

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**

FABIANA TOMIE BECKER CHINO DOS SANTOS

**PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS:
PROMOÇÃO DE ESCUTA E ACOLHIMENTO**

São Paulo- SP

2020

FABIANA TOMIE BECKER CHINO DOS SANTOS

**PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS:
PROMOÇÃO DE ESCUTA E ACOLHIMENTO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Linha de Pesquisa: Educação Permanente em Saúde

Orientadora: Viviane Santalucia Maximino

São Paulo - SP

2020

FABIANA TOMIE BECKER CHINO DOS SANTOS

**PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS:
PROMOÇÃO DE ESCUTA E ACOLHIMENTO**

Banca Examinadora

Presidente: Profa. Dra. Viviane Santalucia Maximino

Profa Dra Angela Aparecida Capozzolo

Profa Dra Marina de Goés Salvetti

Prof Dr Alexandre Ernesto da Silva

Suplente: Profa. Dra Virginia Junqueira

Aprovação em 03 de julho de 2020

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P964p

Santos, Fabiana Tomie Becker Chino dos.
PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS:
PROMOÇÃO DE ESCUTA E ACOLHIMENTO. / Fabiana Tomie
Becker Chino dos Santos; Orientadora Viviane
Santalucia Maximino. -- Santos, 2020.
65 p. ; 30cm

Dissertação (Mestrado Profissional - Pós-graduação
Ensino em Ciências da Saúde) -- Instituto Saúde e
Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2020.

1. Cuidados Paliativos. 2. Educação Continuada. 3.
Enfermagem. 4. Escuta. I. Maximino, Viviane
Santalucia , Orient. II. Título.

CDD 610.7

“A todos os profissionais de saúde, sobretudo aos da enfermagem, com quem tive o privilégio de aprender, compartilhar e caminhar lado a lado na missão de CUIDAR dos nossos queridos pacientes e familiares”

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me guiado durante todo o percurso

À minha orientadora, Viviane Santalucia Maximino, que me orientou, guiou, apoiou e me conduziu até aqui com firmeza, leveza e muita luz.

Aos membros da banca, Alexandre Silva, Angela Capozzolo, Marina Salvetti e Virginia Junqueira, pelas valiosas contribuições.

Aos que disponibilizaram a instituição, por possibilitar a execução do projeto, especialmente Henry Walendy, Claudia Walendy, Dr Helio Yoshimoto e Enfermeira Rosana.

Aos participantes dos grupos, que generosamente compartilharam de seu tempo e vivências para que este trabalho fosse gerado

Aos meus pais, Carlos e Rosely, por sempre terem valorizado os estudos e por terem me oferecido a oportunidade de seguir adiante nessa trajetória, e também por terem sido meus pilares de sustentação.

Às minhas irmãs, Adriana e Juliana, pelo companheirismo, pela parceria de vida e por estarem próximas – tive o privilégio de não saber o que era não ter irmãs por ser a caçula, portanto minha vida já começou ao lado de vocês.

Aos meus avós, Mitsuko e Kumao (*in memoriam*), que me ensinaram o verdadeiro significado do amor e só me deixaram lindas e doces memórias afetivas.

Ao meu filho, Felipe, cuja existência trouxe mais sentido a minha vida, e que precisou entender tantos momentos de ausência durante essa trajetória profissional.

Ao meu esposo, companheiro e amigo, Willian, cuja chegada em minha vida trouxe paz, segurança e muito amor – se hoje esse dia chegou foi por sua presença ao meu lado.

Aos meus queridos familiares que a vida trouxe. Meu enteado, Filipe, minhas cunhadas, Wilza, Helen e Simone, aos meus cunhados, Ubirajara, Altair e Rodrigo, aos meus sogros, Maria e Joaquim (*in memoriam*), que tornam a minha base familiar maior, sustentada por muito amor e companheirismo.

Ao meu sobrinho Guilherme, por ter sido o primeiro da nova geração da família a trazer luz, alegria e ter me transformado em tia.

Aos meus colegas de profissão, que se dedicam a fazer o seu melhor e cuidar dos outros, e tantas vezes deixam de se cuidar.

A todos os meus pacientes e familiares, que permitiram minha entrada em suas vidas, talvez no pior momento, e que sempre me impulsionaram a lutar para que recebessem o melhor cuidado possível para manter a dignidade até o final.

Aos meus queridos amigos paliativistas, em especial à querida Vivian Marina Calixto Damasceno Spinelli, que agora vive em outra dimensão e tanto me apoiou durante essa trajetória.

Aos meus colegas do Mestrado Profissional do CEDESS, por todas as trocas, partilha de saberes, de risadas e sofrimentos pelos quais todo mestrando passa...

Oração de São Francisco

Senhor fazei de mim o instrumento de Vossa paz

Onde houver ódio

Que eu leve o amor

Onde houver ofensas

Que eu leve o perdão

Onde houver discórdia

Que eu leve a união

Onde houver dúvidas

Que eu leve a fé

Onde houver erro

Que eu leve a verdade

Onde houver desespero

Que eu leve a esperança

Onde houver tristeza

Que eu leve alegria

Onde houver trevas

Que eu leve a luz

Mestre, fazei que eu procure mais...

RESUMO

Os Cuidados Paliativos foram definidos pela Organização Mundial de Saúde em 1990, sendo uma especialidade recente. Há uma crescente demanda de treinamento das equipes assistenciais. Os objetivos deste estudo foram: aplicar um programa educativo em Cuidados Paliativos, e verificar se o programa ofereceu espaço de escuta e acolhimento aos profissionais. A pesquisa foi uma pesquisa ação, exploratória descritiva de abordagem qualitativa. O projeto foi implantado em uma instituição hospitalar, no município de Mauá. Foi realizado um programa de educação em Cuidados Paliativos, direcionado para a equipe de enfermagem, com duração de 20 horas, dividida em 5 encontros de 4 horas cada, uma vez por semana. O grupo foi composto por 20 profissionais de enfermagem, destes 8 participaram de pelo menos 4 encontros. Eram auxiliares, técnicos (75%) e enfermeiros (25%), com idades de 18 a 40 anos (61%). Dentre os temas mencionados destacamos : Necessidade de informação e de expressão de sentimentos, processo/organização de trabalho, experiências pessoais, percepção sobre o paciente/cuidado e comentários sobre o curso. Durante o percurso alguns temas foram adicionados para atender as demandas levantadas pelo grupo. O grupo percebeu o lanche oferecido como um ato de cuidado e a escuta como uma oportunidade de expressão e de interação. A autora esperava a temática morte e finitude como a mais comentada, no entanto as situações cotidianas vivenciadas prevaleceu. A escuta se revelou uma importante estratégia para o acolhimento desses profissionais, e pode ser inserido dentro de um programa educativo, sem prejuízo do conteúdo.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Escuta. Educação continuada. Enfermagem.

ABSTRACT

Palliative Care was defined by the World Health Organization in 1990, being a recent specialty. There is a growing demand for training of health professionals. The aims of this study were: To apply a education training program in Palliative Care to nursing team, and to verify whether the program offered space for listening and welcoming for professionals. The study was an research action, exploratory and descriptive. The project was implemented in a hospital in the municipality of Mauá. An education program in Palliative Care was carried out, directed to the nursing team, lasting 20 hours, divided into 5 meetings of 4 hours each, once a week. The group was composed of 20 nursing professionals, of whom 8 participated in at least 4 meetings. They were assistants, technicians (75%) and nurses (25%), aged 18 to 40 years (61%). Among the themes mentioned, we highlight: Need for information and expression of feelings, work process / organization, personal experiences, perception of the patient / care and comments about the course. During the tour some themes were added to meet the demands raised by the group. The group perceived the food offered as an act of care and listened to it as an opportunity for expression and interaction. We expected death and finitude as the most commented theme, however the daily situations experienced prevailed. Listening proved to be an important strategy for welcoming these professionals, and it can be inserted into an educational program, without prejudice to the content.

Keywords: Palliative care. Listening. Continuing education. Nursing.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	13
2 INTRODUÇÃO	15
3 OBJETIVOS	32
4 METODOLOGIA	33
4.1 Tipo de estudo	33
4.2 Local do estudo	34
4.3 População e amostragem	35
4.4 Desenvolvimento do programa de educação	35
5 RESULTADOS	38
5.1 Necessidade de informação/desinformação	46
5.2 Necessidade de expressão de sentimentos e compartilhar	48
5.3 Processo/organização de trabalho	50
5.4 Experiências pessoais	53
5.5 Percepção sobre o paciente/cuidado	55
5.6 Comentários sobre o curso	56
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICES	65
ANEXOS	70

1 APRESENTAÇÃO

Minha aproximação com a Enfermagem se deu no ano de 1999, ao ingressar na graduação. Desde o primeiro ano, optei por atuar em trabalhos voluntários, com atendimento a comunidades carentes. Já no primeiro estágio da graduação, deparei-me com uma paciente de aproximadamente 24 anos, em fase final de vida em virtude de uma neoplasia. Estava no meu último dia do estágio, e fomos nos despedir de todos os pacientes da retaguarda do Pronto Socorro. Lá, encontrei uma garota ictérica, muito emagrecida, com os cabelos ralos, mas com um sorriso contagiante. Nos aproximamos dela e, instintivamente, peguei em sua mão. Ela me olhou nos olhos e começou a falar:

Sabe... olhando para vocês eu me vejo como eu realmente era... não sou essa aqui!... isso não sou eu... eu sou a garota que, como vocês, almoçava no bandeirão, andava de circular, corria no velódromo e adorava gatos... Até ontem era uma garota como vocês, muito feliz pelas conquistas, até que veio a doença.... então tenho um pedido a fazer... para vocês me enxergarem além disso que estão vendo... por favor, lembrem de mim como uma garota feliz e cheia de vida... (sic).

Ao final do relato, contrariando todas as orientações das enfermeiras, estava sentada ao lado dela, à beira do leito, segurando sua mão, olhando em seus olhos e prometendo que realizaria seu desejo. Ao olhar para trás, não avistei nenhum dos meus colegas estudantes. Despedi-me, saí do quarto e me deparei com todos chorando copiosamente. Eu, me sentindo confusa e indignada ao imaginar como ela poderia ter se sentido mal com a cena de todos saindo para chorar, compartilhei este sentimento com meu grupo. Em minutos, meu professor chegou, olhou para mim e disse: *Fabiana, a reação deles é normal, a sua que não é esperada para uma aluna no primeiro ano da graduação. Você já teve aula com a professora Maria Julia? Melhor procurá-la...*

No mesmo dia, fui até a biblioteca da faculdade e peguei todos os livros da professora Maria Julia Paes da Silva, e descobri que o que eu gostava de fazer tinha nome: Cuidados Paliativos.

Daquele dia em diante, mantive meu olhar voltado para o “cuidar”, e não para o “curar”, por entender que os pacientes e seus familiares precisam dessa

assistência até os momentos finais. Auxiliei na implantação de grandes serviços de Cuidados Paliativos (CP) oncológicos e era a responsável por sensibilizar e treinar toda a equipe multidisciplinar para atuar com os pacientes em CP. Desde então, meu olhar sobre a educação se ampliou. Fui enfermeira do plantão noturno, e constantemente era convocada para treinamentos. Perdi a conta de quantas vezes o cansaço, por ter trabalho horas seguidas, me dominou e eu dormi durante todo o curso. Isso me despertou o interesse por novas formas de ensinar, que fossem além dos modelos de treinamento moldados, sem preocupação real com a temática e o público a ser atingido.

Ao longo da minha trajetória, percebi a necessidade das pessoas se expressarem, de compartilharem suas experiências. Ao final de todas as aulas, alguém se manifestava trazendo uma demanda pessoal, mesmo que sem relação direta com o conteúdo da aula. Ao observar isso, optei por incluir um momento de escuta, para trazer à tona todas as crenças dos profissionais relacionadas a CP. E foi assim que um novo cenário foi desvelado. Descobri que a sedação paliativa nunca era instalada no plantão de uma enfermeira cuja mãe era uma paciente em terminalidade; que, em outro plantão, uma técnica de enfermagem se mostrava contrária à prática da eutanásia por motivos religiosos e associava a sedação a essa prática, de maneira equivocada, etc. A partir daí, senti a necessidade de abordar esses aspectos, de expandir a reflexão, além dos conceitos de eutanásia e sedação paliativa, por exemplo, para as crenças religiosas, espirituais e sociais. A partir dessa reflexão, busquei novas formas de programas educativos com a temática dos CP para os profissionais diretamente ligados à assistência.

2 INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento da população, o aumento da expectativa de vida e o advento de novas tecnologias, os pacientes “fora de possibilidade de cura” acumulam-se nos hospitais, recebendo invariavelmente assistência inadequada, baseada em métodos invasivos e alta tecnologia, estratégias estas pautadas pelo paradigma da cura. Essas abordagens, ora insuficientes, ora exageradas e desnecessárias, quase sempre ignoram o sofrimento e são incapazes, por falta de conhecimento adequado, de tratar os sintomas mais prevalentes, sendo a dor o principal e mais dramático deles.

Não se trata de cultivar uma postura contrária à medicina tecnológica, mas questionar a “tecnolatria e refletirmos sobre a nossa conduta diante da mortalidade humana, tentando o equilíbrio necessário entre o conhecimento científico e o humanismo, para resgatar a dignidade da vida e a possibilidade de se morrer em paz. (MATSUMOTO, 2012, p. 23).

A abordagem paliativa considera uma visão mais ampla do indivíduo, voltada para sua integralidade, fazendo necessário uma intervenção em sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual. Sendo assim, a prática dos Cuidados Paliativos tem, obrigatoriamente, caráter multiprofissional e interdisciplinar (GOMES, OTHERO, 2016).

O movimento *hospice* contemporâneo foi introduzido pela inglesa Cicely Saunders, em 1967, com a fundação do Saint Christopher Hospice, no Reino Unido. Essa instituição prestava assistência integral ao paciente, desde o controle dos sintomas até o alívio da dor e do sofrimento psicológico. A partir de então, surge uma nova filosofia no cuidar dos pacientes terminais (MATSUMOTO, 2012).

Definidos em 1990 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), os Cuidados Paliativos foram posteriormente redefinidos, dez anos mais tarde, em 2002, como

[...] uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor, e

outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual. (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS apud HERMES; LAMARCA, 2013, p. 2578).

Figura 1 - Infográfico da Organização Mundial da Saúde sobre melhoria do acesso aos cuidados paliativos



Fonte: OMS. Infográfico Cuidados Paliativos (2016).¹

A figura 1 ilustra em um infográfico o que são os Cuidados Paliativos, em material elaborado para países em desenvolvimento. Os princípios enumerados pela OMS são: (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1990)

1. Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis

É de suma importância controlar os sintomas para que uma abordagem holística seja contemplada. Não há como discutir a terminalidade e a dimensão espiritual com o paciente que está com algum sintoma mal ou não controlado. Atualmente, os avanços no tratamento da dor colaboram para que os pacientes sintam a menor dor possível.

