

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

CLAUDIA DO NASCIMENTO PAIVA

**CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO:  
A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GESTORES E DOCENTES**

SÃO CARLOS

2018

CLAUDIA DO NASCIMENTO PAIVA

**CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO:  
A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GESTORES E DOCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão da Clínica.

Orientadora: Prof. Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim.

SÃO CARLOS

2018



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Claudia do Nascimento Paiva**

**“Cuidados Paliativos em um Hospital Universitário: a Percepção dos Profissionais de Saúde, Gestores e Docentes”.**

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica.

**DEFESA APROVADA EM 28/02/2019**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim - UFSCar

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Heloísa Cristina Figueiredo Frizzo – UFTM

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Adriana Barbieri Feliciano - UFSCar

*A Deus, pela força e coragem durante esta longa caminhada.  
Aos meus pais, pela força e orações em todos os momentos.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, a Deus pela vida, por me guiar e iluminar para seguir em frente com meus objetivos e sonhos sem desistir diante dos obstáculos.

Aos meus pais por todo amor, incentivo, confiança e por acreditarem sempre em mim e entenderem os meus períodos de ausência.

A minha irmã pelo apoio e incentivo.

A minha família como um todo, que estavam sempre rezando e orgulhosos das minhas conquistas.

Aos meus amigos do D.T.O. pela parceria nos incontáveis dias de trabalho, importantes experiências e trocas afetivas e de vivências que me propiciaram grande aprendizado: Daniel, Sofia, Vivi, Marina Leandrini, Marina Batista e Ana.

Aos meus amigos Daniel, Tatiana, Allan, Naiara, Mariana e Carla pelo auxílio e relevantes contribuições.

Aos meus companheiros e amigos de trabalho do Hospital Universitário da UFSCar pelo apoio e auxílio nas etapas deste grande desafio.

A minha orientadora Regina pelo direcionamento e confiança em mim depositada.

Aos amigos do mestrado pelas trocas de experiências.

A todos os amigos que, mesmo não estando por perto neste momento, contribuíram de alguma forma com a realização deste sonho.

*“As coisas em geral não são tão fáceis de aprender e dizer como normalmente nos  
querem levar a acreditar; a maioria dos acontecimentos é indizível,  
realiza-se em um espaço que nunca uma palavra penetrou,  
e mais indizíveis do que todos os acontecimentos são as obras de arte,  
existências misteriosas, cuja vida perdura ao lado da nossa, que passa.”*

- Rainer Maria Rilke

## RESUMO

A abordagem em cuidados paliativos promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante do diagnóstico de doenças que ameaçam a vida; objetiva o controle da dor, o alívio dos sintomas e a necessidade de cuidados em diversos aspectos. Embora o conhecimento sobre cuidados paliativos venha crescendo entre os profissionais de saúde, ainda há certos desafios para que os pacientes tenham acesso ao serviço digno a que todos têm direito. O objetivo geral deste trabalho foi compreender a percepção e a prática dos profissionais de saúde sobre a abordagem em cuidados paliativos em um hospital universitário. Quanto aos específicos relacionam-se na identificação de aspectos práticos na oferta de cuidados paliativos, bem como verificar a formação e conteúdos sobre cuidados paliativos ofertados nos cursos pesquisados. O estudo foi desenvolvido por meio de pesquisa de campo; os participantes foram: membros da equipe de referência e matricial, gestores e docentes do Hospital Universitário de uma Universidade Federal, totalizando 37 profissionais. Foram utilizados como instrumentos de pesquisa um questionário para levantamento de dados pessoais e profissionais dos participantes e entrevista semiestruturada com questões relativas ao tema. Os dados foram analisados por meio de técnica de análise de conteúdo na modalidade temática. Constatou-se diferentes entendimentos entre os participantes, há aqueles que compreendem que cuidados paliativos devem ser ofertados desde o diagnóstico de uma doença incurável, contemplando a integralidade do cuidado (dimensões biopsicossocial e espiritual), além do controle total da dor e sintomas, priorizando medidas de conforto, por meio de uma equipe multiprofissional e outros que correlacionaram os cuidados como exclusivos aos pacientes em fim de vida. Os participantes descreveram a prática em cuidados paliativos no serviço como algo não estruturado que necessita ainda ser refletido, planejado e sistematizado para ser efetivamente implantado. Também destacaram a importância do tema na formação dos estudantes na área da saúde. Conclui-se que há necessidade de aprimorar o atendimento aos pacientes em cuidados paliativos por meio da qualificação/capacitação da equipe e apoio da gestão.

**Palavras-chave:** Cuidados paliativos; Equipe multiprofissional; Terminalidade; Formação em saúde.

## ABSTRACT

The palliative care approach promotes quality of life of patients and their families when diagnosed with life-threatening diseases; it aims to control pain, relieve symptoms and the need for care in several aspects. Although the knowledge about palliative care has been growing among health professionals, there are still certain challenges for patients to have access to the dignified service to which everyone is entitled. The general objective of this study was to understand the perception and practice of health professionals about the approach to palliative care in a university hospital. As for the specific ones, they are related to the identification of practical aspects in the provision of palliative care, as well as to verify the training and contents on palliative care offered in the researched courses. The study was developed through field research; the participants were: members of the reference and matrix team, managers and teachers of the University Hospital of a federal university, totaling 37 professionals. A questionnaire was used as research instruments to collect personal and professional data of the participants and semi-structured interviews with questions related to the theme. The data were analyzed by means of content analysis technique in the thematic modality. There were different understandings among the participants, there are those who understand that palliative care should be offered from the diagnosis of an incurable disease, contemplating the completeness of care (biopsychosocial and spiritual dimensions), in addition to the total control of pain and symptoms, prioritizing measures of comfort, through a multidisciplinary team and others who correlated the care as exclusive to patients at the end of life. The participants described the practice of palliative care in the service as something unstructured that still needs to be reflected, planned and systematized to be effectively implemented. They also highlighted the importance of the theme in the training of students in the health area. It is concluded that there is a need to improve the care to patients in palliative care through the qualification/training of the team and management support.

**Keywords:** Palliative care; Multiprofessional team; Terminality; Training in health.



## **LISTA DE SIGLAS**

AGHU – Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários  
ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos  
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa  
CIT – Comissão de Intergestores Tripartite  
CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo  
DIVGP – Divisão de Gestão de Pessoas  
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
F.P.T. – Fora de Possibilidades Terapêuticas  
GAD – Gerência Administrativa  
GAS – Gerência de Atenção a Saúde  
GEP – Gerência de Ensino e Pesquisa  
HU – Hospital Universitário  
IOELC – International Observatory on End of Life Care  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PNH – Política Nacional de Humanização  
SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico  
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UFSCar – Universidade Federal de São Carlos  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva  
WHO – World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
1.1 BREVE HISTÓRIA, CONCEITOS E PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS .....	13
1.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS E BIOÉTICA .....	20
1.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL .....	23
1.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS .....	24
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>26</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>27</b>
3.1 OBJETIVO GERAL .....	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	27
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>28</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	28
4.2 LOCAL DO ESTUDO .....	28
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	30
4.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO, INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES .....	31
4.5 PROCEDIMENTOS .....	32
4.6 INSTRUMENTOS .....	32
4.7 ANÁLISE DE DADOS .....	32
4.8 ASPECTOS ÉTICOS .....	33
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>34</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>51</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>58</b>
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	60
APENDICE - QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO .....	65
<b>ANEXOS</b> .....	<b>66</b>
ANEXO I – TCLE .....	66
ANEXO II – PARECER HOSPITAL UNIVERSITÁRIO .....	68
ANEXO III – PARECER CEP .....	71

## **APRESENTAÇÃO**

Sou assistente social desde dezembro 2006, graduada pela Universidade de Marília (UNIMAR), especialista em Metodologia para o Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes, pela Pontifícia Universidade Católica (PUC/PR) e Saúde Mental e Atenção Psicossocial, pelo Indep/Marília-SP e atualmente mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica oferecido pela UFSCar.

Iniciei minhas atividades profissionais na área da Saúde, área pela qual me identifiquei e me realizei profissionalmente, em maio de 2011, na Santa Casa de Misericórdia de Garça, atuando nas enfermarias de Clínica Médica, Maternidade, Pediatria, Pronto Atendimento e Psiquiatria. Em fevereiro de 2014, fui convocada no concurso do Hospital da Clinicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCRP-USP), exercendo minhas atividades na Unidade de Emergência. Atuei também no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, no setor de Dependência Química, possuindo, nesse período, duplo vínculo empregatício. Em novembro de 2015, fui admitida no concurso da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos (HU/UFSCar - EBSEH), onde trabalho atualmente.

Durante minha vivência profissional na Unidade de Emergência do HCRP, onde é notável o grande número de atendimentos aos pacientes com doenças incuráveis, fiz parte do início de um grupo de estudos em cuidados paliativos. O grupo era composto pela equipe multiprofissional da instituição que estudava o tema na maioria das vezes por meio de discussão de casos. Após um determinado período, com o apoio da gestão e a contratação de especialistas em cuidados paliativos formou-se uma equipe dedicada aos pacientes em cuidados paliativos. Momento no qual já não pertencia ao quadro de colaboradores.

No decorrer de minha experiência profissional, como assistente social, na área da saúde e no Hospital Universitário, evidenciou-se como problema o notável número de pacientes que dão entrada e são muitas vezes reinternados na Instituição por intercorrências e/ou agravos de saúde decorrentes de patologias crônicas, com prognóstico de piora gradual e incurável. Concomitantemente às questões clínicas, percebeu-se que as equipes estão despreparadas para prestar cuidados adequados aos pacientes com perfil em cuidados paliativos e seus familiares.

Diante da importância de aperfeiçoar e aprimorar o atendimento aos pacientes e suas famílias, bem como, compreender o papel da equipe interdisciplinar na abordagem em cuidados paliativos emergiu meu interesse e identificação pelo tema.

## 1 INTRODUÇÃO

Roncarati et al. (2003) afirmam que com o desenvolvimento tecnológico e o avanço na área da saúde, principalmente nas áreas cirúrgica, terapêutica, de anestesia e de reanimação, têm-se tornado cada vez mais raros os casos de morte natural e aumentado os de pessoas morrendo de doenças crônicas ou progressivas.

Conforme Matsumoto (2009), o avanço tecnológico e o desenvolvimento da terapêutica fizeram com que muitas doenças antes mortais se transformassem em doenças crônicas, levando a maior longevidade os portadores dessas doenças. Assim, pacientes sem o tratamento modificador da doença acumulam-se nos hospitais, recebendo muitas vezes assistência inadequada. O cuidado paliativo mostra-se como alternativa para preencher essa lacuna nos cuidados ativos aos pacientes.

Segundo Caponero e Melo (2011) a abordagem de cuidados paliativos vem crescendo por parte dos profissionais de saúde, gestores, administradores de instituições hospitalares, universidades, governo, mas principalmente na sociedade em geral. A questão principal em cuidados paliativos é a qualidade de vida, com foco no controle da dor e alívio dos sintomas e a necessidade de cuidados em todos os âmbitos – físico, psicológico, espiritual e social. O subcapítulo a seguir apresenta breve história, conceitos e princípios dos cuidados paliativos.

### 1.1 BREVE HISTÓRIA, CONCEITOS E PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

A filosofia dos cuidados paliativos originou-se na idade média, com o surgimento de antigas hospedarias, que não tinham a finalidade para tratamento de doenças, mas sim prestar um cuidado de cunho caritativo. Assim, abrigavam peregrinos e doentes que necessitavam de alimentação e alojamento. Como não havia muita ciência, muitos morriam recebendo cuidados benevolentes, caridosos e espirituais. (CORTES, 1988), a tabela 1 apresenta as primeiras hospedarias.

Tabela 1. Alguns pontos históricos do Movimento Hospice.

Século	Ano	Local	Tipo de Centro	Pessoa referência
V	400	Ostia	Hospício "El Puerto de Roma"	Fabiola, discípula de São Jerônimo
XII	-	Europa	Hospícios e hospedarias medievais	Cavaleiros Hospitalários
XVII	1625	França	Lazaretos e hospícios	São Vicente de Paulo e as filhas da caridade
XIX	1842	Lyon	Hospice "O Calvário"	Jean Granier e a Associação de Mulheres do Calvário
XIX	-	Prusia	Fundação Kaiserweth	Pastor Flinder
XIX	1879	Dublin	Our lady's Hospice	Irmã Mary Aikenhead e as Irmãs Irlandesas da Caridade
XIX	1872	Londres	The Hostel of God (Trinity Hospice), St. Luke's Home y otras Protestant Homes	Fundações protestantes
XX	1909	Londres	St. Joseph's Hospice	Irmãs Irlandesas da Caridade
XX	1967	Londres	St. Christopher's Hospice	Cicely Saunders
XX	1975	Montreal	Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Royal Victoria	Balfour Mount

Fonte: Adaptado de Cortes (1988).

O Movimento *Hospice* Moderno foi introduzido no final de 1960 e início de 1970, por Cicely Saunders que possuía diversificada formação em Serviço Social, Enfermagem e Medicina. Após conhecer e cuidar de um paciente com carcinoma retal inoperável, que lhe deixou uma quantia como herança, Saunders fundou o St. Christopher's Hospice, cuja estrutura permitiu a assistência aos doentes e o desenvolvimento de ensino e pesquisa, no qual o primeiro estudo foi em relação ao alívio da dor em pacientes terminais (CORTES, 1988; MACIEL, 2008; RABELLO e RODRIGUES, 2010).

Em 1982, o Comitê de Câncer da Organização Mundial de Saúde (OMS), criou um grupo de trabalho para definir políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo *Hospice*, que fossem recomendados em todos os países. Então, passou a adotar o termo "Cuidado Paliativo", devido às dificuldades de tradução do termo "*Hospice*" para alguns idiomas e publicou sua primeira definição em 1986, que foi revisada em 2002 e reafirmada em 2018, conforme citada abaixo:

Cuidado Paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento

impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (OMS, 2018).

Matsumoto (2009) reforça que o Cuidado Paliativo se baseia em princípios e não em protocolos. Para afastar a ideia de “não ter mais nada a fazer”, termos como “terminalidade” e “impossibilidade de cura”, devem ser substituídos por “doença que ameaça a vida” e “possibilidade ou não de tratamento modificador da doença”. Indica-se o cuidado desde o diagnóstico, expandindo nosso campo de atuação. A abordagem inclui a espiritualidade dentre as dimensões do ser humano e a família é lembrada, portanto, assistida também após a morte do paciente, no período de luto.

Os princípios dos cuidados paliativos citados pela OMS e destacados por Matsumoto (2009), Goldim e Vieira (2012) e Andrade et al (2013), são: 1. Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis; 2. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; 3. Não acelerar nem adiar a morte; 4. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado do paciente; 5. Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento de sua morte; 6. Oferecer sistema de suporte para auxiliar a família durante a doença do paciente e a enfrentar o luto; 7. Oferecer uma abordagem multiprofissional focada nas necessidades dos pacientes e seus familiares; 8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; 9. Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento de vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir, ainda, todas as investigações necessárias para compreender e controlar situações clínicas estressantes.

