

**ANA CLÁUDIA ARGUELLES DOS REIS**

**CUIDADO PALIATIVO E EDUCAÇÃO:  
percepções da equipe multiprofissional de um hospital de alta  
complexidade da Grande São Paulo**

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

**São Paulo  
2018**

ANA CLÁUDIA ARGUELLES DOS REIS

**CUIDADO PALIATIVO E EDUCAÇÃO:  
percepções da equipe multiprofissional de um hospital de alta  
complexidade da Grande São Paulo**

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

Orientadora:  
Profa. Dra. Rita Maria Lino Tarcia

São Paulo  
2018

Reis, Ana Cláudia Arguelles dos

**Cuidado Paliativo e Educação: Percepções da Equipe Multiprofissional de um Hospital de Alta Complexidade da Grande São Paulo** / Ana Cláudia Arguelles dos Reis. – São Paulo, 2018. xx, 215f.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde.

Título em inglês: Palliative care and education: perceptions of the multiprofessional team of a high complexity hospital of Greater São Paulo.

1. Cuidados Paliativos. 2. Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida. 3. Equipe de Assistência ao Paciente. 4. Educação em Saúde.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**  
**CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM**  
**SAÚDE**  
**MESTRADO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**MODALIDADE PROFISSIONAL**

**Diretor:**

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

**Coordenadora do Curso:**

Profa. Dra. Elke Stedefeldt

**Ana Cláudia Arguelles dos Reis**

**CUIDADO PALIATIVO E EDUCAÇÃO:  
percepções da equipe multiprofissional de um hospital de alta  
complexidade da Grande São Paulo**

**Presidente da banca:**

---

Profa. Dra. Rita Maria Lino Tarcia

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Angélica Massako Yamaguchi

---

Profa. Dra. Letícia Andrade

---

Profa. Dra. Ieda Carneiro

**Suplente:**

---

Profa. Dra. Elke Stedefeldt

## Dedicatória

*Dedico este trabalho a Deus, a minha família e  
em especial a meu esposo,  
pelo apoio incondicional, e por todo amor e incentivo,  
em diversos momentos de minha vida.  
Sempre ao meu lado durante toda essa jornada,  
entendendo a minha dedicação a este importante projeto.*

## **Agradecimentos**

Primeiramente agradeço a **Deus** por ter me possibilitado realizar uma etapa importante da minha vida.

Agradeço imensamente, ao meu marido, **Oswaldo**, meu amado companheiro com quem compartilho minha vida e que sempre me apoiou em todos os meus projetos.

Ao meu filho **Daniel**, que embora ainda criança, já compreende a importância de buscarmos conhecimento sempre e tem me apoiado e sido um filho maravilhoso.

À minha **mãe**, por seu apoio e amor incondicional, pois sempre me incentivou a ir em busca de meus sonhos.

À querida **Profa. Dra. Rita Maria**, minha orientadora, que com seus conhecimentos e imensa generosidade me auxiliou a percorrer os caminhos desta pesquisa.

Ao **Dr. Marco Tullio Barcellos de Assis Figueiredo** (in memorian) por ter sido o pioneiro em Educação em Cuidados Paliativos no Brasil iniciando na UNIFESP, o binômio Cuidados Paliativos e Formação Profissional e por ter nos deixado seu legado.

À **Dra. Maria das Graças Mota Cruz de Assis Figueiredo** por toda a sua generosidade e atenção em me conceder informações para esta pesquisa referentes a seu esposo Dr. Marco Tullio.

Aos **professores do CEDESS** que contribuíram com o meu crescimento profissional.

Ao Hospital Santa Marcelina, na figura de minha Coordenadora **Ana Lúcia Vasconcelos** por permitir o remanejamento dos meus dias de trabalho para a realização deste mestrado.

A Equipe de Cuidados Paliativos, ao Coordenador **Jansen Dias Paz Junior** e ao Preceptor **Bruno Belo Lima**, pela parceria no desenvolvimento de meu trabalho.  
Aos participantes deste estudo, que concederam as entrevistas para a realização desta pesquisa.



## Epígrafe

*“Dizem as escrituras sagradas: “Para tudo há o seu tempo. Há tempo para nascer e tempo para morrer”. A morte e a vida não são contrárias. São irmãos. A “reverência pela vida” exige que sejamos sábios para permitir que a morte chegue quando a vida deseja ir. Cheguei a sugerir uma nova especialidade médica, simétrica à obstetrícia: a “morienterapia”, o cuidado com os que estão morrendo. A missão da morienterapia seria cuidar da vida que se prepara para partir. Cuidar para que ela seja mansa, sem dores e cercada de amigos, longe de UTIs. Já encontrei a padroeira para essa nova especialidade: a “Pietà” de Michelangelo, com o Cristo morto nos seus braços. Nos braços daquela mãe o morrer deixa de causar medo.”*

*Texto publicado no jornal “Folha de São Paulo”,  
Caderno “Sinapse” do dia 12-10-03. fls 3*

Rubem Alves

## Lista de figuras

Gráfico 1. Participantes po faixa etária .....	62
Gráfico 2. Participantes – sexo .....	62
Gráfico 3. Formação Profissiona dos participantes .....	63
Gráfico 4. Tempo de atuação dos participantes na Enfermaria de Cuidados Paliativos.....	63
Gráfico 5. Tempo de Formação Profissiona dos participantes .....	64
Gráfico 6. Profissão dos participantes .....	65

## Lista de quadros

Quadro 1. Núcleos Temáticos.....	75
Quadro 2. Núcleo Temático 2 .....	85
Quadro 3. Núcleo Temático 3 .....	92

# Sumário

Dedicatória.....	v
Agradecimentos.....	vi
Epígrafe .....	viii
Lista de figuras .....	ix
Sumário .....	xi
Lista de siglas .....	xiii
Resumo .....	xvi
Abstract.....	xvii
Apresentação.....	xviii
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
1.1 Contextualizando o objeto de estudo .....	2
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>6</b>
2.1 Objetivo geral .....	7
2.2 Objetivos específicos .....	7
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>8</b>
3.1 Educação Permanente em Saúde.....	9
3.2 Cuidados Paliativos na Atenção à Saúde no Brasil .....	13
3.2.1 Cuidados Paliativos e a Atenção Básica de Saúde.....	16
3.2.2 Cuidados Paliativos e Políticas Públicas .....	21
3.3 Trabalho em Equipe, Multidisciplinaridade, Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade .....	25
3.4 Cuidados Paliativos e a Interdisciplinaridade.....	29
3.5 Cuidados Paliativos e a Formação Profissional em Saúde no Brasil.....	31
3.6 Competências em Cuidados Paliativos .....	38
3.7 Síndrome de Burnout.....	41
3.8 Cuidados Paliativos e Espiritualidade .....	44
3.9 Cuidados Paliativos: A morte e o morrer.....	47
<b>4. MÉTODO .....</b>	<b>56</b>
4.1 Tipo de Estudo .....	57
4.2 Cenário da Pesquisa.....	58
4.3 Participantes da pesquisa.....	61
4.3.1 Critérios de Inclusão .....	65
4.3.2 Critérios de Exclusão.....	65
4.4 Coleta de Dados .....	66

4.4.1 Procedimentos para Coleta de Dados .....	66
4.5 Análise dos Dados .....	71
4.6 Análise de Risco e Benefício .....	73
4.7 Aspectos Éticos.....	73
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>74</b>
5.1 Núcleo Temático 1: Enfermaria de Cuidados Paliativos.....	75
5.2 Núcleo Temático 2 : Terminalidade de Vida .....	85
5.3 Núcleo Temático 3 : Educação em Cuidados Paliativos.....	92
<b>6. CONCLUSÕES.....</b>	<b>97</b>
<b>7. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>102</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>109</b>
Apêndice A – Questões Norteadoras.....	110
Apêndice B – Solicitação de Consentimento para Realização da Pesquisa .....	111
Apêndice C – Quadro Analítico Grupo Focal 01 .....	112
Apêndice D – Quadro Analítico Grupo Focal 02.....	140
<b>ANEXOS.....</b>	<b>175</b>
Anexo A – Termo de Responsabilidade .....	176
Anexo B – Termo de Uso de Imagem.....	180
Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	181
Anexo D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP .....	184
Anexo E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da CSSM .....	190

## Lista de siglas

ABCP	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABRELA	Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica
ACP- ACMG	Ambulatório de Cuidados Paliativos da Clínica Médica Geral
ACP/HMUSP	Ambulatório de CP do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP
AD	Atenção Domiciliar
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
ANCP	Associação Nacional de Cuidados Paliativos
APS	Atenção Primária à Saúde
CAEM	Comissão de avaliação de Educação Médica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIFEP	Centro Interdisciplinar de Formação, Ensino e Pesquisa
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CREMESP	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
DCC	Departamento de Cultura Científica do Centro Acadêmico Pereira Barreto da UNIFESP-EPM
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNT	Doenças crônico-degenerativas não transmissíveis
DMR	Divisão de Medicina de Reabilitação
EAPC	European Association for Palliative Care
EC	Educação Continuada
EMAD	Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar

EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMIIt	Faculdade de Medicina de Itajubá
FMUSP	Faculdade de Medicina da USP
FPT	Fora de possibilidades terapêuticas
HC	Hospital das Clínicas
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP
HSP	Hospital São Paulo
HU - USP	Hospital Universitário
IAHPC	Internacional Association for Hospice and Palliative Care
INCA IV	Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional do Câncer no RJ
MS	Ministério da Saúde
NADI HC -FMUSP	Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Programa Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PAD/HU-USP	Programa de Assistência Domiciliária
PROVIDI	Programa de Visitação Domiciliar ao Idoso
PS	Pronto Socorro
PSE	Programa Social Especial

PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAS	Secretaria de Assistência Social
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SB	Síndrome de Burnout
SNAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TanCP	Tanatologia e Cuidados Paliativos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMO	Transplante de medula óssea
UNIFENAS	Universidade José do Rosário Vellano
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNIFESP –EPM	Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	World Health Organization



## Resumo

O objetivo desta pesquisa foi analisar a percepção da equipe multiprofissional sobre as práticas do trabalho em Enfermaria de Cuidados Paliativos do Hospital Santa Marcelina de Itaquera, o qual é caracterizado como um Hospital de alta complexidade da Grande São Paulo, Brasil, para relatar a percepção dos profissionais da Equipe Multiprofissional, em relação ao processo de trabalho realizado, em uma Enfermaria de Cuidados Paliativos, identificar a percepção desta equipe frente à terminalidade de vida do paciente internado, além de analisar como disseminar os conceitos de Cuidados Paliativos para todas as outras enfermarias, UTIs e Pronto Socorro do Hospital, por meio de ações educativas. Para tanto foi realizado um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, tendo como instrumentos de coleta de dados a realização de dois grupos focais realizado em 20/06/2017 e por sugestão da Banca de Qualificação, para a complementação de dados e a possibilidade de trazer outras vivências aos dados coletados, possibilitando um olhar mais abrangente sobre a equipe multiprofissional, em 08/02/2018 foi realizado o 2º Grupo Focal com os profissionais que atuam na Equipe de Cuidados Paliativos, sendo estes, 02 médicos preceptores, 01 enfermeiro, 01 fisioterapeuta, 01 fonoaudiólogo, 01 nutricionista, 03 residentes médicos e 03 residentes da equipe multiprofissional da oncologia hematológica: 01 enfermeira, 01 fisioterapeuta, 01 nutricionista, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP e do Hospital Santa Marcelina de Itaquera. A análise de conteúdo, modalidade temática foi desenvolvida nos grupos focais a partir de 03 (três) núcleos temáticos: Enfermaria de Cuidados Paliativos, Terminalidade de Vida e Educação em Cuidados Paliativos, com 153 (cento e cinquenta e três) unidades de conteúdo e 209 (duzentos e nove) unidades de registro, das quais emergiram 07 (sete) categorias e 08 (oito) subcategorias. A análise dos dados demonstrou que a Equipe Multiprofissional embora composta por profissionais que atuam na Enfermaria de Cuidados Paliativos em períodos que variam de 03 meses a 04 anos, mantém bom relacionamento e respeito profissional. Foi possível concluir que existe uma boa interação entre os membros da equipe multiprofissional, com troca de experiências, escuta ativa, respeito pela opinião do outro, busca de conhecimentos e desejos em disseminar o conhecimento em Cuidados Paliativos para outras Enfermarias e Pronto Socorro do Hospital. No entanto, este é um trabalho inicial, ou seja, o princípio de uma discussão para trazer iniciativas de uma Educação aos profissionais de Cuidados Paliativos, para um aperfeiçoamento no processo de trabalho, proporcionando conforto ao paciente, além do cuidado e acolhimento a seus familiares e o cuidado também à Equipe Multiprofissional, para a saúde física e mental da equipe evitando doenças como a Síndrome de Burnout.

**Palavras-Chave:** Cuidados Paliativos; Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida; Equipe de Assistência ao Paciente; Educação em Saúde.

## Abstract

The aim of this research was to analyse the insights of the multi-professional team regarding the practices of the palliative care ward of the Santa Marcelina Hospital in Itaquera, which is categorized as a high complexity hospital in Greater São Paulo, Brazil. Other objectives included: to report the views of the professionals of the multi-professional team in relation to the process of work performed in a Palliative Care ward, identifying the observations of this team when facing the death of the hospitalized patient, in addition analyzing how to disseminate the concepts of Palliative Care for the professionals who carry out internship in this ward, by means of educational initiatives. For this purpose, a descriptive exploratory study with a qualitative approach was performed, having as data collection tools and as a suggestion from the Examining Body, the implementation of two focus groups carried out on 20/06/2017, for the supplementation of data and the possibility of bringing other experiences to the data collected, allowing for a more comprehensive look at the multi-professional team. On 08/02/2018 the second focus group meeting was held with the professionals who work in the palliative care team. These included: 02 Preceptors, 01 Nurse, 01 Physiotherapist, 01 Audiologist, 01 Dietitian, 03 Medical Residents and 03 Residents of the Multi-Professional Hematologic Oncology team, by way of approval from the Research Ethics Committee at UNIFESP and the Santa Marcelina Hospital in Itaquera. The content analysis and themed modality was developed in focus groups from 03 themed cores: the Palliative Care Ward, End of Life and Education in Palliative Care, with 153 (one hundred and fifty three) content units and 209 (two hundred and nine) registry units, from which there emerged 07 (seven) categories and 08 (eight) sub-categories. The data analysis showed that the multi-professional team, despite consisting of professionals who work in the Palliative Care Ward throughout periods which vary from 03 months to 04 years, maintain a good relationship and professional respect. It was possible to conclude that there is good interaction between the members of the multi-professional team, with the exchanging of experiences, active listening, respect for other's opinions, search for knowledge and willingness to disseminate Palliative Care knowledge to other wards and the Emergency Department of the Hospital. However, this is an initial project, that is to say, the beginning of a discussion to provide educational initiatives to the Palliative Care professionals, in order to improve the working process, provide comfort to the patients, in addition to the extended care of their families and also to the multi-professional team. This included caring for the physical and mental health of the team, to avoid illnesses such as Burnout Syndrome.

**Keywords:** Palliative care; Hospice Care; Patient Care Team; Health Education

## **Apresentação**

Trabalhando há mais de dez anos como assistente social da Oncologia e Cuidados Paliativos no Hospital Santa Marcelina de Itaquera, sendo este de caráter filantrópico, cujos 85% dos atendimentos são realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Este serviço presta cuidados aos pacientes por meio de uma equipe composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros e cuja missão segundo a Política Institucional de Humanização é: “oferecer Assistência, Ensino e Pesquisa em Saúde, com excelência, à luz dos valores éticos, humanitários e cristãos<sup>1</sup>”.

Por tratar-se de Hospital Escola temos o papel formador na vivência de estagiários, aprimorandos e residentes.

Realizamos o acompanhamento de residentes de Serviço Social que começam a conhecer a prática do Assistente Social na Área da Saúde por meio da observação e atendimento supervisionado, preparando-os para o exercício da prática profissional.

Orientamos também os médicos residentes da Instituição por meio de aulas sobre a prática profissional do Assistente Social, suas competências e a importância do Assistente Social no trabalho da Equipe Multiprofissional, solicitados pelo preceptor médico da Instituição com o objetivo de desenvolvermos um trabalho mais abrangente sobre o atendimento oferecido ao paciente, contribuindo com a prática dos residentes médicos na Enfermaria.

Desenvolvemos junto aos profissionais em formação uma relação de aprendizagem do binômio saúde/educação contribuindo para a formação deste profissional e ressaltando a importância das relações humanas.

Neste serviço, iniciei minha prática profissional no Setor de Oncologia, desenvolvendo um trabalho junto aos pacientes dos Setores de Radioterapia e Quimioterapia Ambulatorial, além de atender os pacientes procedentes do AME – Ambulatório de Especialidades Santa Marcelina com diagnóstico oncológico e os

---

<sup>1</sup> Fonte <http://santamarcelina.org/hospital/>

pacientes internados na Enfermaria de Oncologia para a realização de quimioterapia, pacientes internados na Enfermaria de Oncologia Ginecológica oferecendo orientações sociais necessárias para a realização do tratamento oncológico e na Enfermaria de Cuidados Paliativos, objeto deste estudo.

Na relação que tenho estabelecido com o paciente, esclareço que a partir daquele primeiro momento, onde realizo a entrevista social para fornecer as orientações e encaminhamentos necessários, inicia-se uma relação que se estende no decorrer de seu tratamento, acompanhando-o no processo de sua cura ou durante a progressão de sua doença, quando tem início um tratamento paliativo. Estarei presente, seja na cura ou no apoio ao paciente e seus familiares no momento de sua terminalidade de vida.

No decorrer dos anos ouvi de muitos familiares e até mesmo dos pacientes que: “o médico disse que não tem mais nada para fazer...” E isso sempre me inquietava e me trazia a seguinte indagação: Como será então a terminalidade desse paciente que se sente nesse momento desprotegido e solitário no percurso que seguirá a partir de então?

A partir de 2009, ao integrar também a equipe da Enfermaria de Cuidados Paliativos, pude então encontrar essas respostas. Verifiquei que mais de 70% dos atendimentos nesta enfermaria eram decorrentes de patologias de câncer e cuja maioria dos pacientes já eram acompanhados por mim e descobri o quão verdadeiro tem sido minha “missão” em acompanhar o paciente no processo de sua cura ou de sua terminalidade. Isso é extremamente importante, pois muitas vezes acompanho o paciente durante anos e o vínculo estabelecido vai se fortalecendo e valores como a confiança e a cumplicidade se tornam essenciais nesse processo vivenciado pelo paciente e seus familiares.

Tenho vivenciado muitas experiências profissionais neste Hospital e em especial com a Equipe de Cuidados Paliativos, com a qual tenho adquirido e compartilhado conhecimentos que tem me proporcionado um enriquecimento profissional e humano de valor imensurável.

Partimos da premissa de que devemos orientar o paciente/familiar de maneira clara e objetiva e todos os profissionais envolvidos devem fornecer as informações necessárias demonstrando que a equipe está envolvida no atendimento ao paciente

e familiar, conhecendo sua singularidade. Esse alinhamento no atendimento prestado gera confiança e segurança por parte do paciente e seus familiares, o que nos possibilita um trabalho mais efetivo.

Tenho aprendido que sempre há o que se fazer pelo paciente, no controle de sintomas, acolhendo a família, na escuta ativa, com uma equipe multiprofissional integrada no sentido de proporcionar ao paciente e seus familiares o conforto e apoio necessários nesse momento.

Para os assistentes sociais a forma de abordar as questões relativas à saúde deve considerar as condições socioeconômicas, culturais e ambientais que determinam as condições de vida e saúde dos indivíduos, com o olhar sobre a compreensão da questão social atuando de acordo com os princípios dispostos no Código de Ética Profissional relacionados ao direito à vida e a saúde, direitos e deveres.

Vale ressaltar, que a área da saúde concentra um grande número de assistentes sociais, para atender a demanda relacionada ao atendimento das questões cotidianas, envolvendo a saúde dos pacientes. Sendo assim, o assistente social deve conhecer as necessidades do paciente e de seus familiares procurando assegurar os direitos e benefícios dos mesmos.

A graduação permite que desenvolvamos uma capacidade de escuta e de entendimento de questões objetivas e subjetivas envolvidas nas situações de nossos atendimentos, nos possibilitando construir propostas para atender às necessidades dos pacientes com alguma demanda na área da saúde.

Um dos desafios do assistente social é agregar conhecimentos específicos dos Cuidados Paliativos à bagagem de conhecimentos acadêmicos adquiridos na graduação.

Durante a minha graduação, não houve espaços para tratar de questões relacionadas às doenças graves, progressivas e à morte. Particularmente, o meu interesse pelas questões levou-me a buscar artigos sobre o assunto, além de esclarecer as dúvidas com a Preceptoria Médica e durante a participação nas reuniões multiprofissionais semanais.

Em 2011 houve a grande oportunidade de realizar uma Pós-Graduação em Cuidados Paliativos pela Faculdade Santa Marcelina (FASM). O curso foi

coordenado pela Preceptoría dos Cuidados Paliativos Dr Sun Chun Yun e Dr Ricardo Volpe e em 2012 pela Dra. Angélica Massako Yamaguchi que deu seguimento ao Curso e nos acompanhou até sua finalização.

A intenção da Preceptoría na ocasião era a de disseminar a educação à todos da equipe em Cuidados Paliativos. Na ocasião eu, assistente social, a enfermeira, a nutricionista, a fonoaudióloga e a fisioterapeuta participamos dessa formação, que nos possibilitou além de agregar novos conhecimentos, realizar um trabalho mais efetivo baseado nas competências de Cuidados Paliativos, oferecendo ao paciente/familiares o suporte emocional e social, além de assistência as dimensões psicossociais e espirituais dos mesmos.

Os Cuidados Paliativos têm a proposta de um trabalho interdisciplinar com o paciente e seus familiares para minimizar o sofrimento e possibilitar a melhora da qualidade de vida dos pacientes em terminalidade.

A partir dessas experiências, tenho como objetivo desenvolver uma pesquisa que possa investigar o trabalho de uma Equipe Multiprofissional que realiza ações interdisciplinares se constituindo em uma construção científica.

## 1. INTRODUÇÃO

---

## 1.1 Contextualizando o objeto de estudo

Iniciamos entendendo que o cuidado envolve o afeto, o vínculo e o conhecimento. O conhecimento técnico se faz necessário, visto que o cuidador precisa medicar, alimentar, cuidar do banho e outros aspectos que dependendo da complexidade do caso, necessitarão de cuidados específicos. Entre o paciente e o cuidador existe uma relação interpessoal com vários graus de auxílio, gerando um sentido de responsabilidade. Uma relação de intimidade é uma relação de cuidados.

Ao pensarmos em cuidado paliativo inicialmente temos no senso comum que paliativo possui uma conotação equivocada de “gambiarra” porque “não tem nada para fazer”.

Segundo Carvalho (2015), a abordagem do Cuidado Paliativo tem como objetivo a prevenção e o alívio do sofrimento humano e precisa ser multiprofissional enxergando a pessoa doente e sua família nas dimensões, física, psíquica, social/familiar e espiritual.

O mesmo autor menciona que, no sentido etimológico, *pallium* significa aquele que protege e oculta os sintomas de uma doença em franca evolução. Historicamente, o termo estaria ligado ao manto dos cavaleiros das Cruzadas, que os protegeria das variações climáticas. Outro conceito é *hospice* que inicialmente significa hospedeiro e posteriormente estranho, hóspede, viajante. Outro sentido do termo *hospice* diz respeito à filosofia que embasa a prática de cuidados paliativos, *hospice care* e o local destinado a esse cuidado realizado por uma equipe multiprofissional focada no paciente, suas necessidades clínicas e resolução de questões pessoais de ordem: familiar, financeira, espiritual, entre outras.

A definição de Cuidados Paliativos em 1986, segundo a World Health Organization (WHO):

Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. Controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais são primordiais. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares. (WHO, 1986, tradução nossa)



Em 2002, segundo a World Health Organization, cuidados paliativos trata-se:

Abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, 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. (WHO, 2002, tradução nossa).

Já em 2017, com o processo de aprimoramento do trabalho de cuidados paliativos, a definição passou a ser:

Cuidado Paliativo “uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos ou crianças) e de seus familiares que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia sofrimento por meio da investigação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas “físicos, psicossociais ou espirituais”. (WHO, 2017, tradução nossa).

Sendo assim, faz-se necessário, no âmbito desta pesquisa, ir além do tratamento de sintomas físicos e buscar desenvolver um olhar técnico para as questões psicossociais e espirituais do paciente.

A WHO 2002 define os princípios básicos que norteiam os Cuidados Paliativos, sendo:

A morte é vista como natural e esperada na evolução de uma doença ameaçadora da vida e no oferecimento de apoio para auxiliar o paciente a viver da melhor maneira possível até o dia de sua morte.

O conhecimento técnico e específico deve buscar o alívio da dor, seja ela física, social, familiar emocional e espiritual.

Os Cuidados Paliativos seria a ortotanásia que diz respeito à morte natural, morte como um ciclo, morte como parte da vida.

Para estes cuidados são necessários diversos saberes profissionais e a equipe multiprofissional irá avaliar e cuidar desse paciente olhando-o como um todo, em todas as suas necessidades. Usam uma abordagem em equipe para orientar as necessidades do paciente e de seus familiares, incluindo orientação sobre luto, se indicado.

Cabe ainda aos Cuidados Paliativos oferecer apoio à família durante o período de doença do paciente e posteriormente no momento de luto, dentro da

realidade daquela família, compreendendo as relações paciente – familiares e condições que a família possui para cuidar do paciente.

Tais cuidados são aplicáveis inicialmente no curso da doença, em conjunção com outras terapias que pretendem prolongar a vida, tais como quimioterapia ou radioterapia, e incluem os exames necessários para melhor entender e administrar as complicações clínicas que causam sofrimento.

Os pacientes que recebem Cuidados Paliativos desde o diagnóstico de uma doença ameaçadora de vida têm a possibilidade de viver com mais qualidade de vida, pois não são submetidos a intervenções agressivas, fúteis e podem morrer com dignidade.

Diante dos princípios dos cuidados paliativos, as seguintes indagações orientam esta pesquisa e fomentam o desejo de conhecer melhor essa prática em equipe profissional e articular ações para um atendimento de qualidade aos pacientes/famíliares, além de possibilitar a implementação de ações educativas para a disseminação do trabalho em cuidados paliativos para os profissionais que realizam estágio nesta Enfermaria:

Para os profissionais, como é realizado o trabalho da Equipe Multiprofissional na Enfermaria de Cuidados Paliativos?

Qual a percepção dos profissionais sobre o trabalho realizado pela Equipe Multiprofissional da qual faz parte, na Enfermaria de Cuidados Paliativos?

Qual a percepção da Equipe Multiprofissional frente à terminalidade de vida do paciente internado?

Como a Equipe Multiprofissional poderia disseminar a educação em Cuidados Paliativos para os profissionais que realizam estágio nesta Enfermaria?

Utilizando as perguntas de pesquisa, optamos por seguir a trajetória reflexiva metodológica elaborando o presente projeto com os seguintes capítulos: Educação Permanente em Saúde; Cuidados Paliativos na Atenção à Saúde no Brasil; Cuidados Paliativos e a Atenção Básica de Saúde; Cuidados Paliativos e Políticas Públicas; Trabalho em Equipe, Multidisciplinaridade, Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade; Cuidados Paliativos e a Interdisciplinaridade; Cuidados

Paliativos e a Formação Profissional em Saúde no Brasil; Competências em Cuidados Paliativos; Síndrome de Burnout; Cuidados Paliativos e Espiritualidade; Cuidados Paliativos: A Morte e o Morrer.

## **2. OBJETIVOS**

---

## 2.1 Objetivo geral

Descrever a percepção dos profissionais acerca de sua prática em uma Equipe Multiprofissional realizada na Enfermaria de Cuidados Paliativos do Hospital Santa Marcelina de Itaquera, o qual é caracterizado como um Hospital de Alta Complexidade da Grande São Paulo, que realiza atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

## 2.2 Objetivos específicos

- Descrever a prática profissional do trabalho de uma Equipe Multiprofissional realizada na Enfermaria de Cuidados Paliativos;
- Relatar a percepção do profissional da Equipe Multiprofissional em relação ao atendimento prestado em uma Enfermaria de Cuidados Paliativos;
- Identificar a percepção da Equipe Multiprofissional sobre a terminalidade de vida do paciente internado;
- Identificar as contribuições da Equipe Multiprofissional na disseminação de Educação em Cuidados Paliativos para os profissionais que realizam o estágio nesta Enfermaria.

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

---

### 3.1 Educação Permanente em Saúde

No processo educativo é de suma importância trazer alguns conceitos sobre a educação segundo Paulo Freire.

Paulo Freire (*Apud* Gadotti, 1991) aprendeu a pensar sempre na prática. Segundo Paulo Freire: “Estudar é realmente um trabalho difícil. Exige de quem o faz uma postura crítica sistemática. Exige uma disciplina intelectual que não se ganha a não ser praticando<sup>2</sup>”.

Gadotti (1991) relata que para Paulo Freire estudar é uma forma de reivindicar, de recriar, de reescrever – tarefa de sujeito e não objeto. Menciona ainda que o ciclo do conhecimento apresenta-se em dois momentos: momento da produção de conhecimento de algo novo e o momento quando o conhecimento produzido é conhecido ou percebido. Para Paulo Freire a forma de trabalhar, o processo do ato de aprender era determinante em relação ao próprio conteúdo da aprendizagem, ou seja, é com a prática que efetivamente se aprende.

Gadotti (1991) menciona que métodos novos em que professores e alunos aprendem juntos são mais eficazes, desta forma o aprendizado é estímulo para ambos. A proposta de alfabetização, para Paulo Freire surgiu como uma consequência natural da tomada de consciência dos problemas vividos pelo grupo que estava sendo alfabetizado. Este demonstrou maior interesse na aprendizagem por se identificar com as questões trazidas a partir do concreto vivido, no processo de aprendizagem. Sendo assim, aprender faz parte do ato de se libertar, de se humanizar.

Para Paulo Freire (*Apud* Gadotti, 1991) conhecer é um processo social, e o diálogo é justamente o cimento desse processo. O diálogo faz parte dessa nova pedagogia dialógico-dialética. O método dialético de pensar, não separando teoria e prática. Teoria, método e prática formam um todo, guiado pelo princípio da relação entre o conhecimento e o conhecedor. Na teoria dialógica a colaboração, a união, a organização são essenciais, nela o educador libertador estimula os educandos a

---

<sup>2</sup> Extraído de um texto escrito por Paulo Freire, em 1968, no Chile, para um seminário sobre educação e reforma agrária. (GADOTTI, p.28, 1991)

pensar. A educação é um momento do processo de transformação do homem disseminado pela transformação do mundo.

Paulo Freire (*Apud* Gadotti, 1991) discute a sua teoria do conhecimento baseando-se em quatro 04 dimensões: a lógica relacionada aos métodos do conhecimento, a histórica, referente à relação entre conhecimento e contexto, gnosiológica, referente às finalidades do conhecimento, dialógica, referente a comunicação do conhecimento. O sujeito não pensa sozinho, a comunicação deve ser simples mesmo quando o assunto é complexo e trazer essa comunicação para o concreto vivido possibilita a simplicidade, indo-se fundo no assunto de maneira acessível e não complicada.

Na área da saúde é fundamental para a realização de um trabalho adequado que a equipe profissional busque constantemente conhecimentos individualmente e/ou em grupo. Esses conhecimentos em grupo se realizam por meio da educação permanente ou educação continuada. A seguir definiremos o conceito de educação e as diferenças entre a educação permanente e a educação continuada.

Segundo Paschoal et al. (2007), a educação é um fenômeno social e universal, que precisa cuidar da formação de seus indivíduos, fornecendo subsídios para a participação ativa e transformadora na sua vida social. É também o processo para fornecer os sujeitos do conhecimento e das experiências culturais, entre outras que os tornam capacitados a atuar no meio social. O homem precisa de uma busca contínua como um ser ativo na construção do seu saber, sendo o responsável por sua educação e procurando recursos que o levem ao crescimento e aperfeiçoamento de sua capacidade. Portanto, a educação é um processo dinâmico e contínuo de construção do conhecimento que leva a uma consciência crítico-reflexiva e conseqüentemente à criação de compromisso pessoal e profissional capacitando-o para a transformação da realidade.

Para Peduzzi et al. (2009), a implantação da educação permanente em saúde (EPS) como política nacional para formação e desenvolvimento de trabalhadores da saúde, sendo que esta política pública propõe que os processos de capacitação dos trabalhadores surgiram à partir das necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.



Os autores citam que a Portaria 1996/07 estabeleceu novas diretrizes e estratégias para a implementação dessa política, de modo a adequá-la às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde, que define a política de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS) como eixo estruturante que deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde. (BRASIL, 2006, 2007)

Segundo os autores, no início dos anos 80, a Organização Pan-Americana da Saúde lançou a proposta da EPS, com a finalidade de reconceituar e reorientar os processos de capacitação de trabalhadores dos serviços de saúde, tendo como eixo da aprendizagem o trabalho executado no cotidiano dos serviços, como processo permanente de natureza participativa e multiprofissional. A EPS compreendida como espaço de problematização, reflexão, diálogo e construção que possibilita promover mudanças e transformações na perspectiva da integralidade da saúde. A EPS parte da concepção de educação como transformação e aprendizagem significativa baseada no exercício cotidiano do processo de trabalho e de que as práticas são definidas por fatores voltados à multiprofissionalidade e à interdisciplinaridade, com estratégias de ensino participativas e focadas para a transformação das práticas.

Segundo Paschoal et al. (2007), a questão educativa no contexto da prática e do desenvolvimento profissional, pode ser percebida como: educação permanente em saúde (EPS), educação continuada (EC) e educação em serviço.

Os autores mencionam que a EPS surge como uma exigência na formação do sujeito e baseia-se no aprendizado contínuo para o desenvolvimento do sujeito direcionado à busca da competência pessoal, profissional e social, como meta constante. Consiste no desenvolvimento pessoal que deve ser potencializado, promovendo a capacitação técnica, a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes.

Segundo os mesmos autores, a EC seria toda a ação desenvolvida após a profissionalização com a finalidade de atualizar conhecimentos e adquirir novas informações e atividades de duração por meio de metodologias formais. É conceituada como um conjunto de experiências adquiridas após a formação inicial, permitindo ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar sua competência, tornando-a compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades. É um

conjunto de práticas educativas contínuas, objetivando o desenvolvimento de potencialidades para a transformação de sua prática.

Para Peduzzi et al. (2009), a EC parte da concepção de educação como transmissão de conhecimento e pela valorização da ciência como fonte do conhecimento; é pontual, fragmentada e construída de forma não articulada à gestão e ao controle social, focada nas categorias profissionais e nos conhecimentos técnicos científicos de cada área, com cursos e treinamentos baseados no diagnóstico de necessidades individuais, com a perspectiva de transformação da organização em que o profissional está inserido.

Segundo Paschoal et al. (2007), a educação em serviço constitui-se em um processo educativo aplicado nas relações humanas do trabalho, no intuito de desenvolver capacidades cognitivas, psicomotoras e relacionais dos profissionais, além de aperfeiçoamento diante da evolução científica e tecnológica. Seu desenvolvimento processa-se no ambiente de trabalho de uma instituição em particular. Nela destacam-se quatro áreas de atuação: a orientação ou introdução ao trabalho; treinamento; atualização; e aperfeiçoamento, aprimoramento ou desenvolvimento. Na educação em serviço os projetos de ensino devem atender às necessidades daqueles que deles vão participar, aos objetivos da instituição.

Segundo os mesmos autores, a EPS, EC e a educação em serviço se fundamentam em diferentes princípios metodológicos e têm caráter de continuidade do processo educativo. Entendem que a educação permanente é mais ampla fundamentando-se na formação do sujeito, enquanto a educação continuada e a em serviço estão contidas na permanente.

O trabalho realizado pela equipe multiprofissional em Cuidados Paliativos necessita da EPS e corrobora com Peduzzi et al. (2009) e também com Paulo Freire, pois a partir das necessidades da equipe, elaboramos um processo de reflexão, diálogo e construção na busca por mudanças na perspectiva de aprimorar o atendimento prestado aos pacientes e seus familiares.

### 3.2 Cuidados Paliativos na Atenção à Saúde no Brasil

Durante muito tempo o termo Hospice foi usado para denominar a prática dos Cuidados Paliativos. Primeiramente, o termo Hospice foi usado para definir espécies de abrigos para os peregrinos e viajantes. O relato mais antigo é do século V, Hospício do Porto de Roma, destinado aos viajantes oriundos da Ásia, África e do Leste. (CORTES, 1988).

Segundo Maciel (2008) na Europa, no caminho de Santiago de Compostela havia os *Hospices* Medievais que abrigavam peregrinos e doentes que recebiam o cuidado leigo e caridoso. No século XVII, as instituições de caridade construíram abrigos para órfãos, pobres e doentes. Essa prática se propagou e no século XIX, começaram a ter características de hospitais com alas para doentes com tuberculose e câncer, sendo o cuidado essencialmente leigo e voltado para o cuidado espiritual e a tentativa de controle da dor.

Maciel (2008) menciona também que em Londres, St. Luke's Home, em meados do século XX, a assistente social, enfermeira e médica Cicely Saunders, dedicou-se ao estudo do alívio da dor nos doentes em terminalidade de vida. Ela também publicou artigos fundamentais descrevendo as necessidades dos doentes, o conceito da dor total e os cuidados necessários no final da vida. Em 1967, com o início do Movimento *Hospice* Moderno, Cicely fundou em Londres, o St. Christofer Hospice, onde além da assistência aos doentes, foram fornecidos estudos para ensino e pesquisa.

Segundo a mesma autora, na década de 1970, o Movimento Hospice cresceu nos Estados Unidos, com o encontro de Cicely Saunders e Elizabeth Klüber-Ross (psiquiatra norte-americana). Em 1975, foi fundado em Connecticut o primeiro Hospice Americano. E em 1982, surge o Hospice Care, promovendo ações especialmente de cuidado domiciliar, através de um sistema de reembolso. Neste mesmo ano, o Comitê de Câncer da Organização Mundial de Saúde criou um grupo de trabalho para definir políticas que atendessem os doentes com câncer, do tipo Hospice. Devido a dificuldades de tradução fidedigna do termo Hospice em alguns idiomas passou-se a utilizar o termo Cuidados Paliativos, este termo já havia sido usado no Canadá em 1975.

Maciel (2008) menciona a publicação do estudo multicêntrico realizado entre 1989 e 1994 envolvendo cerca de dez mil pacientes paliativos com o prognóstico de vida estimado em seis meses, apontou questões fundamentais no final da vida: a comunicação entre pacientes e familiares com a equipe de saúde sobre o final da vida é pobre; o custo da atenção no final da vida é elevado e metade dos pacientes morre com dor moderada ou severa, sem nenhuma prescrição analgésica. (SUPPORT, 1995).

O modelo de cuidados paliativos chegou ao Brasil no início da década de 1980, durante o regime de ditadura, com o sistema de saúde priorizando a modalidade hospitalocêntrica, essencialmente curativa. Nossos médicos, psicólogos e teólogos foram para o Exterior para conhecer a realidade dos cuidados paliativos de outros países para adaptarem a filosofia hospice à realidade brasileira e passaram a difundir o conhecimento em Cuidados Paliativos. Com isso, houve um avanço dos Cuidados Paliativos no país e em 1997 foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) e em 2005 foi criada a Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), que impulsionou a discussão sobre os cuidados paliativos e a luta por sua inserção nos programas de atenção à saúde, assim como para o reconhecimento da Medicina Paliativa como especialidade médica. (RODRIGUES; ZAGO, 2010).

Segundo Maciel (2008), em 2002, a OMS publica: *The Solid Facts of Palliative Care e Better Care of the Elderly* e ambos recomendaram os Cuidados Paliativos como estratégia de ação em sistemas nacionais de saúde. Os Cuidados Paliativos passam a ampliar as áreas de conhecimento, incluindo a pediatria, geriatria, HIV/AIDS, doenças crônicas, entre outras.

Segundo Andrade (2015), no Brasil, embora pouco conhecido e divulgado, os Serviços de Cuidados Paliativos são realizados em ambulatórios, enfermarias, nos domicílios e em hospices ou casas de cuidado. Sendo que, o atendimento em ambulatório destina-se a pacientes que ainda possui condições clínicas e suporte social que lhe permite a ida ao ambulatório.

Teixeira e Lavor (apud Andrade, 2015) mencionam que o serviço mais antigo registrado em nosso país é o realizado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), no Rio de Janeiro, desde 1986, oferecendo o primeiro projeto de atenção domiciliar

para pacientes com câncer e fora de possibilidades terapêuticas (FPT) que ao ser desdobrado incluiu a modalidade de assistência ambulatorial. O serviço é composto por uma equipe formada por: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas.

Andrade (2015) menciona que esse serviço realiza também o atendimento emergencial 24 horas por dia. O referido ambulatório oferece também a assistência à distância mediante contato telefônico, para esclarecimentos de dúvidas e orientando situações de algumas intercorrências simples, evitando à ida do paciente ao Hospital.

Andrade (2015) cita também que em março de 1995 foi criado o Ambulatório de Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (ACP/HMUSP) para atender os pacientes encaminhados das diversas clínicas que compõe o complexo do Hospital das Clínicas. Sendo na ocasião, a equipe composta por médico, enfermeira, assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional voluntário, e atualmente, por médicos, assistentes sociais, farmacêuticos e assistentes espirituais. Além disso, o atendimento conta também com a internação hospitalar em casos mais graves.

Maciel (2008) menciona que em 2002, em São Paulo foi criada a enfermaria de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira (HSPE-SP), estendida ao atendimento ambulatorial e domiciliar. A equipe era constituída por médicos, enfermeiras, psicólogo, assistente social, assistentes espirituais (voluntários). Além destes, fisioterapeutas, odontólogos, nutricionistas e especialistas de outras áreas do hospital podem ser chamados para intervenções específicas.

Andrade (2015) menciona que a alternativa hoje existente entre a internação em enfermarias e a assistência domiciliar, em se tratando de cuidados paliativos, é o hospice ou casa de cuidados. Atualmente, temos registro de alguns serviços estruturados em São Paulo, são eles:

Pavilhão Anna Cândida de Carvalho-Centro do Hospital Amaral Carvalho (HAC) em Jaú: primeiro serviço estruturado no Brasil, fundado em 1993, com nove leitos.

Casa de Apoio-Hospedaria para Cuidados Especiais, pertencente ao Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo: criada em julho de 2004, sob coordenação da Dra. Dalva Yukie Matsumoto, com dez leitos, referência em hospice devido a qualidade do serviço prestado, ao trabalho em equipe e ao modelo de atenção focado no cuidado ao paciente que está em terminalidade de vida e na aceitação da morte como parte da vida. Oferece cuidados aos pacientes sem famílias ou com dificuldades de serem assistidos em seus respectivos domicílios.

Hospice do HCFMUSP, ligado ao Instituto do Câncer de São Paulo: suas ações iniciaram-se em 1995. Em 2008 houve a implantação de uma comissão de cuidados paliativos com o objetivo de estruturar essa modalidade de assistência em todo o complexo HC. Em 2011, foi aprovado o regimento interno da Comissão de Cuidados Paliativos da Diretoria Clínica do HCFMUSP abrangendo a assistência de ambulatório, inter consulta, enfermaria, assistência domiciliar e hospice.

Ainda conforme Andrade (2015), dados da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) estima-se que existam cerca de 30 núcleos que exercem serviços de atendimento à dor e cuidados paliativos, sendo 16 no Estado de São Paulo, entre eles: Santa Casa de São Paulo, Hospital Pérola Byington, Hospital das Clínicas da FMUSP, Hospital AC Camargo, IC Arnaldo Vieira de Carvalho, Hospital Emílio Ribas, Hospital do Servidor Publico, Hospital Heliópolis.

Percebemos que os Cuidados Paliativos encontram-se em crescimento no Brasil, porém necessitam de sua constante organização e divulgação nos serviços hospitalares para que mais pacientes possam ser beneficiados por essa abordagem.

### **3.2.1 Cuidados Paliativos e a Atenção Básica de Saúde**

Os CP embora sejam mais conhecidos na atuação realizada no âmbito hospitalar e ambulatorial, também podem e devem ser desenvolvidas ações em ambiente domiciliar. Esse tipo de cuidado deve ser realizado pela Atenção Primária em Saúde.

