto à área de atuação, enfermeiros dos setores de clínica médica, clínica cirúrgica e emergências têm atitudes mais positivas em relação aos que atuam em ortopedia, terapia intensiva e quimioterapia e que os profissionais de enfermagem atuantes em CP, oncologia e geriatria também tem melhores atitudes em relação aos de outras áreas (Arli, 2023; Fristedt *et al.*, 2021).

Os enfermeiros dos programas de CP, Cuidados com Idosos e Oncologia apresentaram, em conjunto, uma atitude mais positiva em relação aos cuidados de fim de vida em comparação com os demais grupos (Fristedt *et al.*, 2021). Este mesmo estudo verificou diferenças significativas entre os profissionais que trabalham em CP em comparação com os que trabalham na enfermagem cirúrgica (131,5 vs. 123,4 pontos) e na enfermagem de oncologia (média de 126,4 pontos).

Da mesma forma, profissionais de enfermagem que laboram em enfermarias têm atitudes três vezes mais positivas em relação aos de áreas ambulatoriais, provavelmente porque nas enfermarias esses profissionais têm contato mais prolongado com portadores de doenças crônicas em relação aos de nível ambulatorial, resultando em conhecimentos e atitudes mais favoráveis (Kassa *et al.*, 2014).

No trabalho de Henocho *et al.* (2014), para os enfermeiros, apenas o local de trabalho influenciou as pontuações FATCOD, mas para os TE, tanto os anos quanto o local de trabalho foram significativos.

Ao avaliar as atitudes conforme as áreas de especialização cursadas por profissionais de enfermagem, as maiores pontuações foram atingidas pelos enfermeiros especializando em CP (139,2) e Oncologia (137,1) e as menores em Cirurgia (123,2) e Cuidados Intensivos (126,2). Foi observada uma diferença estatisticamente significativa na atitude em relação aos cuidados de fim de vida entre os enfermeiros especializando CP e todos os outros grupos, exceto Oncologia, Cardiologia e Cuidados com Idosos, para os quais não foi significativa (Fristedt *et al.*, 2021).

Em relação ao nível de escolaridade dos indivíduos, em estudo na Etiópia, aqueles com ensino superior apresentaram atitudes duas vezes mais positivas do que os de nível técnico (Kassa *et al.*, 2014).

Há na literatura alguns estudos multicêntricos, com instituições públicas e privadas, bem como de vários níveis de complexidade e de atenção. No estudo de Kassa *et al.* (2014), profissionais de um dos hospitais públicos apresentaram atitudes e conhecimentos significativamente melhores em relação aos de um dos hospitais privados, o que pode dever-se ao fato de que, na Etiópia, nos hospitais públicos ocorrem treinamentos e capacitações em geral, diferente do que ocorre nos privados, da mesma forma que ocorre no HC-UFTM, onde há um programa de ES bem estruturado, com cronograma anual definido pelas necessidades elencadas dos profissionais.

No presente estudo, observou-se que desde o início os profissionais tiveram atitudes favoráveis em relação aos CP, embora não respaldadas por treinamento profissional na área, corroborando achados na literatura (Alshehri *et al.*, 2023; Gupta *et al.*, 2023; Henocho *et al.*, 2014; Sadowska; Krzykwa; Czarkowska-Pączek, 2023).

A capacitação em CP claramente exerce influência significativa nas atitudes dos profissionais. Estudos em diferentes contextos culturais constataram que o treinamento em cuidados em fim de vida tem um importante impacto de melhoria de atitudes em relação aos pacientes e familiares/cuidadores (Edo-Gual *et al.*, 2018). Essa influência geralmente é positiva, melhorando as atitudes dos profissionais (Abudari *et al.*, 2014; Alkhamees *et al.*, 2023; Antunes, 2023; Chen *et al.*, 2022; Edo-Gual *et al.*, 2018; Fristedt *et al.*, 2021; Frommelt, 1991; Kassa *et al.*, 2014; Lancaster *et al.*, 2017; Matsui; Braun, 2010; Mengual *et al.*, 2023; Wang *et al.*, 2018).

No entanto, um estudo observou influência negativa (Serra, 2012). Neste estudo, constatou-se que a formação exerce influência significativa nas atitudes dos profissionais, no entanto, contraditoriamente, os profissionais com formação específica em CP apresentaram atitudes negativas frente aos pacientes e seus familiares.

No estudo de Etafa *et al.*, 2020, a leitura de materiais informativos não foi suficiente para elevar os conhecimentos dos profissionais de enfermagem, mas o inverso ocorreu com as atitudes, que foram mais positivas em indivíduos com acesso a esses materiais. Dessa forma questiona-se se medidas menos complexas já são capazes de melhorar as atitudes dos indivíduos frente à terminalidade, embora os conhecimentos demandem capacitações mais densas em relação ao conteúdo.

No Japão a pontuação média verificada no FATCOD para os participantes foi de 107,2, apresentando associação com o treinamento em CP e sem diferenças significativas nas atitudes entre enfermeiros ou TE, evidenciando a importância da educação na melhoria das atitudes em relação à morte e ao cuidado de pacientes terminais, de modo que programas educacionais para ambas as categorias profissionais são necessários para melhorar a qualidade dos cuidados no fim da vida em ambientes de cuidados de longa duração (Matsui; Braun, 2010).

Observou-se que a duração do treinamento em CP não impactou as atitudes dos profissionais (Kassa *et al.*, 2014). Isso sugere que o conteúdo abordado e a metodologia foram fatores prioritários ao se elaborar estratégias para melhorar as atitudes dos profissionais frente a pacientes e familiares/cuidadores em terminalidade.

Quanto à experiência profissional em CP, a maioria dos estudos verificou influência positiva na FATCOD-B (Abudari *et al.*, 2014; Edo-Gual *et al.*, 2018;

Frommelt, 1991; Lancaster *et al.*, 2017; Lange; Thom; Kline, 2008; Mengual *et al.*, 2023; Wang *et al.*, 2018), com impacto negativo verificado também em um estudo (Etafa *et al.*, 2020).

Enfermeiros sem experiência profissional com a terminalidade apresentaram atitudes mais negativas, relataram mais sentimentos de medo da morte e evitaram pensamentos sobre a morte o máximo possível (Lange; Thom; Kline, 2008).

A falta de experiência profissional e a falta de disposição para trabalhar com CP tem impacto negativo no nível de preparação para o cuidado desse grupo de pacientes, uma vez que enfermeiros que não trabalhavam ou não planejavam trabalhar com pacientes terminais apresentavam um nível significativamente menor de convicção e sentimentos positivos em relação a esse perfil de cuidado (Sadowska; Krzykwa; Czarkowska-Pączek, 2023).

Os participantes com experiência em cuidados de fim de vida apresentaram uma atitude mais positiva, indicando que a repetição pode aprimorar as percepções e atitudes em relação ao cuidado do paciente terminal (Lancaster *et al.*, 2017).

Em trabalho realizado em Detroit, com enfermeiros de diversos setores de dois hospitais, a maioria demonstrou atitude positiva em relação à prestação de cuidados a pacientes terminais, atingindo pontuação média no FATCOD de 130 pontos, e profissionais que passavam mais tempo no cuidado desses pacientes apresentavam atitudes mais positivas que os que passavam menos tempo (Dunn; Otten; Stephens, 2005).

Esses resultados corroboram a proposição de Benner (1984) de que o conhecimento prático adquirido com a experiência profissional influencia a forma como os enfermeiros cuidam dos pacientes (Dunn; Otten; Stephens, 2005).

Embora profissionais com maior experiência ou treinamento em CP obtenham melhores resultados na FATCOD-B, essas diferenças não são estatisticamente significativas em todos os casos, conforme observado por Mengual *et al.* (2023).

O inverso foi verificado na Suécia, onde, embora cerca de 70% dos enfermeiros relatou ter adquirido experiência com cuidados de fim de vida exclusivamente em sua função clínica, nem a frequência de morte no local de trabalho, nem o número de ambientes de trabalho clínico anteriores, tiveram um efeito estatisticamente significativo nas suas atitudes em relação aos cuidados de fim de vida (Fristedt *et al.*, 2021).

Etafa *et al.* (2020) verificaram resultados divergentes quanto à experiência em CP e a atitude em relação aos cuidados no fim da vida, o que pode ter sido afetado pelas crenças dos enfermeiros (religião e cultura), sua compaixão e experiências pessoais. Este autor destaca que o número de pessoas em CP assistidas pelo profissional pode impactar nas suas atitudes, porém não o tempo de experiência profissional na área, ao contrário do verificado por Dunn, Otten e Stephens (2005) e por Lange, Thon e Kline (2008), que verificaram influência significativa do tempo de experiência dos profissionais.

A experiência profissional geral nem sempre se relaciona a melhores atitudes em relação a pacientes e familiares em finitude, especialmente se for em uma área com menor exposição aos cuidados de fim de vida, por exemplo, psiquiatria. Para esse grupo de profissionais, programas de EC em cuidados de fim de vida que também levem em consideração as atitudes são importantes (Fristedt *et al.*, 2021).

Embora alguns estudos verificaram impacto significativo da experiência profissional geral (Alkhamees *et al.*, 2023; Lange; Thom; Kline, 2008; Mengual *et al.*, 2023), na maioria essa variável não influenciou as atitudes dos indivíduos (Etafa *et al.*, 2020; Frommelt, 1991; Frommelt, 2003; Kassa *et al.*, 2014; Sadowska; Krzykwa; Czarkowska-Pączek, 2023).

No estudo de Fristedt *et al.* (2021), enfermeiros com até 5 anos de experiência clínica apresentaram uma pontuação média no FATCOD de 129,36, aqueles entre 6 a 10 anos uma pontuação média de 128,77 e os com experiência superior a 10 anos 132,5. Este autor observou também que enfermeiros com experiência clínica apresentam atitudes mais positivas em relação aos cuidados de fim de vida em comparação aos graduandos em enfermagem, o que indica uma relação entre o desenvolvimento de habilidades de raciocínio clínico, educação teórica e experiência clínica (Benner, 2000).

Os profissionais com ampla experiência clínica podem ser vistos como enfermeiros especialistas que possuem boas habilidades de comunicação e uma maior consciência da situação clínica em comparação com enfermeiros novatos e estudantes que têm pouca ou nenhuma experiência clínica, de tal forma que parece também haver influência positiva da experiência nas atitudes (Fristedt *et al.*, 2021).

Para profissionais que ainda não acumularam experiência significativa em cuidados de fim de vida, as atitudes sobre a morte e o morrer provavelmente se originam de sua exposição a esta temática durante a graduação, na maior parte das

vezes limitada (Fristedt *et al.*, 2021). Achados de Edo-Gual *et al.* (2018) corroboram esta hipótese, uma vez que em seu estudo as pontuações FATCOD-B aumentaram linearmente com o ano letivo dos estudantes, no entanto as diferenças foram significativas apenas comparando-se o primeiro ano e os demais.

Em geral, a experiência pessoal com a perda promove mudanças positivas nas atitudes de profissionais diante de seus pacientes terminais, impactando positivamente nas atitudes (Alkhamees *et al.*, 2023; Antunes, 2023; Edo-Gual *et al.*, 2018; Sadowska; Krzykwa; Czarkowska-Pączek, 2023).

No estudo de Sadowska, Krzykwa e Czarkowska-Pączek (2023), enfermeiros que tinham medo da morte de um ente querido demonstraram uma atitude mais positiva em relação aos cuidados de pacientes em fim de vida. Este resultado pode indicar que a ansiedade, como um estado mental de perigo para um ente querido, motiva uma atitude positiva em relação ao cuidado de um paciente moribundo. Além disso, enfermeiros que temem a morte de um ente querido se identificam por empatia com os sentimentos das famílias de pessoas moribundas, o que pode motivá-los a manter uma atitude mais positiva em relação ao cuidado de uma pessoa doente ou moribunda.

Resultados diferentes foram verificados por Barrere, Durking e Lacoursiere, (2008), em um estudo com profissionais de enfermagem norte-americanos, onde a experiência pessoal de morte foi um fator preditivo negativo, visto que atitudes mais positivas foram relatadas por enfermeiros sem essa experiência. Esses resultados sugerem que a falta de contato com a realidade da morte e do morrer pode significar que os enfermeiros têm atitudes irrealistas em relação aos cuidados de fim de vida e que subestimam o impacto que isso pode ter.

No estudo de criação do FATCOD-B, por sua vez, não se observou impacto da perda de entes queridos nas atitudes dos profissionais frente aos pacientes em terminalidade e seus familiares/cuidadores (Frommelt, 2003).

Essa divergência pode ser explicada em parte pelo diferente significado do conceito de família e de seu envolvimento no cuidado dos entes queridos nas diferentes sociedades, conforme a cultura local (Alshehri *et al.*, 2023).

Alguns estudos realizados por meio da FATCOD-B em conjunto com a *Death Attitude Profile* (DAP), uma escala que avalia as atitudes do profissional frente à morte e verificaram dados controversos. Wang *et al.* (2018) registraram que o medo da morte influenciou positivamente nas atitudes dos indivíduos, enquanto Sadowska,

Krzykwa e Czarkowska-Pączek (2023) observaram que o medo da própria morte ou da morte de algum paciente não foi capaz de influenciar as atitudes dos profissionais, mas o medo da perda de um ente querido sim.

Para Wang *et al.* (2018), enfermeiros que viam a morte como uma porta de entrada para uma vida após a morte feliz, que ansiavam pela morte ou a consideravam uma parte natural da vida, bem como os que não temiam nem acolhiam a morte, tinham atitudes mais positivas em relação ao cuidado de pacientes terminais.

Para Sadowska, Krzykwa e Czarkowska-Pączek (2023), ao contrário, entre enfermeiros, demonstrar medo da própria morte subjetivamente reduz o nível de preparação para cuidar de um paciente moribundo, o que pode dever-se à falta de resistência emocional ao fenômeno biológico da morte afetando a qualidade do cuidado a um paciente moribundo.

Observou-se ainda que profissionais com melhores atitudes em relação ao fim da vida tinham menos medo da morte e consideravam menos a morte como meio de fuga, variáveis avaliadas pelo DAP (Matsui; Braun, 2010).

Esses resultados demonstram que educar e preparar os indivíduos para a morte é importante. No estudo de Dunn, Otten e Stephens (2005), os enfermeiros não hesitaram em desenvolver relacionamentos com pacientes moribundos. Em média, a maioria dos participantes não tinha medo da morte e falar sobre a vida após a morte não os perturbava. A perspectiva de suas próprias mortes, no entanto, despertou moderadamente sua ansiedade.

Ao comparar a escala FATCOD, que avalia as atitudes frente aos pacientes e familiares em situação de fim de vida, com a Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes Acerca da Morte (EAPAM), que avalia as atitudes acerca da morte, observa-se que indivíduos que encaram a morte como uma parte integrante no ciclo de vida, têm escores mais elevados nos itens positivos da escala de FATCOD, de tal forma que as atitudes perante a morte se relacionam com as atitudes no cuidado de pacientes em fim-de-vida (Serra, 2012).

Arli (2023) também verificou uma relação positiva e significativa entre as atitudes dos profissionais e seus níveis de compaixão, ambos fatores contribuintes para melhor qualidade do cuidado.

Analisando as respostas dos participantes nas afirmativas do FATCOD-B observamos que quase todas as respostas apresentaram alto percentual de

assertividade, destacando-se dois itens com alta ocorrência de erros – a afirmativa 25, que trata da preocupação com o risco de adicção à opioides, corroborando a preocupação dos profissionais detectada no PCQN (Carroll *et al.*, 2005; Etafa *et al.*, 2020; Gupta *et al.*, 2023; Hao *et al.*, 2021; Zeru *et al.*, 2020), ressaltando a demanda por educação sobre o manejo da dor no fim da vida, a importância do domínio técnico do uso apropriado de opioides durante o processo de morte (Hattani, *et al.*, 2020; Lancaster *et al.*, 2017), e a necessidade de desconstrução deste equívoco e a afirmativa 26, que trata da necessidade de apoio emocional frente ao paciente enfermo em terminalidade, corroborando a necessidade de empoderamento e capacitação dos profissionais para prestação deste cuidado.

Em relação às respostas neutras, destacou-se uma maior frequência nos itens 8 e 29. Podemos observar, semelhante ao verificado na afirmativa 26, o desconforto vivenciado pelos profissionais frente a alguns aspectos inerentes dos CP, como a necessidade de apoio emocional na afirmativa que trata da reação do profissional frente à perda de expectativa de recuperação do paciente em FFV (item 8), bem como a preocupação com a interferência dos familiares/cuidadores na rotina assistencial da enfermagem.

Destaca-se ainda as afirmativas 16 e 18, onde houve baixíssimo percentual de erros, nenhuma resposta neutra na 16 e apenas 1,6% de respostas neutras na 18, de modo que podemos entender que os profissionais da UCM e da USN compreenderam, tanto que a família é parte integrante do cuidado do paciente terminal (item 18), quanto a importância de estender a assistência à família, fornecendo suporte emocional aos familiares e cuidadores dos pacientes em terminalidade (afirmativa 16).

É interessante observar a concordância verificada entre nosso estudo e o estudo brasileiro de validação do FATCOD-B (Antunes, 2023), bem como o estudo de validação para Portugal (Serra, 2012), no que se refere ao alto percentual de acertos na afirmativa 16, o que pode demonstrar semelhanças técnicas ou culturais entre os profissionais desses estudos.