Conforme Andrade (2015), no geral, tais princípios podem ser abordados da seguinte forma: 1. A afirmação da vida, o reconhecimento da morte como um processo natural e o oferecimento de suporte e apoio para ajudar o paciente a viver ativamente o quanto possível até a morte, significam o respeito à vida acima de tudo e o entendimento das particularidades de cada paciente e família; 2. O princípio de buscar o alívio da dor e de outros sintomas que causam sofrimento deve ser o mais angustiante para a equipe de atendimento, mas também o que melhor pode ser “medido” em termos de eficácia do tratamento proposto. A dor física pode ser sempre controlada, mas o sofrimento e outras dores são sempre mais difíceis de serem sanadas; 3. Os conceitos e definições de eutanásia, ortotanásia e distanásia vem auxiliar o princípio de que não se deve nem acelerar e nem adiar a morte. A

eutanásia está relacionada ao ato de provocar a morte com ou sem o consentimento da pessoa. A ortotanásia diz respeito à morte natural, no momento certo, sem nenhuma ação que a antecipe ou adie, estando estreitamente relacionada ao reconhecimento da morte como parte natural da vida. Já a distanásia refere-se à morte lenta e com sofrimento, em um processo prolongado inutilmente por meio de tratamentos fúteis (obstinação terapêutica) que não prolongam a vida, mas sim a agonia do paciente e dos familiares que o acompanham diretamente; 4. A integração dos aspectos psicológicos, sociais e espirituais no cuidado ao paciente requer um trabalho interdisciplinar de forma que preze a complementação dos saberes de cada área e o reconhecimento de que as necessidades múltiplas do indivíduo em cuidados paliativos só serão efetivamente atendidas por um trabalho em equipe; 5. A oferta de um sistema de apoio para ajudar a família a enfrentar a situação vivenciada, durante a doença do paciente e em seu próprio luto, sendo necessário que toda a equipe conheça e reconheça a família com quem manterá o vínculo e a perceba como a família que é realmente e não “a família ideal”.

Os princípios citados são reconhecidos como elementos essenciais dos cuidados à pessoa doente e constituem uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar ativamente os doentes diante de uma doença que ameaça a vida e seus familiares (MATSUMOTO, 2009).

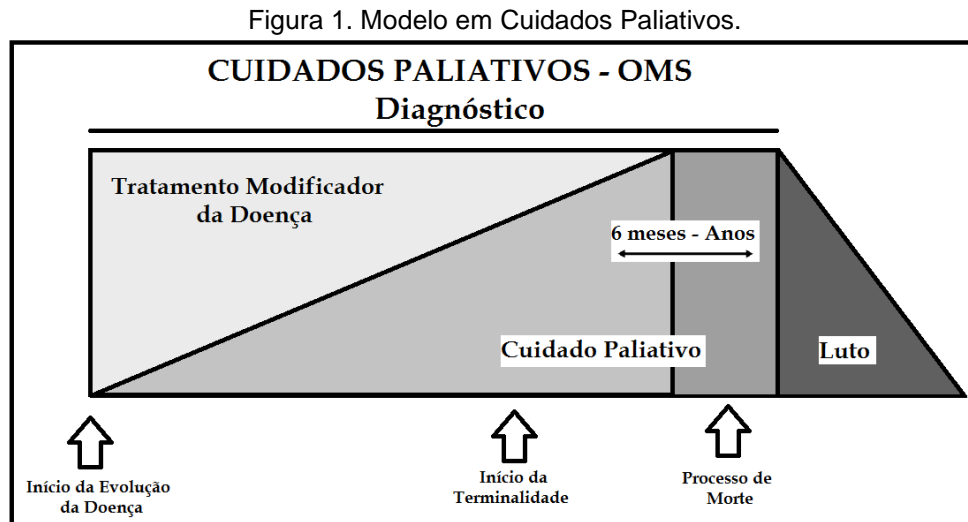
Conforme Othero e Costa (2014), após a revisão do termo pela OMS, em 2002, o conceito é ampliado para a assistência a outras doenças como a Sida (AIDS), doenças cardíacas e renais, doenças degenerativas e doenças neurológicas.

Segundo a OMS, um amplo quadro de doenças requer cuidados paliativos. A maioria dos adultos que precisa desses cuidados sofre de doenças crônicas, como doenças cardiovasculares (38,5%), câncer (34%), doença respiratória crônica (10,3%), SIDA (5,7%) e diabetes (4,6%). Ainda, muitas outras condições podem exigir assistência paliativa, por exemplo, insuficiência renal, doença hepática crônica, esclerose múltipla, doença de Parkinson, artrite reumatoide, doenças neurológicas, demência, anomalias congênitas e tuberculose resistente aos medicamentos (OMS, 2018).

Reiterando a necessidade de incluir os Cuidados Paliativos como parte da assistência completa à saúde, Carvalho (2015), refere o modelo ideal em cuidados paliativos sugerido pela OMS, em que a abordagem em cuidados paliativos deve



iniciar desde o momento do diagnóstico, no começo do tratamento, como representado na Figura 1, a seguir:



Fonte: Adaptado de Carvalho (2015).

Rezende e Abreu (2018), afirmam que o modelo ideal de cuidado paliativo deve abranger todas as fases da doença, necessita ser estabelecido desde o diagnóstico e durante todo o curso da doença em conjunto com o tratamento clínico, indo até após o luto, nos casos dos pacientes em fim de vida. Nesse sentido, quando indicados no estágio inicial da doença, têm muito a contribuir na melhora da qualidade de vida do paciente, como da sua família. Mas, geralmente, esse serviço só é ofertado aos pacientes quando a doença já se encontra em estágio avançado.

De acordo com o Carvalho (2015), o cuidado paliativo é uma abordagem que visa à qualidade de vida, prevenindo e aliviando o sofrimento humano. Precisa ser multiprofissional e enxergar a pessoa doente e sua família em um contexto de adoecimento grave, não necessariamente no final da vida, próximo da morte, mas nas dimensões física, psíquica, social/familiar e espiritual.

A intervenção adequada dos Cuidados Paliativos recomenda atenção individualizada ao doente e sua família. O trabalho só se efetiva quando realizado por equipe multiprofissional de forma harmônica e convergente, focado no doente e não na doença a ser curada e/ou controlada, evidenciando o direito que o paciente tem de obter informação e autonomia plena para decisões a respeito do seu tratamento. A abordagem deve ser iniciada desde o diagnóstico em conjunto com o tratamento clínico na busca do controle de todos os sintomas e prevenção do sofrimento, permanentemente até o pós-luto nos casos de pacientes em fim de vida.

Sendo assim, busca-se o alívio da dor e do sofrimento e excelência no controle dos sintomas (MACIEL, 2008; RABELLO e RODRIGUES, 2010; VIEIRA e GOLDIM, 2012).

Silva et al. (2015) destacam a importância de que a abordagem em cuidados paliativos seja desenvolvida por equipe multidisciplinar visando a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seu familiar, diante de uma patologia que coloque sua vida em risco, por meio da prevenção e alívio dos sofrimentos, identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. Assim, a equipe mínima multidisciplinar sugerida por Maciel (2008) e Matsumoto (2009) para atuar em cuidados paliativos é composta pelos seguintes profissionais: assistente social, farmacêutico, fisioterapia, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, dentista, e outros que atuem conforme os princípios dos cuidados paliativos.

A intervenção psicossocial a qual proporciona a capacitação do doente e da família promovendo a sua autodeterminação é de extrema relevância para o cuidado na qual compreende a detecção do problema, levantamento e avaliação das necessidades, bem como informações, orientações e encaminhamentos aos recursos existentes. Portanto, ações coordenadas e bem desenvolvidas de cuidados paliativos ao longo de todo processo, do adoecer ao morrer, são capazes de reduzir drasticamente a necessidade de intervenções invasivas (REIGADA et al., 2014).

Reigada et al. (2014) e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, destacam a importância do papel da equipe no trabalho com os familiares e/ou cuidadores, pois, quando surge a doença, ela não afeta uma pessoa, nem uma família de maneira igual, pois cada ser humano tem suas particularidades e vivenciam uma realidade diferente. Nesse sentido o ato de cuidar, vai além do controle dos sintomas de natureza biológica, a equipe tem que estabelecer uma relação de ajuda que permita os familiares passar por este processo sentindo que estão acompanhados, com o principal objetivo de reforçar as potencialidades e capacidades de cada membro.

Menezes (2004) destaca que a equipe interdisciplinar de Cuidados Paliativos deve possuir conhecimentos técnicos para escuta, diálogo e atendimento das necessidades do doente que é o objeto central da assistência.

Roncarati et al (2003, p. 38) destacam que:

Um dos princípios dos cuidados paliativos é a atuação em equipe multidisciplinar, na qual cada profissional, respeitando sua competência, tem como meta comum o alívio do sofrimento independente da dimensão, e o preparo para a morte. Essa atuação exige que os profissionais dialoguem, respeitem-se mutuamente, e estejam preparados para partilhar suas angústias, preocupações, inseguranças e fragilidades.

Dessa forma, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2006) considera importante que manter e aprimorar a saúde mental dos trabalhadores é essencial para a qualidade desses cuidados oferecidos ao paciente.

Além disso, Othero e Costa (2014) ressaltam quatro pilares básicos dos cuidados paliativos, sendo: controle dos sintomas, apoio à família, trabalho em equipe e comunicação adequada. Em relação ao controle dos sintomas é fundamental considerar como sintoma tudo aquilo que o paciente considera como problema, em que vai além da dor física, considerando fatores biológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais, sociais e culturais, enfim qualquer sintoma apresentado pelo paciente. O apoio à família é um componente essencial, a família deve ser cuidada do mesmo modo que o paciente, uma vez que os familiares também são afetados pelo processo de doença. O trabalho em equipe tem impacto significativo nos cuidados paliativos, considerando o saber de cada área, atuando em sintonia com todas as categorias profissionais envolvidas e, ainda, a comunicação é outro pilar de grande importância, pois deve ser aberta e ativa, em um processo de confiança e vínculo com o paciente e a família. Considerando sempre a disponibilidade das informações através da “verdade lenta e progressivamente suportável”.

Segundo Arantes (2009), outro quesito de extrema importância, como já afirmado por Othero e Costa (2014), é a comunicação e a informação sobre a doença, pois, quando o paciente e os familiares recebem apoio e orientação adequados quanto aos cuidados, a ansiedade tende a diminuir, aproximando-os da equipe criando um vínculo de confiança e segurança.

O processo de informação afirmado por Silva (2008) é extremamente complexo e se compõe de muitos fatores, destacando-se: a informação oferecida pelo médico, a informação retida pelo paciente, o conhecimento que ele tem da enfermidade, o desejo que ele tenha de ter a informação e a satisfação com a informação recebida. Ainda segundo o autor é relevante compreender que a comunicação nos cuidados paliativos, a qualidade dos relacionamentos e seus aspectos se tornam mais importante do que a própria doença, uma vez que ela não

será “curada”. Já Rezende e Abreu (2018) ressaltam que a falta de comunicação entre os profissionais e os pacientes e o pouco conhecimento a respeito dos serviços resultam em falta de acesso aos serviços em cuidados paliativos.

A seguir, apresentam-se breves considerações sobre cuidados paliativos e bioética, assunto que também está inserido no contexto da integralidade do cuidado ao paciente paliativo.

## 1.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS E BIOÉTICA

Othero e Costa (2014) afirmam que o século XX foi marcado por grandes avanços técnico-científicos na área da saúde, os quais contribuíram para o aumento de sobrevida e a diminuição dos índices de mortalidade no mundo, mas isso não significou que as pessoas tenham passado a “morrer melhor”. Ou seja, para as autoras aumentou o número de doenças crônicas, fomentando o foco na cura das doenças e a frustração quando esta não é possível. Destacam ainda, que mesmo com a diminuição dos índices de mortalidade, a “qualidade da morte” é outro assunto. A morte deve ser vista como algo natural, entretanto, o assunto ainda é considerado como tabu em muitas culturas.

Neste aspecto, Tapiero (2004) destaca a mudança na relação médico-paciente, na qual passou do paternalismo ao respeito pela autonomia do paciente. Fato que levou mudanças no enfrentamento em relação à proximidade da morte e se reconheceu a finitude da vida humana. Entretanto, na prática não é comum que o paciente decida sobre as circunstâncias de sua morte.

O autor aponta que os principais contextos em que a morte pode ocorrer são: quando o paciente falece em decorrência de uma doença e não consegue acesso a nenhuma intervenção sanitária, fato que ocorre frequentemente em sociedades muito pobres; a morte acontece mesmo quando o paciente recebe um tratamento ativo durante todo processo patológico em que se procura a cura, mesmo utilizando meios desproporcionais ou fúteis; quando o paciente morre apesar da aplicação de todas as medidas farmacológicas e de suporte vital disponíveis até o último momento, no qual prolonga o sofrimento do paciente; quando o paciente falece pela prática da eutanásia ou ajuda ao suicídio, ocorre em países onde existem requisitos legais para sua aplicação; quando a morte é decorrente de uma omissão ou suspensão de medidas que prolongam a vida do paciente. A questão ética dessa prática é quando a morte ocorre pela negação de cuidados que são necessários; e

quando a morte ocorre no contexto dos Cuidados Paliativos, em que o objetivo é conseguir boa qualidade de vida até o momento da morte.

Siqueira e Pessini (2012) referem que os avanços da medicina oferecem aos profissionais a possibilidade de adiar a morte. Contudo, é importante refletir sobre o impacto dessa nova realidade na qualidade de vida dos pacientes, mesmo considerando os benefícios auferidos com toda tecnologia na área da saúde. Exemplificando, são os serviços oferecidos nas UTI's, que passaram a receber pacientes com doenças crônicas incuráveis, muitas vezes em uma fase avançada, com intercorrências clínicas, nos quais recebem os mesmos cuidados oferecidos aos pacientes com uma condição aguda. Sendo que, os serviços de alta tecnologia ofertados ao paciente com uma condição aguda pode alcançar total recuperação, mas para um paciente com uma doença crônica, se resulta em um sobreviver precário e muitas vezes em estado vegetativo, tornando tratamento fútil.

Neste contexto a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2006, p. 12) define futilidade terapêutica ou tratamento fútil, como:

Medida cuja adoção pode prolongar o sofrimento e mesmo a morte, não sendo efetiva para corrigir ou melhorar as condições que ameaçam a vida. São procedimentos diagnósticos ou terapêuticos inadequados e inúteis diante da situação evolutiva e irreversível da doença e que podem causar sofrimento acrescido ao doente e à família. Também definida como “qualquer terapia que não seja capaz de atingir seus objetivos fisiológicos, que não atenda aos objetivos do paciente e da família, que não aumente a sobrevida e não melhore a qualidade de vida do doente”.