Silva (2014) menciona que no Brasil em 1994 foi instituída a Estratégia Saúde da Família (ESF) com o objetivo de reorganizar o modelo de assistência à saúde a

partir da atenção primária, em conformidade com os princípios do SUS. Além disso, o Ministério da Saúde do Brasil afirma que a ESF deve: prestar assistência integral, contínua às necessidades de saúde da população; humanizar as práticas de saúde através do vínculo entre os profissionais de saúde e a população; proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetorias.

Combinato e Martins (2012) referem que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um dos princípios básicos a integralidade da assistência dos cuidados no final da vida. A Atenção Primária orienta-se pelos princípios da “coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” e a Política Nacional de Humanização defende a identificação das necessidades sociais de saúde e são esses princípios e suas definições que demandam incorporar os Cuidados Paliativos na Atenção Primária. A equipe de Atenção Primária, no contexto familiar seria responsável pelo suporte ao paciente e à família, de maneira a garantir o controle dos sintomas e a dignidade no processo de morte do paciente que recebe alta hospitalar e se encontra em cuidados paliativos. A atenção domiciliar deve privilegiar a proteção aos pacientes, o cuidado aos cuidadores e ao adequado suporte à equipe multiprofissional. Um dos principais fatores considerados por pacientes e familiares acompanhados em CP é a continuidade da assistência. A necessidade de integralidade dos serviços (referência e contra referência)<sup>3</sup> é o grande destaque dos estudos que consideram a Atenção Primária responsável pelos CP domiciliares em casos de baixa complexidade.

Segundo Souza et al. (2015) no contexto brasileiro, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o Programa Saúde da Família (PSF), preveem visitas de equipe de profissionais de saúde ao domicílio que podem ser estruturados, assumindo importantes atribuições nessa modalidade de cuidado. Observa-se que a questão dos CP na APS inclui desafios éticos tais como: a decisão sobre onde o

---

<sup>3</sup> A referência acontece quando um serviço de menor complexidade encaminha clientes a um serviço de maior complexidade, acompanhando-o e marcando seu atendimento. A contra-referência acontece quando a situação é resolvida e o cliente é encaminhado novamente ao serviço de procedência para continuar o seu acompanhamento. (MENOZZI, 2013)

paciente irá morrer, a maneira como os trabalhadores da equipe identificam e administram as condições familiares e do paciente para o cuidado no domicílio, além da experiência de como vivenciam a morte e o luto. A inclusão dos CP na APS favorece a construção de um sistema integrado de ações capaz de viabilizar o acolhimento desses pacientes, principalmente em áreas onde inexitem centros especializados em CP e deficiência no suporte hospitalar. Na APS seriam necessárias habilidades e competências para a comunicação empática e terapêutica para que esses profissionais estivessem mais preparados para lidar com situações de fim de vida e comunicação de más notícias.

Combinato e Martins (2012) mencionam que considerando os princípios do SUS, da Atenção Primária e da Política Nacional de Humanização, avalia-se como essencial a sistematização de diretrizes e ações para implantação dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária em função da demanda existente para a Saúde da Família; da dimensão epidemiológica da população no País; da possibilidade de proporcionar melhores condições de cuidado ao paciente e sua família no ambiente domiciliar no processo de morte.

Segundo Souza et al. (2015) a demanda por CP é um problema atual de saúde pública, devido ao progressivo envelhecimento da população mundial acometido de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis (DCNT), evidenciando-se a importância dos CP e da reorganização dos serviços de saúde com a finalidade de assegurar sua oferta.

Saito e Zoboli (2015) afirmam que a transição demográfica e epidemiológica tem determinado transformações no perfil de morbimortalidade da população brasileira. As doenças infecciosas transmissíveis eram as causas de morte mais habituais até a primeira metade do século XX. Atualmente, ocorre um aumento das doenças crônicas não transmissíveis, tais como: enfermidades cardiovasculares, neoplasias e diabetes tipo II, sendo que as maiores taxas de morbimortalidade por esses danos têm aumentado sendo responsáveis por cerca de 70% dos gastos de saúde no País. Essas enfermidades possuem uma evolução progressiva e degenerativa e essas condições crônicas de saúde geram uma demanda por assistência contínua e permanente, incluindo-se os Cuidados Paliativos (CP) – nos diversos pontos da rede de atenção à saúde (RAS).



Segundo Azevedo et al. (2016) a atenção primária à saúde (APS) deve ser a porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), por ser descentralizada e estar em proximidade dos serviços com a população. Em virtude de muitos pacientes morrerem antes de receberem os CP é importante pensar que esses cuidados devem estar disponíveis no âmbito da APS. Surge a atenção domiciliar (AD), cujo objetivo é a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na APS, em ambulatórios, nos serviços de urgência e de emergência hospitalar, visando à redução do tempo de permanência de usuários internados. A AD foi adotada pelas políticas públicas brasileiras como alternativa à hospitalização. No Sistema Único de Saúde (SUS), esse formato de atenção foi instituído pela Lei n.º 10.424, de 15 de abril de 2002, a qual define essa modalidade de assistência, e pela Portaria n.º 2.529, de 19 de outubro de 2006, que define as formas de atuação, a formação da equipe de cuidados, os recursos financeiros e as condições de credenciamento. Mais recentemente, as formas de AD foram redefinidas pela Portaria n.º 963, de 27 de maio de 2013, que estabelece o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no SUS, definindo a formação da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e incluindo em suas prerrogativas os CP e a assistência ao óbito. A Portaria n.º 963 descreve as **Modalidades AD1, AD2 e AD3**, sendo que a *Modalidade AD 1 – Atenção Básica* destina-se a pacientes que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; e/ou pacientes que necessitem de cuidados de menor intensidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência de visitas, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento de todos os tipos de equipes que compõem a atenção básica. A *Modalidade AD2 – Melhor em Casa (SAD)*, destina-se a usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser procedentes de diferentes serviços da rede de atenção, com necessidade de frequência e intensidade de cuidados maior que a capacidade da rede básica. A *Modalidade AD3 - Melhor em Casa (SAD)*, destina-se aos usuários semelhantes aos da AD2,

mas que façam uso de equipamentos específicos. São pacientes de maior complexidade que dificilmente terão alta dos cuidados domiciliares.

Vale ressaltar, que o Ministério da Saúde definiu oficialmente a atenção domiciliar como acima mencionado, embora segundo Andrade (2007), a atenção domiciliar já ocorresse em alguns serviços no Brasil, sendo o mais antigo serviço prestado no Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira (HSPE) em 1968, "considerado o mais antigo das Américas e o segundo no mundo criado institucionalmente". Este programa realizava atendimentos domiciliares a pacientes crônicos, porém só em 2000 inicia-se seu programa de Cuidados Paliativos. (MACIEL et al, p.386 e 387, 2006)

Andrade (2007) menciona que no Hospital Dr. Carmino Caricchio do Tatuapé em 22 de outubro de 1993, inicia-se o programa de Assistência Domiciliar do Município de São Paulo com a implantação do projeto piloto com os objetivos gerais de garantir a continuidade do tratamento do paciente em núcleo familiar ou de apoio, bem como contribuir para o ressurgimento da figura do médico de família no contexto assistencial.

No que se refere às ações em Cuidados Paliativos no âmbito domiciliar, destaca-se o serviço existente no INCA, Rio de Janeiro em 1986, no Hospital Pérola Byington, HSPE, Hospital Universitário (HU-USP) em 2000 com o Programa de Assistência Domiciliária (PAD/HU-USP) e Hospital das Clínicas da FMUSP. (ANDRADE 2007)

O Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (NADI HC-FMUSP) criado em abril de 1996, tem por objetivo atender pacientes do HC que devido ao tipo de doença, piora do quadro clínico ou sua dificuldade de deambulação ou locomoção, necessitam dar continuidade aos tratamentos em seus domicílios recebendo o atendimento de uma equipe interdisciplinar, sendo este programa considerado uma alternativa inovadora na instituição. Como justificativa e motivo relevante para a implantação desse programa de atendimento domiciliar que iniciou-se por meio de um projeto piloto, havia: a necessidade da população que cada vez mais recorre ao atendimento público buscando alívio para os seus problemas de saúde, a necessidade de redução dos custos com internação hospitalar, a manutenção da

qualidade dos serviços prestados. Dois programas já estruturados do ICHC seriam incorporados ao NADI gradualmente após a primeira fase de implantação: o atendimento domiciliar aos pacientes em cuidados paliativos, realizado pelo Ambulatório de Cuidados Paliativos da Clínica Médica Geral (ACP- ACMG), e o PROVIDI. No início, enfocava a necessidade de desospitalização, com a finalidade de proporcionar um tratamento mais humanizado aos pacientes em suas residências, assim como educação em saúde aos familiares e cuidadores do paciente (ANDRADE 2007).

Albuquerque (apud Andrade, 2007) menciona que tal iniciativa complementou as existentes nesta linha no Hospital, tais como as visitas domiciliares realizadas pela equipe interdisciplinar da Divisão de Medicina de Reabilitação (DMR) em 1975, e o Programa de Fornecimento de Oxigênio Domiciliar para pacientes com insuficiência pulmonar crônica. Cita ainda que o Programa de Visitação Domiciliar ao Idoso (PROVIDI), realizado pela Clínica de Geriatria do Instituto Central, que incluía dentre suas atividades a visita domiciliar, e o setor de Visitação Domiciliar do Instituto da Criança, que serviram como modelos para a criação do programa.

As ações em CP devem ser realizadas no âmbito ambulatorial, hospitalar e domiciliar atendendo ao momento da demanda do paciente, proporcionando os cuidados necessários durante o processo de evolução de sua doença.

### **3.2.2 Cuidados Paliativos e Políticas Públicas**

Iniciamos contextualizando as políticas públicas existentes e a sua relação com a demanda de pacientes em cuidados paliativos.

Frozzard (2016) relata que no Brasil a conquista pelos direitos sociais universais é decorrente das lutas democráticas e populares. No país, questões tais como: a concentração de renda, a precariedade do trabalho, o desenvolvimento da política de assistência social focado em programas de transferência de renda tem mantido o status quo. A Constituição de 88, apesar de suas limitações, trouxe o ideal da democracia com justiça social.

Nesse contexto surgem as questões relacionadas à saúde da população. Segundo Carvalho (2008) o enfrentamento da doença tem relação direta com os contextos socioeconômico e cultural em que vivem os pacientes e seus familiares.

Estamos diante de desigualdades sociais que não são naturais, injustiças que produzem impacto na condição de saúde das pessoas e que vão dificultar o lidar com doenças graves.

E como estamos cuidando desses pacientes com doenças graves?

Frossard (2016) menciona que, conforme divulgado em 2012 pela Economist Intelligence Unit, o Brasil ocupa a 38ª posição no ranking de qualidade de morte entre 40 países. Esta empresa de consultoria integrante do grupo da revista The Economist classificou 40 países em um ranking de qualidade de morte. Este estudo considerou alguns fatores que indicam a qualidade da morte, tais como: os cuidados prestados aos pacientes no fim da vida e a quantidade de analgésicos disponíveis para o controle da dor.

No ranking como princípio fundamental no novo Código de Ética Médica. Considerando os estudos realizados e/ou divulgados pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos, é certa a verificação ocupamos uma posição que demonstra como estamos incipientes nesta questão.

A autora menciona que desde a sua fundação em 2005, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), tem sido responsável pelos principais avanços na área em foco, como por exemplo: estabelecimento de critérios de qualidade para os serviços de Cuidados Paliativos, envolvimento para a regularização profissional do paliativista, busca de interlocução com os ministérios da Saúde, da Educação, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB). Além disso, contribuiu de forma expressiva para a inclusão dos Cuidados Paliativos de que os Cuidados Paliativos diminuem os custos dos serviços de saúde, além de beneficiarem os pacientes e seus familiares, proporcionando um cenário favorável, em médio prazo, ao processo de implementação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos para a construção de políticas públicas para a educação de profissionais de saúde e a integração dos serviços.

Para Frossard (2016), faz-se necessária a identificação de fatores que tornam uma pessoa ou grupo em condição de vulnerabilidade intensificada, necessitando de medidas protetoras especiais, como é o caso de muitos pacientes e de suas famílias inseridos em programas de Cuidados Paliativos, devido a situações de abandono com perda total de laços sociais, insegurança quanto ao futuro, inacessibilidade a serviços, falecimento de indigentes, invisibilidade social e muito longe de uma vida e de uma finitude digna.

A autora menciona que segundo o Censo Demográfico do IBGE (2010), características da população e dos domicílios, na média brasileira as mulheres são chefes do domicílio em 38,7% das residências. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer, em 2010 os cânceres de mama e de útero, por exemplo, foram as causas de morte de 16,6 mil pessoas. De acordo com dados disponibilizados pelo Informe Inca (2014), o estudo Concord-2, da revista inglesa *The Lancet* (realizado em 2014), confirma que o Brasil teve um aumento de 87%, em 2005, na sobrevivência de pacientes diagnosticados com câncer de mama em comparação ao ano de 2000, com 78%, em estudo que envolveu 67 países. Tal resultado é decorrente da expansão do acesso da população aos serviços de saúde, como exames de detecção e tratamentos. Atualmente, está em vigor a Lei 12.732/12, que assegura aos pacientes com câncer o início do tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS) em no máximo 60 dias após a inclusão da doença em seu prontuário.

Neste sentido, destaca-se o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) que trata-se de um software de gerenciamento de todo o complexo regulatório ofertado pelo Ministério da Saúde, que vai da rede básica à internação hospitalar, na captação de vaga adequada para o paciente realizar seu tratamento.

Quanto às políticas públicas, Deslandes (apud Frossard, 2016), menciona que o tema da humanização na saúde alçou um novo *status*, com a regulamentação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) em 2000. O Ministério da Saúde, em 2004, expande esse projeto para todos os níveis de atenção ao implantar a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, com o objetivo de humanização das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS a operar transversalmente em toda a rede do SUS. A PNH é norteadada por aspectos como a valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as

práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos dos cidadãos, o trabalho em equipe multiprofissional, a construção de redes cooperativas, autonomia, protagonismos dos sujeitos coletivos e sua corresponsabilidade nos processos de gestão e atenção. Como estratégias da PNH no nível da Atenção Básica, por exemplo, tem-se: o acolhimento e a abordagem orientada por projetos terapêuticos de saúde individual e coletiva. Considerando a relevância das transformações desencadeadas pelas recentes políticas de humanização e de Atenção Básica no SUS, é importante assinalar que as estratégias da PNH coincidem com os próprios princípios do SUS, especialmente no que se refere à universalidade do acesso e do direito à saúde, à integralidade e à equidade nas ações como necessidades fundamentais ao exercício da cidadania. Dessa maneira, torna-se necessário o reconhecimento da repercussão da PNH nos âmbitos político-organizativo e técnico-operativo, no sentido de identificar as implicações éticas à garantia do direito à atenção integral à saúde.

Para a autora, compreender os Cuidados Paliativos na perspectiva da garantia de direitos em consonância com a Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH) é pensar além do controle de dor e de sintomas do paciente, estendendo os cuidados na perspectiva da prevenção de situações-limite como, por exemplo: pacientes abandonados pela família, dificuldades para o acesso a uma vaga hospitalar, pacientes que não têm como manter uma alimentação adequada, pacientes moradores de áreas de risco, etc.

Frossard (2016) menciona que na política de Assistência Social, existem três níveis de complexidade:

Proteção social básica: visa à prevenção de situações de risco por meio de ações voltadas para famílias em situação de vulnerabilidade social, trabalhando suas potencialidades e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários;

Proteção social especial: compreende os atendimentos, os serviços de informação, orientação, apoio e atividades de inclusão social visando à garantia e defesa de direito aos indivíduos e as famílias com direitos violados. Esses serviços são disponibilizados pela Secretaria de Assistência Social (SEMAS) por intermédio dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), na Média

Complexidade e com as Unidades de Alta Complexidade, bem como as instituições da rede sócio assistencial conveniada;

Parte integrante da proteção especial de Média Complexidade: serviço de apoio, orientação e acompanhamento a famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça ou violação de direitos, operada por meio do Programa Social Especial (PSE). De alta complexidade: oferece apoio a famílias e indivíduos que se encontram em situação de abandono, ameaça ou violação de direitos, necessitando de acolhimento provisório, fora de seu núcleo familiar de origem por intermédio dos Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS).

Vale ressaltar que na prática o PNH está caminhando, mas ainda não atende na prática há tudo o que tem preconizado enquanto teoria. Existe ainda um longo caminho a ser percorrido.

### **3.3 Trabalho em Equipe, Multidisciplinaridade, Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade**

O Cuidado Paliativo requer o trabalho em equipe multiprofissional, realizado de forma interdisciplinar onde cada profissional exerça a sua prática complementando as demais práticas com um olhar voltado para as necessidades do paciente e de sua família.

Segundo Ciampone e Peduzzi (2000) na literatura sobre equipe de saúde predomina a concepção de equipe do senso comum, sendo a equipe representada como o conjunto de profissionais em situação comum de trabalho. Sendo assim, todo conjunto de trabalhadores seria equipe e todo trabalho seria trabalho em equipe. Porém, “equipe de saúde” e “trabalho em equipe” são utilizados para algumas situações específicas. A denominação “equipe” no processo de trabalho em saúde, sempre fará referência a uma situação de “trabalho” que se refere à obtenção de bens ou produtos para a atenção às necessidades humanas. Desse modo, essencialmente cabe à equipe a responsabilidade por conseguir resultados que representem o objetivo do trabalho que produz.

Para as autoras no trabalho em equipe a centralidade está no alcance de resultados, ou seja, na atenção integral às necessidades de saúde da clientela, o que pode ser beneficiado em qualidade à medida que a comunicação em busca de consensos, entre os profissionais, integre o trabalho cotidiano.

Segundo Peduzzi (1998) o trabalho em equipe multiprofissional consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais.

O trabalho em equipe pode ser desenvolvido de forma interdisciplinar, multidisciplinar ou transdisciplinar que definiremos a seguir.

Para entendermos melhor a interdisciplinaridade se faz necessária uma visão panorâmica de “sua presença” na história da humanidade.

Segundo Silva (2008), a interdisciplinaridade já existia antes mesmo da era Cristã, na Idade Antiga, entre as civilizações arcaicas, por exemplo, a civilização grega, onde o conhecimento para explicação dos fenômenos era o saber, fator que integralizava as várias formas de pensar e representar o mundo. Não havia uma visão fragmentada dos elementos da realidade. O princípio explicativo de todas as coisas era o “*physis*”, cuja filosofia era o único conhecimento existente no início da civilização grega, encarregada de buscar a explicação dos fenômenos naturais e sociais da época. Entre os gregos, era considerado o saber, o próprio conhecimento único e verdadeiro.

Para um melhor entendimento dessa visão de unidade mencionada pela filosofia, alguns outros fatores integradores podem ser destacados, como por exemplo, os jogos olímpicos e o raciocínio lógico. A Idade Média, entre os séculos V ao XV D.C., é identificada por uma visão totalitária do universo, cujo referencial para a unidade era o sagrado. O princípio explicativo para todas as coisas era de Deus, em um mundo teocêntrico, com a Igreja como protagonista principal na história da educação. Aqueles que não seguissem as doutrinas religiosas eram amaldiçoados. Os sábios medievais eram criativos porque consideravam o domínio do espírito, porque estavam dispostos a sacrificarem-se para obter educação, podendo ver além das limitações de sua própria época.



Silva (2008) menciona que no Renascimento, a filosofia vai aos poucos sofrendo com as intervenções revolucionárias e perdendo cada vez mais o seu espaço como única forma de buscar a verdade. No final da Idade Média, o que era unidade entre religião, cultura e ciências vai se modificando ou se desfazendo a partir do século XIV, com o surgimento de Galileu Galilei, responsável pela construção das ciências modernas.

O autor relata que a Idade Moderna, já não se vê o mundo como via a filosofia e surgem novas ciências, a partir do século XVII, acentuava-se a presença do diverso e firmava-se com a perda da visão unificada de mundo. Neste momento histórico, a visão fragmentada era global. Portanto, começam a surgir às primeiras preocupações interdisciplinares. Segundo Frederic (1976), no momento em que se pretendeu realizar a passagem do Múltiplo ao Uno, esta tentativa sofre o impacto do século XIX, quando a História do saber é marcada pelo crescimento do trabalho científico, pelo enriquecimento das diversas tecnologias de pesquisa, com a multiplicação das tarefas e o surgimento da especialização.

Segundo Japiassu (1976) a sociedade contemporânea exige um resgate de uma visão holística de mundo nos modelos de um grande projeto interdisciplinar, no sentido de romper ou minimizar com as barreiras linguísticas e codificadas entre os especialistas e suas áreas.

Para Silva (2008), a ciência e as demais áreas do conhecimento há séculos vivenciado uma visão fragmentada de mundo, precisavam se afirmar numa sociedade com unidade e totalidade. Esta visão universal vem sendo promovida e reconhecida pela interdisciplinaridade, sendo esta de suma importância para as propostas e projetos que destacam a reinserção de excluídos do meio social. A partir de 1960, o tema interdisciplinaridade é mais difundido por teóricos e educadores, por meio de reuniões e experiências desenvolvidas na escola. Os trabalhos sobre a interdisciplinaridade surgiam cada vez mais com repercussão internacional. Em 1971, instalou-se um comitê de teóricos com o propósito de construir um documento capaz de retratar sobre os principais problemas do ensino e da pesquisa.

Segundo Taquemori e Nakagawa (2008) o alívio do sofrimento humano requer um planejamento interdisciplinar, com a atuação da equipe multiprofissional

com a “troca de saberes”, incluindo-se a família e o acionamento da rede de apoio da comunidade.

As equipes que atuam em Cuidados Paliativos geralmente são compostas pelo médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo, além de outros profissionais como o farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, capelão, entre outros.

Embora o cuidado paliativo utilize-se do trabalho interdisciplinar, definiremos aqui outras modalidades como a multidisciplinaridade e a transdisciplinaridade.

Martins (2009) menciona que o termo transdisciplinaridade foi criado por Piaget em 1970, em um Congresso sobre interdisciplinaridade. Segundo Piaget uma etapa transdisciplinar poderia suceder a uma etapa interdisciplinar, quando ocorresse o cruzamento de fronteiras entre as disciplinas. A ponte entre os estudos dos fenômenos que se situam fora e além dos âmbitos das disciplinas existentes estabelece um conhecimento transdisciplinar.

Vilela e Mendes (2003) relatam que a interdisciplinaridade se caracteriza pelas trocas entre os especialistas, sendo também considerada uma questão de atitude em uma relação de reciprocidade, é possuir uma concepção unitária do ser humano. São desenvolvidos alguns traços de personalidade como: flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, entre outros.

Erich Jantsch (*apud* Vilela e Mendes, 2003) estabeleceu 05 níveis para as modalidades possíveis de interdisciplinaridade:

Multidisciplinaridade é a justaposição de disciplinas diversas, com a intenção de esclarecer os seus elementos comuns, mas sem relação necessária entre elas;

Pluridisciplinaridade é a justaposição de disciplinas, de domínio do conhecimento próximo, buscando a melhoria das relações entre elas. Ex: Física e Química;

Disciplinaridade cruzada trata-se da comunicação desequilibrada entre disciplinas, com o predomínio de uma disciplina sobre a outra;

Interdisciplinaridade ocorre em um contexto coletivo onde existe a interação de duas ou mais disciplinas, que se modificam e dependem umas das outras. Resulta em enriquecimento recíproco e na transformação de suas metodologias de pesquisa e conceitos;

Transdisciplinaridade possui um nível superior da interdisciplinaridade, em que desaparecem os limites entre as diversas disciplinas; a cooperação é tal que se fala no aparecimento de uma nova macrodisciplina. Ex: Marxismo, Estruturalismo, Fenomenologia, entre outros.

Para Vilela e Mendes (2003) a comunicação na interdisciplinaridade gera integração mútua dos conceitos entre as disciplinas, construindo um novo conhecimento ou auxiliando na resolução de um problema concreto. Existe uma inter-relação entre as disciplinas para se atingir um objetivo comum. Sendo assim, a interdisciplinaridade na área da Saúde Coletiva coloca-se como exigência interna, visto que a saúde e a doença no âmbito social envolvem relações sociais, expressões emocionais, afetivas e a biologia, sendo estas as condições e razões sócio-históricas e culturais dos indivíduos e seus grupos.

Os Cuidados Paliativos, por olhar para a história de vida do paciente, necessita do trabalho interdisciplinar para que seja realizado o atendimento que responda a todas as demandas do paciente e seus familiares.

### **3.4 Cuidados Paliativos e a Interdisciplinaridade**

A Enfermaria de Cuidados Paliativos do Hospital Santa Marcelina recebe pacientes procedentes do ambulatório, de outras enfermarias, eventualmente das UTIS e do Pronto Socorro, sendo que deste último, procede a maior demanda. Está localizada no 3º D, possui seis leitos, sendo cada quarto composto por três leitos. Cada quarto possui: televisão, armário, poltrona e um banheiro. Na Enfermaria é possibilitada a permanência de um familiar 24 horas por dia.

Na Enfermaria atuamos com uma equipe treinada e uma flexibilidade que só a Enfermaria de Cuidados Paliativos oferece. Isto ocorre, devido toda a complexidade e particularidade que um paciente em terminalidade de vida necessita receber.

O Cuidado Paliativo requer um trabalho integrado, onde a equipe profissional exerça sua prática complementando as demais práticas com um olhar biopsicossocial, onde se faz necessário um aprendizado constante e o compartilhamento dos conhecimentos, possibilitando melhores resultados.

Nos Cuidados Paliativos, o paciente é visto como um ser único, com sua história de vida e com uma família que juntamente com ele vivencia o momento de doença. Esse paciente tem direito a informação sobre sua doença e possui autonomia para decidir sobre o seu tratamento.

Como o paciente é visto na sua globalidade necessita de um atendimento oferecido por uma equipe interdisciplinar integrada para reconhecer as necessidades dos pacientes e familiares e oferecer um atendimento específico necessário.

A prática profissional preconiza a atenção individualizada ao paciente e à sua família, buscando o controle dos sintomas e conseqüentemente a prevenção do sofrimento.

Há a necessidade da intervenção de uma equipe interdisciplinar treinada para o controle de sintomas físicos e psicossociais, que tenha excelente comunicação e uma “escuta apurada” para oferecer uma atenção específica e contínua ao paciente e à sua família, no processo de morte, possibilitando atenção às dores físicas, emocionais e sociais.

Para Maciel (2012), a enfermagem de equipe de cuidados paliativos consiste numa ala de um hospital geral secundário ou terciário que atua em leitos próprios e equipe especializada. A equipe deve ser composta por médicos, enfermeiros e equipe de enfermagem, psicólogo, assistente social e capelão ecumênico. Pode contar também com fisioterapeutas, farmacêuticos clínicos e voluntários, além de outros profissionais e clínicas do hospital. Atua com equipe constante e bem treinada, maior flexibilidade de horários para visita de familiares, alimentação e regras do hospital. Além do paciente, a família deve receber a atenção necessária da equipe.

Para Severino (apud Sá, 1989), a interdisciplinaridade representa uma postura que prima pelo respeito às diferentes formas de abordagem do real, de maneira que estas se complementem dialeticamente, propiciando uma análise

integral que proporcionará uma prática mais completa. Considerando que o modo de ser que decorre do agir, segundo o autor a construção da essência humana é coletiva. Por isso, a interdisciplinaridade prevê uma ação coletiva. Para a realização de uma ação coletiva na área da saúde necessitamos de alguns instrumentos para analisar e atender ao paciente/família: reuniões interdisciplinares, os estudos de caso, os prontuários eletrônicos, os atendimentos ao paciente/família e as reuniões de família.

Enquanto equipe multiprofissional realizamos uma intervenção interdisciplinar, utilizando esses instrumentos em nossa prática profissional, o que tem nos possibilitado um conhecimento mais aprofundado sobre o nosso paciente/família possibilitando uma ação mais abrangente sobre ele e sendo um facilitador na comunicação entre equipe, paciente e familiares.

### **3.5 Cuidados Paliativos e a Formação Profissional em Saúde no Brasil**

Atualmente, a população brasileira vive mais tempo, porém convivendo com doenças crônicas com considerável sofrimento para o paciente e a família. Diante deste contexto se faz necessário e urgente instrumentalizar profissionais para atuarem em CP.

Figueiredo e Stano (2013) mencionam que na Inglaterra o primeiro país em que a Medicina Paliativa passou a ser considerada como especialidade médica, o Dr. Derek Doyle, autoridade internacional em Cuidados Paliativos afirmou que o fez apenas para que os médicos se interessassem em exercê-la e para que os outros especialistas os respeitassem, não havendo motivação pelo paciente e necessidade de cuidado integral.

Não desejamos que os Cuidados Paliativos sejam vistos pelo olhar do Dr. Derek, como citado. Mas pela visão Figueiredo e Stano (2013) que reforçam a importância de preparar o futuro médico desde o início de sua formação para que ele compreenda a necessidade de melhor sintonia entre a técnica e a proximidade empática e afetiva com o paciente, entendendo a importância da família como parte da vida do paciente e parte fundamental no processo de cuidado, para que ele saiba

contribuir com a interação entre os diversos saberes profissionais de uma equipe de cuidados e para que saiba respeitar e estimular a necessidade de apoio espiritual dos pacientes e familiares.

Lampert et al. (2009) menciona que no Brasil, a legislação quanto ao sistema nacional de saúde tem avanços relevantes para mudanças na prestação de serviços na área da saúde. A partir da Constituição Brasileira de 1988, as leis complementares e as normas operacionais básicas têm possibilitado a evolução na estruturação deste sistema. Neste contexto, são homologadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação pelo Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação que apontam as características do profissional da área da saúde a ser formado: generalista, humanista, crítico e reflexivo, capaz de trabalhar em equipe, para que as escolas adaptem seus projetos político-pedagógicos para formar profissionais com competência para atender às necessidades de saúde na dinâmica do contexto e que o SUS deve regular a formação de recursos humanos para o atendimento em saúde. Para avaliar essas ações foi criado o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes).

Segundo Lampert et al. (2009), as DCN delineiam o perfil que o médico deve alcançar ao concluir o curso de graduação, com o objetivo de adquirir competências para trabalhar em equipe, dar conta de atender com qualidade às necessidades mais frequentes de saúde e, saber construir o conhecimento à partir da formulação de problemas encontrados no dia-a-dia do exercício profissional e dar soluções adequadas. Orientam as escolas para inserir em seus currículos conteúdos essenciais relacionados ao processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrados à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina, além disso, devem contemplar a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, éticos e legais, nos níveis do indivíduo e do coletivo, no processo saúde-doença.

Para Lampert et al. (2009), de acordo com sua vocação institucional, a Abem (Associação Brasileira de Educação Médica) propõe, por intermédio da Caem (Comissão de avaliação de Educação Médica), promover a avaliação das tendências de mudanças dos cursos de graduação das escolas médicas brasileiras, tendo por objetivo impulsionar e auxiliar a construção de um processo avaliativo nessas

instituições. Desde março de 2006, a proposta de avaliação da Caem, além de diagnosticar o momento das escolas, visa auxiliar e acompanhar a evolução das mudanças de forma participativa e construtiva para atender às DCN com perspectivas à consolidação do SUS, incentivando a construção do processo avaliativo em cada escola médica dentro dos princípios do Sinaes, com vista à formação do médico no curso de graduação.

Saito e Zoboli (2015) afirmam que atualmente ocorre um aumento das doenças crônicas que possuem uma evolução progressiva e degenerativa e essas condições crônicas de saúde geram uma demanda por assistência contínua e permanente, incluindo-se os Cuidados Paliativos (CP).

Segundo Figueiredo e Stano (2013) as Escolas de Medicina beneficiariam a formação dos futuros médicos se incorporassem aos seus currículos o ensino de Cuidados Paliativos, possibilitando complementar o aprendizado da medicina e proporcionando melhores recursos de cuidado na cura e na terminalidade de vida.

As autoras definem currículo como:

Define-se por currículo a tessitura de informações, práticas, compartilhamento de conceitos e reflexões conjuntas professor-aluno, que propiciam a ambos a construção ativa do conhecimento necessário ao exercício da vida profissional do aluno e ao contínuo aprimoramento do saber do professor. A função socializadora do currículo ultrapassa o seu valor como apenas transmissão de conteúdo. Assim, o conceito por trás da composição dos conteúdos do currículo não se dissocia dos conceitos e valores desejáveis pela sociedade à qual a escola pertence. Pode-se até dizer que toda escola se esforça por propiciar o mais próximo do “ideal de homem” que a sociedade elegeu na época considerada, sendo hoje notória a demanda pela formação de sujeitos de direitos, dignos e verdadeiramente incluídos na trama social. (FIGUEIREDO, STANO, 2013, p. 299)

As autoras referem que a partir de 1º de agosto de 2010, por conta da Resolução CFM nº 1.973/2011, a medicina paliativa tornou-se área de atuação de seis especialidades médicas (geriatria, pediatria, oncologia, clínica médica, anestesiologia, medicina da família). Hoje já são oito, as especialidades médicas. Às seis anteriores somaram-se Medicina Intensiva e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. (Resolução CFM 2068/2013).

No I Encontro Latino-Americano de Docentes de Cuidados Paliativos em Buenos Aires para divulgar entre os países da América Latina a orientação sugerida pela International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) recomenda

que, no mundo inteiro, se procure sensibilizar os governos, as instituições de ensino e as associações de classe para que a educação em CP se inicie no primeiro ano da graduação das várias profissões da saúde. A delegação brasileira era uma das maiores presentes. Esta recomendação baseou-se na experiência europeia dos últimos anos. Na Europa, após anos de educação em CP em cursos de pós-graduação, inicialmente pensados como forma de capacitar mais rapidamente os profissionais já formados, verificou-se a necessidade de iniciar a sensibilização dos profissionais no decorrer da graduação o que facilitaria a construção de competências adequadas à prática dos CP. Esse talvez seja o caminho no Brasil, o de proporcionar a todos os médicos o contato com a medicina paliativa na esperança de responder à crescente demanda de cuidados integrais pacientes crônicos e à sua família.

Figueiredo e Stano (2013) mencionam que no Brasil, no período de 1994 a 2008, a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), por meio do Prof. Marco Tullio Barcellos de Assis Figueiredo (1925-2013), foi a primeira escola médica a disponibilizar os cursos de CP em caráter eletivo a alunos de graduação em medicina, enfermagem e fisioterapia. O Prof. Marco Tullio, falecido em 2013, foi considerado o pioneiro em educação em CP no Brasil e iniciou o binômio cuidado paliativo e formação profissional. Foi Professor da Disciplina de Cuidados Paliativos da UNIFESP-EPM, Chefe do Ambulatório de Cuidados Paliativos da UNIFESP-EPM, Sócio fundador da International Association for Hospice and Palliative Care (USA) São Paulo, SP. Em 1994 procurou a diretoria do Departamento Científico e Cultural (DCC) do Centro Acadêmico Pereira Barreto da UNIFESP-EPM, com o projeto de montar um “Curso de Cuidados Paliativos ao Paciente Fora de Recursos Terapêuticos de Cura”. E o projeto foi adiante. Na primeira quinzena do mês de novembro de 1994, ocorreu o 1º curso que continuou a ser realizado. Em 1997 foram incluídos cursos sobre Tanatologia – Estudo da Morte como sequência ao curso de Cuidados Paliativos e a Disciplina de Oncologia Básica. Com isso, a Pró-Reitoria de Extensão de Graduação conferiu a estes dois cursos o título de “Cursos de Extensão”. Com o decorrer dos anos o curso de Cuidados Paliativos e Tanatologia possibilitaram a criação da Disciplina Eletiva de Cuidados Paliativos em 1998 e a formação do Ambulatório de Cuidados Paliativos em 2000. Em junho de 2000, o Dr. Marco Tullio submeteu à apreciação do Reitor Prof. Dr. Hélio Egídio



Nogueira, um dossiê sobre o programa de educação em Cuidados Paliativos executado na UNIFESP-EPM desde 1994. No dossiê ele sugeriu ao Reitor a necessidade de organizar um ambulatório de Cuidados Paliativos para atender ao crescente número de portadores de câncer avançado atendidos na oncologia do Hospital São Paulo, iniciar um programa de formação e treinamento de profissionais em Cuidados Paliativos para atender os pacientes do Hospital São Paulo (HSP) e UNIFESP-EPM e também para atuar em outros hospitais, oferecer estágios aos residentes e alunos da universidade.

Em dezembro de 2000, conseguiu iniciar o atendimento ambulatorial com uma equipe formada por um médico, uma enfermeira efetiva e uma R2, duas psicólogas, uma assistente social e um dentista. A unidade não dispunha de leito fixo no HSP. O atendimento básico era ambulatorial e domiciliar. No caso do paciente não ter mais condições físicas de locomoção ao Ambulatório eram agendadas visitas domiciliares.

Em 2002 a UNIFESP-EPM contava com a atividade didática em Cuidados Paliativos e Tanatologia alcançando uma posição de destaque internacional. Com um total de 41 horas/ano de cursos de informação, a UNIFESP-EPM ocupava o primeiro lugar entre as universidades do mundo. Ela era a única que estendeu à comunidade a oportunidade de participar destes cursos (cursos de DCC).

Em 2003 participou da criação da disciplina de CP e do Serviço de CP na Faculdade de Caxias do Sul – RS que se iniciaram em 2004 e continuam em funcionamento.

Em 2004, participou das reuniões que deram origem à Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), tornando-se membro honorário desta entidade. Foi também sócio-fundador da *International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC, 1997) e membro de seu conselho consultivo durante três mandatos. Em 2008 participou da elaboração do livro *Cuidado Paliativo do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp)* juntamente com sua esposa, a psiquiatra paliativista Dra. Maria das Graças Mota Cruz de Assis Figueiredo.

O Prof Marco Tullio Barcellos de Assis Figueiredo deixou o seu legado na formação profissional que incentivaram outras ações no decorrer dos anos.

Figueiredo e Stano (2013) acompanharam o esforço de um doutorando da Universidade Federal de Minas Gerais que desejava investigar o número de Faculdades de Medicina do país que disponibilizam disciplinas de Cuidados Paliativos aos seus alunos, considerando que temos mais de 180 Escolas de Medicina no país. Sua amostra foi reduzida apenas às Faculdades de Minas Gerais constando que apenas na Universidade José do Rosário Vellano - Unifenas (método ABP) no 4º período com duração de um semestre existe a Disciplina de Estratégia de Prática Médica na Comunidade, com foco em Terminalidade e Cuidados Paliativos. E também, a Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIt) oferece em caráter curricular aos alunos de primeiro, segundo e quarto anos da graduação, a Disciplina de Tanatologia e Cuidados Paliativos (TanCP) desde 2010. Sendo que no primeiro e segundo anos, a disciplina oferece 36h e no quarto ano, 18h, a grupos de 40 alunos a cada 15 dias. Vale ressaltar que a disciplina teve que se ajustar à carga horária disponível e não à necessidade real de tempo para o aprendizado necessário referente à prática dos conceitos. A criação dessa disciplina se deve ao grande interesse pelo assunto que tinha o Dr. Kleber Lincoln Gomes presidente da Entidade Mantenedora da FMIt (AISI) e da Dra. Christina Grieger, vice-diretora da Faculdade (falecida em janeiro de 2010). Eles entraram em contato com CP através de um Hospital em São Paulo dirigido por um ex-aluno da FMIt que implantou as práticas de CP com a assessoria do Prof. Marco Tullio. Nesta disciplina sempre foi enfatizada aos alunos a oportunidade única de auxiliarem a outros na obtenção do conhecimento em si e do conhecimento de como conhecer sobre CP. Em início de 2011, esta disciplina criou um projeto extracurricular chamado A Arte do Cuidar com o objetivo de elaborar material didático produzido por alunos e destinado a ensinar outros, já tendo elaborado 04 cursos de CP, coordenado estágios de observação em CP para cerca de 120 alunos, hoje cerca de 500 alunos em serviços parceiros nas cidades de São Paulo, Barretos e Rio de Janeiro, organizado dois saraus de CP, atualmente 05 saraus e publicado dois manuais de CP, três vídeos educativos e também um gibi chamado Tanatoons, que fala de perdas e morte para crianças.

Figueiredo e Stano (2013) concluem que todos os médicos devem ser capazes de assistir os seus pacientes até a morte, aliviando os sintomas e podendo oferecer conforto aos pacientes e seus familiares, com isso aos especialistas em CP caberiam assistir os pacientes que necessitem de técnicas mais específicas e que

exijam maior prática dos seus médicos, semelhante ao que deve ocorrer entre um clínico e um especialista. Cabem as escolas de medicina responder a esta proposta de instrumentar todos os médicos desde o início de sua formação a aceitarem que a morte faz parte do ciclo maior da existência e que cuidar dos pacientes em terminalidade de vida faz parte da nobre missão médica, para isso se faz necessária mudanças na grade curricular com inclusão de novas disciplinas centradas no cuidado integral ao paciente e família.

Experiências como o projeto extracurricular chamado: A Arte do Cuidar precisam ser vivenciadas por diversas Escolas de Medicina, pois contribuirão na formação profissional especializada para que pacientes, familiares e toda a sociedade possam usufruir desses benefícios.

No Hospital Santa Marcelina acompanhamos os 02 residentes médicos- R01 que permanecem 30 dias nas enfermarias de Geriatria -3º D e Cuidados Paliativos-3º D, além destes, os residentes da Oncologia Hematológica, cuja residência foi credenciada em 19 de dezembro de 2013 pela CNRMS/MEC e possui a equipe composta por 01 enfermeira, 01 nutricionista, 01 fisioterapeuta e 01 psicólogo que realizam a residência no período de 02 anos distribuídos da seguinte forma: no período de 06 meses permanecem na Oncologia Clínica e Ambulatório de Quimioterapia, 06 meses na Oncologia Cirúrgica, 06 meses na Hematologia e Transplante de Médula Óssea (TMO) e 06 meses na Enfermaria de Cuidados Paliativos.

Os residentes médicos e os residentes da Oncologia Hematológica são supervisionados pela equipe médica e multiprofissional, além de participarem das reuniões semanais da Equipe Multiprofissional para discussão dos casos de pacientes internados e de aulas semanais específicas sobre as práticas dos Cuidados Paliativos.

Precisamos com urgência de definições sobre a inclusão dos Cuidados Paliativos nas grades curriculares não só dos médicos, mas também dos profissionais de saúde para que iniciem sua aproximação com os CP e posteriormente os Cursos de Educação em Cuidados Paliativos que deverão possibilitar um conhecimento mais aprofundado aos profissionais que conjuntamente com a atuação prática terão embasamento para uma melhor prática profissional em

CP, porém o tempo de atuação na área será imprescindível para um trabalho mais efetivo em CP e isso só se concretizará de médio a longo prazo.

### **3.6 Competências em Cuidados Paliativos**

Segundo Gamondi et al. (2013) existem elementos da formação em cuidados paliativos e das competências necessárias para uma boa prática profissional nas equipes envolvidas em cuidados paliativos. Definem competência como sendo:

A primeira define competência como uma capacidade para realizar uma tarefa, a segunda descreve as competências em termos de um conceito mais amplo, considerando ambas um conjunto de dimensões necessárias para produzir um desempenho e o desempenho em si mesmo. De acordo com esta segunda abordagem, um conjunto de atributos demonstráveis e mensuráveis (conhecimento, habilidades e comportamentos) pode ser razoavelmente espectável de um profissional seguindo um curso instituído de aprendizagem teórica e clínica. (GAMONDI et al., 2013, p.5)

Gamondi et al. (2013) mencionam que a Associação Européia de Cuidados Paliativos (EAPC) abordou a questão da educação e formação para equipes profissionais de Cuidados Paliativos que resultaram na elaboração de um Guia Orientador com as dez competências centrais para a prática profissional. Sendo:

Aplicar os constituintes centrais dos cuidados paliativos, no ambiente próprio e mais seguro para os doentes e famílias, ou seja, proporcionar o cuidado integral ao paciente no ambiente de escolha dele ou de sua família.

Aumentar o conforto físico durante as trajetórias de doença dos doentes, pois o conforto físico representa a qualidade de vida desses pacientes.

Atender às necessidades psicológicas dos doentes, para isso, o profissional deve ser capaz de oferecer escuta ativa e uma intervenção de suporte sendo capaz de saber quando e a quem referenciar.

