

RELATÓRIO SEMESTRAL INICIAÇÃO CIENTÍFICA/TECNOLÓGICA

Avaliação das necessidades educacionais e assistenciais em cuidados paliativos de médicos de Hospital Universitário em São Paulo

Prof. Dr. Julio Cesar Garcia Alencar

Aluna: Gabriela Vieira Lucio

BAURU

2024

1. INTRODUÇÃO

O projeto havia sido iniciado em 2023, contudo, foi inscrito na plataforma posteriormente, em 2024. Sendo assim, a evolução do projeto percorreu mais do que os seis meses cadastrados e agora encontra-se na fase de publicação.

Durante a execução da pesquisa, o foco foi voltado para a fadiga por compaixão e seus diferentes componentes, bem como sua relação com a presença ou não de especialização em cuidados paliativos pelos profissionais.

A compaixão em si é considerada uma emoção social fundamental, caracterizada pela capacidade humana de compreender o sofrimento e o desejo de agir para aliviá-lo. (1) Já a fadiga por compaixão, reconhecida como um risco ocupacional em ambientes de saúde, é conceituada como os comportamentos e emoções inerentes e subsequentes decorrentes da consciência de um evento traumático vivenciado por outra pessoa - o estresse decorrente de auxiliar ou desejar ajudar uma pessoa traumatizada ou em sofrimento. (2-4)

A fadiga por compaixão pode resultar em uma série de sintomas físicos, mentais e relacionados ao trabalho que afetam seriamente a qualidade do atendimento ao paciente e as relações entre a equipe e os pacientes. (5) Assim, a compaixão tem sido descrita como uma "vocação" para muitos que ingressam na profissão de saúde, e talvez seja quando essas ferramentas parecem falhar que a fadiga por compaixão se instala. (1)

A aptidão para discernir o sofrimento dos outros e ser impelido a fornecer ajuda serve como a base da medicina paliativa. (1) Por outro lado, a exposição prolongada a circunstâncias angustiantes, como a morte e o sofrimento de pacientes, gera a assimilação de respostas emocionais adversas, precipitando o início da fadiga por compaixão. (6)

Dado o objetivo abrangente dos cuidados paliativos de mitigar o sofrimento e otimizar a qualidade de vida, a literatura carece de evidências conclusivas sobre se o treinamento em cuidados paliativos confere uma influência protetora ou predisponente para a fadiga por compaixão. Juntamente à falta de extensa literatura no tema, a despeito da importância da formação em cuidados paliativos, o Brasil ainda é caracterizado como um país que apresenta cuidados paliativos apenas em iniciativas isoladas, majoritariamente dependentes de doações e insuficientes diante do tamanho de sua população. (7)

Logo, o presente estudo justifica-se no estímulo à discussão não só sobre cuidados paliativos como um todo, mas mais especificamente da fadiga por compaixão inserida neste contexto. De forma específica, objetiva explorar as experiências de médicos com e sem formação em cuidados paliativos que atuam como médicos generalistas em hospital secundário para avaliar a incidência de fadiga por compaixão nesses dois grupos.

2. OBJETIVO

Explorar as experiências de médicos com e sem formação em cuidados paliativos que atuam como médicos generalistas em hospital secundário para avaliar a incidência de fadiga por compaixão nesses dois grupos.

3. MÉTODOS

3.1. Desenho e local do estudo:

Trata-se de estudo transversal quantitativo desenvolvido no Hospital das Clínicas de Bauru, um Hospital Universitário da cidade de Bauru, São Paulo, que realiza atendimentos de média complexidade. Atualmente conta com 2 leitos de Emergência, 40 leitos para Enfermaria de Clínica Médica e 10 leitos de UTI. Atende pacientes do Departamento Regional de Saúde de Bauru, que é composto por 18 municípios e abrange 1.8 milhões de habitantes.

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética local (parecer número CAAE: 73283623.9.0000.5417), todos os médicos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Seguimos as diretrizes do STROBE. (VON, 2007).