O Conselho Federal de Medicina, através da resolução nº 1805 de 28 de novembro de 2006 garante a equipe médica suspender ou limitar tratamentos que prolonguem a vida do paciente, desde que assegurados os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento e uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

Estudos evidenciam que o cenário dos serviços de terapia intensiva é onde há mais probabilidade de surgir limitação de suporte de vida, devido a frequência de pacientes internados com sua capacidade de decisão comprometida diante de seu quadro de saúde. (NUNES; SOUSA, 2017, p. 554).

Franco (2010), destaca a importância de inserir a família como coparticipante nesse processo de decisão, garantindo assim, um cuidado integral aos pacientes.

Sobretudo a Bioética tem um papel fundamental, a qual, segundo Andrade et al (2013, p. 889), é considerada “como uma ciência que estuda a sobrevivência

humana e utiliza-se de base filosófica e pragmática para defender a melhoria das condições de vida.” Seus princípios: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça - estão diretamente ligados aos Cuidados Paliativos, nos quais reafirmam a autonomia, a dignidade, a privacidade e o respeito aos direitos do ser humano como pontos principais que direcionam o cuidado com o paciente em fim de vida e inserem-se como principais alicerces no campo da Bioética.

Segundo Abreu (2014), os termos eutanásia, distanásia, ortotanásia e mistanásia mostram conceitos relacionados como a morte das pessoas ocorre, de acordo com cada tratamento oferecido no último período de vida.

Pessini (2004) considera que **mistanásia** se refere a morte precoce e injusta em alguns contextos de desigualdade social e miséria, que poderiam ser evitada se houvesse acesso a recursos de saúde e assistência. Ressalta também, que a **distanásia**, também é denominada como futilidade terapêutica ou obstinação terapêutica, ou seja, refere-se a procedimentos médicos inadequados ou desproporcionais à situação real do doente, que se resulta no prolongamento do processo de morrer de uma pessoa que está no final de vida.

Eutanásia etimologicamente significa “boa morte”, entende-se na ação ou omissão que, em si ou na intenção, gera a morte de uma pessoa em fase terminal a fim de encerrar seu sofrimento. Pode ser voluntária, quando a pedido do seu paciente ou involuntária quando não há seu expresso consentimento. (FELIX et al., 2013).

Segundo Abreu (2014, p. 36), destaca que:

A ortotanásia, que etimologicamente significa “morte correta”, procura a síntese entre morrer com dignidade e o respeito a vida humana, negando tanto a eutanásia como a distanásia. Dessa forma, caracteriza-se por uma assistência que não procura nem abreviação nem prolongamento da vida humana. Identifica-se com a filosofia dos Cuidados Paliativos, uma vez que tal assistência requer necessariamente uma abordagem ativa de cuidados paliativos para o controle dos sintomas e atendimento a demandas espirituais, psicológicas e sociais de pacientes que tem uma doença que não responde ao tratamento modificador da doença, levando em consideração, inclusive, outras pessoas envolvidas, como familiares e cuidadores.

Nesse sentido, ressalta a estreita relação entre os princípios da bioética na atuação em cuidados paliativos, ampliando a integralidade do cuidado uma vez que responde às necessidades de cuidado e garante os direitos do ser humano. Segue breve análise sobre o desenvolvimento dos cuidados paliativos no Brasil.

### 1.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

De acordo com Fonseca e Geovanini (2013), o movimento de cuidados paliativos no Brasil iniciou na década de 1980, no Rio Grande do Sul, São Paulo e Santa Catarina. Em 1997, foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos e, em 2005, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos. O movimento foi crescendo e, em 2011, o Conselho Federal de Medicina (CRM) aprovou a medicina paliativa como especialidade médica.

Em novembro de 2018, foi publicada a Portaria nº 41 da Comissão Intergestores Tripartite (C.I.T.) que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, a luz dos cuidados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Fato que foi considerado avanço na política brasileira de saúde e fruto de um longo trabalho conjunto entre ANCP, Governo Federal, entidades que representam os Estados e Municípios, profissionais e instituições que são lideranças em cuidados paliativos.

Em 2006 foi realizado um estudo pelo *International Observatory on End of Life Care (IOELC)*, da Universidade de Lancaster, no Reino Unido, com o objetivo de identificar a presença e complexidade de serviços de Cuidados Paliativos em 234 países que compõem a Organização das Nações Unidas. O Brasil foi incluído no Grupo III, com mais 79 países, em que caracteriza a existência de serviços isolados de Cuidados Paliativos. Também, neste estudo, foi identificado apenas 14 serviços no Brasil e nenhuma iniciativa oficial. Estimou-se, naquele momento, a existência de pelo menos 40 iniciativas no país, muito pouco para a nossa extensão continental. (MACIEL, 2008).

Na publicação do Atlas Global de Cuidado Paliativo, da OMS, em 2014, a qual apresentou um levantamento sobre o desenvolvimento do cuidado paliativo no mundo, o Brasil foi classificado como 3A, em que caracteriza-se que países desta categoria oferecem serviços de cuidados paliativos de maneira isolada. Neste grupo o nível de desenvolvimento em cuidados paliativos é baixo, existe pequeno número de serviços comparado com o tamanho da população, grande parte dos serviços são financiados por doações e recebem pouco apoio dos governos, com pouca disponibilidade de medicamentos, por exemplo. Evidenciou também que as equipes de cuidado paliativo no Brasil, recebem pouco apoio do sistema de saúde brasileiro.

Segundo a OMS, até 2014 o Sistema de Saúde do Brasil apresentava o mesmo nível de desenvolvimento de Cuidado Paliativo que Congo, Irã, Moçambique, Bangladesh e Angola (WHO, 2014).

Em 2015, o estudo realizado pela *The Economist Intelligence Unit* com 80 países sobre o índice de qualidade de morte mostra que, na pontuação geral, o Brasil ficou em 42º lugar, sendo que Reino Unido ganhou o 1º lugar e em último ficou o Iraque; na classificação de grupos por renda, o Brasil ficou no grupo de renda média; na categoria de ambientes de saúde, ficou em 36º lugar, empatado com Malawi; sobre a capacidade de prestação em cuidados paliativos, o Brasil empatou com mais quatro países em 64º lugar, entre eles, Iraque; na categoria sobre recursos humanos, ficou em 33º; sobre a acessibilidade para o cuidado, empatou com mais 4 países, entre eles, Israel e perdeu para o Vietnã; sobre a qualidade do cuidado, nosso País ficou em 51º, empatando com Eslováquia e Uruguai (THE ECONOMIST, 2015).

O referido estudo concluiu que a prestação de Cuidados Paliativos no Brasil tem um grande caminho para melhorias. Os principais obstáculos do país identificados no estudo são: a falta de boa qualidade do ambiente geral nos cuidados da saúde, o acesso limitado a medicamentos e profissionais qualificados e treinados em cuidados paliativos. Evidenciou também que existe uma estratégia nacional sendo formulada, voltada para política de medicamentos, qualificação de recursos humanos e redes de formação e assistência. Além disso, identificou que as iniciativas de trabalhos existentes são isoladas, específicas de algumas instituições e muitas vezes descoordenadas, influenciando assim, na qualidade da prestação dos serviços.

Segundo ANCP (2018), a conclusão comum nos estudos citados é a evidência de que o Brasil tem grandes desafios para oferecer cuidados paliativos adequados. Outra questão a ser considerada dentro do cuidado paliativo é a importância de uma boa formação dos profissionais de saúde, a qual ainda se mostra frágil. Segue no próximo subcapítulo algumas considerações sobre o assunto.

#### 1.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS



Considerando que há uma escassez do tema na formação dos profissionais de saúde, no que se refere à graduação e pós-graduação, bem como em relação à educação continuada, Othero e Costa (2014) ressaltam que mundialmente, a formação em Cuidados Paliativos é raramente incluída no currículo educacional dos profissionais da área da saúde. Costa et al. (2016) também apontam que atualmente a formação em Cuidados Paliativos vem sendo pouco abordada no currículo da graduação dos profissionais de saúde e para que os futuros profissionais tenham uma visão humanística em relação aos pacientes com doenças sem tratamento modificador, é necessário que haja uma alteração no currículo dos cursos, implementando conteúdos específicos em cuidados paliativos.

Silva (2008) reitera que é muito difícil com a formação atual, os médicos e os demais profissionais da área de saúde aceitarem que um dos seus papéis é o de ajudar as pessoas a morrerem bem. O foco de toda formação é a cura ou a estabilização das funções vitais. Fonseca e Geovanini (2013) consideram ainda que cuidados paliativos na formação de profissionais de medicina e outras áreas, bem como, cursos de capacitação para equipe multiprofissional são esparsos e há grande resistência ao debate sobre o assunto.

Os autores ainda ressaltam que a formação do profissional em medicina paliativa deve desenvolver, entre outras, as habilidades de comunicação, o trabalho em equipe, a competência na condução diante da doença grave sem tratamento modificador e o manejo de drogas específicas, como analgésicos, reguladores intestinais, sedativos e antipsicóticos, além das técnicas de suporte, de enfrentamento da morte e do luto que pacientes, familiares e profissionais necessitam.

Diante da amplitude e complexidade das práticas de atenção à saúde, tem se observado que muitos serviços estão despreparados para lidar com pacientes em fim de vida, bem como, para discutir cuidados paliativos no momento do diagnóstico de uma doença que ameaça a vida e sem possibilidade de tratamento modificador.

Considerando o importante número de pacientes com perfil de cuidados paliativos internados, bem como a importância de aprimorar, qualificar e humanizar o atendimento realizado aos pacientes e familiares, o presente estudo aborda a compreensão dos profissionais de saúde, gestores e docentes sobre a abordagem em cuidados paliativos, suas facilidades e dificuldades, bem como os desafios futuros para essa prática.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Diante do contexto apresentado ressalta-se a relevância deste estudo pela necessidade de discussão e aperfeiçoamento dos trabalhadores da área da saúde (docentes, gestores e profissionais da assistência), quando da doença ameaçadora da vida e quando não há mais tratamento modificador da doença. Especialmente quando há incidência de agravos que necessitem de internações constantes e abruptas, gerando impactos e diversos prejuízos ao paciente e sua família, situação essa verificada com frequência nas instituições hospitalares brasileiras.

Afirma-se a importância de explicitar o que se compreende sobre o tema no sentido de qualificar os serviços oferecidos aos pacientes e seus familiares em Cuidados Paliativos, a fim de realizar um trabalho adequado e digno onde todos têm o direito diante de um diagnóstico fora de possibilidade de cura.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender a percepção e a prática dos profissionais de saúde, gestores e docentes sobre a abordagem em Cuidados Paliativos em um hospital universitário.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar aspectos práticos na oferta de cuidados paliativos;
- Verificar ações da gestão para apoio ou implementação para a prática dos cuidados paliativos;
- Verificar a formação em cuidados paliativos dos profissionais de saúde;
- Identificar junto aos docentes conteúdos sobre cuidados paliativos ofertados aos alunos durante a graduação.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de pesquisa de campo, na modalidade qualitativa. O trabalho de campo resume-se no recorte empírico da construção teórica elaborada no momento. É um momento relacional e prático de fundamental importância exploratória, de confirmação ou refutação de hipóteses e construção de teorias. Realizam-se entrevistas, observações, levantamentos de material documental, bibliográfico, instrucional e outros (MINAYO, 2012).

A pesquisa qualitativa preocupa-se com uma realidade não quantificável, ou seja, trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, sem reduzir à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2012).

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em um Hospital Universitário, o qual iniciou suas atividades em 2007, com a responsabilidade da gestão pelo município por meio da Organização Social “SAHUDES” (NEVES et al., 2016).

A partir de 2014, a gestão passou a ser responsabilidade da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), com a principal missão de “prestar assistência à saúde com excelência e contribuir-se em ambiente de formação profissional de qualidade e de geração de conhecimento científico”. Então, iniciou-se um período de transição e reestruturação dos serviços, em que se pretendeu criar novos serviços de assistência e ampliar espaços de formação dos cursos da área da saúde e afins da UFSCar (Idem, 2016, p. 17).

Além do crescimento físico e a incorporação de tecnologia, o HU-UFSCar pretende consolidar o seu modelo de atenção à saúde, baseado no conceito da clínica ampliada e a gestão da clínica. A consolidação deste modelo potencializará o trabalho multiprofissional, a horizontalização do cuidado e a aplicação das melhores práticas clínicas, garantindo a qualidade e a segurança do paciente. As equipes de referência são formadas pelos profissionais da enfermagem e equipe médica, de forma que compartilham informações de maneira horizontal, estabelecendo-se como

referência para os usuários e familiares. É o conjunto de profissionais que têm a responsabilidade de condução, integral e permanente, de um conjunto de usuários, e, por conseguinte, de cada caso individualmente (Idem, ibidem).

A equipe matricial é organizada pelas diversas categorias profissionais existentes na instituição e atua por meio de apoio matricial, propiciando retaguarda nas respectivas especialidades para as equipes de referência, visando à atenção integral ao usuário. O apoio matricial é o suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe de referência a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. A equipe matricial é acionada pela equipe de referência por meio de pedido de consultoria através do sistema de informação Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) ou protocolo de acionamento estabelecido por cada categoria (Idem, ibidem).

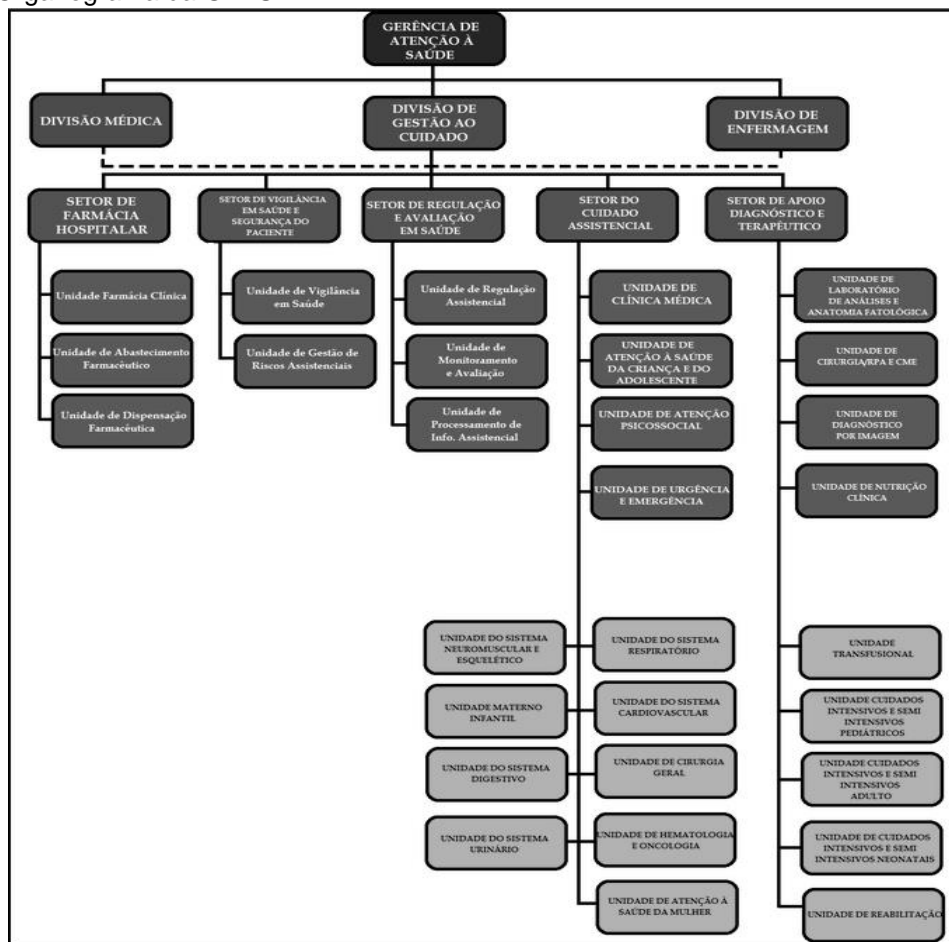
O hospital realiza atendimentos de baixa e média complexidade, em 2016 contava com duas Unidades de Internação: para adultos e crianças/adolescentes, totalizando 23 leitos, nas especialidades de clínica médica e pediatria, além disso, uma Unidade de Urgência e Emergência com funcionamento 24 horas e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), para realização e exames de raio-X, tomografia, ultrassom e outros.