Atender às necessidades sociais dos doentes, ou seja, avaliar o contexto social do paciente e proporcionar orientações e encaminhar para a Assistente Social para fornecimento de orientações sociais e aquisição de benefício.

Atender às necessidades espirituais dos doentes, pois, a doença, em geral, faz com que o paciente levante questões sobre o sentido da vida, necessitando dos cuidados espirituais. Os profissionais de saúde devem discutir as questões espirituais com os pacientes e familiares e solicitar um conselheiro espiritual quando necessário.

Responder às necessidades dos cuidadores familiares em relação aos objetivos do cuidar a curto, médio e longo prazo, com isso, ao cuidar do paciente cuidamos também da família. São os cuidadores familiares que prestam o cuidado e são o elo entre o paciente e a equipe profissional.

Responder aos desafios da tomada de decisão clínica e ética em cuidados paliativos, para isso, cada profissional deve possuir a competência necessária para lidar com os desafios éticos, conhecendo bem o seu código de ética profissional e também promover a autonomia do paciente.

Implementar uma coordenação integral do cuidar e um trabalho de equipe interdisciplinar em todos os contextos onde os Cuidados Paliativos são oferecidos, para providenciar apoio durante as transições do paciente entre os diferentes contextos do cuidado (domicílio – EMAD/ambulatório/Hospital), promovendo um trabalho de equipe multiprofissional e oferecer ao paciente e seus familiares o modelo mais apropriado de cuidados.

Desenvolver competências interpessoais e comunicacionais adequadas aos cuidados paliativos, desenvolvendo habilidades de comunicação efetiva, incluindo a comunicação de más notícias, sabendo interpretar os diferentes tipos de comunicação verbal e não verbal do paciente e familiares, informando ao paciente sobre o seu prognóstico respeitando o tempo necessário para o paciente receber tais informações.

Promover o autoconhecimento e o contínuo desenvolvimento profissional, para buscar o contínuo desenvolvimento profissional, saber o momento para encaminhar o paciente para outro profissional, cuidar da saúde física e mental, realizar atividades de lazer, evitando assim o esgotamento profissional.

Os autores afirmam que as competências descritas acima devem complementar as competências e atitudes que os profissionais de saúde adquiriram

por meio da prática clínica e serem vistas como uma referência que todos devem pretender chegar, ao longo do tempo.

Os Cuidados Paliativos têm sua especificidade e uma integralidade na assistência, sendo necessário que os profissionais de saúde possuam competências fundamentais à prática dos cuidados em fim de vida.

Segundo Rodrigues (2012) os Cuidados Paliativos em ambiente hospitalar trabalha com a filosofia de uma equipe treinada e capacitada com foco no alívio de sintomas físicos e questões psico-sócio-espirituais, além de entender a morte como um processo natural da vida. Isso tudo proporciona a oportunidade da equipe trabalhar unida, com expertise e maior probabilidade de atingir as metas do cuidado.

Para Fonseca e Geovanini (2013) na formação do profissional em Cuidados Paliativos as habilidades de comunicação, o trabalho em equipe, a competência para a condução dos casos diante de doenças em estágio terminal, manejo de drogas para alívio da dor e conforto do paciente, além das técnicas de suporte para o enfrentamento da morte e do luto, tanto do paciente/famíliaes quanto da equipe multiprofissional. A atuação de um profissional paliativista deve ter como habilidades técnicas no controle de sinais e sintomas, domínio em áreas como a fisiopatologia das doenças crônicas e a sobrevida, a farmacologia, as técnicas de relaxamento, a valorização da comunicação, do campo espiritual e o trabalho em equipe. O médico deve compartilhar sua conduta com os outros membros da equipe, pois em cada área de atuação nos Cuidados Paliativos há um objetivo para que se cumpra o plano de cuidados, pois as ações são interdependentes.

Conforme Fonseca e Geovanini (2013) a tomada de decisão está diretamente relacionada ao nível de conhecimento que o médico possui. Este profissional deve possuir a capacidade de agir perante os sintomas que causam desconforto ao paciente. O médico deve buscar o aprimoramento nas estratégias de comunicação, habilidade considerada um dos pilares dos CP e de enfrentamento para lidar com o sofrimento e processo de morte, considerado um tema de difícil manejo para o ser humano, que embora reconheça que é algo que irá ocorrer, prefere evitar o assunto.

O profissional de saúde deve partir de seu conhecimento teórico e técnico e das relações que estabelece com o paciente e seus familiares, tendo um olhar sobre o paciente e não a doença, sendo capaz de estabelecer uma relação empática,

oferecendo a escuta, o diálogo, a disponibilidade de tempo para perceber o outro. Deve saber trabalhar com a equipe multiprofissional, compartilhando conhecimentos, dúvidas, opiniões, aceitando diferentes pontos de vista, visando proporcionar o cuidado adequado ao paciente/familiar.

Além disso, precisa estabelecer uma comunicação eficaz entre a equipe profissional e o paciente/familiar. Informar o paciente sobre a sua doença, tratamento, prognóstico deve ser dada de maneira sensível e respeitando o tempo e o quanto o paciente quer saber naquele momento, ou seja, é necessário saber como comunicar más notícias. Em todo esse processo é necessário que a família seja acolhida e receba a mesma atenção e cuidado que é dado ao paciente.

Aos profissionais cabe seguir seus princípios éticos respeitando à autonomia do paciente; buscar conhecimento e aprimoramento profissional constante.

Consideramos que toda a equipe necessita buscar o aprimoramento profissional para que se cumpra o plano de cuidados com maior integralidade na assistência ao paciente e seus familiares.

### **3.7 Síndrome de Burnout**

Os profissionais de saúde que trabalham na área de Cuidados Paliativos vivenciam constantes situações de sofrimento, dor e perda diante de situações de forte carga emocional que podem desencadear doenças como a Síndrome de Burnout (SB).

Segundo Zanatta e Lucca (2015) a Síndrome de Burnout é um fenômeno psicossocial que surge como resposta aos estressores interpessoais crônicos presentes no trabalho. No contexto da Psicologia, a definição mais utilizada tem sido a de Maslach e Jackson (1996), em que o burnout é referido como uma síndrome multifatorial constituída por exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal no trabalho.

Segundo Ribeiro (2011) foi somente a partir de 1976 que os estudos adquiriram um caráter científico formal. A psicóloga social e pesquisadora da Universidade da Califórnia, Christina Maslach, realizou estudos com profissionais de

serviços sociais e de saúde utilizando modelos teóricos e instrumentos capazes de registrar adequadamente este sentimento crônico de desânimo, apatia e despersonalização no trabalho, sendo ela quem primeiramente entendeu que pessoas com Burnout apresentavam atitudes negativas e de distanciamento pessoal, adotando-se o termo Síndrome de Burnout. E mais tarde foi adicionado o conceito de um processo de perda gradual de responsabilidade e desinteresse que ocorria em trabalhadores prestadores de serviço. A Síndrome de Burnout foi investigada somente nos Estados Unidos, até a década de 1980, mas mostrando-se um problema social de grande destaque começou a despertar o interesse em outros países.

Ribeiro (2011) menciona que se pode definir a Síndrome de Burnout como um conjunto de sinais e sintomas agrupados em três dimensões distintas relacionadas, mas independentes. Possui três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização no trabalho que devem ser consideradas para que se possa caracterizar a síndrome. Inicialmente, a exaustão emocional que pode manifestar-se de forma física, psíquica ou ambas. O profissional sente falta de energia, entusiasmo, frustração e tensão. A despersonalização é definida pela insensibilidade emocional, o profissional passa a tratar a todos de forma distante e impessoal. A baixa realização no trabalho é definida pela tendência do profissional em se auto avaliar de forma negativa.

Segundo Ribeiro (2011), a Síndrome de Burnout pode manifestar-se clinicamente através de quatro classes sintomatológicas distintas: o trabalhador apresenta fadiga constante, distúrbio do sono, falta de apetite e dores musculares generalizadas ou inespecíficas; as manifestações psíquicas são falta de atenção, alterações de memória, ansiedade e frustração; as alterações comportamentais são a negligência no trabalho, irritabilidade ocasional e instantânea, diminuição da capacidade de concentração, aumento de incidentes conflitivos com os colegas de trabalho, necessidade de longas pausas para o descanso e o cumprimento irregular da carga horária de trabalho; comportamento defensivo quando o profissional apresenta a tendência ao isolamento, sentimento de insatisfação no trabalho realizado.



Além disso, o autor refere que o grande problema social relacionado à Síndrome de Burnout em profissionais da saúde pode levar a um elevado índice de absenteísmo, levando a custos com substituições, necessidade de novas contratações e fragmentação da rotina assistencial.

Zanatta e Lucca (2015) mencionam que no âmbito das instituições de saúde destacam-se altos índices de absenteísmo por doença, além do presenteísmo com consequente comprometimento na qualidade do serviço prestado nas instituições.

Segundo Trigo et al. (2007) no Brasil, o Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, aprovou o Regulamento da Previdência Social e, em seu Anexo II, trata dos Agentes Patogênicos causadores de Doenças Profissionais. O item XII da tabela de Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados com o Trabalho (Grupo V da Classificação Internacional das Doenças – CID-10) cita a Síndrome de Burnout ou Síndrome do Esgotamento Profissional que conforme a Who (1986) pode ser considerado um grande problema no mundo profissional da atualidade.

Ribeiro (2011) refere que a Síndrome de Burnout ainda é desconhecida por grande parte dos profissionais da saúde, sendo necessária uma maior divulgação sobre o assunto para que os profissionais conheçam suas manifestações e causas e possam buscar medidas de prevenção e formas efetivas de tratamento.

Segundo Menezes (2004), uma das formas de prevenção da Síndrome de Burnout é a importância de uma vida social com lazer e a expressão das emoções e dos conflitos. O paliativista deve estar atento a uma possível emergência de sintomas dessa patologia, sendo um observador de comportamentos de si próprio e de seus colegas de trabalho. O pertencimento à equipe atribui a cada integrante a tarefa de zelar pelo equilíbrio emocional de todos.

Embora se considere que o profissional da saúde precisa ser empático é muito importante distinguir a empatia da compaixão, para que o colocar-se no lugar do outro não traga danos à saúde física e mental do profissional.

Por isso, a Dra Ana Cláudia Arantes define a empatia e a compaixão:

“Empatia é a habilidade de se colocar no lugar do outro. Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que pode ser a habilidade mais importante para um profissional de saúde que quer trabalhar com Cuidados Paliativos, pode ser também o maior risco para que ele se torne incapaz de cuidar. A empatia tem seu perigo: a compaixão, não. Compaixão vai além da capacidade de se colocar no lugar do outro: ela nos permite compreender o sofrimento do

outro sem que sejamos contaminados por ele. A compaixão nos protege desse risco. A empatia pode acabar, mas compaixão nunca tem fim. Na empatia, às vezes cega de si mesma, podemos ir em direção ao sofrimento do outro e nos esquecermos de nós. Na compaixão, para irmos ao encontro do outro, temos que saber quem somos e do que somos capazes.” (ARANTES, 2016, p.56)

A autora conclui que:

“A empatia permite que nós nos coloquemos no lugar do outro e sintamos sua dor, seu sofrimento. A compaixão nos leva a compreender o sofrimento do outro e a transformá-lo. Por isso precisamos ir além da empatia. Todos nós precisamos de pessoas capazes de entender nossa dor e de nos ajudar a transformar nosso sofrimento em algo que faça sentido.” (ARANTES, 2016, p.57)

Diante desse contexto deve-se pensar quanto à implantação de projetos a fim de obter melhorias nas condições de trabalho e de saúde mental dos profissionais da saúde.

### **3.8 Cuidados Paliativos e Espiritualidade**

Os Cuidados Paliativos atendendo o paciente em todas as suas necessidades oferece um olhar diferenciado para as questões espirituais.

Segundo Evangelista et al. (2016) a dimensão espiritual tem sido considerada um importante recurso interno que auxilia os indivíduos a enfrentarem as adversidades, as situações estressantes como as relacionadas ao processo saúde-doença. Sendo que os princípios dos cuidados espirituais podem e devem ser aplicados aos pacientes que vivenciam doenças como no caso os pacientes em Cuidados Paliativos. A espiritualidade é diferente da religião. Religião é um conjunto específico de crenças e práticas relacionadas com a fé que facilitam o acesso ao Sagrado, Divino, Deus e normalmente, é baseada em um conjunto de escrituras ou ensinamentos com um código moral de conduta. Já a espiritualidade é um termo mais amplo que religião e refere-se ao aspecto da condição humana, que se relaciona com a maneira pela qual os indivíduos buscam e expressam o significado e propósito da vida, assim como a maneira que expressam um estado de conexão com o momento, consigo mesmo, com o mundo, com a natureza e com o sagrado.

Bifulco (2006) define espiritualidade como algo que transcende a existência humana e que permite a uma pessoa vivenciar um sentido transcendente na vida, através da construção dos conceitos de fé e sentido.

Segundo Pessini e Bertachini (2004), a fé é um componente essencial da experiência espiritual, definida pela crença numa força transcendental superior, nem sempre vinculada a uma religião específica. A palavra religião vem do latim *religio*, na qual a raiz *re*” (novamente) e *ligare* (conectar), fundamentalmente se referem ao esforço de se reconectar, ou seja, buscar a transcendência ou a conexão como algo a mais de nós mesmos. A espiritualidade diz respeito a tudo o que envolve a existência de uma pessoa, implicando a capacidade de autotranscendência, de relacionamento, de amor, de desejo e criatividade, de altruísmo, de fé e crença.

Saporetti et al (2008) refere que a espiritualidade é considerada no Cuidado Paliativo uma dimensão vital e o sofrimento espiritual uma questão médica que deve ser abordada como qualquer outra. A espiritualidade deve transcender a religiosidade e abordar as questões existenciais e transcendentais de modo equivalente, sendo o modo como as pessoas buscam e expressam significado e sentido, assim como o modo pelo qual elas experimentam sua conexão com o momento, o si mesmo, os outros, a natureza, o que é significativo ou sagrado. Outro desafio importante é a falta de treinamento para abordar o tema e a falta de compreensão da própria espiritualidade. Nossas próprias questões sobre finitude, religião e espiritualidade são o ponto de partida para auxiliarmos melhor nossos pacientes. A equipe deve ser treinada para aceitar os diferentes valores religiosos e espirituais, respeitando e incentivando a participação do paciente em sua prática. A abordagem das questões espirituais e religiosas dos pacientes deve ocorrer no início do acompanhamento para que as medidas necessárias sejam tomadas em direção à resolução de possíveis demandas do paciente, família e equipe.

Para Saporetti et al (2012) durante a entrevista é importante saber a biografia do paciente, sua religião, a religião de seus familiares. Esses pacientes, muitas vezes carregam a culpa religiosa e a expectativa de milagres, necessitando de uma ação da equipe de psicologia ou do assistente espiritual. Para uma abordagem adequada precisamos saber diferenciar o Sofrimento Espiritual, Existencial e Religioso. O sofrimento existencial se define pela ausência de significado para a vida

terrena, enquanto o sofrimento espiritual define-se pela ausência de percepção de uma realidade transcendente à vida material. E o sofrimento religioso ocorre pelo descumprimento de obrigações para com a religião ou ao Deus aceito por essa religião. É importante diferenciar tais sofrimentos para entender melhor qual é a verdadeira necessidade do paciente.

Pessini e Bertachini (2004) trazem questionamentos sobre a experiência da espiritualidade em relação a inúmeras questões existenciais centrais na experiência religiosa e espiritual do ser humano, na busca do sentido das coisas e da vida: o que somos? Por que sofremos? Qual o significado da vida? Onde se encontra a verdadeira felicidade? De onde vim? Por que estou aqui? Para onde vou?

Para Pessini e Bertachini (2004) os cuidados e respostas confortantes para estas questões existenciais podem ser encontradas através da fé religiosa ou durante os cuidados de saúde, por meio da espiritualidade, que podem amenizar os medos, a dor e o sofrimento. Deste modo, além dos medicamentos indicados para aliviar a dor e tratar dos sintomas físicos, faz-se necessário o resgate da dimensão espiritual da existência humana.

Saporetti (2012) refere que a morte é a última crise a ser enfrentada e a última oportunidade para o crescimento espiritual, sendo seu grande desafio o de manter íntegra a identidade da pessoa diante da desintegração total. Deve-se verificar a importância da história espiritual do paciente na vida dele e de sua família, além de avaliar a forma com que isso pode ser incluído nos cuidados ao paciente.

Saporetti (2008) menciona que a experiência espiritual legítima deve levar a uma mudança de comportamento ou entendimento da realidade. E que essa experiência poderá ocorrer dentro de um templo, no contato com a natureza, durante uma refeição familiar, entre outros. Relata ainda que os efeitos do bem-estar espiritual nas questões de final de vida estão associados a menores índices de depressão, desejo de morte e desesperança em pacientes em terminalidade de vida.

Para Saporetti (2008), ao lidar com as questões espirituais de nossos pacientes deve-se estar atentos às diversas formas de violência espiritual que podem ser cometidas por profissionais, familiares e sacerdotes, tais como, impedir o paciente de expressar suas necessidades espirituais. Em muitos casos ocorre o abuso espiritual que é caracterizado pelo ato de fazer alguém acreditar numa

punição de Deus ou na condenação eterna por não ter alcançado uma vida adequada aos olhos de Deus. É frequente uma divergência de princípios religiosos entre paciente, familiares e equipe médica, além da falta de conhecimento médico a respeito do tema que inviabiliza a experiência legítima daqueles que morrem e impede um atendimento adequado. Para auxiliar alguém em questões espirituais é necessário conhecer a sua própria espiritualidade. A equipe multiprofissional deverá trabalhar com as crenças e a fé do paciente e o atendimento religioso, com seus ritos e sacramento deve ser ministrado pelo sacerdote habilitado.

Saporetti (2012) refere ainda que a essência dos Cuidados Paliativos é espiritual, pois ousa transcender o sofrimento humano e a morte dando a ela um significado e enquanto houver significado na experiência humana há esperança.

Concluimos que a equipe multiprofissional deve compreender a diferença entre a espiritualidade e a religiosidade, conhecer a sua espiritualidade e manter a sua neutralidade, no sentido de não impor suas crenças ao paciente como verdade, devendo aceitar os diferentes valores religiosos e espirituais do paciente e seus familiares.

### **3.9 Cuidados Paliativos: A morte e o morrer**

O tema morte ainda é um assunto evitado por muitas pessoas, devido aos mistérios que o envolvem, embora tenhamos a certeza de que este evento irá acontecer.

As autoras Figueiredo e Stano (2013) apontam a mudança da visão das pessoas a respeito da doença e da morte no Ocidente ao longo dos tempos. Antigamente se morria preferencialmente em casa, cercado pelos familiares, amigos, vizinhos e crianças da casa. Era a morte natural com a possibilidade de se encerrar com honra uma vida digna. Havia os ritos de morte que cumpriam a tarefa de confortar os familiares e homenagear o morto. O médico cuidava do paciente e quando a cura não era possível, acompanhava o paciente e sua família até o momento da morte. Atualmente o ato de morrer vai se tornando cada vez mais comum: o alto consumo de drogas e álcool que induz ao aumento da violência

dentro e fora das casas; as guerras e terrorismo pelo mundo; as catástrofes naturais, expostas pela mídia de modo a contribuir para a banalização da morte no nosso tempo. Além disso, no âmbito das áreas da saúde, vem acontecendo uma mudança na relação do paciente que passa a não ser mais visitado em seu domicílio e tem que procurar atendimento nos locais onde se processam as tentativas de cura, como consultórios dos profissionais, ambulatórios, hospitais onde prevalece a divisão do saber em especialidades mais restritas e com o uso intensivo da tecnologia.

Silva e Hortale (2016) reafirmam que a sociedade contemporânea tem se tornado uma sociedade de risco, com diversas possibilidades de enfrentar a morte em situações violentas. A morte tão presente na vida familiar no século XX passa a ser evitada por uma sociedade atual que vive pelo prazer. O local da morte foi transferido das residências para os hospitais a partir da década de 30. A expulsão da morte, da interdição do luto e do direito de chorar seus mortos são componentes característicos da civilização contemporânea ocidental. O distanciamento do pensamento da morte pode ser considerado como uma consequência do processo civilizador, onde a morte é ocultada, onde se fixam um conjunto de valores negativos e o moribundo é algo que incomoda. Diferentemente do que acontece na sociedade moderna onde não há luto nem qualquer tipo de contato com os mortos, nas culturas tribais e tradicionais, que consideram o sujeito social não como indivíduo, mas as relações entre indivíduos. Nelas, os mortos são invocados, chorados, lembrados e homenageados pela sociedade.

Para Menezes (2004), o morrer é um processo construído socialmente, que não se distingue das outras dimensões do universo das relações sociais.

Menezes (2004) refere que a partir dos anos 1960, durante o século XX e em especial após a Segunda Guerra Mundial, a morte ressurgiu no campo das ciências sociais como tema de estudos quando diversos pesquisadores perceberam uma mudança significativa nas práticas e representações relativas à morte e ao morrer. A autora menciona que a pesquisa de Ariès (1981) abrangeu o período histórico desde a Alta Idade Média até o século XX. Ele produziu uma literatura analítica e crítica sobre a morte como um campo privilegiado de observação e análise de fragilização dos vínculos sociais, da crescente institucionalização e rotinização dos cuidados aos doentes e do processo de ocultamento e exclusão social dos que estão morrendo.

Segundo Ariès (1981) na Idade Média a morte era vista como natural e justa. Nos momentos que precediam a morte do doente era fundamental a presença dos amigos, familiares, inclusive das crianças, possibilitando ao doente o pedido de perdão, considerando-se assim preparado para morrer. Já durante os séculos XVI, XVII e XVIII, as concepções de família passam a ser mais fundamentadas no afeto e o homem começa a pensar mais na morte do outro, assim, a morte passa a ser vista como inimiga que leva o indivíduo do seu seio familiar. No século XIX, a morte passa a ser uma violação ao afeto e à união, trazendo o sentimento de melancolia nos familiares após a perda do doente. No século XX, a morte passa a ser escondida, o luto mais discreto e as formalidades para enterrar o corpo mais rápidas. O indivíduo passa a morrer durante sua internação hospitalar em unidades de terapia intensiva e em uso de tubos e aparelhos.

Menezes (2004) nos conta que na Alta Idade Média a morte chamada de morte domada era ritualizada, comunitária e enfrentada com dignidade e resignação, como a morte dos cavaleiros. O aviso da morte era dado por sinais naturais ou por uma convicção íntima. A partir disso, o moribundo tornava suas providências e a cerimônia ocorria em uma cerimônia pública, organizada e dirigida pelo próprio indivíduo que estava morrendo. A casa e o quarto do moribundo transformavam-se em lugar público de visitação, inclusive das crianças. Os ritos de morte eram aceitos e cumpridos. O indivíduo aceitava a morte como ordem da natureza.

Para Menezes (2004) nos séculos XI e XII até o século XIV, surge a chamada morte em si, marcada pelo reconhecimento da finitude da própria existência. A autora menciona que para Ariès, neste período o sentimento mais pessoal e mais interiorizado da morte, da própria morte traduzindo o apego às coisas da vida. Já a partir do século XIX até o século XX, a morte torna-se inaceitável e se inicia um processo de afastamento social da morte. E a partir do século XX surgem novas formas de relação com a morte que passa a ser escondida, vergonhosa e suja.

Menezes (2004) cita que segundo Michel Foucault (1999) e Ariès (2003), primeiramente a passagem dos cuidados ao doente/moribundo passa da família e dos religiosos para o médico e suas instituições, pois até o século XVIII, o hospital era basicamente uma instituição de assistência aos pobres administrada por religiosos, nada parecida com uma medicina hospitalar. Era uma instituição de

assistência ao pobre que estava morrendo e não do doente a ser curado. O objetivo de quem trabalhava no hospital era o de alcançar a sua própria salvação por meio de obras de caridade. O hospital como instrumento terapêutico surgiu no final do século XVIII. Durante o século XX, a medicina tornou-se referência na saúde, vida, sofrimento e morte. Ao longo do século XIX, as famílias confiaram os cuidados dos moribundos às instituições médicas, então fortalecidas e reorganizadas. Houve então um deslocamento do local da morte: das casas para o hospital. Já entre os séculos XVIII e XIX, houve uma alteração do comportamento social em relação à morte, em decorrência de uma série de mudanças sociais causando um processo de internalização e aumento do autocontrole.

Para Hermes e Lamarca (2013) o morrer vem se transformando com o decorrer do tempo. A morte tem deixado de ser um episódio para se tornar um processo, devido às avançadas tecnologias.

Pessini (1996) questiona: o morrer em casa ou no hospital? Atualmente fala-se em hospice, em cuidados paliativos, mas antes se morria em casa, a chamada morte domada. O ser humano sabe quando vai morrer pela presença de avisos ou convicções internas. Antes o paciente esperava pela morte em seu quarto e a morte era autorizada pela presença de familiares, vizinhos, amigos e até crianças. Havia os ritos aceitos pelo paciente e familiares. Hoje temos a chamada morte invertida onde praticamente 80% dos casos nos Estados Unidos, ocorrem no hospital. A boa morte atual é a morte repentina, tão temida na Antiguidade.

Menezes (2004) menciona que na sociedade tradicional, a morte era vivenciada de modo mais familiar, menos oculta, com os sentimentos religiosos de culpa e medo mais frequentes. O nascimento e a morte tinham caráter público, sendo acontecimentos sociais vivenciados pela comunidade. Havia muitas mortes devido a epidemias, a expectativa de vida era muito menor dos que a dos séculos seguintes e havia uma alta taxa de mortalidade infantil, os recursos para combates às doenças e à dor eram escassos. O envolvimento da comunidade na morte de seus membros era um fato comum, sendo que muitas vezes o que reconfortava os moribundos era a presença de outras pessoas ao seu redor, dependendo das atitudes desses acompanhantes. A autora cita que para Ariès, o morrer na



sociedade tradicional era um evento habitual e familiar, mais tranquilo que hoje, pois o indivíduo se sentia mais acolhido pela comunidade e pela religião.

Para Menezes (2004), no século XX, a medicina com seus progressos técnicos passou a ser responsável pela diminuição de algumas taxas de mortalidade, em especial a infantil e a neonatal e pelo prolongamento da vida, além disso, com suas medidas de prevenção e de controle social da saúde e da doença, exerce um papel fundamental no afastamento da morte das consciências individuais.

Menezes (2004) menciona que na década de 1960 Barney Glaser e Anselm Strauss realizaram uma pesquisa sobre a morte moderna e foram os primeiros a pesquisar a questão da morte no hospital, cujos estudos passaram a ser referências centrais para toda produção posterior, sendo até nossos dias modelo de investigação da trajetória institucional do paciente terminal. Esses autores investigaram as práticas cotidianas em hospitais e as relações entre os profissionais de saúde e os pacientes, identificando o paciente em sua trajetória de morte e um método defensivo da equipe institucional frente ao evento. Eles demonstraram que a consciência da proximidade da morte constitui uma preocupação central dos profissionais na relação com os pacientes em etapa final de vida, sendo uma das características da morte moderna o ocultamento da verdade ao paciente, com o objetivo de impedir que a rotina institucional seja perturbada pela emergência de emoções. A estratégia de ocultamento ao paciente da proximidade da morte conduz a seu isolamento, e este isolamento com as possibilidades de intervenção médica tende a ser cada vez mais prolongado. Neste período, surgiram produções como a de Elizabeth Kubler Ross (1969), a psiquiatra que investigou os 05 estágios por que passa psicologicamente o doente antes de aceitar sua morte: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Já Sudnow, definiu a expressão morte social como precedente à morte biológica, quando a equipe de saúde passa a perceber e tratar o doente ainda vivo, como se já estivesse morto. Essas produções entre outras mostraram as problemáticas centrais como o processo de despersonalização dos internados em hospitais, o crescente poder do médico e a conseqüente desumanização do enfermo, especialmente do moribundo. Na morte moderna, este é entregue às mãos do poder médico. O falecimento de um paciente internado em hospital torna-se um evento medicalizado. Neste caso, a assistência em saúde é

impessoal e mecânica. Com o desenvolvimento de recursos destinados à manutenção e ao prolongamento da vida, a medicina produziu uma morte em hospital monitorizada e escondida.

Destaca-se que esta visão de morte é totalmente antagônica a proposta de Cuidados Paliativos que, para Menezes (2004) consiste em atender o paciente até seus últimos momentos, buscando proporcionar conforto e fornecendo suporte emocional e espiritual a seus familiares. O ideal é que o paciente que está morrendo participe da tomada de decisão e para isso é importante uma comunicação adequada entre os profissionais de saúde e pacientes, além do suporte oferecido pela equipe multiprofissional. Esta modalidade de assistência valoriza os desejos do paciente. Surge o discurso de morrer bem. A tomada de decisões do paciente que está morrendo depende de: comunicação da equipe médica sobre o conhecimento do avanço da doença e da proximidade da morte; a expressão dos desejos do paciente para as pessoas de sua relação e a escuta e a atuação dos que cuidam do paciente. O primeiro aspecto de morte contemporânea é a consciência do indivíduo sobre a proximidade de sua morte. Os profissionais de CP esclarecem o quadro clínico ao paciente e à sua família. A divulgação da morte contemporânea objetiva a disseminação do modelo de boa morte com uma extensa produção literária em sua maior parte norte-americana.

Menezes (2004) menciona que com o início dos CP a boa morte passa a ser amplamente divulgada. No novo modelo se apresenta a idéia de que o processo do morrer proporciona uma última oportunidade para que a pessoa se torne autêntica, para que conheça sua identidade interior, para que seja escutado e reconhecido. A última oportunidade para o desenvolvimento individual para que o paciente alcance uma boa morte deve expressar seus sentimentos e fazer um acerto final de suas relações. Byock (1997) apresenta um script pessoal para seus pacientes: eu te perdôo; perdoe-me; obrigada; eu te amo e adeus.

Para Menezes (2004), buscando uma boa morte ou morrendo a seu jeito, o importante é uma morte com dignidade. A categoria dignidade possui as ideias de singularidade, autonomia, produtividade. Morrer bem está associado a uma reflexão interna do moribundo, com uma expressão no mundo exterior. No processo do morrer, o indivíduo deve encontrar um significado para sua vida e morte e propiciar aos que o cercam uma oportunidade de crescimento. O Modelo contemporâneo do

morrer produtivo significa o fortalecimento dos laços sociais entre todos os envolvidos. A morte contemporânea deve ser resultado de um final de vida digno.

Segundo Menezes (2004) nos anos de 1990, na Inglaterra, surge inserido no modelo da boa morte, o movimento pela morte natural, inspirado no parto natural e na humanização do parto. Em 1991, foi fundado o Natural Death Center para divulgar a morte natural, partindo do princípio de que se há exercícios que auxiliam na preparação do parto, da mesma forma, em relação ao morrer, poderiam ser desenvolvidas técnicas e práticas para a redução da ansiedade diante da morte. O Centro discute questões importantes sobre o final da vida, com a recusa da alimentação por parte de doentes terminais, experiências de quase morte e seus significados, a importância do morrer individualizado, além de que a morte seja tema na educação básica, com a proposta das crianças participarem de funerais e tenham a oportunidade de visitar doentes terminais, se desejarem.

A elaboração de uma teoria específica sobre os cuidados do doente FPT, segundo Menezes (2004), foi construída com a reapropriação da teoria de Elizabeth Kubler Ross (1969) reunida ao conceito de dor total e às pesquisas farmacológicas antálgicas. Sua teoria das 05 etapas: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, pelos quais as pessoas passam ao lidar com a perda, o luto, mas também os pacientes que passam por doenças terminais, surgindo um espaço de intervenção para profissionais com conhecimentos voltados ao controle da dor e dos sintomas, e a um trabalho social e psicológico e para isso é necessária uma equipe interdisciplinar. No modelo de assistência paliativa o paciente passa a ser o personagem central na tomada de decisões e a equipe interdisciplinar de CP deve possuir conhecimentos técnicos para escuta, diálogo e atendimento das necessidades desse paciente. A morte deve deixar de ser um evento oculto para tornar-se visível socialmente e o profissional de CP deve ser o condutor da aceitação do morrer e da construção de uma boa morte. Para isso dois processos são construídos juntamente: uma sensibilização tendo em vista a identificação do profissional com o paciente e seu sofrimento e uma dessensibilização diante da morte, para continuidade de seu trabalho.

Para Menezes (2004), no modelo da morte moderna os familiares são vistos pela equipe de saúde como capazes de causar transtornos no trabalho institucional

e no modelo da boa morte os familiares passam a serem os aliados da equipe paliativista. Ao contrário da morte moderna na qual o processo do morrer produzia um isolamento do paciente, a morte contemporânea é um sinal de revalorização do grupo familiar. Na pesquisa realizada por Menezes (2004) de acordo com os paliativistas, resolver coisas da vida antes de morrer pode promover uma melhor aceitação da morte. O último encontro do paciente com determinado familiar é visto pela equipe como capaz de conduzir à pacificação de conflitos internos. Ao compreender a morte como uma passagem para algo melhor ou para um novo nascimento, o paliativista aproxima-se da parteira ou do obstetra. O tempo para morrer é comparado ao tempo necessário ao nascimento.

Para a Dra Ana Cláudia Arantes quando o paciente toma consciência de sua mortalidade ele passa a buscar sentido para a sua existência:

“Diante de uma doença grave e incurável, as pessoas entram em sofrimento desde o diagnóstico. A morte anunciada traz a possibilidade de um encontro veloz com o sentido da vida, mas traz também a angústia de talvez não ter tempo suficiente para a tal experiência de descobrir esse sentido. Os Cuidados Paliativos oferecem, então, não apenas a possibilidade de suspender tratamentos considerados fúteis, mas a realidade tangível de ampliação da assistência oferecida por uma equipe que pode cuidar dos sofrimentos físico, sintomas da progressão da doença ou das sequelas de tratamentos agressivos que foram necessários no tratamento ou no controle da doença grave e incurável. O sofrimento emocional é muito intenso. Nele, o doente toma consciência de sua mortalidade. Essa consciência o leva à busca de sentido de sua existência.” (ARANTES, 2016, p.44-45)

Menezes (2004) refere que a morte é um evento que todos têm que enfrentar e as percepções da morte e do morrer variam histórica e culturalmente. Os paliativistas qualificam a boa morte como a morte com dignidade, sem sofrimento, aceita e pacífica ou o morrer mal associado à impossibilidade de controle dos sintomas, acarretando agonia e sofrimento do paciente. No modelo de morte moderna os familiares são retirados do quarto ou da enfermaria. Na morte contemporânea o paciente pode morrer bem quando acompanhado por familiares. A equipe se preocupa em organizar um ambiente pacífico para o acompanhamento do morrer. O trabalho da equipe paliativista não se encerra com a morte do paciente na enfermaria. Com o óbito são necessários neste processo: técnicos de enfermagem que preparam o corpo, médicos que constata o óbito, preenchem o atestado, o

relatório médico e comunicam a família, assistentes sociais que orientam quanto aos procedimentos de sepultamento ou cremação.

Para Menezes (2003), a morte moderna é acompanhada de um processo de despersonalização dos pacientes aliado ao crescente poder médico. A autora considera que o processo de medicalização social surgido no século XIX e se desenvolvido no século XX, com a criação de recursos para a manutenção da vida, como por exemplo: respiradores artificiais, desfibriladores, monitores de funções corporais, além da criação das Unidades de Terapia Intensivas. O avanço da tecnologia, os estudos genéticos, da biomedicina, o ideário de culto ao corpo com atividades físicas, traz a percepção de que a vida se prolonga. Assim, a morte passa a ser para o médico e para o hospital um fracasso. No modelo contemporâneo a boa morte é vista e compreendida pela equipe de saúde com a proposta de assistência ao paciente buscando minimizar sua dor e desconforto, fornecendo suporte social, emocional e espiritual a ele a seus familiares até seus últimos momentos de vida. A morte contemporânea deve acontecer da maneira mais natural possível, e quando o indivíduo decide morrer no seu próprio lar, os familiares devem estar sendo orientados e preparados para auxiliar o paciente pela equipe nos cuidados paliativos com o paciente. O envelhecimento da população brasileira e o aumento da prevalência de doenças crônicas e câncer, favorece a preocupação de estudos sobre a morte. A filosofia da morte contemporânea é recente e ainda difícil assunto para o ser humano lidar, embora seja algo inerente ao ser humano.

O conceito de boa morte para Floriano e Schramm (2008) existe quando há morte sem dor, de acordo com os desejos do paciente, com suas pendências resolvidas, com harmonia no ambiente familiar e sem sofrimentos. E para que isso ocorra deve haver o empenho de profissionais para possibilitar um momento digno para o final de vida do paciente, oferecendo uma escuta ativa, permitindo escolhas, principalmente do lugar em que ele deseja morrer.

E é exatamente nesse conceito de boa morte que os Cuidados Paliativos se baseiam para desempenhar suas ações, proporcionando esse cuidado tão importante no momento mais frágil da vida do ser humano.

## 4. MÉTODO

---

## 4.1 Tipo de Estudo

A presente pesquisa com abordagem qualitativa é descritiva e exploratória, uma vez que a análise do problema foi caracterizada pela qualificação dos dados coletados.

Segundo Minayo (2012), na análise qualitativa é necessário colocar-se no lugar do outro; no cenário de pesquisa, buscar observar os processos que nele ocorrem e estar aberto para questionamentos; produzir um texto ao mesmo tempo fiel aos achados do campo, contextualizado e acessível, assegurando os critérios de fidedignidade e de validade. Sendo assim, a análise qualitativa concretiza a possibilidade de construção de conhecimento, com os requisitos e instrumentos para ser considerada uma construção científica.

A pesquisa qualitativa se detém nos detalhes, na particularidade, na essência.

Cada uma das divisões da ciência também possui um lado qualitativo em que a experiência pessoal, a intuição e o ceticismo trabalham juntos para ajudar a aperfeiçoar as teorias e os experimentos. Qualitativa significa que seu raciocínio se baseia principalmente na percepção e na compreensão humana. (STAKE, 2011, p.21)

Sendo assim, para Stake (2011, p. 24): “A investigação qualitativa é interpretativa, experiencial, situacional e personalística”.

E ainda “a transformação do conhecimento individual em coletivo e coletivo em individual, está repleta de plenitude. As duas realidades existem e com algum grau de separação”. (STAKE 2011, p.24)

Os pesquisadores qualitativos geralmente enfocam os detalhes daquele fenômeno, sendo assim a pesquisa qualitativa enfatiza as experiências pessoais, a situação específica, a particularidade daquela situação. E é isto que pretendemos realizar por meio deste estudo.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, temos a pesquisa participante que para Schmidt (2006, p. 30), “é possível pensar os processos de pesquisa participante como oportunidades de intercâmbio intelectual entre pesquisadores,

profissionais e indivíduos, grupos ou coletividades próximos ou distantes do ambiente acadêmico”.

Segundo Schmidt (2006, p.35): “o adjetivo participante de uma pesquisa que se predispõe à formação de comunidades interpretativas remete à discussão sobre papéis e lugares do pesquisador e dos indivíduos e grupos na condição de colaboradores e interlocutores”.

Para a autora, a interlocução que se estabelece no trabalho de campo tem como objetivo a construção da experiência de um outro próximo ou distante, sendo o interlocutor, o portador e porta-voz da experiência, o polo pesquisado e o pesquisador se coloca na posição de recolhedor da experiência, mediador, tradutor ou intérprete. No diálogo, o interlocutor transmite sua experiência como tradutor e mediador de sua posição social, cultural e subjetiva para o pesquisador.

Com este tipo de pesquisa será possível à ocorrência de um intercâmbio profissional além de se constituir numa experiência onde o pesquisador terá a oportunidade de ser mediador, tradutor e intérprete no processo de coleta e análise de dados.

## **4.2 Cenário da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada na Enfermaria de Cuidados Paliativos do Hospital Santa Marcelina de Itaquera, o qual é caracterizado como um Hospital de Alta Complexidade da Grande São Paulo, que realiza atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Serviço de Cuidados Paliativos no Hospital Santa Marcelina iniciou-se em 2006 com o atendimento médico no Pronto-Socorro. Em 2007 passou a ser constituído por uma equipe composta por médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, conselheiro espiritual. Atualmente a equipe multiprofissional é composta por médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e nutricionista. Em 2008 foram implantados o ambulatório e a enfermaria. Inicialmente, o ambulatório realizava atendimentos às terças feiras no período da tarde, desde outubro de 2017 também às segundas



feiras no período da tarde e atualmente também são realizados os atendimentos às sextas feiras no período da tarde.

A enfermaria de Cuidados Paliativos recebe pacientes procedentes do ambulatório, de outras enfermarias, e do Pronto Socorro, de onde procede a maior demanda. Está localizada no 3º D, possui seis leitos, sendo cada quarto composto por três leitos. Cada quarto possui: televisão, armário, banheiro, poltrona. Na enfermaria é possibilitada a presença de um familiar 24 horas por dia. O familiar recebe um cartão de visitas, que é apresentado na portaria, para que a pessoa possa se dirigir até a Enfermaria. O horário de visitas é das 11h às 20h diariamente.

A visita de crianças a partir de 12 anos é liberada automaticamente. Nos casos de crianças com idade inferior a 12 anos, sugerimos que o familiar converse com a psicóloga da Enfermaria para que a mesma possa em data e horário agendado atender a criança e acompanhá-la durante a visita ao paciente. Respeitando-se a crença de cada paciente são permitidas as visitas religiosas.

Para os familiares é fornecido o almoço e nos casos em que o familiar acompanha o paciente em período integral são liberados, por meio de memorando realizado pelo Serviço Social ao Setor de Nutrição: o café da manhã, o almoço e o jantar.

Na sala de prescrição médica do 3º D, encontram-se os prontuários médicos e todas as terças feiras às 9h30 são realizadas as reuniões com a Equipe Multiprofissional para discussão dos casos de pacientes internados e nesse mesmo local, com data e horário agendados são realizadas reuniões familiares com os familiares do paciente e a Equipe Multiprofissional com o objetivo de orientá-los sobre o quadro clínico do paciente, prognóstico, suporte não invasivo, organização familiar para os casos de alta hospitalar e outras questões que sejam relevantes ao paciente e seus familiares.

A Enfermaria de Cuidados Paliativos possui um posto de enfermagem, onde estão as medicações e materiais. A Equipe Multiprofissional é composta por 01 enfermeiro, 10 auxiliares de enfermagem (04 no período da manhã, 04 no período da tarde e 02 no período noturno, 04 médicos (que trabalham no setor por meio de escala, permanecendo 01 preceptor durante o período da manhã e 01 preceptor no período da tarde), 01 psicólogo, 01 assistente social, 01 nutricionista, 01

fonoaudiólogo, 01 fisioterapeuta. Além de 02 residentes médicos que permanecem na enfermaria durante 01 mês e os residentes da Oncologia Hematológica da Equipe Multiprofissional composta por: 01 enfermeiro, 01 fisioterapeuta, 01 nutricionista, 01 psicólogo – que possuem uma residência de 02 anos e permanecem na Enfermaria de Cuidados Paliativos durante os últimos 06 meses do curso.

Quando o paciente está internado em outro setor, é realizada uma reunião familiar onde o médico responsável pela interconsulta do CP, realiza primeiramente uma abordagem com o paciente (quando possível) e com seu familiar sobre a gravidade do paciente, do alto risco do falecimento e do processo de finitude deste paciente. Os familiares são orientados que um dos objetivos da Enfermaria dos Cuidados Paliativos é oferecer o alívio dos sintomas que causam desconforto ao paciente, sendo realizado o plano de cuidados para proporcionar o alívio do sofrimento ao paciente e seus familiares.

Nos casos de alta hospitalar, os familiares dos pacientes recebem um cartão com informações sobre o diagnóstico, quadro clínico do paciente e telefone para contato. O contato telefônico oferece ao paciente/familiar à oportunidade de esclarecer dúvidas quanto à intercorrências simples, em casos mais complexos a enfermagem comunica o médico que em situações mais graves, orienta que o paciente deve ser trazido ao UPA (Unidade de Pronto Atendimento) para o atendimento necessário.

Nos casos em que os pacientes chegam a ir para casa com sonda e/ou traqueostomia, são realizadas as orientações ao familiar para desenvolverem os cuidados necessários. São também realizados os encaminhamentos para EMADs (Equipe Multidisciplinar de Assistência Domiciliar) nos casos de pacientes acamados, para receber os cuidados em domicílio evitando vindas ao Hospital. Os familiares também são orientados quanto à prevenção de lesões por pressão, mudança de decúbito e medicações.