Embora o alto percentual de acertos nos itens 16 e 18 possa parecer divergente em relação ao verificado pela afirmativa 29, inferimos que os profissionais, uma vez que entendem o papel da família frente ao paciente em terminalidade, ainda apresentam atitudes negativas face ao envolvimento da família na prestação de cuidados (Serra, 2012) e provavelmente temem pela interferência

negativa, com aumento da demanda assistencial, críticas, questionamentos, o que deve ser desconstruído, tanto pela demanda crescente da humanização do cuidado com a presença da família junto ao paciente até mesmo em setores de cuidados intensivos, quanto, e especialmente na FFV, onde essa participação deve ser entendida como parte inerente da assistência de qualidade. Os profissionais devem envolver a família e entendê-la como um apoio, e não um entrave, na melhoria dos cuidados aos pacientes em finitude.

Verificou-se ainda que os profissionais nem sempre se sentem confortáveis em falar sobre a morte com uma pessoa moribunda (Fristedt *et al.*, 2021; Hao *et al.*, 2021; Mengual *et al.*, 2023; Zeru *et al.*, 2020) e têm dificuldades em lidar com o tema da morte e os sentimentos do doente (Serra, 2012), conforme observado nas afirmativas 3 e 11 com percentual de acertos inferior à maioria das assertivas, o que pode ser devido a diferenças culturais relacionadas à transmissão de más notícias ou à conversa sobre a morte na frente do paciente, tópicos difíceis de discutir e que podem ter impacto psicológico nos pacientes e suas famílias (Hao *et al.*, 2021).

Conforme evidenciado nas respostas ao item 11, o motivo para esconder a verdade do paciente pode estar relacionado ao medo dos enfermeiros de confrontar o paciente moribundo e, porque podem sentir-se incompetentes para esse tipo de diálogo, visto que a maioria não fez treinamento em CP e não sabe como lidar com a condição (Hao *et al.*, 2021).

O inverso foi verificado no Brasil, no qual foi relevante o percentual de profissionais que relataram conforto ao falar sobre a morte com pacientes terminais, uma vez que 51,7% discordaram da afirmação de que sentiriam desconforto nessa situação, revelando uma boa aceitação da comunicação aberta (SILVA *et al.*, 2025).

6.5 AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS E DAS ATITUDES FRENTE A PACIENTES EM FASE FINAL DE VIDA E SEUS FAMILIARES/CUIDADORES ANTES E DEPOIS DA INTERVENÇÃO

Foram observadas significativa elevação nos níveis de conhecimentos e melhorias nas atitudes dos profissionais de enfermagem após as intervenções no presente estudo. Os níveis de conhecimento aferidos pelo PCQN elevaram-se de insuficientes para suficientes, sendo superior, no pós-teste, à pontuação alcançada no estudo de validação brasileiro (Mello, 2020) e aproximando-se da pontuação dos

estudos de validação na França e Espanha (Carroll *et al.*, 2005; Chover-Sierra; Martínez-Sabater; Lapeña-Moñux, 2017a).

Revisitando o artigo de Abudari *et al.* (2014), que classificou os países conforme os níveis de integração em CP e constatou maior pontuação média do PCQN dos profissionais conforme melhor qualidade de prestação de CP nos países de origem, verificou-se que a pontuação média dos profissionais do presente estudo equiparava-se, no pré-teste, à de indivíduos do grupo 4 (provisão isolada) – Índia e República Tcheca de cerca de 9,2 pontos, elevando-se e alcançando os níveis de profissionais de países do grupo 5 (provisão generalizada) – Finlândia, Nova Zelândia e África do Sul no pós-teste.

Lancaster *et al.* (2017) observou que a participação em conferências educacionais e simulações de cuidados em FFV foi capaz de elevar os conhecimentos da maioria dos profissionais de enfermagem, confirmando que estes são métodos eficazes para aprimorar esses indivíduos.

A elevação da pontuação se deu nos domínios *Filosofia e princípios*, sinalizando uma maior compreensão por parte dos sujeitos dos aspectos norteadores dos CP e *Controle de sintomas*, crucial para assistência adequada a esses pacientes. No entanto, no domínio *Aspectos psicossociais*, houve queda na assertividade das respostas, evidenciando a necessidade de intervenções mais direcionadas a esta temática, conforme já observado por Li *et al.* (2023) e Toqan *et al.* (2023).

Na Índia, o percentual de profissionais com conhecimentos adequados em CP elevou-se após treinamento, sugerindo que estratégias educacionais de curta duração podem ser efetivas para preparar profissionais da enfermagem em atividade para atuar de forma adequada em CP e terminalidade (Gupta *et al.*, 2023). Semelhante aos nossos achados, verificou-se neste estudo melhoria na pontuação total do PCQN, evoluindo de insuficiente para suficiente após treinamento específico, o que ocorreu também nos domínios *Controle de sintomas* e *Filosofia e princípios*, mas não no domínio *Aspectos psicossociais*.

Em estudo na China quase todos os itens sobre conhecimentos em relação a aspectos psicossociais, espirituais e atitudes em relação à necessidade de apoio familiar não apresentaram diferenças entre sujeitos treinados e não treinados. O currículo do programa de treinamento foi revisado e constatados déficits na abordagem desses temas (Chen *et al.*, 2022).

Esses achados reforçam a concepção de que os profissionais são mais impactados por informações que tratam dos aspectos técnicos e físicos do cuidado, uma vez que são moldados pelo modelo de ensino vigente, o qual não enfatiza os aspectos biopsicossociais dos indivíduos (Santos; Hormanez, 2013). No entanto, em especial nos CP, a abordagem holística é de grande importância para a assistência adequada, sendo necessário realizar treinamentos específicos que abordem outras dimensões e reforcem os princípios norteadores deste cuidado.

A afirmativa com maior elevação percentual – 12: “A filosofia dos CP é compatível com a do tratamento intensivo” - demonstra a profundidade da aquisição desse conhecimento específico por parte dos profissionais, que foram capazes de assimilar informações como oferta precoce de CP, integração dessa modalidade de cuidado com a assistência curativa ou modificadora de doença, além de compreender que, pacientes em CP não necessariamente devem ter todas as suas terapias interrompidas, devendo-se analisar o contexto, a funcionalidade e o plano terapêutico proposto, bem como os princípios de bioética na tomada de decisão em FFV.

Outra afirmativa relevante, está no domínio *Controle de sintomas* – 10: “Durante os estágios terminais da doença, remédios que podem causar depressão respiratória são apropriados para o tratamento da dispneia severa” - denotando uma maior segurança por parte da equipe em relação ao perfil de efeitos adversos e o princípio do duplo-efeito, abordado nas aulas.

Antes das intervenções, muitos profissionais apresentavam concepções equivocadas quanto a estes aspectos, entendendo que no paciente em CP todas as medidas modificadoras deveriam ser interrompidas e temendo as consequências da sedação paliativa, inclusive com conceitos errôneos em relação à eutanásia e distanásia.

Houve redução no percentual de acertos do PCQN em quatro itens, sendo dois no domínio *Aspectos psicossociais*. Ao analisar as afirmativas desses itens – 5 e 11 – observou-se tratar-se de temática ligada a aspectos culturais e sociais, os quais não foram abordados de modo prioritário nas intervenções, podendo ser a causa do pequeno impacto das mesmas neste domínio em específico.

Em relação ao domínio *Controle de sintomas*, o percentual de acertos elevou-se em todos os itens, exceto no 13, de modo que podemos considerar um impacto positivo das intervenções na assistência prestada.

Embora o reteste tenha sido realizado em um tempo curto após as intervenções estas foram capazes de propiciar uma melhoria significativa nas atitudes dos profissionais em relação aos pacientes em terminalidade e seus familiares/cuidadores, conforme observado pela maior pontuação global na escala FATCOD.

Destaca-se o item 1, com a maior assertividade, onde inicialmente 57,3% dos profissionais consideravam que o cuidado do paciente em terminalidade “é uma experiência que vale a pena”, elevando-se para 80,3% ao final do estudo. Ainda nessa linha, observa-se o item 9, onde inicialmente 72,1%, seguido de 85,2% dos profissionais consideraram construir uma relação de proximidade com o paciente em FFV.

Observou-se ainda uma maior compreensão de vínculos não familiares, como observado pela elevação da pontuação dos itens 6, 28 e 30, bem como do papel da família (item 29) e do próprio indivíduo (item 19). Alinhado com o observado no PCQN, verificou-se uma maior compreensão do tratamento sintomático em FFV (item 25).

A relação de conhecimentos, habilidades e atitudes é conhecida, e determina as competências do indivíduo. O conhecimento se refere aos conteúdos, às bases teóricas. As habilidades se referem ao conhecimento aplicado à prática, transformado em ações. As atitudes, por sua vez, referem-se à motivação intrínseca – o querer fazer (Fleury; Fleury, 2001).

Estudos verificaram uma correlação entre conhecimentos e atitudes em relação a pacientes em CP, sugerindo que à medida que os conhecimentos em CP aumentam, mais positiva é a atitude em relação aos cuidados com a pessoa em fase terminal (Abudari *et al.*, 2014; Frommelt, 1991; Frommelt, 2003; Mengual *et al.*, 2023; O’shea; Mager, 2019; Vu *et al.*, 2019; Wilson; Avalos; Dowling, 2016). Essa relação sugere que a adoção de um currículo holístico, focado no cuidado adequado para essa população pode, de fato, auxiliar os profissionais e melhorar as atitudes inadequadas resultantes do déficit de conhecimentos (O’shea; Mager, 2019) e destaca a necessidade de treinamento abrangente para ampliar os conhecimentos e modificar as atitudes em relação aos CP nos profissionais de saúde (Vu *et al.*, 2019).

Tanto o nível de conhecimentos em CP, quanto às atitudes em relação ao cuidado com a pessoa em fase terminal podem ser explicados pela experiência e treinamento na área, de modo que quanto maior a experiência e o treinamento em

CP, maior o nível de conhecimentos, por conseguinte, quanto maior a pontuação atingida na avaliação de conhecimentos maior a pontuação em relação às atitudes (Mengual *et al.*, 2023).

Os participantes da UCM e USN apresentaram atitudes adequadas em relação ao paciente em FFV e seus familiares/cuidadores -uma motivação intrínseca elevada para o cuidado, mas ainda assim, a elevação dos conhecimentos associou-se à atitudes ainda melhores.

No estudo de criação do FATCOD, Frommelt (1991) observou que enfermeiros que laboravam em CP apresentaram atitudes mais positivas do que os de outras áreas, no entanto, ambos os grupos apresentaram atitudes mais positivas após participação em um programa educacional, com desempenho significativamente melhor no pós-teste do que no pré-teste, constatando-se a possibilidade de melhorias nas atitudes mediante capacitação e indicando que a combinação de educação e experiência se refletem em atitudes mais positivas no cuidado de pacientes terminais e seus familiares/cuidadores.

Similarmente ao verificado por Frommelt (1991), Gupta *et al.* (2023) observaram que a melhoria nos conhecimentos e atitudes após o treinamento ocorreu independentemente da experiência clínica na área. Neste estudo, as equipes realizaram treinamento oferecido pelo grupo ELNEC. A pontuação inicial média no FATCOD-B de 110,81 elevou-se para 119,45, refletindo uma melhora significativa nas atitudes dos profissionais frente aos pacientes e familiares em finitude (Gupta *et al.*, 2023).

A qualidade assistencial apresentou relação direta com as atitudes dos profissionais em relação ao cuidado e as atitudes, por sua vez, foram diretamente relacionadas à educação da equipe, de modo que as instituições devem garantir educação adequada em CP e finitude, tanto às equipes de enfermagem, quanto aos pacientes e seus familiares/cuidadores (Frommelt, 1991).

Avaliando as atitudes em dois grupos de profissionais de enfermagem com mesma pontuação inicial na FATCOD, Frommelt (2003) observou melhora significativa no grupo que participou de um programa educacional sobre finitude - no grupo experimental, a pontuação média elevou-se de 118,0 no pré-teste 129,8 no pós-teste. No grupo controle, a pontuação média mudou de 115,8 para 114,7. Esses achados apoiam a hipótese de que o treinamento sobre FFV pode melhorar as atitudes de profissionais em relação ao cuidado de pessoas em estado terminal e

seus familiares/cuidadores. Ao controlar variáveis selecionadas como idade, sexo, área de estudo, religião, crenças espirituais e experiência prévia com perdas, apenas a participação no programa de capacitação foi capaz de determinar melhorias nas atitudes de indivíduos frente a pacientes em terminalidade e seus familiares/cuidadores (Frommelt, 2003).

Da mesma forma, Vu *et al.* (2019) observaram que o escore de conhecimentos apresentou correlação com o escore total de atitudes, atitudes em relação aos pacientes e seus familiares. Sendo assim, depreende-se que aumentar o nível de conhecimentos acarretaria em melhores atitudes.

Na China em 2021 realizou-se intervenção educacional em CP onde o conteúdo foi elaborado com base em requisitos de treinamento dos participantes. Consistiu em três módulos durante três semanas: educação sobre vida e morte, luto e enfermagem especializada em CP. A pontuação total do PCQN mudou significativamente da pré para a pós-intervenção (10,3 para 11,1), especialmente no domínio *Controle de sintomas* (7,7 para 8,4). Da mesma forma ocorreu com a pontuação do FATCOD-B (de 100,6 para 102,9) (Hao *et al.*, 2021).

A realização de um programa de treinamento em CP na China foi capaz de aprimorar os conhecimentos e as atitudes de profissionais de enfermagem que apresentavam pontuação inicial nas escalas abaixo das expectativas, indicando a capacidade desses programas de propiciar melhorias até mesmo em amostras menos preparadas na temática (Chen *et al.*, 2022).

O contrário foi verificado nos EUA, onde realizou-se EC em enfermeiros com experiência na área e que já apresentavam alta pontuação na FATCOD e observou que ainda foi possível o aprimoramento desses profissionais, elevando-se a pontuação, o que sugere que a EC em CP deve ser oferecida mesmo em ambientes especializados em CP e FFV, a despeito da experiência clínica dos profissionais (O'Shea; Mager, 2019).

Aspecto relevante foi encontrado por Wilson, Avalos e Dowling (2016), os quais não encontraram diferença significativa no PCQN entre indivíduos que tiveram alguma forma de educação em CP em relação aos que não tiveram, mas verificaram que profissionais que obtiveram certificado de treinamento especializado apresentaram pontuação mais alta no instrumento. Essa descoberta favorece a eficácia de programas educacionais mais abrangentes, padronizados e

especializados, visto que parecem proporcionar uma aprendizagem mais completa do que outros tipos de educação, como O'Shea; Mager, 2019; Mager, 2019).

Foi realizado um estudo no Paquistão com objetivo de medir a eficácia da simulação de alta fidelidade no ensino de cuidados de fim de vida no curso de enfermagem. Observaram-se mudanças significativas de atitudes em 11 dos 30 itens da FATCOD, abrangendo também a relação com os familiares dos pacientes em terminalidade, de forma que, após a exposição à simulação, os estudantes se mostraram mais prontos para estender o cuidado à família da pessoa em processo de morte (Hattani, *et al.*, 2020).

No entanto, diversas formas de treinamento foram capazes de melhorar os conhecimento e atitudes dos profissionais, sendo também relevantes, principalmente em locais com dificuldades ou indisponibilidade de oferta de treinamentos padronizados, de modo que a educação, de um modo geral, desempenha um papel positivo nas atitudes dos profissionais em relação ao cuidado do paciente terminal e uma melhor educação sobre o fim da vida pode afetar positivamente as atitudes desses indivíduos (Lancaster *et al.*, 2017).

Isso ressalta a necessidade de oportunidades de aprendizagem aprimoradas e de baixo custo, principalmente em países em desenvolvimento e programas de enfermagem em todo o mundo devem garantir que o ensino de cuidados de fim de vida, incluindo simulações, seja integrado aos currículos de enfermagem (Lancaster *et al.*, 2017).

A EC foi identificada como eficiente em melhorar conhecimentos e atitudes de profissionais de enfermagem em relação à finitude, no entanto, deve contemplar aspectos além dos cuidados básicos de enfermagem e do manejo de sintomas, proporcionando uma compreensão mais sólida das questões legais, éticas e sociais que envolvem a tomada de decisões, (Lancaster *et al.*, 2017). Sendo assim, programas educacionais abrangentes sobre morte e morrer devem incluir também informações sobre tomada de decisão, manejo da dor e dos sintomas, cuidados com o luto, questões jurídicas e técnicas (Matsui; Braun, 2010).

A eficácia dos programas de treinamento pode ser verificada diretamente no estudo de Gupta, Pruthi e Singh (2024). Após o treinamento especializado ELNEC na Índia, a maioria dos profissionais referiu melhorias na percepção de auto-eficácia, 68,1% consideravam que a comunicação com os pacientes ou seus familiares havia melhorado e 14,5% relataram sentir-se muito à vontade nessas conversas.

A maioria dos profissionais referiu que o treinamento os motivou a trabalhar em CP, melhorou sua prática de enfermagem, aprimorou suas habilidades de comunicação e referiu que o treinamento regular em CP seria benéfico para aprimorar sua prática de enfermagem (Gupta; Pruthi; Singh, 2024).

Em relação ao impacto do treinamento na prática de enfermagem em geral, 27,5% dos enfermeiros relataram empregar as técnicas aprendidas no manejo da dor, 18,8% em habilidades de comunicação e 15,9% nos cuidados com pacientes em suas últimas horas de vida. Os ensinamentos mais úteis para a prática referidos pelos profissionais foram para 26,1% as habilidades de comunicação para 23,2% o manejo de sintomas e para 10,1% as considerações éticas (Gupta; Pruthi; Singh, 2024).