Atualmente o hospital continua oferecendo serviços de baixa e média complexidade, com um total de 54 leitos de internação, inaugurados em novembro de 2017. Os serviços oferecidos são: **Serviço de Urgência e Emergência Regulado Adulto e Pediátrico**, sendo que os atendimentos ocorrem através de encaminhamentos realizados pelos equipamentos de saúde da rede municipal; **Serviços Ambulatoriais pactuados com a Secretaria Municipal de Saúde**: os exames citados acima e consultas nas especialidades de Cardiologia, Cirurgia Geral, Endocrinologia, Hematologia, Hepatologia, Nefrologia e Neurologia e os **Serviços de Internação**, no qual está estruturado em três linhas de cuidado, sendo Linha do Cuidado de Atenção à Criança, Linha de Cuidado de Atenção ao Adulto e a Linha de Cuidado de Atenção Psicossocial, nas quais atendem nas especialidades de pediatria, clínica médica e leitos de saúde mental em hospital geral. Em todas elas há equipe de referência (medicina e enfermagem) e equipe matricial (nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, serviço social, fonoaudiologia, educação física e farmácia) (EBSERH, 2018). No entanto, não há enfermaria, nem equipe exclusiva de cuidados paliativos.

### 4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram convidados a participar profissionais de saúde que atuavam na instituição, sendo nove colaboradores da equipe de referência (três médicos, três enfermeiros e três técnicos de enfermagem, um de cada período: matutino, vespertino e noturno); sete colaboradores da equipe matricial (um de cada categoria: farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional); a equipe de gestão, sendo um gerente de ensino, um gerente administrativo, uma gerente de atenção à saúde, três chefes de divisão: médica, gestão do cuidado e de enfermagem, um chefe do setor de cuidado assistencial e quatro chefes de unidade (clínica médica, atenção à saúde da criança e do adolescente, atenção psicossocial e de urgência e emergência). Tendo sido definidos de acordo com o modelo de atenção hospitalar que rege a instituição e o organograma da Gerência de Atenção à Saúde (G.A.S.) (figura 2).

Figura 2. Organograma da G.A.S.



Fonte: EBSE RH (2018).

Também como participantes, foram convidados 16 docentes dos cursos de enfermagem, fisioterapia, gerontologia, medicina, psicologia e terapia ocupacional, os quais realizaram as atividades de estágio na instituição, no período definido para a coleta de dados, uma vez que atuaram diretamente com as equipes de referência e matricial. Assim, o total foi de 42 possíveis participantes.

Para as categorias profissionais das equipes de referência e matricial com mais de um trabalhador da mesma área, o participante foi definido por sorteio, via site<sup>1</sup>. Cada profissional recebeu um número de acordo com a relação dos trabalhadores fornecido pela Divisão de Gestão de Pessoas (DIVGP), após foi realizado o sorteio do número pelo site citado.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO, INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES

Os critérios de inclusão que foram estabelecidos respondiam a:

- Ser profissional da área da assistência, constituídos pelos membros da equipe de referência e matricial, devidamente cadastrados na instituição, em atividade regular, com no mínimo três meses de atuação no serviço, devido ao período de experiência segundo o edital e contrato de trabalho vigente.
- Ser profissional nas funções de gerência da GAS, da GEP e GAD, devidamente cadastrados na instituição, em atividade regular, no mínimo de um mês de atuação no serviço.
- Ser profissional da equipe de gestão da GAS devidamente cadastrados na instituição, em atividade regular, no mínimo de um mês de atuação no serviço.
- Ser docentes dos cursos enfermagem, fisioterapia, gerontologia, medicina, psicologia e terapia ocupacional, que estivessem em atividades de estágio, devidamente cadastrados na instituição, e com no mínimo um mês de atuação no serviço.

Como critério de exclusão para participação na pesquisa, foi estabelecido: profissionais de outras áreas da instituição, por exemplo, profissionais do setor administrativo e do SADT, profissionais das mesmas categorias incluídas que não fossem contemplados no sorteio e o pesquisador.

---

<sup>1</sup> Plataforma utilizada para sorteio <<https://sorteador.com.br/>>

#### 4.5 PROCEDIMENTOS

A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio a agosto de 2017. Os instrumentos de coleta dos dados foram um questionário de dados pessoais e a entrevista semiestruturada, realizada em horário e local de trabalho dos participantes.

Todas as entrevistas foram agendadas previamente em dias e horários escolhidos pelos próprios participantes, de acordo com suas disponibilidades, sem prejuízo do serviço e com ciência e aprovação da chefia imediata.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em local que resguardava a privacidade do participante, gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Em princípio o pesquisador solicitava o preenchimento do questionário de identificação pessoal e logo a seguir dava-se início a entrevista, que em média durava 20 minutos. Os agendamentos ocorreram fora do horário de trabalho do pesquisador.

#### 4.6 INSTRUMENTOS

Como instrumentos de coleta foram elaborados e utilizados um questionário para levantamento de dados pessoais e profissionais dos participantes que continham as seguintes informações: nome, idade, sexo, formação, tempo de trabalho.

A entrevista semiestruturada, baseou-se num roteiro elaborado pela pesquisadora. As questões da entrevista versavam sobre conceitos e compreensões sobre cuidados paliativos; a experiência profissional na abordagem paliativa; as facilidades e dificuldades nos cuidados com os pacientes; a gestão do serviço; e sobre atividades de ensino-aprendizagem sobre o tema.

Foi realizada uma entrevista, em período anterior ao da coleta de dados, para verificar o alcance das questões elaboradas.

#### 4.7 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados por meio de técnica de análise de conteúdo modalidade temática, baseando nas três etapas: pré-análise, composta por leitura flutuante, constituição do corpus e formulação/reformulação de hipóteses e



objetivos; exploração do material, seguindo as etapas de categorização, identificação de unidades de registro, contagem, classificação e agregação dos dados; tratamento dos resultados obtidos, interpretação, proposição de inferências e realização de interpretações (MINAYO, 2012).

#### 4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Tratando-se de uma pesquisa que envolve seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar, de acordo com as normas da Resolução CNS 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

Antes de o projeto ser encaminhado ao CEP da UFSCar, foram realizados os contatos iniciais com o setor responsável do Hospital para aquiescência e autorização prévia do mesmo em documento previsto pelo CEP (Anexo II). Nessa oportunidade pactuaram-se os horários em que o pesquisador estaria presente para a coleta de dados.

O trabalho de campo só foi iniciado após parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa com o número 1.912.098 emitido em 07/02/2017 (Anexo III), e autorização formal dos participantes, mediante assinatura do TCLE, respeitando-se a disponibilidade em participar ou se retirar do estudo a qualquer momento do processo (Anexo I). Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e os procedimentos metodológicos da pesquisa, os riscos e desconfortos decorrentes da sua participação, bem como dos benefícios esperados, de forma que eles pudessem se sentir seguros quanto ao sigilo e à confidencialidade das informações coletadas. Além disso, foi assegurado que os seus nomes não constariam em nenhum documento, de forma a respeitar o anonimato.

## 5 RESULTADOS

O universo estudado foi representado por 37 profissionais, sendo sete profissionais da equipe matricial, um de cada categoria conforme organograma da instituição. Foram nove profissionais da equipe de referência, contemplando período da manhã, vespertino e noturno. Foram nove gestores e doze docentes que atuam nas disciplinas de estágio profissional com os alunos no período da coleta de dados.

A seguir, o quadro 1 apresenta a caracterização dos entrevistados da Equipe Matricial, no que se refere à: área de formação; tempo de formação; tempo de atuação; pós-graduação; além do sexo e idade.

Quadro 1. Caracterização dos dados dos participantes relativos à área de formação, tempo de formação e de atuação, pós-graduação, sexo e idade da Equipe Matricial.

	<b>Formação</b>	<b>Tempo de formação*</b>	<b>Tempo de atuação*</b>	<b>Pós-graduação</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade*</b>
EM1	Farmácia	9	9	Mestrado	Masc.	33
EM2	Fisioterapia	7	7	Doutorado	Fem.	28
EM3	Fonoaudiologia	19	18	Especialização	Fem.	41
EM4	Nutrição	10	10	Doutorado	Fem.	32
EM5	Psicologia	7	7	Especialização	Fem.	41
EM6	Serviço Social	6	2,5	Mestrado	Fem.	27
EM7	Terapeuta Ocupacional	10	10	Residência	Fem.	32

Legenda: \* Em anos; EM - Equipe Matricial / Fonte: Elaborado pela autora.

Nota-se no quadro 1 que a equipe matricial é composta por participantes de sete categorias profissionais, sendo quatro deles com nível de pós-graduação *stricto sensu* e três *lato sensu*. A média do tempo de formação é de 9,71 anos e de atuação na profissão é de 8,74 anos. Um dos participantes é do sexo masculino e em relação à idade todos estão próximos da faixa dos 30 a 40 anos.

A caracterização dos participantes da Equipe de Referência está apresentada no quadro 2, no que se refere à: área de formação; tempo de formação; tempo de atuação; pós-graduação; além do sexo e idade.

Quadro 2. Caracterização dos dados dos participantes relativos à área de formação, tempo de formação e de atuação, pós-graduação, sexo e idade da Equipe de Referência.

	<b>Formação</b>	<b>Tempo de formação*</b>	<b>Tempo de atuação*</b>	<b>Pós-graduação</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade*</b>
ER1	Medicina	6	5	Residência	Fem	30
ER2	Medicina	15	15	Residência	Masc	38
ER3	Medicina	7	7	Residência	Fem	31
ER4	Enfermagem	3	3	-	Masc.	33
ER5	Enfermagem	12	10	Especialização	Fem.	34
ER6	Enfermagem	9	7	Especialização	Fem.	30
ER7	Téc. Enfermagem	13	10	-	Fem.	30
ER8	Téc. Enfermagem	20	20 0	-	Fem.	39
ER9	Téc. Enfermagem	7	4	-	Masc.	28

Legenda: \* Em anos; ER - Equipe de Referência / Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se no quadro 2 que a equipe de referência é composta por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Sendo que cinco deles tem pós-graduação em nível *lato sensu*, em residências e especializações e os demais não se especializaram. A média do tempo de formação são de 10,2 anos e do tempo de atuação na profissão são de 9 anos. Três participantes são do sexo masculino e sete deles estão na faixa de idade tem de 28 a 35 anos e dois deles estão próximos aos 40 anos.

A seguir, o quadro 3 apresenta a caracterização dos participantes da Equipe de Gestão no que se refere à: área de formação; tempo de formação; tempo de atuação; pós-graduação; além do sexo e idade.

Quadro 3. Caracterização dos dados dos participantes relativos à área de formação, tempo de formação e de atuação, pós-graduação, sexo e idade da Equipe de Gestão.

	<b>Formação/ Cargo H.U.</b>	<b>Tempo de Formação*</b>	<b>Tempo de atuação*</b>	<b>Pós-graduação</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade*</b>
G1	Economia - Gerente Administrativo	24	24	Especialização	Masc.	54
G2	Medicina - Gerente de Ensino e Pesquisa	26	26	Doutorado	Fem.	50
G3	Enfermagem – Gerente de Atenção à Saúde	18	18	Mestrado	Fem.	39
G4	Medicina – Chefe de Divisão Médica	23	22	Doutorado	Masc.	45
G5	Enfermagem – Chefe de Divisão de Enfermagem	30	30	Doutorado	Fem.	51
G6	Enfermagem – Chefe de Unidade da Clínica Médica	13	13	Especialização	Masc.	39
G7	Enfermagem – Chefe de Unidade da Urgência e Emergência	9	8	Especialização	Masc.	35
G8	Enfermagem – Chefe da Unidade de Atenção da Criança e Adolescente	13	13	Mestrado	Fem.	35
G9	Fisioterapia – Chefe de Unidade de Atenção Psicossocial	16	14	Doutorado	Fem.	37

Legenda: \*Em anos; G - Equipe de Gestão / Fonte: Elaborado pela autora.

No quadro 3, nota-se que, em relação a formação dos participantes “equipe de gestão” seis deles são da área de enfermagem, os demais são de medicina, fisioterapia e economia. A média do tempo de formação são de 19,1 anos e o tempo de atuação são de 18,6 anos. Três deles tem especialização *lato sensu* e os demais *strictu sensu*. Cinco deles são do sexo feminino e quatro masculino. Em relação à idade, cinco estão entre a faixa dos 30 e 40 anos e quatro entre 45 e 55 anos.

O quadro 4 apresenta a caracterização dos docentes participantes da pesquisa no que se refere à: ao curso, área de formação; tempo de formação; tempo de atuação; pós-graduação; além do sexo e idade.

Quadro 4. Caracterização dos dados dos participantes Docentes relativos ao curso, área de formação, tempo de formação e atuação, pós-graduação, sexo e idade.

	Curso	Formação	Tempo de formação*	Tempo de atuação*	Pós-graduação	Sexo	Idade*
D1	Enfermagem	Enfermagem	6	2 meses	Doutorado	Fem.	29
D2	Enfermagem	Enfermagem	13	1,5	Doutorado	Fem.	35
D3	Fisioterapia	Fisioterapia	8	1,5	Doutorado	Masc.	29
D4	Fisioterapia	Fisioterapia	13	7	Doutorado	Masc.	35
D5	Fisioterapia	Fisioterapia	23	17	Pós Doutorado	Fem.	46
D6	Fisioterapia	Fisioterapia	15	6	Pós Doutorado	Fem.	38
D7	Gerontologia	Enfermagem	15	6	Doutorado	Fem.	38
D8	Medicina	Medicina	25	7	Doutorado	Fem.	48
D9	Medicina	Medicina	22	16	Doutorado	Fem.	46
D10	Medicina	Medicina	19	7	Doutorado	Masc.	43
D11	Medicina	Medicina	27	9	Doutorado	Masc.	50
D12	Terapia Ocupacional	Terapia Ocupacional	11	3	Mestrado	Fem.	35

Legenda: \*Em anos; D: Docentes / Fonte: Elaborado pela autora.