3.2. População:

Todos os 45 médicos que trabalham diretamente no atendimento aos pacientes, na Enfermaria de Clínica Médica, Unidade de Terapia Intensiva e Departamento de Emergência, foram convidados a participar do estudo. Dois médicos envolvidos no desenho do estudo (JCGA e EM) e aqueles que recusaram participar foram excluídos.

Embora existam médicos de várias especialidades, todos funcionam como generalistas: Emergencistas, Internistas ou Intensivistas, dependendo da sua localização dentro do hospital. Todos os médicos têm o mesmo modelo de emprego, carga horária semanal (24 horas por semana) e remuneração.

3.3. Variáveis e medidas

Foi realizada uma entrevista semiestruturada com os médicos participantes, abrangendo fatores sociodemográficos (idade e gênero), detalhes profissionais (alocação na Enfermaria, Emergência ou UTI e frequência de atendimento em cuidados paliativos) e formações educacionais (anos de experiência, especialidade médica, treinamento específico em cuidados paliativos).

A amostra foi dividida em médicos com e sem treinamento em cuidados paliativos. A Medicina Paliativa ainda não é reconhecida como especialidade médica no Brasil. No entanto, em 2023, foi reconhecida como uma área de atuação em várias disciplinas médicas, incluindo Medicina Interna, Geriatria, Nefrologia e Medicina Intensiva. No Brasil, existem dois caminhos diferentes para adquirir a especialização: um ano de residência (citadas anteriormente) ou realizando um exame elaborado pela Associação Médica Brasileira.

Além disso, foram investigadas dificuldades estruturais na implementação de cuidados paliativos e níveis de confiança dos profissionais na realização de atividades relacionadas aos cuidados paliativos, abrangendo: 1. identificar pacientes elegíveis para Cuidados Paliativos; 2. discutir notícias difíceis com pacientes e familiares; 3. gerenciar discordâncias entre a ação recomendada pela equipe e os desejos dos familiares; 4. avaliar a indicação de procedimentos invasivos em pacientes com perfil de cuidados paliativos; 5. gerenciar dispneia de pacientes terminais de forma não invasiva; 6. gerenciar opioides; e 7. conduzir conferências/reuniões familiares para definir um plano de cuidados. No estudo, utilizamos uma adaptação do questionário Professional Quality of Life (ProQOL), traduzido e validado para o português. Esse questionário avalia a

Fadiga por Compaixão através da avaliação de três dimensões: trauma, burnout e compaixão.

3.4. Variáveis quantitativas e análise estatística

O desfecho primário do estudo foi o nível de fadiga por compaixão, avaliado através de três variáveis independentes: trauma, burnout e compaixão.

Os resultados das entrevistas foram tabulados no RedCap e analisados usando o Stata v. 17.

Os dados são apresentados como números absolutos e porcentagens para variáveis categóricas, média \pm desvio padrão para variáveis contínuas distribuídas de forma normal e não normal. A normalidade dos dados foi avaliada usando os testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. Subsequentemente, testes de Mann-Whitney U foram usados para dados contínuos não normais, enquanto variáveis categóricas foram analisadas usando o teste χ^2 de Pearson. O nível de significância estatística aceito foi $p < 0,05$.

Havia uma pergunta descritiva no questionário sobre as dificuldades estruturais encontradas na execução dos Cuidados Paliativos. As frases descritas pelos participantes foram agrupadas pelos autores de acordo com os principais tópicos de cada resposta.

4. ETAPAS DA PESQUISA E INDICADORES DE AVALIAÇÃO

Com início em agosto de 2023, as seguintes ações foram realizadas até o momento:

- 1) Realizou-se um levantamento bibliográfico e iniciou-se a escrita da introdução e dos métodos.
- 2) Foi realizada uma parceria com a Me. Eliana Marangoni, médica paliativista do HC, para que fizesse parte da pesquisa e auxiliasse com o acesso às escalas e turnos médicos.
- 3) Coleta dos dados: foram feitas visitas ao serviço de acordo com a escala de médicos para que todos os profissionais do serviço fossem abordados. Foi realizada uma explicação da pesquisa e os profissionais foram convidados para participar, sendo que aqueles que

aceitaram assinaram TCLE e escanearam um QR CODE para acesso ao formulário, que poderia ser enviado após o turno de trabalho.