Os enfermeiros referiam sentir-se mais resilientes emocionalmente e capazes de fornecer suporte em momentos críticos, além de mais fortes, tranquilos, confortáveis e confiantes ao cuidar de pacientes terminais e atender às suas diversas necessidades. As habilidades adquiridas foram utilizadas também para cuidar de pacientes com outras morbidades, tais como insuficiência cardíaca crônica, doença hepática crônica e pacientes que não estavam em CP, como na avaliação e manejo da dor em pacientes pós-operatórios (Gupta; Pruthi; Singh, 2024).

Importante destacar que a experiência pessoal do instrutor na área e o compartilhamento de exemplos de "vida real" sobre o assunto foram os aspectos mais relevantes do treinamento identificados pelos alunos (Frommelt, 2003).

Gupta, Pruthi e Singh (2024) avaliaram a retenção de conhecimentos e mudanças de atitudes após 18 meses de treinamento especializado (ELNEC) e verificaram que, embora a pontuação PCQN tenha decaído (pré: 8,45; pós imediato: 10,2; pós 18 meses: 9,03), a retenção de conhecimentos foi significativa, principalmente nos domínios *Controle de sintomas* e *Aspectos psicossociais*. O mesmo não ocorreu com as atitudes aferidas pela FATCOD-B, que apresentaram um declínio estatisticamente significativo até em relação à avaliação inicial (pré: 110,81; pós-imediato: 119,47; pós 18 meses: 71,34), indicando a necessidade de abordagens periódicas dos profissionais.

Em termos de preferências para treinamentos futuros, 60,9% dos participantes sugeriram que o treinamento em CP deveria ser repetido anualmente, enquanto 36,2% preferiam a cada 6 meses e a maioria (78,3%) certamente

recomendaria o treinamento aos seus colegas. Os profissionais recomendaram programas de treinamento flexíveis e acessíveis para acomodar suas agendas lotadas e expressaram preferência por sessões mais curtas e frequentes. Alguns indicaram desejo de treinamento avançado, oportunidades de mentoria, certificações avançadas e desenvolvimento de liderança em CP (Gupta; Pruthi; Singh, 2024).

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PERSPECTIVAS FUTURAS

O estudo apresenta algumas limitações, tais como a natureza das intervenções e o tempo curto de reaplicação dos testes. Trabalhos futuros com intervenções mais robustas, tais como simulações realísticas, treinamentos com maior número de aulas e discussões, possibilidade de treinamentos *on-line* assíncronos, serão importantes para verificar se as melhorias nos conhecimentos e atitudes podem ser ainda maiores do que as verificadas no presente.

Importante análise futura também inclui a avaliação da retenção de conhecimentos e de atitudes, com reavaliações seriadas e após decorrido um tempo maior das intervenções.

Este PES-CP também pode ser estendido aos demais setores e unidades do HC-UFTM, bem como para outros profissionais da saúde, uma vez que todos se beneficiam de ampliar seus conhecimentos em CP.

8 CONCLUSÃO

Os profissionais de enfermagem em atuação na UCM e USN participaram ativamente de todas as fases do estudo, mostrando-se muito interessados no tema. Apresentavam conhecimentos insuficientes em CP aferidos pelo PCQN e atitudes adequadas frente aos pacientes e familiares/cuidadores em FFV pelo FATCOD-B antes do PES-CP.

Diversas características influenciaram significativamente no nível de conhecimentos dos participantes, sendo maior nas mulheres, nos indivíduos de religião cristã, técnicos em enfermagem, profissionais com ensino superior e pós-graduação, os que consideravam não terem sido preparados em CP e que tiveram disciplinas específicas de CP na formação e os que participaram de cursos ou eventos no tema. Atitudes não foram impactadas pelos dados sociodemográficos.

Após o PES-CP, tanto os conhecimentos quanto as atitudes dos profissionais melhoraram significativamente, evidenciando a demanda de capacitação em CP para os profissionais, além da eficiência de programas de EC para aprimorar os profissionais e a qualidade assistencial prestada aos pacientes e seus familiares/cuidadores.

REFERÊNCIAS

- Abu-Aziz, B. *et al.* Towards the Provision of Palliative Care Services in the Intensive Coronary Care Units: Nurses' Knowledge, Training Needs, and Related-Barriers. **Healthcare**, Basel, CH, v. 11, n. 12, P. 1781, June 2023. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/12/1781>. Acesso em: 05 jul. 2025.
- ABUDARI, G. *et al.* Knowledge of and attitudes towards palliative care among multinational nurses in Saudi Arabia. **International Journal of Palliative Nursing**, London, UK, v. 20, n. 9, n. 435-441, Sept. 2014.
- ADRIAANSEN, M. J. M.; VAN ACHTERBERG, T. A test instrument for palliative care. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, UK, v. 41, n. 1, p. 107-117, Jan. 2004.
- AKBOLAT, M.; ÜNAL, Ö.; KARAKAYA, B. G. Turkish Adaptation of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale. **Omega - Journal of Death and Dying**, Westport, US, v. 84, n. 4, p. 1160-1174, Mar. 2022.
- ALKHAMEES, N. *et al.* Attitudes of Female Health Science Students and Recent Graduates toward the Care of the Dying in Saudi Arabia. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, Westport, US, v. 40, n. 3, p. 256-263, Mar. 2023.
- ALSHEHRI, H. H. *et al.* Attitudes towards death and dying among intensive care professionals: A cross-sectional design evaluating culture-related differential item functioning of the frommelt attitudes toward care of the dying instrument. **Heliyon**, London, UK, v. 9, n. 8, p. e18864, Aug. 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405844023060723>. Acesso em: 05 mar. 2025.
- AMERICAN ASSOCIATION OF COLLEGES OF NURSING. **Primary Palliative Care Competency (CARES/G-CARES):** Alignment with the 2021 AACN Essentials. End-of-life Nursing Education Consortium, Oct. 2021. 53 p.
- AMERICAN ASSOCIATION OF COLLEGES OF NURSING. **Primary Palliative Care Competency (CARES/G-CARES):** Alignment with the 2021 AACN Essentials. End-of-life Nursing Education Consortium, Oct. 2022a. 54 p.
- AMERICAN ASSOCIATION OF COLLEGES OF NURSING. **Primary Palliative Care Competencies for Undergraduate and Graduate Nursing Students (CARES/G-CARES, 2nd ed).** End-of-life Nursing Education Consortium, Oct. 2022b. 10 p.
- ANTUNES, T. F. S. S. **Tradução, Validação e Adaptação Transcultural da Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale Form B Para o Português Brasileiro.** 2023. 144 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -- Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2023. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/bitstream/handle/1884/82119/R%20-%20D%20-%20THALITA%20FELSKY%20DOS%20SANTOS%20STURM%20ANTUNES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 22/05/2025.

ARLI, S. K. An Investigation of the Relationship Between Attitudes Towards Caring for Dying Patients and Compassion. **Omega - Journal of Death and Dying**, Westport, US, v. 86, n. 4, p. 1167-1175, mar. 2023.

AYALA, A. L. M.; SANTANA, C. H.; LANDMANN, S. G. Cuidados paliativos: conhecimento da equipe de enfermagem. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, PR, v. 42, n. 2, p. 155-166, jul./dez. 2021.

BARRERE, C. C.; DURKING, A.; LACOURSIERE, S. The influence of end-of-life education on attitudes of nursing students. **International Journal of Nursing Education Scholarship**, Berkeley, US, v. 5, mar. 2008.

BARROS, J. A. **Avaliação do conhecimento e da autoeficácia de profissionais de enfermagem sobre cuidados paliativos**: estudo quase experimental. 97f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2025.

BAUR, N. *et al.* Recalibrating the 'world map' of palliative care development. **Wellcome Open Research**, London, UK, v. 4, p. 77, Aug. 2019. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6556994/>. Acesso em: 05 jul. 2025.

BENNER, P. **From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice**. Upper Saddle River: Pearson Education, 2000.

BENNER, P. **From Novice to Expert: Excellence and power in clinical nursing practice**. Menlo Park: Pearson Education, 1984.

BOURI, M. *et al.* Knowledge, competence and educational needs of mental health staff on palliative care for the elderly with dementia. **Psychiatriki**, Athēna, GR, v. 35, n. 3, p. 231-236, Oct. 2024.

BRASIL. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed. São Paulo: Ministério da Saúde, 2023a. 420 p. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao/view>>. Acesso em: 22 de maio de 2025.

BRASIL. **Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP-SUS)**. Brasília, DF, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, 2023b. 19 p. Disponível em: < https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html>. Acesso em 22 de maio de 2025.

BROWALL, M. *et al.* Development and Psychometric Evaluation of a New Short Version of the Swedish Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale. **Cancer Nursing**, New York, US, v. 44, n. 4, p. 305-313, Jul./Aug. 2021.

CAMPOS, A. P. *et al.* Integrating Palliative Care into Nursing Care. **The American Journal of Nursing**, Philadelphia, US, v. 122, n. 11, p. 40-45, Nov. 2022.

CARROLL, G. *et al.* The French version of the palliative care quiz for nursing (PCQN-F): development and evaluation. **Journal of Palliative Care**, Toronto, CA, v. 21, n. 1, p. 27-34, 2005.

CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. **Manual de Cuidados Paliativos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. 624 p.

CHEN, X. *et al.* The training effects of a continuing education program on nurses' knowledge and attitudes to palliative care: a cross sectional study. **BMC Palliative Care**, London, UK, v. 21, n. 1, p. 56, Apr. 2022.

CHOVER-SIERRA, E.; MARTÍNEZ-SABATER, A. Utility of social networks and online data collection in nursing research: Analysis of Spanish nurses' level of knowledge about palliative care. **PLoS One**, San Francisco, US, v. 13, n. 5, p. e0197377, May 2018. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5951581/>. Acesso em: 05 jul. 2025.

CHOVER-SIERRA, E.; MARTÍNEZ-SABATER, A.; LAPEÑA-MOÑUX, Y. R. Knowledge in palliative care of nursing professionals at a Spanish hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, p. e2847, Oct. 2017a.

CHOVER-SIERRA, E.; MARTÍNEZ-SABATER, A.; LAPEÑA-MOÑUX, Y. R. An instrument to measure nurses' knowledge in palliative care: Validation of the Spanish version of Palliative Care Quiz for Nurses. **PLoS One**, San Francisco, US, v. 12, n. 5, p. e0177000, May 2017b. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0177000>. Acesso em: 05 jul. 2025.

CLARK, D. *et al.* Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, US, v. 59, n. 4, p. 794-807.e4, Apr. 2020. Disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(19\)30664-5/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(19)30664-5/fulltext). Acesso em: 05 jul. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Anexo da Resolução Cofen nº 564 /2017, de 06 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017>. Acesso em: 05 jul. 2025.

DES JARLAIS, D. C.; LYLES, C.; CREPAZ, N. *et al.* Improving the Reporting Quality of Nonrandomized Evaluations of Behavioral and Public Health Interventions: The TREN Statement. **American Journal of Public Health**, Washington, US, v. 94, n.3, p. 361-366, march 2004.

DUNN, K. S.; OTTEN, C.; STEPHENS, E. Nursing experience and the care of dying patients. **Oncology Nursing Forum**, New York, US, v. 32, n. 1, p. 97-104, jan. 2005.

EDO-GUAL, M. *et al.* Spanish Adaptation of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale (FATCOD-S) in Nursing Undergraduates. **Omega - Journal of Death and Dying**, Westport, US, v. 78, n. 2, p. 120-142, dec. 2018.

EGEA, M. Z. *et al.* Dimensions of good palliative nursing care: Expert panel consensus and perceptions of palliative professionals. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, UK, v. 32, n. 13-14, p. 3746-3756, jul. 2023.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Hospital de Clínicas da UFTM. **Acesso à informação institucional**. Uberaba, MG: EBSEH, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/acesso-a-informacao/institucional>. Acesso em: 3 nov. 2024.

ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (Brasil). **Gestão por Competências**: Módulo 2 - Conceitos, definições e tipologias de competências. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6493/2/M%C3%B3dulo%20%20-%20Conceitos%20%20defini%C3%A7%C3%B5es%20e%20tipologias%20de%20compet%C3%Aancias.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2023.

ETAF, W. *et al.* Nurses' knowledge about palliative care and attitude towards end-of-life care in public hospitals in Wollega zones: A multicenter cross-sectional study. **PLoS One**, San Francisco, US, v. 15, n. 10, p. e0238357, Oct. 2020. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0238357>. Acesso em: 05 jul. 2025.

FINKELSTEIN, E. A. *et al.* Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, US, v. 63, n. 4, p. e419-e429, apr. 2022. Disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(21\)00673-4/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(21)00673-4/fulltext). Acesso em: 05 jul. 2025.

FIOCRUZ/COFEN. **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**: Relatório Final. Rio de Janeiro, 2017. 748 p.

FIRMINO, F.; TROTTE, L. A. C.; SILVA, R. S. **Competências da(o) Enfermeira (o) Especialista em Cuidados Paliativos no Brasil**. Comitê de Enfermagem em Cuidados Paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2022. 49 p.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 5, n. esp, p. 183-196, dez. 2001.

FRISTEDT, S. *et al.* Registered nurses and undergraduate nursing students' attitudes to performing end-of-life care. **Nurse Education Today**, Edinburgh, SCO, v. 98, p. 104772, mar. 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691721000290?via%3Dihub>. Acesso em: 05 jul. 2025.

FROMMELT, K. H. M. Attitudes toward care of the terminally ill: an educational intervention. **American Journal of Hospice and Palliative Care**, v. 20, n. 1, p. 13-22, jan./feb. 2003.

FROMMELT, K. H. M. The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. **American Journal of Hospice and Palliative Care**, v. 8, n. 5, p. 37-43, sept./oct. 1991.

GAMONDI, C.; LARKIN, P.; PAYNE, S. A. Core competencies in palliative care: An EAPC white paper on palliative care education – part 1. **European Journal of Palliative Care**, [S.l.], v. 20, n. 2, p. 86-91, jan. 2013.

GANNON, J. *et al.* Impact of a Transformed Curriculum on Knowledge and Attitudes Using EOL Simulation. **Clinical Simulation in Nursing**, New York, US, v. 70, p. 28-36, Sept. 2022.

GARCÍA-SALVADOR, I. *et al.* Assessment of basic training needs in palliative care in primary healthcare nurses in Spain. **Atención Primaria**, Madrid, ES, v. 54, n. 5, p. 102344, may 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656722000646?via%3Dihub>. Acesso em: 05 jul. 2025.

GLOVER, T. L. *et al.* Improving end-of-life care knowledge among senior baccalaureate nursing students. **American Journal of Hospice & Palliative Care**, Thousand, US, v. 34, n. 10, p. 938-945, dec. 2017.

GOMES, B. J. O. *et al.* Knowledge and Perception of Nursing Students about Palliative Care. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 1-8, mar. 2025. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/13752>. Acesso em: 05 jul. 2025.

GUIRRO, Ú. B. P. *et al.* **Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2022. 62 p.

GUPTA, M. *et al.* Impact of End-of-Life Nursing Education Consortium on Palliative Care Knowledge and Attitudes Towards Care of Dying of Nurses in India: A Quasi-Experimental Pre-post Study. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, v. 40, n. 5, p. 529-538, may 2023.

GUPTA, M.; PRUTHI, G.; SINGH, K. Long-Term Impact of the End-of-Life Care Nursing Education Consortium on Knowledge, Attitudes, and Practice (KAP) of Indian Nurses Working in Non-Palliative Care Settings: A KAP-GAP Analysis. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, Westonsv, US, v. 41, n. 12, p. 1380-1390, dec. 2024.

HAO, Y. *et al.* Nurses' knowledge and attitudes towards palliative care and death: a learning intervention. **BMC Palliative Care**, London, UK, v. 20, n. 1, p. 50, mar. 2021.

HATTANI, S. A. *et al.* Effectiveness of high-fidelity simulation in nursing education for end-of-life care: A quasi-experimental design. **Indian Journal of Palliative Care**, Mumbai, IN, v. 26, n. 3, p. 312-318, jul./sept. 2020.

HENOCH, I. *et al.* The Swedish version of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale: Aspects of validity and factors influencing nurses' and nursing students' attitudes. **Cancer Nursing**, New York, US, v. 37, n. 1, p. E1-E11, jan. 2014.

Disponível em:

https://journals.lww.com/cancernursingonline/abstract/2014/01000/the_swedish_version_of_the_frommelt_attitude.12.aspx. Acesso em: 05 jul. 2025.

HERRERO-HAHN, R. *et al.* Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale Form B: Validation for Spanish health professionals. **Palliative and Supportive Care**, [S.], v. 20, n. 5, p. 678-686, oct. 2022.

HERTANTI, N. S. *et al.* Palliative care quiz for Nurses-Indonesian Version (PCQN-I): A cross-cultural adaptation, validity, and reliability study. **Indian Journal of Palliative Care**, Mumbai, IN, v. 27, n. 1, p. 35-42, jan./mar. 2021.

HÖKKÄ, M. *et al.* Palliative Nursing Competencies Required for Different Levels of Palliative Care Provision: A Qualitative Analysis of Health Care Professionals' Perspectives. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, US, v. 24, n. 10, p. 1516-1524, sept. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2022: resultados da população e dos domicílios – primeiros resultados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br>. Acesso em: 18 set. 2025.

IRANMANESH, S. *et al.* Nurses' knowledge about palliative care in Southeast Iran. **Palliative and Supportive Care**, [S.], v. 12, n. 3, p. 203-210, jun. 2014.

KASSA, H. *et al.* Assessment of knowledge, attitude and practice and associated factors towards palliative care among nurses working in selected hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. **BMC Palliative Care**, London, UK, v. 13, n. 1, p. 6, mar. 2014. Disponível em: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-684X-13-6>. Acesso em: 05 jul. 2025.