É necessário questionar as dúvidas que o paciente e seu familiar apresentem, compreender suas emoções e seu comportamento diante do processo de morte, orientá-los e oferecer o suporte necessário nos casos de alta hospitalar.

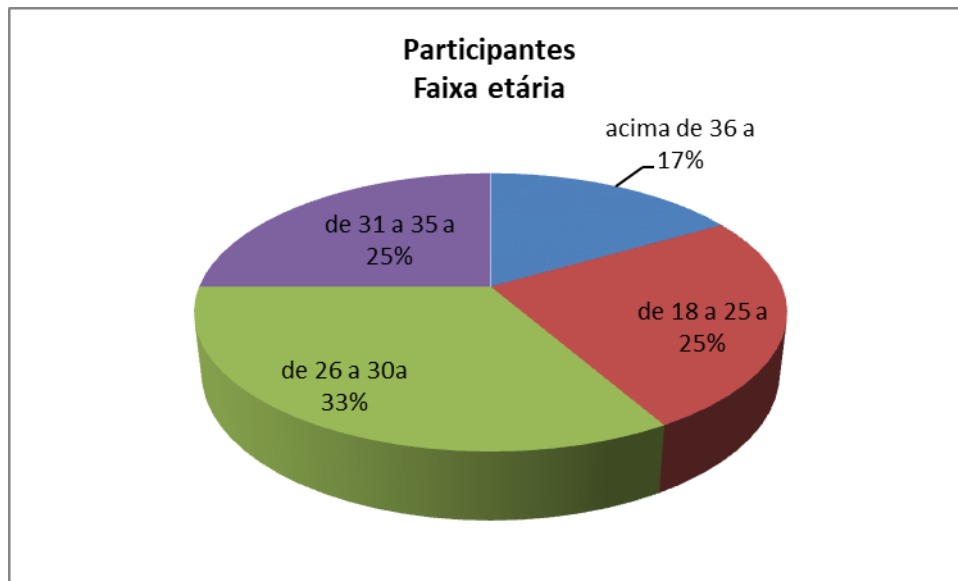
O paciente e seus familiares sentem-se mais seguros no caso de alta hospitalar devido a todas essas orientações e disponibilidade da equipe multiprofissional, pois sabem que podem contar com a equipe em caso de dúvidas e inquietações.

### **4.3 Participantes da pesquisa**

Os participantes desta pesquisa foram os profissionais de saúde que compõe a Equipe Multiprofissional da Enfermaria de Cuidados Paliativos: 02 médicos preceptores, 01 enfermeiro, 01 fisioterapeuta, 01 fonoaudiólogo, 01 nutricionista, 03 residentes médicos, 03 residentes da Equipe Multiprofissional da Oncologia Hematológica: 01 enfermeira, 01 fisioterapeuta, 01 nutricionista, totalizando 12 participantes.

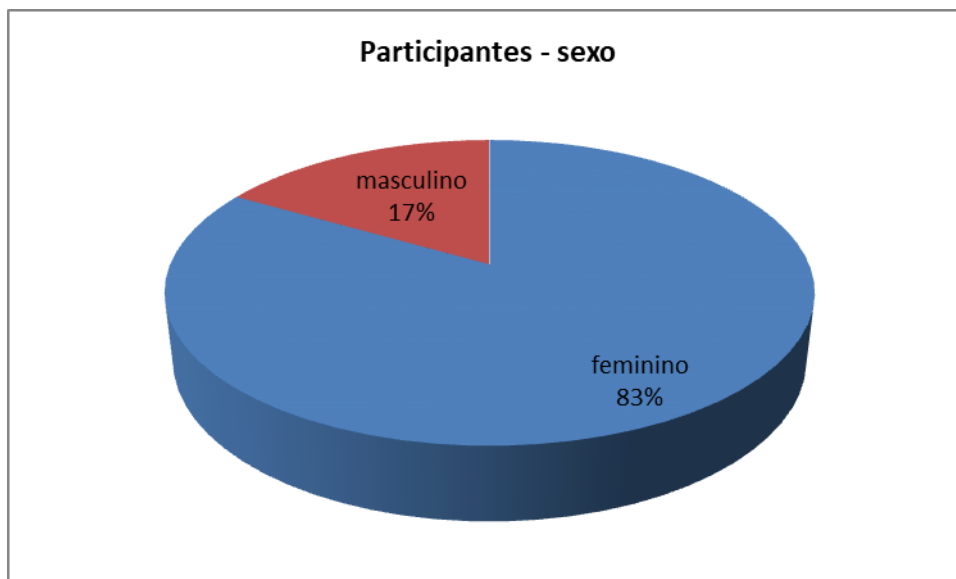
Foram realizados 02 grupos focais para a realização desta pesquisa. Em 20/06/2017 foi realizado o Grupo Focal 01 com a participação de 01 médico preceptor, 01 enfermeiro, 01 fisioterapeuta e 01 fonoaudiólogo. Posteriormente, após sugestão da Banca de Qualificação, para a complementação de dados e a possibilidade de trazer outras vivências aos dados coletados, trazendo um olhar mais abrangente sobre a equipe multiprofissional, realizamos em 08/02/2018 o 2º Grupo Focal com a participação de 01 médico preceptor, 01 nutricionista, 03 residentes médicos e 03 residentes da Equipe Multiprofissional da Oncologia Hematológica: 01 enfermeira, 01 fisioterapeuta, 01 nutricionista.

Trazemos assim um perfil dos 12 participantes da pesquisa dos 02 (dois) grupos focais realizados:

**Gráfico 1. Participantes po faixa etária**

Fonte: elaborada pela autora (2018)

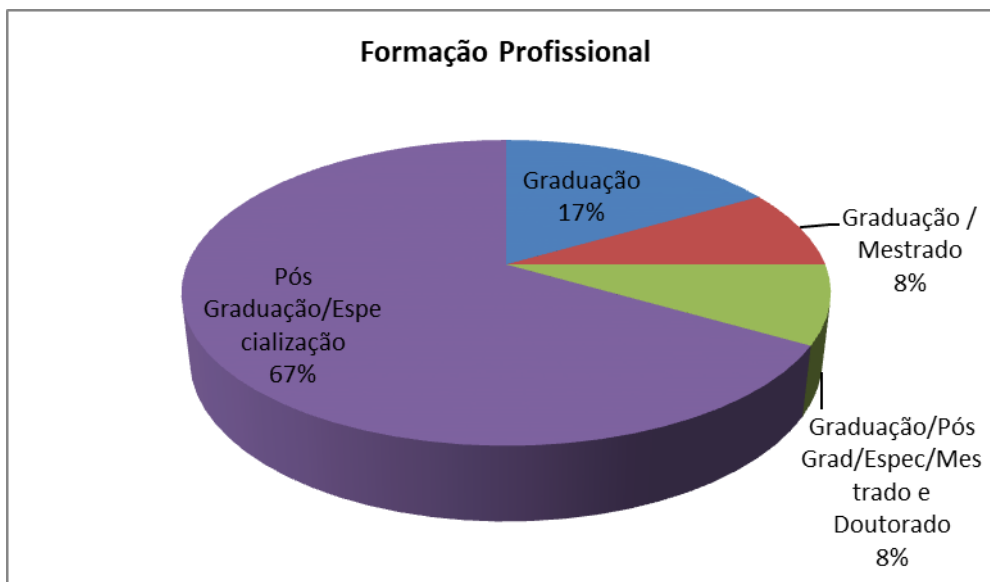
Na pesquisa realizada verificamos que a faixa etária dos participantes no gráfico 01 aponta um percentual de 33% idade de 26 a 30 anos, seguido de 25% idades de 18 a 25 anos, 25% idades de 31 a 35 anos e um percentual de 17% acima de 36 anos, mostrando que a Equipe atualmente é constituída por um grupo de jovens profissionais.

**Gráfico 2. Participantes – sexo**

Fonte: elaborada pela autora (2018)

O gráfico 02 demonstra a prevalência de profissionais do sexo feminino 83% do total de participantes da pesquisa.

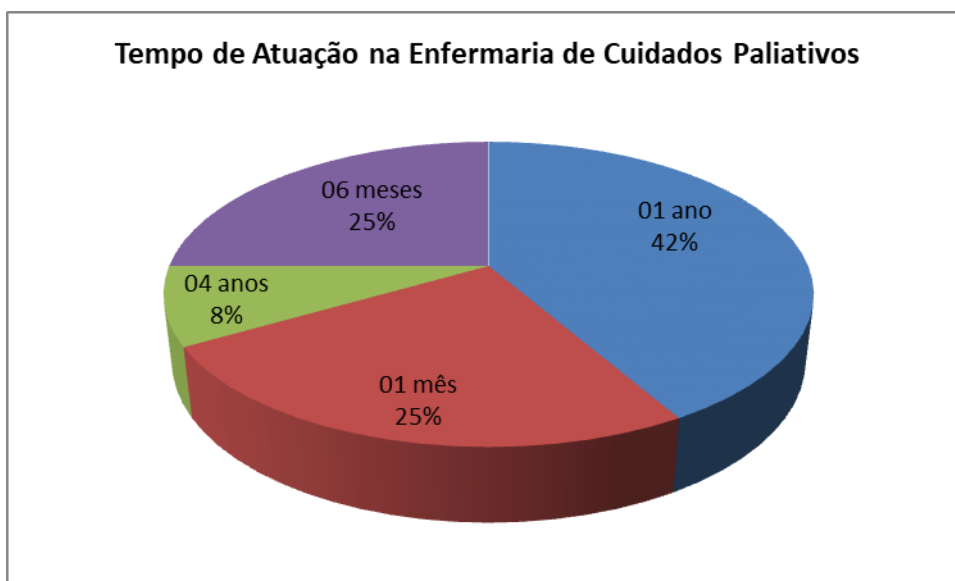
**Gráfico 3. Formação Profissional dos participantes**



Fonte: elaborada pela autora (2018)

De acordo com o gráfico 03, a maioria dos participantes da pesquisa possui pós graduação/especialização, sendo o total de 67%.

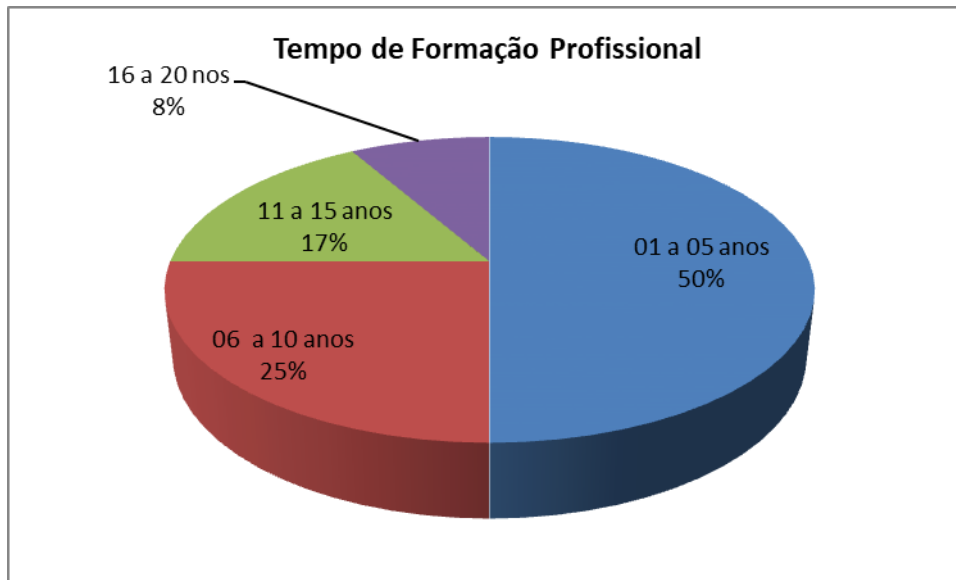
**Gráfico 4. Tempo de atuação dos participantes na Enfermaria de Cuidados Paliativos**



Fonte: elaborada pela autora (2018)

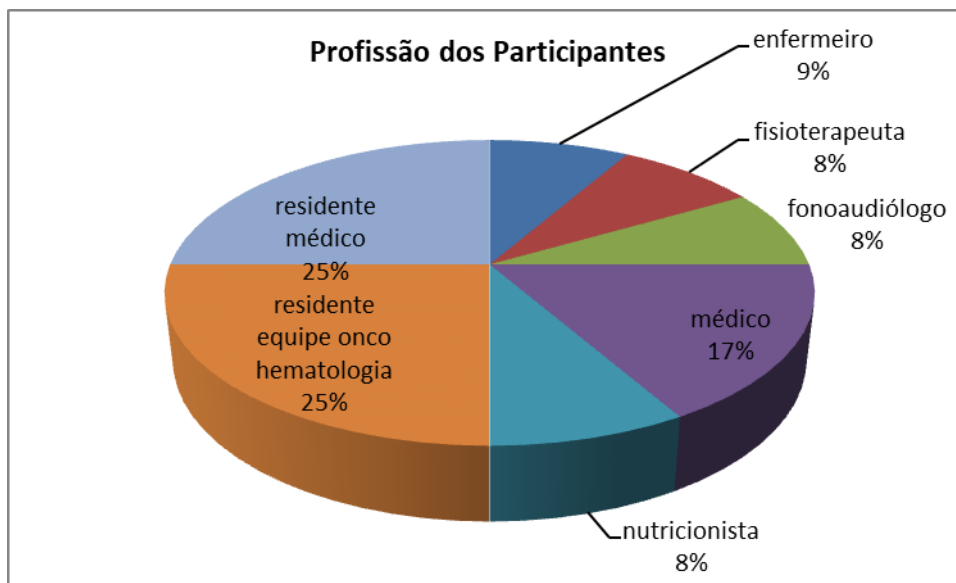
O gráfico 04 nos mostra que 67% dos profissionais atuam na enfermagem de Cuidados Paliativos de 06 meses a 01 ano.

**Gráfico 5. Tempo de Formação Profissional dos participantes**



Fonte: elaborada pela autora (2018)

No gráfico 05 nota-se que a metade dos profissionais possui tempo de formação que varia de 01 a 05 anos e apenas 08% possui experiência profissional de 16 a 20 anos, demonstrando a responsabilidade dos veteranos na educação dos profissionais mais novos.

**Gráfico 6. Profissão dos participantes**

Fonte: elaborada pela autora (2018)

Quanto à profissão dos participantes da pesquisa 50% são residentes médicos e residentes da equipe da oncologia hematológica.

#### 4.3.1 Critérios de Inclusão

Participaram da pesquisa os profissionais da Equipe Multiprofissional que atuam na Enfermaria de Cuidados Paliativos.

#### 4.3.2 Critérios de Exclusão

A assistente social não participou da pesquisa por ser a pesquisadora. Também não participaram da pesquisa os 02 enfermeiros que trabalham no período noturno em esquema 12/36, por não serem profissionais específicos dos Cuidados Paliativos realizando um trabalho que atendem outras enfermarias localizadas no 3º D.

## 4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de grupo focal. Utilizamos o grupo focal por possibilitar ao pesquisador ouvir e observar vários sujeitos ao mesmo tempo, além da interação entre os participantes do grupo.

Para Kind (2004), a interação grupal que ocorre durante a realização dos grupos focais produz dados e insights únicos. Os dados obtidos a partir da soma de opiniões, sentimentos e pontos de vista individuais se constituem pelo processo do grupo. O grupo focal conserva o caráter de técnica de coleta de dados, a priori, para investigação qualitativa e esse recurso metodológico contribui no processo de construção do conhecimento. O grupo focal caracteriza-se na tradição dialética, na construção de conhecimento em espaços de intersubjetividade.

A autora menciona que essa técnica tem seus fundamentos teóricos-metodológicos nas teorias de grupo, na sociologia e na psicologia social crítica.

Conforme Kind (2004): devemos utilizar grupos focais quando: a interação pode fomentar respostas mais interessantes ou novas e idéias originais; a pressão de participantes homogêneos facilita suas reflexões, e também incita opiniões contrárias; o tema não é tão delicado a ponto de dificultar as respostas e tem a possibilidade de ser discutido por todos os participantes. Segundo a mesma autora:

É necessário que os moderadores de grupos focais estejam atentos ao processo grupal, estejam capacitados para avaliar os dados sob este ângulo (analisando as interações) e se preocupem com certas indicações para condução da discussão, tais como, tamanho do grupo, focalização em um tema, homogeneidade do grupo, garantia de participação de todos os integrantes do grupo na discussão. (KIND, 2004, p.127).

### 4.4.1 Procedimentos para Coleta de Dados

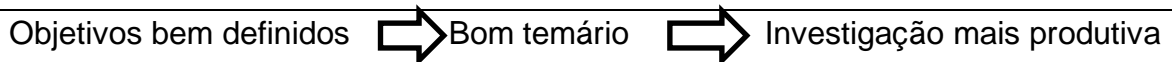
Kind (2004) destaca algumas diretrizes a serem consideradas para a técnica de grupos focais: devem ser organizados pelo menos dois grupos para cada variável pertinente ao tema que será abordado; deve-se organizar um número de grupos suficientes para que haja saturação do tema. A qualidade das discussões depende do estilo de condução adotado pelo moderador e por um bom guia de temas.



Para Gondim (2003), o número de participantes do grupo varia de 04 a 10 pessoas, dependendo do nível de envolvimento com o assunto de cada participante, possibilitando às pessoas terem mais o que falar e, neste caso, o tamanho não deve ser grande, para não diminuir a chance de participação de todos. Em grupos com mais de 10 elementos, sendo o tema polêmico, fica difícil o controle do processo pelo moderador, havendo uma tendência de centralizar e entrar em desentendimentos.

Segundo Trad (2009), para a realização dos grupos deve haver a reserva de local em território neutro de fácil acesso aos participantes, confortável, protegida de ruídos e interrupções externas. Sugere que os participantes sejam distribuídos em torno de uma mesa retangular ou oval, ou dispostos em cadeiras colocadas em forma circular e que seja disponibilizada água, café e um lanche ligeiro para os participantes. Recomenda ainda, quanto aos equipamentos solicitados o uso de dois gravadores no mínimo, o uso de microfones pode potencializar a qualidade do áudio na fase de transcrição, sendo que câmaras, microfones e notebooks podem ser considerados recursos adicionais, cujo uso dependerá da utilização pretendida de som e imagem pelos pesquisadores, lembrando que a utilização desse recurso estará condicionada à permissão prévia dos participantes dos grupos.

Kind (2004) menciona que a duração média sugerida para a realização de um grupo focal é de 90 a 120 minutos, porém, se a informação desejada for demasiadamente específica, não deverá durar mais do que 40 minutos (DEBUS, 1988). Para a autora, o moderador deve manter o grupo em interação por um período de 60 a 90 minutos, com a finalidade de obtenção de dados acerca do tema da pesquisa. Em geral, quando há objetivos de pesquisa claros, a construção de tema adequado e equipe de moderador e observador capacitados, um encontro por grupo é suficiente. Porém, caso o tema não tenha sido suficientemente debatido, poderá marcar um novo encontro para complemento dos dados necessários. O temário, que se caracteriza por uma orientação ou um auxílio para a memorização de temas importantes a serem tratados, é responsável pela articulação entre os objetivos de pesquisa e a coleta dos dados, de modo que e o grupo focal evidencie aspectos que compõe a investigação. Objetivos bem definidos levam a um bom temário e uma investigação mais produtiva.



Fonte: Elaborada pela autora (2018) adaptado de Kind, 2004

### Figura 1. Grupo focal

Na prática, para elaborar um temário é necessário que o pesquisador esboce áreas de indagação de acordo com os objetivos do estudo, associadas a cada área devem ser elaboradas questões específicas.

Segundo Kind (2004), se o moderador tiver conhecimento especializado no tema de estudo, há a possibilidade de uma mediação mais fluida. O moderador irá conduzir a discussão, seguindo as etapas para o funcionamento dos grupos focais: abertura, preparação, debate, encerramento, discussão, ação posterior.

A autora menciona também a importância do observador para validar a investigação que utiliza o grupo focal, sendo o papel deste de analisar a rede de interações presentes durante o processo grupal, apontar as reações do moderador com relação ao grupo, realizar o registro de comunicações não verbais, linguagem, atitudes, preocupações e ordem de respostas que considere importante, viabilizar a discussão após o término do grupo com o moderador, quando o primeiro expõe suas impressões e registros, com o intuito de redefinir o temário, evitar conclusões precipitadas por parte do moderador, avaliar as intervenções feitas, entre outras. Na etapa de avaliação dos resultados obtidos, deve-se verificar se as necessidades de informação foram satisfeitas, se serão necessários mais grupos, se há necessidade de adequações ao temário e se é necessária uma investigação quantitativa de alguns resultados. Após essa primeira análise, deve-se tomar medidas para futuras investigações.

A partir desses conceitos fomos a campo para a realização dos grupos focais.

A realização do grupo focal ocorreu no dia 20/06/2017 às 8 h na Sala do CIFEP, local privativo, confortável, livre de interferências sonoras, localizado no 3º Andar do Hospital próximo ao 3º D onde se localiza a Enfermaria de Cuidados Paliativos, conforme disponibilidade prévia dos participantes da pesquisa e teve a duração de 1:12 h.

Foram utilizados quatro gravadores distribuídos em locais diferentes da sala para potencializar a qualidade do áudio na fase de transcrição.

Na sala, os participantes sentaram-se em cadeiras dispostas em forma circular, para facilitar a comunicação.

Os trabalhos iniciaram-se pontualmente às 8h e as discussões fluíram com facilidade já que existia um bom relacionamento entre os participantes da pesquisa. Inicialmente, o moderador convidou os participantes a se apresentarem.

O referido grupo foi constituído por um moderador, a orientadora desta pesquisa e um observador, a pesquisadora desta pesquisa, que assumiram o papel fundamental na validação da investigação que utilizou esse procedimento e na análise da rede de interações presentes durante o processo grupal.

Participaram do Grupo Focal 01: 01 médico preceptor, 01 enfermeiro, 01 fisioterapeuta e 01 fonoaudiólogo. A psicóloga e a nutricionista não puderam participar deste grupo devido a compromissos de suas especialidades na referida data.

A banca de qualificação deste mestrado realizada em 08/12/2017 sugeriu a realização de um novo grupo focal para a complementação de dados e a possibilidade de trazer outras vivências aos dados coletados, possibilitando um olhar mais abrangente sobre a equipe multiprofissional.

A realização do novo grupo focal ocorreu no dia 08/02/2018 às 8:35 h na Sala de Reuniões dos Cuidados Paliativos localizada no 3ºD do Hospital, conforme disponibilidade prévia dos participantes da pesquisa e teve a duração de 1:14 h.

Foram utilizados novamente quatro gravadores distribuídos em locais diferentes da sala para potencializar a qualidade do áudio na fase de transcrição.

Na data, não foi possível a disponibilidade da sala do CIFEP em virtude da sala já estar destinada a outro grupo para a realização semanal de reunião administrativa.

Os trabalhos iniciaram-se com um atraso de 35 min devido ao deslocamento de alguns participantes procedentes de outro serviço pós-plantão. Além disso, em

nossa própria enfermaria houve a intercorrência clínica de uma paciente que necessitou de atendimento da equipe.

Na sala, os participantes sentaram-se em cadeiras dispostas em forma circular, para facilitar a comunicação.

Inicialmente, o moderador convidou os participantes a se apresentarem, logo após a exposição do tema pelo moderador houve momentos de silêncio e olhares entre os participantes do grupo focal, que demonstraram timidez, mas aos poucos os participantes “quebraram o gelo” e as discussões fluíram com facilidade havendo em diversos momentos complementação entre as falas.

Participaram deste grupo: 03 membros da equipe de residentes da Oncologia Hematológica: fisioterapia, enfermagem e nutrição, 03 residentes médicos, 01 nutricionista, 01 médico preceptor.

Nesta ocasião, foi realizado novo convite para a participação da psicóloga que por ser membra do COREMU (Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde) e preceptora do grupo de residentes de psicologia, além de realizar a avaliação de trabalhos de conclusão de curso, referiu que por questões éticas, não poderia estar presente. O psicólogo residente em Oncologia Hematológica não participou devido a problemas de saúde.

Foi solicitada à enfermeira da unidade a sugestão de auxiliares de enfermagem para a participação nesta pesquisa. A mesma sugeriu 02 auxiliares de enfermagem, sendo um do período da tarde e o outro do período da noite, quanto ao período diurno justificou haver poucos auxiliares para os cuidados aos pacientes e a realização do grupo focal ocorrer no momento dos banhos e curativos. Os auxiliares de enfermagem sugeridos foram contatados, porém justificaram suas ausências devido a problemas particulares.

O referido grupo foi constituído por um moderador, a orientadora desta pesquisa e um observador, a pesquisadora desta pesquisa, que assumiram o papel fundamental na validação da investigação que utilizou esse procedimento e na análise da rede de interações presentes durante o processo grupal. Os participantes da pesquisa e os critérios de constituição dos grupos focais foram coerentes com os objetivos de pesquisa previamente definidos pela pesquisadora.

## 4.5 Análise dos Dados

Após a realização do grupo focal realizamos a análise dos dados a partir da análise de conteúdo definida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações.” (BARDIN, 1979, p.31).

Os dados foram analisados através da análise de conteúdo descrita por Bardin (1979):

Análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens. [...] A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimento relativos às condições de produção ( ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não). (BARDIN, 1979, p.38)

Segundo Bardin (1979), a análise de conteúdo trabalha a palavra no aspecto individual e atual da linguagem e procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça.

A análise de conteúdo visa o conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica, etc., por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares. (BARDIN, 1979, p. 44).

Segundo o mesmo autor, as fases de análise de conteúdo são: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise é o período de intuições que tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais; a exploração do material se concretiza na operação de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas; o tratamento dos resultados, onde os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. São submetidos a testes estatísticos e provas de validação.

Bardin (1979) sistematiza a análise de conteúdo:

O que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e/ou simbolicamente explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo manifesto (seja ele explícito e/ou latente). A análise e a interpretação dos conteúdos obtidos enquadram-se na condição dos passos (ou processos) a serem seguidos. Reiterando, diríamos que, para o efetivo "caminhar neste processo", a contextualização deve ser considerada como um dos principais requisitos, e, mesmo, "o pano de fundo" no sentido de garantir a relevância dos resultados a serem divulgados e, de preferência, socializados. (BARDIN, 1979, p.24-25).

Para Franco (2005), a análise de conteúdo requer que as descobertas tenham relevância teórica. Assim, toda a análise de conteúdo implica comparações contextuais que podem ser multivariados. Mas, devem ser direcionados a partir da sensibilidade, da intencionalidade e da competência teórica do pesquisador.

Para a autora produzir inferências é, a razão da análise de conteúdo, pois é ela que confere a esse procedimento relevância teórica. Assim, toda análise de conteúdo implica comparações; o tipo de comparação é baseado pela competência do investigador no que diz respeito ao seu conhecimento quanto as diferentes abordagens teóricas. Sendo assim, a autora conclui que:

O delineamento de pesquisa é um plano para coletar e analisar dados a fim de responder a pergunta do investigador [...]. Em suma, um bom plano de pesquisa garante que teoria, coleta, análise e interpretação de dados estejam integrados. (FRANCO, 2005, p.33).

Dentro da análise de conteúdo existem diversas modalidades dentre as quais se destaca a análise temática que será utilizada para esse estudo.

Segundo Bardin (1979, p.105): "O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura".

"Fazer uma análise temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõe uma comunicação, cuja *presença ou frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado." (MINAYO, 2010, p.316).

A partir da teoria e dos dados coletados fizemos a análise e a interpretação de dados e chegamos à conclusão a respeito da percepção dos profissionais envolvidos na pesquisa.

As falas dos participantes dos grupos focais foram utilizadas como material de análise e norteadas pelo temário, sendo transcritas na íntegra. Posteriormente, foram agrupadas a partir dos núcleos temáticos. Das falas analisadas emergiram as unidades de contexto, e dessas, as unidades de registro de acordo com o núcleo temático estabelecido, originando as categorias. O quadro analítico consta no APÊNDICE C e D. Três núcleos temáticos foram analisados: 1-Enfermaria de Cuidados Paliativos; 2- Terminalidade de Vida e Educação em Cuidados Paliativos.

#### **4.6 Análise de Risco e Benefício**

A priori a pesquisa não ofereceu riscos aos envolvidos, uma vez que apresentou adequações aos princípios científicos que a justificassem e com possibilidades concretas de responder a incertezas, além de considerar que o conhecimento inerente aos processos educativos, na percepção dos profissionais não pode ser obtido por outro meio a não ser o de entrevistá-los.

#### **4.7 Aspectos Éticos**

Esta pesquisa foi pautada na ética e no respeito aos sujeitos participantes. Foi inserida na Plataforma Brasil, para dar seguimento no Comitê de Ética da UNIFESP, em 08/11/2016. Foram observados todos os procedimentos éticos previstos para a pesquisa com seres humanos, e recebeu o Número do Parecer 1.890.142, o qual foi aprovado em 11/01/2017 (Anexo D). Foi dado seguimento no Comitê de Ética da Casa de Saúde Santa Marcelina, e recebeu o Número do Parecer 2.001.723, o qual foi aprovado em 05/04/2017 (Anexo E).

Está de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde-CNS (BRASIL, 2012), que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

Foi preservada a identidade de todos os profissionais participantes da pesquisa, os quais foram identificados por letras e números. A participação dos sujeitos se deu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo C). Os princípios éticos foram respeitados e assegurados e o método obedeceu aos passos da pesquisa na sua totalidade.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

---



A análise de conteúdo, modalidade temática foi desenvolvida nos grupos focais a partir de 03 (três) núcleos temáticos: *Enfermaria de Cuidados Paliativos*, *Terminalidade de Vida e Educação em CP* com 153 (cento e cinquenta e três) unidades de conteúdo e 209 (duzentos e nove) unidades de registro, das quais emergiram 07 (sete) categorias e 08 (oito) subcategorias, a saber:

**Quadro 1. Núcleos Temáticos**

<b>Núcleo Temático 1</b>
<b>Enfermaria de Cuidados Paliativos</b>
<b>Categoria 1- Processo de Trabalho</b>
<b>Sub Categorias</b>
1.1 -Acolhimento
1.2-Decisão compartilhada
1.3-Cuidado compartilhado
1.4-Representação social da atenção à saúde
<b>Categoria 2- Equipe Integrada</b>
<b>Sub Categorias</b>
2.1 Auto cuidado
2.2 Conflito Ético
<b>Núcleo Temático 2</b>
<b>Terminalidade de vida</b>
<b>Categoria 1 – História de Vida</b>
<b>Categoria 2 - Espiritualidade</b>
<b>Categoria 3 – Morte</b>
<b>Sub Categorias</b>
3.1-Morte na sociedade
3.2-Morte na enfermaria de CP
<b>Núcleo Temático 3</b>
<b>Educação em CP</b>
<b>Categoria 1 – Disseminação do CP no Hospital</b>
<b>Categoria 2 – Cuidado Paliativo na Formação Básica e na Residência</b>

Fonte: elaborada pela autora (2018)

## 5.1 Núcleo Temático 1: Enfermaria de Cuidados Paliativos

Nesta pesquisa buscamos conhecer a percepção da Equipe Multiprofissional sobre o trabalho que é realizado na Enfermaria de Cuidados Paliativos do qual emergiu o Núcleo Temático 1 e neste núcleo emergiram as categorias: *Processo de Trabalho*; *Equipe Integrada*. Como subcategorias dentro do *Processo de Trabalho*

surgiram: *Acolhimento; Decisão Compartilhada; Cuidado Compartilhado; Representação Social da Atenção à Saúde* que estão intrinsecamente associados aos Cuidados Paliativos. As subcategorias da *Equipe Integrada* emergiram nesta categoria porque entendemos que elas estão contidas no *Processo de Trabalho: Auto Cuidado e Conflito ético*. E foi possível identificar na fala dos participantes essas etapas significativas apontando a motivação para análise.

Na categoria *Processo de Trabalho*, pudemos notar que os participantes realizam sua prática profissional baseados nas competências em Cuidados Paliativos elaboradas pela Associação Européia de Cuidados Paliativos (EAPC) que propõe entre outras ações, a aplicação dos constituintes centrais dos cuidados paliativos, no ambiente próprio e mais seguro para os pacientes e suas famílias, ou seja, proporcionar o cuidado integral ao paciente no ambiente dele ou de sua família. Além de aumentar o conforto físico durante as trajetórias de doença dos pacientes, pois o conforto físico representa a qualidade de vida desses pacientes.

Segundo Carvalho (2015), a abordagem do Cuidado Paliativo tem como objetivo a prevenção e o alívio do sofrimento humano e precisa ser multiprofissional enxergando a pessoa doente e sua família nas dimensões, física, psíquica, social/familiar e espiritual.

Com relação a essa categoria os participantes no grupo focal afirmam:

*GF1.1 médico. Acho que cuidados paliativos tem outros paradoxos que a gente não cura, (...) mas a gente cuida, (...)*

*GF2.8 Residente de Enfermagem (...). Não é porque ele está morrendo e a doença não tem mais cura, que a gente não tem o que fazer. A gente tem muito o que fazer pelo paciente.*

*GF1.3 fono (...) Vem para mim os pareceres (...). No momento que eu peço esse parecer, já tem o encaminhamento, como é esse paciente, como eu vou atender e qual é a prioridade do atendimento (...)*

*GF2.1 Médico – E é justamente o contrário sempre há o que fazer.*

Percebemos que é na perspectiva do cuidado que realizamos a nossa prática profissional. O paciente e seus familiares, muitas vezes chegam à nossa Enfermaria com expectativas de que haja algum tratamento que traga a cura da doença. Inicialmente, oferecemos a escuta e iniciamos o processo do cuidar com a equipe multiprofissional, envolvendo todas as dimensões: físicas, sociais, espirituais para que ele encontre o conforto necessário no momento de maior fragilidade humana.

Da categoria *Processo de Trabalho* emergiu a subcategoria *Acolhimento*. Para Fonseca e Geovanini (2013) o profissional de saúde precisa estabelecer uma comunicação eficaz entre a equipe profissional e o paciente/familiar. Informar o paciente sobre a sua doença, tratamento, prognóstico deve ser dada de maneira sensível e respeitando o tempo e o quanto o paciente quer saber naquele momento, ou seja, é necessário saber como comunicar más notícias. Em todo esse processo é necessário que a família seja acolhida e receba a mesma atenção e cuidado que é dado ao paciente.

No sentido etimológico, Carvalho (2015) menciona que, *pallium* significa aquele que protege e oculta os sintomas de uma doença em franca evolução. Historicamente, o termo estaria ligado ao manto dos cavaleiros das Cruzadas, que os protegeria das variações climáticas.

O acolhimento é percebido e vivenciado pela equipe multiprofissional que corrobora com Carvalho (2015) quanto à definição de *pallium* em uma das falas:

*GF1.1 Médico.(...) ela falou que a coisa mais importante que tinha acontecido no hospital tinha sido o abraço que eu dei nela uns dias antes. (...) Ela se sentiu realmente acolhida (...)*

*GF2.2 Residente médico – (...)Falando ainda do acolhimento, o acolher é mudar... a gente acaba que ... A gente acolhe o paciente e a família do paciente, mas eu também me sentia muito acolhida.*

*GF2.1 Médico - Eu acho que acolher é o princípio básico do paliativo. Difícil fazer paliativo sem acolher. Se a gente for pensar realmente no conceito de paliativo, vem de *pallium* que é manto, que é para você acolher, né? Cobrir a pessoa com aquilo. Por isso eu acho que o acolher e os CPs são a mesma coisa. Difícil você fazer CP sem acolher.*

Reconhecemos que oferecer o acolhimento é amparar, é oferecer escuta para as inquietações, ansiedades e medos do paciente e seus familiares, é apoiar o paciente e seus familiares e realizar ações de controle de sintomas em todas as dimensões ao paciente e seus familiares.

Quanto à subcategoria *Decisão Compartilhada*, nos baseamos nas competências em Cuidados Paliativos elaboradas pela Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC), que é responder aos desafios da tomada de decisão clínica e ética em cuidados paliativos, para isso, cada profissional deve possuir a competência necessária para lidar com os desafios éticos, conhecendo bem o seu código de ética profissional e também promover a autonomia do paciente.

Para Menezes (2004), a tomada de decisões do paciente que está morrendo depende, da comunicação da equipe médica sobre o conhecimento do avanço da doença e da proximidade da morte, da expressão dos desejos do paciente para as pessoas de sua relação, da escuta e da atuação dos que cuidam do paciente.

*GF1.1 Médico. Eu acho que a tomada de decisão é de todo mundo. (...)Acho que isso você quer saber, você quer entender. A biografia e a autonomia desse paciente.*

*GF1.1 Médico.A filha da paciente disse: (...) poxa, se tivessem me falado antes de cuidados paliativos será que a minha mãe precisava ter feito tanta quimioterapia? Se tivessem me explicado antes eu já saberia e já teria entendido melhor.*

Vivenciamos na prática, que a tomada de decisão deve ser compartilhada entre o paciente, seus familiares e equipe multiprofissional. Neste contexto, é imprescindível o conhecimento médico sobre o avanço da doença e a proximidade da morte, para nortear a equipe multiprofissional, pacientes e familiares, para que juntos realizem a tomada de decisão e planejem os cuidados para que esse momento seja vivenciado com o menor sofrimento possível.

Uma outra subcategoria no *Processo de Trabalho*, é o *Cuidado Compartilhado* que se constitui em uma das competências em Cuidados Paliativos. Esta competência possibilita responder às necessidades dos cuidadores familiares em relação aos objetivos do cuidar a curto, médio e longo prazo, com isso, ao cuidar do paciente cuidamos também da família. São os cuidadores familiares que prestam o cuidado e são o elo entre o paciente e a equipe multiprofissional. E é exatamente isso que percebemos na prática profissional relatada pela equipe:

*GF1.2 enfermeira (...). É porque eu sempre digo para as famílias, eu faço o processo de cuidar que é só 50%, os outros 50% é o amor que você dá. (...)*

*GF1.2 enfermeira. (...) Então, o amor da família ajuda a gente a trabalhar, ajuda a gente a seguir o processo de trabalho... (...)*

*GF1.2 enfermeira . (...) Sem a família a nossa equipe não caminha porque nós trabalhamos sempre juntos. (...)*

*GF2.3 Residente médico- E o principal envolvido nisso tudo é o paciente e a família. A rede multi eu acho que é extremamente importante nessa hora. Para acolher o sofrimento da família, acolher o sofrimento do paciente e a partir daí a gente ir trabalhando com eles também, para que nesse momento difícil que está para acontecer o sofrimento tanto do doente quanto da família seja o mínimo possível.*

Cabe salientar que o cuidado envolve o afeto, o vínculo e o conhecimento. O conhecimento técnico se faz necessário, visto que o cuidador precisa medicar, alimentar, cuidar do banho, entre outras atividades. A equipe multiprofissional auxilia nesse cuidado e juntos, equipe e família realizam o cuidado compartilhado proporcionando o conforto ao paciente. A extensão do cuidado pós-alta hospitalar é realizado pelos familiares que durante a internação tem à possibilidade de aprendizagem quanto aos cuidados necessários ao paciente que apresenta limitações para as atividades da vida diária.

Finalizamos com a última subcategoria da categoria do *Processo de Trabalho*, *Representação Social da Atenção à Saúde*.

Para Menezes (2004), o hospital como instrumento terapêutico surgiu no final do século XVIII. Durante o século XX, a medicina tornou-se referência na saúde, vida, sofrimento e morte. Ao longo do século XIX, as famílias confiaram os cuidados dos moribundos às instituições médicas, então fortalecidas e reorganizadas. Houve então um deslocamento do local da morte, das casas para o hospital. Já entre os séculos XVIII e XIX, houve uma alteração do comportamento social em relação à morte, em decorrência de uma série de mudanças sociais, causando um processo de internalização e aumento do autocontrole. No século XX, a medicina com seus progressos técnicos, passou a ser responsável pela diminuição de algumas taxas de mortalidade, em especial a infantil e a neonatal e pelo prolongamento da vida, além disso, com suas medidas de prevenção e de controle social da saúde e da doença, exerce um papel fundamental no afastamento da morte das consciências individuais.

*GF1.1 médico.(...) O que as pessoas tem é que o familiar está internado tem que ter soro, tem que ter antibiótico, tem que colher exame todo dia, entendeu? (...)*

*GF1.1médico.(...)Do sistema de saúde que criou esse imaginário que a gente consegue salvar todo mundo, que todo mundo vai ser curado. (...)*

Constatamos que com toda a tecnologia e novos medicamentos, houve um distanciamento da morte e as pessoas passaram a acreditar que sempre existirá uma nova medicação que poderá curar o paciente e que toda essa tecnologia deve ser utilizada em qualquer situação, mesmo quando o paciente possui uma doença incurável, progressiva e muitas vezes, encontra-se já em processo ativo de morte. Ressaltando que buscar a vida a qualquer custo pode acarretar um processo de dor e sofrimento ao paciente, que permanecerá a maior parte do tempo solitário em UTIs, muitas vezes ligados a tubos e aparelhos e vivenciando o momento em que se encontra mais vulnerável e frágil de sua existência na mais completa solidão.

A segunda categoria do Núcleo Temático 1, *Equipe Integrada* aborda o trabalho que é realizado na enfermagem com a necessidade da intervenção de uma equipe interdisciplinar treinada para o controle de sintomas físicos e psicossociais, que tenha excelente comunicação e uma “escuta apurada” para oferecer uma

atenção específica e contínua ao paciente e à sua família, no processo de morte, possibilitando atenção às dores físicas, emocionais e sociais.

Segundo Taquemori e Nakagawa (2008), o alívio do sofrimento humano requer um planejamento interdisciplinar, com a atuação da equipe multiprofissional com a troca de saberes, incluindo-se a família e o acionamento da rede de apoio da comunidade.

Maciel (2012) menciona que a Enfermaria de Equipe de Cuidados Paliativos consiste em uma ala de um hospital geral secundário ou terciário que atua em leitos próprios e equipe especializada. Atua com equipe constante e bem treinada, maior flexibilidade de horários para visita de familiares, alimentação e regras do hospital. Além do paciente, a família deve receber a atenção necessária da equipe. E esse cuidado, deve ser prestado por uma equipe que atua de forma integrada, realizando um trabalho interdisciplinar.

Para Severino (apud Sá, 1989) a construção da essência humana é coletiva. Por isso, a interdisciplinaridade prevê uma ação coletiva. Para a realização de uma ação coletiva, na área da saúde, necessitamos de alguns instrumentos para analisar e atender ao paciente/familiares, as reuniões interdisciplinares, os estudos de caso, os prontuários eletrônicos, os atendimentos ao paciente/familiares e as reuniões de família.

Os relatos corroboram com Severino (apud Sá, 1989) quanto à interdisciplinaridade:

*GF1.1 médico.(...) Cada um tem o seu papel, a sua função, se respeita (...)*

*GF2.1Médico - Acho que é uma das poucas enfermarias ai no serviço que eu vejo que a Equipe trabalha de forma bem dinâmica, né?*

*A gente tem reuniões multi, toda terça de manhã, que quem faz é o Dr.Bernardo, junto com toda a equipe e a gente discute cada caso e tenta fazer o plano terapêutico a partir disto, né?*

*GF2.1Médico - As reuniões familiares geralmente na nosso enfermaria também são multi. Então a gente tenta fazer os horários de reunião familiar em que parte da equipe multi consiga participar.(...). Em geral, eu acho que*

*a gente tem um bom vínculo, no sentido de que todo mundo consegue dar suas opiniões e sua participação em cada caso, pelo menos esta é a minha impressão.*

*GF2.2 Residente médico - Eu posso dizer com toda a propriedade que aqui é onde o trabalho interdisciplinar mais funciona. (...) e não vi funcionar assim em nenhum outro lugar, não vi conversar "a mesma língua" assim, em nenhum outro lugar.*

Nos relatos percebemos que os profissionais entendem a importância que cada um possui na equipe e se respeita, além disso, os instrumentos para analisar e atender ao paciente/família como as reuniões multiprofissionais e as reuniões de família são práticas comuns realizadas na enfermagem. Esse é o grande diferencial do trabalho realizado na Enfermagem de Cuidados Paliativos, a relação entre a equipe envolvendo o respeito, a escuta, a concordância nas ações.

Na subcategoria *Auto Cuidado*, verificamos que os profissionais de saúde necessitam do *auto cuidado* para evitar doenças como a Síndrome de Burnout (SB).