- 4) Após a coleta, os dados foram enviados a um estatístico da FOB, Dr. Thiago Cruvinel, que fez a análise estatística e enviou relatórios com os dados pareados e testados pelos testes de Mann-Whitney U e Qui Quadrado. A significância aceita foi $p < 0.05$.
- 5) Os dados foram analisados pelos pesquisadores envolvidos, que passaram para a pesquisa todos os dados que apresentaram significância estatística, assim como dados em que tal significância não foi encontrada, mas que representavam dados a favor ou contra nossas hipóteses, sendo relevantes para a parte da discussão.
- 6) Após a filtragem dos dados, a escrita da versão final se iniciou. Foram finalizadas as etapas de método (análise estatística e limitações), resultados, discussão, conclusão e resumo.
- 7) Posteriormente, o artigo foi traduzido para o inglês com o intuito de enviá-lo para uma revista estrangeira. Algumas alterações e adaptações na estrutura do projeto foram necessárias para que fosse enviado para a revista científica.
- 8) Submissão para as revistas BMJ Supportive Palliative Care, Revista da Associação Médica Brasileira, Journal Einstein. As três revistas negaram o projeto.
- 9) Atualmente, a versão em inglês do projeto está sendo revisada e editada para submissão em outras revistas da área de Cuidados Paliativos na tentativa de publicação.

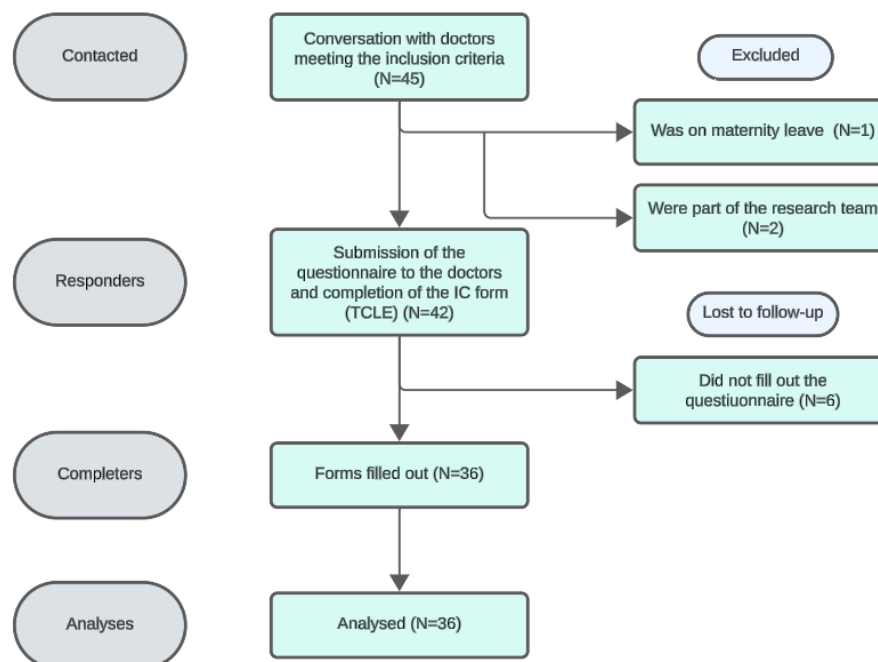
5. RESULTADOS

O estudo foi conduzido com uma amostra de 36 médicos do Hospital das Clínicas de Bauru que trabalham diretamente no atendimento aos pacientes (Figura 1).