KASTENBAUM, R. **The psychology of death**. 3. ed. New York, US: Springer Publishing Company, 2000.

KIM, H. S. *et al.* The effect of an end-of-life nursing education consortium course on nurses' knowledge of hospice and palliative care in Korea. **Journal of Hospice and Palliative Nursing**, [S.], v. 13, n. 4, p. 222-229, jul. 2011.

KNAPP, C. A. *et al.* Paediatric nurses' knowledge of palliative care in Florida: A quantitative study. **International Journal of Palliative Nursing**, London, UK, v. 15, n. 9, p. 432-439, sept. 2009.

KRUGER, J.; DUNNING, D. Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, US, v. 77, n. 6, p. 1121-1134, dec. 1999.

LANCASTER, R. J. *et al.* Attitudes of nurses towards care of the dying patient in India. **International Journal of Palliative Nursing**, London, UK, v. 23, n. 11, p. 558-566, nov. 2017.

LANGE, M.; THOM, B.; KLINE, N. E. Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. **Oncology Nursing Forum**, New York, US, v. 35, n. 6, p. 955-959, nov. 2008.

LI, L. *et al.* Nurses knowledge of palliative care: systematic review and meta-analysis. **BMJ Supportive and Palliative Care**, London, UK, jun. 2023. Disponível em: <https://spcare.bmj.com/content/14/e2/e1585.long>. Acesso em: 05 jul. 2025.

LI, X.; KONGSUWAN, W.; YODCHAI, K. Attitude toward care of the dying and practice of peaceful end-of-life care in community hospitals in China. **International Nursing Review**, Oxford, UK, v. 70, n. 3, p. 345-354, sept. 2023.

LIMA, C. P. *et al.* Conhecimento da equipe de Enfermagem acerca dos cuidados paliativos. **Revista Contemporânea**, [S.], v. 4, n. 11, p. e6497, nov. 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/6497>. Acesso em: 05 jul. 2025.

LIPPE, M. *et al.* Updated palliative care competencies for entry-to-practice and advanced-level nursing students: New resources for nursing faculty. **Journal of Professional Nursing**, [S.], v. 42, p. 250-261, sep./oct. 2022.

LYNCH, T.; CONNOR, S.; CLARK, D. Mapping levels of palliative care development: A global update. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, US, v. 45, n. 6, p. 1094-1106, jun. 2013.

MARTÍNEZ-SABATER, A.; CHOVER-SIERRA, P.; CHOVER-SIERRA, E. Spanish nurses' knowledge about palliative care. A national online survey. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, CH, v. 18, n. 21, p. 11227, oct. 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/21/11227>. Acesso em: 05 jul. 2025.

MASON, H.; DERUBEIS, M. B.; HESSELTINE, B. Early Palliative Care for Oncology Patients: How APRNs Can Take the Lead. **Journal of the Advanced Practitioner in Oncology**, [S.], v. 12, n. 5, p. 477-484, jul. 2021.

MASTROIANNI, C. *et al.* Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale Form B: psychometric testing of the Italian version for students. **Omega - Journal of Death and Dying**, Westport, US, v. 70, n. 3, p. 227-250, feb. 2015.

MATSUI, M.; BRAUN, K. Nurses' and care workers' attitudes toward death and caring for dying older adults in Japan. **International Journal of Palliative Nursing**, London, UK, v. 16, n. 12, p. 593-598, Dec. 2010.

MELLO, A. F. **Adaptação Cultural e Validação de conteúdo do *Palliative Care Quiz for Nursing* para Enfermeiros Brasileiros**. 2020. 84 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) -- Universidade de Guarulhos, Guarulhos, SP, 2020.

MENGUAL, T. E. *et al.* Knowledge about Palliative Care and Attitudes toward Care of the Dying among Primary Care Nurses in Spain. **Healthcare**, Basel, CH, v. 11, n. 7, p. 1018, apr. 2023. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/7/1018>. Acesso em: 05 jul. 2025.

NASCIMENTO, J. L. *et al.* Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados paliativos. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 14, p. e-202351, jul. 2023. Disponível em: <https://enfermfoco.org/article/conhecimento-dos-profissionais-de-enfermagem-sobre-os-cuidados-paliativos/>. Acesso em: 05 jul. 2025.

O'SHEA, E. R.; MAGER, D. End-of-life nursing education: Enhancing nurse knowledge and attitudes. **Applied Nursing Research**, Philadelphia, US, v. 50, p. 151197, dec. 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0897189719301090?via%3Di> hub. Acesso em: 05 jul. 2025.

PENPRASE, B. *et al.* Do higher dispositions for empathy predispose males toward careers in nursing? A descriptive correlational design. **Nursing Forum**, New York, US, v. 50, n. 1, p. 1-8, jan./mar. 2015.

PEREIRA, R. S. *et al.* Conhecimento de profissionais de Enfermagem sobre cuidados paliativos em unidades de internação clínica. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 12, n. 3, p. 429-435, dez. 2021.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 456 p.

RADBRUCH, L. *et al.* Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, US, v. 60, n. 4, p. 754-764, oct. 2020.

RONALDSON, S. *et al.* A study of nurses' knowledge of a palliative approach in residential aged care facilities. **International Journal of Older People Nursing**, [S.], v. 3, n. 4, p. 258-567, dec. 2008.

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. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, UK, v. 23, n. 1, p. 126-137, jan. 1996.

RYAN, S. *et al.* Evolving Definitions of Palliative Care: Upstream Migration or Confusion? **Current Treatment Options in Oncology**, Philadelphia, US, v. 21, n. 3, p. 20, feb. 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11864-020-0716-4>. Acesso em: 17 jul. 2023.

SADOWSKA, A.; KRZYKWA, I.; CZARKOWSKA-PĄCZEK, B. Assessment of the Competence of Nurses in Taking Care of a Dying Patient in Poland. **Journal of Cancer Education**, [London, UK], v. 38, n. 5, p. 1471-1478, oct. 2023.

SANTOS, A. F. J.; FERREIRA, E. A. L.; GUIRRO, Ú. B. P. **Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019**. São Paulo: ANCP, 2020. 52 p.

SANTOS, D. J. *et al.* Final-year nursing students' knowledge of palliative care. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, [S.], v. 7, p. 1-6, 2022. Disponível em: https://efaidnbnmnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://cdn.publisher.gn1.link/redcps.com.br/pdf/en_v7aop166.pdf. Acesso em: 05 jul. 2025.

SANTOS, F. S. **Cuidados paliativos**: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas. Rio de Janeiro: Atheneu, 2011. 654 p.

SANTOS, M. A.; HORMANEZ, M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2757-2768, set. 2013.

SANTOS, T. F. *et al.* Tradução e validação da *Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale Form B**. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 30, p. e95387, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/x8kV7sdnHkvLFP4jJFygw9C/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 05 jul. 2025.

SAUNDERS, C. **A vida antes da morte**. São Paulo: Editora Loyola, 2000.

SERRA, S. S. S. **Morrer na presença de quem cuida**: atitudes do enfermeiro de cuidados diferenciados face à morte e aos cuidados ao doente em fim-de-vida. 2012. 131 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PT, 2012.

SILVA, A. C. *et al.* Percepções e atitudes de enfermeiros oncologistas sobre morte e morrer segundo a escala FATCOD-B. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 1-12, may 2025. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/20567>. Acesso em: 05 jul. 2025.

SOIKKELI-JALONEN, A. *et al.* Instruments for assessing nurses' palliative care knowledge and skills in specialised care setting: An integrative review. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, UK, v. 29, n. 5-6, p. 736-757, mar. 2020.

SOUSA, A. D. R. S.; SILVA, L. F.; PAIVA, E. D. Intervenções de enfermagem nos cuidados paliativos em Oncologia Pediátrica: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 72, n. 2, p. 556-566, mar. /abr. 2019.

SUIKKALA, A. *et al.* Future palliative competence needs – a qualitative study of physicians' and registered nurses' views. **BMC Medical Education**, London, UK, v. 21, p. 585, nov. 2021. Disponível em:

<https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-021-02949-5>. Acesso em: 17 jul. 2023.

TOQAN, D. *et al.* Perception of Nurses' Knowledge about Palliative Care in West Bank/ Palestine: Levels and Influencing Factors. **Journal of Palliative Care**, Toronto, CA, v. 38, n. 3, p. 336-344, jul. 2023.

TRIPODORO, V. A. *et al.* First-ever global ranking of palliative care: 2025 World Map under the new WHO framework. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, US, v. 25, p.00748-1, Aug. 2025. Disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(25\)00748-1/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(25)00748-1/fulltext). Acesso em 05 jul. 2025.

VASCONCELOS, E. V.; SANTANA, M. E.; SILVA, S. É. D. Desafios da enfermagem nos cuidados paliativos: revisão integrativa. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 3, n. 3, p. 127-130, jul. 2012.

VU, H. T. T. *et al.* Knowledge and Attitude Toward Geriatric Palliative Care among Health Professionals in Vietnam. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, CH, v. 16, n. 15, p. 2656, jul. 2019. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/15/2656>. Acesso em: 05 jul. 2025.

WANG, L. *et al.* Clinical nurses' attitudes towards death and caring for dying patients in China. **International Journal of Palliative Nursing**, London, UK, v. 24, n. 1, p.33-39, jan. 2018.

WANG, L. P. *et al.* Development and Psychometric Testing Chinese Version of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale, Form B in Nurses and Nursing Students. **Journal of Cancer Education**, London, UK, v. 31, n. 1, p. 123-130, mar. 2016.

WILSON, O.; AVALOS, G.; DOWLING, M. Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing the dying patient. **British Journal of Nursing**, [London, UK], v. 25, n. 11, p. 600-605, jun. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Assessing the development of palliative care worldwide**: a set of actionable indicators. Geneva: WHO, 2021. 56 p.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global Atlas of Palliative Care**. 2. ed. London, UK, 2020. 119 p.

WRIGHT, M. *et al.* Mapping levels of palliative care development: a global view. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, US, v. 35, n. 5, p. 469-485, may 2008.

ZERU, T. *et al.* Assessment of knowledge and attitude towards palliative care and associated factors among nurses working in selected tigray hospitals, northern ethiopia: A cross-sectional study. **Pan African Medical Journal**, Campala, UG, v. 35, p. 121, apr. 2020. Disponível em: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/35/121/full/>. Acesso em: 05 jul. 2025.

APÊNDICES

APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO DE DADOS PESSOAIS

Questionário de Dados Pessoais

Q1- N° de identificação do participante: _____ Setor: () CM () NEURO

DADOS PESSOAIS

Q2- IDADE (ANOS COMPLETOS): _____

Q3- SEXO: 1-Feminino () 2-Masculino () 3-Outro ()

Q4- MORA SOZINHO: 1- Sim () 2- Não ()

Q5- TEM FILHOS: 1-Sim () 2-Não ()

5.1- Se sim, quantos: _____

Q6 - ESTADO CIVIL: 1- Solteiro () 2- Casado/ com companheiro ()

3- Viúvo () 4- Divorciado () 5- Outro: () _____

Q7 - COR DA PELE AUTODECLARADA:

1- Branco () 2- Negro () 3- Pardo/Mulato () 4- Amarela ()

Q8 - RELIGIÃO: 1-Católica() 2-Evangélica() 3- Espírita() 4- Umbanda()

5- Candomblé() 6- Ateu() 7- Agnóstico() 8- Outro _____

DADOS PROFISSIONAIS

Q9 – PROFISSÃO:

1- Enfermeiro () 2- Técnico em Enfermagem () 3- Auxiliar em enfermagem ()

2- Enfermeiro Residente de Enfermagem ():

2.1 Saúde do Idoso () 2.2 Saúde do Adulto () 2.3 Urgência/Trauma ()

2.4 Outro _____

Q10-LOCAL DE TRABALHO:

1- PSA () 2- UTI Adulto ()

3- UTI Coronária () 4- Enfermaria Clínica Médica ()

5- Enfermaria Clínica Cirúrgica () 6- Enfermaria Neurologia ()

7- Enfermaria Onco-hematologia () 8- Enfermaria Ortopedia ()

9- Enfermaria UDIP () 10- Enfermaria Ginecologia e Obstetrícia ()

Q11- TURNO DE TRABALHO:

1-Matutino() 2-Verpertino() 3-Noturno() 4- Diurno (matutino+vespertino)()

Q12- TITULAÇÃO:

1- Médio Completo () 2- Superior Completo ()

3- Pós-graduação *lato sensu* () 3.1 Área de especialização: _____

4- Pós-graduação *stricto sensu* () 4.1 Mestrado () 4.2 Doutorado ()

5- Pós-doutorado ()

Q13 - POSSUI OUTROS VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS: 1- Sim () 2- Não ()

13.1- Se sim, em Cuidados Paliativos?: 1- Sim () 2-Não ()

13.2 Se sim: Local:

1- Hospitalar () 2- Ambulatorial ()

3-Domiciliar () 4-Instituições de longa permanência () 5- Outros: _____

Q14- EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL (especificar anos ou meses):

14.1 Total: _____

14.2 No setor atual: _____

Q15- POSSUI ESPECIALIDADE? 1- Sim () 2-Não ()

15.1 SE SIM, QUAL: _____

Q16 - POSSUI EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS?

1- Sim () 2-Não ()

16.1 SE SIM: LOCAL: 1- Hospitalar () 2- Ambulatorial () 3-Domiciliar ()

4-Instituições de longa permanência () 5- Outros: _____

Q17- CUIDA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS NO TRABALHO ATUAL: 1-Sim () 2-Não ()

Q18- DURANTE A GRADUAÇÃO/CURSO TÉCNICO, TEVE ALGUMA DISCIPLINA ESPECÍFICA DE CUIDADOS PALIATIVOS? 1- Sim () 2- Não ()

Q19- DURANTE A GRADUAÇÃO/CURSO TÉCNICO, TEVE ALGUMA DISCIPLINA QUE JÁ ABORDOU SOBRE O TEMA DE CUIDADOS PALIATIVOS?

1- Sim () 2- Não ()

Q20- JÁ PARTICIPOU DE CURSOS, SEMINÁRIOS, CONGRESSOS E/OU PALESTRAS SOBRE O TEMA CUIDADOS PALIATIVOS? 1- Sim () 2- Não ()

Q21- JÁ TEVE CONTATO COM ALGUM PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS?

1-Sim () 2-Não ()

Q22- CONSIDERA SUFICIENTE SEUS CONHECIMENTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS? 1-Sim () 2-Não ()

EXPERIÊNCIA PESSOAL/PROFISSIONAL COM TERMINALIDADE:

Q23 - JÁ PERDEU ALGUÉM PRÓXIMO: 1- Sim () 2- Não ()

23.1 Qual o vínculo? _____

23.2 Há quanto tempo? _____

Q24 - SENTE-SE CONFORTÁVEL PARA LIDAR COM PACIENTES GRAVES OU EM FASE FINAL DE VIDA E ÓBITO: 1-Sim () 2- Não ()

Q25 - SENTE-SE CONFORTÁVEL PARA FALAR SOBRE FINAL DE VIDA EM SEU CÍRCULO PESSOAL (FAMÍLIA E AMIGOS)? 1- Sim () 2- Não ()

Q26- SENTE-SE CONFORTÁVEL PARA FALAR SOBRE FASE FINAL DE VIDA COM PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS E SEUS RESPECTIVOS FAMILIARES/CUIDADORES? 1- Sim () 2-Não ()

Q27 - CONSIDERA QUE SUA FORMAÇÃO BÁSICA TE PREPAROU PARA LIDAR COM SITUAÇÕES DE FASE FINAL DE VIDA? 1- Sim () 2- Não ()

APÊNDICE B: AULA 1 (BARROS, 2025)



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde
Serviço de Educação em Enfermagem
Divisão de Enfermagem HC-UFTM



Cuidados paliativos para profissionais da enfermagem

Mestranda: Joyce Assunção Barros Doutoranda: Me. Taciana Fernandes Araújo Ferreira
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Adriana Cristina Nicolussi Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silmara Elaine Malaguti Toffano



1

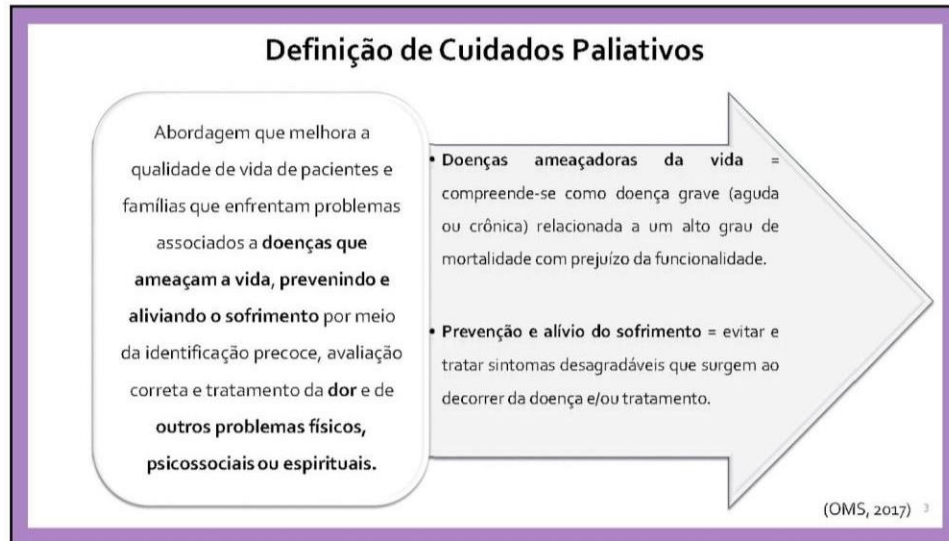
O que são Cuidados Paliativos?