Segundo Zanatta e Lucca (2015), a Síndrome de Burnout é um fenômeno psicossocial que surge como resposta aos estressores interpessoais crônicos presentes no trabalho. No contexto da Psicologia, a definição mais utilizada tem sido a de Maslach e Jackson (1996), em que o burnout é referido como uma síndrome multidimensional constituída por exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal no trabalho.

Ribeiro (2011) refere que a Síndrome de Burnout ainda é desconhecida por grande parte dos profissionais da saúde, sendo necessária uma maior divulgação sobre o assunto para que os profissionais conheçam suas manifestações e causas e possam buscar medidas de prevenção e formas efetivas de tratamento.

Segundo Menezes (2004), uma das formas de prevenção da Síndrome de Burnout é a importância de uma vida social com lazer e a expressão das emoções e dos conflitos. O paliativista deve estar atento a uma possível emergência de sintomas dessa patologia, sendo um observador de comportamentos de si próprio e de seus colegas de trabalho.

O pertencimento à equipe atribui a cada integrante a tarefa de zelar pelo equilíbrio emocional de todos, conforme estes relatos:



*GF1.3 fono. (...) Ai sempre vem essas coisas de como eu estou cuidando da minha família também.(...)*

*GF1.3 fono. Fora isso a gente conversa muito eu e as meninas que são da equipe (...) mas eu acho que valeria uma terapia dos cuidados paliativos para cuidar melhor.*

*GF1.2 enfermeira (...) O compromisso que a gente tem, acho que é tem até uma intimidade que a gente tem um com o outro, sabe?(...) essa intimidade que a gente tem um com o outro alivia mais!*

*GF1.1 médico.(...).mas eu acho que pensar em ter alguém para desabafar, desabafar com uma equipe mesmo é muito bom, né? A gente tinha uma coisa que me ajudou muito na enfermaria da residência, era realmente ter um grupo semanal. (...)*

Nos relatos, verificamos que não existe um trabalho específico focado na saúde física e mental da equipe que tem encontrado apoio na relação com o outro, porém esses profissionais vivenciam constantes situações de sofrimento, dor e perda diante de situações de forte carga emocional que podem desencadear doenças como a Síndrome de Burnout (SB), ocasionando desinteresse na prática profissional, faltas recorrentes e licenças médicas.

Como forma de prevenção da Síndrome de Burnout é importante que a equipe multiprofissional tenha uma vida social com lazer e que encontrem maneiras de expressar suas emoções e conflitos. Faz-se necessário pensar em ações nesse contexto, como retomar o Projeto Cuidando de Quem Cuida que era realizado uma vez ao mês sendo coordenado pelo psicólogo da enfermaria e constituído por um espaço terapêutico onde a equipe multiprofissional trazia as questões que os inquietava no atendimento ao paciente e familiares e se fazia uma reflexão sobre aquelas vivências.

Na subcategoria *Conflito Ético*, observamos que os profissionais que atuam em outras áreas e também os residentes vivenciam conflitos quando veem o paciente no Pronto Socorro que não possui a estrutura adequada para fornecer os cuidados no final de vida, ou em outras enfermarias que não possuem o manejo

paliativista para lidar com pacientes em terminalidade de vida. Com isso, a abordagem do Cuidado Paliativo mencionada por Carvalho (2015) que tem como objetivo a prevenção e o alívio do sofrimento humano e precisa ser multiprofissional enxergando o paciente e sua família nas dimensões, física, psíquica, social/familiar e espiritual, fica impossibilitada de ser realizada na sua integralidade.

Os desafios éticos tais como, a decisão sobre onde o paciente irá morrer, a maneira como a equipe identifica e administra as condições familiares e do paciente, trazem aos profissionais questionamentos comoos:

*GF2.2 Residente médico –(falando de outras enfermarias) Eu acho que é o tempo inteiro isso. A gente pergunta onde está o paliativo, o tempo todo.*

*GF2.2 Residente médico - (...) E a gente fica pedindo vaga, pedindo vaga, porque a gente não queria que um paciente morresse no Pronto Socorro, entende? A gente queria que ele estivesse com a família, que ele pudesse estar com a família.*

*GF2.6 Residente de Nutrição – (falando de outras enfermarias)  
(...) Você sabe que ele vai falecer em pouco tempo, mas a família não se deu conta disso porque isso não foi passado para ela. Para ela, ela está lutando ainda. Como se a doença, a doença terminal ainda tivesse cura. E a gente sabe que não tem. E essa angustia da família que eu vejo, né? A angustia da família e a angustia do paciente que precisaria de um cuidado melhor é o que falo de que cadê o paliativo?*

As questões não só sobre o conhecimento do médico sobre os Cuidados Paliativos, mas também a própria estrutura do local onde o paciente encontra-se internado trazem inquietações aos profissionais que atuam em outras áreas e também aos residentes, que não dispõem de muitos recursos para oferecer ao paciente em CP os cuidados necessários durante o processo de evolução de sua doença.

Como melhorar essa situação?

Começando pela educação. Levando o conhecimento sobre CP para todas as unidades do Hospital. E também adaptando o Pronto Socorro para receber o

paciente em CP, oferecendo um ala no PS mais reservada, para que o paciente possa estar acompanhado por seu familiar, até que seja possível sua transferência para um quarto na Enfermaria.

## 5.2 Núcleo Temático 2 : Terminalidade de Vida

Nesta pesquisa buscamos conhecer a percepção da Equipe Multiprofissional sobre a *Terminalidade de Vida*, do qual emergiu o Núcleo Temático 2 e neste núcleo emergiram as categorias: *História de Vida*; *Espiritualidade* e *Morte*, sendo que desta última surgiram 02 subcategorias: *Morte na Sociedade* e *Morte na Enfermaria*.

**Quadro 2. Núcleo Temático 2**

Núcleo Temático 2 Terminalidade de vida
<b>Categoria 1 – História de Vida</b>
<b>Categoria 2 - Espiritualidade</b>
<b>Categoria 3 – Morte</b>
<b>Sub Categorias</b>
3.1-Morte na sociedade
3.2-Morte na enfermaria de CP

**Fonte:** elaborada pela autora (2018)

A Equipe Multiprofissional de Cuidado Paliativo lida diariamente com as questões de *Terminalidade de Vida* e qual a percepção desse profissional diante dessa vivência?

Na categoria *História de Vida*, foram identificadas questões de como auxiliar o paciente e sua família a compreender que está vivenciando um processo de morte e proporcionar a eles o conforto necessário neste momento? É a biografia do paciente que vai nortear o cuidado. É conhecer as experiências e desejos que o paciente apresenta sem roteiros pré-definidos. É segundo Gadotti (1991) se fazer como Paulo Freire fazia por meio da educação, pensar na prática. E esta prática é individualizada. Não são os discursos abstratos sobre uma boa morte, mas o profissional deve sensibilizar o paciente e seus familiares buscando atender as necessidades desse paciente e daqueles que lhe são importantes.

Para Paulo Freire (*apud* Gadotti, 1991) o processo de alfabetização parte do concreto vivido, além disso, o diálogo é uma técnica utilizada para conseguir melhores resultados. O diálogo faz parte da própria natureza humana. Os seres humanos se constroem em diálogo, pois são na sua essência comunicativos. Paulo Freire insiste na necessidade do diálogo como estratégia de ensino, pois em geral, nunca se pergunta aos alunos o que querem aprender. Assim, o conhecer é um processo social, e o diálogo é o cimento desse processo. Nos Cuidados Paliativos o processo de cuidado também parte do concreto vivido e o diálogo é um instrumento utilizado para conseguir melhores resultados, além de ser indispensável, o diálogo na equipe. Precisamos perceber se a equipe se conversa, pois é nessa relação por meio do diálogo em equipe que a educação deve acontecer.

Segundo Paulo Freire (*apud* Gadotti, 1991) a aprendizagem se realiza por meio do contato com a realidade do aluno e assim deve ser também a ação dos profissionais em Cuidados Paliativos, baseado na realidade do paciente.

Destacamos essas expressões sobre a perspectiva da importância de se conhecer a história de vida dos pacientes:

*GF1.1 médico (...).E eu acho que quando a gente passa para os cuidados paliativos a gente vai pensar na história ...(...)*

*GF1.4 fisio. (...) A história do paciente. Saber como ele era tratado em casa, o que ele fazia em casa, para saber até aonde eu posso chegar (...)*

*GF1.4 fisio. (...) saber o que o paciente fazia em casa e muitos daqui graças a Deus vão para casa é importante.*

Percebemos, que utilizamos o diálogo com o médico para se conhecer melhor sobre o prognóstico, o diálogo com o paciente e/ou seu familiar para se conhecer melhor a história do paciente, o diálogo com a enfermeira para se conhecer melhor sobre cuidados de enfermagem, o diálogo com a Assistente Social para se conhecer melhor sobre os direitos sociais, ou seja, cada profissional da equipe multiprofissional estabeleceu seu diálogo para oferecer suas orientações.

Nos Cuidados Paliativos, o paciente passa a ser centro na tomada de decisões e a equipe interdisciplinar deve possuir conhecimentos técnicos para

escuta, diálogo e atendimento das necessidades desse paciente. O diálogo compreende um espaço de comunicação e de escuta imprescindíveis para o plano de cuidados, sendo que este deve ser realizado partindo do concreto vivido, da história de vida e o diálogo é um instrumento fundamental na relação com o paciente para conhecer a história de vida do mesmo e juntamente com ele traçar os caminhos para a boa morte.

No Núcleo Temático 2 *Terminalidade de Vida*, emergiu a categoria *Espiritualidade* que segundo Evangelista et al. (2016), a dimensão espiritual tem sido considerada um importante recurso interno que auxilia os indivíduos a enfrentarem as adversidades, as situações estressantes como as relacionadas ao processo saúde-doença. A espiritualidade é um termo mais amplo que religião e refere-se ao aspecto da condição humana, que se relaciona com a maneira pela qual os indivíduos buscam e expressam o significado e propósito da vida, assim como a maneira que expressam um estado de conexão com o momento, consigo mesmo, com o mundo, com a natureza e com o sagrado.

Segundo Pessini e Bertachini (2004) a espiritualidade diz respeito a tudo o que envolve a existência de uma pessoa, implicando a capacidade de autotranscendência, de relacionamento, de amor, de desejo e criatividade, de altruísmo, de fé e crença.

As falas dos participantes mencionando suas vivências após o falecimento do paciente corroboram com Pessini e Bertachini (2004):

*GF1.2 enfermeira. E o que dá alívio, pelo menos para mim é depois de alguns dias a família chegar e agradecer. (...) Isso alivia muito, alivia muito!*

*GF1.2 enfermeira. E a família, quando ela terminou de falar, a família agradeceu. (...) O agradecer da família me conforta.*

Percebemos que é importante primeiramente, que a equipe multiprofissional compreenda a diferença entre a espiritualidade e a religiosidade, conheça sua própria espiritualidade e mantenha sua neutralidade no sentido de não impor suas crenças ao paciente como verdade. Além disso, a abordagem das questões espirituais e religiosas dos pacientes deve ocorrer no início do acompanhamento

para que sejam tomadas as medidas para a resolução de possíveis necessidades espirituais do paciente, família e equipe.

A equipe multiprofissional deve atender às necessidades espirituais dos pacientes, pois, a doença geralmente, faz com que o paciente levante questões sobre o sentido da vida, necessitando dos cuidados espirituais e muitas vezes de um conselheiro espiritual. As necessidades espirituais do paciente em busca de questões sobre o sentido da vida e a chegada da morte tornam-se frequentes. Os pacientes presenciam muitas vezes a morte dos companheiros de quarto e questionamentos sobre sua própria morte rondam a mente não só dos pacientes, mas também de seus familiares e da própria equipe envolvida no cuidado.

Pensar em *Terminalidade de Vida* nos remete à categoria *Morte*, que segundo Saporetti (2012) trata-se da última crise a ser enfrentada e a última oportunidade para o crescimento espiritual, sendo seu grande desafio o de manter íntegra a identidade da pessoa diante da desintegração total. Deve-se verificar a importância da história espiritual do paciente na vida dele e de sua família, além de avaliar a forma com que isso pode ser incluído nos cuidados ao paciente.

A pesquisa nos mostrou a morte sob a ótica da *Morte na Sociedade e a Morte na Enfermaria*, sendo estas subcategorias.

Na subcategoria *Morte na Sociedade*, para Menezes (2004) o morrer é um processo construído socialmente, que não se distingue das outras dimensões do universo das relações sociais. Na Alta Idade Média, a morte domada era ritualizada, comunitária e enfrentada com dignidade e resignação, como a morte dos cavaleiros. O aviso da morte era dado por sinais naturais ou por uma convicção íntima. A partir disso, o moribundo tomava suas providências e a cerimônia ocorria em uma cerimônia pública, organizada e dirigida pelo próprio indivíduo que estava morrendo. A casa e o quarto do moribundo transformavam-se em lugar público de visitação, inclusive das crianças. Os ritos de morte eram aceitos e cumpridos. O indivíduo aceitava a morte como ordem da natureza. Nos séculos XI e XII até o século XIV, surge a morte em si, marcada pelo reconhecimento da finitude da própria existência.

Para Michel Foucault e Ariès (apud Menezes, 2004), primeiramente a passagem dos cuidados ao doente/moribundo passa da família e dos religiosos para o médico e suas instituições, pois até o século XVIII, o hospital era basicamente uma

instituição de assistência aos pobres administrada por religiosos, nada parecida com uma medicina hospitalar. Era uma instituição de assistência ao pobre que estava morrendo e não do doente a ser curado. O hospital, como instrumento terapêutico surgiu no final do século XVIII. Durante o século XX, a medicina tornou-se referência na saúde, vida, sofrimento e morte. Ao longo do século XIX, as famílias confiaram os cuidados dos moribundos às instituições médicas, então fortalecidas e reorganizadas. Houve então um deslocamento do local da morte, das casas para o hospital.

Para Menezes (2004), no século XX, a medicina com seus progressos técnicos passou a ser responsável pela diminuição de algumas taxas de mortalidade, em especial a infantil e a neonatal e pelo prolongamento da vida, além disso, com suas medidas de prevenção e de controle social da saúde e da doença, exerce um papel fundamental no afastamento da morte das consciências individuais.

Por essas razões, muitos desejam uma morte tranquila, como mencionada nas falas que se seguem:

*GF2.2 Residente médico - Eu acho que... é uma outra coisa muito importante quando a gente fala da morte é que cada vez eu penso... como se eu pudesse controlar isso... como eu gostaria que fosse a minha, entendeu? Acho que o sonho de todo mundo é dormir e não acordar seria fantástico! Mas quanto mais eu vejo, mais eu gostaria que fosse uma coisa tranquila, e com as pessoas ao meu redor conformadas, acho que é isso que eu tento aplicar. Apesar de que a morte pode gerar muita angústia é, falar dela é... eu acho que a gente tem angústia de falar daquilo que a gente não conhece. Falar dela, alivia isso.*

*GF1.2 enfermeira. Mas a gente esquece que nossos bisavós, nossos tataravós morriam em casa, né? E eu acho que isso deveria voltar e voltar com força. (...)*

*GF1.2 enfermeira.(...)Mas não é o que acontece. Eu acho que isso, porque é muito bom a sua família junto com você, né? E eu vou morrer sozinho? Se eu estou na UTI a família não vai estar comigo, diferente do meu avó do meu bisavó que morria com a família segurando a mãozinha dele do lado e esperava essa partida.(...)*

*GF1.2.enfermeira (...)... eu lembro que partiu, tirava as crianças do quarto e ai dava o banho, preparava e assim, era tudo muito, assim...*

Devemos verificar a importância da história espiritual do paciente na vida dele e de sua família, além de avaliar a forma com que isso pode ser incluído nos cuidados ao paciente. É imprescindível, que a equipe respeite inteiramente os desejos e crenças do paciente, não tentando impor a ele as crenças e verdades que cada profissional possui.

A morte na história da humanidade passa de uma vivência domiciliar com familiares e amigos que realizavam ritos e permaneciam com o paciente até que ocorresse o óbito para um processo que muitas vezes ocorre em internações em UTIs, prolongando o sofrimento do paciente e de seus familiares, mantendo o paciente em um ambiente impessoal e distante de seus familiares no momento de maior fragilidade que o mesmo vivencia. Por essas razões, muitos desejam uma morte tranquila, como o morrer dormindo, isentando-se de vivenciar qualquer tipo de sofrimento no momento da morte.

Mas como é o morrer na enfermagem?

Das falas dos participantes do grupo focal emergiu a subcategoria *Morte na Enfermagem*.

Para Menezes (2004), a proposta de CP consiste em atender o paciente até seus últimos momentos, buscando proporcionar conforto e fornecendo suporte emocional e espiritual a seus familiares. O ideal é que o paciente que está morrendo, participe da tomada de decisão e para isso é importante uma comunicação adequada entre os profissionais de saúde e pacientes, além do suporte oferecido pela equipe multiprofissional. Esta modalidade de assistência valoriza os desejos do paciente. Surge o discurso de morrer bem. A tomada de decisões do paciente que está morrendo depende da comunicação da equipe médica sobre o conhecimento do avanço da doença e da proximidade da morte, da expressão dos desejos do paciente para as pessoas de sua relação, da escuta e da atuação dos que cuidam do paciente. O primeiro aspecto de morte contemporânea é a consciência do indivíduo sobre a proximidade de sua morte. Os profissionais de CP esclarecem o quadro clínico ao paciente e à sua família. Na morte



contemporânea, se apresenta a idéia de que o processo do morrer proporciona uma última oportunidade para que a pessoa se torne autêntica, para que conheça sua identidade interior, para que seja escutado e reconhecido. A última oportunidade para o desenvolvimento individual, para que o paciente alcance uma boa morte, deve expressar seus sentimentos e fazer um acerto final de suas relações. No modelo da boa morte os familiares passam a serem os aliados da equipe paliativista. A morte contemporânea é um sinal de revalorização do grupo familiar. Na pesquisa realizada por Menezes (2004), de acordo com os paliativistas, resolver coisas da vida antes de morrer pode promover uma melhor aceitação da morte. O último encontro do paciente com determinado familiar é visto pela equipe como capaz de conduzir à pacificação de conflitos internos. Ao compreender a morte como passagem para algo melhor ou para um novo nascimento, o paliativista aproxima-se da parteira ou do obstetra. O tempo para morrer é comparado ao tempo necessário ao nascimento.

As falas dos participantes sobre a morte na enfermaria corroboram com Menezes (2004):

*GF2.1 Médico - Eu acho o que muda é que a gente está mais preparado para falar da morte. Eu falo muito isto para os residentes. Que a gente tem que falar da morte. Que não é um tabu. Que aqui não pode ser um tabu. (Risos). Porque quase todos os nossos pacientes morrem. A gente tem um perfil de enfermaria, ainda, claro a gente tem pacientes que vão de alta, mas ainda tem um perfil de enfermaria de paliativos que os pacientes vêm em fase terminal para falecer aqui. (...). Então a gente tem que aprender a falar sobre a morte e a gente tem que preparar a família para isso, né?*

*GF2.1 Médico - E o que você acha importante para o preparo para a morte? Quem é importante para vir visitar já que ele está falecendo? Você fala isso para a família. Você diz para a família que ele deve estar entrando nos últimos dias ou semanas de vida. Você já avisa, você já faz esse preâmbulo.(...)*

*GF2.2 Residente Médico- Então quando a gente fala... O paliativo é muito voltado para a terminalidade, mas não é só isso. Às vezes a gente pega o paciente antes disso. Preparar o paciente para essa hora vai chegar um dia e que ela chegue com a melhor qualidade possível lá. Mas, quando a gente*

*pega o paciente mais no momento terminal talvez é o momento mais difícil porque você não conseguiu preparar o paciente lá atrás. Ele foi mal acolhido, mal orientado e chegou em uma situação em que ele está morrendo, a família não está entendendo e ele está com raiva, inconformado, revoltado, e então eu acho que é o momento mais difícil de cuidar do paciente. De chegar lá eu acho que é a hora mais difícil.*

*GF2.1 Médico – (...)E quando chega mesmo a fase, eu sempre falo com os residentes dos sinais das últimas 48 horas, né? (...). E quando esse momento chega, você também avisar a família. Olha, a gente acha que realmente agora, ele esteja nas últimas horas, né? Dias... Não são mais semanas, né?(..) E as pessoas agradecem porque elas se preparam, eu acho que depois que eles vem a falecer e você já está falando isso há dias, não é mais uma surpresa, não é uma coisa ruim, né? (...)*

Corroboramos com Menezes (2004) quanto ao modelo da boa morte onde os familiares passam a serem os aliados da equipe de CP, pois no decorrer da internação estabelecem um vínculo de confiança entre a equipe multiprofissional, paciente e seus familiares construindo o caminho para a boa morte. Mas, para que essa aliança se estabeleça, é necessário que a equipe multiprofissional acolha o paciente e seus familiares, oferecendo a escuta ativa e construindo uma relação de vínculo e confiança, para a tomada de decisão compartilhada e para que paciente e seus familiares vivenciem o modelo da boa morte.

### 5.3 Núcleo Temático 3 : Educação em Cuidados Paliativos

No Núcleo Temático 3 emergiram as categorias: *Disseminação dos Cuidados Paliativos no Hospital e Cuidado Paliativo na Formação Básica e na Residência.*

**Quadro 3. Núcleo Temático 3**

<b>Núcleo Temático 3</b>
<b>Educação em CP</b>
<b>Categoria 1 – Disseminação do CP no Hospital</b>
<b>Categoria 2 – CP na Formação Básica e Residência</b>

**Fonte:** elaborada pela autora (2018)

Se existe o trabalho de uma Equipe Multiprofissional que atua em concordância, onde a equipe consegue proporcionar ao paciente de Cuidados Paliativos conforto em sua terminalidade de vida, acolhendo também seus familiares, esse trabalho precisa ser conhecido e vivenciado por outras enfermarias também.

Por esse motivo nomeamos a categoria *Disseminação dos Cuidados Paliativos no Hospital*. Nesta categoria trazemos a Educação, que segundo Paschoal et al. (2007), a Educação Permanente em Saúde surge como uma exigência na formação do sujeito e baseia-se no aprendizado contínuo para o desenvolvimento do sujeito direcionado à busca da competência pessoal, profissional e social, como meta constante. Consiste no desenvolvimento pessoal que deve ser potencializado, promovendo a capacitação técnica, a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes.

Para Peduzzi et al. (2009), a educação continuada parte da concepção de educação como transmissão de conhecimento e pela valorização da ciência como fonte do conhecimento; é pontual, fragmentada e construída de forma não articulada à gestão e ao controle social, focada nas categorias profissionais e nos conhecimentos técnicos científicos de cada área, com cursos e treinamentos baseados no diagnóstico de necessidades individuais, com a perspectiva de transformação da organização em que o profissional está inserido.

Já a educação em serviço, segundo Paschoal et al. (2007) constitui-se em um processo educativo aplicado nas relações humanas do trabalho, no intuito de desenvolver capacidades cognitivas, psicomotoras e relacionais dos profissionais, além de aperfeiçoamento diante da evolução científica e tecnológica. Seu desenvolvimento processa-se no ambiente de trabalho de uma instituição em particular. Nela, destacam-se quatro áreas de atuação: a orientação ou introdução ao trabalho; treinamento; atualização; e aperfeiçoamento, aprimoramento ou desenvolvimento.

Segundo os mesmos autores, a EPS, EC e a educação em serviço se fundamentam em diferentes princípios metodológicos e têm caráter de continuidade do processo educativo. Entendem que a educação permanente é mais ampla

fundamentando-se na formação do sujeito, enquanto a educação continuada e a em serviço estão contidas na permanente.

A idéia da Educação em Cuidados Paliativos é um assunto que os participantes tem em comum:

*GF1.1 médico. (...) Tá bom! A gente faz educação continuada.(...)*

*GF1.1 médico. (...) mas eu acho que começar realmente a fazer aulas abertas para o Hospital e tudo. Fazer um cronograma para realmente aproximar as pessoas, para elas entenderem como é.*

*GF1.1 médico.(...) entender o que é cuidados paliativos, entender como é que funciona uma equipe multi, o que traz de benefícios para o paciente (...)*

*GF2.7 Residente de fisioterapia – (...) se cada profissional de saúde pudesse passar um tempo aqui. Talvez uma semana iria entender um pouquinho o que é cuidado paliativo e conseguir levar isso para a área deles, seria muito, muito importante.*

Percebemos nas falas que ainda existe entre os profissionais um desconhecimento quanto à definição dos termos educação permanente e educação continuada, embora a questão da disseminação dos CP seja desejada pelos participantes.

O trabalho realizado pela Equipe Multiprofissional em Cuidados Paliativos necessita da Educação Permanente em Saúde, pois a partir das necessidades do grupo, elaboramos um processo de reflexão, diálogo e construção na busca por mudanças na perspectiva de aprimorar o atendimento prestado aos pacientes e seus familiares.

Precisamos buscar propostas de Educação em CP, não só nas linhas Educação Permanente, Educação Continuada, Educação em Serviço, mas essa educação deve ser incorporada aos currículos não só médicos, mas de todos os profissionais de saúde que lidam com pacientes em Cuidados Paliativos.

No Núcleo Temático 3, na categoria *Cuidado Paliativo na Formação Básica e Residência*, contextualizamos que segundo Figueiredo e Stano (2013), as Escolas

de Medicina beneficiariam a formação dos futuros médicos se incorporassem aos seus currículos o ensino de Cuidados Paliativos, possibilitando complementar o aprendizado da medicina e proporcionado melhores recursos de cuidado na cura e na terminalidade de vida. A partir de 1º de agosto de 2010, por conta da Resolução CFM nº 1.973/2011, a medicina paliativa tornou-se área de atuação de seis especialidades médicas (geriatria, pediatria, oncologia, clínica médica, anesthesiologia, medicina da família). Hoje já são oito, as especialidades médicas. Às seis anteriores somaram-se Medicina Intensiva e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. (Resolução CFM 2068/2013). Talvez, seja um caminho no Brasil, o de proporcionar a todos os médicos o contato com a medicina paliativa na esperança de responder à crescente demanda de cuidados integrais pacientes crônicos e à sua família.

Figueiredo e Stano (2013) mencionam que no Brasil, no período de 1994 a 2008, a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), por meio do Prof. Marco Tullio Barcellos de Assis Figueiredo (1925-2013), foi a primeira escola médica a disponibilizar os cursos de CP em caráter eletivo a alunos de graduação em medicina, enfermagem e fisioterapia. O Prof. Marco Tulio, falecido em 2013, foi considerado o pioneiro em Educação em CP no Brasil e iniciou o binômio cuidado paliativo e formação profissional.

As falas dos participantes trazem a necessidade da educação em CP nos cursos de graduação de forma mais efetiva:

*GF2.8 Residente de enfermagem - Eu não tive paliativo na faculdade, então também cheguei aqui e conheci o paliativo aqui e hoje aqui a gente já sabe que tem paliativo na FASM (Faculdade Santa Marcelina), mas é um período muito curto e a gente não tem tempo de entender o que é paliativo.*

*GF2.6 Residente de Nutrição -Para mim... é, na verdade eu nunca tinha ouvido falar de CP antes de chegar aqui.*

Quanto às ações educativas, houve a identificação das contribuições da Equipe multiprofissional na disseminação de conhecimentos em CP para os profissionais que realizam o estágio nesta enfermaria expressas nas falas dos profissionais:

*GF2.1 Médico - Acho que ele acrescenta muito no sentido de, fazer aulas, a gente tem aulas para os residentes eu acho que para a gente mudar esse paradigma a gente tem que ensinar. Não adianta eu chegar aqui e impor para os residentes as coisas que devem ser feitas. Eles tem que entender o porquê fazer isso.*

*GF2.1 Médico - Eu acho que a gente que acaba tentando nortear essa educação ao longo desse mês que a gente tem com os residentes, é dar substrato teórico para você entender o que está fazendo, né?*

*GF2.1 Médico - Acho que sem substrato teórico é difícil você fazer. Então você tem que entender o que é cuidado paliativo, você tem que ter aula de controle de sintomas. Você tem que entender o que está sendo feito e isso tem base teórica, para você poder aplicar na prática.*

*GF2.1 Médico - Eu acho que a prática sem a técnica não vai bem e a acho que só técnica também não vai bem. A nossa intenção é tentar casar as 02 coisas e então a cada mês, o médico dá sempre as mesmas 04 aulas para todos os grupos que chegam, né?*

Percebemos nas falas que houve pouca ou inexistente aproximação com a Educação em CP durante o período de graduação pela Equipe, que puderam vivenciar esse contato somente durante a sua residência multiprofissional. Necessitamos, com urgência de definições sobre a inclusão da Educação em Cuidados Paliativos nas grades curriculares não só dos médicos, mas também dos profissionais de saúde para que iniciem sua aproximação com essa abordagem e posteriormente os Cursos de Educação em CP deverão possibilitar um conhecimento mais aprofundado aos profissionais de saúde, que concomitantemente com a sua atuação profissional, trarão o embasamento para a capacitação profissional que se constituirá em um processo de médio a longo prazo.

Diante do exposto, seguimos com as conclusões desta pesquisa para que não somente reflexões, mas fundamentalmente ações possam ser realizadas para que a abordagem em Cuidados Paliativos possa beneficiar todos os pacientes que dele necessitem o mais precocemente possível para proporcionar-lhes o alívio do sofrimento e uma melhor qualidade de vida.

## **6. CONCLUSÕES**

---

A análise dos dados demonstrou que a Equipe Multiprofissional que atua na Enfermaria de Cuidados Paliativos realiza sua prática profissional de modo interdisciplinar, proporcionando o conforto físico durante as trajetórias de doença dos pacientes, pois o conforto físico representa a qualidade de vida desses pacientes, além dos desafios da tomada de decisão clínica e ética em cuidados paliativos, para isso, cada profissional deve possuir a competência necessária para lidar com os desafios éticos, conhecendo bem o seu código de ética profissional e também promover a autonomia do paciente. E é exatamente isto que diferencia a Equipe Multiprofissional de Cuidados Paliativos das demais equipes. O trabalho é desenvolvido de modo horizontal, não há relações de poder, a equipe se autorregula, há comunicação adequada, há escuta adequada, há tomada de decisão compartilhada e o cuidado também é compartilhado. Mas isso tudo isso ocorre, e as ações transcorrem adequadamente, pois temos o médico que coordena a comunicação entre a equipe, o paciente e a família e tem o conhecimento aprofundado quanto à realização dos diagnósticos clínicos, conhecendo bem a patologia e a história natural da patologia, os tratamentos já realizados pelo paciente e qual a fase da evolução da doença.

Neste estudo foi possível apontar a existência de uma Equipe de Cuidados Paliativos que realiza um trabalho interdisciplinar treinada para o controle de sintomas físicos e psicossociais, com comunicação e uma “escuta apurada” para oferecer uma atenção específica e contínua ao paciente e à sua família, no processo de morte, possibilitando atenção às dores físicas, emocionais e sociais, evidenciando a importância da comunicação adequada entre equipe, paciente e familiar. As reuniões interdisciplinares, os prontuários eletrônicos, os atendimentos ao paciente/familiares e as reuniões de família são instrumentos utilizados pela equipe em CP para auxiliar uma comunicação mais efetiva.

O trabalho diário da Equipe Multiprofissional é denso, pois possui muitas demandas e o contato diário com a morte pode acarretar um desgaste físico e mental importante.

Um ponto significativo que merece destaque é que não existe um trabalho específico focado na saúde física e mental da equipe que tem encontrado apoio na relação com o outro, porém vivenciar constantes situações de sofrimento, dor e



perda diante de situações de forte carga emocional podem desencadear doenças como a Síndrome de Burnout (SB), ainda desconhecida por grande parte dos profissionais de saúde, sendo necessária uma maior divulgação sobre o assunto para que os profissionais conheçam suas manifestações e causas e possam buscar medidas de prevenção e formas efetivas de tratamento.

Uma das formas de prevenção da Síndrome de Burnout é que os profissionais da saúde tenham uma vida social com lazer e que encontrem maneiras de expressar suas emoções e conflitos.

Faz-se necessário pensar em ações no contexto do cuidado com a equipe, como retomar o Projeto Cuidando de Quem Cuida que era realizado um vez ao mês sendo coordenado pelo psicólogo da enfermagem e constituído por um espaço terapêutico onde a Equipe Multiprofissional trazia as questões que os inquietava no atendimento ao paciente e familiares e se fazia uma reflexão sobre aquelas vivências.

A partir da pesquisa, identificamos que os participantes do grupo focal trouxeram seus conflitos quanto às suas vivências quando veem o paciente no Pronto Socorro que não possui a estrutura física adequada para fornecer os cuidados no final de vida, ou em outras enfermarias que não possuem o manejo paliativista em lidar com pacientes em terminalidade de vida, demonstrando a importância da disseminação da Educação em Cuidados Paliativos no âmbito hospitalar. Além da educação em CP é necessário também que espaços sejam adequados, por exemplo, no Pronto Socorro, para que possa oferecer ao paciente em Cuidados Paliativos alguma privacidade e possibilidade de acompanhamento familiar até que ocorra a transferência para as Enfermarias.

Outro importante ponto é que a abordagem em CP deva ser realizada no âmbito hospitalar, ambulatorial e domiciliar atendendo ao momento da demanda do paciente, proporcionando os cuidados necessários durante o processo de evolução de sua doença para que o plano de cuidados seja praticado a partir do concreto vivido, da história de vida do paciente e auxilie no alívio do sofrimento e no preparo para a boa morte.

Portanto, a proposta de CP consiste em atender o paciente até seus últimos momentos, buscando proporcionar conforto e fornecendo suporte emocional e

espiritual a seus familiares. A pesquisa aponta a importância de que o paciente que está morrendo participe da tomada de decisão e para isso é importante uma comunicação da equipe médica sobre o conhecimento do avanço da doença e da proximidade da morte; a expressão dos desejos do paciente para as pessoas de sua relação, a escuta e a atuação dos que cuidam do paciente.

Quanto às ações educativas, houve a identificação das contribuições da Equipe multiprofissional na disseminação de conhecimentos em CP para os profissionais que realizam o estágio nesta enfermagem expressas nas falas dos profissionais. Além disso, as propostas de Educação em CP devem ser incorporadas aos currículos médicos e de todos os demais profissionais de saúde que lidam com pacientes em Cuidados Paliativos. As equipes de Cuidados Paliativos necessitam buscar o conhecimento constante em educação em Cuidados Paliativos, para um melhor desempenho profissional junto à equipe, o paciente e seus familiares, possibilitando ao paciente o alívio de seu sofrimento. E os Cursos de Educação em CP deverão viabilizar o conhecimento mais aprofundado aos profissionais de saúde, que concomitantemente com a sua atuação profissional, trarão o embasamento para a capacitação profissional que se constituirá em um processo de médio a longo prazo.

Outro ponto importante a ser destacado é o que se refere à *espiritualidade* considerada no Cuidado Paliativo uma dimensão vital e o sofrimento espiritual uma questão médica que deve ser abordada, pois são questões que ficam mais iminentes quando a morte se aproxima. A equipe deve ser treinada para aceitar os diferentes valores religiosos e espirituais, respeitando e incentivando a participação do paciente em sua prática.

A morte tem deixado de ser um episódio que ocorria na casa do paciente com a presença da família e amigos, acompanhada por rituais pós-óbito quanto ao preparo do corpo e do velório em casa para se tornar um processo, devido às avançadas tecnologias. Existe hoje um aumento da população de idosos e em muitos casos, idosos cuidando de idosos. Quando idosos internam e posteriormente recebem alta hospitalar em situações de total dependência física, a equipe de saúde enfrenta um novo desafio quanto aos cuidados desses idosos. Em outras situações, os idosos residem com seus filhos e netos que trabalham fora e quando este idoso

com limitações físicas recebe alta hospitalar, seus filhos alegam dificuldade nos cuidados, pois trabalham e não terão condições de oferecer o cuidado necessário. Nos casos, em que o paciente receba a alta hospitalar e que possua um cuidador responsável, este será acompanhado pelo EMAD. Mas quando não há cuidador, o que fazer?

Estas questões sociais têm aumentado e trazido inquietações quanto ao cuidado de pacientes idosos em CP. São necessárias ações para sensibilizar familiares, empoderá-los para o cuidado, educação na comunidade, políticas de envelhecimento, novas políticas públicas para atender a esta demanda em constante crescimento, além do conhecimento em CP a partir da graduação, com Educação em Cuidados Paliativos em Instituições conceituadas, busca por atualizações na área e a prática profissional capacitarão os profissionais em períodos de médio a longo prazo, demonstrando que existe um longo caminho a ser percorrido.

## 7. REFERÊNCIAS

---

ANDRADE, L. Cuidados Paliativos: história. In: ANDRADE, L. (Org.). **Cuidados paliativos e serviço social: um exercício de coragem**. Holambra: Editora Setembro; p. 39-68, 2015.

\_\_\_\_\_. **Desvelos, trajetórias no limiar da vida e da morte**: cuidados paliativos na assistência domiciliar. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, p.79-87, 2007.

ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. São Paulo: Casa da Palavra, 2016.

ARIÈS, P. **Sobre a história da morte no ocidente desde a idade média**. Lisboa: Teorema; 1981.

AZEVEDO, C. et al. Perspectivas para os Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: Estudo Descritivo. **Online braz j nurs.**, v. 15, n. 4, p. 683-693, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/atendimento1/Downloads/5370-31132-1-PB%20(2).pdf>. Acesso em: 14 mar. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1979.

BIFULCO, V. A. A dimensão da espiritualidade no idoso conceito e prática clínica. In: FIGUEIREDO, M. T. A. **Coletânea de textos sobre cuidados paliativos e tanatologia**. São Paulo: Setor de Cuidados Paliativos da Disciplina de Clínica Médica da Unifesp - Ambulatório de Cuidados Paliativo, 2006, p.68-71. Disponível em: <http://www.nutrabem.ind.br/cuidadospaliativose\_tanatologia.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 Pacto pela Saúde**. 2006. Disponível em: <http://tmp.mpce.mp.br/orgaos/PROSAUDE/pdf/portaria%20399.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\_20\_08\_2007.html>. Acesso em: 19 jun. 2018

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\_12\_12\_2012.html>. Acesso em: 19 de jun. 2018.

BYOCK, I. Dying Well. **Peace and possibilities at the end of life**. Nova Iorque: Riverhead Books, 1997.

CARVALHO, R. T. de. Cuidados Paliativos: conceitos. In: ANDRADE, L. (Org.). **Cuidados paliativos e serviço social: um exercício de coragem**. Holambra: Editora Setembro; p.23-37, 2015.

CARVALHO, U. C. S. A necessária atenção à família do paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 97-102, 2008.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M.; Trabalho em Equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. especial, p. 143-147, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672000000700024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000700024)>. Acesso em: 17 fev. 2018

COMBINATO, D. S.; MARTINS, S. T. F. (Em defesa dos) cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, p. 433-441, 2012. Disponível em: <[https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/95/5.pdf](https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/5.pdf)>. Acesso em: 14 mar. 2018.

CORTES, C. C. "Historia y desarrollo de los cuidados paliativos". In: Marcos GS. **Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos de cáncer**. Las Palmas: ICEPS; 1988.

EVANGELISTA, C. B. Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, p.176-182, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0176.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

FIGUEIREDO, M. G. M.C. A; STANO, R. C. M. O estudo da morte e dos cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 2, 298-306, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/19.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2017.

FONSECAL, A; GEOVANINI, F. Cuidados paliativos na formação profissional da área da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 1, p. 120-125, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n1/17.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2016.

FLORIANO, C. A.; SCHRAMM, F. R. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.13, n. 02, p.2123-2132, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a17>>. Acesso em: 05 nov. 2017

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 2.ed. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

FREDERIK, Mayer. **História do pensamento educacional**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

FROSSARD, A. Os Cuidados Paliativos como política pública: notas introdutórias. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 14, Edição Especial, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cebape/v14nspe/1679-3951-cebape-14-spe-00640.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

GADOTTI, M. **Convite à leitura de Paulo Freire**. Série Pensamento e Ação no Magistério. 2.ed. São Paulo: Editora Scipione, 1991.

GAMONDI, C; LARKIN, P; PAYNE, S. Competências centrais em cuidados paliativos: um guia orientador da EAPC sobre educação em cuidados paliativos. **European Journal of Palliative Care**, v. 20, n. 2, 2013. Disponível em: <<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=jtSAXBB-azl%3D>>. Acesso em: 13 nov. 2017.

GONDIM, S.M. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paideia**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v12n24/04.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2018.

HABERMAS, J. **Consciência moral e o agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 09, p. 2577-2588, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a12>>. Acesso em: 05 out. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Informe INCA**. Ano, 19, n. 331, dezembro 2014.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

LAMPERT, J. B. et al. Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, p.19-34, 2009. Disponível em: <<http://www.famema.br/ensino/pdd/docs/tendencias.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

MACIEL, M. G. S. **Definições e princípios**. São Paulo: CREMESP, 2008.

\_\_\_\_\_. Organização de serviços de cuidados paliativos. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. ANCP, p.94-112, 2012.

MARTINS, A. Multi, inter e transdisciplinaridade sob um olhar filosófico. **Transdisciplinaridade em oncologia: caminhos para um atendimento integrado**. São Paulo: HR Gráfica e Editora, p.24-30, 2009.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E.; LEITER, M. P. **Burnout inventory**. 3. ed. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists; 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Melhor em Casa**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/atencao-domiciliar/modalidades-de-atencao-domiciliar>>. Acesso em: 02 ago. 2018.

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

\_\_\_\_\_. **Tecnologia e “morte natural”**: o morrer na contemporaneidade. **Physis**: Revista Saúde Coletiva, v.13, p. 367-385, 2003.

MENOZZI, K. A. B. S. **O Sistema de Referência e Contra Referência no Contexto da Equipe Multiprofissional de Saúde**. Tese de doutorado, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/108528/000750675.pdf?sequence=1>> Acesso em: 02 ago. 2018.

MINAYO, M.C.S. **Metodologia qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07>>. Acesso em: 16 maio 2016.

PASCHOAL, A. S, MANTOVANI, M. F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n.3, p.478-484, 2007. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/742.pdf> >. Acesso em: 29 abr. 2017.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 13, n. 30, p.121-34, jul./set. 2009. <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a11.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2017.

PESSINI, L. Distanásia: até quando investir sem agredir? **Revista Bioética**, v. 4, n. 1, p. 31-43, 1996. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/394](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394)>. Acesso em: 22 out. 2017.

\_\_\_\_\_. BERTACHINI, L. (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**., 4. ed. São Paulo: EDUNISC-Edições Loyola, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a35v10n3.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

RIBEIRO, R. N. **Síndrome de burnout em profissionais da saúde de um serviço especializado em um hospital geral público**. 2011. Disponível em: <[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6506/1/TCC%20Rafael\\_de\\_Nogueira.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6506/1/TCC%20Rafael_de_Nogueira.pdf) >. Acesso em: 25 mar. 2018.

RODRIGUES, I. G.; ZAGO, M. M. F. Cuidados paliativos: realidade ou utopia? **Ciencia, Cuidado e Saúde**, Londrina, v. 8, p. 136-141, 23 abr. 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9740>>. Acesso em: 01 maio 2016.



RODRIGUES, L. F. Modalidades de atuação e modelos de assistência em cuidados paliativos. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. ANCP, p.88, 2012.

SAITO, D.Y.T.; ZOBOLI, E.L.C.P. Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: scoping review. **Rev Bioética**, v. 23, n.3, Brasília, Set./Dez. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422015000300593](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000300593)>. Acesso em: 14 mar. 2018.

SAPORETTI, L. A. Espiritualidade em cuidados paliativos. **Cuidado paliativo, CREMESP**, v. 4, n. 1, p. 522-523, 2008.

SAPORETTI, L. A. et al. Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed., p.51-53, 2012. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>>. Acesso em 25 mar. 2018

SCHMIDT, M. L. S.; Pesquisa participante: alteridade e comunidades interpretativas, **Psicologia USP**, v.17, n. 2, p.11-41, 2006.

SEVERINO, A. J. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. In: SÁ, J. L. M. (Org.) **Serviço social e interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão**, São Paulo: Cortez, p.11-21, 1989.

SILVA, L. V. de L.; Interdisciplinaridade: Conceito, História e Obstáculos para sua Implementação na Escola. **Cadernos de Cultura e Ciência**, v. 3, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/view/151>>. Acesso em: 17 fev. 2018.