A amostra foi composta majoritariamente por indivíduos do sexo masculino (61,1%), com idade média de 37,25 anos e média de 11,25 anos de formação, atuantes majoritariamente na Enfermaria de Clínica Médica (50%). Além disso, a especialidade predominante entre os profissionais é a Clínica Médica (77,8%). Em geral, os entrevistados não possuem formação em cuidados paliativos (77,8%) e

58,3% atendem um paciente em cuidado paliativo a cada 2 plantões – frequência interpretada como intermediária em nosso formulário. Dentre os profissionais clínicos, há uma variedade de subespecialidades, como pneumologia, cardiologia, nefrologia, UTI, infectologia, oncologia, geriatria e endocrinologia. Os médicos que tinham especialização em cuidados paliativos distribuem-se entre os que fizeram pós-graduação (57,1%), cursos de curta duração (28,6%) e residência (14,3%).

Figura 1: Fluxograma da amostra do estudo



Os níveis de trauma nos médicos foi classificado como médio (24 ± 6); de burnout, baixo (19 ± 5) e de compaixão, médio (41 ± 5). Profissionais sem formação em cuidados paliativos tiveram maiores índices de Burnout ($p=0.002$), mas não foi encontrada associação entre treinamento e níveis de trauma ou compaixão.

Médicos com treinamento em cuidados paliativos sentiram-se mais confortáveis em lidar com divergências entre as recomendações da equipe e os desejos dos familiares (100% vs. 57,1%, $p=0,023$), gerenciar dispneia (100% vs. 64,3%, $p=0,047$) e prescrever opioides (100% vs. 39,3%, $p=0,002$).

Em relação ao local de trabalho, profissionais que atuam na Enfermaria e na UTI sentiram-se mais confiantes em identificar pacientes adequados para cuidados paliativos em comparação aos médicos de Emergência (respectivamente 77,8% e

78,6% vs. 50,0%). Médicos de Emergência também relataram níveis mais baixos de confiança em discutir notícias difíceis com pacientes e familiares (33,3%, $p=0,034$). No geral, 36% dos médicos relataram dificuldades na implementação de cuidados paliativos. Essas dificuldades foram agrupadas em 6 categorias: "Comunicação da equipe," "Treinamento e estrutura da equipe," "Compreensão dos familiares," "Longitudinalidade do cuidado com acompanhamento pós-alta," "Ausência de protocolos de cuidados paliativos," e "Dificuldade de acesso a áreas externas e falta de espaços de convivência e suporte".

Profissionais com maiores níveis de compaixão exibiram maior confiança em indicar procedimentos invasivos ($p=0,002$), gerenciar opioides ($p=0,003$) e conduzir conferências ou reuniões familiares para definir um plano de cuidados ($p=0,009$). Não houve associação entre anos de experiência e os seguintes tópicos: identificar pacientes adequados para Cuidados Paliativos ($p=0,428$); conduzir conversas difíceis com pacientes e familiares ($p=0,303$); gerenciar divergências entre as recomendações da equipe e os desejos dos familiares ($p=0,327$); avaliar a indicação de procedimentos invasivos em pacientes com perfil de cuidados paliativos ($p=0,751$); gerenciar dispneia de forma não invasiva ($p=0,821$); gerenciar opioides ($p=0,851$); e conduzir conferências ou reuniões familiares para definir um plano de cuidados ($p=0,267$).

Em relação à frequência de consultas a pacientes de cuidados paliativos, não foi estabelecida relação entre essa variável e a confiança em discutir notícias difíceis com pacientes e familiares ($p=0,187$), a capacidade de identificar pacientes adequados para Cuidados Paliativos ($p=0,705$) e gerenciar divergências entre as recomendações da equipe e os desejos dos familiares ($p=0,200$). No entanto, profissionais que atendem pacientes de cuidados paliativos com alta e média frequência exibiram taxas de confiança de 100% e 76,2%, respectivamente, em indicar procedimentos invasivos, em comparação aos que raramente atendem esses pacientes, dos quais 100% relataram baixa ou nenhuma confiança. Além disso, em relação ao manejo de opioides, 66,7% dos profissionais com contato raro com pacientes de cuidados paliativos e 61,9% dos profissionais com contato médio relataram pouca ou nenhuma habilidade em gerenciar esses medicamentos. Em contraste, médicos com alta frequência de consultas a pacientes de cuidados paliativos relataram 83,3% de confiança em prescrever opioides.