¹ Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/Palliative-care-infografic-in-Portuguese-WEB.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2020.

2. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida

O Cuidado Paliativo resgata a possibilidade da morte como um evento natural e esperado, na presença de doença ameaçadora da vida, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida.

A morte não precisa ser vista como uma derrota do indivíduo, mas como uma possibilidade real e concreta, uma vez que uma doença grave esteja presente.

3. Não acelerar nem adiar a morte

Aqui não se trata de acelerar nem de adiar a morte, mas sim deixar que ela ocorra da maneira mais natural possível. O indivíduo em fase final da doença necessita de suporte da equipe multidisciplinar para que seus sintomas sejam controlados, suas vontades respeitadas e para que seu organismo se encarregue do desfecho final, no momento em que lhe for mais oportuno, não sendo acelerado ou adiado pela nossa dificuldade em lidar com o processo de terminalidade.

4. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente

A doença, principalmente aquela que ameaça a continuidade da vida, costuma trazer uma série de perdas com as quais o paciente e família são obrigados a conviver, quase sempre sem estarem preparados para isto. As perdas da autonomia, da autoimagem, da segurança, da capacidade física, do respeito, sem falar daquelas concretas, materiais, como a perda do emprego, do poder aquisitivo e conseqüentemente de *status* social, podem trazer angústia, depressão e desesperança, interferindo objetivamente na evolução da doença, na intensidade e frequência dos sintomas, que podem apresentar maior dificuldade de controle. A abordagem desses aspectos sob a ótica da psicologia se faz fundamental. A novidade é a possibilidade de abordá-los também sob o ponto de vista da espiritualidade, que se confunde e se sobrepõe invariavelmente à questão religiosa.

5. Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte

Aqui, o enfoque é oferecer condições para que o indivíduo tenha sua autonomia preservada o maior tempo possível. Para isso, o adequado manejo dos sintomas é essencial. A participação de uma equipe multiprofissional também é fundamental para a busca de adaptações para este fim.

6. Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto

O paciente em Cuidados Paliativos apresenta várias dificuldades, sejam elas físicas, em virtude da presença da doença, ou emocionais e socioeconômicas. É obrigação da equipe auxiliar o paciente e sua família na busca dos recursos disponíveis para que esse processo seja imbuído de menor sofrimento.

7. Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto

O cuidado ao familiar vem explicitado na definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), pois, uma vez que o indivíduo se encontre em uma situação de doença grave e incurável, a dinâmica familiar é alterada, sendo necessário considerar o binômio paciente-família na abordagem multidisciplinar.

Os cuidados paliativos pressupõem a ação de uma equipe multiprofissional, já que a proposta consiste em cuidar do indivíduo em todos os aspectos: físico, mental, espiritual e social. O paciente deve ser assistido integralmente, e isso requer complementação de saberes e partilha de responsabilidades, em que demandas diferenciadas se resolvem em conjunto. A compreensão multideterminada do adoecimento proporciona à equipe uma atuação ampla e diversificada, dando-se mediante a observação, a análise, a orientação, visando identificar os aspectos positivos e negativos relevantes para a evolução de cada caso. Nesse sentido, vale salientar que os saberes são inacabados, limitados, sempre precisando ser complementados. (HERMES, 2013, PESSINI, 2005, RODRIGUES, 2004)

8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença

Com uma abordagem *holística*, observando este paciente como um ser *biográfico* e não apenas um ser simplesmente *biológico*, poderemos, respeitando seus desejos e necessidades, melhorar o curso da doença e também, segundo a experiência de vários serviços de Cuidados Paliativos, prolongar sua sobrevivência. Vivendo com qualidade, ou seja, sendo respeitado, tendo seus sintomas controlados, seus desejos e suas necessidades atendidos, podendo conviver com seus familiares, resgatando pendências, com certeza nossos pacientes também viverão mais (TEMEL et al., 2017; SIMONE, JONES, 2013).

9. Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia, incluindo todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes

Uma abordagem precoce permite a prevenção dos sintomas e de complicações inerentes à doença de base, além de propiciar o diagnóstico e o tratamento adequados de doenças que possam cursar paralelamente à doença principal. Boas avaliações, embasadas nos exames necessários, além da definição da capacidade funcional do paciente, são indispensáveis para a elaboração de um plano integral de cuidados, adequado a cada caso e adaptado a cada momento da evolução da doença (TEMEL et al., 2017).

A Assembleia da Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2014, lançou a primeira resolução global sobre cuidados paliativos, a Resolução WHA 67.19. Nela, os países pertencentes à OMS reconheceram, no Plano de Ação Global da OMS para a Prevenção e Controle de Doenças não Transmissíveis (DNT) 2013-2020, os Cuidados Paliativos como um dos serviços necessários (WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE, 2014).

Um dos compromissos dessa assembleia foi melhorar o acesso aos cuidados paliativos como um componente central dos sistemas de saúde, com ênfase nos cuidados de saúde primários e cuidados comunitários/domiciliares. A estratégia global da OMS para serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas oferece

uma estrutura para o fortalecimento dos programas de cuidados paliativos (WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE, 2014).

Em todo o mundo, estima-se que mais de 20 milhões de pessoas necessitem de cuidados paliativos no final da vida, todos os anos. A maioria (69%) é composta por adultos com mais de 60 anos, sendo que apenas 6% são crianças. A proporção mais alta (78%) de adultos que necessitam de cuidados paliativos no final da vida vive em países de baixa e média renda, e, inversamente, em países de renda mais alta são encontradas as maiores taxas de atenção. Aqueles que morrem de doenças não transmissíveis representam cerca de 90% da carga de cuidados paliativos no final da vida. As principais doenças são as cardiovasculares, câncer e doenças pulmonares obstrutivas crônicas. Juntamente com o diabetes e outras doenças não transmissíveis, elas são responsáveis pela grande maioria das necessidades de cuidados paliativos em adultos e tendem a predominar na faixa etária mais avançada. As regiões do Pacífico Ocidental, Europa e Sudeste Asiático concentram quase $\frac{3}{4}$ dos adultos que necessitam de cuidados paliativos no final da vida (WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE, 2014).

O desenvolvimento de cuidados paliativos segue um modelo de saúde pública, desenvolvido pela OMS, que enfatiza políticas, educação, disponibilidade de medicação e implementação. Contudo, existem muitas barreiras para alcançar cada um desses componentes.

A figura 2 ilustra os obstáculos e barreiras para a implantação de serviços de Cuidados Paliativos em países em desenvolvimento.

Figura 2 - Infográfico da Organização Mundial da Saúde sobre melhoria do acesso aos cuidados paliativos



Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016.²

A OMS entende que a população necessita de Cuidados Paliativos e que estes devem se dar em três níveis diferentes:

1. mediante “abordagem de cuidados paliativos” adotada por todos os profissionais de saúde, desde que tenham sido treinados para tal;
2. "cuidados paliativos gerais" prestados por profissionais de cuidados primários que tratam pacientes com doenças potencialmente fatais, como unidades de Oncologia, centros de tratamento para pessoas com HIV, etc., que tenham recebido um treinamento intermediário em cuidados paliativos;
3. "cuidados paliativos especializados", ofertados por equipes especializadas, compostas por profissionais com formação avançada em Cuidados Paliativos, e destinados a pacientes com problemas complexos. (WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE, 2014; EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE, 2010).

² Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/Palliative-care-infografic-in-Portuguese-WEB.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2020.

Quadro 1 - Indicação de abordagem paliativa x local de cuidado

	Abordagem paliativa	Cuidados Paliativos Gerais	Cuidados Paliativos Especializados
Cuidado Agudo	Hospital	Equipe hospitalar de Cuidados Paliativos	Unidade de internação de Cuidados Paliativos
Longa permanência	Instituições de longa permanência, hospitais de retaguarda	Equipe hospitalar de Cuidados Paliativos	Hospice
Home care	Assistência domiciliar, saúde comunitária, Clínica geral	Equipe domiciliar de Cuidados Paliativos	Hospital dia de Cuidados Paliativos, Equipe domiciliar de Cuidados Paliativos

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de European Association for Palliative Care (2010).

Nesse mesmo guia, encontramos as recomendações de treinamentos em Cuidados Paliativos. São elas:

1. todos os profissionais da área da saúde devem receber um treinamento básico sobre cuidados paliativos e alívio da dor;
2. os profissionais que atendem maior demanda de pacientes com doenças graves, como câncer, HIV e demência, devem receber um treinamento avançado em Cuidados Paliativos.

Considerando a realidade dos países de baixa ou média renda, há recomendação de fornecer a educação e o treinamento para todos os profissionais de saúde na área alvo, divididos em 4 etapas:

1. Treinamento básico (20 a 40 horas) para os profissionais de saúde que trabalham nos níveis primário e comunitário.
2. Treinamento de nível intermediário (60 a 80 horas) para os médicos e enfermeiros que lidam com pacientes com câncer (e outras doenças que geralmente demandam CPs) nos níveis secundário e terciário.
3. Treinamento de proficiência (especializado) (3 a 6 meses) para as equipes especializadas ou unidades de cuidados paliativos nos níveis secundário e terciário.

4. Introdução do tema nos currículos de graduação, em escolas médicas e de enfermagem.

O Brasil encontra-se no grupo com atividades isoladas em Cuidados Paliativos, sem políticas públicas, com poucos centros, os quais estão concentrados em algumas regiões do país (WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE, 2014).

Atualmente, no país, temos cadastrados 177 serviços. Destes, 103 (58%) estão concentrados na região Sudeste, dos quais 112 (64%) foram instituídos de 2010 até os dias atuais, ou seja, trata-se de uma área ainda a ser desenvolvida no Brasil (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018).

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) realizou uma análise situacional, em 2018, e elaborou uma série de recomendações nacionais para equipes e serviços de Cuidados Paliativos. Segue abaixo o quadro resumo:

Quadro 2 - Recomendações da ANCP para Estruturação de Programas de Cuidados Paliativos no Brasil

Níveis de atenção em Cuidado Paliativo (CP)	Abordagem De Cuidados Paliativos	Cuidado Paliativo Geral	Cuidado Paliativo Especializado de grau I	Cuidado Paliativo Especializado de grau II	Cuidado Paliativo Especializado de grau III
Protocolos e diretrizes de boas práticas em CP	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Disponibilidade de morfina e medicamentos essenciais em CP	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Equipe de Cuidados Paliativos	Não há	Não há-existe profissionais de referência em CP	Equipe mínima- (médico + enfermeiro), que atua em pelo menos 1 dos regimes de atendimento (hospitalar, ambulatorial, domiciliar ou hospice)	Equipe completa: médico, enfermeiro e psicólogo ou assistente social. Presta assistência nos 4 dos regimes de atendimento seja com uma	Equipe completa: médico, enfermeiro e psicólogo ou assistente social. Presta assistência nos 4 dos regimes de atendimento seja em uma mesma

				mesma equipe ou seja entre equipes integradas de Cuidado Paliativo.	equipe ou seja entre equipes integradas.
Treinamento dos profissionais	Profissionais da instituição de saúde com treinamento básico (20-40 horas)	Profissional referência em CP com treinamento intermediário (60-80 horas)	Ao menos o coordenador da Equipe possui treinamento especializado mínimo de 3 meses, demais membros da equipe com treinamento ao menos básico	Ao menos um médico da Equipe com curso de Especialização em CP (360h) e um não médico com curso de aperfeiçoamento. demais membros da equipe com treinamento ao menos básico	Ao menos um médico da Equipe com título de Área de Atuação em CP e um não médico com curso de aperfeiçoamento. Demais membros da equipe com treinamento ao menos intermediário.
Integração da Rede de Assistência à Saúde (RAS)	Casos mais complexos podem ter orientação ou assistência de um profissional do nível 2 ou 3.	Profissional de referência pode orientar profissionais do nível 1 ou encaminhar/solicitar apoio para o nível 3.	Pode orientar profissionais ou receber pacientes do nível 1 ou 2, e pode também encaminhar de volta para o nível 1 ou 2.	Integrada a toda Rede de Assistência a Saúde, com integração necessária a atenção primária e domiciliar.	Integrada a toda Rede de Assistência a Saúde, com integração necessária a atenção primária e domiciliar.
Oferece atividades de capacitação em CP	Não	Sim, treinamentos e capacitações em abordagens de CP oferecidos a profissionais da própria instituição.	Sim, treinamento para abordagem e CP intermediário, oferecidos a profissionais da própria instituição.	Sim, treinamento para abordagem e CP intermediário, realizados com a própria equipe ou instituição.	Sim, programas estruturados e regulares de educação especializada e capacitação em Cuidados Paliativos com abrangência regional ou nacional e/ou programas regulares de pesquisa em CP
Cadastradas no Mapa Brasileiro de CP	Não	Não	Sim	Sim	Sim

Fonte: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2018).

Cuidados Paliativos, no Brasil, é uma área de atuação médica que foi reconhecida somente em 2011, através da Resolução nº 1973/2011 do Conselho Federal de Medicina (CFM). Já na enfermagem foi reconhecida como especialidade apenas recentemente, no ano de 2018, por meio da Resolução COFEN nº 0570/2018. Considerando esse cenário, fica evidente a demanda em formar profissionais de saúde para atuar em Cuidados Paliativos.

No entanto, por ser um campo pouco explorado, não há um consenso sobre o que deve ser ensinado.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A crescente disparidade entre a demanda por serviços e atendimento de cuidados paliativos e a existência de profissionais de cuidados paliativos treinados resultou em considerável sofrimento no final da vida dos pacientes (BUI, 2012).

Essa colocação de Bui (2012) descreve bem o cenário atual no que se refere à Educação Continuada que aborde os temas da fase final da vida, da morte e do morrer e dos cuidados paliativos. Menin e Pettenon (2015), por sua vez, evidenciam a insuficiência na formação acadêmica dos profissionais de enfermagem que atuam com pacientes pediátricos e neonatais em fase final de vida. A fim de trabalhar essa demanda, as autoras propõem que as instituições ofereçam suporte psicológico e educação continuada. Em seu estudo, elas abordam o sofrimento evidenciado nas falas dos profissionais, sobretudo no contato com os familiares e também com a morte prematura dos pacientes. A metodologia utilizada pelas autoras, foi a qualitativa e exploratória, pautada por três categorias temáticas que emergiram: 1) ser enfermeiro diante da morte e do morrer infantil; 2) o enfermeiro no cuidado à família durante o processo de finitude da vida infantil; e 3) necessidade de qualificação profissional e de conhecimento sobre a temática.