SILVA, M.L.S.R., O Papel do Profissional da Atenção Primária à Saúde em Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 30, 2014. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/718>>. Acesso em: 14 mar. 2018

SILVA, R. C. F; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta Área. p. 2061-2062. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/04.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2016.

SOUZA, H. L. et al. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. **Rev. Bioética**, v. 23, n. 2, p. 349-359, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n2/1983-8034-bioet-23-2-0349.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

STAKE, R. E. **Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam**. Tradução Karla Reis. Porto Alegre: Penso, 2011.

THE SUPPORT principal investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: the study to understand prognoses and preferences for outcomes and risk of treatment. **JAMA**, v. 274, p. 1591-8, 1995.

TAQUEMORI, Y. L.; NAKAGAWA, T. C. Interface intrínseca: equipe multiprofissional. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). **Cuidado paliativo**. São Paulo: CREMESP, p. 55 a 57, 2008.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v.19, n.3. p. 777-796, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>>. Acesso em: 30 jan. 2018.

TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de Burnout ou Estafa Profissional e os Transtornos Psiquiátricos. **Revista Psiquiátrica Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 5, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n5/a04v34n5.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 525-31, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a16.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Promotion**. The Ottawa Charter for. 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html>>. Acesso em: 19 jun. 2018

\_\_\_\_\_. **Cancer: palliative care**. 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/en/>>. Acesso em: 19 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. **Palliative care**. 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>. Acesso em: 19 jun. 2018.

ZANATTA, A. B.; LUCCA, S. R. Prevalência da síndrome de burnout em profissionais da saúde de um hospital oncohematológico infantil. **Revista Esc Enf USP**, v. 49, p. 253-260, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt\\_0080-6234-reeusp-49-02-0253.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0253.pdf)>. Acesso em: 25 mar. 2018.

**APÊNDICES**

---

## Apêndice A – Questões Norteadoras



### Percepções da Equipe Profissional sobre Práticas do Trabalho Interdisciplinar em Enfermaria de Cuidados Paliativos: no Contexto de um Hospital de Alta Complexidade da Grande São Paulo

#### Participante da pesquisa:

##### Idade:

- ( ) De 18 a 25 anos  
 ( ) De 26 a 30 anos  
 ( ) De 31 a 35 anos  
 ( ) Acima de 36 anos

##### Sexo:

- ( ) masculino ( ) feminino

##### Grau de Escolaridade:

- ( ) Superior Completo  
 ( ) Pós Graduação/Especialização  
 ( ) Mestrado  
 ( ) Doutorado

**Tempo de Formação:** \_\_\_\_\_

**Tempo de atuação na Enfermaria de Cuidados Paliativos:** \_\_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_

#### Questões norteadoras:

Para os profissionais, como é realizado o trabalho da Equipe Multiprofissional na Enfermaria de Cuidados Paliativos?

Qual a percepção dos profissionais sobre o trabalho realizado pela Equipe Multiprofissional da qual faz parte, na Enfermaria de Cuidados Paliativos ?

Qual a percepção da Equipe Multiprofissional frente à terminalidade de vida do paciente internado?

Como a Equipe Multiprofissional poderia disseminar a educação em Cuidados Paliativos para os profissionais que realizam estágio nesta Enfermaria?

## Apêndice B – Solicitação de Consentimento para Realização da Pesquisa



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**  
**CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**De:** Mestranda Ana Cláudia Arguelles dos Reis

**Para:** Hospital Santa Marcelina Itaquera

**Assunto:** Solicitação de Consentimento para Realização de Pesquisa

Prezado Senhor,

Venho respeitosamente solicitar autorização para realização da Pesquisa intitulada: **“Percepções da Equipe Profissional sobre Práticas do Trabalho Interdisciplinar em Enfermaria de Cuidados Paliativos: no Contexto de um Hospital de Alta Complexidade da Grande São Paulo”**.

A pesquisa tem como objetivo desenvolver uma pesquisa que possa investigar o trabalho interdisciplinar em uma equipe profissional se constituindo em uma construção científica.

O referido estudo trará o relato da equipe profissional que atua na Enfermaria de Cuidados Paliativos, onde será utilizado dois grupos focais.

Ao término da pesquisa, pretende-se conhecer a percepção dos profissionais da equipe na Enfermaria de Cuidados Paliativos e como esse trabalho poderá ser um sinalizador para a continuidade de uma educação permanente, além da expansão do serviço para outras enfermarias.

Ressalto que o estudo cumprirá os princípios do desenvolvimento da pesquisa segue os princípios éticos e vigentes na resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

  
**Ana Cláudia Arguelles dos Reis**  
**CPF: 10319341895**  
**Pesquisador Responsável**

  
**Dra Elaine A. Barbosa**  
**Supervisora do Departamento**  
**Enfermaria de Cuidados Paliativos**  
 Elaine Aparecida Barbosa  
 CRM: 124932-SP  
 Clínica Médica - Geriatria

*São Paulo, 07 de novembro de 2016*

## Apêndice C – Quadro Analítico Grupo Focal 01

Núcleo Temático I – Enfermaria de Cuidados Paliativos  
Categoria 1 – Processo de Trabalho

UNIDADE DE CONTEÚDO	UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIA 1
<p>GF1.3 fono .A partir de como é o meu atendimento quando vem para mim. (...). Então como é que é. Vem para mim os pareceres, que a gente chama, é o pedido de avaliação. No momento que eu pego esse parecer, já tem o encaminhamento, como é esse paciente, como eu vou atender e qual é a prioridade do atendimento.</p>	<p>GF1.3 fono (...) Vem para mim os pareceres (...). No momento que eu pego esse parecer, já tem o encaminhamento, como é esse paciente, como eu vou atender e qual é a prioridade do atendimento (...)</p>	<p>Processo de trabalho Núcleo 01</p>
<p>GF1.3 fono. Então tem uma diferença, porque vocês tem contato o tempo todo com a família e com o paciente e nós eu acho que é uma relação um pouquinho mais distante, aí a gente tenta conversar com você e tal. Essa presença a gente não tem, né? E aí faz vocês se arriscarem mais, porque vocês estão ali vendo, o calor da coisa, de ele pedir, de tá ali. Para a gente é um pouco mais fácil, eu acho, porque você vai lá e olha isso é um risco.. então você sai de cena. Por mais que você está ali sabendo de tudo que está acontecendo, veio, enfim, mas é diferente, né? Do que vocês ficam ali o tempo todo, discutem, tentam... eu acho que é diferente e muito próximo mas ajuda também, não ajuda? E muita coisa é vocês que fazem.</p>	<p>GF1.3 fono(...)Do que vocês ficam ali o tempo todo, discutem, tentam... eu acho que é diferente e muito próximo mas ajuda também, não ajuda? E muita coisa é vocês que fazem.</p>	<p>Processo de trabalho. Núcleo 01</p>
<p>GF1.1 médico. Quando elas estavam falando eu estava pensando que tinha acabado de conversar sobre a angústia que é isso sobre a tomada de decisão que é você respeitar mais o outro que você mesmo. A fisio comentando me deu outra angústia também. Acho que cuidados</p>	<p>GF1.1 médico. Acho que cuidados paliativos tem outros paradoxos que a gente não cura, (...) mas a gente cuida, (...)</p>	<p>Processo de Trabalho Núcleo 01</p>

<p><i>paliativos tem outros paradoxos que a gente não cura, não faz isso, não faz aquilo, sei lá, não faz o antibiótico mas a gente cuida, você faz uma massagem, você faz um toque, isso de você estar junto isso te gera uma outra angústia, né? Que você cria um vínculo com essas pessoas que é um vínculo que também te maltrata, te machuca muitas vezes, entendeu?</i></p>		
---	--	--

**Núcleo Temático I – Enfermaria de Cuidados Paliativos**  
**Categoria 1 – Processo de Trabalho**  
**Sub Categoria 1 - Acolhimento**

UNIDADE DE CONTEÚDO	UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIA 1
<p><i>GF1.2 enfermeira. Assim , em algumas famílias é só ouvir ela, o tocar nela. A gente tem muita dificuldade no processo de tocar, físico. Você conseguir ouvir ela, tocar nela e dizer: eu estou aqui, pode falar, eu estou aqui para te ajudar no que for possível. Isso alivia muito ela! É um alívio assim imenso para ela. Naquele momento ela chora, naquele momento ela desabafa, tudo que está acontecendo e foi o mínimo de coisas que você fez, você só falou para ela eu estou aqui com você. A gente está aqui, a gente vai fazer o possível para te ajudar. E isso para eles é muito, é muito!</i></p>	<p><i>GF1.2 enfermeira.(...) em algumas famílias é só ouvir ela, o tocar nela. (...)</i></p> <p><i>GF1. 2 enfermeira.(...) Você conseguir ouvir ela, tocar nela e dizer: eu estou aqui, pode falar, eu estou aqui para te ajudar no que for possível. Isso alivia muito ela! É um alívio assim imenso para ela.(...).</i></p> <p><i>GF1.2 enfermeira.(...) Naquele momento ela chora, naquele momento ela desabafa, tudo que está acontecendo e foi o mínimo de coisas que você fez, você só falou para ela eu estou aqui com você. (...)</i></p> <p><i>GF1.2 enfermeira. A gente está aqui, a gente vai fazer o possível para te ajudar. E isso para eles é muito, é muito!</i></p>	<p>Acolhimento Núcleo 01</p> <p>Acolhimento Núcleo 01</p> <p>Acolhimento Núcleo 01</p> <p>Acolhimento Núcleo 01</p>
<p><i>GF1.1 médico. Mas ao mesmo tempo eu acho que tem essa questão, ao mesmo tempo é muito para eles, entendeu? Que é essa questão do tempo, eu acho que é uma coisa muito difícil dos profissionais terem, que a gente tem ,</i></p>	<p><i>GF1.1 médico.(...) Que é essa questão do tempo (...) que é uma ferramenta que assim tem um poder absurdo que é isso de você se doar e doar aquele tempo de estar realmente junto, entendeu?</i></p>	<p>Acolhimento Núcleo 01</p>

<p>que é uma ferramenta que assim tem um poder absurdo que é isso de você se doar e doar aquele tempo de estar realmente junto, entendeu? Você dá uma parte sua que é só sua.</p>		
<p>GF1.4 fisio. O muito para mim seria tirar aquele paciente da cama, andar, descer rampa, subir escada, eu vou colocar carga e naquele paciente eu não posso. O máximo que eu posso fazer é mobilizar, virar de lado, colocar coxins, dar aquele aconchego para o paciente. Para mim foi pouco, para mim eu tive a impressão que eu sai dali e não fiz nada, mas de repente para o paciente e para a família que viu foi muito.</p>	<p>GF1.4 fisio.(...)O máximo que eu posso fazer é mobilizar, virar de lado, colocar coxins, dar aquele aconchego para o paciente.(...)</p> <p>GF1.4.(...)eu tive a impressão que eu sai dali e não fiz nada, mas de repente para o paciente e para a família que viu foi muito.</p>	<p>Acolhimento Núcleo 01</p> <p>Acolhimento Núcleo 01</p>
<p>GF1.1 médico. A fisioterapeuta está vindo, né? É a presença das pessoas, sabe? Eu acho que a presença é o mais importante.</p>	<p>GF1.1 médico.(...) Eu acho que a presença é o mais importante.</p>	<p>Acolhimento Núcleo 01</p>
<p>GF1.2 enfermeira. Só de você falar eu estou aqui, então... Posso estar na salinha de enfermagem ou na sala do médico, mas eu estou aqui ... é só chamar! Para eles é um alívio. Eu tenho um porto seguro, eu tenho uma coisa que está me ajudando, eu confio neles então.</p>	<p>GF1.2 enfermeira. Só de você falar eu estou aqui, então... (...) Para eles é um alívio. (...)</p> <p>GF1.2 enfermeira.(...) Eu tenho um porto seguro, eu tenho uma coisa que está me ajudando, eu confio neles então.</p>	<p>Acolhimento Núcleo 01</p> <p>Acolhimento Núcleo 01</p>
<p>GF1.1 médico. Mas como a enfermeira comentou eu lembrei de uma outra senhora, em um outro hospital, depois ela me tinha no whatsapp, não sei o quê, eu sai para tomar um café com ela tipo no dia da missa de 7º dia do esposo dela e ela queria conversar e ela falou que a coisa mais importante que tinha acontecido no hospital tinha sido o abraço que eu dei nela uns dias antes.</p>	<p>GF1.1 médico.(...) ela falou que a coisa mais importante que tinha acontecido no hospital tinha sido o abraço que eu dei nela uns dias antes. (...)Ela se sentiu realmente acolhida (...)</p> <p>GF1.1 médico.(...)Nem todo mundo que vai querer esse toque. A gente tem que estar disponível para quem</p>	<p>Acolhimento Núcleo 01</p> <p>Acolhimento Núcleo 01</p>



<p><i>Que eu acho que é essa questão do toque. Ela se sentiu realmente acolhida, mas ai de novo, a gente tem que saber quais são os pacientes e quem são as pessoas, entendeu? Nem todo mundo que vai querer esse toque. A gente tem que estar disponível para quem quiser. (risos).</i></p>	<p><i>quiser. (risos).</i></p>	
<p><i>GF1.3 fono. Um pouquinho disso hoje eu estou na Clínica Médica. Eu pergunto: vocês já pediram parecer dos CP? Porque você percebe que falta isso... falta conversar com essa família e eles não tem esse suporte. É muito diferente... Eu que vou em várias clínicas... Eu vejo que é muito diferente...</i></p>	<p><i>GF1.3 fono.(...) Porque você percebe que falta isso... falta conversar com essa família e eles não tem esse suporte. (...)</i></p> <p><i>GF1.3 fono.(...)Esse contato com a família faz muita falta.(...)</i></p>	<p><b>Acolhimento Núcleo 01</b></p> <p><b>Acolhimento Núcleo 01</b></p>
<p><i>GF1.2 enfermeira. Aqui a gente discute com a fono, muitas vezes a gente fica conversando, eu e a fono a gente conversa muito, ela fala vai acontecer isso... Mas fono vai fazer assim, a gente conversa muito né? Justamente para a gente poder trazer esse prazer. Pode dizer: Ah, prazer tão simples, mas para eles é muito prazer! Né? É prazer e conforto, quando a gente fala em conforto é tudo, quando a gente fala em conforto também é alimentação, é o alívio da dor, é o amor que a família traz.</i></p>	<p><i>GF1.2 enfermeira.(...) É prazer e conforto, quando a gente fala em conforto é tudo, quando a gente fala em conforto também é alimentação, é o alívio da dor, é o amor que a família traz.(...)</i></p>	<p><b>Acolhimento Núcleo 01</b></p>
<p><i>GF1.4 fisio. Teve uma senhora que nossa! Eu coloquei ela em pé no quarto, eu não sei se você lembra... e ela queria fazer fisioterapia todo dia, porque eu quero andar, eu quero sentar e ai eu trouxe para ela um ciclo ergômetro, que é uma bicicletinha ela ficou feliz porque foi a primeira vez que ela pedalou. Então assim, hoje eu vejo que eu</i></p>	<p><i>GF1.4 fisio. Teve uma senhora que nossa! Eu coloquei ela em pé no quarto... e ela queria fazer fisioterapia todo dia (...)</i></p> <p><i>GF1.4 fisio.(...) Então assim, hoje eu vejo que eu tenho que dar o máximo de conforto para esse</i></p>	<p><b>Acolhimento Núcleo 01</b></p> <p><b>Acolhimento Núcleo 01</b></p>

<p><i>tenho que dar o máximo de conforto para esse paciente, nem que seja posicionar ele. Tinha uma que falou assim: fisio, eu posso te pagar para você vir aqui todos os dias fazer massagem nas minhas mãos? Então esse para mim mínimo para ela é muito, lógico que não precisa pagar eu fui todos os dias.</i></p>	<p><i>paciente, nem que seja posicionar ele. (...)</i></p>	
<p><i>GF1.1 médico. Paciente da onco já não se alimentava há 40 dias por causa de uma obstrução maligna mas fazia sentido para ele comer aquele Big Mac. Eu como profissional consigo segurar a minha ansiedade e consigo me expor a esse risco em prol desse paciente? Entendeu? Porque em qualquer outro setor a primeira coisa seria: você está maluco! Olha o que você está fazendo! E a gente... Eu acho que essa é que é a grande virada, assim dos cuidados paliativos. Que é uma virada muito difícil que a gente continua angustiado até hoje e vai continuar, mas eu acho que é uma coisa que eu tenho que trabalhar e que a gente tem sempre que estar trabalhando, porque muitas delas talvez tragam junto desse benefício tão esperado, tragam algum desconforto mas se para aquele individuo fez sentido então para mim tem que fazer sentido, entendeu? Acho que essa mudança de filosofia de trabalho é bastante desafiadora.</i></p>	<p><i>GF1.1 médico.(...)Eu como profissional consigo segurar a minha ansiedade e consigo me expor a esse risco em prol desse paciente? (...)</i></p> <p><i>GF1.1 médico. (...) mas se para aquele individuo fez sentido então para mim tem que fazer sentido, entendeu? (...)</i></p>	<p><b>Acolhimento Núcleo 01</b></p> <p><b>Acolhimento Núcleo 01</b></p>
<p><i>GF1.2 enfermeira. Pegando o gancho desse paciente, eu acho que valeu tanto a pena, tanto a pena! Nós explicamos para ele o que iria acontecer. O sr vai comer o Big Mac, mas vai entupir a sonda, eu vou ter que aspirar, o senhor vai</i></p>	<p><i>GF1.2 enfermeira. Então assim... valeu a pena, né? Por mais que a gente ficou no remorso. (...) Ficou naquela dúvida, né? Mas valeu a pena para ele...</i></p>	<p><b>Acolhimento Núcleo 01</b></p>

<p><i>ter que vomitar e expliquei tudo para ele o que ia acontecer, mesmo assim ele quis. E realmente aconteceu exatamente tudo aquilo que a gente tinha falado que ia acontecer. Terminou todo o processo, puxei o Big Mac de volta, puxei as batatas fritas que foram todas. Por que assim estimei ele a vomitar e tudo e depois que terminou todo o processo ele falou assim: será que a gente pode comer amanhã um churrasco de calabresa ? Eu fiquei assim parada gente... Calabresa amanhã? Já fiquei pensando... Como a calabresa vai sair na sonda? Como isso vai dar certo? Amanhã a gente discute isso, tá bom? Hoje foi o Big Mac, amanhã... Então assim... valeu a pena, né! Por mais que a gente ficou no remorso. Meu Deus o que a gente vai dar a gente vai dar mesmo? Ficou naquela dúvida, né? Mas valeu a pena para ele. Por mais que a gente ficou muito preocupado, muito preocupado. E assim é desconfortável vomitar, para qualquer um de nós é muito ruim vomitar e ele fez aquilo com a maior naturalidade tanto que depois ele pediu mais um lanchinho, né? Então assim... eu acho que esse é o diferencial do paliativo, eu acho que isso é uma ciência. Para mim Paliativo é uma ciência. Talvez, talvez não, em uma outra enfermaria isso jamais aconteceria. Só que isso era o prazer dele, ele comeu o Big Mac, comeu a linguiça e faleceu no domingo. O desejo que ele queria ele conseguiu, né? E às vezes a gente pensa em tantas coisas grandes: Ah, eu quero isso, eu quero aquilo... e o desejo dele era só isso. E porque não</i></p>	<p><i>GF1.2 enfermeira.(...) Só que isso era o prazer dele (...), O desejo que ele queria ele conseguiu, né? (...) e o desejo dele era só isso. E porque não fazer? Sabendo nós que o fim da vida dele está próximo e era uma coisa tão simples, porque não fazer?</i></p>	<p>Acolhimento Núcleo 01</p>
--	--	----------------------------------

<p><i>fazer? Sabendo nós que o fim da vida dele está próximo e era uma coisa tão simples, porque não fazer?</i></p>		
<p><i>GF1.4 fisio. Então eu tento dar o máximo de suporte para eles, de conforto, suprir aquela necessidade naquele momento para eles, nem que seja colocar sentado, nem que seja virar de lado e manter o conforto respiratório. Porque o que para a gente é mais agonizante é quando o paciente está com desconforto, mas muitas vezes não depende da gente, da fisioterapia, já é a respiração de quando ele está no estágio final. Mas, eu mudei bastante a minha visão. Foi difícil no começo, né enfermeira? (risos) Foi muito difícil, mas acho que eu estou caminhando.</i></p>	<p><i>GF1.4 fisio. Então eu tento dar o máximo de suporte para eles, de conforto, suprir aquela necessidade naquele momento para eles, nem que seja colocar sentado, nem que seja virar de lado e manter o conforto respiratório. (...)</i></p>	<p>Acolhimento Núcleo 01</p>
<p><i>GF1.1 médico.. Acho que cuidados paliativos tem outros paradoxos que a gente não cura, não faz isso, não faz aquilo, sei lá, não faz o antibiótico mas a gente cuida, você faz uma massagem, você faz um toque, isso de você estar junto isso te gera uma outra angústia, né? Que você cria um vínculo com essas pessoas que é um vínculo que também te maltrata, te machuca muitas vezes, entendeu?</i></p>	<p><i>GF1.1 médico.(...) mas a gente cuida, você faz uma massagem, você faz um toque, (...)</i></p>	<p>Acolhimento Núcleo 01</p>
<p><i>GF1.1 médico. E ai ajudar o outro como se o outro que era um senhor que era a massagem também, era tinha um edema de membros superiores, ele era um senhor. Ai eu estava de plantão na enfermaria de cuidados paliativos, e ai, ele estava com edema, era</i></p>	<p><i>GF1.1 médico.(...) ele estava com edema, era um paciente com ICC, ai ele pediu uma massagem e aquilo foi ficando bom e ai tal no dia seguinte ele perguntou 03 dias seguidos se eu voltava.</i></p>	<p>Acolhimento Núcleo 01</p>

<p><i>um paciente com ICC, ai ele pediu uma massagem e aquilo foi ficando bom e ai tal no dia seguinte ele perguntou 03 dias seguidos se eu voltava. Ai no terceiro dia eu estava esgotado porque no dia anterior passei a noite com sedação paliativa e ai eu estava meio que evitando entrar no quarto tal e não sei o que ai ó Sr Rubens quer conversar com você. Ai, nossa! Não Sr Luis... vou fazer uma medicação tal e não sei o que, eu tava cansado. Eu estava saindo do outro quarto... Dr? E aquela massaginha? E então acho que essa doação, esse carinho demanda muito da gente.</i></p>		
--	--	--

**Núcleo Temático I – Enfermaria de Cuidados Paliativos**

**Categoria 1 – Processo de Trabalho**

**Sub Categoria 2 – Decisões Compartilhadas**

UNIDADE DE CONTEÚDO	UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIA 1
<p><i>GF1.1 médico. Eu acho que a tomada de decisão é de todo mundo. Mas acho que isso da enfermeira passar todas as informações é o que eu peço aos residentes todas as terças feiras antes deles falarem, falarem, falarem é a biografia do paciente que como as condutas são muito individualizadas, como o caso do paciente que queria o Big Mac. Isso é tão importante para ele? Então vamos juntos! Acho que isso você quer saber, você quer entender. A biografia e a autonomia desse paciente.</i></p>	<p><i>GF1.1 médico. Eu acho que a tomada de decisão é de todo mundo. (...)! Acho que isso você quer saber, você quer entender. A biografia e a autonomia desse paciente.</i></p>	<p>Decisões Compartilhadas Núcleo 01</p>
<p><i>GF1.3 fono. Esse contato com a família faz muita falta. E dai você vai ter um outro olhar e tem alguns casos de pegar essa experiência de pegar os Cuidados Paliativos e</i></p>	<p><i>GF1.3 fono. (...)essa experiência de pegar os Cuidados Paliativos e conversar com o pessoal, mesmo de forma informal, pegar o parecer, vai lá e conversa com eles (...)</i></p>	<p>Decisões Compartilhadas Núcleo 01</p>

<p><i>conversar com o pessoal, mesmo de forma informal, pegar o parecer, vai lá e conversa com eles e ver a possibilidade de alguma coisa, eu acho que é bem diferente. E eles tem um olhar diferente sobre as outras clínicas também.</i></p>		
<p><i>GF1.1 médico. O que acontece hoje é uma visão dicotômica passa para os cuidados paliativos, né? Então vem de novo, oncologista, quimio, radio, oncologia, quimio, radio, putz não tem mais quimio... paliativo. Entendeu, e aí o que a gente vê muito na enfermagem é a sensação de abandono das famílias. Agora que não tem mais nada para fazer vai para o paliativo. O familiar da dona Maria... poxa se tivessem me falado antes de cuidados paliativos será que a minha mãe precisava ter feito tanta quimioterapia? Se tivessem me explicado antes eu já saberia e já teria entendido melhor. Porque várias vezes, nos três primeiros dias como foi no caso dela, aquela coisa, né? Depois o familiar vai se acalmando e entendendo que a gente raramente pede exame laboratorial, o nosso foco é outro e isso que as pessoas não entendem, que é outro paradigma. O que as pessoas tem é que o familiar está internado tem que ter soro, tem que ter antibiótico, tem que colher exame todo dia, entendeu? No fundo no fundo a culpa é nossa também. Do sistema de saúde que criou esse imaginário que a gente consegue salvar todo mundo, que todo mundo vai ser curado.</i></p>	<p><i>GF1.1 médico.(...) poxa se tivessem me falado antes de cuidados paliativos será que a minha mãe precisava ter feito tanta quimioterapia? Se tivessem me explicado antes eu já saberia e já teria entendido melhor</i></p>	<p>Decisões Compartilhadas Núcleo 01</p>

**Sub Categoria 3 – Cuidado Compartilhado**

UNIDADE DE CONTEÚDO	UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIA 1
<p>GF1.2 enfermeira (...). É porque eu sempre digo para as famílias, eu faço o processo de cuidar que é só 50%, os outros 50% é o amor que você dá. Então, o amor da família ajuda a gente a trabalhar, ajuda a gente a seguir o processo de trabalho. É tudo 50%, eu falo sempre para as famílias: eu não consigo trabalhar sem você estar do meu lado. Sem eles eu não consigo ser ninguém, a nossa equipe não caminha. Sem a família a nossa equipe não caminha porque nós trabalhamos sempre juntos. (...)</p>	<p>GF1.2 enfermeira. (...) Então, o amor da família ajuda a gente a trabalhar, ajuda a gente a seguir o processo de trabalho... (...)</p> <p>GF1.2 enfermeira . (...)Sem a família a nossa equipe não caminha porque nós trabalhamos sempre juntos. (...)</p>	<p>Cuidado compartilhado Núcleo 01</p> <p>Cuidado compartilhado Núcleo 01</p>
<p>GF1.3 fono E ai vem aquele paliativo... eu falo: será que vai ter condição de alta? Porque quando eu olho o parecer, tal... vamos lá. E ai está até hoje, eu acho que ainda existe essa coisa assim: não, não vou deixar de ver esse paciente. (...) Olha, pode deixar um VO, que seja uma sopa para o paciente, converso com a família, mas acho que vale muito isso hoje, a família tem que estar consciente de que ele pode broncoaspirar e em função dessa broncoaspiração esse processo de morte ... ser mais rápido ou até trazer mais desconforto respiratório, eu estou ainda tenho muito esse pé, né?</p>	<p>GF1.3 fono (...) Olha, pode deixar um VO, que seja uma sopa para o paciente, converso com a família, (...) a família tem que estar consciente de que ele pode broncoaspirar e em função dessa broncoaspiração esse processo de morte ... (...)</p>	<p>Cuidado Compartilhado Núcleo 01</p>
<p>GF1.3 fono. O que me ajudou de alguma forma e está me ajudando... É ter um outro olhar também com os outros familiares que não são do paliativo, mas sempre estar perguntando e a família desse paciente? Esse olhar para eu poder orientar alguma coisa.</p>	<p>GF1.3 fono. (...) sempre estar perguntando e a família desse paciente? Esse olhar para eu poder orientar alguma coisa.</p>	<p>Cuidado Compartilhado Núcleo 01</p>
<p>GF1.4 fisio. A história do paciente Saber como ele</p>	<p>GF1.4 fisio. (...) Mas eu vou mobilizar ele para quê? Eu</p>	<p>Cuidado Compartilhado Núcleo 01</p>

<p><i>era tratado em casa, o que ele fazia em casa, para saber até aonde eu posso chegar. Porque a princípio para mim foi muito difícil entrar no paliativo, porque eu trabalho com a reabilitação. E aí eu chegava naquele paciente que já estava nos cuidados paliativos e eu falava o que eu vou fazer, com ele, né? Que benefício eu posso trazer a este paciente a não ser na parte respiratória? Mas eu vou mobilizar ele para quê? Eu vou fortalecer o membro para quê? Eu vou deixar ele de pé para quê? Então assim: saber o que o paciente fazia em casa e muitos daqui graças à Deus vão para casa é importante.</i></p>	<p><i>vou fortalecer o membro para quê? Eu vou deixar ele de pé para quê? Então assim: saber o que o paciente fazia em casa e muitos daqui graças à Deus vão para casa é importante.</i></p>	
---	--	--

**Núcleo Temático I – Enfermaria de Cuidados Paliativos**  
**Categoria 1 – Processo de Trabalho**  
**Sub Categoria 4 – Representação Social de Atenção à Saúde**

UNIDADE DE CONTEÚDO	UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIA 1
<p><i>GF1.1 médico. O que acontece hoje é uma visão dicotômica passa para os cuidados paliativos, né? Então vem de novo, oncologista, quimio, radio, oncologia, quimio, radio, putz não tem mais quimio... paliativo. Entendeu, e aí o que a gente vê muito na enfermaria é a sensação de abandono das famílias. Agora que não tem mais nada para fazer vai para o paliativo. O familiar da dona Maria... poxa se tivessem me falado antes de cuidados paliativos será que a minha mãe precisava ter feito tanta quimioterapia? Se tivessem me explicado antes eu já saberia e já teria entendido melhor. Porque várias vezes, nos três primeiros dias como foi no caso dela, aquela coisa, né? Depois o familiar vai se acalmando e</i></p>	<p><i>GF1.1 médico.(...) O que as pessoas tem é que o familiar está internado tem que ter soro, tem que ter antibiótico, tem que colher exame todo dia, entendeu? (...)</i></p> <p><i>GF1.1 médico.(...) Do sistema de saúde que criou esse imaginário que a gente consegue salvar todo mundo, que todo mundo vai ser curado. (...)</i></p>	<p>Representação social da atenção à saúde. Núcleo 01</p> <p>Representação social da atenção à saúde. Núcleo 01</p>



<p><i>entendendo que a gente raramente pede exame laboratorial, o nosso foco é outro e isso que as pessoas não entendem, que é outro paradigma. O que as pessoas tem é que o familiar está internado tem que ter soro, tem que ter antibiótico, tem que colher exame todo dia, entendeu? No fundo no fundo a culpa é nossa também . Do sistema de saúde que criou esse imaginário que a gente consegue salvar todo mundo, que todo mundo vai ser curado.</i></p>		
<p><i>GF1.2 enfermeira. Isso, era uma compaixão, né? E a gente esqueceu disso e os anos foram se passando e a gente foi esquecendo e está todo mundo dentro do hospital e a gente tem uma superlotação dentro do hospital.</i></p>	<p><i>GF1.2 enfermeira.(...) está todo mundo dentro do hospital e a gente tem uma superlotação dentro do hospital.</i></p>	<p>Representação social da atenção à saúde. Núcleo 01</p>
<p><i>GF1.1 médico. Eu acho que teve toda essa mudança, sem culpa, sem julgamento. Socialmente, todo mundo está trabalhando, vai trabalhar todos os dias e quem vai ficar para cuidar, né?</i></p>	<p><i>GF1.1 médico.(...) Socialmente, todo mundo está trabalhando, vai trabalhar todos os dias e quem vai ficar para cuidar, né?</i></p>	<p>Representação social da atenção à saúde. Núcleo 01</p>

**Núcleo Temático I – Enfermaria de Cuidados Paliativos**  
**Categoria 2 – Equipe Integrada**

UNIDADE DE CONTEÚDO	UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIA 2
<p><i>GF1.2 enfermeira. Ontem eu estava almoçando com a interna e ela falou: nossa quando me falaram que o meu primeiro estágio era nos cuidados paliativos eu fiquei tão chateada, mas a equipe traz um ambiente tão bom! Nossa, eu comi a comida tão bem, ela falando e meu almoço foi tão feliz, não estava boa a comida, mas ela falando e foi tão bom! Ah! Eu ia fazer pediatria, mas a minha especialização vai ser... em</i></p>	<p><i>GF1.2 enfermeira.(...) a equipe traz um ambiente tão bom! (...)</i></p> <p><i>GF1.2 enfermeira.(...) Ah! Eu ia fazer pediatria, mas a minha especialização vai ser... em cuidados paliativos, porque vocês trazem um ambiente bom, agradável!</i></p>	<p>Equipe Integrada Núcleo 02</p> <p>Equipe Integrada Núcleo 01</p>

<i>cuidados paliativos, porque vocês trazem um ambiente bom, agradável!</i>		
<i>GF1.1 médico. O que eu falo sempre com os residentes, o que seria o mundo ideal, sei lá, é: João, você tem um diagnóstico de câncer. Puxa! Eu posso tratar e ficar bem e eu posso tratar e piorar. Porque no mundo ideal, a gente não consegue fazer isso nem de perto, vai demorar muito para conseguir, o que seria? A equipe da oncologia e vem a equipe dos cuidados paliativos, porque desde o início esse indivíduo vai ter perdas sociais, não vai conseguir trabalhar, vai ter questões emocionais, entendeu? Então com a equipe multi ele vai ter sintomas pela quimioterapia, então o médico... Então é o que a gente sempre implica. Ah, não é para dizer que o médico vai cuidar da parte física, o psicólogo...mas a equipe multi, a equipe de suporte em cuidados paliativos, entendeu? Daria esse suporte nessa caminhada desse paciente.</i>	<i>GF1.1 médico.(...) Ah, não é para dizer que o médico vai cuidar da parte física, o psicólogo...mas a equipe multi, a equipe de suporte em cuidados paliativos, entendeu? Daria esse suporte nessa caminhada desse paciente.</i>	Equipe Integrada Núcleo 01
<i>GF1.1 médico. Mesmo que eu cheguei aqui, que o outro preceptor me convidou para fazer parte da equipe, eu vim para o Santa Marcelina sem nunca ter pisado aqui, me falaram que tinha uma equipe multi, que tinha uma enfermaria e aí eu falei ah, vambora!</i>	<i>GF1.1 médico.(...) me falaram que tinha uma equipe multi, que tinha uma enfermaria e aí eu falei ah, vambora!</i>	Equipe Integrada Núcleo 01
<i>GF1.2 enfermeira. Ele me contou essa história de que soube que tinha cuidados paliativos aqui na Zona Leste bem no finalzinho da Zona Leste e ele aceitou esse desafio, porque ele queria ver e eu achei isso tão legal! Eu disse a gente tem que fazer valer. Mostrar para ele que nós somos também muito bons, né?</i>	<i>GF1.2 enfermeira.(...)Eu disse a gente tem que fazer valer. Mostrar para ele que nós somos também muito bons, né? Nós conseguimos trabalhar com poucos recursos, mas nós conseguimos (...)</i>  <i>GF1.2 enfermeira. (...) eu percebo que ele me ouviu,</i>	Equipe Integrada Núcleo 01

<p><i>Nós conseguimos trabalhar com poucos recursos, mas nós conseguimos. E a minha primeira impressão de quando veio a nova equipe médica foi de muito receio e graças à Deus, todo aquele receio caiu por terra. Graças à Deus, porque assim, eu percebo que ele me ouve, eu percebo que a fono me ouve, que a fisio me ouve e que todo mundo se ouve, sabe? Eu respeito a opinião e se eu estiver errado eu dou razão para a fono, eu dou razão para a fisio e isso é legal!</i></p>	<p><i>eu percebo que a fono me ouve, que a fisio me ouve e que todo mundo se ouve, sabe? Eu respeito a opinião (...)</i></p>	
<p><i>GF1.4 fisio. Ah! Eu também! Eu a principio fiquei muito apreensiva de estar lá. Era um desafio para mim e ainda mais que eu tenho que acompanhar o residente da onco hemato, eu não sabia se ia dar certo... Mas está dando certo. Eu estou gostando muito a equipe é maravilhosa, nós somos muito unidos. A gente tira as nossas dúvidas, eu converso com a enfermeira assim.. o que que você acha? O que a gente pode estar fazendo e está dando super certo! É um lugar muito bom de trabalhar.</i></p>	<p><i>GF1.4 fisio.(...). Eu estou gostando muito a equipe é maravilhosa, nós somos muito unidos (...)</i></p> <p><i>GF1.4 fisio. (...) a equipe é maravilhosa, nós somos muito unidos. A gente tira as nossas dúvidas, eu converso com a enfermeira assim.. o que que você acha? O que a gente pode estar fazendo e está dando super certo! É um lugar muito bom de trabalhar.</i></p>	<p>Equipe Integrada. Núcleo 01</p> <p>Equipe Integrada. Núcleo 01</p>
<p><i>GF1.1 médico. Às vezes é melhor ter a enfermeira e a fisio na frente e talvez essa seja a maior dificuldade da equipe multi. Cada um tem o seu papel, a sua função, se respeita, e tudo que tem horas que um fala assim: Maria, isso é contigo. Vou dar meu pitaco aqui na ferida, mas olha... E ao mesmo tempo tem horas que eu falo tá isso é seu, é isso, isso, isso, mas isso, isso, isso é seu, entendeu? É saber também até que ... os limites de tudo</i></p>	<p><i>GF1.1 médico.(...) Cada um tem o seu papel, a sua função, se respeita (...)</i></p>	<p>Equipe Integrada. Núcleo 01</p>
<p><i>GF1.1 médico. Mais uma mudança de paradigma. A gente quer mudar muita</i></p>	<p><i>GF1.1 médico.(...) As equipes são muito centradas no médico, né? E</i></p>	<p>Equipe Integrada. Núcleo 01</p>

<p><i>coisa, mas tem essa questão, também, né? As equipes são muito centradas no médico, né? E nos cuidados paliativos não.</i></p>	<p><i>nos cuidados paliativos não.</i></p>	
<p><i>GF1.2 enfermeira. E a nossa reunião a nós vemos muitas vezes que somos elogiados pela reunião por estarmos explicando para a família, deixando muito claro para a família o que é paliativo e em que estágio a família está, que o familiar dela está. Porque é muito fácil falarmos termos científicos: olha seu familiar está assim, assim, assado e ele não entende nada. Sair de lá entendendo 10% daquilo que você falou e a gente tenta de uma maneira muito clara, muito objetiva. Eles saem muito esclarecidos e é isso que faz... porque assim, particularmente para mim é um orgulho trabalhar nos cuidados paliativos. Eu tenho orgulho, tenho um orgulho imenso, imenso, imenso em trabalhar com cuidados paliativos.</i></p>	<p><i>GF1.2 enfermeira. (...) particularmente para mim é um orgulho trabalhar nos cuidados paliativos. Eu tenho orgulho, tenho um orgulho imenso, imenso, imenso em trabalhar com cuidados paliativos.</i></p>	<p>Equipe Integrada. Núcleo 01</p>
<p><i>GF1.2 enfermeira. Olha, a equipe de cuidados paliativos eu só tenho a agradecer! A enfermeira está sendo irônica. Não, não estou. É de coração. Eu venho trabalhar, assim, eu venho trabalhar de coração. Sabe, a equipe é muito boa, o compreender do outro é muito bom, a gente fizemos uma equipe anterior e aí veio a equipe nova, a equipe médica nova, confesso que eu fiquei apreensiva... Será? Será? Que a gente vai ter o mesmo entrosamento, né? (...) Eu vejo o João, eu estou vendo a Joana, sabe? E isso faz a gente ser uma família, né? Nós somos uma família! Às vezes eu falo coisas particulares</i></p>	<p><i>GF1.2 enfermeira. Olha, a equipe de cuidados paliativos eu só tenho a agradecer! (...) Eu venho trabalhar, assim, eu venho trabalhar de coração. Sabe, a equipe é muito boa, o compreender do outro é muito bom (...)</i></p>	<p>Equipe Integrada. Núcleo 01</p>

<p><i>para desabafar e o outro colega... a gente não tem essa história, esse ouvir cuidando de quem cuida, mas eles acabam me ouvindo e a mesma coisa deles para mim.</i></p>		
<p><i>GF1.2 enfermeira. Quando a gente fala de cuidados paliativos... Você trabalha aonde? (risos) Ai meu Deus, não sei como você aguenta! E assim... eu costumo dizer que é um prazer! É um prazer! Eles falam: um prazer?</i></p>	<p><i>GF1.2 enfermeira. Quando a gente fala de cuidados paliativos... Você trabalha aonde? (risos) (...) E assim... eu costumo dizer que é um prazer! É um prazer!</i></p>	<p>Equipe Integrada. Núcleo 01</p>
<p><i>GF1.3 fono. Então tem uma diferença, porque vocês tem contato o tempo todo com a família e com o paciente e nós eu acho que é uma relação um pouquinho mais distante, aí a gente tenta conversar com você e tal. Essa presença a gente não tem, né? E aí faz vocês se arriscarem mais, porque vocês estão ali vendo, o calor da coisa, de ele pedir, de tá ali. Para a gente é um pouco mais fácil, eu acho, porque você vai lá e olha isso é um risco.. então você sai de cena. Por mais que você está ali sabendo de tudo que está acontecendo, veio, enfim, mas é diferente, né? Do que vocês ficam ali o tempo todo, discutem, tentam... eu acho que é diferente e muito próximo mas ajuda também, não ajuda? E muita coisa é vocês que fazem.</i></p>	<p><i>GF1.3 fono. (...) aí a gente tenta conversar com você e tal (...)</i></p>	<p>Equipe Integrada. Núcleo 01</p>
<p><i>GF1.3 fono. Sim. Eu acho que para mim é um ganho também, sabe? De ouvir esse argumento de vocês. Assim, mas não pode, e não sei que, mas quem está mais com o paciente e a família? São vocês... Até a estrutura física, tudo né? Está ali... de frente...</i></p>	<p><i>GF1.3 fono. Sim. Eu acho que para mim é um ganho também, sabe? De ouvir esse argumento de vocês.(...).</i></p>	<p>Equipe Integrada. Núcleo 01</p>
<p><i>GF1.2 enfermeira. Eles também tem isso, ele chega e fala Maria, será que dá</i></p>	<p><i>GF1.2 enfermeira.(...) Graças à Deus, porque assim, eu percebo que ele</i></p>	<p>Equipe Integrada. Núcleo 01</p>

<p><i>para a gente fazer isso? E não sei que. Ele me contou essa história de que soube que tinha cuidados paliativos aqui na Zona Leste bem no finalzinho da Zona Leste e ele aceitou esse desafio, porque ele queria ver e eu achei isso tão legal! Eu disse a gente tem que fazer valer. Mostrar para ele que nós somos também muito bons, né? Nós conseguimos trabalhar com poucos recursos, mas nós conseguimos. E a minha primeira impressão de quando veio a nova equipe médica foi de muito receio e graças à Deus, todo aquele receio caiu por terra. Graças à Deus, porque assim, eu percebo que ele me ouve, eu percebo que a fono me ouve, que a fisio me ouve e que todo mundo se ouve, sabe? Eu respeito a opinião e se eu estiver errado eu dou razão para a fono, eu dou razão para a fisio e isso é legal!</i></p>	<p><i>me ouve, eu percebo que a fono me ouve, que a fisio me ouve e que todo mundo se ouve, sabe?</i></p>	
<p><i>GF1.2 enfermeira. Olha , a equipe de cuidados paliativos eu só tenho a agradecer! A enfermeira está sendo irônica. Não , não estou. É de coração. Eu venho trabalhar, assim, eu venho trabalhar de coração. Sabe, a equipe é muito boa, o compreender do outro é muito bom, a gente fizemos uma equipe anterior e aí veio a equipe nova, a equipe médica nova, confesso que eu fiquei apreensiva... Será? Será? Que a gente vai ter o mesmo entrosamento, né? Porque eu não vejo ele como médico e eu creio que ele não me vê como enfermeira. A enfermeira Maria, a fono Joana, nós somos... não temos essa profissão primeiro. Eu vejo o João, eu estou vendo a Joana, sabe? E isso faz a gente ser uma família, né?</i></p>	<p><i>GF1.2 enfermeira. Porque eu não vejo ele como médico e eu creio que ele não me vê como enfermeira.(...) E isso faz a gente ser uma família, né? Nós somos uma família!</i></p>	<p>Equipe Integrada. Núcleo 01</p>