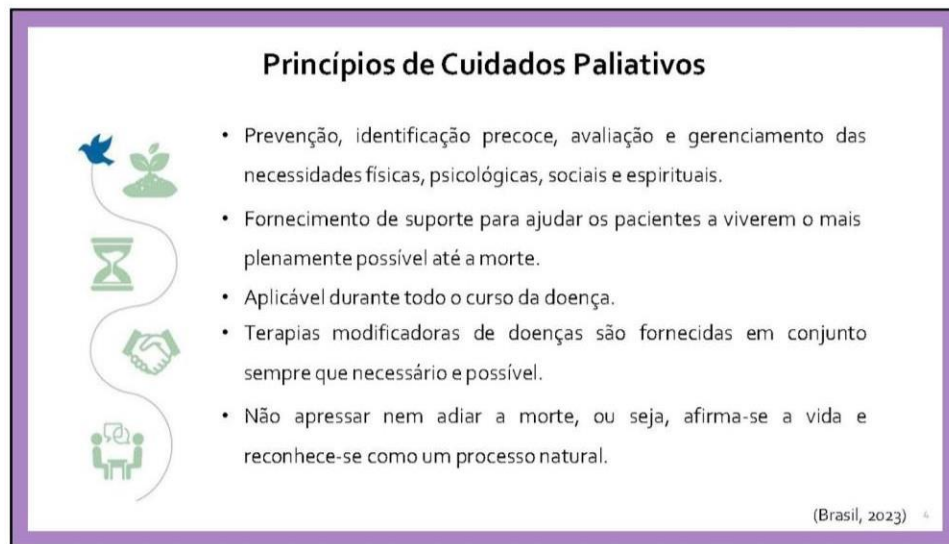
<https://enxotologia.com.br/wp-content/uploads/2020/04/6.jpg>

2

1



3



4

2

Princípios de Cuidados Paliativos



- Fornecimento de apoio ao paciente em seu próprio luto, bem como apoio à sua família e cuidadores.
- Respeito aos valores e crenças culturais do paciente e da família.
- Aplicável em todos os estabelecimentos de saúde e em todos os níveis e pode ser fornecida por profissionais com treinamento básico em CP.
- Abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e familiares.

(Brasil, 2023) 5

5

Por que os profissionais da saúde devem conhecer e saber aplicar os CP?

- OMS estima que mais de 56 milhões de pessoas precisa de CP em todo o mundo.

78% destas pessoas moram em países de baixa ou média renda

↓

Apenas 14% das pessoas que necessitam de CP estão realmente recebendo os CP



(The Economist, 2015) 6

6

3

Por que os profissionais da saúde devem conhecer e saber aplicar os CP?

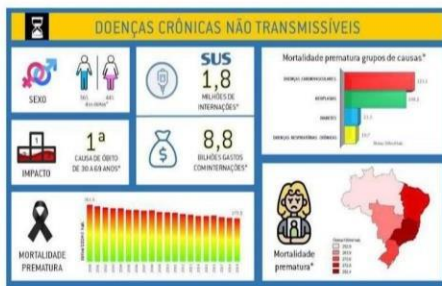
ASPECTOS AVALIADOS:

- Serviços de saúde e de CP;
- Recursos humanos;
- Acessibilidade ao cuidado;
- Qualidade do cuidado (categoria mais importante);
- Participação da comunidade.

(Finkelstein et al., 2022) ⁷

7

Por que os profissionais da saúde devem conhecer e saber aplicar os CP?



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/SMS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DAS/NT/Cgias, Custos e Internações – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

*Em 2019.

(Brasil, 2021) ⁸

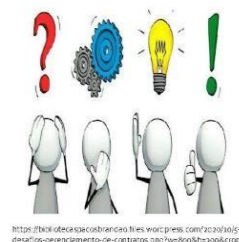
8

4

Por que os profissionais da saúde devem conhecer e saber aplicar os CP?

Desafios da abordagem de CP:

- ✓ despreparo das equipes no atendimento a pacientes elegíveis a CP;
- ✓ falta de habilidades de comunicação;
- ✓ dificuldades na abordagem de questões pertinentes na fase final de vida;
- ✓ dificuldade na identificação de pacientes que se beneficiariam de CP;
- ✓ falta de acesso ao prontuário e histórico do paciente, sendo necessário a tomada de decisões sob a pressão do tempo e;
- ✓ escassez de recursos e a sobrecarga de trabalho em turnos exaustivos.



<https://bibliotecapaulista.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2018/05/desafios-gerenciamento-de-cantares.pdf?bookid=1004000001>

(Brasil, 2023) 9

9

Cuidados paliativos X Cuidados curativos

Os CP **não vão substituir** os cuidados curativos apropriados, entretanto, preconiza-se uma melhor e mais **precoce integração dos CP com o tratamento modificador de doença.**

Assim, qualquer paciente que possua doença ameaçadora à vida poderá beneficiar-se, seja ele criança, adulto ou idoso.

A abordagem dos CP valoriza a história natural da doença, a história pessoal de vida e as reações fisiológicas, emocionais e culturais dos pacientes e familiares, o que faz com que **o plano de cuidados seja altamente individualizado e ajustável ao longo do tempo.**

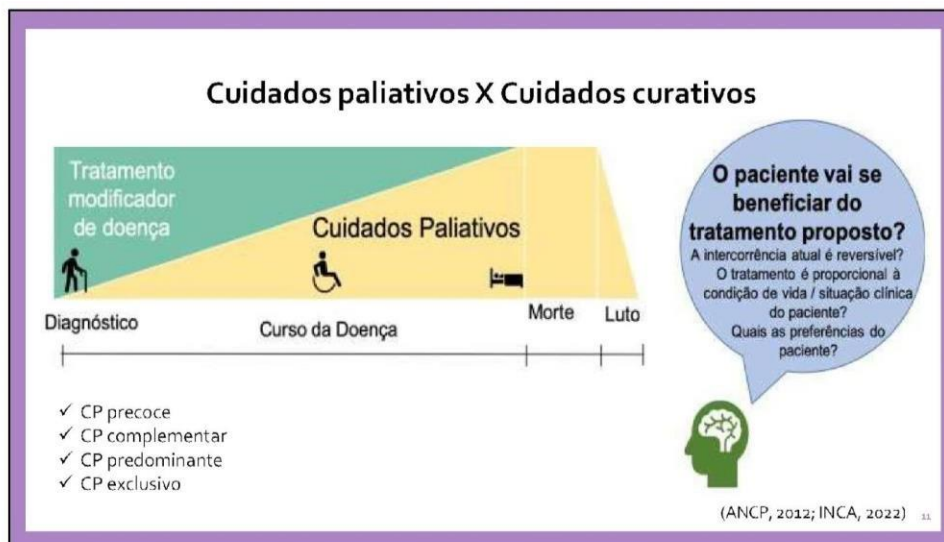


<https://www.biblioteca.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2018/05/desafios-gerenciamento-de-cantares.pdf?bookid=1004000001>

(Brasil, 2023) 10

5

10



11



12

Controle de sintomas físicos

❖ Controle da dor

DOR



<https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANhY6CQnyrCUov3u96JubagUeDg3Su3KkNlhwbuqg=&cau>

AVALIAÇÃO DA DOR:

➤ Anamnese e exame físico;

➤ Importante coletar informações referentes a:

- Qualidade (sensação de pulsação, agulhada, queimação, formigamento, aperto, irradiação, facada, pontada, etc.);
- Localização;
- Fatores desencadeantes de melhora ou piora;
- Intensidade, frequência, duração;
- Impacto nas atividades diárias, na funcionalidade e na QV;
- Tratamento farmacológico prévio e atual.

(Brasil, 2023) 33

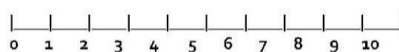
13

Controle de sintomas físicos

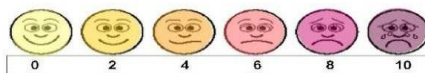
❖ Controle da dor

AVALIAÇÃO DA DOR:

➤ Intensidade da dor = aspecto primordial e deve ser **continuamente reavaliada**;



Escala Numérica



Escala das Faces

(Brasil, 2023) 34

14

7

Controle de sintomas físicos

❖ Controle da dor

- Tratamento da dor:**
 - Hipodermóclise** = pode ser considerado, já que o acesso é mais tolerado. Necessita de técnica correta, cuidados e medicamentos compatíveis por essa via.
 - Escada analgésica** = guia o tratamento farmacológico, associando a intensidade da dor com as classes de medicamentos.

Escada OMS

Degrão 1
DOR LEVE (1 a 3)
Não Opióides
Analgésico AINE
e adjuvantes

Degrão 2
DOR MODERADA (4 a 7)
Opióide fraco
Ex. Codeína
tramadol
e não opioides (analgésicos/AINE)

Degrão 3
DOR INTENSA (>7)
Opióide forte
Ex. Morfina
Buprenorfina
Fentanil
e não opioides (analgésicos/AINE)

(Brasil, 2023)

Controle de sintomas físicos

❖ Controle da dor

Analgésicos não opioides: - paracetamol - dipirona	Opioides fracos - Codeína (obstipante)	Opioides fortes: - Morfina simples: meia-vida curta e início de ação rápido. (obstipante)	Transdérmicos - Fentanil (transdérmico)
Anti-inflamatórios não esteroidais - ibuprofeno, diclofenaco, cetoprofeno. (A associação de mais de um AINE não é recomendada.)	- Tramadol (náuseas)	- Morfina de liberação prolongada (via de administração somente VO)	Sua formulação não é ideal para controle de dor aguda.

ADJUVANTES: São medicamentos com outras ações principais (que não analgesia), mas que **são usados como analgésicos** em situações específicas.

Ex.: antidepressivos tricíclicos (amitriptilina e nortriptilina);
anticonvulsivantes (gabapentina, carbamazepina);
corticoides (têm ação anti-inflamatória e auxiliam na analgesia).

(Brasil, 2023)

Controle de sintomas físicos

❖ Náuseas e vômitos

➤ Podem desencadear outros sintomas e complicações como perda de apetite, desidratação, perda de funcionalidade e mobilidade, ansiedade e depressão, dificuldade na ingestão de medicações orais e confusão mental.

Tratamento farmacológico	Tratamento não farmacológico
• Antieméticos: metoclopramida, domperidona e ondansetrona. • Utilizados também nos casos de redução de trânsito gastrointestinal, como no uso de opioides.	• Orientações: • Ex.: mastigar os alimentos devagar, oferecer antiemético antes das refeições, solicitar apoio da equipe da nutrição (dieta mais leve), ambiente arejado livre de odores, realizar higiene da boca e manter cabeça elevada



<https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?id=655506&type=html>

(Brasil, 2023) ³⁹

19

Controle de sintomas físicos

❖ Constipação

➤ Sintoma muito frequente, principalmente naqueles com neoplasias avançadas e em uso de opioides.

Tratamento farmacológico	Tratamento não farmacológico
• Supositório retal ou lavagem intestinal = se via oral não satisfatória.	• Conversar com a equipe de nutrição para ver possibilidade de uma dieta laxativa; • Aumentar ingestão de líquidos, aumento da mobilidade.



<https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?id=655506&type=html>

(Brasil, 2023) ²⁰

20

10

Controle de sintomas físicos

❖ Dispneia

- Por se tratar de um sintoma subjetivo, é difícil para os pacientes quantificá-lo.
- Portanto, o uso de uma escala numérica pode ajudar na melhor avaliação do sintoma.

Tratamento farmacológico

- Deve levar em consideração a causa.
- Ex.: Oxigenioterapia; ansiolítico.

Tratamento não farmacológico

- aspiração de vias aéreas;
- técnicas de controle de respiração, como relaxamento;
- ambiente ventilado,
- psicoterapia,
- usar um leque ou outro objeto para abanar o rosto.

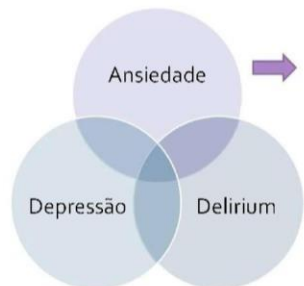


<https://www.shutterstock.com/junior-gratuito/4682746> a menina sofre de asma e realiza exercícios suaves para aliviar a dificuldade respiratória sintoma da doença pulmonar.

(Brasil, 2023) 21

21

Sintomas psíquicos



Presente principalmente nos pacientes que não tem informações sobre seu tratamento (falha na comunicação).
Mal informado = incertezas, dúvidas, angústias.

Mais comum em fase final de vida, prevalência chega a 80%. Causa multifatorial.
Sintomas: períodos de confusão ou desorientação durante o dia; perda da memória; perda da capacidade cognitiva.

➤ Além do tratamento farmacológico = suporte psicoespiritual, familiar e boa comunicação.

(Brasil, 2023) 22

22

Aspectos sociais

• Problemas sociais mais comuns:

1. Perda de identidade social
2. Perda do papel social e familiar.
3. Perda da imagem corporal.
4. Isolamento social.



<https://heaps.com.br/wp-content/uploads/2020/08/equipe-multidisciplinar.jpg>

(Brasil, 2023) 23

23

Espiritualidade

• Espiritualidade ↔ Religiosidade

• Avaliação espiritual = complexo e profundo

↪ Muitos pacientes necessitam de um profissional específico (padre, pastor, etc.)

• Em casos mais simples, a equipe multiprofissional suprirá as demandas espirituais através da escuta terapêutica.

• Importante = aceitar os diferentes valores espirituais e/ou religiosos.



<https://alimento.com.br/uploads/images/espiritualidade/04.jpg>

(Brasil, 2023) 24

24

12

Comunicação

- Por ser uma técnica de intervenção em saúde, trata-se de uma **habilidade a ser aprendida e sempre melhorada.**



PACIENTE

EQUIPE MULTI

FAMÍLIA

Antes da comunicação	Durante a comunicação	Após a comunicação
• Ter claro o objetivo da comunicação; • Reunir previamente as informações necessárias; • Ambiente adequado.	• Identificação do profissional; • Linguagem clara e compreensível; • Comunicação progressiva; • Escutar atenta e ativamente; • Não julgar a maneira como o outro se expressa ; • Saber silenciar; • Atentar para a expressão não verbal; • Saber que nem sempre pacientes e familiares angustiados ou com medo falarão abertamente sobre isso.	• Conversar entre a equipe sobre impressões, e o que foi conversado; • Se necessário, fazer a evolução em prontuário: o que foi conversado, dúvidas e expressões apresentadas.

(Brasil, 2023)

25

Cuidado Paliativo X Cuidados fins de vida



↑

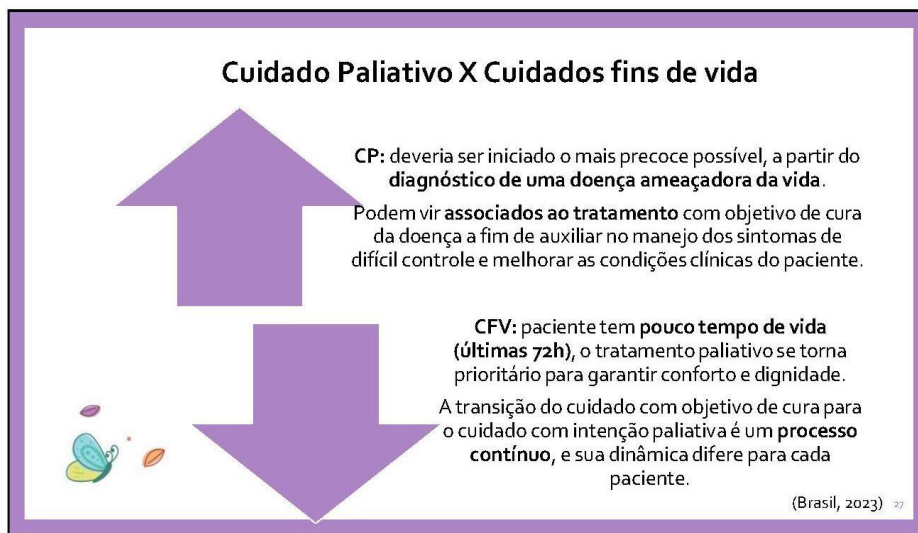
↓

CP: deveria ser iniciado o mais precoce possível, a partir do **diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida.**

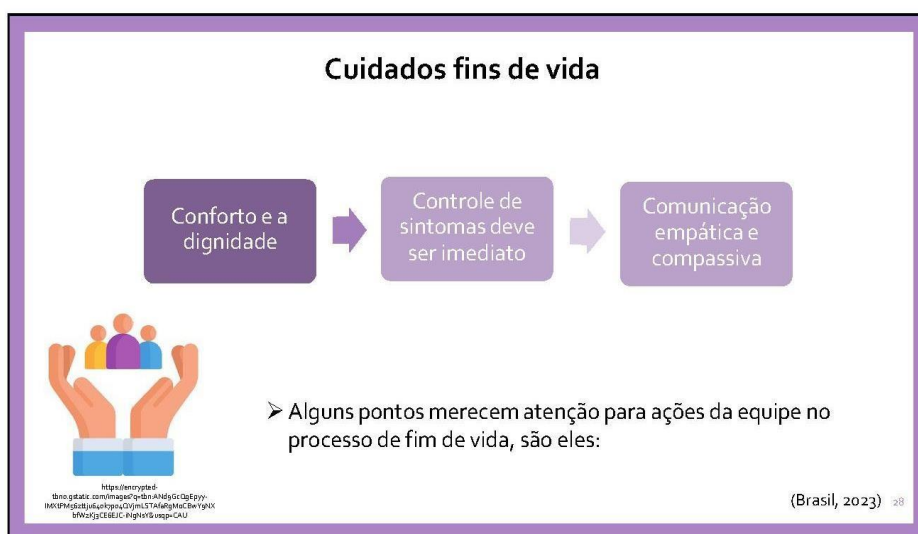
Podem vir **associados ao tratamento** com objetivo de cura da doença a fim de auxiliar no manejo dos sintomas de difícil controle e melhorar as condições clínicas do paciente.