Os resultados encontrados foram a difícil aceitação, enfrentamento e assimilação da finitude da vida infantil por parte dos enfermeiros, e o quanto o cuidado de enfermagem é fundamental nesse momento. Isso evidencia o despreparo emocional dos enfermeiros e a insuficiência de subsídio, seja em sua formação acadêmica, seja em sua educação continuada, bem como a ausência de suporte terapêutico nas instituições de saúde para lidar com a situação.

A simulação realística tem sido amplamente utilizada, sendo uma ferramenta da qual se vale Kopka (2016) para o ensino dos profissionais em fase final de vida (End of Life - EOL). Já Ferrell et al (2016) treinou enfermeiros que atuavam em escolas e serviços, formando multiplicadores para replicar esses ensinamentos em seus serviços de origem.

Hines (2012) oferece uma série de ferramentas voltadas para serviços de atendimento domiciliar e hospices para estimular a discussão sobre as competências culturais dos profissionais que atuam nesses serviços.

Esse pequeno recorte nos possibilita refletir sobre a realidade brasileira, e o quão complexo é o ensino em Cuidados Paliativos, visto englobar a comunicação com pacientes e familiares, entre equipes, espiritualidade, controle de sintomas, dentre outros aspectos.

Há inúmeras iniciativas em Educação em Cuidados Paliativos no mundo, uma delas é o End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC).

O Elneec foi lançado oficialmente em fevereiro de 2000, inicialmente financiado por uma grande doação da Fundação Robert Wood Johnson (RWJF). O National Cancer Institute (NCI) e a Open Society Institutes (OSIs), Aetna, Archstone, Oncology Nursing, California HealthCare, e a Cambia Health Foundations, Milbank Foundation for Rehabilitation, e o Department of Veteran Affairs (VA) forneceram financiamento adicional desde o início do programa. O programa ELNEC baseia-se na crença de que as necessidades únicas do processo da morte e do morrer podem ser resolvidas através de cuidados paliativos. (FERRELL; MALLOY; VIRANI, 2015, p. 61, tradução nossa).

A proposta de treinamento do ELNEC é dividida em sete módulos:

1. Introdução aos Cuidados Paliativos
2. Gerenciamento da Dor
3. Manejo de sintomas
4. Questões éticas
5. Considerações culturais e espirituais
6. Perdas e luto
7. Últimas horas de vida

A recomendação de ensino em Cuidados Paliativos para a equipe de enfermagem está presente em diversas literaturas, mas o que deve ser ensinado ainda não é um consenso. Ahern (2013) pesquisou o que as enfermeiras neonatologistas gostariam de aprender sobre Cuidados Paliativos, e elaborou um quadro com as principais demandas. Foram elas:

- Os princípios dos cuidados paliativos neonatais
- Como apoiar os pais quando estão em diferentes estágios de sofrimento

- Sabendo o que dizer; usando as palavras certas
- Manejo da alimentação em um bebê morrendo
- Manejo de sintomas em um bebê morrendo
- Como apoiar a família de um bebê falecido
- Quando e que tipo de fotos tirar
- Informações sobre a documentação pós-óbito

Considerando o aumento da demanda de Cuidados Paliativos e a dificuldade de acesso aos cursos de formação pela equipe de enfermagem, mostra-se necessário oferecer espaços de capacitação para as equipes assistenciais.

Segundo Kovács (2010), o profissional de saúde convive com a morte, em seu cotidiano; lida com situações de sofrimento e dor, tendo a morte como elemento constante e presente. Tais situações podem gerar sentimentos de impotência, frustração e de revolta.

Os profissionais de saúde sabem que irão lidar com a morte e finitude em sua escolha pela profissão; no entanto, a maneira como lidam com isso difere, em razão de sua experiência pessoal, da cultura na qual está inserido, e de sua formação profissional e capacitação em serviço (KOVÁCS, 2010).

Os trabalhadores de saúde, muitas vezes, absorvem os sentimentos negativos dos pacientes e familiares, e, caso não consiga ressignificá-los, pode entendê-los como ofensa pessoal e sofrer por isso. Esse processo pode levar à exaustão, caracterizada pelo *burnout* (KOVÁCS, 2010).

Considerando essa dificuldade dos profissionais em lidar com a morte, o sofrimento e sua própria finitude, Kovács (2010) destaca a necessidade de discutir as seguintes questões:

- ✓ Comunicação de más notícias aos pacientes e seus familiares;
- ✓ Como lidar com pacientes que estejam expressando sentimentos como medo, raiva e tristeza?
- ✓ Como tratar pacientes em cuidados paliativos;
- ✓ Como cuidar de sintomas incapacitantes, causadores de sofrimento e dor;
- ✓ Como abordar a família diante da aproximação da morte;

- ✓ Como lidar com a expressão do desejo de morrer do paciente ou da família que não suporta ver tanto sofrimento?

Como apresentado anteriormente, é evidente a importância de oferecer um cuidado ao profissional de enfermagem.

A escuta terapêutica é uma estratégia que pode ser utilizada para oferecer essa oportunidade de se expressar e escutar a si mesmo. Isso possibilita elaborar uma situação de outra perspectiva, além de obter informações complementares e necessárias. (MESQUITA, 2014, WATANUKI; TRACY; LINDQUIST, 2006)

Petterson (2010) realizou uma pesquisa qualitativa sobre a experiência de estresse e *burnout* por enfermeiros assistenciais, relacionando ao fato de cuidarem de pacientes que estão morrendo. O autor assinala que, embora saibamos que cuidar de pacientes que estão morrendo é estressante para os enfermeiros, há pouca informação sobre os aspectos específicos dessa experiência que os preocupam.

Considerando esse aspecto, e por ser a morte ainda um assunto considerado tabu, a proposta deste estudo é verificar se e como é possível ampliar educação profissional tradicional para que esta ofereça instrumentos e espaços de cuidado ao possível estresse e sofrimento dos profissionais perante a finitude.

Em 2004 Em 2004, foi implantada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) pela Portaria 198, onde o Ministério da Saúde assume a responsabilidade constitucional de ordenar a formação seus recursos humanos (LEMOS,2016).

Ao diferenciar os termos Educação Permanente e Educação Continuada, muitos autores consideram a educação Continuada em um visão reducionista. Já o pressuposto da Educação Permanente é transformar a realidade, a partir de novos aprendizados. Segundo LEMOS (2016) a mudança de postura é fundamental para o trabalho vivo , (...) impelindo os trabalhadores a reduzir a dimensão centrada no profissional ou nos procedimentos (tecnologia leve-duras e duras) e enfatizar o eixo das tecnologias leves.

Essa mudança de paradigma levam os profissionais a adotar uma postura mais voltada para a humanização do atendimento e comprometida com a ação de cuidar do usuário (LEMOS, 2016).

Conciliando as premissas do processo transformador da realidade, aliada à temática Cuidados Paliativos, é imprescindível pensar em formas de partilhar os saberes, considerando o cenário em que o profissional está inserido, bem como suas crenças e nível de conhecimento prévio.

Além disso, Em minha prática profissional, percebi que, ao ensinar os conceitos de Cuidados Paliativos, frequentemente era abordada por profissionais que pediam para compartilhar suas experiências pessoais e crenças sobre o tema.

Por esse motivo, e conhecendo as limitações institucionais para a existência de espaços de educação permanente, escuta e acolhimento, este estudo foi desenhado com uma metodologia diferenciada, incluindo esta preocupação. Neste sentido, foi criado um programa educativo que, no entanto, usou propostas pedagógicas que abriram espaço para a expressão de sentimentos e para o compartilhar das experiências das profissionais.

Para caracterizar melhor nossa amostra, foi aplicado um instrumento para verificar a presença de *burnout*. A Síndrome de Burnout é um processo desencadeado pelo estresse ocupacional, quando este se torna crônico. É uma forma de resposta ao estresse na tentativa de sobreviver às dificuldades e sintomas dele advindos (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

A exaustão emocional é a dimensão que se refere mais diretamente ao estresse e alude ao esgotamento, tanto físico como mental, levando à sensação de que não se dispõe mais de energia para as atividades cotidianas, em especial as laborais. Em seu bojo traz uma série de sintomas como transtornos do sono, dificuldade de atenção, lapsos de memória, insônia, problemas cardiovasculares, perturbações gastrointestinais, ansiedade, depressão entre outros. Esta é a dimensão considerada central da síndrome e representativa do estresse ocupacional.

A despersonalização, termo empregado por Maslach e Jackson, (1981; 1986), posteriormente alterado para cinismo (Maslach, Jackson e Leiter, 1996), revela a característica defensiva do burnout pelo desenvolvimento de atitudes e comportamentos desprovidos de interesse e envolvimento emocional com os demais, caracterizando-se pela desumanização no trato com as pessoas e a adoção de cinismo e ironia nas relações. Assim sendo, a adoção do termo desumanização é mais condizente.

A realização pessoal nas atividades ocupacionais decresce, dando lugar à ineficiência, à insatisfação, ao sentimento de insuficiência, por conseguinte reduzindo a autoestima. (BENEVIDES-PEREIRA, 2012, p. 159-60).

A justificativa para esse estudo reside na necessidade de oferecer um espaço para a escuta e o acolhimento desse profissional em sofrimento, que não são observados na prática assistencial.

Consideramos a possibilidade de utilizar destinado à educação dentro das instituições, para acolher, escutar e cuidar, de certa forma, deste profissional de saúde.

3 OBJETIVOS

QUESTÕES NORTEADORAS

- A formação em Cuidados Paliativos pode ser utilizada como um espaço para escuta e acolhimento dos profissionais de enfermagem?
- Como esse momento de escuta e acolhimento é percebido pelos profissionais de enfermagem?

Considerando essas questões, temos como objetivos desta pesquisa:

OBJETIVO GERAL

- Analisar o espaço de escuta e acolhimento inserido em um programa educativo sobre Cuidados Paliativos direcionado para profissionais de enfermagem

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar um programa educativo em Cuidados Paliativos a profissionais de enfermagem utilizando metodologias ativas.
- Verificar se, na percepção dos profissionais de enfermagem, o programa de formação profissional ofereceu espaço de escuta e acolhimento.
- Verificar se é possível ampliar educação profissional tradicional para que esta ofereça instrumentos e espaços de cuidado ao possível estresse e sofrimento dos profissionais perante a finitude.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

A pesquisa caracterizou-se como uma pesquisa ação, de caráter exploratório, descritiva, sendo sua abordagem qualitativa. O projeto foi implantado em uma instituição hospitalar, em um município localizado na região metropolitana de São Paulo, com cerca de 420 mil habitantes, localizado na região do ABC Paulista.

Segundo Tripp (2005), a pesquisa ação, método por nós escolhido, difere da pesquisa científica tradicional principalmente porque, a um só tempo, altera o que está sendo pesquisado e é limitada pelo contexto e pela ética da prática. A questão é que a pesquisa ação requer ação tanto nas áreas da prática quanto da pesquisa, de modo que, em maior ou menor medida, terá características tanto da prática rotineira quanto da pesquisa científica.

A pesquisa-ação tem como características ser inovadora, intervencionista, pró ativa e participativa, sendo documentada durante o seu processo. Esses pontos diferem da pesquisa científica tradicional. As estratégias pedagógicas se beneficiam dessa metodologia, por se propor a transformar a prática, e possibilitar a análise durante o percurso. Outro diferencial é a maneira como o resultado da pesquisa tende a ser disseminado por meio de rede de ensino e não de publicações. (TRIPP,2005)

Abaixo, seguem as informações quanto ao percurso metodológico. Na apresentação e análise dos resultados estarão presentes as impressões do pesquisador sobre os discursos, não sendo utilizada a análise do discurso segundo alguma teoria em particular, como é geralmente feito na pesquisa qualitativa.

4.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada em uma unidade hospitalar, no município de Mauá, na região metropolitana de São Paulo. Trata-se de uma instituição filantrópica que atende o SUS e convênios; conta com 117 leitos hospitalares, sendo 19 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 11 UTI adultas e 8 UTI neonatal, 20 leitos de

apartamento, 41 leitos de enfermaria, 28 leitos de berçário e 9 leitos na sala de pré-parto. Além do Centro Ambulatorial de Especialidades, realiza exames diagnósticos por meio do Laboratório de Análises Clínicas, tomografia computadorizada, mamografia, entre outros, e possui também um Centro de Hemodiálise. A instituição atende pacientes de média e alta complexidade, em diversas especialidades, e possui 4 unidades hospitalares. O local de realização da pesquisa foi o Hospital Central.

4.3 População e amostragem

A amostra dessa pesquisa foi constituída por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem da instituição que demonstraram interesse e disponibilidade para participar dos encontros.

A equipe gestora da instituição ficou responsável pela divulgação e captação de profissionais para a realização do treinamento. A participação foi condicionada à sua disponibilidade e a aceite para participar do projeto.

Os critérios de inclusão foram:

- ✓ Idade igual ou maior que 18 anos;
- ✓ Possuir vínculo empregatício, acadêmico, prestador de serviço na instituição onde será realizada a produção dos dados;
- ✓ Manifestação de interesse e disponibilidade para participar do programa educativo;
- ✓ Aceite espontâneo em participar da pesquisa, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de uso de autorização da imagem.

4.4 Desenvolvimento do programa educativo

Foi realizado um programa de educação em Cuidados Paliativos direcionado para a equipe de enfermagem, com duração de 20 horas, dividido em 5 encontros de 4 horas cada, uma vez por semana.

Os temas abordados no programa educativo foram: Introdução aos Cuidados Paliativos, hipodermóclise, cuidados com a pele e com pacientes em fase final de vida, avaliação e controle de sintomas, comunicação de más notícias, cuidados com a família e espiritualidade.

Em cada encontro, foram trabalhados os temas propostos a partir do uso de metodologias ativas, envolvendo muito diálogo e troca de experiências, correspondendo a cerca de 30 a 40% do tempo destinado à escuta dos participantes.

As ferramentas para produção dos dados da pesquisa foram:

- Diários de campo preenchido pelo pesquisador
- Comentários por escrito sobre os encontros, realizados de forma anônima. Esse relato continha a percepção dos participantes em relação aos quesitos: informativo, emocionais e didáticos, além das interações sociais experimentados por eles durante o programa de treinamento.
- Questionário Maslach para avaliar o *burnout*. Esse instrumento foi aplicado antes de iniciar a aula, no primeiro encontro a fim de identificar indivíduos com Síndrome de Burnout.

Etapas

Foi apresentado o projeto de pesquisa para a gerência de enfermagem e supervisão. O convite foi realizado através uma carta convite, e uma lista de interessados com sugestões de datas e horários para inscrição dos mesmos. Foi enviado um vídeo elaborado pela ANCP, disponibilizado gratuitamente em seu canal na internet, abordando o conceito de Cuidados Paliativos e apresentando a pesquisadora, que participou do vídeo.