Verifica-se no quadro 4 que os docentes que realizaram atividades de estágio com os estudantes são dos cursos de enfermagem, fisioterapia, gerontologia, medicina e terapia ocupacional da UFSCar. Foram entrevistados doze docentes, sendo que a média do tempo de formação deles é de 16,71 anos e o tempo de atuação como docentes são de 6,76 anos. Dois docentes possuem pós-doutorado, um deles é mestre e os demais são doutores em suas áreas. Sobre o sexo oito participantes são do sexo feminino e quatro masculinos. Em relação a idade cinco deles estão na faixa etária entre 29 e 35 anos, três deles tem entre 35 e 45 anos e os demais tem entre 45 e 50 anos.

Em relação aos dados obtidos nas entrevistas realizadas foi possível identificar cinco categorias temáticas intituladas, a saber: 1) **Compreensão sobre cuidados paliativos**; 2) **Aspectos práticos na oferta de cuidados paliativos**; 3) **Formação dos profissionais e capacitação em serviço**; 4) **Educação em cuidados paliativos na visão dos docentes dos cursos de graduação pesquisados**; e 5) **Ótica dos gestores sobre a oferta dos cuidados paliativos na Instituição**.

Em relação a categoria **Compreensão sobre cuidados paliativos** diferentes entendimentos foram evidenciados, como: a compreensão sugerida pela OMS; a compreensão em que correlacionam com os cuidados oferecidos exclusivos aos pacientes em fim de vida; a compreensão na qual associam os cuidados paliativos com a cessação de investimentos no tratamento do paciente; ainda, relacionam com

os cuidados que necessitam de serviços de alta complexidade e tecnologia; e a não compreensão do que são os cuidados paliativos.

Identifica-se nas falas, a seguir, elementos que compõem e se aproximam do conceito de cuidados paliativos descrito pela OMS, uma vez que se referem a oferta de cuidados aos pacientes com doenças ameaçadoras da vida, sem possibilidade de tratamento modificador, o cuidado integral ao paciente e a família, o controle de sintomas através de medidas não invasivas visando o conforto e a qualidade de vida do paciente, estendendo-se aos familiares:

*Cuidados paliativos é uma assistência que você oferece ao paciente quando ele tem uma condição de saúde que não apresenta cura, que ameaça a própria vida. Na verdade, você busca oferecer para aquele paciente, para aquela família o maior conforto, uma melhor qualidade de vida, não é você querer prolongar ou acelerar a morte, mas é afirmar a vida (EM7).*

*(...) São cuidados que vão minimizar danos, propiciar um... como diria... maior conforto ao paciente (ER9).*

*(...) É um cuidado que a gente dispensa a todo paciente, independente de condição social, independente de patologia, que possa garantir o controle dos sintomas e qualidade de vida (ER1).*

*Embora hoje em dia esteja muito vinculado aos últimos dias de vida, os cuidados paliativos têm um sentido mais amplo que deveria ser tratado desde o diagnóstico (EM4).*

*(...) trabalhar com o conforto do paciente e da família (EM5).*

*(...) são cuidados direcionados ao suporte espiritual, psíquico, social, também de alívio e prevenção de sintomas, controle da dor e não medidas invasivas (EM6).*

*(...) a diretriz é de realmente aliviar o sofrimento, né, em uma fase da vida em que se descobre, às vezes, que existe uma doença em curso, em que se sabe que não existe uma possibilidade de cura (G3).*

Foi possível extrair das falas a compreensão da necessidade do cuidado ser realizado por uma equipe multiprofissional, visto que, se faz necessário oferecer o cuidado integral ao paciente, considerando os aspectos psicológicos, sociais, espirituais e biológicos.

*(...) acredito que a equipe “multi” consegue abranger (...) desde aspectos psicológicos, como aspectos sociais, de acordo com a restrição desta pessoa. Aspectos inclusive espirituais acho que devem ser tratados nesse momento, né? Não só o aspecto fisiológico da dor ou do tratamento em alguns sintomas (G3).*

*(...) A abordagem multiprofissional é extremamente necessária, para realização dos cuidados paliativos... então não se faz cuidados paliativos, se não tiver uma equipe multiprofissional atuando de forma integrada (D12).*

*(...) Não é mais os pacientes apenas terminal, mas aquele paciente que tem doença crônica e que necessita não só da abordagem médica, mas sim toda uma estrutura interdisciplinar e interprofissional (D9).*

*Então pra mim, a equipe multiprofissional é uma das áreas fundamentais, se não a principal. Eu acho que é a principal equipe na questão do cuidado paliativo, porque ela tem uma abrangência muito maior, ela ultrapassa os limites do leito e envolve os membros da família (G1).*

Outros participantes compreendem cuidados paliativos como abordagem que inclui medidas para conforto e controle de sintomas, mas voltada exclusivamente aos pacientes em fim de vida:

*(...) cuidados que são oferecidos ao usuário, cujo diagnóstico não prevê mais muito tempo de sobrevida, estão próximos ao fim da vida (EM1).*

*(...) Seria você manter o paciente confortável, você dá conforto para o paciente, fazer uma analgesia para aqueles pacientes que a doença, a patologia dele vai levar ele a morte... Então, ele entra em cuidados paliativos, a gente mantém o conforto, a alimentação, a analgesia, até chegar a hora dele morrer (ER5).*

*(...) aqueles pacientes que estão em doenças em fases terminais, aqueles pacientes os quais a medicina não tem mais um tratamento que possa chegar a esse paciente a ter uma vida normal (ER4).*

*(...) os cuidados paliativos, acho que ele envolve, principalmente, o conforto, uma qualidade de vida, no final dela (ER8).*

*(...) Você sabe que cuidados paliativos, ele é ainda um conceito difícil de você estar incorporando ainda no mundo médico porque ainda entendem que o conceito de cuidados paliativos só estende aqueles pacientes terminais, principalmente na área oncológica. (D9).*

Também foi possível identificar uma associação entre a compreensão de cuidados paliativos e cessação dos investimentos no tratamento do paciente:

*(...) É aquele cuidado prestado para esses pacientes que estão em fase terminal, que inclusive um termo muito usual é aquele SPP: se parar, parou, né... é aquele paciente que as possibilidades terapêuticas não têm mais como progredir... progredir não, regredir a doença né ... então assim, eles acham que acabaram as possibilidades terapêuticas possíveis para melhora (ER7).*

*(...) Para mim cuidados paliativos têm a ver... quando a medicina não tem mais o que fazer no sentido de intervenção ... (EM5).*

*(...) A primeira paliação que o mundo inteiro falou, é a paliação estrita, se você falar a palavra, se bobear alguém te mata, se você quer colher um exame... ah então, porque é paliação, não é para fazer nada. (D8).*

*(...) o cuidado é paliativo, então não investe tanto, como poderia se investir não. Tipo assim, se ele perde o acesso venoso, tenta pegar outro? Tenta, independente, mas se ele perde o acesso venoso periférico, aí você sugere pro médico um acesso venoso central, mas quando é paliativo dificilmente eles vão investir (G6).*

Também se identificou a relação entre cuidados paliativos, a grande complexidade das demandas encontradas nos cuidados destes pacientes e a necessidade de serviços de alta complexidade e tecnologia:

*(...) então, na paliação, é o extremo, né? É o extremo, porque daí na paliação que é o paciente que tem grave problema de saúde, que tem restrição ao movimento, tem restrição a se alimentar, perdeu toda sua capacidade laboral... Como é que ele vai se sustentar? Quem vai ficar com ele? Você vai lá resolver o problema fazendo uma prescrição? Não vai, né... (D8).*



*(...) se chegava algum paciente grave, nesse estágio ... em cuidado paliativo, ele já era transferido, ele nem ficava aqui com a gente porque não tinha suporte para receber um paciente semicrítico a crítico (D1).*

Foi possível notar que alguns dos profissionais não apresentam compreensão do conceito de cuidados paliativos, o que influencia diretamente na oferta do cuidado:

*(...) as maiores dificuldades estão na definição de cuidados paliativos, as vezes fica um pouco confuso ... (ER4).*

*(...) eu tô atuando com paciente em cuidado paliativo há pouco tempo, comecei aqui no hospital. Então para mim é um pouco difícil esse conceito. Eu já ouvi, já li, mas a apropriação no dia-a-dia é ainda um pouco confuso pra mim (EM2).*

*(...) hoje, a gente tem especialistas em cuidados paliativos, mas existe ainda muita dúvida na prática de como definir e designar um paciente aos cuidados paliativos. Até na compreensão de adiar a morte eu acho que existe uma falta de compreensão (G9).*

A categoria **Aspectos práticos na oferta em cuidados paliativos** refere-se às fragilidades e potencialidades vislumbradas pelos participantes em relação a assistência do paciente em cuidados paliativos durante o período de internação. Nota-se que os participantes identificaram ações em cuidados paliativos, porém essas ações não estão organizadas e consolidadas no serviço. Sobre as fragilidades destacam-se: a falta de sistematização e formalização dos processos de trabalho, dificuldades na comunicação e os impactos emocionais frente a iminência da morte.

Sobre a falta de sistematização e formalização dos processos de trabalho, os entrevistados identificam principalmente a falta de fluxos e protocolos que evidenciem as melhores práticas e a oferta isolada de cuidados dependendo da categoria profissional:

*(...) acho que realmente a gente não tem um fluxo, não tem uma equipe, não tem nenhum protocolo, nada estabelecido é na verdade casos individuais (EM7).*

*(...) Não sei se tem muito uma prática aqui eu vejo, são atos isolados (EM6).*

*(...) De um modo geral não só a prática de cuidados paliativos, mas a prática de cuidados, do ponto de vista multiprofissional, ela acaba se realizando isoladamente (EM1).*

*(...) Acho que hoje nós não temos nada estruturado especificamente para isso, assim como uma diretriz, eu sei que a própria equipe assistencial já adota isso como uma rotina né? De acordo com o quadro do paciente, mas isso não está posto como uma linha de cuidado, uma forma de trabalho sistematizado (G3).*

A falta de integração das condutas das equipes na oferta de cuidados e a falta de linearidade no cuidado foram dois aspectos encontrados nas falas que também evidenciam dificuldades em oferecer os cuidados paliativos, uma vez que geram dúvidas em relação aos benefícios de instituir determinados procedimentos e os malefícios em retirar outras medidas de suporte à vida, conforme apresentado a seguir:

*(...) eu acho que também gera dificuldade de a equipe entender esse cuidado, de como ele deve ser feito e de integrar essas ações.... As vezes a gente evita de fazer um procedimento invasivo em um paciente, a outra equipe vem e faz algum procedimento invasivo depois, ou vice e versa, eu realizo e ele não (EM2).*

*(...) vou te dar um exemplo, antibióticoterapia, eu já li várias coisas a respeito, que uns fazem antibiótico e outros tratamentos paliativos não. Aqui geralmente faz, eu não vejo muito sentido nisso, mas também nunca tive um curso específico para isso... o “Sr....”, ele estava em tratamento paliativo, ele era um paciente que qualquer movimento que você fizesse com ele... ele ficava extremamente desconfortável e a saturação dele caía bruscamente, até na hora do banho, a gente tinha que ter cuidado. Daí houve uma solicitação de um ultrassom para que posteriormente fosse feito uma punção pulmonar e esse paciente, quase teve uma parada no ultrassom, entende? (ER8).*

*(...) principalmente no que diz respeito, por exemplo, a sonda nasoenteral, a sonda nasogástrica, porque... até que ponto esse investimento, ou essa ... (pequena pausa)... do ponto de vista nutricional, até que ponto vai ser feito um investimento,*

*uma introdução, por exemplo, no suporte nutricional, entendeu? (EM4).*

*(...) na maioria das vezes a gente encontra pacientes em cuidados paliativos, com cuidados de fim de vida mesmo. Então a prática mesmo é de identificar o quanto aquele paciente precisa daquele procedimento e o quanto ele vai se beneficiar daquilo ou não e o malefício que vem com aquele procedimento, como o incômodo, a dor ... (EM2).*

*(...) acho que falta linearidade, que o cuidado seja linear dentro da enfermaria .. porque a conduta muda muito a depender do profissional que está de plantão e a percepção de cuidados paliativos muda muito de profissional para profissional. Então isso tem impacto na minha opinião bastante grave ... falta horizontalidade. E aí, por conta disso, essa questão das medidas que a gente imagina e a equipe de saúde como um todo delinea para um determinado paciente pode não ter continuidade também (ER1).*

A fragilidade na comunicação foi identificada em três esferas principais: a comunicação intraequipe, a comunicação entre equipe e os familiares e, a comunicação entre os serviços de saúde.