<p><i>Nós somos uma família! Às vezes eu falo coisas particulares para desabafar e o outro colega... a gente não tem essa história, esse ouvir cuidando de quem cuida, mas eles acabam me ouvindo e a mesma coisa deles para mim.</i></p>		
---	--	--

**Núcleo Temático I – Enfermaria de Cuidados Paliativos**  
**Categoria 2 – Equipe Integrada**  
**Sub Categoria 1 – Auto Cuidado**

UNIDADE DE CONTEÚDO	UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIA 1
<p><i>GF1.3 fono. Tem dias... Eu percebi que meu marido algumas vezes fala: ah, hoje você está mais agitada e não sei o quê e eu percebo essa diferença nisso. Tem dias que é pesado, que atinge mais a gente e te remete a coisas da sua própria família, como é que você está cuidando . Ah, essa família não veio, é ausente e tal, sempre remete. A minha família mora longe, minha mãe mora na Bahia e eu moro aqui. Ai sempre vem essas coisas de como eu estou cuidando da minha família também. Como que, vai acontecer isso dentro da minha própria casa, assim. A gente janta junto eu, minhas filhas e meu marido e a gente sempre conversa muito e de uma forma diferente eu conto para elas, dos pacientes, das famílias, das escolhas, eles não sabiam o que comer, que não pode, que não sei o quê, assim eu penso, para sensibilizar mesmo elas de que existe muita coisa que , né... de uma forma diferente, eu tento fazer isso até para amadurecer. Fora isso a gente conversa muito eu e as meninas que são da equipe em função da equipe. A gente já estava conversando bastante para</i></p>	<p><i>GF1.3 fono.(...) meu marido algumas vezes fala: ah, hoje você está mais agitada e não sei o quê e eu percebo essa diferença nisso.</i></p> <p><i>GF1.3 fono.(...) Tem dias que é pesado, que atinge mais a gente e te remete a coisas da sua própria família, como é que você está cuidando.</i></p> <p><i>GF1.3 fono. (...) Ai sempre vem essas coisas de como eu estou cuidando da minha família também.(...)</i></p> <p><i>GF1.3 fono. A gente janta junto eu, minhas filhas e meu marido e a gente sempre conversa muito e de uma forma diferente eu conto para elas, dos pacientes, das famílias, das escolhas (...)</i></p> <p><i>GF1.3 fono. Fora isso a gente conversa muito eu e as meninas que são da equipe (...) mas eu acho que valeria uma terapia dos cuidados paliativos para cuidar melhor.</i></p>	<p>Auto Cuidado Núcleo 01</p> <p>Auto Cuidado Núcleo 01</p> <p>Auto Cuidado Núcleo 01</p> <p>Auto Cuidado Núcleo 01</p> <p>Auto Cuidado Núcleo 01</p>

<p><i>poder tirar dúvidas, de um caso ou de outro então é isso, mas eu acho que valeria uma terapia dos cuidados paliativos para cuidar melhor.</i></p>		
<p><i>GF1.1 médico. E então acho que essa doação, esse carinho demanda muito da gente. Agora como lidar com isso? Continua assim... não vou dizer que é fácil, mas é mais fácil do que antes. Eu consigo transicionar com maior facilidade eu saía das reuniões familiares meio em estado de choque assim, acho que agora eu já consigo fazer as coisas... tocar o barco...mas eu acho que pensar em ter alguém para desabafar, desabafar com uma equipe mesmo é muito bom, né? A gente tinha uma coisa que me ajudou muito na enfermaria da residência, era realmente ter um grupo semanal. Eu já esperava aquele grupo semanal, que era com psicólogo e tal porque eu acho... não sei... para mim a forma de você dar força para outra pessoa é você se mostrar que também é fraco, entendeu? Então o que faz a gente forte, não é todo mundo ser forte, mas às vezes ser todo mundo fraco, entendeu? Então essa é minha opinião, eu encaro assim a gente compartilhar isso e ver que está difícil para mim também gera uma rede de apoio, entendeu? Né? Você ter outra pessoa junto olha vai ficar tudo bem, calma! A gente fala todo dia empatia, compaixão.</i></p>	<p><i>GF1.1 médico. E então acho que essa doação, esse carinho demanda muito da gente. Agora como lidar com isso?</i></p> <p><i>GF1.1 médico.(...).mas eu acho que pensar em ter alguém para desabafar, desabafar com uma equipe mesmo é muito bom, né? equipe mesmo é muito bom, né? A gente tinha uma coisa que me ajudou muito na enfermaria da residência, era realmente ter um grupo semanal. (...)</i></p> <p><i>GF1.1 médico. não sei... para mim a forma de você dar força para outra pessoa é você se mostrar que também é fraco, entendeu? Então o que faz a gente forte, não é todo mundo ser forte, mas às vezes ser todo mundo fraco, entendeu?</i></p> <p><i>GF1.1 médico.(...) eu encaro assim a gente compartilhar isso e ver que está difícil para mim também gera uma rede de apoio, entendeu? Né? Você ter outra pessoa junto olha vai ficar tudo bem, calma!</i></p>	<p><b>Auto Cuidado Núcleo 01</b></p> <p><b>Auto Cuidado Núcleo 01</b></p> <p><b>Auto Cuidado Núcleo 01</b></p> <p><b>Auto Cuidado Núcleo 01</b></p>
<p><i>GF1.1 médico.A gente não tem uma coisa oficial. A gente até começou já. Já teve outro momento , mas com certeza a gente precisava muito. Essa conversa aqui... só que uma coisa regular.</i></p>	<p><i>GF1.1 médico. A gente não tem uma coisa oficial. (...), mas com certeza a gente precisava muito. (...)</i></p>	<p><b>Auto Cuidado Núcleo 01</b></p>



<p><b>GF1.2 enfermeira. O compromisso que a gente tem ,acho que é tem até uma intimidade que a gente tem um com o outro, sabe? De às vezes eu estar chateada e eu chamar um para falar, você disse isso eu não acho que dá certo, essa intimidade que a gente tem um com o outro alivia mais! E o que dá alívio, pelo menos para mim é depois de alguns dias a família chegar e agradecer. Você fala: puxa mas eu acabei de dar um atestado de óbito e ele está dizendo muito obrigado? Isso alivia muito, alivia muito!</b></p>	<p><b>GF1.2 enfermeira (...) O compromisso que a gente tem, acho que é tem até uma intimidade que a gente tem um com o outro, sabe?(...) essa intimidade que a gente tem um com o outro alivia mais!</b></p>	<p><b>Auto Cuidado Núcleo 01</b></p>
--	--	--

**Núcleo Temático I – Enfermaria de Cuidados Paliativos**  
**Categoria 2 –Equipe Integrada**  
**Sub Categoria 2 – Conflito Ético**

UNIDADE DE CONTEÚDO	UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIA 2
<p><b>GF1.1 médico. Quando elas estavam falando eu estava pensando que tinha acabado de conversar sobre a angústia que é isso sobre a tomada de decisão que é você respeitar mais o outro que você mesmo. A fisio comentando me deu outra angústia também. Acho que cuidados paliativos tem outros paradoxos que a gente não cura, não faz isso, não faz aquilo, sei lá, não faz o antibiótico mas a gente cuida, você faz uma massagem, você faz um toque, isso de você estar junto isso te gera uma outra angústia, né? Que você cria um vínculo com essas pessoas que é um vínculo que também te maltrata, te machuca muitas vezes, entendeu?</b></p>	<p><b>GF1.1 médico.(...) a angústia que é isso sobre a tomada de decisão que é você respeitar mais o outro que você mesmo (...)</b></p> <p><b>GF1.1 médico.(...)isso de você estar junto isso te gera uma outra angustia, né?</b></p> <p><b>GF1.1 médico. Que você cria um vínculo com essas pessoas que é um vínculo que também te maltrata, te machuca muitas vezes, entendeu?</b></p>	<p><b>Conflito Ético Núcleo 01</b></p> <p><b>Conflito Ético Núcleo 01</b></p> <p><b>Conflito Ético Núcleo 01</b></p>
<p><b>GF1.3 fono. É... porque você fala assim: no começo eu queria mudar muito a conduta. Você fala assim gente esse paciente está broncoaspirando, como vou tirar a sonda desse</b></p>	<p><b>GF1.3 fono. (...) Você fala assim: gente esse paciente está broncoaspirando, como vou tirar a sonda desse paciente? Né? Esse era um desafio porque o que a gente sempre tinha</b></p>	<p><b>Conflito Ético Núcleo 01</b></p>

<p><i>paciente? Né? Esse era um desafio porque o que a gente sempre tinha como conduta era meio que o contrário que a equipe queria. Às vezes eu chegava e pensava porque a equipe pediu se vai contra aquilo que a gente...tudo isso era muito novo e é ainda para mim. Na verdade ainda é.</i></p>	<p><i>como conduta era meio que o contrário que a equipe queria.</i></p>	
--	--	--

**Núcleo Temático 2 – Terminalidade de Vida**  
**Categoria 1 – História de Vida**

UNIDADE DE CONTEÚDO	UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIA 1
<p><i>GF1.1 médico .E você realmente, não sei se é essa a melhor palavra mas a gente em todo o tempo tem condutas muito intensivas, sei lá... você está com infecção, precisa usar sempre antibiótico, você tem alguma alteração, você tem que fazer isso. A você tem que fazer isso, você entendeu? E a gente não leva tanto em consideração o real benefício daquilo e também os riscos que podem ter de algumas condutas. E eu acho que quando a gente passa para os cuidados paliativos a gente vai pensar na história ... será que isso faz sentido? Tudo bem, de certa forma você se expõe um pouco mais, como a gente faz todos os dias, para o Mario, para os pacientes.</i></p>	<p><i>GF1.1 médico (...).E eu acho que quando a gente passa para os cuidados paliativos a gente vai pensar na história ...(...)</i></p>	<p>História de vida Núcleo 02</p>
<p><i>GF1.4 fisio. Toda essa história ajuda também na fisioterapia. A história do paciente Saber como ele era tratado em casa, o que ele fazia em casa, para saber até aonde eu posso chegar. Porque a princípio para mim foi muito difícil entrar no paliativo, porque eu trabalho com a reabilitação. E aí eu chegava naquele paciente</i></p>	<p><i>GF1.4 fisio. (...) A história do paciente. Saber como ele era tratado em casa, o que ele fazia em casa, para saber até aonde eu posso chegar (...)</i></p> <p><i>GF1.4 fisio. (...)saber o que o paciente fazia em casa e</i></p>	<p>História de vida. Núcleo 02</p> <p>História de vida. Núcleo 02</p>

<p><i>que já estava nos cuidados paliativos e eu falava o que eu vou fazer, com ele, né? Que benefício eu posso trazer a este paciente a não ser na parte respiratória? Mas eu vou mobilizar ele para quê? Eu vou fortalecer o membro para quê? Eu vou deixar ele de pé para quê? Então assim: saber o que o paciente fazia em casa e muitos daqui graças à Deus vão para casa é importante.</i></p>	<p><i>muitos daqui graças à Deus vão para casa é importante.</i></p>	
--	--	--

**Núcleo Temático 2 – Terminalidade de Vida**  
**Categoria 2 – Espiritualidade**

UNIDADE DE CONTEÚDO	UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIA 2
<p><i>GF1.2 enfermeira. Concordo com você! O compromisso que a gente tem ,acho que é tem até uma intimidade que a gente tem um com o outro, sabe? De às vezes eu estar chateada e eu chamar um para falar, você disse isso eu não acho que dá certo, essa intimidade que a gente tem um com o outro alivia mais! E o que dá alívio, pelo menos para mim é depois de alguns dias a família chegar e agradecer. Você fala: puxa mas eu acabei de dar um atestado de óbito e ele está dizendo muito obrigado? Isso alivia muito, alivia muito!</i></p>	<p><i>GF1.2 enfermeira. E o que dá alívio, pelo menos para mim é depois de alguns dias a família chegar e agradecer. (...) Isso alivia muito, alivia muito!</i></p>	<p>Espiritualidade Núcleo 02</p>
<p><i>GF 1.2 enfermeira. Eu tive uma residente à semana passada que ela ficou muito chateada com o falecimento do paciente dela e estava muito chateada, muito triste e ela não queria nem dar a notícia para o familiar e ai eu falei vamos? Eu vou com você! Nós vamos juntas! E a família, quando ela terminou de falar, a família agradeceu. Ela ficou assim... Ai eu falei: está vendo, como é bom? É uma dor que acaba sendo confortada por esse</i></p>	<p><i>GF1.2 enfermeira. E a família, quando ela terminou de falar, a família agradeceu. (...) O agradecer da família me conforta.</i></p>	<p>Espiritualidade Núcleo 02</p>

<p><i>agradecimento, né? Mesmo na hora da dor você percebe que a família está te agradecendo por tudo o que você fez e o que você fez foi quase nada. Isso me conforta muito. O agradecer da família me conforta.</i></p>		
---	--	--

**Núcleo Temático 2 – Terminalidade de Vida**

**Categoria 3 – Morte**

**Sub categoria 1 – Morte na Sociedade**

UNIDADE DE CONTEÚDO	UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIA 3
<p><i>GF1.1 médico. Existe a questão social, até, né? A gente não fala da morte. A minha ex namorada, um dia eu falei assim : ah, eu tô tremendo eu tô com parkson. Não fala isso! Imagina eu falar da morte, se eu tivesse falado da morte eu teria morrido. Eu teria morrido umas dez vezes na minha vida trabalhando com cuidados paliativos! (risos). Mas eu acho que é isso socialmente! A morte não fala, a morte não pensa ...</i></p>	<p><i>GF1.1 médico(...) A gente não fala da morte (...) Mas eu acho que é isso socialmente!(...)</i></p> <p><i>GF1.1 médico(...) A morte não fala, a morte não pensa ...</i></p>	<p>Morte na sociedade Núcleo 02</p> <p>Morte na sociedade Núcleo 02</p>
<p><i>GF1.2 enfermeira. Talvez se nós falássemos da morte desde pequenos, né? Desde a escola, porque eu falo isso para a minha filha, ela vai fazer dois anos. Mas eu comento isso com ela. A gente não tem que falar só da vida, porque a vida não é só isso, e educar. Eu acho que se isso fosse para a escola para o ensino fundamental ao ensino médio, talvez não fosse tão difícil na nossa fase adulta, né? Eu aceitar que existe a morte? Nunca ninguém disse isso para mim? Apareceu do nada essa palavra aí!</i></p>	<p><i>GF1.2 enfermeira. Talvez se nós falássemos da morte desde pequenos, né? (...)</i></p> <p><i>GF1.2 enfermeira. (...)Eu acho que se isso fosse para a escola para o ensino fundamental ao ensino médio, talvez não fosse tão difícil na nossa fase adulta, né? (...)</i></p> <p><i>GF1.2 enfermeira(...) Eu aceitar que existe a morte? (...)</i></p>	<p>Morte na sociedade Núcleo 02</p> <p>Morte na sociedade Núcleo 02</p> <p>Morte na sociedade Núcleo 02</p>
<p><i>GF1.1 médico. Eu acho que é uma questão social, porque se terceirizou o cuidado, também.</i></p>	<p><i>GF1.1 médico(...) Eu acho que é uma questão social, porque se terceirizou o cuidado, também.</i></p>	<p>Morte na sociedade Núcleo 02</p>
<p><i>GF1.2 enfermeira .Sim , você fala para qualquer um,</i></p>	<p><i>GF1.2 enfermeira. (...) A morte vai estar aqui... elas</i></p>	<p>Morte na sociedade Núcleo 02</p>

<p><i>até para nós profissionais de saúde, que trabalham com a morte, trabalham com a vida e sabem que em algum momento ele vai. A morte vai estar aqui... elas caminham juntas... o momento que uma termina para a outra começar. E para nós profissionais é muito difícil trabalhar. Você entender o que é essa passagem, né? Da vida para entregar a passagem da morte, é muito difícil para o profissional. Quando você entender como é essa passagem, isso dá prazer de trabalhar. Entender como é essa passagem.</i></p>	<p><i>caminham juntas... o momento que uma termina para a outra começar. (...)</i></p>	
<p><i>GF1.1 médico. Ocidental tem mais esse distanciamento, oriental tudo tem o bem e o mal, o jung e o yang, tudo é um ciclo, né? A gente.. nós que somos esse gromo que são essas duas pontas e ai de novo, de informação, né? Não se fala da morte, dos cuidados paliativos, de melhorar a vida daquele paciente que vai morrer e a gente está lá.</i></p>	<p><i>GF1.1 médico - Ocidental tem mais esse distanciamento, oriental tudo tem o bem e o mal, o jung e o yang, tudo é um ciclo, né? (...)</i></p> <p><i>GF1.1 médico -Não se fala da morte, dos cuidados paliativos, de melhorar a vida daquele paciente que vai morrer e a gente está lá.</i></p>	<p>Morte na sociedade Núcleo 02</p> <p>Morte na sociedade Núcleo 02</p>
<p><i>GF1.2 enfermeira. Mas a gente esquece que nossos bisávós, nossos tataravós morriam em casa, né ? E eu acho que isso deveria voltar e voltar com força. Mas não é o que acontece. Eu acho que isso, porque é muito bom a sua família junto com você, né ? E eu vou morrer sozinho ? Se eu estou na UTI a família não vai estar comigo, diferente do meu avó do meu bisavó que morria com a família segurando a mãozinha dele do lado e esperava essa partida, dava aquele banho que era bem... eu lembro que partiu, tirava as crianças do quarto e ai dava o banho, preparava e</i></p>	<p><i>GF1.2 enfermeira. Mas a gente esquece que nossos bisávós, nossos tataravós morriam em casa, né ? E eu acho que isso deveria voltar e voltar com força. (...)</i></p> <p><i>GF1.2 enfermeira.(...)Mas não é o que acontece. Eu acho que isso, porque é muito bom a sua família junto com você, né? E eu vou morrer sozinho? Se eu estou na UTI a família não vai estar comigo, diferente do meu avó do meu bisavó que morria com a família segurando a mãozinha dele do lado e esperava essa partida.(...)</i></p>	<p>Morte na sociedade. Núcleo 02</p> <p>Morte na sociedade. Núcleo 02</p>

<i>assim, era tudo muito, assim... como é que eu vou dizer. Era uma parte espiritual onde chegava o padre e fazia as orações e aí a família preparava todo aquele ritual que era bonito de se ver.</i>	<i>GF1.2.(...)... eu lembro que partiu, tirava as crianças do quarto e aí dava o banho, preparava e assim, era tudo muito, assim...</i>	Morte na sociedade. Núcleo 02
<i>GF1.2 enfermeira. Eu sempre achei isso muito bonito. E se isso voltasse à gente não tinha esse caos que nós temos. A gente vê famílias que não sabe o que fazer, elas não tem essa orientação, volta de novo, a orientação, a educação desde o início. A gente esqueceu que nossos avós lidavam com a morte.</i>	<i>GF1.2 enfermeira.(...)A gente esqueceu que nossos avós lidavam com a morte.(...)</i>	Morte na sociedade Núcleo 02
<i>GF1.2 enfermeira. Isso, eu posso estar um pouquinho louca mas eu achava tão bonito aquilo, não sei. Minha teoria eu achava tão bonito aquilo. O padre vinha, fazia a oração, as crianças saiam, preparava-se e depois vinha...</i>	<i>GF1.2 enfermeira.(...) O padre vinha, fazia a oração, as crianças saiam, preparava-se e depois vinha...</i>	Morte na sociedade. Núcleo 02
<i>GF1.2 enfermeira. Isso, era uma compaixão, né? E a gente esqueceu disso e os anos foram se passando e a gente foi esquecendo e está todo mundo dentro do hospital e a gente tem uma superlotação dentro do hospital.</i>	<i>GF1.2 enfermeira. Isso, era uma compaixão, né? (...)</i>	Morte na sociedade. Núcleo 02

**Núcleo Temático 2 – Terminalidade de Vida**

**Categoria 3 – Morte**

**Sub categoria 2 – Morte na Enfermaria**

UNIDADE DE CONTEÚDO	UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIA 3
<i>GF1.2 enfermeira .Eu acho que a comunicação acho que é a fonte de tudo. Eu trabalho na clínica do paliativo mas eu tenho a clínica de cirurgia do meu ladinho. Eu percebo que a comunicação não é igual, eu falar para a família que o familiar dela está próximo da morte, está no processo</i>	<i>GF1.2 enfermeira. Eu acho que a comunicação acho que é a fonte de tudo (...) Eu percebo assim, nós falamos e afirmamos que ele está no processo de morrer, né? E que mais dias ou menos dias ele vai chegar na morte. (...)</i>	Morte na Enfermaria Núcleo 02

<p><i>de morrer. (...) Eu percebo assim, nós falamos e afirmamos que ele está no processo de morrer, né? E que mais dias ou menos dias ele vai chegar na morte, (...)</i></p>		
<p><i>GF1.1 médico. Ocidental tem mais esse distanciamento, oriental tudo tem o bem e o mal, o jung e o yang, tudo é um ciclo, né? A gente.. nós que somos esse gromo que são essas duas pontas e aí de novo, de informação, né? Não se fala da morte, dos cuidados paliativos, de melhorar a vida daquele paciente que vai morrer e a gente está lá.</i></p>	<p><i>GF1.1 médico.(...) Não se fala da morte, dos cuidados paliativos, de melhorar a vida daquele paciente que vai morrer e a gente está lá. (...)</i></p>	<p><b>Morte na Enfermaria Núcleo 02</b></p>
<p><i>GF1.2 enfermeira .Sim , você fala para qualquer um, até para nós profissionais de saúde, que trabalham com a morte, trabalham com a vida e sabem que em algum momento ele vai. A morte vai estar aqui... elas caminham juntas... o momento que uma termina para a outra começar. E para nós profissionais é muito difícil trabalhar. Você entender o que é essa passagem, né? Da vida para entregar a passagem da morte, é muito difícil para o profissional. Quando você entender como é essa passagem, isso dá prazer de trabalhar. Entender como é essa passagem.</i></p>	<p><i>GF1.2 enfermeira (...)</i> E para nós profissionais é muito difícil trabalhar. Você entender o que é essa passagem, né? (...)</p> <p><i>GF1.2 enfermeira.(...)</i> Da vida para entregar a passagem da morte, é muito difícil para o profissional. (...)</p> <p><i>GF1.2enfermeira.(...)</i> Quando você entender como é essa passagem, isso dá prazer de trabalhar (...)</p>	<p><b>Morte na enfermaria. Núcleo 02</b></p> <p><b>Morte na enfermaria. Núcleo 02</b></p> <p><b>Morte na enfermaria. Núcleo 02</b></p>
<p><i>GF1.2 enfermeira. Mas a gente esquece que nossos bisavós, nossos tataravós morriam em casa, né ? E eu acho que isso deveria voltar e voltar com força. Mas não é o que acontece. Eu acho que isso, porque é muito bom a sua família junto com você, né ? E eu vou morrer sozinho ? Se eu estou na UTI a família não vai estar comigo, diferente do meu avó do meu bisavó que morria com a família</i></p>	<p><i>GF1.2 enfermeira.(...) Se eu estou na UTI a família não vai estar comigo, (...)</i></p>	<p><b>Morte na enfermaria Núcleo 02</b></p>

<p><i>segurando a mãozinha dele do lado e esperava essa partida, dava aquele banho que era bem... eu lembro que partiu, tirava as crianças do quarto e aí dava o banho, preparava e assim, era tudo muito, assim... como é que eu vou dizer. Era uma parte espiritual onde chegava o padre e fazia as orações e aí a família preparava todo aquele ritual que era bonito de se ver.</i></p>		
---	--	--

**Núcleo Temático 3 – Educação em CP**  
**Categoria 1- Disseminação dos CP no Hospital**

UNIDADE DE CONTEÚDO	UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIA 1
<p><i>GF1.1 médico. Tá bom ! A gente faz educação continuada. (risos) Eu estou brincando, mas eu acho que começar realmente a fazer aulas abertas para o Hospital e tudo. Fazer um cronograma para realmente aproximar as pessoas, para elas entenderem como é. Eu acho assim, entender o que é cuidados paliativos, entender como é que funciona uma equipe multi, o que traz de benefícios para o paciente e você tinha comentado também sobre comunicação de más notícias para o restante da equipe, a importância de estar junto, com a família. É isso que vai nortear o seu cuidado todos os dias e muito dos processos médicos e tudo surge por falta dessa comunicação. Não é que sei lá, médico, enfermeiro, ninguém tenha feito algo errado, mas é porque ... a pessoa fica tão confusa naquele meio naquilo tudo que ela descarrega do jeito que ela sabe. Ah! Vou processar o hospital, vou processar não sei quem , entendeu? Essa desinformação.</i></p>	<p><i>GF1.1 médico. (...) A gente faz educação continuada(...)</i></p> <p><i>GF1.1 médico. (...) mas eu acho que começar realmente a fazer aulas abertas para o Hospital e tudo. Fazer um cronograma para realmente aproximar as pessoas, para elas entenderem como é.</i></p> <p><i>GF1.1 médico.(...) entender o que é cuidados paliativos, entender como é que funciona uma equipe multi, o que traz de benefícios para o paciente (...)</i></p> <p><i>GF1.1 médico.(...) a importância de estar junto com a família. É isso que vai nortear o seu cuidado todos os dias (...)</i></p>	<p>Disseminação dos CP no Hospital Núcleo 03</p> <p>Disseminação dos CP no Hospital Núcleo 03</p> <p>Disseminação dos CP no Hospital Núcleo 03</p> <p>Disseminação dos CP no Hospital Núcleo 03</p>



<p><i>GF1.3 fono. O que importa , eu falo muito. O Santa Marcelina tem paliativo e tal. Até dentro do Hospital, eu acho que não conhece,né? Pouco conhece o trabalho, assim.</i></p>	<p><i>GF1.3 fono. (...) O Santa Marcelina tem paliativo e tal. Até dentro do Hospital, eu acho que não conhece,né? (...)</i></p>	<p>Disseminação de CP no Hospital Núcleo 03</p>
<p><i>GF1.3 fono. E eu acho que vai disso também da gente passar um pouco dessa imagem do paliativo para o Hospital, né? Não conhece muito, eu falo dentro da nossa própria equipe de fono, assim.. o pessoal não conhece... a estrutura física como funciona, pouca gente conhece eu estou conhecendo um pouco mais agora, porque eu estou mais próxima, eu acho que pouca gente conhece, essa é a experiência que eu tenho.</i></p>	<p><i>GF1.3 fono. E eu acho que vai disso também da gente passar um pouco dessa imagem do paliativo para o Hospital, né? (...)</i></p>	<p>Disseminação de CP no Hospital Núcleo 03</p>
<p><i>GF1.1 médico. Eu acho de novo, eu penso em mudança de paradigma. Então, isso é muito difícil de mudar, para a gente que quis mudar já foi difícil, entendeu?</i></p>	<p><i>GF1.1 médico.(...) Então, isso é muito difícil de mudar, para a gente que quis mudar já foi difícil, entendeu?</i></p>	<p>Disseminação dos CP no Hospital Núcleo 03</p>
<p><i>GF1.1 médico. Mas que... por outro lado, a gente... eu tenho percebido que as pessoas tem um interesse cada vez maior das equipes e dos profissionais que encaram a pediatria ... clinicar e fazia pós graduação em cuidados paliativos. Ah! Esta pensando em fazer pós graduação. Então assim, eu sinto um movimento cada vez mais presente nas pessoas se interessando por isso. É mais, eu acho que a mudança de paradigma imperra para poder buscar e tentar mudar. A gente talvez, pudesse em algum momento no Hospital é realmente estar mais à disposição para quem estivesse disponível, nesse movimento de mudança, entendeu? Mas o que eu falo muito com os internos</i></p>	<p><i>GF1.1 médico. Então assim, eu sinto um movimento cada vez mais presente nas pessoas se interessando por isso.</i></p> <p><i>GF1.1 médico.(...)É mais, eu acho que a mudança de paradigma imperra para poder buscar e tentar mudar. (...)</i></p> <p><i>GF1.1 médico.(...)A gente talvez, pudesse em algum momento no Hospital é realmente estar mais à disposição para quem estivesse disponível, nesse movimento de mudança, entendeu?</i></p> <p><i>GF1.1 médico.(...) Mas o que eu falo muito com os internos e com os</i></p>	<p>Disseminação dos CP no Hospital Núcleo 03</p> <p>Disseminação dos CP no Hospital Núcleo 03</p> <p>Disseminação dos CP no Hospital Núcleo 03</p> <p>Disseminação dos CP no Hospital Núcleo 03</p>

<p><i>e com os residentes é que quem vai mudar esse paradigma no Hospital, não é a nossa equipe, não somos nós, são eles, entendeu? Não sei... eu tenho sido muito feliz de estar aqui... porque os residentes, os internos é só elogios.</i></p>	<p><i>residentes é que quem vai mudar esse paradigma no Hospital, não é a nossa equipe, não somos nós, são eles, entendeu?</i></p>	
<p><i>GF1.1 médico. Eu quero acreditar muito que dê certo, a gente tem um longo caminho a trilhar no hospital, e isso que a Joanna fica me instigando aqui e instigando todo mundo como a gente pode expandir isso para o Hospital, é uma coisa que eu penso também, que eu acho que a gente tem umas pequenas iniciativas, mesmo. Talvez comecem a trazer mais gente, talvez seja isso de fazer uma educação continuada, porque também fazer comunicação, tem que ter mais gente, sabe? Tentar fazer mini cursos e você de novo esbarra nas pessoas então espero que a gente consiga. Vamos rezar bastante para realmente .. não sei, ela conhece a força dos cuidados paliativos que está se mostrando cada vez mais essa força que a gente tem nas pessoas, eu acho que a gente consegue mais gente para fazer tudo o que a gente quer.</i></p>	<p><i>GF1.1 médico.(...) talvez seja isso de fazer uma educação continuada, porque também fazer comunicação, tem que ter mais gente, sabe? (...)</i></p> <p><i>GF1.1 médico.(...)Tentar fazer mini cursos (...).</i></p>	<p>Disseminação dos CP no Hospital Núcleo 03</p> <p>Disseminação dos CP no Hospital Núcleo 03</p>

## Apêndice D – Quadro Analítico Grupo Focal 02

### Núcleo Temático 1 – Enfermaria de Cuidados Paliativos Categoria 1- Processo de Trabalho

UNIDADE DE CONTEÚDO	UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIAS
<p><i>GF2.1 Médico – E é justamente o contrário sempre há o que fazer.</i></p>	<p><i>GF2.1 Médico – E é justamente o contrário sempre há o que fazer.</i></p>	<p>Processo de trabalho Núcleo 01</p>
<p><i>GF2.8 Residente de Enfermagem - Mas a gente</i></p>	<p><i>GF2.8 Residente de Enfermagem (...). Não é</i></p>	<p>Processo de trabalho Núcleo 01</p>

<i>tem muito o que fazer pelo paciente. Não é porque ele está morrendo e a doença não tem mais cura, que a gente não tem o que fazer. A gente tem muito o que fazer pelo paciente.</i>	<i>porque ele está morrendo e a doença não tem mais cura, que a gente não tem o que fazer. A gente tem muito o que fazer pelo paciente.</i>	
--	---	--

**Núcleo Temático 1 – Enfermaria de Cuidados Paliativos**  
**Categoria 1- Processo de Trabalho**  
**Sub categoria 1 – Acolhimento**

UNIDADE DE CONTEÚDO	UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIAS
<i>GF2.8 Residente de enfermagem - Eu acho o principal o momento em que a família chega. Eu acho assustador, sabe? Em ver o estado do paciente que está ali e a gente conseguir chamar, conversar, explicar, dizer que a gente trabalha junto, que a gente está com ele. Chama o psicólogo para acompanhar. É o médico chega e explica o caso que às vezes eles vão ao Pronto Socorro ou qualquer outra clínica e estão muitos confusos sobre o que vai acontecer, porque que veio para cá, às vezes nem sabe o que é os CPs e a gente poder explicar para ele, tranquilizar a família e perceber que depois quando o paciente infelizmente chega ao óbito, eles (os familiares) chegam para agradecer porque eles viram que a gente estava com eles o tempo inteiro, que a gente conversa, chama eles aqui várias vezes, faz a reunião familiar</i>	<i>GF2.8 Residente de enfermagem - Eu acho o principal o momento em que a família chega. (...)Em ver o estado do paciente que está ali e a gente conseguir chamar, conversar, explicar, dizer que a gente trabalha junto, que a gente está com ele.</i>  <i>GF2.8 Residente de Enfermagem -Chama o psicólogo para acompanhar. É o médico chega e explica o caso que às vezes eles vão ao Pronto Socorro ou qualquer outra clínica e estão muitos confusos sobre o que vai acontecer, porque que veio para cá, às vezes nem sabe o que é os CPs e a gente poder explicar para ele, tranquilizar a família e perceber que depois quando o paciente infelizmente chega ao óbito, eles (os familiares) chegam para agradecer porque eles viram que a gente estava com eles o tempo inteiro, que a gente conversa, chama eles aqui várias vezes, faz a reunião familiar.</i>	Acolhimento Núcleo 01  Acolhimento Núcleo 01
<i>GF2.6 Residente de enfermagem - Acho que esse é o maior acolhimento, entender o que está acontecendo com</i>	<i>GF2.6 Residente de enfermagem - Acho que esse é o maior acolhimento, entender o que está acontecendo com</i>	Acolhimento Núcleo 01

<p><i>o familiar, entender que infelizmente ele pode evoluir à óbito ou pode ir de alta. Então eu acho que é realmente acolher, mostrar que aqui a gente está junto com eles o tempo inteiro. Independente de ser médico, enfermeiro, fisioterapeuta. A gente trabalha junto e está junto com eles, a gente acaba se tornando família deles. A gente sempre recebe um abraço na hora em que eles vão embora e isso, acho que isso é realmente se sentir acolhido pela equipe.</i></p>	<p><i>o familiar, entender que infelizmente ele pode evoluir à óbito ou pode ir de alta. Então eu acho que é realmente acolher, mostrar que aqui a gente está junto com eles o tempo inteiro. (...).</i></p> <p><b>GF2.8 Residente de Enfermagem -</b>  <i>A gente trabalha junto e está junto com eles, a gente acaba se tornando família deles. A gente sempre recebe um abraço na hora em que eles vão embora e isso, acho que isso é realmente se sentir acolhido pela equipe.</i></p>	<p><b>Acolhimento Núcleo 01</b></p>
<p><b>GF2.3 Residente médico - E</b> <i>aproveitando ai também, o acolhimento não é focado na doença. Entender o paciente e o contexto em que ele está inserido. Vai desde o que ele era previamente, avaliar quem era o paciente em questão. A gente teve exemplos agora nesta enfermaria de diversos tipos de pacientes. O paciente que, por problemas pessoais não criou vínculos familiares e então a gente veio trabalhando isso ao longo da internação. Outros pacientes com vínculos familiares extremamente importantes e toda a equipe multi ajuda muito nesta parte. Acolher a angústia do paciente e principalmente da família que é difícil o entendimento às vezes.</i></p>	<p><b>GF2.3 Residente médico –</b> <i>(...) o acolhimento não é focado na doença. Entender o paciente e o contexto em que ele está inserido. Vai desde o que ele era previamente, avaliar quem era o paciente em questão.</i></p> <p><b>GF2.3 Residente médico –</b> <i>A gente teve exemplos agora nesta enfermaria de diversos tipos de pacientes. O paciente que, por problemas pessoais não criou vínculos familiares e então a gente veio trabalhando isso ao longo da internação.</i></p> <p><b>GF2.3 Residente médico –</b> <i>Outros pacientes com vínculos familiares extremamente importantes e toda a equipe multi ajuda muito nesta parte. Acolher a angústia do paciente e principalmente da família que é difícil o entendimento às vezes.</i></p>	<p><b>Acolhimento Núcleo 01</b></p> <p><b>Acolhimento Núcleo 01</b></p> <p><b>Acolhimento Núcleo 01</b></p>
<p><b>GF2.2 Residente médico –</b></p>	<p><b>GF2.2 Residente médico –</b></p>	<p><b>Acolhimento</b></p>

<p><i>A doença acaba sendo o menos importante, porque o paciente tem uma dinâmica familiar, pessoal, emocional. Alguns pacientes chegam aqui e não sabem o diagnóstico que tem e a família não quer que saiba. E aí você tem um problema, e a equipe ajuda muito a lidar com esse problema. E aí? A família não quer que ele saiba, ele está aqui em um cuidado já paliativo... Às vezes dentro da mesma família as pessoas não concordam com a conduta. Então tem um conflito muito importante. É... Tem situações que eu falava: gente como vai se resolver isso? E com a ajuda de todo mundo as coisas se resolviam muito mais fácil. Eu acho que... Falando ainda do acolhimento, o acolher é mudar... a gente acaba que ... A gente acolhe o paciente e a família do paciente, mas eu também me sentia muito acolhida</i></p>	<p><i>A doença acaba sendo o menos importante, porque o paciente tem uma dinâmica familiar, pessoal, emocional. (...) É... Tem situações que eu falava: gente como vai se resolver isso? E com a ajuda de todo mundo as coisas se resolviam muito mais fácil. Eu acho que... Falando ainda do acolhimento, o acolher é mudar... a gente acaba que ... A gente acolhe o paciente e a família do paciente, mas eu também me sentia muito acolhida.</i></p>	<p>Núcleo 01</p>
<p><i>GF2.2 Residente Médico- Eu também sentia que quando a gente acolhia um paciente de certo modo eu também era acolhida. Olha o que estou fazendo também é legal, é bom e acolhida pelos outros colegas.</i></p>	<p><i>GF2.2 Residente Médico- Eu também sentia que quando a gente acolhia um paciente de certo modo eu também era acolhida. Olha o que estou fazendo também é legal, é bom e acolhida pelos outros colegas.</i></p>	<p>Acolhimento Núcleo 01</p>
<p><i>GF2.4 Residente médico – Então, não é só o paciente. A gente tem que lidar muito na forma de acolher com os familiares. E acontece muitas vezes eles ficam muito mais fragilizados que o próprio paciente. E é como falaram. Às vezes a gente não se volta tanto para a doença, é mais em confortar, acolher e estar junto e mostrar que está junto. Eu acho que é isso.</i></p>	<p><i>GF2.4 Residente médico – Então, não é só o paciente. A gente tem que lidar muito na forma de acolher com os familiares. E acontece muitas vezes eles ficam muito mais fragilizados que o próprio paciente. E é como falaram. Às vezes a gente não se volta tanto para a doença, é mais em confortar, acolher e estar junto e mostrar que está junto. Eu acho que é isso.</i></p>	<p>Acolhimento Núcleo 01</p>
<p><i>GF2.6 Residente da</i></p>	<p><i>GF2.6 Residente da</i></p>	<p>Acolhimento</p>

<p><i>nutrição - Na minha visão o CP é como se nós tentássemos acolher, né? Compreender na verdade. Compreenda a doença, fazer com que a família compreenda aquela situação e entenda que o passo da morte não seria o fim, não seria alguma coisa ruim. É mostrar que esse fato é importante e faz parte da vida, né?</i></p>	<p><i>nutrição - Na minha visão o CP é como se nós tentássemos acolher, né? Compreender na verdade. Compreenda a doença, fazer com que a família compreenda aquela situação e entenda que o passo da morte não seria o fim, não seria alguma coisa ruim. É mostrar que esse fato é importante e faz parte da vida, né?</i></p>	<p>Núcleo 01</p>
<p><i>GF2.5 Nutricionista - Eu acho assim, as mudanças que ocorrem em cada um como profissional eu acho que é muito importante e o paliativo é mais focado para um final e tal. Mas eu acho que esses valores que vão crescendo e são mais valorizados nos CP te ajudam na forma de você cuidar de qualquer paciente. Esse acolhimento que a gente fala tanto no paliativo é uma coisa que a gente pode estender isso para tudo. Então, eu acho que essas mudanças que acabam sendo proporcionadas pela especialidade fazem muita diferença.</i></p>	<p><i>GF2.5 Nutricionista - (...) Mas eu acho que esses valores que vão crescendo e são mais valorizados nos CP te ajudam na forma de você cuidar de qualquer paciente. Esse acolhimento que a gente fala tanto no paliativo é uma coisa que a gente pode estender isso para tudo. Então, eu acho que essas mudanças que acabam sendo proporcionadas pela especialidade fazem muita diferença.</i></p>	<p>Acolhimento Núcleo 01</p>
<p><i>GF2.5 Nutricionista - O Dr fala muito na reunião que a gente precisa se desarmar. Às vezes o paciente está revoltado, às vezes ele vai com muita raiva para cima de você... Como você tirou isso? Ele também precisa ser acolhido. Eu acho que essa visão que muitas pessoas conseguem trazer. A equipe toda cresce de uma forma não só técnica, mas de uma forma pessoal.</i></p>	<p><i>GF2.5 Nutricionista - O Dr fala muito na reunião que a gente precisa se desarmar. Às vezes o paciente está revoltado, às vezes ele vai com muita raiva para cima de você... Como você tirou isso? Ele também precisa ser acolhido. Eu acho que essa visão que muitas pessoas conseguem trazer. A equipe toda cresce de uma forma não só técnica, mas de uma forma pessoal.</i></p>	<p>Acolhimento Núcleo 01</p>
<p><i>GF2.1 Médico - Eu acho que acolher é o princípio básico do paliativo. Difícil fazer paliativo sem acolher. Se a gente for pensar realmente no conceito de paliativo, vem de palium que é manto, que é para você acolher, né? Cobrir a</i></p>	<p><i>GF2.1 Médico - Eu acho que acolher é o princípio básico do paliativo. Difícil fazer paliativo sem acolher. Se a gente for pensar realmente no conceito de paliativo, vem de palium que é manto, que é para você acolher, né? Cobrir a</i></p>	<p>Acolhimento Núcleo 01</p>

<p><i> pessoa com aquilo. Por isso eu acho que o acolher e os CPs é a mesma coisa. Difícil você fazer CP sem acolher. (risos).</i></p>	<p><i> pessoa com aquilo. Por isso eu acho que o acolher e os CPs é a mesma coisa. Difícil você fazer CP sem acolher. (risos).</i></p>	
<p><i>GF2.1 Médico - Eu acho que para a gente conseguir fazer o CP a gente tem que acolher e acho que as diversas formas que a gente usa aqui são muitas. Eu acho que a gente já teve vários exemplos como a gente lida aqui com residência, a cada mês a dinâmica muda, porque mudam os profissionais, mas os horizontais são os mesmos. Nós somos os mesmos. Mas muda muito. A gente já teve mês que pintaram a unha da paciente, cortaram o cabelo, maquiaram ela, né? A gente já teve bolo de aniversário. O paciente Mario comeu lanche do Mc Donald's. A gente já teve o paciente que trazida a feijoada de casa para ele comer. Então a gente acolhe de formas diferentes, que a cada mês, sempre tem uma coisa nova. Não tem uma coisa... Ah! Vamos fazer isso! Cada paciente precisa de um tipo de acolhimento. Alguns precisam que a gente leve lá embaixo, né? Para dar uma volta. Outros precisam uma comida que goste. (risos). Outros precisam conversar com o psicólogo, né? Outros precisam que a gente mostre para a família que é mais importante eles estarem mais aqui. Música... Cada um é de um jeito. E a gente está aqui para ver se descobre qual é esse jeito e acolher. Acho que o maior desafio é ver cada paciente e entender o que é acolher para ele. Que não é a mesma coisa.</i></p>	<p><i>GF2.1 Médico - Eu acho que para a gente conseguir fazer o CP a gente tem que acolher e acho que as diversas formas que a gente usa aqui são muitas.</i></p> <p><i>GF2.1 Médico - Eu acho que a gente já teve vários exemplos como a gente lida aqui com residência, a cada mês a dinâmica muda, porque mudam os profissionais, mas os horizontais são os mesmos. Nós somos os mesmos. Mas muda muito. (...)Ah! Vamos fazer isso! Cada paciente precisa de um tipo de acolhimento. (...)Cada um é de um jeito. E a gente está aqui para ver se descobre qual é esse jeito e acolher. Acho que o maior desafio é ver cada paciente e entender o que é acolher para ele. Que não é a mesma coisa.</i></p>	<p><b>Acolhimento Núcleo 01</b></p> <p><b>Acolhimento Núcleo 01</b></p>
<p><b>GF2.8 Residente de</b></p>	<p><b>GF2.8 Residente de</b></p>	<p><b>Acolhimento</b></p>