A divulgação interna do projeto foi realizada pela supervisão de enfermagem. No primeiro encontro 20 pessoas compareceram. Contudo, em razão de ruídos de comunicação, alguns participantes acreditaram que o tema dos encontros seria Estomaterapia, e não Cuidados Paliativos.

Foi proposto um roteiro para os encontros, descritos no quadro abaixo. Os temas foram adequados às demandas do grupo, e foi adicionado o tema de cuidados com a pele. Quanto à duração, atendendo demanda da supervisão de enfermagem, houve alteração, e os encontros passaram a durar de 190 a 210 minutos, sem intervalo.

Os encontros ocorreram na instituição, em uma sala de reunião com capacidade para 15-20 pessoas. No primeiro encontro, foi aplicado o questionário de Maslach, bem como distribuídos os termos de consentimento. Foi apresentado ainda o objetivo dos encontros e o projeto de mestrado, ficando uma cópia impressa do projeto disponível para leitura.

Quadro 2 - Roteiro para os encontros do programa educativo

	ENCONTRO 1	ENCONTRO 2	ENCONTRO 3	ENCONTRO 4	ENCONTRO 5
TEMA	Cuidados Paliativos: princípios e definição Modalidades de atendimento : ambulatorial, domiciliar e internação	Avaliação e manejo de dor e outros sintomas Hipodermóclise: teoria e prática	Comunicação em Cuidados Paliativos	Espiritualidade A Família em cuidados paliativos	Assistência de enfermagem no final de vida Sedação paliativa
ESTRATÉGIA	Aula dialogada Dinâmica de perda Discussão de filmes e casos	Aula dialogada Aula prática Discussão de filmes e casos	Aula dialogada Role players Discussão de filmes e casos	Aula dialogada Simulação reunião familiar Discussão de casos	Aula dialogada Discussão de filmes e casos
ESTRATÉGIA DE ACOLHIMENTO	Escuta empática Roda de conversa	Relato sobre encontro anterior Escuta empática Roda de conversa	Relato dos encontros anteriores Escuta empática Roda de conversa	Relato dos encontros anteriores Escuta empática Roda de conversa	Relato dos encontros anteriores Escuta empática Roda de conversa
INSTRUMENTOS	TCLE Inventário sobre burnout Maslach Relato sobre o percurso	Relato sobre o Percurso	Relato sobre o percurso	Relato sobre o percurso	Relato sobre o percurso

Fonte: a autora.

5. RESULTADOS

O número total de participantes foi 20, sendo que destes cerca de 8 a 9 constituiu o grupo até o final. Em razão dos ruídos de comunicação, parte do grupo no primeiro dia acreditava que o tema abordado seria outro (cuidados com pele e feridas) e que seria apenas 1 encontro.

A sala para realização dos encontros era adequada para 12 a 15 pessoas, ficando desconfortável para grupos maiores. No primeiro encontro, esse fator também foi desfavorável. Foi sugerido pela pesquisadora que os encontros fossem realizados em dias alternados, quintas e sextas-feiras, em 2 turmas, para facilitar o acesso de mais pessoas. Como a equipe atuava em turnos de 12x36, eles trabalhavam em dias pares ou ímpares; no entanto, a sala foi disponibilizada pela supervisão somente no horário da tarde, às sextas-feiras, o que impactou a formação do grupo resultando na ausência de algumas pessoas nos demais encontros, pois nem sempre conseguiam ser liberadas do plantão, ou ainda atuavam em outro emprego.

Caracterização da amostra

Todos os presentes eram profissionais de enfermagem, distribuídos entre auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros. Alguns indivíduos tinham a formação em técnico de enfermagem, mas atuavam na instituição como auxiliar, já outros eram enfermeiros formados, mas ainda atuando como técnico de enfermagem. A formação de nível técnico prevaleceu no grupo (50% técnicos e 25% auxiliares de enfermagem).

Quadro 3 - Caracterização sócio-demográfica dos participantes

	N	%	
SEXO	FEMININO	16	80
	MASCULINO	4	20
ESTADO CIVIL	CASADO	6	30
	SEPARADO/DIVORCIADO	2	10
	SOLTEIRO	12	60
CATEGORIA PROFISSIONAL	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	5	25
	ENFERMEIRO	5	25

TEMPO DE ATUAÇÃO NA ÁREA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	10	50
	MENOS DE 1 ANO	2	10
	1-3 ANOS	5	25
	4-6 ANOS	7	35
	7-9 ANOS	5	25
	MAIS DE 10 ANOS	1	5
TEM MAIS DE UM EMPREGO	SIM	1	5
	NÃO	19	95
HORÁRIO DE TRABALHO	DIURNO	13	65
	NOITE	7	35
CARGA HORÁRIA SEMANAL	30H	1	5
	36H	14	70
	40H	1	5
	44H	3	15
	72H	1	5
ATIVIDADES DE LAZER	ASSISTIR TV	4	10
	CAMINHADA	2	5
	COMER	2	5
	DANÇAR	1	2,5
	DORMIR	4	10
	ESPORTE	6	15
	ESTUDAR	1	2,5
	FICAR COM A FAMÍLIA	4	10
	IR À IGREJA	1	2,5
	LER	5	12,5
	MÚSICA	1	2,5
	NAMORAR	1	2,5
	ORGANIZAR A CASA	1	2,5
PASSEAR	7	17,5	

Fonte: a autora.

O grupo foi composto em sua maioria por solteiros (60%), distribuídos na faixa etária até 40 anos, com uma concentração em duas faixas: 18 a 25 anos (28%) e 31 a 40 (33%). O tempo de atuação na área foi de 4 a 9 anos (60%), com 35% até 3 anos.

Quanto ao horário de trabalho, 65% da amostra atuava no período diurno, com uma carga horária semanal de 36 horas (70%). A carga horária de 72h corresponde a 1 única pessoa, que mantinha outro emprego.

Ao serem questionados sobre atividades de lazer, era possível assinalar mais de uma opção, as mais frequentes foram: passear (17,5%), seguidas por prática de algum esporte (15%), ler (12,5%), dormir, assistir TV e ficar com a família (10% cada).

No primeiro encontro, foi aplicado o questionário Maslach Burnout Inventory (MBI), com a finalidade de verificar como o grupo estava em relação ao estresse relacionado ao trabalho. O questionário não foi aplicado no final, pois não havia a pretensão de comparar os resultados antes e depois, uma vez que a proposta era auxiliar na caracterização da amostra. O questionário aplicado foi traduzido e validado no Brasil (JODAS, 2009).

O MBI foi criado por Christine Maslach, psicóloga e professora universitária na Califórnia, EUA, e validado no Brasil em 2001 (JODAS, 2009). O questionário Maslach Burnout Inventory (MBI) avalia três aspectos: despersonalização, exaustão emocional e realização profissional. Ele é composto por 22 questões distribuídas em 3 grupos: de 1 a 9 identificam o nível de exaustão emocional, de 10 a 17 estão relacionadas realização profissional, e as questões de 18 a 22 despersonalização.

Foi adotada uma escala do tipo Likert que varia de zero a seis, sendo (0) nunca, (1) uma vez ao ano ou menos, (2) uma vez ao mês ou menos, (3) algumas vezes no mês, (4) uma vez por semana, (5) algumas vezes por semana, (6) todos os dias.

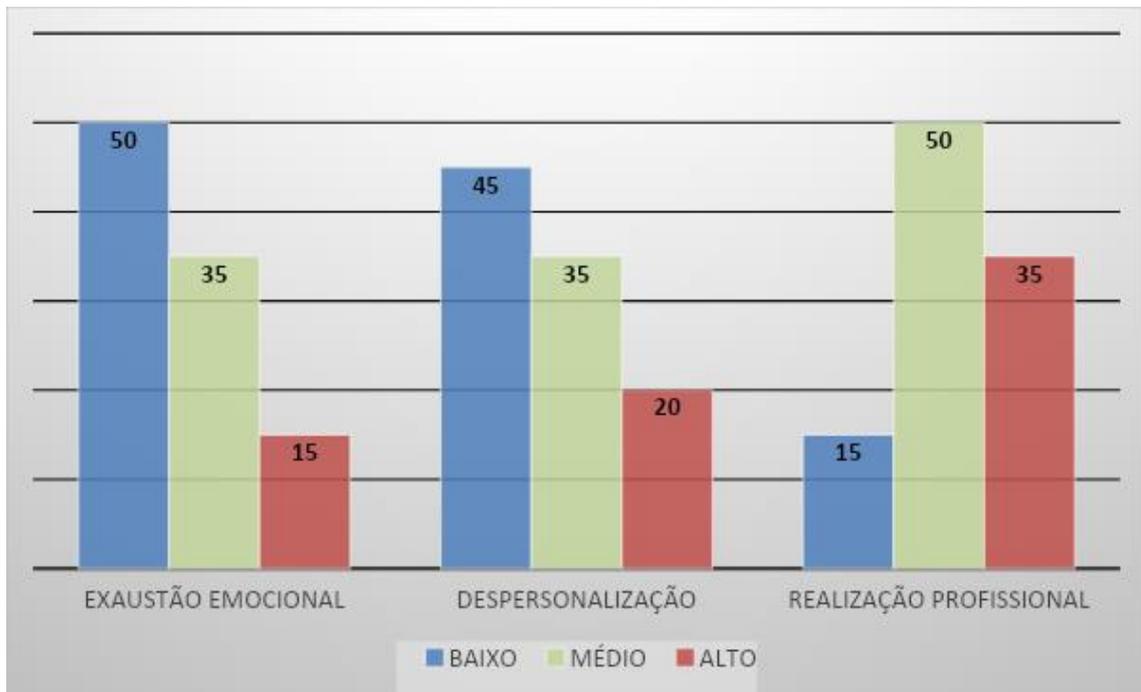
Quadro 4 - Valores da escala do MBI desenvolvidos pelo Núcleo de Estudos Avançados sobre a Síndrome de Burnout, 2001

DIMENSÕES	PONTOS DE CORTE		
	BAIXO	MÉDIO	ALTO
EXAUSTÃO EMOCIONAL	0 a 15	16 a 26	26 a 54
DESPERSONALIZAÇÃO	0 a 2	3 a 8	09 a 30
REALIZAÇÃO PROFISSIONAL	0 a 33	34 a 42	43 a 48

Fonte: JODAS; HADDAD, 2007.

Baseado nesses valores, os dados foram contabilizados e distribuídos no gráfico abaixo.

Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo as categorias do questionário de Maslach (%)



Fonte: elaborado pela autora.

Conforme representado graficamente, 50% das pessoas apresentaram escores médio e alto para exaustão emocional e 55% para despersonalização, mas apenas 15% apresentaram escore baixo para realização profissional. Apenas 1 indivíduo apresentou o escore baixo para realização profissional, e alto nos demais, o que caracteriza a Síndrome de Burnout (JODAS, 2007).

Esse dado chama atenção, pois podemos perceber que, apesar da exaustão emocional, há um alto índice de realização profissional, indicando uma satisfação com a escolha profissional. Ao realizar essa caracterização, a finalidade não era comparar antes e após intervenção, mas apenas servir como uma base para entender como esse participante se encontra no que se refere ao processo de *burnout*. Caso a maior parte da amostra fosse identificada com Síndrome do Burnout, esse cenário poderia contribuir para o resultado da pesquisa.

Os encontros seguiram o roteiro descrito abaixo:

1. Breve apresentação de todos os participantes: nome, tempo de profissão, categoria profissional e setor de trabalho
2. Introdução ao tema apoiada por apresentação em slides: Cuidados Paliativos: Princípios e definição
3. Exibição do curta: *La Dama y la muerte* (curta metragem espanhol que aborda de maneira lúdica a obstinação terapêutica)
4. Discussão do filme exibido
5. Exibição do clipe *Carl e Ellie*, casal tema do filme *UP-Altas Aventuras*, que aborda a trajetória de um casal de idosos, desde sua infância até à velhice e a morte da esposa, abordando o ciclo da vida e momentos dos dois vivenciados em ambiente hospitalar (perna quebrada, perda do bebê, doença e morte da esposa)
6. Discussão do filme exibido
7. Registro das experiências do dia
8. Encerramento

Os demais encontros foram iniciados com uma roda de conversa para falar sobre as impressões acerca do último encontro. Nesse momento, a pesquisadora já pensava na necessidade de realizar adaptações no conteúdo, baseada em suas percepções.

O emprego de recursos diversos contribuiu para oferecer 3 ou 4 momentos de fala dos participantes durante cada aula. Os vídeos selecionados eram curtos, apenas trechos de 3 a 5 minutos, sendo intercalados com a apresentação em slides. A seleção dos vídeos foi realizada a partir da experiência prévia da autora, que optou por filmes relacionados com a temática, disponíveis na íntegra e gratuitamente na internet.

Essa dinâmica, com vários espaços para fala, foram importantes para a construção do conteúdo. Exemplo disso foi a confusão inicial sobre o tema do curso. Eles foram informados de que o tema seria Cuidados com a pele e curativos, considerando esse interesse deles, preparei conteúdo específico sobre isso.

No final da aula, foi oferecida uma folha de papel em branco onde eles poderiam escrever livremente as impressões sobre o encontro. A fim de garantir o anonimato, a pesquisadora levou uma caixinha para que os papéis, dobrados e sem

identificação, fossem colocados pelos participantes. Ao término, a pesquisadora tampava a caixinha e recolhia os materiais.

Em todos os encontros a pesquisadora providenciou um lanche, que incluía baguetes recheadas, biscoitos doces, refrigerantes, sucos e bolos. A instituição cedeu o café. Combinamos que o lanche ficaria no centro da mesa, e que eles poderiam se servir a qualquer momento, pois não haveria intervalo. Isso foi acordado em conjunto, no primeiro encontro. Os encontros foram gravados em áudio e posteriormente ouvidos pela pesquisadora para complementar suas observações registradas no caderno de campo. Nele, assim que os encontros terminavam, a pesquisadora anotava suas considerações, para não perder alguma impressão mais importante. Em casa, continuava seu relato e transcrevia algumas falas presentes na discussão. Na apresentação dos resultados estas passagens estão contempladas. A pesquisadora optou por não transcrever na íntegra as falas, pois o instrumento privilegiado de coleta foi o caderno de campo do pesquisador.

Figura 1 – Materiais utilizados pela autora nos encontros



Fonte: arquivo pessoal.

Figura 2 – Lanche fornecido pela pesquisadora



Fonte: arquivo pessoal.