Em relação a comunicação intraequipe, aponta-se:

*(...) a prática de cuidados paliativos no trabalho como um todo, ainda tem sido muito pouco discutido (EM4).*

*(...) a gente não fala sobre cuidados paliativos, a gente espera chegar um paciente nessa condição para daí querer pensar a respeito (EM7).*

*(...) às vezes, as equipes não falam a mesma língua. Às vezes a equipe médica decide alguma coisa e logo em seguida muda a opinião (ER4)*

Já a comunicação entre a equipe e os familiares, observou-se que os profissionais encontram dificuldades na comunicação principalmente em relação ao entendimento que a família tem sobre a oferta dos cuidados paliativos, de acordo com as falas a seguir:

*A minha dificuldade é, muitas vezes, a percepção da família, se nós vamos conseguir ser claros com a família, o que significa cuidados paliativos na abordagem com a família (ER2).*

*É como se ela entendesse que ela está abandonando, quando ela autoriza instituir os cuidados paliativos. E outras vezes a família tem medo de, quando a proposta do óbito ser no domicílio, quando é possível acontecer isso, a família tem muito medo de levar para casa (ER3).*

*(...) Muitas vezes eu não sei chegar no familiar e perguntar. Muitas vezes o familiar não sabe... Mesmo quando o médico, a enfermeira, a equipe multi conversa com o familiar, a ânsia do familiar é que o paciente melhore. Aí, nisso quando vamos fazer os cuidados, essas coisas, eles sempre perguntam: Meu pai, minha mãe vai melhorar? Tem tendência para apresentar melhoras? (ER9).*

Também se constatou a falta de comunicação entre os serviços de saúde, fato que impacta diretamente na continuidade do cuidado, como exposto na seguinte fala:

*(...) eu acho que a dificuldade é que a gente recebe um paciente em cuidados paliativos é de não saber que aquele paciente é paliativo por que a rede não está se conversando (ER5).*

Em relação aos impactos emocionais frente a iminência da morte, destaca-se a dificuldade e sofrimento que os entrevistados referem ao oferecer tais cuidados, uma vez se sensibilizam diante da vivência dos familiares, como mostra as falas a seguir:

*(...) a gente sofre um pouco nesse sentido, sabe? De preparar o lado psicológico da família. Fica um pouco entre barreiras, sabe? O lado psicológico do familiar e o nosso (ER9).*

*Acho que é um tema muito difícil de se trabalhar, mesmo sendo na área da psicologia. Acho que, de alguma forma, acaba mexendo com a gente também, né? É um tema de morte. A gente vai se imaginar, muitas vezes no lugar daquele familiar. A gente pensa nos nossos familiares no lugar daquele paciente. Então, acaba mexendo muito com a gente. Por isso acho que é um tema difícil de ser trabalhado mesmo dentro da psicologia (EM5).*

Já em relação às potencialidades, foi possível identificar o acesso aos recursos materiais e humanos existentes no serviço, como abordado nas falas a seguir:

*(...) nós temos a disposição os medicamentos que são padronizados (...) de uma forma geral, tenho acesso a todos medicamentos, através da comissão de farmácia terapêutica, inclusive dos de cuidados paliativos (EM1).*

*(...) com relação a questão da alimentação de um modo geral, eu acho que a gente tem acesso sim, tanto material, como os alimentos, pensando no confort food, pensando na questão do ambiente domiciliar. A gente consegue pedir com que eles preparem e ofereçam ao paciente (EM4).*

*(...) ter um lugar (...) pra gente poder acolher as famílias de uma forma mais privativa, respeitando o sigilo, respeitando a privacidade para a família poder se expressar realmente o que está sentindo e a gente poder trabalhar com esses sentimentos... (EM5).*

*Eu penso que dentro de um hospital universitário (...) a gente tem que estar bastante aberto à novas propostas. Então, a filosofia do hospital, as pessoas que trabalham aqui, a equipe médica é bem qualificada para estar aqui, a presença dos estudantes são coisas que facilitam, que contribuem para que os cuidados paliativos sejam implementados nesse cenário (ER1).*

*(...) é mais fácil abordar aqui os cuidados paliativos, do que em outros serviços pela presença da equipe multiprofissional. Isso torna um pouco mais fácil fazer isso nesse serviço (ER2).*

Em relação a categoria **Formação dos profissionais e capacitação em serviço**, foi identificado que não foram capacitados sobre cuidados paliativos durante o período de formação. Ressaltam a necessidade de capacitação para a equipe no serviço.

Os profissionais relatam a ausência de fundamentação teórica específica em cuidados paliativos, durante o período de formação. Destaca-se a fala de um docente que também não teve cuidados paliativos no período da graduação:

*Não, acredito que na faculdade deve ter tido alguma conversa sobre, eu não me recordo agora (ER4).*

*Tive um curso bem curto durante a residência e uma conversa durante a graduação, muito pouco (ER3).*

*(...) Na pós graduação por ter feito na área hospitalar, eu tive uma maior proximidade. Também sem ter nada estabelecido no programa de residência (EM7).*

*Já participei de um ou dois simpósios sobre o tema, mas algo mais formalizado não ... tanto meu mestrado, como o doutorado, eu trabalhei com idosos demenciados. No mestrado em fase avançada da doença, e no doutorado só até a fase moderada, nesses tipos de pacientes já se discute muito a questão dos cuidados paliativos (EM4).*

*(...) pela experiência que eu tive na graduação, não tive esse tópico quando eu me formei (D3).*

Ressaltam sobre a necessidade de capacitação em cuidados paliativos no serviço, uma vez que é essencial para oferecer e garantir um cuidado adequado aos pacientes.

*Aqui no hospital, é a primeira vez que estou trabalhando em clínica médica. Quando eu cheguei aqui, a gente não teve um treinamento específico para isso, aí eu nunca participei de nenhum treinamento para pacientes paliativos (ER9).*

*(...) A capacitação que eu tive foi assistir uma aula ... de uma médica ... especialista em manejo de dor ... Foi a única capacitação que eu tive. Aqui nesse serviço, nenhuma (ER2).*

*(...) Acho que aqui no hospital ainda tá engatinhando, precisa de mais capacitação, para a maioria conhecer a fundo, como trabalhar melhor (EM3).*

*(...) nem toda profissão está preparada, acho que nem todo currículo aborda e a gente se vê muitas vezes em situações de muitas dúvidas. Quando a gente vai atender em uma equipe, a visão que cada um dos profissionais tem dos cuidados paliativos é importante. Mas ainda falta muito conhecimento e informação de todos, acho que em um comum (D6).*

*(...) o profissional não pode se considerar habilitado sem fazer uma capacitação. Nem eu mesma (não) me considero habilitada para identificar o paciente em cuidados paliativos. Eu tenho que me basear em critérios e esses critérios a gente tem que realmente estabelecer, construir dentro de um serviço (D5).*

*(...) a filosofia do hospital enquanto espaço de formação, tem que estar aberto para a discussão de novas propostas, como os cuidados paliativos (ER1).*

Em relação a categoria **Educação em cuidados paliativos na visão dos docentes dos cursos de graduação pesquisados**, foi identificado aspectos frágeis, uma vez que referem somente atividades pontuais sobre o tema. Entretanto, reconhecem a importância de abordar o referido assunto para a construção de novos paradigmas de cuidado.

Conforme apontado nas falas seguintes, mostra-se a ausência de conteúdos específicos e obrigatórios sobre cuidados paliativos:

*(...) Não tem nenhuma atividade, nenhuma disciplina específica que aborde esse tema de cuidados paliativos. Nós temos atividades pontuais, algumas aulas, uma disciplina de enfermagem pediátrica que aborda cuidados paliativos em pediatria. Nós temos atividade de extensão, no meu departamento esse ano nós vamos oferecer o II Encontro de Cuidados Paliativos em Enfermagem (D2).*

*(...) Na verdade nosso curso é metodologia ativa, né? Então, nas disciplinas a gente não divide as disciplinas em assunto a e assunto b. Então, não vai ter uma disciplina chamada palição. Na verdade, o que é abordado é o cuidado nas diversas fases da vida e eles são colocados desde cedo, desde o primeiro ano na realidade do SUS... (pausa) ... eu acho que não tem nada mais... (risos)..., eu acho que eles estão na palição desde o primeiro segundo de vida acadêmica (D8).*

*Dentro da nossa grade curricular, dentro das ementas das disciplinas não há nada de específico com relação ao cuidado paliativo. O que a gente faz é fazer uma abordagem mínima dentro dos conteúdos das nossas disciplinas. Acho que principalmente na cardiorrespiratória tem uma parte que isso é abordado. Mas não tem nada que seja parte do curso, das ementas ou nada já formalizado (D6).*

Um participante observou, a partir da sua experiência em realizar o doutorado sanduíche, diferenças na oferta de educação em cuidados paliativos na grade de disciplinas ofertadas no curso ao que está vinculado, conforme apresentado a seguir:

*(...) quando fui fazer o doutorado sanduíche, por exemplo em Portugal, eles têm na grade deles os cuidados paliativos. E quando você veio falando comigo, me chamou atenção isso (...) aqui a gente não aborda essa disciplina (D1).*

Além disso, os participantes referem que na maioria das vezes o tema é voltado para o idoso e aos pacientes em fim de vida. Como apresentado nas seguintes falas:

*Hoje eu sei que aqui no curso de fisioterapia, ele tá inserido dentro da disciplina de geriatria, mas é uma coisa mais focada no atendimento, pensando no idoso (D3).*

*Essa é uma disciplina que tem no curso de gerontologia. O curso é gerontologia, que forma o aluno a lidar com o idoso em todos os aspectos, desde a parte biopsicossocial e toda parte de gestão de serviços, então, é essencial ter essa abordagem (...) muito importante ele entender esse fim da vida, né? (D7).*

Também referem sobre a importância de abordar o tema para a construção de novos paradigmas do cuidado, quando a doença está fora da possibilidade de cura. Como abordado nas falas a seguir:

*(...) a formação tem que contemplar a questão da não perspectiva de cura, porque o ensino é muito pautado no paradigma do curar. Então, quando esses profissionais se deparam com situações em que a cura não é possível, eles se sentem muito impotentes e acabam muitas vezes investindo em ações que só vão potencializar o sofrimento (D12).*

*Então, o estudante ainda tem muita frustração quando o paciente não melhora ou não tem possibilidade de cura ou tem uma doença que não tem tratamento efetivo. Eles têm muita dificuldade de trabalhar com isso. E a discussão de cuidado paliativo, ajuda na reflexão de que você pode fazer muita coisa pelo paciente, mesmo que isso não seja o processo de cura e a resolução do problema de saúde dele. Então, você apesar de não poder aumentar a quantidade de vida dele, você pode melhorar a qualidade dessa vida (D10).*

*Bom hoje a gente tem o envelhecimento populacional, e o aumento dos recursos tecnológicos para o cuidado e aí a gente vai ter (pausa) é... pessoas vivendo muito mais, com condições crônicas, portadoras de*



*doenças crônicas e a gente vai ter um aumento muito grande de pessoas em cuidados paliativos, daí a importância da gente construir conceitos fundamentais de cuidados paliativos com nossos alunos. Por que eu percebo que as pessoas utilizam o conceito de cuidados paliativos de doenças que não tem mais o que fazer com aquele indivíduo e a gente tem a missão de mudar esse conceito, de que a gente tem muito o que fazer com esse indivíduo. O momento em que as nossas profissões vão se cruzar para poder proporcionar para aquela pessoa uma melhor qualidade de vida (D2).*

*(...) é uma abordagem que eu considero de extrema importância, pois aquele paciente necessita de cuidados e esses cuidados são um novo olhar. Então, os cursos da área da saúde necessitam desse novo olhar e um olhar criterioso para saber principalmente desse lado do cuidado paliativo (D5).*

Na categoria **Ótica dos gestores sobre a oferta dos cuidados paliativos na Instituição**, foi identificada a ausência de indicadores validados e efetivos que caracterizem esse público alvo.

*(...) Pelo que eu tenho conhecimento das informações que chegam e são informações triadas. São informações que chegam por indicadores, eu não estou ligado diretamente a assistência. Acredito que a gente não tenha grande número, ou um número quantitativo suficiente para isso, porém acho que nós temos condições de atender. Nós temos toda equipe com perfil para atendimento desse tipo de paciente e é um número muito pequeno que atendemos ainda (G1).*

*(...) como eu te falei, como não é uma coisa que está talvez estruturada ainda institucionalmente por exemplo, não é um dado que a gente trata hoje especificamente, tenho dados gerais de pacientes da clínica, né? Perfil assistencial, mas não especificamente fração de dados de “olha desses pacientes, quantos eram na verdade pacientes que não tinham possibilidade de cura e se encaixavam em um processo de cuidados paliativos”. Então, não tenho assim um número, mas eu sei que temos vários pacientes internados com esse perfil e que a equipe já tenta trabalhar nesse formato. Talvez ainda não com todas ferramentas possíveis ou necessárias (G3).*

Também reconhecem a necessidade de qualificação para a equipe, sugerem atividades de educação permanente, conforme mostra as falas a seguir:

*(...) eu acho que precisa ter ações em relação a isso, ações educativas em relação aos cuidados paliativos (...) viabilizar um momento de encontro multiprofissional para poder alinhar os cuidados (...) capacitar todos os profissionais de saúde que atendem os pacientes aqui (G2).*

*(...) o que eu vejo é que precisa de capacitação para essa equipe, no momento não tem nada previsto mas já foi levantada essa necessidade (G9).*

## 6 DISCUSSÃO

Neste estudo utilizamos a definição de cuidados paliativos publicada pela OMS em 2002 e suas atualizações, uma vez que tem por objetivo ampliar o conceito para aplicabilidade em todas as doenças (MACIEL, 2008).

A compreensão sobre os cuidados paliativos foi identificada por alguns profissionais entrevistados, nesta pesquisa, como uma abordagem semelhante ao que é preconizado pela OMS, ou seja, visa promover a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através do controle de todos os sintomas e problemas de natureza física, psicológica, social e espiritual que evidencia uma compreensão positiva, uma vez que engloba o cuidado integral do paciente e considera os cuidados biopsicossociais e espirituais. É importante ressaltar que os participantes também mencionam o controle dos sintomas e a boa qualidade de vida como parte da abordagem paliativa.

Sobre o cuidado integral ao paciente, Othero e Costa (2014), reforçam que nos cuidados paliativos é fundamental trabalhar com a prevenção e o controle dos sintomas. Deve-se considerar tudo o que o paciente apresenta como problema, evidenciando o caráter individual e subjetivo de cada um, sempre com atenção aos detalhes. Neste aspecto, Andrade (2015, p. 62), chama a atenção para todo o cuidado no decorrer da doença, o alívio dos sintomas e a preocupação com o binômio “paciente e família”, em uma visão integral.

Othero e Costa (2014), afirmam que a família também é afetada pelo processo saúde-doença e deve ser cuidada com o mesmo empenho que o paciente, que são uma unidade de cuidados. Ressaltam que, ferramentas como a escuta, apoio e orientação, são essenciais para o cuidado.

Com a definição da OMS, compreendemos que há necessidade de cuidados paliativos desde o início da evolução de uma doença incurável, desde o momento que se faz um diagnóstico. Os cuidados paliativos iniciam junto com as possibilidades de tratamento da doença. A medida que o tempo vai passando, as ações que visam curar ou modificar a doença vão diminuindo e o cuidado paliativo crescendo, até que se esgotam as possibilidades de tratamento modificador da doença. Nesse momento é que a doença se torna terminal, mas nunca o paciente. Sendo assim, os pacientes em fim de vida ou próximos a morte são apenas parte da abordagem em cuidados paliativos (CARVALHO, 2015).

Entretanto, houve participantes que correlacionam cuidados paliativos aos cuidados do paciente em fim de vida, próximos a morte. Devemos ter cautela com essa associação, uma vez que Watson et al, 2009, reforçam que é necessário observar a diferença entre os cuidados paliativos e os cuidados de fim de vida. Em que a abordagem paliativa deve ser iniciada desde o momento do diagnóstico, junto com o tratamento indicado e o segundo é uma parte importante dos cuidados paliativos, na qual o paciente deve receber durante a etapa final de sua vida.

A resolução A67/31 de 2014 da OMS, também preconiza que os sistemas nacionais de saúde devem vincular os cuidados paliativos ao tratamento contínuo de pessoas com doenças crônicas, junto com os demais programas de prevenção e promoção a saúde, bem como, os serviços de reabilitação, curativos e outros essenciais a população. O cuidado paliativo necessita ser ofertado juntamente com o tratamento potencialmente curativo e adaptado conforme a progressão da doença (WHO, 2014).