(Brasil, 2023)

26



27

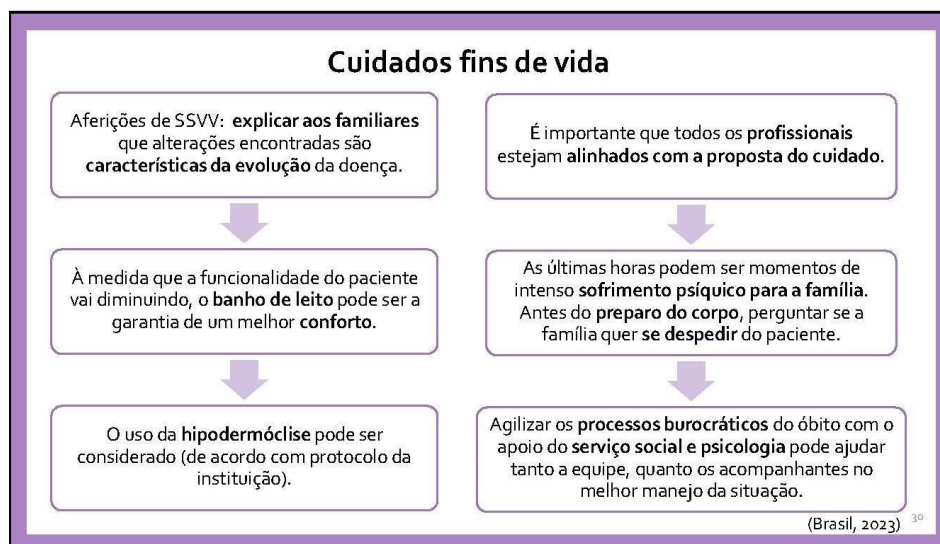


28

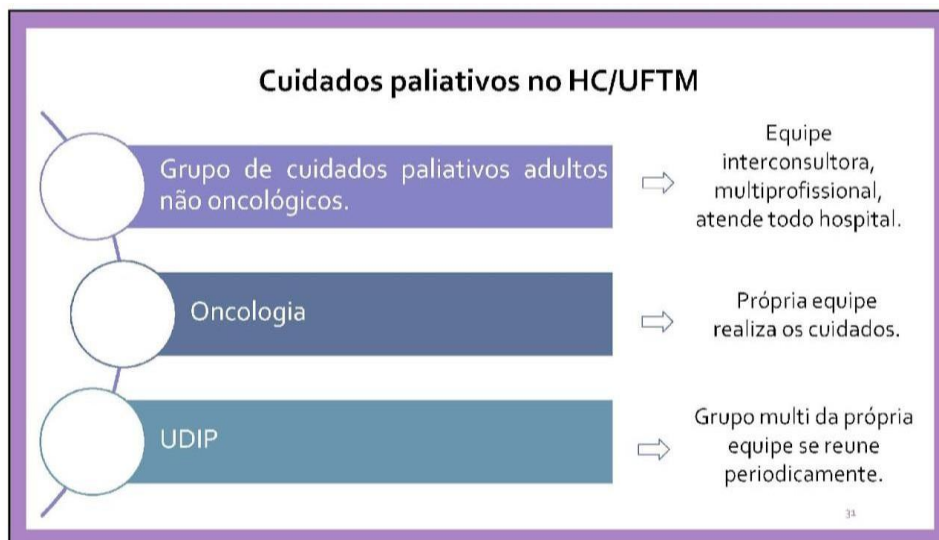
14



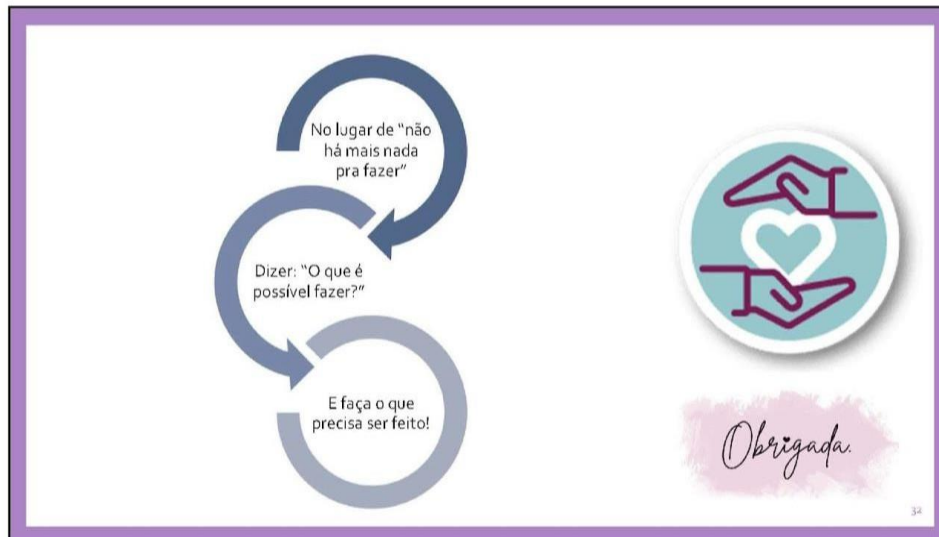
29



30



31



32

16

Referências

- Academia Nacional De Cuidados Paliativos (ANCP) [Internet]. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Rio de Janeiro: ANCP; 2012 [citado em 15 de Fev 2024]. 592 p. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manualdecuidadospaliativos-ANCP.pdf>.
- Brasil. **Manual de Cuidados Paliativos** [Internet]. 2.ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde; 2023 [citado em 15 de Fev 2024]. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2023/10/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil (2021-2030)**. Brasília, DF. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcmt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em: 17 out 2023.
- Finkelstein EA, Bhadelia A, Goh C, Baid D, Singh R, Bhatnagar S, et al. Cross country com - parison of expert assessments of the quality of death and dying 2021 [citado em 15 de Fev 2024]. *J Pain Symptom Manage*. 2022;63:e419-29
- Instituto Nacional De Câncer (INCA) [Internet]. **A avaliação do paciente em cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: INCA. 2022 [citado em 15 de Fev 2024]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf.
- The Economist. The 2015 Quality of Death Index. Ranking palliative care across the world: a report by The Economist Intelligence Unit. <http://www.lienfoundation.org/sites/default/files/2015%20Quality%20of%20Death%20Report.pdf>.

33

APÊNDICE C: AULA 2



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde
Serviço de Educação em Enfermagem
Divisão de Enfermagem HC-UFTM



Cuidados paliativos para profissionais da enfermagem – parte II

Doutoranda: Me. Taciana Fernandes Araújo Ferreira
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silmara Elaine Malaguti Toffano



1

1



Reflexões

“Não é uma questão de morrer cedo ou tarde, mas de morrer bem ou mal. Morrer bem significa escapar vivo do risco de morrer sem dignidade.”

“Nisto erramos: em ver a morte à nossa frente, como um acontecimento futuro, enquanto grande parte dela já ficou para trás. Cada hora do nosso passado pertence à morte.”

Sêneca

2



Reflexões

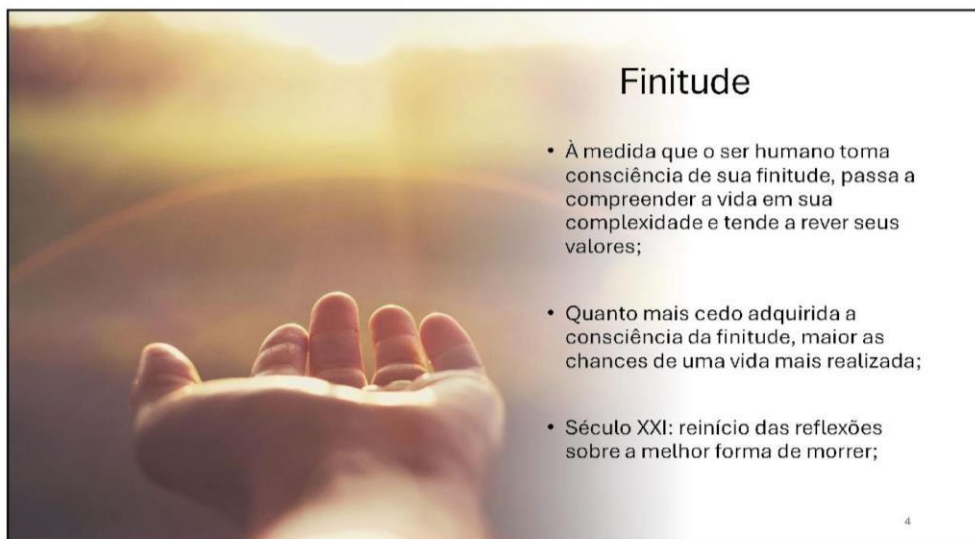
“Morrer não é um acontecimento; é um fenômeno a ser compreendido existencialmente.”

“Todo homem nasce como muitos homens e morre de forma única.”

Heidegger

3

3



Finitude

- À medida que o ser humano toma consciência de sua finitude, passa a compreender a vida em sua complexidade e tende a rever seus valores;
- Quanto mais cedo adquirida a consciência da finitude, maior as chances de uma vida mais realizada;
- Século XXI: reinício das reflexões sobre a melhor forma de morrer;

4

4

Morte – conceito

- Fenômeno social, histórico, biológico, antropológico, bioético, religioso, cultural, médico e legal;
- Falar sobre a morte gera reflexão sobre a vida e o que temos feito com ela;
- A morte do outro x a própria morte;
- Perda do self;
- Não é um instante, mas sim um processo;
- A morte é a desintegração do dinamismo vital, psicológico, sociológico e cultural do indivíduo de modo total e irreversível.
 - A morte da pessoa e a morte médica precisam ocorrer juntas, a dignidade da pessoa humana deve ser preservada.



5

Morte - cuidadores



- Diante da ameaça de perdas, as pessoas que cuidam tornam-se superprotetoras, vigilantes, irritadiças, hesitantes ou arredias, alternando sentimentos de culpa, tristeza, raiva, solidão, ressentimento, exaustão, desespero;
- Os membros da família precisam ser tão cuidados e orientados quanto o próprio paciente, para que se evite seu adoecimento emocional ao longo de todo o processo, do diagnóstico ao tratamento e no evento final;

6

6



Morte - profissionais da saúde

- Há lacunas nos cursos de graduação, que desconsideram que os profissionais da saúde são seres humanos constituídos de dimensões tanto psicológicas quanto físicas;
- Em sua formação, os profissionais de saúde são preparados desde a graduação para recuperar a saúde e preservar a vida;
- A formação dos profissionais da saúde, em especial de médicos e enfermeiros, é consistentemente voltada para o modelo biomédico e não contempla os aspectos emocionais;
- O estudante é preparado para a nobre missão de curar, salvar vidas, anulando a possibilidade de manter uma proximidade humana com a finitude;

7

7

Morte - profissionais da saúde



O docente, ao se sentir inseguro na abordagem do tema morte, tenta se proteger do contato com a dor e o sofrimento bloqueando sua sensibilidade, reprimindo as emoções suscitadas e desencorajando a reflexão sobre sua própria finitude, investindo mais na técnica dispensada e exigindo do aluno um comportamento voltado exclusivamente para o alívio do desconforto físico;



O profissional internaliza a crença de que seus sentimentos devem ser contidos perante o paciente, em prol de uma postura firme e objetiva, que supostamente o imuniza;



É construída a base valorativa da atitude frente à morte, que culminaria com ações de um profissional que tem a propensão de se mostrar "frio" ou indiferente na situação de terminalidade, uma vez que acredita que reconhecer o seu sofrimento significa mostrar-se vulnerável e ferir sua índole, colocando em risco a preservação do princípio da boa técnica;

8

8

Morte - profissionais da saúde



O despreparo da equipe de saúde para lidar com situações de terminalidade tem como consequência, para os profissionais, a sensação de fracasso frente à missão de curar o doente;



Ainda que a morte seja uma possibilidade de desfecho do tratamento, é vista como alheia ao mesmo, podendo causar sentimentos de culpa e frustração nos profissionais que se deparam com essa possibilidade;



O cuidado integral é comprometido pelo despreparo dos profissionais em lidar com demandas reveladoras da finitude humana;



A finitude é apreendida não como uma parte do ciclo natural da vida, e sim como fracasso, derrota, vergonha, ruptura biográfica, entre outros significados negativos;

9

9

Morte - profissionais da saúde

- A partir do poder que têm em suas mãos, e influenciados por suas convicções, esses profissionais contribuem, muitas vezes, para a instauração de um processo de obstinação terapêutica. Nesse processo, o cuidado é direcionado para manter a vida a qualquer custo, sem se preocupar com sua qualidade, deixando de oferecer uma boa morte aos pacientes;



10

Morte - profissionais da saúde



Características dos profissionais que interferem na qualidade do cuidado:

- Espiritualidade;
- Responsabilidade;
- Tempo de experiência;
- Idade;
- Experiências familiares de perda;
- Vivências de quase morte;
- Local onde o cuidado é prestado;



Significação:

- O modo como a figura dos profissionais era delineada no imaginário de cada um;
- O lugar que a morte ocupava no imaginário da família;
- As experiências de aproximação à finitude ao longo da trajetória pessoal;

11

11

Morte - percepções

Boa morte:

Ambiente tranquilo e confortável	Sem dor física	Sem pendências psicoemocionais	Sem estresse e de bom humor	Espiritualmente assistido	Cercado por seus entes queridos
----------------------------------	----------------	--------------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------



Teoria do Final de Vida Pacífico:

Estar em paz	Ter conforto	Estar próximo a pessoas significativas	Não sentir dor	Respeito e dignidade
--------------	--------------	--	----------------	----------------------

12

Os principais arrependimentos

- 1 - "Desejaria ter tido a coragem de viver uma vida verdadeira para mim mesma, não a vida que os outros esperavam de mim";
- 2 - "Desejaria não ter trabalhado tanto";
- 3 - "Desejaria ter tido a coragem de expressar meus sentimentos";
- 4 - "Desejaria ter ficado em contato com meus amigos";
- 5 - "Desejaria ter-me permitido ser mais feliz".



13

Cuidados Paliativos – relembrando o conceito



- Abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e famílias que enfrentam problemas associados a **doenças que ameaçam a vida, prevenindo e aliviando o sofrimento** por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da **dor** e de **outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais**.

14

14

Cuidados Paliativos – relembrando os princípios

Prevenção, identificação precoce, avaliação e gerenciamento de problemas físicos, sofrimento psicológico, espiritual e necessidades sociais.

Fornecimento de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais plenamente possível até a morte.

Aplicável durante todo o curso da doença.

Terapias modificadoras de doenças são fornecidas em conjunto sempre que necessário e possível.

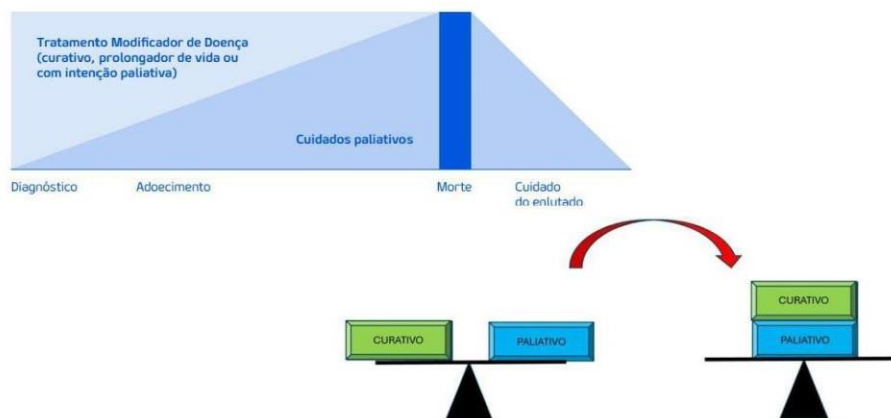
Não apressar nem adiar a morte, ou seja, afirma-se a vida e reconhece-se como um processo natural.

Valores e crenças culturais do paciente e da família são respeitados.

15

15

Cuidados Paliativos – atenção integral



16

Cuidados Paliativos e Enfermagem



Cicely Mary Saunders -
enfermeira, assistente
social e médica – *St.
Christopher's Hospice* –
em 1967;



Os princípios dos CP estão
intimamente ligados à
enfermagem, conforme os
fundamentos da profissão
já idealizados por Florence
Nightingale;



**O maior grupo de
trabalhadores em saúde :**

- Impacto relevante no cuidado
- passam mais tempo com o
paciente e seus
familiares/cuidadores;
- Elo entre o paciente, seus
familiares e a equipe;

17

17

Cuidados Paliativos e Enfermagem



- As intervenções de enfermagem em CP devem começar no ato do diagnóstico, juntamente ao cuidado curativo e se perpetuar durante todo o tratamento, gerenciando o controle da dor e de todos os sintomas globais apresentados, incluindo os aspectos psicossociais e espirituais.
- Priorizar as necessidades e desejos do paciente e da família é critério de excelência em assistência de enfermagem em CP e cuidados de fim de vida.