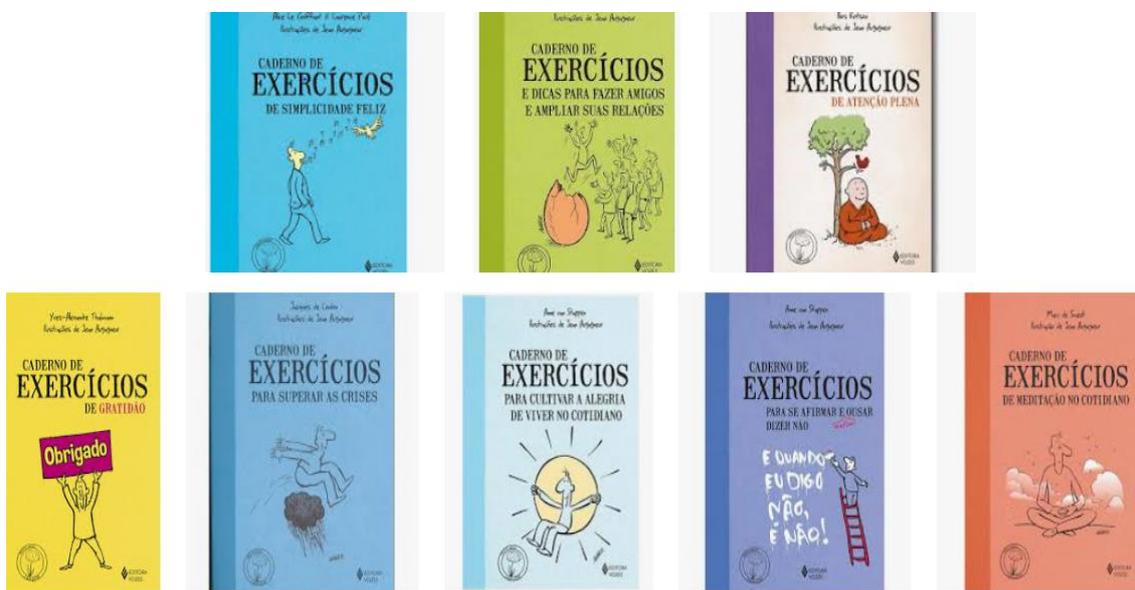
Figuras 3 – Lanche fornecido pela pesquisadora



Fonte: arquivo pessoal.

No último encontro, a pesquisadora preparou uma atividade direcionada ao autocuidado, envolvendo dinâmicas relacionadas nos cadernos de exercícios distribuídos aos participantes do grupo, maior tempo de escuta e enfoque na comunicação. Como fechamento, distribuiu uma folha com algumas referências sobre o tema, e presenteou cada participante com um livro interativo da Coleção Bem-Estar, além de um chocolate e uma carta de agradecimento.

Figura 4 – Coleção Bem-Estar- Caderno de Exercícios:



Fonte: imagens disponíveis na internet.

Para surpresa da pesquisadora, no último dia, uma das supervisoras de enfermagem e duas enfermeiras foram ao encontro agradecer em nome da equipe do hospital. Nesse dia, o grupo encomendou um bolo e uma cesta de flores para presentear a pesquisadora.

Segue abaixo um relatório destacando as falas dos participantes, divididas de acordo com os temas que mais foram comentados/observados no grupo:

5.1 Necessidade de informação/desinformação

A necessidade de informação foi evidenciada em algumas falas dos participantes, como exemplifica a fala a seguir: *“Eu acho que temos muito o que aprender na nossa profissão, para realizar um cuidado digno aos pacientes, muitas vezes achamos que estamos fazendo o certo, mais nem sempre o certo é bom para o paciente”* (Participante A).

Esse participante se refere à necessidade de um aprendizado e apresenta uma dúvida sobre o que é certo fazer; o termo digno foi empregado, chamando atenção para algo além da técnica. Nessa fala, o “certo” pode ser entendido como o seguimento das normas e rotinas hospitalares, evidenciando que o “digno” se refere a algo maior, que pode extrapolar a dimensão física do paciente, ou ainda referir-se a outras necessidades e desejos do mesmo.

Em dado momento dos encontros, ficou evidente a percepção dos participantes sobre sua falta de conhecimento sobre os temas trabalhados: *“nossa....a gente fazia tudo errado né”* (Participante A). Em alguns momentos, foi necessário pontuar que é comum não conhecer esses temas, pois em algumas falas ficou nítido o desconforto dos participantes ao reconhecer suas fragilidades.

Dentre os temas, o que mais repercutiu foi a Dor. A dor como o quinto sinal vital tem sido difundida na Enfermagem, no entanto esse ensino faz-se de forma inconstante e reduzida, razão pela qual os profissionais formados não utilizam este conhecimento na prática diária. Apesar de tais limitações, a implantação de um programa de manejo da dor é de suma importância, visto que possibilita lidar com o paciente de forma mais humanizada (NASCIMENTO, 2011). Segundo o Participante A,

Em relação à dor, trouxe um ótimo aprendizado porque não existe só dor física, mas sim a dor sentimental, psicológica, que dá pra lidar com palavras, gestos, aos poucos entende-se que aquela dor tem como trabalhar para saber conviver nos dias.

A dor ainda se apresenta como um problema pouco investigado e por vezes subestimado pelos profissionais de saúde no atendimento ao paciente. O tratamento adequado é prejudicado pela ausência de conhecimento e habilidade dos profissionais de saúde na obtenção do controle analgésico, a citar a

preocupação com os efeitos adversos dos opióides, o medo quanto a possibilidade de drogadição (dependência) e a relutância em aceitar as queixas dolorosas como respostas humanas que exigem intervenção (ARAUJO, 2015).

Foi discutido o manejo medicamentoso da dor, ficando claro o desconhecimento sobre os opióides. Tal desconhecimento pode ser observado na fala a seguir: *“Vixi, jura que a morfina é mais fraca que outros medicamentos? Misericórdia... se tem paciente que toma essas doses que a professora falou, então o médico também prescreve errado, né”*. (Participante A)

O tema foi trabalhado com o intuito de desmistificar o uso de opióides.

A avaliação da dor foi definida como quinto sinal vital em 2000, pela Joint Commission on Accreditation on Health Care Organizations (JCAHO), ou seja, ela deve ser avaliada e monitorada pela equipe de enfermagem. A postura pró ativa de questionar a dor auxilia na identificação desse sintoma possibilitando seu manejo de maneira adequada (ARAUJO, 2016).

Na próxima fala o participante refere que achava que era “normal” sentir dor: *“nossa, mas nem o médico sabe disso, né?...porque às vezes a gente até fala, mas como eles falam que não podem fazer mais nada, a gente achava que era normal, né...”* (Participante D).

O espaço de escuta foi interessante, pois percebemos as crenças dos profissionais sobre o uso de opióides, a dor do paciente, a terminalidade. O conhecimento técnico foi transmitido e trabalhado a partir das demandas que surgiam, tornando o processo reflexivo.

Nesse aspecto, ficou evidente para a pesquisadora o interesse dos participantes em adquirir novos conhecimentos. Logo no início dos encontros, a maneira de compartilhar os saberes foi apontada como “diferente”, pois a expectativa inicial do grupo era a de “receber” o conhecimento, e não de partilhar.

No segundo encontro foi observado, nas falas do grupo, um certo desconforto ao reconhecerem que não sabiam o suficiente e que isso pode ter comprometido a assistência ao paciente. A pesquisadora tomou essa percepção como ponto de partida para motivar os participantes e não desqualificar o cuidado que prestaram anteriormente, pois o intuito não era culpabilizar ninguém, mas sim aprimorar nossa prática diária.

5.2 Necessidade de expressão de sentimentos e compartilhar

Em relação à escuta, Souza, Pereira e Kantorski (2003) assinala que qualquer que seja a forma de tratamento que adotemos, é visível que na relação com o cliente deve haver uma melhor comunicação, através de uma linguagem comum entre profissionais que se aceitem como pessoas cuidando de pessoas, a fim de promoverem uma assistência mais humanizada. O autor ainda traz que a escuta é um instrumento de ajuda, servindo para auxiliar o indivíduo a se expressar, de tal forma que consiga compreender a si mesmo e a identificar o que é melhor para si.

O tema da importância de se expressar surgiu em diversas falas. Uma das participantes inclusive relatou que *“é bom a gente poder falar, porque na correria do dia a dia a gente nem sempre tem como falar com o colega, e foi vindo aqui que descobri um pouco mais sobre a vida dos meus colegas.”* (Participante C).

Os participantes, num primeiro momento, redigiam mais comentários sobre o conteúdo das aulas. Ao longo dos encontros, alguns participantes, que no início se expressavam menos, passaram a falar e a escrever mais. Na fala abaixo, a escuta, para essa participante, foi entendida como um cuidado:

[...] eu li muito sobre centro cirúrgico, e em todos os livros falam que a gente devia fazer uma roda no final de cada plantão porque é muito estressante nosso trabalho! A gente precisa desse cuidado e não recebe! Eu não vou conviver com esse paciente no meu setor, o paliativo, mas eu voltei aqui porque a gente percebe esse cuidado com a gente pelo carinho no lanche, por poder falar. (Participante A).

Outra participante destacou que não tem contato com pacientes da clínica, mas se manteve no grupo por entender o espaço como um cuidado, percepção assim colocada: *“Gostei muito, fui ouvida, aprendi muito a respeitar e a ser respeitada expressar os meus sentimentos e o colegas de trabalho principalmente o paciente”.* (Participante E).

A questão norteadora sobre como esse acolhimento é percebido pela equipe de enfermagem fica evidente nessas falas, pois reconhecem o espaço de fala como um espaço de cuidado e acolhimento. A importância de se sentir ouvido, em um espaço sem julgamentos e hierarquias, se reflete nos comentários dos

participantes, como da participante que afirma ter sido ouvida, de uma maneira positiva. Segundo Hirdes (2000, p. 153), “no escutar colocamo-nos no espaço objetivo externo e no espaço subjetivo interno do outro, através de uma participação, de um compartilhar do vivido”, diferentemente de ouvir, que é apenas a constatação de algo através do sistema auditivo.

A escuta pode ser um recurso terapêutico de ajuda. O fato de falar, por si só, pode trazer uma sensação de alívio, auxiliando a pessoa a se reorganizar (MESQUITA 2014; HIRDES, 2000). Durante o percurso, percebemos que o espaço de escuta foi de suma importância para a adesão dos participantes aos encontros. Na fala abaixo, um dos participantes faz uma sugestão para um espaço de conforto para a equipe, mas o que chama a atenção é a frase final: “passar pra frente”: *“Uma sugestão deveria ter um conforto para enfermagem um espaço só nosso para relaxar ficar p/ passar 1 horário de janta e almoço. Por favor passe isso pra frente.”* (Participante F).

Essa necessidade de partilhar sugestões foi frequente, em todos os encontros. Ficou evidenciada nos comentários a importância desse espaço de fala, de modo a permitir que assuntos não diretamente relacionados ao tema dos encontros pudessem ser discutidos em grupo.

No quesito escuta, a pesquisadora pode observar o quão importante e diferencial foi este momento. Suas percepções sobre o cenário em que estavam inseridos os participantes, o interesse por alguma problemática ou tema em particular, as questões relacionadas à prática diária, foram todas percebidas a partir da escuta. Ao final dos encontros, o que mais foi mencionado pelo grupo foi o efeito benéfico de poder compartilhar com os pares momentos e saberes. Alguns participantes se emocionaram, outros trouxeram à tona medos e angústias que foram acolhidas pelos colegas.

Para a pesquisadora, esse momento de escuta foi necessário e fundamental para guiar o desenvolvimento do projeto. O conteúdo dos treinamentos, como já dito, foi inclusive modificado por demandas percebidas durante os encontros.

5.3 Processo/organização de trabalho

Em 2009, ocorreu a publicação de uma portaria ministerial que instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde, as Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde. As questões relativas à saúde mental do trabalhador foram incluídas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), fazendo uma relação entre trabalho e doença, com causalidade a ser estabelecida (OLIVEIRA, 2019).

Oliveira realizou uma revisão de literatura abarcando o período entre 2008 e 2018 sobre a saúde mental do trabalhador, constatando que há uma relação direta entre saúde mental e trabalho, de acordo com Marques, Martins e Sobrinho (2011). Segundo estes autores, os transtornos mentais e comportamentais e as doenças são apenas a emergência de outros processos que as subsidiam, e resultam de contextos de trabalho.

Ainda nesse artigo, foi discutido que as condições e a organização do trabalho são elementos fundamentais para a análise dos processos de saúde e adoecimento dos trabalhadores, conforme apontam Rancan e Giongo (2016). O estudo aborda a organização do trabalho metalúrgico, colocando que tal organização é caracterizada por rígidos controles, por intensa produtividade, por excelência na qualidade e pela busca exaustiva por resultados. Fatores estes que afetam significativamente a saúde mental dos trabalhadores, aumentando os riscos e os danos à sua saúde.(RESENDE, 2019, RODRIGUES; ALVARO; RONDINA, 2006)

No que se refere à organização do processo de trabalho, uma das participantes expressou essa sua reflexão, mas justificou que ela mesma não conseguia dar “atenção adequada ao paciente e seu familiar pelo volume de trabalho na instituição”.

No nosso dia a dia a gente até tenta fazer o melhor, mas muitas vezes somos julgados e rotulados como chata e reclamona pelos nossos colegas de profissão...a gente percebe que é difícil para os pacientes, mas os relatórios consomem muito nosso tempo e somos cobradas por isso... a gente tenta fazer o melhor, mas nem sempre dá...e quando dá e a gente pede para o colega, ele reclama que a

gente é sabe-tudo (o lugar ocupado por cada um do grupo, transformar um grupo em equipe). (Participante A).

[...] olha dependendo do plantão a gente se comporta mais como o médico...por causa da correria mesmo... infelizmente às vezes a gente acaba se portando como eles mesmo... porque se você para pra dar atenção é uma coisa a menos que você tá fazendo... (Participante A).

Esse relato gerou concordância geral do grupo, que pontuou ser uma vontade cuidar melhor dos pacientes, dar mais atenção, mas que a prioridade é medicar e fazer os relatórios.

Sua dificuldade para lidar com problemas durante a convivência diária junto a pacientes, familiares e colegas têm contribuído para gerar situações de estresse de difícil resolução. Esse sentimento pode gerar uma sensação de impotência, frustração e revolta. No relato abaixo constatamos isso:

“Dor”. Sobre a dor física hoje aprendi mais claramente...tenho observado no trajeto da minha carreira, muito sofrimento e muitas tanto física como psicológica. Há também muito descaso, da parte profissional. Tanto médica quanto de auxiliares, técnicas e enfermeiras. Quanto ao doar um pouco do nosso tempo com aquele que no momento só quer desabafar, pois não se trata da dor física. Vejo muitos profissionais no momento dos cuidados falar da sua vida pessoal, ao invés de dar mais atenção ao paciente. Podemos sim dar mais conforto e atenção ao paciente só depende de nós... (Participante F).