A publicação da resolução número 41, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados integrados no âmbito do SUS, no parágrafo único do artigo 2, garante a oferta dos cuidados paliativos para toda pessoa com uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição. Ou seja, também preconiza que a abordagem paliativa deve ser iniciada desde o diagnóstico, corroborando com o que é preconizado nos princípios da OMS (BRASIL, 2018).

Essa correlação com os cuidados em fim de vida pode ser justificada pela origem dos cuidados paliativos, uma vez que nasce de um contexto relacionado aos cuidados de pacientes em uma fase avançada das doenças. Como também, a definição anterior da OMS que refere que é o cuidado para os pacientes cuja doença não é responsiva ao tratamento de cura, que também, provavelmente nos remetia aos pacientes que já estão no final da vida.

Pastrana et al. (2008), referem que cuidados paliativos, surgiram como termos que são traduzidos como, cuidado ao moribundo, após mudaram para cuidado terminal, "*hospice*", cuidados contínuos, cuidados no final da vida, tanatologia entre outros, sendo que, indicam uma variedade de significados. Mas deve-se evitar essa identificação com a definição de cuidados paliativos e conotações negativas sobre a morte e o morrer.

Ainda houve participantes que não apresentam compreensão do conceito de cuidados paliativos. Sendo assim, de uma forma geral, a não uniformidade da compreensão em cuidados paliativos pelos participantes implicam em algumas vulnerabilidades no cuidado ao paciente.

Diante das fragilidades levantadas pelos participantes em relação aos aspectos práticos na oferta dos cuidados paliativos no serviço. Foram destacadas a falta de sistematização e formalização nos processos de trabalho que evidenciem melhores práticas, uma vez que não existe fluxos e protocolos. Bem como, identificou-se a oferta isolada de cuidados paliativos conforme cada categoria profissional. Inclusive a falta de integração entre as equipes de referência e matricial e a falta de linearidade no cuidado, ou seja, diferenças entre as condutas das equipes, também foram apontadas pelos participantes. De um modo geral, tais questões caracterizam-se um cuidado fragmentado.

O H.U. pesquisado, se encontra em fase de reestruturação dos serviços; ampliando leitos de internação; composição das equipes e gestores; entre outros. Dessa forma, percebe-se a inexistência de fluxos e protocolos em cuidados paliativos, que sejam experienciados, avaliados, enfim, consolidados.

Contudo, evidencia-se que a prática difere do que é preconizado na Política Nacional de Humanização (PNH), pois a política busca transformar as relações do trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas, visando superar a fragmentação do cuidado. (HECKERT, A.L.C.; PASSOS, E.; BARROS, M.E.B. de, 2009).

Neste sentido, destacamos o princípio da transversalidade, que significa reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido e esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável. Também referimos ao princípio da clínica ampliada, que se traduz na prática interdisciplinar como objetivo de entender o significado do adoecimento e tratar a doença no contexto de vida, também busca integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas para um cuidado. A vulnerabilidade e o risco do indivíduo são levados em consideração e o diagnóstico é feito não só pela questão biológica, mas também questões psicossociais, de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas (BRASIL, 2013).

Os resultados, também mostram um trabalho contrário ao que Cecílio e Merhy (2003), afirmam sobre a prática do cuidado nas organizações de saúde. Ressaltam que o hospital deve ser de natureza multidisciplinar, ou seja, depende do trabalho de vários profissionais, sendo imprescindível a colaboração entre todos para que o cuidado aconteça de maneira efetiva.

Além disso, sabemos que a prática de uma equipe interprofissional se realiza através de ações coletivas voltadas a tarefas comuns. É cada vez mais requerida para tomar atenção à saúde mais segura, efetiva e integral, uma vez que está crescente a complexidade dos problemas de saúde.

Sendo assim, Andrade (2015), ressalta que a prática de uma equipe multiprofissional requer uma postura interdisciplinar, ou seja, a atuação de vários profissionais deve compreender os mesmos objetivos e os saberes de cada área devem se complementar e não se sobrepor. Sampaio et al. (2010 *n.p.*), diz que:

A interdisciplinaridade é uma relação de reciprocidade, de mutualidade que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida frente ao problema de conhecimento, isto é, substituir a concepção fragmentária pela unitária do ser humano.

Com isso Andrade (2015), destaca ainda que a atuação de uma equipe vai além do fato de se exercer uma prática em conjunto com outros profissionais, mas exige dos sujeitos a troca de saberes e um aprendizado constante.

Os princípios dos cuidados paliativos publicados pela OMS, também regem a atuação da equipe multiprofissional, uma vez que reforçam a importância do cuidado integral ao paciente, contemplando as dimensões biopsicossocial e espiritual.

Ainda sobre as fragilidades encontradas no serviço destacamos a comunicação em cuidados paliativos. Segundo Silva (2008), a comunicação interpessoal na área da saúde e em cuidados paliativos é compreendida como um processo complexo que envolve a percepção, a compreensão e a transmissão de mensagens na interação entre pacientes e profissional. Envolve a dimensão verbal, que ocorre pela fala e escrita e a não verbal, que ocorre pelos gestos, olhares, expressões faciais e postura corporal.

Silva (2005) refere que o uso adequado de habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal, junto com o controle total de sintomas e o trabalho em equipe interdisciplinar compõe a tríade alicerce que sustenta os cuidados paliativos. Tendo em vista o momento de dor, sofrimento e incertezas, os relacionamentos são

ressignificados e o contato entre pacientes, familiares e profissionais de saúde passam a representar a essência de um cuidado que sustenta a vivência de momentos difíceis.

Araújo e Silva (2011) afirmam que:

Uma vez que neste contato humano ocorre a transmissão de mensagens, por meio da fala ou de sinais não verbais, o conhecimento de técnicas ou estratégias de comunicação interpessoal que sejam facilitadoras da interação e possam transmitir atenção, compaixão e conforto são de suma importância. Independente da área de formação básica ou da categoria profissional, todos os profissionais de saúde necessitam deste conhecimento.

Foi sinalizado fragilidade na comunicação entre os profissionais e os membros da família. Os profissionais referem que sentem dificuldade de comunicar más notícias, falar sobre a morte e até mesmo lidar com a ansiedade dos familiares, diante de um momento vulnerável. Além disso, reconhecem sentimentos de sofrimento que os cuidados paliativos provocam nos próprios trabalhadores, uma vez que se sensibilizam diante do momento que os familiares estão vivendo. Tais evidências, resultam do escasso conhecimento sobre comunicação e falta de habilidade para ações terapêuticas em fase de fim de vida.

Neste aspecto Fonseca e Geovanini (2013), identificam o despreparo do ser humano em lidar com a morte e aspectos relacionados a terminalidade, uma vez que esse tema ainda é considerado “tabu” entre a sociedade. Outra questão a ser considerada é que a morte precisa ser olhada não só sob o aspecto biológico, mas também sob o aspecto humano da perda, buscando por meio dela atribuir sentido a vida, auxiliando os profissionais no desenvolvimento dos recursos internos para este tipo de enfrentamento.

A comunicação é fundamental para tratar dessa temática, é considerada um dos pontos fundamentais dos cuidados paliativos e é uma questão que sempre deve ser desenvolvida e aprimorada nas equipes, junto aos pacientes e familiares. Diante da fragilidade da equipe frente essas situações, ressaltam a importância de iniciativas que estimulem a inclusão desses temas no discurso dos profissionais por meio da formação (FONSECA E GEOVANINI, 2013).

Segundo Ceccim (2005) na área da saúde, a velocidade das transformações exige a necessidade de uma formação ampla, com base científica, ética e cultural junto a constante atualização e aprimoramento. Então, a educação permanente ou continuada se torna inevitável.

Tais fragilidades refletem e mostram a falta de qualificação dos profissionais em relação aos cuidados paliativos. Como apontado nos resultados, os participantes não tiveram capacitação específica em cuidados paliativos durante o período de formação, mas reforçam a necessidade de aprimoramento no serviço. Além disso, também foi identificado lacunas nos cursos pesquisados, pois os participantes elencaram atividades pontuais em relação ao tema, nenhuma no currículo obrigatório. Mas reconhecem a relevância de abordar o tema com os alunos.

Então se reforça o que Fonseca e Geovanini (2013), identificam sobre o assunto, uma vez que destacam pouco debate sobre o tema e poucos cursos de capacitação. Ressaltam que para os cuidados paliativos se consolidarem no Brasil, é necessária mudança substancial na gestão e nos currículos de graduação dos profissionais de saúde.

Bifulco e Lochida (2009, p. 93), também descrevem que:

O modelo de atenção à saúde ensinado na graduação das escolas de Medicina e demais profissões da área de saúde no Brasil se baseia na prevenção, diagnóstico, tratamento efetivo e cura de doenças. Entretanto, diante de suma situação de incurabilidade, esse modelo é ineficaz, o que nos leva a perguntar: o que fazer quando não há nada mais a ser feito para a cura desse paciente?

Esta citação reforça os resultados, uma vez que, um profissional entrevistado destacou que a formação tem que contemplar a questão da não perspectiva de cura, refletindo que o ensino ainda é muito pautado no paradigma do curar. Destacou ainda que quando os profissionais se deparam com situações em que a cura não é possível, muitas vezes se sentem impotentes e acabam investindo em ações que só vão potencializar o sofrimento.

Sendo assim, evidencia-se a importância dos alunos terem contato com os valores da humanização e da integralidade do cuidado em saúde. Maciel (2008), afirma que quanto mais cedo os alunos entrarem em contato com práticas humanitárias, maior chance de praticá-las quando forem profissionais. Também ressalta que um curso teórico-prático, tem a capacidade de transformar os estudantes a fim de desenvolver atitudes e valores como, respeito, acolhimento e subsidiar uma prática humanizada.

Sobre a ótica dos gestores, na oferta dos cuidados paliativos, foi identificado o reconhecimento da importância dos cuidados paliativos e a necessidade de aprimorar a prática da abordagem paliativa no serviço. Entretanto, observa-se



grandes desafios para a equipe de gestores com relação a: garantir as necessidades de saúde dos usuários; administrar os recursos existentes; e colocar em prática um modelo de atenção à saúde efetivo, em um momento de reestruturação e crescimento como se encontra o serviço. Ressalta-se essa importante responsabilidade uma vez que, além de oferecer assistência à saúde, sendo um hospital universitário, é um espaço de produção de conhecimento e tecnologia, com o relevante papel na formação de trabalhadores da saúde.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se afirmar que os resultados obtidos com as falas dos participantes deste estudo mostraram que há diferentes compreensões sobre os cuidados paliativos no referido serviço. Houve entrevistados que compreendem os cuidados paliativos como preconizado pela OMS, questão positiva, uma vez que mostrou que consideram a integralidade do cuidado ao paciente, abrangendo aspectos psicossociais e espirituais, além dos biológicos.

Entretanto, houve aqueles que ainda correlacionam os cuidados paliativos com os cuidados de fim de vida, compreensão restrita, uma vez que tais cuidados devem ser considerados apenas como parte dos cuidados paliativos conforme corroborado na literatura.

Em relação aos aspectos práticos na oferta de cuidados paliativos no serviço, constatou-se que a falta de capacitação da equipe pode ser um dos fatores que resultam as fragilidades apontadas pelos participantes. A vulnerabilidade na comunicação entre as equipes, com os familiares e com os demais serviços de saúde do município, pode ser aprimorada com capacitação dos profissionais de saúde.

Outro resultado apresentado no estudo mostrou uma lacuna em relação a formação dos profissionais e a falta de conteúdos obrigatórios nos referidos cursos sobre cuidados paliativos. Como preconizado pela OMS, acredita-se que o investimento em educação é uma das estratégias para incorporação dos cuidados paliativos nos sistemas de saúde e ampliação da oferta desses cuidados a todos pacientes que dele necessitam.

A visão e compreensão dos gestores sobre a oferta de cuidados paliativos no serviço foi considerada razoável, pois se mostrou favorável a capacitação da equipe; reconheceram a importância dos cuidados paliativos, mas não existem planos, indicadores para aprimorar a assistência na abordagem paliativa.

Conseguimos com este estudo ter uma visão geral da compreensão dos participantes, destacaram-se importantes questões para serem discutidas e aprimoradas no serviço, visando o acesso de cuidados paliativos com qualidade aos pacientes. Sendo assim, pode se dizer que temos dados e uma base sólida para dar continuidade para futuras pesquisas, bem como, uma contribuição para aprimorar e construir um serviço eficaz de cuidados paliativos.

Não posso deixar de frisar minha experiência como pesquisadora e trabalhadora do serviço, na qual se mostrou positiva, em que os colegas atenderam prontamente ao convite para participar da pesquisa e se mostraram disponíveis. Também reconheceram a importância do tema para ser aprimorado no serviço. Tendo sido essa pesquisa um início dessa reflexão e provavelmente o estímulo para futuras mudanças. Ressalta-se que durante a elaboração do trabalho muitas vezes o papel de pesquisadora e trabalhadora da saúde se misturavam, pois, compartilho e faço parte da prática estudada.

Também como recomendação e continuidade desta experiência será apresentado os resultados para as equipes do serviço. Em que será realizado através de um grupo focal, seguindo os protocolos e fluxos da instituição e do referido método.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, C. B. B. de. **Questões éticas reconhecidas por profissionais de uma equipe de cuidados paliativos**. 2014. 215 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Serviços de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- ANCP. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006. 60p.
- ANDRADE, G. C. et al. Bioética, Cuidados Paliativos e Terminalidade: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, Recife, v. 7 (esp.), 2013. p. 888-897.
- ANDRADE, L. Cuidados Paliativos: história. In: ANDRADE, L. **Cuidados Paliativos e Serviço Social um exercício de coragem**. Holambra, SP: Editora Setembro. 2015. p. 39-68.
- ARANTES, A.C.L., Indicações de Cuidados Paliativos. In: **Manual de cuidados paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 20-36.
- BIFULCO, V. A.; IOCHIDA, L. C. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília / DF, v.33, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n1/13.pdf>> Acesso em mai. 2018.
- BRASIL. Comissão Intragestores Tripartite. Resolução n. 41, de 2018. **Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial, Brasília, DF, 23 nov. 2018. Seção 1, p. 276
- BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 12 dez. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – Brasília: Ministério da Saúde, 2003
- CAPONERO, R.; MELO, A. G. C. O Futuro em Cuidados Paliativos. In: SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos, Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2011. p. 107-110.
- CARVALHO, R.R. Cuidados Paliativos: conceitos. In: ANDRADE, L. **Cuidados Paliativos e Serviço Social um exercício de coragem**. Holambra, SP: Editora Setembro, 2015. p. 23-37.

CECCIM, R.B., Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu/SP, v. 09, n. 16, set. 2005-fev. 2005. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em dez. 2018.

CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2003. p.197-210.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Resolução n. 1805 de 28 de novembro de 2006. Disponível em <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>> Acesso em abril 2019.

CORTES, Carlos Centeno. **Historia de los cuidados paliativos**. Salamanca, Espanha: Centro Regional de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor Hospital Los Montalvos, 1988.