18

18



Cuidados Paliativos e Enfermagem

- Dimensões mais representativas do cuidado para o paciente e familiares: relacionamento interpessoal, habilidades de comunicação e apoio espiritual;
- Empatia e escuta ativa, significação, conexão e transcendência em espiritualidade são as mais importantes para a relação terapêutica com pacientes e familiares/cuidadores;
- A continuidade do cuidado tem sido relacionada ao trabalho em equipe (pactuação sobre ações e colaboração) e uma comunicação eficaz com o paciente e/ou familiares.
- Essa comunicação envolve não apenas saber lidar bem com as informações com o paciente, família e equipe, mas também a presença e a disponibilidade do profissional;

19

Enfermagem - competências

Colaboração com o paciente, família e equipe;
Comunicação;
Questões culturais;
Clínicas;
Psicossociais;
Espirituais;
Ético-legais;
Empatia;
Compaixão;
Sensibilidade;
Disponibilidade;
Humanidade;

20

Atitudes esperadas da enfermagem em CP

Convívio social:

- Permitir visitação livre; Permitir visitas religiosas;

Sufrimento psicológico:

- Ouvir o paciente; Acionar equipe especializada;

Necessidades dos cuidadores:

- Auxiliar em controle de sintomas e cuidados de vida diária;
- Orientar e encaminhar cuidados domiciliares;

Espiritualidade e religiosidade:

- Respeitar as tradições e rituais; Permitir visitas religiosas;

Aceitação pessoal;

Motivação;

Comunicação;

21

21

Modelo teórico de práticas de cuidar em enfermagem no contexto dos CP

Enfermeiro como
instrumento
terapêutico;

Enfermeiro
integrando a
equipe
multidisciplinar;

Processo de
enfermagem –
pensamento
crítico;

Atitudes de
receptividade e
partilha;

Diagnósticos de
enfermagem;

Intervenções de
enfermagem;

22

22



23

Comunicação

- O que é uma má-notícia?
- Plano terapêutico;
- Decisão compartilhada;
- Equipe multidisciplinar;



24

Comunicação eficiente

- Componentes:
 - Emissor;
 - Mensagem;
 - Receptor;
 - Canal:
 - Linguagem verbal e não-verbal;
- Atitudes:
 - Escuta ativa;
 - Empatia;
 - Aceitação;
- Capacidade decisória:
 - Compreensão;
 - Contextualização;
 - Racionalização;
 - Expressão de escolha;
- Certificar-se da compreensão do conteúdo;

25

25

Comunicação - lidando com as emoções

- N: *name* – nomear;
- U: *understand* – entender;
- R: *respect* – respeitar;
- S: *support* – apoiar;
- E: *explore* – explorar;



26

Comunicação - anamnese espiritual

- F: *faith* – fé: você tem alguma fé? O que dá sentido à sua vida?
- I: *importance* – importância: a fé é importante na sua vida? Quanto?
- C: *community* – comunidade: você participa de alguma igreja ou comunidade?
- A: *address* – abordagem: como podemos abordar e incluir essas questões no seu atendimento?



27

27



Figura 3 - Aspectos que ameaçam ou promovem a dignidade dos pacientes no ambiente hospitalar. Fonte: BAILLIE, 2009, p. 33.

28

28

Conceitos relevantes

Eutanásia;

Distanásia;

Ortotanásia;

Mistanásia;

29

29

Bioética

Conflitos
relacionados
com a vida:

- Multidisciplinar;
- Dimensões biológica, emocional, social, espiritual, cultural, econômica, ecológica, dentre outras;

Princípios:

- Autonomia;
- Beneficência;
- Não-maleficência;
- Justiça;

30

30

Bioética



Cuidados paliativos não são uma opção, mas uma obrigação ética na terminalidade da vida;



Promover a autonomia e respeitar os valores dos pacientes nos cuidados de fim de vida;



Princípios do cuidado de pacientes em fim de vida:

- Veracidade;
- Proporcionalidade terapêutica;
- Duplo efeito;
- Prevenção;
- Não abandono;

31

31

Aspectos éticos e legais

Ética e legalidade;

Suspender x não iniciar;

Ação x omissão;

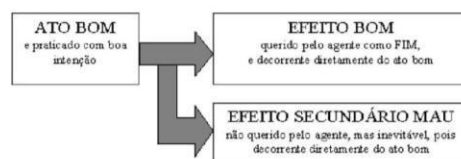
Intenção;

Dolo x culpa;

Princípio do duplo-efeito;

Futilidade e obstinação terapêutica;

Proporcionalidade;



32

32

Aspectos éticos e legais



A ortotanásia e as limitações terapêuticas são corretas do ponto de vista ético e legal;



A distanásia e a obstinação terapêutica, são ética e legalmente desaconselhadas;



As decisões devem ser baseadas na prevenção do sofrimento do paciente e nunca na abreviação de sua vida;



Toda decisão tem como premissa principal os valores do paciente e devem considerar o prognóstico e o contexto de saúde;



Descrição impecável em prontuário;



Ferramentas de comunicação impecáveis com a equipe multi e principalmente com o paciente e seus familiares/cuidadores;

33

33

Legislação

Constituição Federal 1988:

- Art. 5º: o direito inviolável à vida;
- Art. 196º. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Decreto 678/1992 – Convenção Americana de Direitos Humanos:

- Art. 5º - direito à integridade pessoal:
 - 1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua integridade física, psíquica e moral;
 - 2. Ninguém deve ser submetido à torturas, nem a penas ou atos cruéis, desumanos ou degradantes;

34

34

Legislação – ortotanásia e morte digna

- Resolução CFM 1805/2006:
 - Art. 1º: “é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal”;
 - Art. 2º: “o doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito de alta hospitalar;

35

35

Legislação

- CEM 2009: é vedado ao médico:
 - Art. 36: abandonar paciente sob seus cuidados;
 - § 2º: salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos;
 - Art. 41º: abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.
 - Parágrafo único: nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

36

36

Legislação

- CEM 2018:
 - VI - O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício, mesmo depois da morte. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativas contra sua dignidade e integridade;
 - XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas;
 - XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados;

37

37

Legislação

- Resolução CFM 1995/2012 – Diretivas Antecipadas de Vontade:
 - Art. 1º - definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.
 - Art. 2º - Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar - se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

38

38

Legislação

- Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem 2018:
 - Cap. II – deveres:
 - Art. 42 – respeitar o direito do exercício da autonomia da pessoa ou de seu representante legal na tomada de decisão, livre e esclarecida, sobre sua saúde, segurança, tratamento, conforto, bem-estar, realizando as ações necessárias, de acordo com os princípios éticos e legais;
 - Parágrafo único: respeitar as diretivas antecipadas da pessoa no que concerne às decisões sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, suas vontades.

39

39

Legislação

- Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem 2018:
 - Cap. II – deveres:
 - Art. 48 – prestar assistência de enfermagem promovendo a qualidade de vida à pessoa no processo de nascer, viver, morrer e luto.
 - Parágrafo único: nos casos de doenças graves incuráveis e terminais com risco iminente de morte, em consonância com a equipe multiprofissional, oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

40

40

Legislação

- Estatuto do Idoso;
- Estatuto da Pessoa com Deficiência;
- Resolução CFM 2156/2016: Critérios para admissão e alta em UTI;
- PL 7/2018: Recusa de tratamento;
- Resolução CFM 2232/2019: Direito de recusa de tratamento – tramitação judicial;
- Lei Mário Covas – 10.241 de 18 de março de 1999;
 - Outras leis estaduais;

41

41

 Ministério da Saúde Gabinete do Ministro Comissão Intergestores Tripartite RESOLUÇÃO Nº 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018 <i>Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).</i>	 Ministério da Saúde Gabinete do Ministro PORTARIA GM/MS Nº 3.681, DE 7 DE MAIO DE 2024 <i>Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017.</i>
--	--

42

42

Art. 2º São princípios da PNCP:

- I - valorização da vida e consideração da morte como um processo natural;
- II - respeito aos valores, crenças e práticas culturais e religiosas da pessoa cuidada;
- III - respeito à autonomia do indivíduo, com atenção especial na tomada de decisão substituta no caso de crianças e pessoas curateladas ou tuteladas, resguardados os princípios bioéticos dos códigos profissionais e das leis relacionadas ao tema;
- IV - oferta dos cuidados paliativos em todo o ciclo de vida, de forma indistinta para pessoas em sofrimento por qualquer condição clínica que ameace a continuidade da vida;
- V - início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas que ameacem a continuidade da vida;
- VI - início precoce dos cuidados paliativos, ofertados em conjunto com o tratamento da doença;
- VII - promoção da melhoria do curso da doença e reconhecimento do sofrimento em suas dimensões física, psicoemocional, espiritual e social;
- VIII - aceitação da evolução natural da doença, não acelerando a morte e recusando tratamentos e procedimentos diagnósticos que possam causar sofrimento ou medidas que venham a prolongar artificialmente o processo de morrer;
- IX - promoção de modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde da pessoa cuidada e de sua família, incluindo o acolhimento ao luto;
- X - prestação do cuidado paliativo por equipe multiprofissional e interdisciplinar;
- XI - comunicação sensível e empática, com respeito à verdade e à honestidade em todas as questões que envolvem pessoas cuidadas, familiares, cuidadores e profissionais; e
- XII - observância à Diretiva Antecipada de Vontade - DAV da pessoa cuidada.

43

43

§ 1º No âmbito dos cuidados paliativos, as dimensões de que trata o inciso VII do caput podem ser compreendidas da seguinte forma:

- I - física: compreende ações de tratamento e gerenciamento de sintomas como dor, dispnéia, desconforto e náuseas, por meio do uso de medicamentos em tempo oportuno e dosagem adequada, técnicas não farmacológicas e abordagens terapêuticas para fornecer conforto à pessoa;
- II - psicoemocional: suporte psicológico e emocional à pessoa cuidada, bem como aos seus familiares e/ou cuidadores, de forma contínua e humanizada, por meio de comunicação empática, escuta ativa e outras ações para promover o alívio do sofrimento;
- III - espiritual: identificação do desejo da pessoa de comunicar suas necessidades espirituais, por meio de escuta competente e sensível, facilitando a discussão sobre questões espirituais e existenciais e, conforme o caso e a disponibilidade, viabilizando a assistência espiritual de acordo com a crença e a vontade da pessoa; e
- IV - social: compreende ações para preservar a inserção e o convívio social da pessoa, viabilizando o acesso a todos os recursos necessários para que possa seguir com o seu tratamento e ter uma boa qualidade de vida com respeito à sua autonomia.

Art. 4º São objetivos da PNCP:

- I - integrar os cuidados paliativos à RAS, com ênfase na atenção primária;
- II - promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas em cuidados paliativos, por meio de atenção à saúde segura e humanizada;
- III - ampliar a disponibilidade de medicamentos que promovam o controle seguro dos sintomas da pessoa em cuidados paliativos;
- IV - estimular a formação, a educação continuada, valorização, provimento e gestão da força de trabalho em cuidados paliativos no âmbito do SUS; e
- V - promover a conscientização e a educação sobre cuidados paliativos na sociedade.

44

44

Art. 8º No contexto dos cuidados paliativos, as equipes assistenciais e respectivos profissionais dos pontos de atenção da RAS devem:

- I - realizar avaliações abrangentes da pessoa cuidada para promoção do alívio da dor e outros sintomas, considerando suas necessidades físicas, psicológicas, emocionais, espirituais e sociais;
- II - elaborar plano de cuidados paliativos para execução continuada e integrada à RAS, com navegação do cuidado, conforme o caso;
- III - realizar controle de sintomas físicos, em tempo oportuno, promovendo o máximo de conforto e qualidade de vida à pessoa;
- IV - realizar escuta qualificada das necessidades espirituais e providenciar a assistência desejada, conforme a crença e a vontade da pessoa;
- V - manter comunicação aberta com a pessoa e sua família ou cuidador, favorecendo a troca de informações sobre a condição clínica da pessoa cuidada, opções de cuidados e expectativas quanto ao processo de cuidados paliativos;
- VI - atuar para a tomada de decisão compartilhada, manifestação e formalização das preferências da pessoa em cuidados paliativos, por meio de DAV e em conformidade com os preceitos do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA e da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança;
- VII - aplicar protocolos de comunicação envolvendo a pessoa, respeitando suas particularidades e necessidades, bem como seu direito à recusa de tratamentos e procedimentos, à autodeterminação e ao alívio da dor e, quando necessário, acionar o comitê de bioética respectivo, conforme estabelecido pelas normas da instituição e dos Conselhos Profissionais; e
- VIII - prestar assistência no processo de luto e nos cuidados pós-morte aos familiares da pessoa cuidada.

45



O que é cuidado proporcional, afinal?

- Quais os objetivos de cuidado?
 - Ato adequado: os meios adotados são capazes de atingir os fins pleiteados;
 - Necessário: o ato é realmente indispensável? Há outras opções com efeitos menos negativos?
 - Proporcional: benefícios > desvantagens?
- Limites técnicos;
- Intervenções fúteis, proscritas ou potencialmente inapropriadas;

46

O que é cuidado proporcional, afinal?

- *Full code x Confort Only*;
- Pacientes que se beneficiam de CP podem também se beneficiar de determinadas intervenções que possam prolongar a vida;
- Plano de cuidados individualizado;
- Paciente x família x equipe;
- Melhor e pior cenários possíveis;
- Escalonamento de cuidados;
- Ferramentas de prognóstico;



47

Temas específicos em Cuidados Paliativos

- Sedação paliativa:
 - **NÃO TEM** por objetivo abreviar a morte;
 - Conduta de exceção;
 - Indicada quando da presença de sintoma refratário ou intolerável, frente a doença incurável e avançada cuja morte é iminente (horas a dias);
 - Intermitente ou contínua;
 - Proporcional ou profunda;
 - Diluição adequada, escalonamento gradativo, monitoramento contínuo;



48

Temas específicos em Cuidados Paliativos

- Dor total;
- Opioides;
- Dieta e hidratação;
- Oxigenioterapia;
- Drogas vasoativas e hemodiálise;
- Hemotransfusões;
- Extubação paliativa;
- Local da morte: hospital x domicílio;



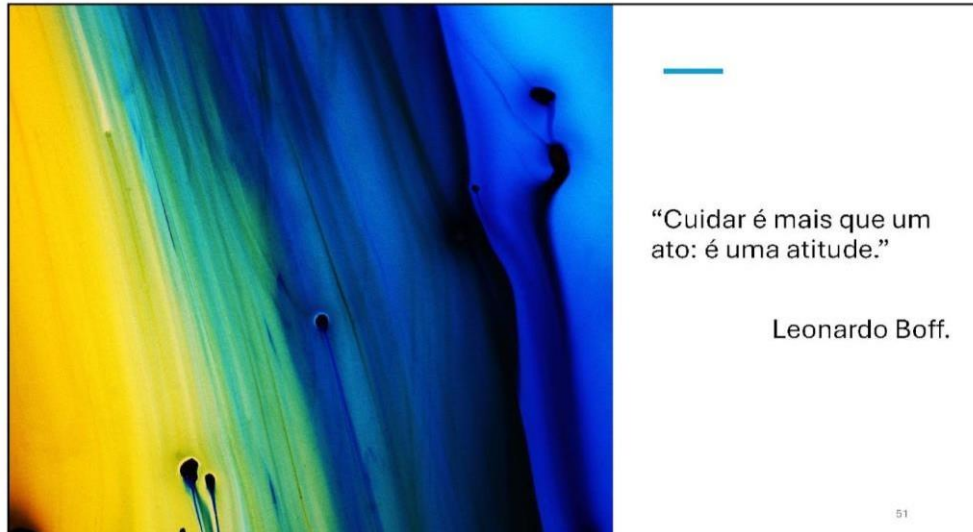
49

Cuidando de quem cuida – equipe assistencial

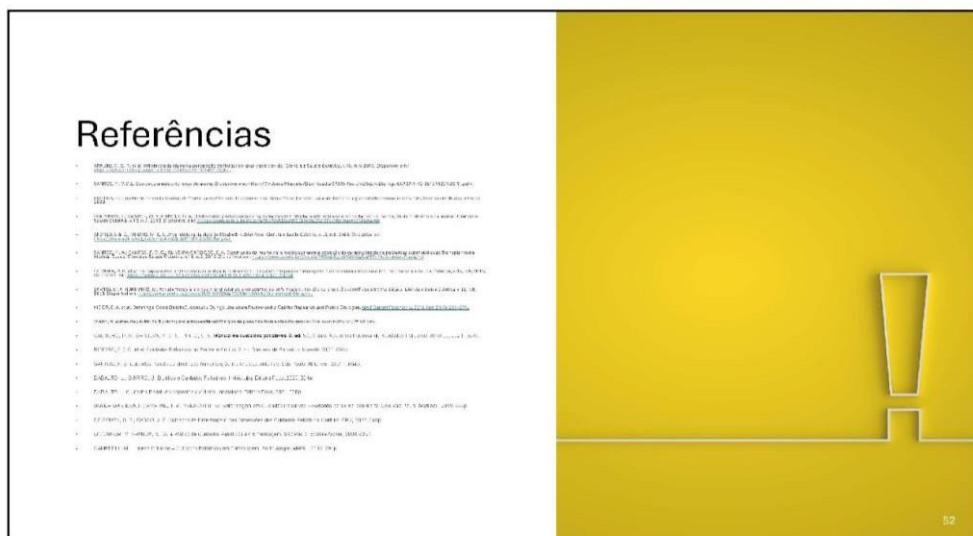
- Garantir ferramentas para lidar com aspectos subjetivos e pessoais que envolvem a atenção ao paciente e familiares;
- Auxiliar na identificação de sentimentos despertados ao cuidar de pessoas em finitude;
- Validar a dor e o sofrimento da equipe;
- Encontrar estratégias de enfrentamento que trabalhem os sentimentos;
- Adoecimento das equipes:
 - Fadiga por compaixão;
 - *Burnout*;
 - Sofrimento moral;



50



51



52

APÊNDICE D: CASO PARA DISCUSSÃO EM RODA DE CONVERSA

Dona Antônia, paciente de 62 anos, previamente hígida, há cerca de 1 ano foi diagnosticada com uma doença pulmonar fibrosante crônica e progressiva. Tem evoluído com piora progressiva do quadro respiratório, com múltiplas internações e infecções recorrentes. Já está em uso de oxigenioterapia domiciliar contínua, com demanda crescente. Internada na enfermaria de clínica médica há cerca de 50 dias, com traqueostomia e uso intermitente de BiPAP.