Ainda segundo Kovács (2010), os profissionais de saúde podem sentir que seu trabalho não está sendo reconhecido, e que são agredidos pelos sentimentos expressos por pacientes e familiares. Não têm tempo para elaboração e compartilhar seus sentimentos. Por vezes se acreditam merecedores deles. Pode ocorrer sobrecarga afetiva, que se manifesta por meio de sintomas físicos, do adoecimento, resultando na Síndrome de Burnout.

Considerando o sofrimento do profissional de enfermagem em face do ato de cuidar e as dimensões do processo de trabalho, é necessário buscar estratégias para abordar a saúde do trabalhador. Para Silva e Ramminger (2014), podemos pensar no trabalho como operador de saúde quando há lugar para criação coletiva pessoal, bem como para o reconhecimento do trabalhador em sua atividade (OLIVEIRA, 2019). Na fala abaixo, a percepção de sua individualidade gerou uma

reflexão: *“percebi que todos da enfermagem eram iguais, e as pessoas não são iguais, no filme eles não fizeram a diferença”*. (Participante C).

Percebemos, aqui, uma possibilidade de utilizar o trabalho como operador de saúde a partir de medidas simples, como, por exemplo, oferecer momentos de escuta e partilha dos profissionais com os gestores, bem como manifestar o reconhecimento pelo bom desempenho dos profissionais.

Esse tema foi destacado pela pesquisadora, principalmente em suas observações. Em vários momentos, a pesquisadora notou, na fala do grupo, questões relacionadas ao processo de organização do trabalho. A impressão foi a de uma gestão mais conservadora, hierarquizada, de modo a não oferecer possibilidades de interações entre os pares e a liderança.

Além dessa percepção institucional, os discursos, várias vezes, revelaram um posicionamento pessoal dos participantes, no qual se colocavam em um papel mais submisso, por entender que “não são médicos” e que “seguem ordens”. Antes de iniciar o grupo, a pesquisadora pensou em utilizar o método Escribas, que consiste na produção, pelos participantes, de um material sobre os encontros, para apresentar aos demais. No entanto, logo na primeira aula, foi observada a dificuldade dos participantes em se manifestarem de maneira não anônima, e sobretudo por escrito, como se isso pudesse trazer algum “risco” para eles. Já no segundo encontro, o método foi descartado e substituído pela escrita de suas impressões, sem a necessidade de se identificarem e de forma voluntária. Os papéis eram dobrados e colocados em uma caixinha diante de todos, para que vissem que não seria possível identificar os autores de cada depoimento.

Pensando nesse contexto, a impressão que a pesquisadora teve foi a de desconfiança inicial do grupo, que não estava habituado a interagir de maneira tão livre com seus pares.

5.4 Experiências pessoais

Durante os encontros, houve o relato de experiências pessoais relacionadas ou não ao exercício profissional. Em alguns momentos, percebia-se que o restante do grupo demonstrava inquietações e certo incômodo, principalmente quando a fala do colega se estendia por mais de três minutos. Ao reconhecer isso, passei a estimular os demais a falarem. As falas demonstravam a correlação entre a atividade profissional e a vida pessoal:

Muito interessante, bom saber sobre a dor do paciente, se colocar no lugar desde sempre com respeito e dedicação. (Participante A).

Remédios aliviam a dor, mas só amor cura. (Participante E).

O mais difícil para mim foi ver minha mãe morrer em meus braços, e como profissional de saúde não pude fazer nada. (Participante F).

Aqui, o sentimento de impotência, já mencionado acima, fica evidente. Em dado momento, o grupo começa a partilhar experiências com pacientes dos quais cuidaram e que faleceram. Uma fala chamou atenção, quando o participante relata que uma médica tentou reanimar, após uma parada cardiorrespiratória, por 40 minutos, uma paciente jovem:

[...] depois de 40 minutos não tinha mais o que fazer... nós ficamos lá por 40 minutos... 20 minutos depois ela parou de novo, só aí a médica desistiu... mas você acha que ela ia ter chances depois de 40 minutos de parada?!!! Daí estressa toda a equipe, desgasta... por nada... porque era início do plantão... ela não chegou com a gente parada... tava intubada, o caso era grave... (Participante A).

O sentimento de frustração pode ser percebido na atitude da médica, que atuava para evitar a morte da paciente, já em estado muito grave, o que produziu um incômodo na equipe de enfermagem, pois a equipe, diante do quadro, não via sentido em realizar as manobras por tanto tempo, dado o estado da paciente.

Em seu artigo sobre o sofrimento do cuidador no contexto hospitalar, Kovács (2010, p. 425) pontua que

A formação dos profissionais de saúde, voltada predominantemente para o aspecto técnico do manejo das doenças não levando em conta a pessoa, está relacionada com a tarefa de salvar vidas. Observa-se neste processo de formação, ausência de disciplinas que discutam aspectos cognitivos e afetivos relacionados ao processo da morte e do morrer. Zimmermann (1992) sugere que durante seu processo de formação, profissionais de saúde reflitam sobre o clima emocional que envolve o ato médico, discutindo seus sentimentos e ansiedades. É essa discussão que envolve o [...] cuidado ao cuidador profissional...

5.5 Percepção sobre o paciente/cuidado

Em diversas falas, identifiquei um outro olhar sobre o paciente, como se a percepção sobre o cuidado diário tivesse sido modificada:

Refletir mais sobre a nossa importância na vida do paciente, para nós pode ser “apenas” um paciente, mas para alguém é o amor da vida dele. (Participante C).

Humanização conhecimento, que as vezes nós profissionais achamos que estamos fazendo tudo e que na verdade com sabedoria e conhecimento podemos fazer bem mais. (Participante E).

Amar, compaixão, respeito e humanização, com o próximo, pois o paciente é pai, mãe, filho de alguém. (Participante A).

O termo “humanização” surge em vários momentos, como a constatação de que o paciente, aqui, se torna novamente uma “pessoa”, em seu sentido mais amplo, considerando-o um ser biográfico.

A utilização de diversos métodos de humanização possibilita que os pacientes se sintam seguros e confiantes ao serem cuidados. Trata-se de um processo que envolve toda a instituição de saúde e deve fazer parte da forma de pensar e agir, permitindo que a experiência de estar doente se torne menos sofrida para os pacientes. (PENIA, OSELAME, 2015)

A reflexão sobre sua existência também apareceu em alguns discursos:

A aula hoje foi um pouco emocionante, mostrou um pouco de como os pacientes em estados terminais se sentem e convivem com a situação. Ensinaam que não precisamos estar em uma fase terminal com algo mais grande para poder viver com intensidade,

fazer coisas que amamos ou apenas realizar um desejo. (Participante A).

Que perdemos muito tempo com coisas fútil e que na vida tem coisas mais importante e que a prioridade é viver. (Participante B).

Reflexão. Vemos sobre nossa postura com paciente em momentos difíceis de como nossa vida é tão frágil ao descobrir que no fim somos pequenas dar prioridades a vida familiar e olhar humilde e com carinho para quem não tem nada. É mesmo assim são felizes. A pergunta é o que é importante pra você. Valorize a vida. (Participante C).

Momentos de reflexão sobre nossos propósitos, até onde vale a pena o sacrifício. A importância do direito de decisão do paciente sobre a conduta de seu tratamento. (Participante D).

Ficou evidente que as aulas mobilizaram e sensibilizaram os participantes, dando início a um processo reflexivo acerca da própria finitude.

Santos (SANTOS et al, 2016) identificou sentimentos relacionados ao sofrimento e ao prazer, relacionados ao processo de morte. Os referentes ao prazer foram identificados como a sensação de dever cumprido, conforto e alívio; os de sofrimento foram representados por tristeza, frustração, dificuldade com o luto, impotência e incapacidade. Os autores sugerem o emprego de estratégias de acolhimento e reflexão, como espaços para escuta, onde tenham oportunidades de falar sobre seus sentimentos vivenciados nesses momentos (SANTOS et al., 2016).

5.6 Comentários sobre o curso

No início do encontro, sempre perguntava como haviam passado a semana e se tinham refletido sobre nossas aulas. A maioria dos comentários era positiva, em alguns momentos a motivação para comparecimento ficou explícita:

[...] pessoal eu estou saindo para uma palestra, daí até o Dr XXXXX falou...vai lá, porque essa palestra deve ser maravilhosa, porque você não para de falar sobre ela...rsrs. (Participante B).

[...] é bom vir aqui, mas é difícil porque eu demoro muito para chegar quando não é meu plantão, e quando é, como hoje, o plantão tá muito pesado, e a gente acaba sobrecarregando os colegas que estão lá fora...mas enfim, é por uma boa causa né...porque vale a pena... (Participante A).

O conhecimento adquirido durante os encontros também foi mencionado em vários comentários:

Hoje aprendemos mais sobre cuidados paliativos como sempre foi muito bom e interessante! Deu pra ter noção de várias coisas e protocolos que conhecemos e uns que ouvimos falar. Como sempre aprendendo respeitar e se colocar na dor e dificuldade do paciente e respeitar o momento amenizando e trazendo o seu conforto. (Participante G).

Muito interessante, a cada aula um aprendizado novo. Como é bom aprendermos a cuidar do próximo até na hora de sua partida. Agradecida por aprender!!! (Participante H).

Hoje foi muito bom, e ver que diante de uma doença incurável ainda ter pessoas que tem uma fé inabalável, particularmente eu não teria essa fé, e muito menos vontade de continuar vivendo. (Participante L).

Além dessa sensação de ter aprendido coisas novas, o termo reflexão foi frequente:

A aula de hoje me fez refletir muito sobre as coisas, as prioridades da vida, em como na maioria das vezes deixamos de fazer algo para nos agradar para simplesmente ficar em casa sem fazer nada... Deixamos o lazer de lado, para trabalhar mais, estudar... Poderíamos dedicar um tempinho para o lazer, para a diversão. (Participante F).

É especial saber que somos fundamentais na vida dos pacientes, em um momento tão marcante e difícil. Esse treinamento tem sido essencial para minha carreira profissional e tem sido em grande choque de realidade, totalmente positivo. (Participante E).

O que ficou de hoje foi que a vida é importante, e temos que viver a cada dia a cada dia como se fosse o último, do respeito ao próximo, da ética, que o trabalho é muito importante. (Participante A).

Durante a discussão sobre como poderíamos propiciar maneiras de diminuir o sofrimento no cotidiano da vida hospitalar, os sujeitos trouxeram a importância da valorização pessoal e profissional. *“A tarde de hoje me fez refletir mais o quanto eu posso me comunicar com um simples fato de ouvir...também me fez refletir que só damos o que temos dentro de nós, isso pode ser de uma forma positiva ou negativa. A vida é passageira”* (Participante A).

O grupo se mostrou muito agradecido e satisfeito com a convivência:

Foram momentos de grande aprendizado, onde aprende a observar, várias formas de agir com paciente e com colegas de equipe em várias situações. Leverei para minha vida pessoal. Obrigada pela paciência, carinho, dedicação. Obrigada por dividir seu conhecimento, foi muito bom estar com você por esses dias. Um grande beijo, Deus abençoe esses dias. (Participante B).

Amei nosso encontro, pena ter terminado passou muito rápido e aprendemos trocar conhecimentos, experiências, opiniões, ajudou muito e mudou minha ideia e pensamento de como aprender com situações de conflito tiveram com pacientes e dar assistência necessária no momento preciso respeitar e ouvir meus colegas de trabalho porque às vezes nós trabalhamos mas não conhecemos nossos colegas de trabalho. (Participante C).

Com base nesses registros feitos anonimamente a cada encontro, foi gerada a imagem abaixo com um aplicativo formador de nuvem de palavras.

O interessante é observar que a palavra que mais apareceu nos comentários é “Paciente”, sugerindo que, apesar dos momentos reflexivos, a perspectiva do paciente foi a questão mais discutida. Outro ponto que chamou atenção ao confeccionar a nuvem é que a palavra “Vida” se destacou. Considerando que

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia utilizada nesta pesquisa mostrou-se interessante e adequada para alcançar os objetivos propostos. A intenção da pesquisadora não era desenvolver uma nova metodologia de ensino, mas sim observar e esmiuçar a experiência de um programa educativo que estimulasse a escuta e o acolhimento dos participantes.

As dificuldades em abordar o tema Cuidados Paliativos foram observadas desde o início, já na confusão inicial (Paliativos=Curativos). Ao iniciar a pesquisa, a autora esperava encontrar possíveis angústias e sofrimentos relacionados à finitude, à relação cura X cuidado. Apesar de essas temáticas serem abordadas e terem vindo à tona, a relação dos profissionais com seus pares e as relações de trabalho tomaram uma grande proporção.

Foi observado um crescente na participação dos profissionais. Os momentos de partilha, no início mais tímidos e reativos aos estímulos da pesquisadora, deram lugar a um espaço de fala consolidado, que ultrapassou os temas abordados. A pesquisa intervenção possibilitou à pesquisadora que desse espaço para essa partilha das angústias de cuidar dos outros e esquecer a si próprio e sua família, das dificuldades nas relações cotidianas do trabalho, das crenças religiosas e sociais que impactam a assistência diariamente. Caso a condução da pesquisa exigisse um roteiro preestabelecido e rígido, provavelmente esses aspectos não seriam observados.

O reconhecimento do local de fala e do alimento como Cuidado foi algo marcante para a pesquisadora. Essa importância aos detalhes, referida pelos participantes, sugere que, assim como os pacientes, os profissionais têm necessidades não atendidas e que os recursos a serem utilizados em um programa educativo devem ser pensados cuidadosamente para que a fome de saber seja tão saciada quanto a fome do “comer”.

Como produto deste mestrado, a pesquisadora elaborou um roteiro detalhado dos recursos e estratégias utilizados, além de sugestões de temas, filmes e dinâmicas. Mas de longe esse foi o ápice do trabalho.... O que a pesquisadora pode observar e irá levar como reflexão diz respeito a quão rica foi a possibilidade

de partilha e escuta, e o quanto ela apreendeu dessa experiência quando abriu mão do papel autoritário do “ensinar”.

Uma das dificuldades da metodologia utilizada é produzir dados quantitativos, possibilidades de comparação antes e depois; então, coube à pesquisadora conduzir e deixar ser conduzida pelo Grupo, e possibilitar um relato do que foi observado e comentado durante os encontros. Mas os resultados mais expressivos, sem dúvida alguma, são impossíveis de serem mensurados de forma imparcial e neutra, já que envolvem a própria pesquisadora...