6. CONCLUSÃO

Esperava-se explorar tanto questões estruturais, como a falta de medicação adequada para o tratamento em cuidados paliativos, quanto educacionais, como a falta de formação em cuidados paliativos em médicos atuantes em enfermaria e UTI. Também era o foco o estudo da fadiga por compaixão, sendo esta uma *soft skill* que esperava-se ser mais desenvolvida nos médicos paliativistas, reduzindo assim a fadiga por compaixão.

Este último foi o tema mais aprofundado durante a pesquisa, havendo a análise dos três aspectos que a compõem: trauma, compaixão e burnout. Embora não tenha havido diferença entre as pontuações de trauma e compaixão, médicos com treinamento em cuidados paliativos apresentaram taxas de burnout mais baixas ao trabalhar como clínicos gerais em hospitais secundários em comparação com profissionais sem tal treinamento.

Com relação às necessidades educacionais e assistenciais, possuir uma formação educacional em cuidados paliativos demonstrou melhorar a capacidade do profissional médico em lidar com discordâncias entre as recomendações da equipe e os desejos dos familiares, gerenciar dispneia e prescrever opioides.

Outro achado, que relacionou os dois aspectos, foi que profissionais com pontuações mais altas de compaixão exibiram maior confiança em indicar procedimentos invasivos e manejar opioides.

No momento, ainda não está cumprida a etapa final, que é a revisão e publicação do manuscrito, contudo, já foi possível aprofundar os conceitos de uma área negligenciada durante a formação de muitos profissionais, os cuidados paliativos. Isso foi possível durante a revisão de literatura, mas não ficou restrito à tal processo, pois ao fazer as entrevistas com os profissionais para pedir que preenchessem o formulário, alguns conversaram sobre suas dificuldades informalmente e expuseram seu ponto de vista sobre a importância e sobre as fragilidades dos cuidados paliativos na formação acadêmica médica atual.

A realização deste trabalho proporcionou uma experiência rica para o futuro como profissional, pois possibilitou tal interação com o cotidiano médico na enfermaria e demonstrou a importância dos cuidados paliativos neste contexto, o que trouxe relevância à discussão proposta por este trabalho.

7. REFERÊNCIAS

1. Trotter SA. Do you need compassion to work in palliative medicine? *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jul 10]; 11(4):422-426. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002535> doi: 10.1136/bmjspcare-2020-002535
2. Deering D. Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* [Internet]. 1996 [cited 2023 Jul 10]; 34:52. Available from: <https://doi.org/10.3928/0279-3695-19961101-26> doi: 10.3928/0279-3695-19961101-26
3. Borges EM, Fonseca CI, Baptista PC, Queiróz CM, Mosteiro MB, Diaz MP. Compassion fatigue among nurses working on an adult emergency and urgent care unit. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2019 [cited 2023 Jul 10]; 27:e3175. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31596410> doi: 10.1590/1518-8345.2973.3175
4. Ma H, Huang SQ, We B, Zhong Y. Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and depression among emergency department physicians and nurses: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jul 10]; 12(4):e055941. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055941> doi: 10.1136/bmjopen-2021-055941
5. Sorenson C, Bolick B, Wright K, Hamilton R. Understanding Compassion Fatigue in Healthcare Providers: A Review of Current Literature. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2016 [cited 2023 Jul 10]; 48(5):456–65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27351469> doi: 10.1111/jnu.12229
6. Portoghesi I, Galletta M, Larkin P, Sardo S, Campagna M, Finco G, et al. Compassion fatigue, watching patients suffering and emotional display rules among hospice professionals: a daily diary study. *BMC Palliat. Care* [Internet]. 2020 Feb 25 [cited 2023 Jul 10]; 19(1):23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7043034/> doi: 10.1186/s12904-020-0531-5
7. CLARK, D. Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: the situation in 2017. *Journal Of Pain and Symptom Management*, [S.L.], v. 59, n. 4, p. 794-807, abr. 2020.