É consciente e orientada, muito agradável, alimenta-se por via oral – dieta de conforto orientada pela Fonoaudióloga - e é acompanhada por equipe multiprofissional.

Em um plantão noturno você chegou no quarto e encontrou a filha da Dona Antônia chorando baixinho ao lado da cama enquanto a mãe dormia. Ao perceber a sua presença ela começou a conversar e a fazer perguntas sobre como você percebia o quadro da mãe dela, se você achava que ela ainda poderia ir para casa e quanto tempo de vida ela teria.

Qual a sua atitude nesse momento? Você pararia para conversar com a filha ou sairia do quarto? Chamaria outra pessoa para conversar? Se fosse conversar, o que diria para ela e qual a sua postura?

Mediante a evolução do quadro da Dona Antônia, aos 62 dias de internação a equipe médica assistencial começou a descrever em prontuário que a mesma se encontrava em “Cuidados Paliativos Proporcionais”, sem outras especificações. Também não conversaram com a equipe multiprofissional sobre a existência de um Plano Terapêutico específico.

Aos 75 dias de internação de Dona Antônia, a equipe médica assistencial observou Hemoglobina de 7,2 e indicou transfusão de 2 concentrados de hemácia.

Tendo em vista os Cuidados Paliativos Proporcionais, o que você acha dessa conduta?

Dona Antônia recebeu a hemotransfusão, que transcorreu sem intercorrências, porém aos 89 dias de internação iniciou com novo quadro infeccioso, evoluindo com piora da função renal. Nesse momento, Dona Antônia não

estava mais consciente e não conseguia mais opinar sobre suas preferências. A equipe assistencial não indicou a realização de hemodiálise e mudou o texto do prontuário para “Cuidados Paliativos Exclusivos”, da mesma forma não comunicando as alterações no Plano Terapêutico.

Como você entende essa transição? Concorda com a não-indicação da hemodiálise? Acha que tem algum risco ético ou legal nessa conduta?

Dona Antônia evolui após dois dias com taquipneia, associada a gemência e fácies de desconforto. Foi prescrito início de sedação com midazolan diluído, sendo feito inicialmente bolus de 5mg e iniciando com 2 mg/h e evoluindo lentamente conforme avaliação da equipe médica assistente na beira do leito, estabilizando em 8mg/h.

O que você entende por sedação paliativa? Acha que é uma conduta ética e legalmente correta? Você se sente confortável em administrá-la? A forma como foi feita está adequada?

Após início da sedação você percebe que a paciente cessou com a gemência e está com aparência mais tranquila. Ela permanece nesse estado por mais dois dias na enfermaria. Ao terceiro dia inicia com queda dos sinais vitais, evoluindo para o óbito em cerca de 7 horas.

A filha permaneceu o tempo todo ao lado e ela recebeu visitas frequentes de vários familiares e amigos conforme liberado pela equipe de enfermagem que, embora na impossibilidade de providenciar um leito individual, se esforçou ao máximo para melhorar o espaço da mesma, através das cortinas, colocando cadeiras, mantendo a paciente higienizada e em posição confortável e oferecendo apoio aos familiares quando percebiam a necessidade.

APENDICE E: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

(Para profissionais de enfermagem)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Avaliação do conhecimento teórico, autoeficácia e atitude de profissionais da enfermagem sobre cuidados paliativos antes e depois de um programa de educação continuada: estudo quase experimental” coordenado por mim Profa. Dra. Adriana Cristina Nicolussi. O objetivo dessa pesquisa é avaliar o conhecimento, atitude e autoeficácia de profissionais de enfermagem que atuam em um hospital público de ensino antes e depois de um programa de educação continuada em saúde. Gostaria de contar com sua participação, uma vez que a competência para atuar em cuidados paliativos é muito importante para o trabalho dos profissionais de saúde em geral, em especial os profissionais de enfermagem, de forma que proporciona cuidado adequado para pacientes e familiares/cuidadores enfrentando doenças ameaçadoras à vida, com foco em cuidado, conforto físico, psíquico e emocional, determinando uma maior qualidade na assistência, além de influenciar positivamente no desenvolvimento do seu trabalho.

Caso aceite participar dessa pesquisa será necessário responder um questionário sociodemográfico e laboral, dois instrumentos de avaliação de conhecimento, um de atitude e um de autoeficácia em cuidados paliativos. Em seguida você assistirá a uma aula do Programa de Educação Continuada, realizada na sala de aula no próprio hospital, com tempo estimado de uma hora. Após aproximadamente 30 dias, irá responder novamente os instrumentos de avaliação de conhecimento, atitude e autoeficácia em cuidados paliativos, com tempo estimado de 10 minutos, aplicados por membros da equipe da pesquisa devidamente capacitados.

Para as equipes de enfermagem atuantes nos setores de Clínica Médica e Neurologia, haverá mais uma etapa: após os 30 dias da aula inicial, será disponibilizada uma aula virtual, no canal da TV GEP no Youtube, com duração de cerca de 15 minutos; e duas semanas após, será disponibilizada outra aula, também virtual e com 15 minutos de duração. Essas aulas virtuais apresentarão temas diferentes e complementares a primeira e ficarão disponíveis para seu acesso no momento que for mais conveniente para você ao longo do período estipulado de duas semanas para cada uma, totalizando quatro semanas. Após essas quatro semanas, haverá um segundo encontro presencial, onde realizaremos uma roda de conversa acerca dos temas abordados. Um mês após a roda de conversa, serão disponibilizados novamente os questionários de conhecimento, atitude e autoeficácia em cuidados paliativos com tempo estimado de 10 minutos para resposta.

Os riscos previstos de sua participação nessa pesquisa é o de perda de confidencialidade (identificação de dados pessoais no decorrer do estudo), entretanto, esse risco será minimizado, pois utilizaremos códigos, sendo assim, em momento algum seu nome será utilizado na pesquisa.

Como benefício direto de sua participação na pesquisa, espera-se que após a educação continuada, haja melhora no conhecimento, na autoeficácia em cuidados paliativos; bem como atitudes mais positivas com os pacientes, que poderão ser beneficiados posteriormente de forma indireta.

Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido.

Você pode recusar a participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto aos pesquisadores, ou prejuízo quanto as suas atividades laborais, para isso basta dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Em qualquer momento, você pode obter quaisquer informações sobre a sua participação nesta pesquisa, diretamente com os pesquisadores ou por contato com o CEP/HC-UFTM.

Sua identidade não será revelada para ninguém, ela será de conhecimento somente dos pesquisadores da pesquisa, seus dados serão publicados em conjunto sem o risco de você ser identificado, mantendo o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Os dados obtidos de você a cerca do preenchimento dos questionários/instrumentos serão publicados em conjunto sem o risco de você ser identificado, mantendo o seu sigilo e privacidade, serão utilizados somente para os objetivos dessa pesquisa e serão destruídos/excluídos do computador e lixeiras eletrônicas após cinco anos do fim da pesquisa. Caso haja interesse, por parte dos pesquisadores, em utilizar seus dados em outro projeto de pesquisa, você será novamente contatado para decidir se participa ou não dessa nova pesquisa e se concordar deve assinar novo TCLE.

CONTATO DOS PESQUISADORES:

Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Adriana Cristina Nicolussi

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, 107 - Nossa Sra. da Abadia, Uberaba - MG, 38025-440 E-mail: adriana.nicolussi@uftm.edu.br

Telefone/Celular [REDACTED]

Pesquisador Colaborador: Profa. Dra. Silmara Elaine Malaguti Toffano

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, 107 - Nossa Sra. da Abadia, Uberaba - MG, 38025-440 E-mail: Silmara.toffano@uftm.edu.br

Telefone/Celular [REDACTED]

PESQUISADORES ASSISTENTES:

1) Taciana Fernandes Araújo Ferreira

E-mail: taciana.ferreira@uftm.edu.br

Telefone/Celular [REDACTED]

2) Joyce Assunção Barros

E-mail: joycebarros.uftm@hotmail.com

Telefone/Celular [REDACTED]

*Dúvidas ou denúncias em relação a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/HC-UFTM), pelo e-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br, pelo telefone (34) 3318-5319, ou diretamente no endereço: Antiga Santa Casa - 2º. Andar (Acesso pela portaria principal do HC-UFTM) - Av. Getúlio Guaritá, 130, Bairro Nossa Senhora da Abadia - Uberaba - MG - de segunda a sexta-feira, das

8h30min às 11h30min e das 13h30min às 16h30min.

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima referente à pesquisa “Avaliação do conhecimento teórico, autoeficácia e atitude de profissionais da enfermagem sobre cuidados paliativos antes e depois de um programa de educação continuada: estudo quase experimental” coordenado por Profa. Dra. Adriana Cristina Nicolussi. Compreendi para que serve a pesquisa e quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios da pesquisa. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará minhas atividades. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar da pesquisa. Concordo em participar da pesquisa “Avaliação do conhecimento teórico, autoeficácia e atitude de profissionais da enfermagem sobre cuidados paliativos antes e depois de um programa de educação continuada: estudo quase experimental”, e receberei uma via assinada deste documento.

_____, ____/____/____

/_____
NOME/ ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO e/ou RESPONSÁVEL LEGAL

Profa. Dra. Adriana C. Nicolussi

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Taciana Fernandes Araújo Ferreira

PESQUISADOR ASSISTENTE

Profa. Dra. Silmara E. M. Toffano

PESQUISADOR COLABORADOR

Joyce Assunção Barros

PESQUISADOR ASSISTENTE

ANEXOS

ANEXO A: INSTRUMENTO PALLIATIVE CARE QUIS NURSING (PCQN)

Nº de identificação do participante: _____ Setor: () CM () NEURO

Instrumento PALLIATIVE CARE QUIS NURSING (PCQN)

O PCQN tem o objetivo de avaliar o nível de conhecimentos em CP. Apresenta três subescalas compostas por: filosofia e princípios dos CP, controle da dor e outros sintomas e aspectos psicossociais dos CP); e são compostas no total por 20 itens de resposta múltipla (verdadeiro, falso e não sabe). Favor assinalar com X **somente uma opção**.

N		Verdadeiro	Falso	Não sabe
1	O cuidado paliativo é adequado somente em situações em que há evidência de uma trajetória de deteriorização clínica.			
2	A morfina é o padrão usado para comparar o efeito analgésico de outros opioides.			
3	A extensão da doença determina o método de tratamento da dor.			
4	Terapias adjuvantes são importantes para o controle da dor.			
5	É fundamental que os membros da família permaneçam à beira do leito até que a morte ocorra.			
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 deveriam seguir medidas para melhorar o hábito intestinal.			
9	A prestação de cuidados paliativos requer distanciamento emocional.			
10	Durante os estágios terminais da doença, remédios que podem causar depressão respiratória são apropriados para o tratamento de dispneia severa.			
11	Homens geralmente lidam com o luto mais rapidamente que mulheres.			
12	A filosofia dos cuidados paliativos é compatível com a do tratamento intensivo.			
13	O uso de placebos é apropriado no tratamento de alguns tipos de dor.			
14	Em doses altas, a codeína causa mais náusea e vômito do que a morfina.			
15	Sufrimento e dor física são sinônimos.			
16	Meperidina não é um analgésico eficaz no controle da dor crônica.			
17	O acúmulo de perdas torna o esgotamento profissional inevitável para quem procura trabalho em cuidados paliativos.			
18	Manifestações de dor crônica são diferentes daquelas de dor aguda.			
19	A perda de um relacionamento distante e controverso é mais fácil de resolver do que a de um que é próximo ou íntimo.			
20	O limiar de dor é reduzido pela ansiedade ou fadiga.			

Obrigada por sua participação!

ANEXO B: VERSÃO BRASILEIRA DA FATCOD-B SCALE (FATCOD-B)

Nº de identificação do participante: _____ Setor: () CM () NEURO

Versão Brasileira da FATCOD-B SCALE (FATCOD-B)

Nos itens a seguir, o propósito é entender como cuidadores que não são da família se sentem em relação a certas situações nas quais estão envolvidos com pacientes. Todas as afirmativas dizem respeito a cuidar de pessoa em fase final de vida e/ou sua família. **Onde há referência a paciente em fase final de vida, considere que se refere à pessoa que é considerada terminalmente doente e tem seis ou menos meses de expectativa de vida.** Favor assinalar um X na afirmativa que corresponde a seus sentimentos pessoais sobre a atitude ou situação apresentada na afirmação. Favor responder a todas as 30 afirmativas da escala.

	QUESTÕES	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	Cuidar da pessoa em fase final de vida é uma experiência que vale a pena.					
2	A morte não é o pior que pode acontecer para uma pessoa.					
3	Eu ficaria desconfortável em falar sobre a morte que se aproxima com a pessoa em fase final de vida.					
4	O cuidado com a família do paciente deve continuar durante todo o período de luto.					
5	Eu não gostaria de cuidar de uma pessoa em fase final de vida.					
6	Os cuidadores que não são da família não devem ser aqueles que vão falar sobre morte com a pessoa em fase final de vida.					
7	Eu ficaria estressado com o tempo necessário para cuidar de uma pessoa em fase final de vida.					
8	Eu ficaria abalado quando a pessoa em fase final de vida sob meus cuidados perdesse a esperança de melhorar.					
9	É difícil construir uma relação próxima com a pessoa em fase final de vida.					
10	Há momentos em que a morte é bem-vinda pela pessoa em fase final de vida.					
11	Quando um paciente pergunta “estou morrendo?”, acredito ser melhor mudar de assunto para algo mais alegre.					
12	A família deve estar envolvida no cuidado físico da pessoa em fase final de vida.					
13	Eu não gostaria de estar presente quando a pessoa de quem estou cuidando falecesse.					
14	Tenho receio de me tornar amigo de uma pessoa em fase final de vida.					
15	Eu sentiria vontade de fugir quando a pessoa efetivamente morresse.					

16	As famílias precisam de suporte emocional para aceitar as mudanças de comportamento da pessoa em fase final de vida.					
17	À medida em que um paciente se aproxima da morte, o cuidador que não é da família deve afastar-se emocionalmente do paciente.					
18	As famílias devem se preocupar em ajudar o familiar em fase final de vida a aproveitar ao máximo o tempo que lhe resta.					
19	A pessoa em fase final de vida não deve ter o poder de tomar decisões sobre seu cuidado físico.					
20	As famílias devem manter o ambiente o mais normal possível para o familiar em fase final de vida.					
21	Para a pessoa em fase final de vida, é bom falar sobre os seus sentimentos.					
22	Os cuidados devem ser estendidos à família da pessoa em fase final de vida.					
23	Os cuidadores deveriam permitir que os horários de visitas para as pessoas em fase final de vida sejam flexíveis.					
24	A pessoa em fase final de vida e sua família devem ser os responsáveis por tomar decisões.					
25	O vício em medicamentos para dor não deve ser um motivo de preocupação ao lidar com pessoas em fase final de vida.					
26	Eu me sentiria desconfortável se entrasse no quarto de uma pessoa em fase final de vida e a encontrasse chorando.					
27	Pessoas em fase final de vida devem receber respostas honestas a respeito de sua condição de saúde.					
28	Esclarecer as famílias sobre morte e o processo de morte não é de responsabilidade do cuidador que não é da família.					
29	Familiares que permanecem próximos à pessoa em fase final de vida frequentemente interferem com os trabalhos profissionais prestados ao paciente.					
30	Os cuidadores que não são da família podem ajudar os pacientes a se prepararem para a morte.					

*Cuidador que não é da família é qualquer pessoa, profissional ou não, que esteja cuidando do doente em fase final de vida sem ser seu familiar. O preenchimento e devolução deste questionário serão interpretados como consentimento em ser participante de pesquisa neste estudo. Seu anonimato é garantido.

ANEXO C: AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DA FATCOD-B BRASIL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
GRUPO MULTIPROFISSIONAL DE PESQUISA SOBRE IDOSOS

Curitiba, 09 de agosto de 2023.

À Profª Drª Silmara Elaine Malaguti Toffano

Eu, Thalita Felsky dos Santos Sturm Antunes, sob orientação da Profª Drª Maria Helena Lenardt e coorientação do Prof Dr Vitor Last Pintarelli, traduzi, validei e adaptei a *FROMMELT ATTITUDE TOWARD CARE OF THE DYING SCALE FORM B* (FATCOD-B-B) para o português brasileiro. Conforme solicitação autorizo o uso da escala para fins de pesquisa. A FATCOD-B-B deve ser citada com a seguinte autoria: Antunes, T.F.S.S.; Lenardt, M.H.; Pintarelli, V.L. (2023). Coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Thalita F. S. S. Antunes

Profª Drª Maria Helena Lenardt

Prof Dr Vitor Last Pintarelli

ANEXO D: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HC-UFTM

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO -
HC/UFTM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do conhecimento teórico, autoeficácia e atitude de profissionais da enfermagem sobre cuidados paliativos antes e depois de um programa de educação continuada: estudo quase experimental

Pesquisador: Adriana Cristina Nicolussi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 75290723.7.0000.8667

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não