Como consideração final, a autora gostaria de sugerir, urgentemente, que os profissionais responsáveis por “treinar” as pessoas se permitam experimentar novas maneiras de partilhar saberes e desenvolver competências e habilidades, pois foi buscando “ensinar” que a pesquisadora se reconectou com o que há de mais precioso para um profissional de enfermagem: o “Cuidar”.... de si, do Grupo, do Outro...

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANCP. Análise Situacional e recomendações para estruturação de programas de Cuidados Paliativos no Brasil. 2018. Disponível em: https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL_ANCP-18122018.pdf. Acesso em: 10 jan. 2019.

ARAUJO, M. M. T. de. *Comunicação em cuidados paliativos: proposta educacional para profissionais de saúde*. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. DOI:10.11606/T.7.2011.tde-31052011-123633. Acesso em: 26 out. 2016.

BUI, T. Effectively Training the Hospice and Palliative Medicine Physician Workforce for Improved End-of-Life Health Care in the United States. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, v. 29, n. 6, p. 417-420, 2012.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE - EAPC. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care*, [s. l.], v. 16, n. 6, 2009. Disponível em: <https://www.eapcnet.eu/Portals/0/adam/Content/LmgAajW9M0Os7VYZs0ZXCQ/Text/White%20Paper%20on%20standards%20and%20norms%20for%20hospice%20and%20palliative%20care%20in%20Europe.pdf>. Acesso: 1 jun. 2018.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE - EAPC. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *European Journal of Palliative Care*, [s. l.], v. 17, n. 1, 2010. Disponível em: <https://www.eapcnet.eu/Portals/0/adam/Content/LmgAajW9M0Os7VYZs0ZXCQ/Text/White%20Paper%20on%20standards%20and%20norms%20for%20hospice%20and%20palliative%20care%20in%20Europe.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2018.

FERRELL, B. et al. Cares: AACN's New Competencies and Recommendations for Educating Undergraduate Nursing Students to Improve Palliative Care. *Journal of Professional Nursing*, [s. l.], v. 32, n. 5, p. 327-333, set./out. 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S8755722316300850?via%3Dihub>. Acesso em: 4 dez. 2018.

FERRELL, B.; MALLOY, P.; VIRANI, R. The end of life nursing education nursing consortium Project. *Ann Palliat Med.*, v. 4, n. 2, p. 61-69, 2015.

GOLDSMITH, J. et al. Palliative Care Communication in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, [s. l.], v. 17, n. 2, p. 163-167, abr. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23538251>. Acesso em: 27 nov. 2018.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. *Estud. av.*, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 set. 2018.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, set. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 set. 2018.

HINES, D. Cultural Competence: Assessment and Education Resources for Home Care and Hospice Clinicians. *Home Healthcare Nurse*, [s. l.], v. 30, n. 1, p. 38-45, jan. 2012. Disponível em: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00004045-201201000-00010>. Acesso em: 14 nov. 2018.

HIRDES A. Centro de Saúde Mental de São Lourenço do Sul. Resgatando possibilidades de reabilitação psicossocial [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

JODAS, D. A.; HADDAD, M. do C. L. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta paul. enferm.* [online], v. 22, n. 2, p.192-197, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a21v46n2.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2018.

LEMOS C.L.S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0913.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019

KOPKA J. A.; ASCHENBRENNER, A. P.; REYNOLDS, M. B. Helping Students Process a Simulated Death Experience: Integration of an NLN ACE.S Evolving Case Study and the ELNEC Curriculum. *Nurs Educ Perspect.* v. 37, n. 3, p.180-2, may-jun 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27405204>. Acesso em: 20 nov. 2018.

KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *Mundo da Saúde*, [s. l.], v. 34, n. 4, p. 420-29, 2010.

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. *Cuidado paliativo*: CREMESP, São Paulo, n. 1-I, p. 18-21, 2008.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: Conceitos, Fundamentos e Princípios. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.) *Manual de Cuidado Paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2012. p. 394-401.

MENIN, G. E.; PETTENON, M. K. Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos de enfermeiros. *Rev. Bioét.*, Brasília, v. 23, n. 3, p. 608-614, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000300608&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 out. 2019.

MESQUITA, A. C.; CARVALHO, E. C. de. A. Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. *Rev. esc. enferm. USP*, São

Paulo, v. 48, n. 6, p. 1127-1136, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000601127&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Melhoria Do Acesso Aos Cuidados Paliativos. [Infográfico]. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/Palliative-care-infografic-in-Portuguese-WEB.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2020.

PENIA, M. N. de M.; OSELAME, G. B. Humanização da assistência hospitalar: revisão integrativa. *Rev. enferm. UFPI*, [s. l.], v. 4, n. 4, p. 94-99, out./dez. 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/3530>. Acesso em: 3 dez. 2018.

PESSINI, L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. *Pratica Hospitalar*, n. 41, p. 107-112, 2005.

RESENDE, A. O. et al. Uma perspectiva analítica acerca da saúde mental do trabalhador. *Unica Cadernos Acadêmicos*, [s. l.], ano 5, v. 1, n. 1, jan./abr. 2019. Disponível em: <http://co.unicaen.com.br:89/periodicos/index.php/UNICA/article/view/116/109>. Acesso em: 2 maio 2019.

RODRIGUES, I. G. *Cuidados Paliativos: Análise de conceito*. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

RODRIGUES, P. F.; ALVARO, A. L. T.; RONDINA, R. Sofrimento no trabalho na visão de Dejours. *Revista Científica Eletrônica De Psicologia*, São Paulo, n. 7, nov. 2006. Disponível em: http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/lh21p1ieajxlwck_2013-5-10-15-30-2.pdf. Acesso em: 20 set. 2019.

SANTOS, J. L. et al. Feelings of nurses faced with death: pleasure and suffering from the perspective of psychodynamics of Dejours. *Invest Educ Enferm*, [s. l.], v. 34, n. 3, p. 511-17, out. 2016.

SIMONE, C. B.; JONES, J. A. Palliative care for patients with locally advanced and metastatic non-small cell lung cancer. *Annal of Palliative Medicine*, Estados Unidos, v. 2, n. 4, p. 178-188, 20 ago. 2013. Disponível em: <http://www.amepc.org/apm/article/view/2650/3722>. Acesso em: 20 fev. 2019.

SOUZA, R. C. de; PEREIRA, M. A.; KANTORSKI, L. P. Escuta terapêutica: instrumento essencial do cuidado em saúde pública. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 92-97, 2003. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v11n1/v11n1a15.pdf>. Acesso em: 12 out. 2019.

TEMEL, J. S. *et al.* Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients with Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial. *Journal Of Clinical Oncology*, Estados Unidos, v. 35, n. 8, p. 834-841, 10 mar. 2017. Disponível em: https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2016.70.5046?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed. Acesso em: 20 jan. 2018.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educ. Pesqui*, [s. l.], v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a09v31n3.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2018.

WATANUKI, M. F.; TRACY, R.; LINDQUIST, R. Therapeutic listening. *In*: TRACY R.; LINDQUIST, R. *Complementary alternative therapies in nursing*. New York: Springer, 2006. p. 45-55.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee.. Geneva: World Health Organization, 1990. (WHO Technical Report Series, n. 804). Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39524/WHO_TRS_804.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 10 jan. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2. ed. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 jan. 2017.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE - WPCA. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. World Health Organization, 2014. Disponível em: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf. Acesso em: 19 abr. 2020.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE - WPCA. *Palliative Care Toolkits and Training Manual*. London, Help Hospices, 2009. Disponível em: <http://www.thewhpc.org/resources/category/palliative-care-toolkits-and-training-manual>. Acesso em: 10 jan. 2019.

Zimmermann D. A formação psicológica do médico. *In*: Mello Filho J, editor. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado profissional,

Estamos desenvolvendo a pesquisa: A capacitação em Cuidados Paliativos como um espaço de cuidado para a equipe de enfermagem, que está sendo desenvolvida como um dos trabalhos do programa de mestrado em Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo. O objetivo dessa pesquisa é: aplicar um programa de Capacitação em Cuidados Paliativos a profissionais de enfermagem utilizando metodologias ativas e verificar junto aos profissionais participantes sua percepção sobre a capacitação como um espaço de cuidado para a equipe.

Solicitamos sua participação nessa pesquisa assistindo e participando do curso, respondendo aos questionários e entrevistas e permitindo a filmagem dos encontros para posterior análise do pesquisador.

Essa pesquisa não acarretará nenhum risco de saúde. O risco de exposição indevida será controlado pelo princípio da confidencialidade, para isso somente os pesquisadores terão acesso a qualquer material produzido durante a coleta de dados. As imagens realizadas durante os encontros não serão utilizadas para exposição, sendo elas de uso restrito aos pesquisadores participantes da pesquisa.

Todo o conteúdo discutido será de caráter confidencial, portanto sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo, será mantido em sigilo.

Não haverá nenhuma despesa ou custo financeiro. Será necessário para sua participação apenas sua disponibilidade para os encontros e para responder aos questionários e entrevistas.

A sua participação nessa pesquisa será de grande valia. Deixamos claro que a qualquer momento o (a) senhor (a) pode se recusar a participar do estudo, ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem sofrer qualquer prejuízo.

Comprometo-me a fornecer todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre a pesquisa. Ao final da pesquisa os participantes terão acesso ao resultado da mesma.

Os pesquisadores envolvidos no projeto são:

Pesquisadora responsável: Fabiana Tomie B C Santos
Mestranda em Ensino em Ciências da Saúde pela UNIFESP
Contato: fatomie@hotmail.com (11) 97205-4525

Pesquisadora orientadora : Profa. Dra. Viviane Santalucia Maximino
Doutora em Saúde Mental, professora adjunto da UNIFESP
Contato: viviane.santalucia@unifesp.br

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Local e data:

_____ / ____ / ____

RG: _____ e-mail: _____

Endereço: _____

Telefone: () _____

Assinatura:

Comitê de Ética em Pesquisa Unifesp/HSP-HU

Rua Professor Francisco de Castro, 55 Vila Mariana 04020-050

Telefones: (11) 5571-1062 ou 5539-7162

E-mail: cep@unifesp.edu.br

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO E INVENTÁRIO DE BURNOUT MASLACH

DATA DA ENTREVISTA		DATA DE NASCIMENTO		SEXO:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
CATEGORIA PROFISSIONAL	<input type="checkbox"/> AUXILIAR DE ENFERMAGEM	<input type="checkbox"/> TÉCNICO DE ENFERMAGEM	<input type="checkbox"/> ENFERMEIRO			
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> CASADO	<input type="checkbox"/> SOLTEIRO	<input type="checkbox"/> SEPARADO/DIVORCIADO	<input type="checkbox"/> VIÚVO		
FORMAÇÃO	<input type="checkbox"/> NÍVEL TÉCNICO	<input type="checkbox"/> GRADUAÇÃO	<input type="checkbox"/> ESPECIALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> MESTRADO	<input type="checkbox"/> DOUTORADO	
ANOS ATUAÇÃO	<input type="checkbox"/> MENOS DE 1 ANO	<input type="checkbox"/> 1 A 3 ANOS	<input type="checkbox"/> 4 A 6 ANOS	<input type="checkbox"/> 7 A 9 ANOS	<input type="checkbox"/> 10 ANOS OU MAIS	
TRABALHA ATUALMENTE?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	TEM MAIS DE UM EMPREGO?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
PERÍODO DE TRABALHO	<input type="checkbox"/> MANHÃ	<input type="checkbox"/> TARDE	<input type="checkbox"/> NOITE			
CARGA HORÁRIA SEMANAL	<input type="checkbox"/> 30 H	<input type="checkbox"/> 36H	<input type="checkbox"/> 40H	<input type="checkbox"/> 44H		
QUANTAS HORAS VOCÊ DEDICA AO TRABALHO POR DIA?						
QUAL O MÊS/ANO DAS SUAS ÚLTIMAS FÉRIAS?						
VOCÊ FREQUENTA ALGUM CURSO ATUALMENTE?	SE SIM, EM QUAL PERÍODO?	<input type="checkbox"/> MANHÃ	<input type="checkbox"/> TARDE	<input type="checkbox"/> NOITE		
O QUE VOCÊ GOSTA DE FAZER NAS HORAS VAGAS?						
PRÁTICA ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO				
SE SIM, QUAL?		QUANTAS VEZES POR SEMANA?				
PONTUE DE 0 a 6 OS ITENS A SEGUIR CONFORME SEUS SINAIS E SINTOMAS						
0	NUNCA	4	UMA VEZ POR SEMANA			
1	UMA VEZ AO ANO OU MENOS	5	ALGUMAS VEZES POR SEMANA			
2	UMA VEZ AO MÊS OU MENOS	6	TODOS OS DIAS			
3	ALGUMAS VEZES AO MÊS					
FATORES PREDITORES				PONTUAÇÃO		
1	As atividades que desempenho exigem mais que um dia de trabalho					
2	Sinto que posso controlar os procedimentos e os atendimentos para os quais sou designado na instituição que trabalho					
3	A instituição onde atuo reconhece e recompensa os diagnósticos precisos, atendimentos e procedimentos realizados pelos seus funcionários					
4	Percebo que a instituição onde atuo o profissional é sensível aos funcionários, isto é, valoriza e reconhece o trabalho desenvolvido, assim como investe e incentiva o desenvolvimento profissional de seus funcionários					
5	Percebo de forma evidente que existe respeito nas relações internas da instituição (na equipe de trabalho e entre coordenação de seus funcionários)					
6	Na instituição onde atuo tenho oportunidade de realizar um trabalho que considero importante					
MASLACH BURNOUT INVENTORY						
1	Sinto-me esgotado ao final de um dia de trabalho					
2	Sinto-me como se estivesse no meu limite					
3	Sinto-me emocionalmente exausto com meu trabalho					
4	Sinto-me frustrado com meu trabalho					
5	Sinto-me esgotado com meu trabalho					
6	Sinto que estou trabalhando demais nesse emprego					
7	Trabalhar diretamente com pessoas me deixa estressado					
8	Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço					
9	Sinto-me cansado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho					
10	Sinto-me cheio de energia					
11	Sinto-me estimulado depois de trabalhar em contato com os pacientes					
12	Sinto que posso criar um ambiente tranquilo para os pacientes					
13	Sinto que influencio positivamente a vida dos outros com meu trabalho					
14	Lido de forma adequada com os problemas dos pacientes					
15	Posso entender com facilidade o que sentem os pacientes					
16	Sinto que sei tratar de forma tranquila os problemas emocionais do meu trabalho					
17	Tenho conseguidos muitas realizações em minha profissão					
18	Sinto que os pacientes me culpam por alguns dos seus problemas					
19	Sinto que trato os pacientes como se fossem objetos					
20	Tenho me tornado mais insensível desde que exerço esse trabalho					
21	Não me preocupo realmente com o que ocorre com alguns dos meus pacientes					
22	Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente					

APÊNDICE 3 – CONVITE ELABORADO PARA OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Olá,

Meu nome é Fabiana Chino e tenho um convite para fazer!