COSTA, A. P. et al. Formação em Cuidados Paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.20, n 59, 2016. p. 1041-52.

EBSERH. **Serviços oferecidos no HU-UFSCar**. 2018. Disponível em: <[http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-ufscar/noticias/-/asset\\_publisher/kolvfeKgK2VF/content/id/1789987/2017-01-servicos-oferecidos-no-hu-ufscar](http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-ufscar/noticias/-/asset_publisher/kolvfeKgK2VF/content/id/1789987/2017-01-servicos-oferecidos-no-hu-ufscar)>. Acesso em: dez. 2018

FELIX, Z. C. et al. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 09, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a29.pdf>> Acesso em jul. 2018.

FONSECA, A.; GEOVANINI, F. Cuidados Paliativos na Formação do Profissional da Área da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.37, n.1, 2013. p. 120-125.

FRANCO, M.H.P., Famílias vivem seus lutos. In: Bonfim, L.A., organizadora. **Família Contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. P.371-9.

GOLDIM, J.R.; VIEIRA, W. R. Bioética e cuidados paliativos: tomadas de decisões e qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.25, n.3, p.334-339, 2012.

MACIEL, M.G.S. Definições e Princípios. In: **Cuidado Paliativo**. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 14-32.

MATSUMOTO, D.Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: **Manual de cuidados paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 14-19.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte**: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 228 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social Teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2012. 108 p.

NEVES, F. F. et al. **Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários do SUS**: Plano Diretor Estratégico 2017-2018 do Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos: desafios e oportunidades. São Paulo: EBSEH, Instituto Sírio Libanês, 2016. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/1386480/0/PDE+HU+UFSCar+2017-2018/ed1cde88-5d30-42c3-a8fd-418ec98feafb>> Acesso em jun. 2018.

NUNES, E.C.D.A.; SOUSA, J.O. Limitação do suporte de vida na terapia intensiva: percepção médica. **Revista Bioética**, Brasília/DF, v. 25, n. 3, p.554-562, 2017.

OMS. **Palliative Care**. 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>. Acesso em: jul. 2018.

OTHERO, M. B.; COSTA, A. Conceitos, Princípios e Formação em Cuidados Paliativos. In: OTHERO, M. B. e COSTA, A. **Reabilitação em Cuidados Paliativos**. Loures: Lusodidacta, 2014. 23-35.

PASTRANA, T. et al. **A matter of definition** – key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliative Medicine*. RWTH Aachen University, Aachen, 22(3), 222–232. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216308089803>> Acesso em out. 2018.

PESSINI, L. **Eutanásia**: por que abreviar a vida? São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo e Edições Loyola; 2004.

RABELLO, G. F. A. C.; RODRIGUES, A.H.P. Saúde da Família e cuidados paliativos infantis: ouvindo os familiares de crianças dependentes de tecnologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p.3157-3166, out. 2010.

REIGADA, C. et al. O Suporte à Família em Cuidados Paliativos. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.13, n. 1, p.159-169, jan./ jun. 2014.

REZENDE, G.; ABREU, C.B.B. Condições de Envelhecimento e Cuidadores de Idosos em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos. In: CARLO, M. M. R. P.; KUDO, A. M. **Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados paliativos**. São Paulo: Payá Eireli, 2018. 289-310.

RONCARATI, R. et al. Cuidados Paliativos num Hospital Universitário de Assistência Terciária: uma necessidade? **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v.24, p.37-48, jan/dez 2003.

SAMPAIO, C. C. et al. Interdisciplinaridade em questão: Análise de uma política de saúde voltada à mulher. In: SÁ, J. L. M. de (Org.). **Serviço Social e Interdisciplinaridade: Dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no Ensino, Pesquisa e Extensão**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 77-95.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: A comunicação nas relações interpessoais em saúde. 3. Ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005. 133 p.  
SILVA, M.J.P. Falando da Comunicação. In: **Cuidado Paliativo**. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 32-33.

SILVA, M. M. da et al. Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 460-466, Set. 2015. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452015000300460&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000300460&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: fev. 2019

SIQUEIRA, J. E. de; PESSINI, L. Aspectos éticos sobre a terminalidade da vida no Brasil. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.411-415.

TAPIERO, A. A. Las diferentes formas de morir. **Reflexiones éticas**. Vol. 21, N.º 7, pp. 355-358, 2004 Disponível em:  
<<http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v21n7/humanidades.pdf>> Acesso em jul. 2018.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **Quality of death index 2015** – Ranking Palliative Care Across the World. October 2015. Disponível em:  
<<http://www.economistinsights.com/healthcare/analysis/quality-death-index-2015>>. Acesso em: jan. 2016.

WATSON, M.; LUCAS, C.; HOY, A.; WELLS, J. **Oxford Handbook of Palliative Care**. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2009.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who definition of palliative care**. 2014 Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>>. Acesso em: out. 2016.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. 2014 Disponível em:

<[https://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf) >. Acesso em: out. 2016.



## APENDICE - QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_

Data nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Profissão / área: \_\_\_\_\_

Local e tempo de formação: \_\_\_\_\_

Possui pós graduação? (ano, local e área): \_\_\_\_\_

Tempo de atuação na profissão: \_\_\_\_\_

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1. Qual sua compreensão sobre Cuidados Paliativos?
2. Quais suas dificuldades na abordagem em cuidados paliativos em sua atuação nesse serviço?
3. Quais suas facilidades na abordagem em cuidados paliativos em sua atuação nesse serviço?
4. Como se realiza a prática de Cuidados Paliativos no seu trabalho atual?
5. Houve alguma capacitação teórica – prática durante sua formação em cuidados paliativos?
6. Na sua compreensão sobre cuidados paliativos, como você vê o papel da equipe multiprofissional?
7. Em relação a demanda que atendemos no HU, tem pacientes com estas características?

### ESPECÍFICA PARA GESTÃO

8. Como e quais ações de gestão em saúde o senhor (a) viabiliza em relação aos cuidados paliativos? (Se não, qual o motivo?).

### ESPECÍFICA PARA DOCENTES

9. Qual a importância da abordagem de cuidados paliativos na formação dos estudantes da área da saúde?
10. Quais atividades de ensino-aprendizagem realizadas sobre cuidados paliativos no seu curso? (disciplinas, matérias, ciclos, cursos de extensão, entre outros).

## ANEXOS

### ANEXO I – TCLE

#### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

##### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Resolução 466/2012 do CNS)

#### CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GESTORES E DOCENTES

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Cuidados Paliativos em um Hospital Universitário: a percepção dos profissionais de saúde, gestores e docentes”. O objetivo deste estudo é compreender a percepção dos profissionais de saúde, gestores e docentes sobre a abordagem em Cuidados Paliativos. O (a) senhor (a) foi selecionado (a) por fazer parte do quadro de colaboradores da instituição hospitalar. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

A coleta de dados será composta por questionário para levantamento de dados pessoais e profissionais dos participantes (nome, idade, formação e tempo de trabalho) e entrevista semi estruturada. Inicialmente, serão coletadas informações para sua identificação e após realizada a entrevista. O tempo utilizado para coleta dos dados será de aproximadamente quarenta minutos.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

O preenchimento destes questionários não oferece risco imediato ao (a) senhor (a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas

perguntas podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar à um leve cansaço após responder os questionários. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor (a) poderá optar pela suspensão imediata da entrevista.

O senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo.

Este trabalho poderá contribuir de forma indireta com dados que possam aprimorar e qualificar a prestação dos serviços em cuidados paliativos no local estudado e fomentar reflexões sobre o tema.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)

**Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):**

Pesquisador Responsável: Claudia do Nascimento Paiva

Endereço: Rua: Coronel Carlos Simplício Rodrigues, 136 – Apto. 505 – Jd.

Gibertone.

Contato telefônico: (16) 3415-7849/ (14) 99688-4325 E-mail:

[claudia\\_paiva@hotmail.com](mailto:claudia_paiva@hotmail.com)

Local e data: São Carlos, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO II – PARECER HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

**EBSERH**  
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

**Hospital  
 Universitário**  
Prof. Dr. Horácio Carlos Panepucci  
 Universidade Federal de São Carlos

Ministério da  
**Educação**

**OFÍCIO Nº 035-2016/GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA/EBSERH/MEC**

São Carlos, 25 de novembro de 2016

Ilma. Sra.  
 Profa. Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim  
 Departamento de Terapia Ocupacional  
 Universidade Federal de São Carlos

**ASSUNTO: PARECER DO PROJETO DE PESQUISA "CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GESTORES E DOCENTES"**

Prezada Profa.,

Agradecemos seu interesse em desenvolver o projeto de pesquisa no Hospital Universitário (HU-UFSCar) e esperamos contribuir com o estudo. O projeto atende aos critérios da Gerência de Ensino e Pesquisa, Gerência de Atenção à Saúde e Gerência Administrativa para projetos de pesquisa e foi aprovado, observando as orientações do parecerista.

Atenciosamente,



**Profa. Dra. Tania de Fátima Salvini**  
 Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica  
 Gerência de Ensino e Pesquisa  
 Hospital Universitário Prof. Doutor Horácio Carlos Panepucci - UFSCar



Ministério da  
**Educação**

#### Parecer Gerência de Atenção à Saúde

Em resposta ao Memorando nº 27/GEP/HU-UFSCar, venho por meio apresentar parecer considerando: cronograma, previsão orçamentária, recursos físicos, humanos e de equipamentos para a realização do projeto acima descrito.

Requisitos a serem analisados	Sim	Não	NA	Parecer
O cronograma é exequível em relação ao prazo proposto e atividades desenvolvidas na Unidade?	X			
Há previsão orçamentária própria ou de órgão de fomento sem ônus para os recursos assistenciais do HU-UFSCar?	X			
Os recursos físicos disponíveis na instituição são suficientes à execução da pesquisa, sem ser necessário espaço físico exclusivo à atividade?	X			
Os profissionais da assistência participam de alguma forma da pesquisa?	X			
Se sim, será no horário de trabalho e interferirá na assistência?				Essa informação não está presente no projeto.
Os recursos tecnológicos disponíveis na instituição são suficientes à execução da pesquisa, sem ser necessário disponibilidade exclusiva?			X	
Projeto já encaminhado ao Comitê de Ética?		X		
Há impacto para execução das atividades assistenciais na área em que será desenvolvido?		X		

- 1- O projeto poderá ser realizado sem impactos à Assistência do HU-UFSCar, desde que os respectivos profissionais, convidados a entrarem na pesquisa, possam participar em horário diferente do que estiverem trabalhando.

Parecer Colegiado da GAS	Sugestões de Alteração ou Justificativa de não Aprovação
✓ Aprovado, sem pendências.	<i>dúvida que não são as orientações do parecer.</i>
Aprovado, com pendências.	
A aprovação do projeto depende de esclarecimentos fundamentais para tomada de decisão.	
Não aprovado.	

**PARECER GERÊNCIA ADMINISTRATIVA**

Despacho:

A Gerência Administrativa não apresenta óbice à continuidade do presente projeto de pesquisa. De acordo com o seu prosseguimento.

**MOVIMENTAÇÃO**

<b>Origem:</b> [GA / HU-UFSCar] - Gerência Administrativa	<b>Destino:</b> [GEP / HU-UFSCar] - Gerência de Ensino e Pesquisa
--	--

## ANEXO III – PARECER CEP

UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GESTORES E DOCENTES.

Pesquisador: CLAUDIA DO NASCIMENTO PAMA

Área Temática:

Versão: 1

CAA E: 63133716.5.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

Número do Parecer: 1.912.098

**Apresentação do Projeto:**

O projeto "CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GESTORES E DOCENTES" atende aos esclarecimentos de sua especificidade e ilustra a relevância do tema para a sociedade.

**Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo principal (Compreender a percepção dos profissionais de saúde e identificar ações de ensino e prática sobre Cuidados Paliativos) e os secundários( Caracterizar as práticas de cuidado ofertada aos pacientes de cuidados paliativos; - Identificar as dificuldades e facilidades da equipe de referência e matricial nos cuidados dos pacientes paliativo;- Identificar junto aos docentes aspectos relacionados as atividades de ensino-aprendizagem dos alunos, nas áreas de enfermagem, fisioterapia, gerontologia, medicina, psicologia e terapia ocupacional sobre cuidados paliativos; - Identificar os conhecimentos e ações da equipe de gestão sobre cuidados paliativos) estão claros e coerentes com a metodologia descrita.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora esclarece que os "Riscos mínimos para os participantes da pesquisa:- Modificação nas emoções durante a entrevista;- Estresse emocional relacionado a experiências com cuidados paliativos".

Endereço: WASHINGTON LUIZ III 235  
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905  
UF: SP Município: SÃO CARLOS  
Telefone: (16)3351-9683 E-mail: cephumanos@ufscar.br

UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer nº 31/2020

Quanto aos benefícios, apresenta-os da seguinte forma: "- Elevar/aprimorar o conhecimento dos participantes;- Conhecimento procedente da pesquisa contribuirá para desenvolvimento de novas intervenções aos pacientes no HU/UFSCAR/EBSERH".

Assim, os riscos mínimos foram apresentados e os benefícios encontram-se adequados à pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa foi bem fundamentada em revisão bibliográfica, ressaltando a importância de seu desenvolvimento, em termos científicos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE atende ao requisitos recomendados pela Resolução MS no 466/2012.

**Recomendações:**

Poderia esclarecer que todos os entrevistados responderão as questões até item 5. As demais questões são específicas para determinado público alvo. Isto é, a questão 6 será feita somente para equipe de gestão do hospital, enquanto, as questões 7 e 8 serão aplicadas exclusivamente para docentes.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O TCLE e todos documentos anexados estão em consonância com a Resolução MS no 466/2012.

Como sugestão, solicita-se à pesquisadora esclarecer os comentários inseridos em "recomendações" neste parecer, ao longo do seu trabalho.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_821635.pdf	07/12/2016 15:50:27		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	07/12/2016 15:49:52	CLAUDIA DO NASCIMENTO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_.pdf	30/11/2016 06:32:57	CLAUDIA DO NASCIMENTO	Aceito
Outros	parecer_projeto_aprovacao.pdf	30/11/2016	CLAUDIA DO	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ III 235  
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.566-905  
UF: SP Município: SÃO CARLOS  
Telefone: (16)3351-9633 E-mail: cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 1.212.020

Outros	parecer_projeto_aprovacao.pdf	06/32/25	NASCIMENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_.pdf	30/11/2016 06:31:30	CLAUDIA DO NASCIMENTO PAIVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_CLAUDIA_DO_NASCIMENTO_PAMApdf	30/11/2016 06:31:14	CLAUDIA DO NASCIMENTO PAIVA	Aceito

Situação do Parecer:  
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:  
Não

SÃO CARLOS, 07 de Fevereiro de 2017

---

Assinado por:  
Priscilla Hortense  
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ HA 235  
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905  
UF: SP Município: SÃO CARLOS  
Telefone: (16)3351-9683 E-mail: cephumanos@ufscar.br