Quem sou eu?

Enfermeira especialista em Cuidados Paliativos e mestranda pela UNIFESP, pelo Centro de Ensino em Ciências da Saúde. Coordenadora do Comitê de Enfermagem da ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos)

Porque seria interessante participar deste curso:

Para aprender sobre como cuidar de pacientes em Cuidados Paliativos, desde o controle de sintomas, comunicação e até fase final de vida, já que nos deparamos diariamente com esses pacientes!

Porque eu estou propondo esse curso?

É meu projeto de mestrado profissional, na área de ensino. Durante minha trajetória tive que elaborar muitos treinamentos para a equipe multidisciplinar, visto o desconhecimento da maior parte da população sobre o que é CP.

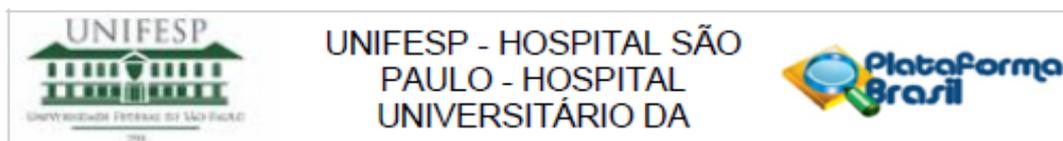
Então eu elaborei um programa de treinamento, totalmente GRATUITO, que vai ser diferente pois terá muita troca, diálogos e conversa, além das aulas!

E como será?

- ✓ **Público Alvo:** profissionais de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros), maiores de 18 anos que trabalham da Santa Casa de Mauá
- ✓ **Duração:** aproximadamente 20 horas, serão 5 encontros, semanais.
- ✓ **Conteúdo programático:** Princípios e definição de Cuidados Paliativos, Avaliação e manejo da dor, Sintomas mais prevalentes na fase final de vida, Comunicação de más notícias e espiritualidade.
- ✓ **Metodologia:** Rodas de conversa, aula dialogada, utilização de filmes e recursos áudio visuais
- ✓ **Data:** Programado para fevereiro até meados de março.

- ✓ **Irá depender do número de interessados, o número de turmas.** Para isso peço que assinalem dentre as opções abaixo:
- ✓ **IMPORTANTE:** O treinamento não é obrigatório, por isso a disponibilidade para participar do treinamento é muito importante, me disponibilizo para prestar informações e esclarecimentos. Por se tratar de um projeto de mestrado, irei apresentar os objetivos da pesquisa e solicitar a assinatura do termo de consentimento pessoalmente.
- ✓ **Horários disponíveis:** por saber que a maioria atua em plantões 12x36, para facilitar, vocês devem optar por horários nos dias que não estão de plantão. Por isso se o treinamento para a equipe ímpar iniciar na terça, terá um turma para equipe par na quarta feira. As turmas de sábado serão 5 encontros contínuos, portanto essa turma só ocorrerá caso as pessoas tenham disponibilidades 5 sábados seguidos, e não alternados, sendo ideal para quem atua de segunda a sexta feira.
- ✓ **LOCAL:** Ainda a ser definido, mas provavelmente nas dependências do hospital
- ✓ **INFORMAÇÕES:** fatomie@hotmail.com 11 972054525
- ✓ Obrigada!

ANEXO 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESCUTA E ACOLHIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS

Pesquisador: fabiana tomie becker chino dos santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 86418418.8.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.776.195

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n:0322/2018 (parecer final)

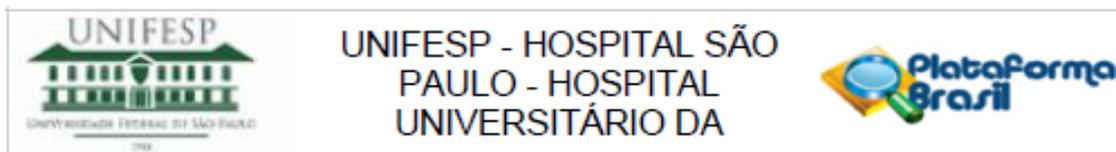
A justificativa para esse estudo está na necessidade de oferecer um espaço para a escuta e acolhimento desse profissional que está em sofrimento. Não verificamos espaços para partilha de experiências, escuta e acolhimento de angústias. Com o aumento da demanda de serviços de Cuidados Paliativos e o difícil acesso à capacitação, consideramos a possibilidade de utilizar o espaço formalmente cedido para treinar a fim de acolher, e escutar e cuidar de certa forma deste profissional de saúde. As questões norteadoras desse projeto são: • A formação em Cuidados Paliativos pode ser utilizada como um espaço para escuta e acolhimento dos profissionais de enfermagem? • Como esse momento de escuta e acolhimento é percebido pelos profissionais?

Objetivo da Pesquisa:

-OBJETIVO PRIMÁRIO: • Analisar os efeitos de um programa de formação profissional em Cuidados Paliativos oferecido para profissionais de enfermagem que atuam em uma instituição hospitalar.

- OBJETIVO SECUNDÁRIO: • Aplicar o programa de formação profissional em Cuidados Paliativos a profissionais de enfermagem utilizando metodologias ativas • Descrever e analisar as metodologias utilizadas no programa de treinamento • Verificar se o programa de formação profissional ofereceu espaço de escuta e acolhimento, na percepção dos profissionais de

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 2.776.195

enfermagem

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

-RISCOS: A pesquisa por seu caráter não invasivo não oferece riscos físicos aos sujeitos. Entendemos que os sujeitos podem se sentir constrangidos pelo caráter em grupo da pesquisa, e por este motivo está claro no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que a qualquer momento o sujeito pode solicitar para sair do estudo.

- BENEFÍCIOS: Não haverá nenhum tipo de compensação financeira, entendemos como benefício a possibilidade do aprimoramento profissional que o treinamento irá proporcionar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-Trata-se de projeto de mestrado de Fabiana Tomie Becker Chino dos Santos. Orientadora: Profa. Dra. VIVIANE SANTALUCIA MAXIMINO. Projeto vinculado ao Programa de Mestrado Profissional em Ensinos em Saúde do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo.

-Centros Coparticipantes: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MAUA; responsável: Helio Yoshimoto;

TIPO DE ESTUDO: A pesquisa será uma pesquisa intervenção, exploratória descritiva de abordagem qualitativa.

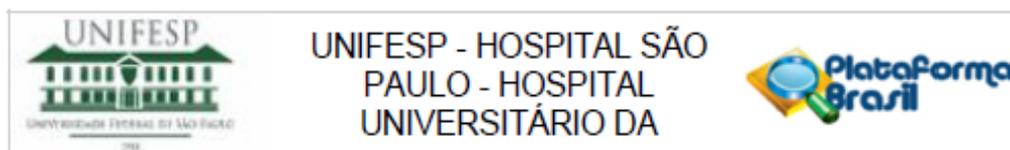
LOCAL: A pesquisa será realizada nas dependências da Santa Casa de Mauá, no município de Mauá, no estado de São Paulo.

PARTICIPANTES: Irá constituir a amostra dessa pesquisa enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem da instituição, que demonstrem interesse e disponibilidade para participar dos encontros. A equipe gestora poderá indicar profissionais para realização do treinamento, mas sua participação ficará condicionada à sua disponibilidade e a aceite para participar do projeto.

PROCEDIMENTOS:

1-Treinamento: Será aplicado um treinamento em Cuidados Paliativos, direcionado para a equipe de enfermagem, com duração de 20-25 horas, dividida em 5 encontros de 4-5 horas cada. Os temas abordados no capacitação serão: Introdução aos Cuidados Paliativos, hipodermóclise, fase final de vida, avaliação e controle de sintomas, comunicação de más notícias, cuidados com a família e espiritualidade. Os encontros terão duração de 5 horas, de frequência semanal. Haverá

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 2.776.195

em cada encontro um espaço reservado para escuta e acolhimento dos profissionais, a ser realizado pelo pesquisador. Os encontros serão gravados para que o pesquisador possa observar o comportamento dos sujeitos envolvidos.

2-Os instrumentos utilizados durante a pesquisa serão: • Diários de campo- a ser preenchido pelo pesquisador • Escribas- serão designados a cada encontro participantes que deverão realizar uma produção em forma de texto, música, gravura ou poesia, relacionando o conteúdo da aula do dia e que deverá ser apresentado no próximo encontro; • Relato sobre o percurso que deverá ser escrito e entregue ao final dos encontros. Esse relato deverá conter a percepção dos participantes em relação aos quesitos : informativo, emocionais e didáticos, além das interações sociais experimentados por eles durante o programa de treinamento. Questionário Maslach para avaliar o burnout- Esse instrumento será aplicado antes de iniciar a aula no primeiro encontro, e 30 dias após o término, a fim de avaliar se há alguma variável relacionada ao burnout na percepção dos profissionais em relação ao treinamento

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma apresentados adequadamente.

2-TCLE a ser aplicado aos participantes

Recomendações:

Nada consta

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

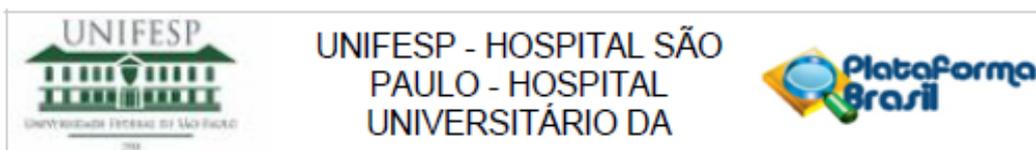
Trata-se de respostas de pendências ao parecer original consubstanciado CEP nº2.608.119 de 18/04/2018, quanto aos seguintes questionamentos:

1-Será necessário enviar carta de ciência/concordância do colaborador do Centro

PENDÊNCIA ATENDIDA

2-Uma vez que a pesquisa será realizada na Santa Casa de Mauá, será necessário enviar carta de ciência/autorização do responsável pela Instituição.

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55			
Bairro: VILA CLEMENTINO	CEP: 04.020-050		
UF: SP	Município: SAO PAULO		
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162	E-mail: cep@unifesp.edu.br	



Continuação do Parecer: 2.776.195

Coparticipante.

Foi anexada o termo de anuência, não fora anexado anteriormente por engano.

PENDÊNCIA ATENDIDA

3-Será necessário enviar o questionário que será aplicado (qualquer teor de entrevista ou questionário utilizado em uma pesquisa deve ser analisado pelo CEP e deve ficar anexado na Plataforma Brasil, junto a todos os outros documentos).

Anexado a versão do questionário sociodemográfico com o inventário de MASlach

PENDÊNCIA ATENDIDA

4-Em relação ao TCLE:

a)- dar mais informações sobre o treinamento: em que momento correrá (durante o período de trabalho ou após?, quantos encontros serão, quanto tempo durará cada encontro etc.)

b)- é necessário informar que o termo está sendo disponibilizado em 2 vias originais (não usar a palavra 'cópia'), uma para ficar com o participante e outra para ficar com o pesquisador. Revisto e reformulado o TCLE

PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP- de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, e após a análise do referido projeto, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do projeto de pesquisa proposto.

Solicitamos que sejam encaminhados ao CEP:

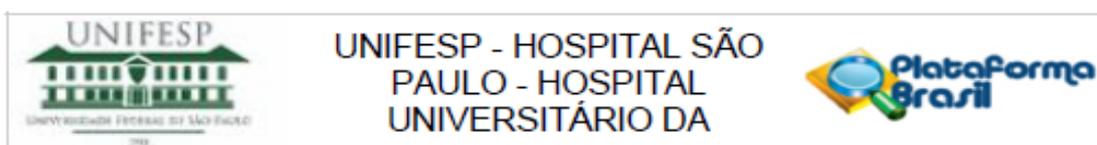
1 Relatórios semestrais;

2 Comunicar toda e qualquer alteração do Projeto e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de participantes deve ser temporariamente interrompida até a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

3 Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer Evento Adverso Grave ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.

4 Para projetos que utilizam amostras criopreservadas, procurar o BIOBANCO para início do processamento.

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 2.776.195

5 Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos, após conclusão da pesquisa, para possível auditoria dos órgãos competentes.

6 Este projeto está cadastrado no CEP sob o número 0322/2018

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1082573.pdf	19/06/2018 20:21:40		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1082573.pdf	19/06/2018 19:42:49		Aceito
Outros	RESPOSTAPARECER.docx	19/06/2018 12:28:51	fabiana tomie becker chino dos santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLErevisado.docx	19/06/2018 12:10:08	fabiana tomie becker chino dos santos	Aceito
Outros	MASLACH1.pdf	19/06/2018 12:06:09	fabiana tomie becker chino dos santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoMAIO2.docx	18/05/2018 21:00:33	fabiana tomie becker chino dos santos	Aceito
Brochura Pesquisa	projetoMAIO.docx	18/05/2018 17:27:43	fabiana tomie becker chino dos santos	Aceito
Outros	termoanuencia.pdf	18/05/2018 17:16:39	fabiana tomie becker chino dos santos	Aceito
Outros	CEP.jpg	28/03/2018 08:01:59	fabiana tomie becker chino dos santos	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	12/03/2018 12:11:55	fabiana tomie becker chino dos santos	Aceito

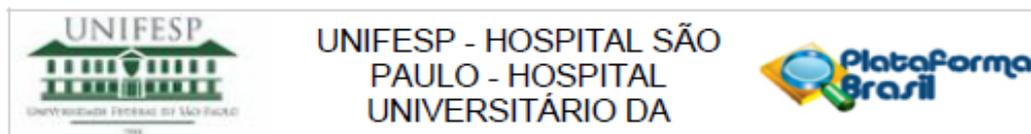
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 2.776.195

SAO PAULO, 18 de Julho de 2018

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

Página 06 de 06

ANEXO 2



Mauá, 19 de fevereiro de 2018

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo-
CEP/UNIFESP

Autorização para realização de pesquisa

Eu, Helio Yoshimoto, diretor técnico da Santa Casa de Mauá/, venho por meio desta informar a V. Sa. que autorizo o(a) pesquisador(a) Fabiana Tomie Becker Chino dos Santos aluna do curso de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, a realizar/desenvolver a pesquisa intitulada ESCUTA E ACOLHIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS sob orientação do Prof.(a). Dr. (a). Viviane Santalucia Maximino .

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.



Dr. Helio Yoshimoto
Médico
CRM: 18726

Assinatura e carimbo