<p><i>Enfermagem - Hoje o paciente quer o bendito do Mc Donald's mas ele não pode. Não, mas perai, nutri será que dá? Então a gente aprende, a gente aprende a acolher o paciente a acolher a família.</i></p>	<p><i>Enfermagem - Hoje o paciente quer o bendito do Mc Donald's mas ele não pode. Não, mas perai, nutri será que dá? Então a gente aprende, a gente aprende a acolher o paciente a acolher a família.</i></p>	<p>Núcleo 01</p>
<p><i>GF2.6 Residente de Nutrição - GF2.6 Residente de Nutrição - Acho que aqui o principal foco não é a doença do paciente e sim o paciente. Isso muda tudo, né?</i></p> <p><i>Como eu passei aqui na oncoclínica e no paliativo meu primeiro local de trabalho no hospital eu percebi que esse cuidado a gente não precisa ter só com o paciente do CP, a gente tem que ter com qualquer paciente nosso. Então às vezes assim, por exemplo eu nutricionista, vou passar com um paciente hoje. Ah, olha hoje eu não queria comer arroz e feijão. Tá, mas e amanhã? Amanhã eu não sei. Ai de manhã eu penso: eu vou passar cedo para ver se esse arroz e feijão vai descer hoje ou não. Ah não, hoje dá, pode ser. É uma coisa simples, que às vezes a gente não tem tempo de fazer por conta do trabalho.</i></p>	<p><i>GF2.6 Residente de Nutrição - GF2.6 Residente de Nutrição - Acho que aqui o principal foco não é a doença do paciente e sim o paciente. Isso muda tudo, né?</i></p> <p><i>Como eu passei aqui na oncoclínica e no paliativo meu primeiro local de trabalho no hospital eu percebi que esse cuidado a gente não precisa ter só com o paciente do CP, a gente tem que ter com qualquer paciente nosso.</i></p>	<p>Acolhimento Núcleo 01</p>
<p><i>GF2.6 Residente de Nutrição - O fato de levar um conforto alimentar para o paciente de um simples fato de colocar o café que não é o padrão do Hospital, ou mudar... você quer trazer um alimento de casa, vai te ajudar a comer melhor? Então beleza! Dentro das condições em que você pode trazer a gente organiza. Tenta trazer com o máximo de higiene possível para o paciente não ter nenhuma complicação.</i></p>	<p><i>GF2.6 Residente de Nutrição - O fato de levar um conforto alimentar para o paciente de um simples fato de colocar o café que não é o padrão do Hospital, ou mudar... você quer trazer um alimento de casa, vai te ajudar a comer melhor? Então beleza! Dentro das condições em que você pode trazer a gente organiza. (...)</i></p>	<p>Acolhimento Núcleo 01</p>
<p><i>GF2.2 Residente médico - O</i></p>	<p><i>GF2.2 Residente médico - O</i></p>	<p>Acolhimento</p>



<p><i>dia em que a gente trouxe o Mc Donald's para ele todo mundo comeu Mc Donald's em volta do leito aquele dia e ai ele comeu o Mc Donald's e no dia seguinte eu perguntei para a enfermeira. Enfermeira e ai? Ele não tinha sonda nasogástrica aberta, ele não tinha nenhum trânsito intestinal. Ele tinha a sonda por prazer alimentar. Ele comia e voltava pela sonda. Só que ele comeu o Mc Donald's, batata, hambúrguer, pão. A enfermeira falou assim: passei umas duas horas e ele vomitava e eu limpando aquela sonda, e o pão passando na sonda, quando ele terminou de vomitar que eu fiquei 02 horas encima dele, ele me falou assim: amanhã eu quero um sanduiche de calabresa!</i></p>	<p><i>dia em que a gente trouxe o Mc Donald's para ele todo mundo comeu Mc Donald's em volta do leito aquele dia e ai ele comeu o Mc Donald's e no dia seguinte eu perguntei para a enfermeira. Enfermeira e ai? Ele não tinha sonda nasogástrica aberta, ele não tinha nenhum trânsito intestinal. Ele tinha a sonda por prazer alimentar. Ele comia e voltava pela sonda. (...). A enfermeira falou assim: passei umas duas horas e ele vomitava e eu limpando aquela sonda (...), quando ele terminou de vomitar que eu fiquei 02 horas encima dele, ele me falou assim: amanhã eu quero um sanduiche de calabresa!</i></p>	<p>Núcleo 01</p>
<p><b>GF2.6 Residente de nutrição - Ela falou: pelo amor de Deus!</b> <i>Na hora que eu cheguei ela falou : olha eu fiquei 02 horas para limpar aquela sonda e hoje ele me pediu um pão com calabresa, você não vai mandar esse pão com calabresa! Eu vou mandar sim! Se ele quiser 02 eu vou mandar 02. A gente vai comprar esse pão com calabresa aonde for! (risos)</i></p>	<p><b>GF2.6 Residente de nutrição - Ela falou: pelo amor de Deus!</b> <i>Na hora que eu cheguei ela falou : olha eu fiquei 02 horas para limpar aquela sonda e hoje ele me pediu um pão com calabresa, você não vai mandar esse pão com calabresa! Eu vou mandar sim! Se ele quiser 02 eu vou mandar 02. A gente vai comprar esse pão com calabresa aonde for! (risos)</i></p>	<p>Acolhimento Núcleo 01</p>

**Núcleo Temático 1 – Enfermaria de Cuidados Paliativos**  
**Categoria 1- Processo de Trabalho**  
**Sub categoria 2 – Decisões Compartilhadas**

UNIDADE DE CONTEÚDO	UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIAS
<p><b>GF2.6 Residente de nutrição - Essa paciente chegou para cá, nos CP com a parenteral, dai foi retirada a parenteral e ai ele passou a sonda. E ai uma visita ele olhou assim para mim e falou...</b> <i>Eu falei: como você está? Essa sonda, ela está te</i></p>	<p><b>F2.6 Residente de nutrição - Essa paciente chegou para cá, nos CP com a parenteral, dai foi retirada a parenteral e ai ele passou a sonda. E ai uma visita ele olhou assim para mim e falou...</b> <i>Eu falei: como você está?(...)</i></p>	<p>Decisões Compartilhadas Núcleo 01</p>

<p><i>incomodando? Te dando muita náusea?</i>  <i>Não, eu estou bem.</i>  <i>Eu falei é o que você acha de comer alguma coisa, assim pela boca?</i>  <i>Ele me falou: mas o que eu como vai voltar, para que eu vou comer?</i>  <i>Ai eu fiquei olhando para ele e pensando o que eu vou responder?</i>  <i>Prazer (disse o médico durante o grupo focal)</i>  <i>Eu falei assim... foi intuitivo... Vai retornar pela sonda, mas o que eu quero te proporcionar é um prazer, né?</i>  <i>O que eu posso ter proporcionar é um prazer. O que você sentir vontade eu vou tentar, dentro das possibilidades de voltar pela sonda, sozinho, sem a enfermeira ir lá tirar, né? Então eu pude proporcionar. Mas quando ele virou e falou que o alimento ia voltar.. porque eu vou comer?</i></p>	<p><i>Ele me falou: mas o que eu como vai voltar, para que eu vou comer?</i>  <i>Ai eu fiquei olhando para ele e pensando o que eu vou responder?</i>  <i>(...) O que eu posso ter proporcionar é um prazer. O que você sentir vontade eu vou tentar, dentro das possibilidades de voltar pela sonda, sozinho, sem a enfermeira ir lá tirar, né? Então eu pude proporcionar.</i>  <i>Mas quando ele virou e falou que o alimento ia voltar.. porque eu vou comer?</i></p>	
---	---	--

**Núcleo Temático 1 – Enfermaria de Cuidados Paliativos**  
**Categoria 1- Processo de Trabalho**  
**Sub categoria 3 – Cuidado Compartilhado**

UNIDADE DE CONTEÚDO	UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIAS
<p><i>GF2.3 Residente médico- Eu acho que, as colegas falaram. E o principal envolvido nisso tudo é o paciente e a família. A rede multi eu acho que é extremamente importante nessa hora. Para acolher o sofrimento da família, acolher o sofrimento do paciente e a partir dai a gente ir trabalhando com eles também, para que nesse momento difícil que está para acontecer o sofrimento tanto do doente quanto da família seja o mínimo possível. A equipe multi, desde a equipe médica, a</i></p>	<p><i>GF2.3 Residente médico- Eu acho que, as colegas falaram. E o principal envolvido nisso tudo é o paciente e a família. A rede multi eu acho que é extremamente importante nessa hora. Para acolher o sofrimento da família, acolher o sofrimento do paciente e a partir dai a gente ir trabalhando com eles também, para que nesse momento difícil que está para acontecer o sofrimento tanto do doente quanto da família seja o mínimo possível.</i></p>	<p>Cuidado Compartilhado Núcleo 01</p>

<p>enfermagem, o atendimento que ele tem aqui no setor é extremamente importante.</p>	<p>GF2.3 Residente Médico -A equipe multi, desde a equipe médica, a enfermagem, o atendimento que ele tem aqui no setor é extremamente importante.</p>	<p>Cuidado Compartilhado Núcleo 01</p>
<p>GF2.3 Residente médico - só falando do contexto aqui da nossa enfermaria, realmente muitos doentes morrem, só que em muitos momentos a gente consegue dar uma alta para esse doente. Mesmo sabendo que ele possa vir a voltar aqui para o nosso serviço em outro momento. Mas quando a gente consegue dar alta, eu acho isso bacana, não só para a gente, como equipe, mas para o paciente. Sair da rotina do hospital, é... voltar para o mínimo de rotina que ele tinha, isso é muito bacana.</p>	<p>GF2.3 Residente médico - só falando do contexto aqui da nossa enfermaria, realmente muitos doentes morrem, só que em muitos momentos a gente consegue dar uma alta para esse doente. Mesmo sabendo que ele possa vir a voltar aqui para o nosso serviço em outro momento.</p> <p>GF2.3 Residente Médico - Mas quando a gente consegue dar alta, eu acho isso bacana, não só para a gente, como equipe, mas para o paciente. Sair da rotina do hospital, é... voltar para o mínimo de rotina que ele tinha, isso é muito bacana.</p>	<p>Cuidado Compartilhado Núcleo 01</p> <p>Cuidado Compartilhado Núcleo 01</p>
<p>GF2.1Médico – Já aconteceu aqui, a mãe tinha falecido com a gente e o pai foi diagnosticado com uma doença grave e aí a filha pediu para o médico que estava na outra clínica para chamar o paliativo porque ela queria que ele viesse para cá.</p>	<p>GF2.1Médico – Já aconteceu aqui, a mãe tinha falecido com a gente e o pai foi diagnosticado com uma doença grave e aí a filha pediu para o médico que estava na outra clínica para chamar o paliativo porque ela queria que ele viesse para cá.</p>	<p>Cuidado Compartilhado Núcleo 01</p>

**Núcleo Temático 1 – Enfermaria de Cuidados Paliativos**  
**Categoria 2- Equipe Integrada**

UNIDADE DE CONTEÚDO	UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIAS
<p>GF2.1Médico - Acho que é uma das poucas enfermarias ai no serviço que eu vejo que a equipe</p>	<p>GF2.1Médico - Acho que é uma das poucas enfermarias ai no serviço que eu vejo que a equipe</p>	<p>Equipe Integrada Núcleo 01</p>

<p><i>multi acontece de forma bem dinâmica, né?</i>  <i>A gente tem reuniões multi, toda terça de manhã, que quem faz é o Dr.Bernardo, junto com toda a equipe e a gente discute cada caso e tenta fazer o plano terapêutico a partir disto, né?</i>  <i>As reuniões familiares geralmente na nosso enfermaria também são multi. Então a gente tenta fazer os horários de reunião familiar em que parte da equipe multi consiga participar. Em geral, a assistente social, a enfermagem, a fisio e o psicólogo quase sempre participam das reuniões familiares que a gente tem, quando elas acontecem de tarde a assistente social, às vezes não participa por conta dos horários do próprio serviço. Em geral, eu acho que a gente tem um bom vínculo, no sentido de que todo mundo consegue dar suas opiniões e sua participação em cada caso, pelo menos esta é a minha impressão.</i></p>	<p><i>multi acontece de forma bem dinâmica, né?</i>  <i>A gente tem reuniões multi, toda terça de manhã, que quem faz é o Dr.Bernardo, junto com toda a equipe e a gente discute cada caso e tenta fazer o plano terapêutico a partir disto, né?</i></p> <p><i>GF2.1Médico - As reuniões familiares geralmente na nosso enfermaria também são multi. Então a gente tenta fazer os horários de reunião familiar em que parte da equipe multi consiga participar. (...). Em geral, eu acho que a gente tem um bom vínculo, no sentido de que todo mundo consegue dar suas opiniões e sua participação em cada caso, pelo menos esta é a minha impressão.</i></p>	<p>Equipe Integrada Núcleo 01</p>
<p><i>GF2.1Médico- Aqui a gente consegue fazer um cuidado bem multi e se a gente não conseguisse a gente não faria as altas, que a gente consegue fazer. (risos). Porque elas seriam impossíveis se a gente não trabalhasse bem em equipe aqui, porque os nossos pacientes são bem complexos. É uma complexidade social importante. Eles tem traqueo, eles tem sonda, eles tem alta dependência. São pacientes praticamente acamados. Então é essencial para a gente o trabalho em equipe aqui, por que sem ele a gente não faria nada. Essa é a minha impressão.</i></p>	<p><i>GF2.1Médico- Aqui a gente consegue fazer um cuidado bem multi e se a gente não conseguisse a gente não faria as altas, que a gente consegue fazer. (risos). Porque elas seriam impossíveis se a gente não trabalhasse bem em equipe aqui, porque os nossos pacientes são bem complexos.(...). São pacientes praticamente acamados. Então é essencial para a gente o trabalho em equipe aqui, por que sem ele a gente não faria nada.</i></p>	<p>Equipe Integrada Núcleo 01</p>

<p><i>GF2.2 Residente médico - O que eu achei assim de mais... Eu posso dizer com toda a propriedade que aqui é onde o trabalho interdisciplinar mais funciona. Não passo em tantas enfermarias, mas passo em várias áreas do Hospital por conta da minha especialização e não vi funcionar assim em nenhum outro lugar, não vi conversar “a mesma língua” assim, em nenhum outro lugar.</i></p>	<p><i>GF2.2 Residente médico - Eu posso dizer com toda a propriedade que aqui é onde o trabalho interdisciplinar mais funciona. (...) e não vi funcionar assim em nenhum outro lugar, não vi conversar “a mesma língua” assim, em nenhum outro lugar.</i></p>	<p>Equipe Integrada Núcleo 01</p>
<p><i>GF2.2 Residente médico- E acho que isso facilita e muito, porque além das coisas que a Dra. listou da complexidade do paciente. Tem também a complexidade emocional, tem uma complexidade familiar. E essa estrutura toda, além da estrutura médica envolvida. É muito legal porque, o meu paciente quer uma coisa, eu tinha uma paciente que queria tomar café, não tem café no café da manhã. Conversa com a nutri... Nutri, ela quer tomar café, é possível? Sim, é possível. E aí cada um com a sua visão do paciente, a gente consegue uniformizar. Então eu acho que isso é o mais vantajoso, o mais legal.</i></p>	<p><i>GF2.2 Residente médico- E acho que isso facilita e muito, porque além das coisas que a Dra. listou da complexidade do paciente. Tem também a complexidade emocional, tem uma complexidade familiar. E essa estrutura toda, além da estrutura médica envolvida. É muito legal porque, o meu paciente quer uma coisa, (...). Conversa com a nutri... (...)Sim, é possível. E aí cada um com a sua visão do paciente, a gente consegue uniformizar. Então eu acho que isso é o mais vantajoso, o mais legal.</i></p>	<p>Equipe Integrada Núcleo 01</p>
<p><i>GF2.6 Residente de Nutrição - Eu acho que é a gente entender que a gente funciona muito melhor quando a gente tem outras pessoas para nos ajudar, cada um com a sua especialidade, né? Às vezes você não consegue dar o suporte, às vezes você não consegue fazer tal coisa, e aí vem o seu amigo, colega, profissional que sabe dar o andamento com o paciente, ele consegue se beneficiar.</i></p>	<p><i>GF2.6 Residente de Nutrição - Eu acho que é a gente entender que a gente funciona muito melhor quando a gente tem outras pessoas para nos ajudar, cada um com a sua especialidade, né? (...)</i></p>	<p>Equipe Integrada Núcleo 01</p>

<p><b>GF2.8 Residente de Enfermagem - Eu acho bem interessante porque quando a gente entrou na residência: eu , a fisio, o psicólogo, e a gente entra muito cru, a gente não entende muito esse trabalho em equipe que é entender o outro, que é ouvir o outro. A gente chega super com medo, porque você nunca falou com um médico, você nunca conversou com outra pessoa e aqui na clínica a gente aprende a realmente lidar em equipe, a gente aprende a conversar com o médico sem medo, a pedir para ele fazer uma medicação porque a gente acha que é preciso, a gente aprende a ligar para a Assistente Social e falar: olha a família está aqui dando um baita de um trabalho, a gente aprende a conversar com a nutri, ah!</b></p>	<p><b>GF2.8 Residente de Enfermagem - Eu acho bem interessante porque quando a gente entrou na residência: eu , a fisio, o psicólogo, e a gente entra muito cru, a gente não entende muito esse trabalho em equipe que é entender o outro, que é ouvir o outro. A gente chega super com medo(...)e aqui na clínica a gente aprende a realmente lidar em equipe, a gente aprende a conversar com o médico sem medo (...)</b></p>	<p><b>Equipe Integrada Núcleo 01</b></p>
<p><b>GF2.1 Médico - O que eu vejo de dificuldades nas outras enfermarias é que as pessoas não se conversam, né? O que eu vejo também fora daqui em outras enfermarias onde eu trabalho, né? Eu como médica, a equipe multi assusta quando eu vou conversar em outros lugares, eu quero dizer. Quando eu falo ah! Conversa com a fisio... Ah! Mas como está a ausculta melhorou? A fisio está lá todo dia, eu não estou...Eu estou vendo hoje, hoje parece bom, mas ela está vendo o filme e eu estou vendo a foto. Então, às vezes está bom, porque ela acabou de trabalhar e ai eu fui auscultar e estava ótimo! Mas quando ela chegou estava horrível! E para eu saber disso eu preciso falar com a fisio.</b></p>	<p><b>GF2.1 Médico - Às vezes as pessoas são até mesmo receosas quando você vai conversar e isso dificulta, porque as pessoas não aprenderam a trabalhar em equipe. Elas aprenderam a cada uma fazer o seu bloquinho e pronto, né? Quando você tenta juntar tudo, as pessoas assustam, em outros lugares quando não tem essa interação com a equipe multi e que para a gente aqui é muito natural, a gente está aqui todo dia junto e a gente faz reunião, participa, pergunta, né?</b></p>	<p><b>Equipe integrada Núcleo 01</b></p>

<p><i>Então eu sempre falo, né? Eu sou uma pessoa que quando chega nas outras enfermarias eu sempre vou perguntar para a fisio como estava o catarro, se tinha catarro, se não tinha. E a gente vê que em outros lugares, todo mundo assusta quando você faz isso. O que é que o médico está vindo falar comigo? Ela que vá lá auscultar. As pessoas acham que é isso. Ela que ausculte.</i></p>		
<p><i>GF2.1 Médico - Às vezes as pessoas são até mesmo receosas quando você vai conversar e isso dificulta, porque as pessoas não aprenderam a trabalhar em equipe. Elas aprenderam a cada uma fazer o seu bloquinho e pronto, né? Quando você tenta juntar tudo, as pessoas assustam, em outros lugares quando não tem essa interação com a equipe multi e que para a gente aqui é muito natural, a gente está aqui todo dia junto e a gente faz reunião, participa, pergunta, né? Mas isso não acontece em outros lugares. Mas o que eles percebem eu acho que de dificuldade. Isso a gente cria dia a dia, na verdade. A gente vai criando, e vai criando uma relação... Quando o profissional entende que o trabalho dele sozinho não vai resolver o problema ele entende a importância de estar junto, né? Só o médico não resolve, só a fisio não resolve, só a enfermagem não resolve, só a nutri não resolve. A gente tenta trabalhar todo mundo junto para a coisa andar, se não, não anda, né? E é por isso que a gente vê internações tão prolongadas em outros lugares, né? Porque</i></p>	<p><i>GF2.1 Médico - Mas isso não acontece em outros lugares. Mas o que eles percebem eu acho que de dificuldade. Isso a gente cria dia a dia, na verdade. A gente vai criando, e vai criando uma relação... Quando o profissional entende que o trabalho dele sozinho não vai resolver o problema ele entende a importância de estar junto, né? Só o médico não resolve, só a fisio não resolve, só a enfermagem não resolve, só a nutri não resolve. A gente tenta trabalhar todo mundo junto para a coisa andar, se não, não anda, né? E é por isso que a gente vê internações tão prolongadas em outros lugares, né? Porque ninguém se conversa e o paciente vai ficando, Porque ninguém parou para tentar trabalhar essa alta. Então... ou a fase final ou a alta tanto faz mas a gente tem que trabalhar junto.</i></p>	<p>Equipe integrada Núcleo 01</p>

<p><i>ninguém se conversa e o paciente vai ficando, Porque ninguém parou para tentar trabalhar essa alta. Então... ou a fase final ou a alta tanto faz mas a gente tem que trabalhar junto.</i></p>		
---	--	--

**Núcleo Temático 1 – Enfermaria de Cuidados Paliativos**

**Categoria 2- Equipe Integrada**

**Sub categoria 1 – Auto Cuidado**

UNIDADE DE CONTEÚDO	UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIAS
<p><i>GF2.2 Residente médico - Às vezes não é fácil. Às vezes eu ia embora para casa, eu moro longe e eu tinha muito tempo de trânsito, às vezes eu ia pensando naquilo e o que eu tento é daqueles casos que eu mais me martelam é tirar alguma coisa daquilo, né? O Mário que a gente citou muitas vezes aqui foi uma lição enorme para mim.</i></p>	<p><i>GF2.2 Residente médico - Às vezes não é fácil. Às vezes eu ia embora para casa, eu moro longe e eu tinha muito tempo de trânsito, às vezes eu ia pensando naquilo e o que eu tento é daqueles casos que eu mais me martelam é tirar alguma coisa daquilo, né? (...)</i></p>	<p>Auto Cuidado Núcleo 01</p>
<p><i>GF2.2 Residente médico - Eu estava certa de todas as minhas decisões. Naquele dia eu me pus em cheque. Eu faço terapia já, me ajuda muito, muito! Mas eu tento tirar uma coisa de bom daquilo. Acho que tudo tem um lado positivo e eu tento quando aquilo me angustia demais é qual foi o lado positivo daquilo? É assim que eu procuro lidar.</i></p>	<p><i>GF2.2 Residente médico - Eu estava certa de todas as minhas decisões. Naquele dia eu me pus em cheque. Eu faço terapia já, me ajuda muito, muito! Mas eu tento tirar uma coisa de bom daquilo. Acho que tudo tem um lado positivo e eu tento quando aquilo me angustia demais é qual foi o lado positivo daquilo? É assim que eu procuro lidar.</i></p>	<p>Auto Cuidado Núcleo 01</p>
<p><i>GF2.3 Residente médico - Aqui na enfermaria, para mim que estou caminhando para 10 dias de estágio, não está sendo tanto sofrimento. Porque nos outros estágios que eu passei eu sofri muito mais. Digo, porque eu tive uma paciente que era total indicação de cuidados, a família inicialmente tinha aceitado é, e estava bem definido só que depois voltou atrás e ai você lida</i></p>	<p><i>(...)Digo, porque eu tive uma paciente que era total indicação de cuidados, a família inicialmente tinha aceitado é, e estava bem definido só que depois voltou atrás e ai você lida</i></p>	<p>Auto Cuidado Núcleo 01</p>



<p><i>contra, uma vontade sua de não trazer sofrimento para o paciente só que a gente acabou tendo que invadi-la, usar procedimentos invasivos. E logo depois ela acabou sofrendo e eu me culpei muito, culpei... fiquei angustiado com a família, pela decisão. Só que depois a gente trabalhando, pensando, a família achou que se ela não estivesse fazendo isso ela não estaria fazendo mais nada pela paciente. Ela carregava um sofrimento muito grande por esse paciente.</i></p>	<p><i>me culpei muito, culpei... fiquei angustiado com a família, pela decisão. Só que depois a gente trabalhando, pensando, a família achou que se ela não estivesse fazendo isso ela não estaria fazendo mais nada pela paciente. Ela carregava um sofrimento muito grande por esse paciente.</i></p>	
<p><b>GF2.3 Residente médico -</b> <i>E esse foi o paciente que mais me marcou aqui nesse ano de residência. Lógico que o estágio aqui é pesado, a gente lida mesmo com a morte, mas é mais ameno porque a gente não está sozinho, né? A gente está com a equipe toda aqui. Não que naquele momento eu tivesse sozinho, a gente tem a interconsulta dos CP que super ajudaram, mas aqui em nenhum momento a gente fica sozinho, então é mais fácil.</i></p>	<p><b>GF2.3 Residente médico -</b> <i>E essa foi a paciente que mais me marcou aqui nesse ano de residência. Lógico que o estágio aqui é pesado, a gente lida mesmo com a morte, mas é mais ameno porque a gente não está sozinho, né? A gente está com a equipe toda aqui. Não que naquele momento eu tivesse sozinho, a gente tem a interconsulta dos CP que super ajudaram, mas aqui em nenhum momento a gente fica sozinho, então é mais fácil.</i></p>	<p>Auto Cuidado Núcleo 01</p>
<p><b>GF2.4 Residente médico -</b> <i>Querendo ou não a gente se apegava, não tem como. Acaba sofrendo junto. Mas isso torna mais fácil mesmo, de poder estar junto, ter o apoio de todo mundo, é melhor.</i></p>	<p><b>GF2.4 Residente médico -</b> <i>Querendo ou não a gente se apegava, não tem como. Acaba sofrendo junto. Mas isso torna mais fácil mesmo, de poder estar junto, ter o apoio de todo mundo, é melhor.</i></p>	<p>Auto Cuidado Núcleo 01</p>

**Núcleo Temático 1 – Enfermaria de Cuidados Paliativos**  
**Categoria 2- Equipe Integrada**  
**Sub categoria 2 – Conflito Ético**

UNIDADE DE CONTEÚDO	UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIA 2
<p><b>GF2.2 Residente médico-</b> <i>E só completando. Quando a gente sai daqui e tenta aplicar as coisas que a gente viu aqui, fica um pouco difícil. Porque tem uma resistência. As</i></p>	<p><b>GF2.2 Residente médico-</b> <i>Quando a gente sai daqui e tenta aplicar as coisas que a gente viu aqui, fica um pouco difícil. Porque tem uma resistência. As pessoas às vezes não</i></p>	<p>Conflito Ético Núcleo 01</p>

<p><i>peças às vezes não entendem quando você tenta levar isso para fora. É muito difícil... Enfim, várias coisas... A gente vai entrar com isso agora! Não... mas vai esperar... Não dá para esperar, ele está ruim, ele está cansado, ele está em fim de vida e ele está sofrendo... Não mas.... É agora, entendeu? Eu sou da emergência, então para mim tudo é agora. (risos) Então a gente percebe isso. Porque aqui todo mundo tem a mesma cabeça, de olhar o paciente. E quando você vai aplicar isso lá fora... Ah não! Porque o paciente paliativo é o último a ser visto no plantão noturno. Às coisas mudam um pouco, sabe? Então passa essa imagem do cuidado multi que ajuda bastante.</i></p>	<p><i>entendem quando você tenta levar isso para fora. É muito difícil...</i></p> <p><i>GF2.2 Residente médico (...)Então a gente percebe isso. Porque aqui todo mundo tem a mesma cabeça, de olhar o paciente. E quando você vai aplicar isso lá fora... Ah não! Porque o paciente paliativo é o último a ser visto no plantão noturno. Às coisas mudam um pouco, sabe?</i></p>	<p><b>Conflito Ético Núcleo 01</b></p>
<p><i>GF2.2 Residente médico - Isso mesmo... Você fica em dúvida... Será que é isso mesmo, será que está certo, será que não é...</i></p>	<p><i>GF2.2 Residente médico - Isso mesmo... Você fica em dúvida... Será que é isso mesmo, será que está certo, será que não é...</i></p>	<p><b>Conflito Ético Núcleo 01</b></p>
<p><i>GF2.6 Residente de Nutrição -Mas lá o quanto a gente vê os pacientes... Meu Deus do céu! Cadê os cuidados paliativos? Sabe, dá desespero ver o paciente sofrer e a gente vê que aqui a gente entende que o paciente não precisa sofrer na hora da morte. O que ele precisa é descansar, né? Só isso!</i></p>	<p><i>GF2.6 Residente de Nutrição -Mas lá o quanto a gente vê os pacientes... Meu Deus do céu! Cadê os cuidados paliativos? Sabe, dá desespero ver o paciente sofrer e a gente vê que aqui a gente entende que o paciente não precisa sofrer na hora da morte. O que ele precisa é descansar, né? Só isso!</i></p>	<p><b>Conflito de condutas Núcleo 01</b></p>
<p><i>GF2.2 Residente médico - Eu acho que é o tempo inteiro isso. A gente pergunta onde está o paliativo, o tempo todo. Tanto é que a gente tem um grupo no whatsapp que os residentes entram e não saem. Era para ser por um</i></p>	<p><i>GF2.2 Residente médico - Eu acho que é o tempo inteiro isso. A gente pergunta onde está o paliativo, o tempo todo.</i></p>	<p><b>Conflito Ético Núcleo 01</b></p>

<p><i>mês. E a gente fica pedindo vaga, pedindo vaga, porque a gente não queria que um paciente morresse no Pronto Socorro, entende? A gente queria que ele estivesse com a família, que ele pudesse estar com a família. Às vezes ele gostaria de ir de alta mas não é possível morrer em casa, às vezes não dá.</i></p>	<p><i>GF2.2 Residente médico - (...) E a gente fica pedindo vaga, pedindo vaga, porque a gente não queria que um paciente morresse no Pronto Socorro, entende? A gente queria que ele estivesse com a família, que ele pudesse estar com a família.</i></p>	<p><b>Conflito Ético Núcleo 01</b></p>
<p><i>GF2.2 Residente médico – Não tem uma estrutura, não tem como, imagina! Você deixar que todos os pacientes... O PS era um local com muitos pacientes paliativos. Como você deixa a família de todos eles ir lá visitar. Às vezes que a gente abre a visita... Ah! É impossível, impraticável, atrapalha a dinâmica do serviço. Então fica um paciente meio paliado ou mal paliado, ou semi paliado enfim...</i></p>	<p><i>GF2.2 Residente médico – Não tem uma estrutura, não tem como, imagina! Você deixar que todos os pacientes... O PS era um local com muitos pacientes paliativos. Como você deixa a família de todos eles ir lá visitar. (...)</i></p>	<p><b>Conflito Ético Núcleo 01</b></p>
<p><i>GF2.3 Residente de Nutrição - Na faculdade , como que a nutricionista vai cuidar da morte? Nutricionista nenhuma vai cuidar da morte, a gente trabalha com o alimento que é a vida, né? Então assim lidar com o paciente que por causa da doença dele vai ter que ficar em jejum, ou com aquela sonda nasogástrica, que para mim era um pavor! Ver um paciente com aquela sonda e ai eu via a sonda e falava: Meu Deus! Já foi...já era... E eu aprendi que não é assim... Que existem casos em que a alimentação não vai ajudar, por outro lado ela pode atrapalhar e entender isso foi bem difícil!</i></p>	<p><i>GF2.3 Residente de Nutrição - Na faculdade , como que a nutricionista vai cuidar da morte? Nutricionista nenhuma vai cuidar da morte, a gente trabalha com o alimento que é a vida, né?</i></p> <p><i>GF2.3 Residente de Nutrição Então assim lidar com o paciente que por causa da doença dele vai ter que ficar em jejum, ou com aquela sonda nasogástrica, que para mim era um pavor! Ver um paciente com aquela sonda e ai eu via a sonda e falava: Meu Deus! Já foi...já era... E eu aprendi que não é assim... Que existem casos em que a alimentação não vai ajudar, por outro lado ela pode atrapalhar e entender isso foi bem difícil!</i></p>	<p><b>Conflito Ético Núcleo 01</b></p> <p><b>Conflito Ético Núcleo 01</b></p>

<p><b>GF2.6 Residente de Nutrição</b> - O fato de às vezes ter que retirar uma sonda naso, porque o paciente não tem mais perspectiva de vida e já está naquela fase final. Por exemplo, perdeu a sonda e tem uma obstrução e ai não consegue repassar essa sonda de novo e não dá para fazer uma gastrostomia, por exemplo. Então vai ter que ficar em jejum esperando, né? Esse foi um dos principais pontos que me deixavam angustiada. Não pelo amor de Deus! Vamos fazer uma GTT! E eu ficava ouvindo muito as conversas, que eu não participava, por não estar ainda rodando na clínica. Ah, meu Deus, não ! Calma! (risos) É assim mesmo! Você tem que aprender lidar com isso, sabe? No final eu digo que sai mais trabalhada. Vou ficar ainda mais craque no assunto, mas é bem complicado.</p>	<p><b>GF2.6 Residente de Nutrição</b> - O fato de às vezes ter que retirar uma sonda naso, porque o paciente não tem mais perspectiva de vida e já está naquela fase final. Por exemplo, perdeu a sonda e tem uma obstrução e ai não consegue repassar essa sonda de novo e não dá para fazer uma gastrostomia, por exemplo. Então vai ter que ficar em jejum esperando, né? Esse foi um dos principais pontos que me deixavam angustiada.(...) É assim mesmo! Você tem que aprender lidar com isso, sabe? (...).</p>	<p><b>Conflito Ético Núcleo 01</b></p>
<p><b>GF2.2 Residente médico</b> -. Eu acho que é uma via que a gente mostra o desejo e tem que esperar que seja acatado, que seja acolhido. Às vezes, eu sinto que a gente chama a interconsulta dos paliativos para ajudar a convencer o chefe. Lá mesmo na unidade de AVC, ah não mas se vocês estão falando que o pessoal do paliativo faz, pode fazer, era assim... era assim que eu via.</p>	<p><b>GF2.2 Residente médico</b> -. Eu acho que é uma via que a gente mostra o desejo e tem que esperar que seja acatado, que seja acolhido. Às vezes, eu sinto que a gente chama a interconsulta dos paliativos para ajudar a convencer o chefe. (...)</p>	<p><b>Conflito Ético Núcleo 01</b></p>
<p><b>GF2.8 Residente de Enfermagem</b> - O assunto paliativo quase ninguém sabe o que é paliativo. Até dentro do Hospital, realmente você está em outra clínica e você vê o paciente sofrendo lá e você sabe que ele vai morrer, mas ninguém vai colocar</p>	<p><b>GF2.8 Residente de Enfermagem</b> - (...)você está em outra clínica e você vê o paciente sofrendo lá e você sabe que ele vai morrer, mas ninguém vai colocar uma morfina na bomba. Ninguém quer fazer um morfina a cada 10 min lá para tirar o desconforto do</p>	<p><b>Conflito Ético Núcleo 01</b></p>

<p><i>uma morfina na bomba. Ninguém quer fazer um morfina a cada 10 min lá para tirar o desconforto do paciente e você pede. Eu senti muito isso na cirurgia geral, você pede, coloca uma bomba de morfina ou prescreve a morfina e ai o cara ficava horas para prescrever uma morfina. Meu, porquê?</i></p>	<p><i>paciente e você pede. (...)</i></p>	
<p><i>GF2.8 Residente de Enfermagem - E realmente quando a gente chega, a gente acha que o paciente está aqui para morrer porque não tem mais nada para fazer. Já não tem chance nenhuma. O que o Dr fala para a gente não deve falar nunca, que não tem nada para fazer. E realmente a gente acha que não tem nada para fazer, põe ele aqui e pronto.</i></p>	<p><i>GF2.8 Residente de Enfermagem – (...) O que o Dr fala para a gente não deve falar nunca, que não tem nada para fazer. E realmente a gente acha que não tem nada para fazer, põe ele aqui e pronto.</i></p>	<p><b>Conflito Ético Núcleo 01</b></p>
<p><i>GF2.6 Residente de Nutrição - Ai, vamos passar uma sonda, né? Não, não vamos passar não, eu acho que não é o momento. Não, mas você não acha que devemos passar? E tal, e ficava nessa discussão, e é muito interessante quando dá certo. Quando realmente os médicos residentes entendem, que é um processo, né? E é difícil para a gente que está de fora ver que eles ficam angustiados porque eles estão aqui para salvar vidas e lidar com a morte é muito difícil.</i></p>	<p><i>GF2.6 Residente de Nutrição - Ai, vamos passar uma sonda, né? Não, não vamos passar não, eu acho que não é o momento. Não, mas você não acha que devemos passar? E tal, e ficava nessa discussão, e é muito interessante quando dá certo. Quando realmente os médicos residentes entendem, que é um processo, né? E é difícil para a gente que está de fora ver que eles ficam angustiados porque eles estão aqui para salvar vidas e lidar com a morte é muito difícil.</i></p>	<p><b>Conflito Ético Núcleo 01</b></p>
<p><i>GF2.6 Residente de Nutrição – (falando de outras enfermarias) Principalmente no sofrimento do paciente e da família. Porque muitas vezes não é explicado para a família a real situação daquele paciente. O prognóstico dele então às vezes o paciente está lá.</i></p>	<p><i>GF2.6 Residente de Nutrição – (falando de outras enfermarias) (...) Você sabe que ele vai falecer em pouco tempo, mas a família não se deu conta disso porque isso não foi passado para ela. Para ela, ela está lutando ainda. Como se a doença, a doença terminal ainda</i></p>	<p><b>Conflito Ético Núcleo 01</b></p>

<p><i>Você sabe que ele vai falecer em pouco tempo, mas a família não se deu conta disso porque isso não foi passado para ela. Para ela, ela está lutando ainda. Como se a doença, a doença terminal ainda tivesse cura. E a gente sabe que não tem. E essa angustia da família que eu vejo, né? A angustia da família e a angustia do paciente que precisaria de um cuidado melhor é o que falo de que cadê o paliativo?</i></p>	<p><i>tivesse cura. E a gente sabe que não tem. E essa angustia da família que eu vejo, né? A angustia da família e a angustia do paciente que precisaria de um cuidado melhor é o que falo de que cadê o paliativo?</i></p>	
---	--	--

**Núcleo Temático 2– Terminalidade de Vida**

**Categoria 3- Morte**

**Sub categoria 1 Morte na Sociedade**

UNIDADE DE CONTEÚDO	UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIA 3
<p><i>GF2.2 Residente Médico - Eu acho que, a morte é a única certeza que a gente tem mas acho que é uma coisa que angustia à todos.</i></p>	<p><i>2.2 GF Residente Médico - Eu acho que, a morte é a única certeza que a gente tem mas acho que é uma coisa que angustia à todos.</i></p>	<p>Morte na Sociedade Núcleo 02</p>
<p><i>GF 2.2 Residente médico - Eu estou aqui pensando... A gente fala da morte, né? Esse é um assunto que... sei lá! Sempre me angustiou, porque... tudo bem... todos vamos morrer... como, quando, onde e porque? Entendeu?</i></p>	<p><i>GF 2.2 Residente médico - Eu estou aqui pensando... A gente fala da morte, né? Esse é um assunto que... sei lá! Sempre me angustiou, porque... tudo bem... todos vamos morrer... como, quando, onde e porque? Entendeu?</i></p>	<p>Morte na Sociedade Núcleo 02</p>
<p><i>GF2.2 Residente médico - Eu acho que... é uma outra coisa muito importante quando a gente fala da morte é que cada vez eu penso... como se eu pudesse controlar isso... como eu gostaria que fosse a minha, entendeu? Acho que o sonho de todo mundo é dormir e não acordar seria fantástico! Mas quanto mais eu vejo, mais eu gostaria que fosse uma coisa tranquila, e com as pessoas ao meu redor conformadas, acho que é isso que eu tento aplicar.</i></p>	<p><i>GF2.2 Residente médico - Eu acho que... é uma outra coisa muito importante quando a gente fala da morte é que cada vez eu penso... como se eu pudesse controlar isso... como eu gostaria que fosse a minha, entendeu? Acho que o sonho de todo mundo é dormir e não acordar seria fantástico! Mas quanto mais eu vejo, mais eu gostaria que fosse uma coisa tranquila, e com as pessoas ao meu redor conformadas, acho que é isso que eu tento aplicar.</i></p>	<p>Morte na Sociedade Núcleo 02</p>

<p><i>Apesar de que a morte pode gerar muita angústia é, falar dela é... eu acho que a gente tem angústia de falar daquilo que a gente não conhece. Falar dela, alivia isso.</i></p>	<p><i>Apesar de que a morte pode gerar muita angústia é, falar dela é... eu acho que a gente tem angústia de falar daquilo que a gente não conhece. Falar dela, alivia isso.</i></p>	
<p><b>GF2.1 Médico - Nós somos seres humanos, com uma cultura totalmente ocidental que não gosta da morte. Morte é um luto, preto, é aquela coisa ruim, fúnebre. A nossa cultura é assim, velório você tem que ir para sofrer, para chorar, aquela coisa ruim. Essa é a cultura de todos nós. É uma mudança de paradigma não só técnico porque é uma medicina diferente, mas é uma mudança de paradigma pessoal. Por isso que eu acho que é um mês intenso.</b></p>	<p><b>GF2.1 Médico - Nós somos seres humanos, com uma cultura totalmente ocidental que não gosta da morte. Morte é um luto, preto, é aquela coisa ruim, fúnebre. A nossa cultura é assim, velório você tem que ir para sofrer, para chorar, aquela coisa ruim. Essa é a cultura de todos nós. É uma mudança de paradigma não só técnico porque é uma medicina diferente, mas é uma mudança de paradigma pessoal. Por isso que eu acho que é um mês intenso.</b></p>	<p>Morte na Sociedade Núcleo 02</p>

**Núcleo Temático 2– Terminalidade de Vida**  
**Categoria 3- Morte**  
**Sub categoria 2 Morte na Enfermaria**

UNIDADE DE CONTEÚDO	UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIAS
<p><b>GF2.2 Residente Médico-Então quando a gente fala... O paliativo é muito voltado para a terminalidade, mas não é só isso. Às vezes a gente pega o paciente antes disso. Preparar o paciente para essa hora vai chegar um dia e que ela chegue com a melhor qualidade possível lá. Mas, quando a gente pega o paciente mais no momento terminal talvez é o momento mais difícil porque você não conseguiu preparar o paciente lá atrás. Ele foi mal acolhido, mal orientado e chegou em uma situação em que ele está morrendo, a família não está entendendo e ele está com raiva,</b></p>	<p><b>GF 2.2 Residente Médico-Então quando a gente fala... O paliativo é muito voltado para a terminalidade, mas não é só isso. Às vezes a gente pega o paciente antes disso. Preparar o paciente para essa hora vai chegar um dia e que ela chegue com a melhor qualidade possível lá. Mas, quando a gente pega o paciente mais no momento terminal talvez é o momento mais difícil porque você não conseguiu preparar o paciente lá atrás. Ele foi mal acolhido, mal orientado e chegou em uma situação em que ele está morrendo, a família não está entendendo e ele está com raiva,</b></p>	<p>Morte na Enfermaria de CP Núcleo 02</p>

<p><i>inconformado, revoltado, e então eu acho que é o momento mais difícil de cuidar do paciente. De chegar lá eu acho que é a hora mais difícil.</i></p>	<p><i>inconformado, revoltado, e então eu acho que é o momento mais difícil de cuidar do paciente. De chegar lá eu acho que é a hora mais difícil.</i></p>	
<p><i>GF 2.2 Residente Médico - Me botando no lugar do paciente para mim seria a hora mais difícil e acredito que ... em outros lugares quanto a gente se pergunta cadê o CP, porque a gente se vê limitado. A gente não consegue dar mais. A gente queria que o paciente que está lá no Pronto Socorro pudesse tomar o café dele, pudesse ouvir a música que ele gosta, estar com o parente que ele gostaria de estar e isso não acontece, entendeu? E é nessa hora em que eu me pergunto... Puxa eu estou paliando esse paciente pela metade. Então eu não estou paliando. Está mais ou menos paliado.</i></p>	<p><i>GF2.2 Residente Médico - Me botando no lugar do paciente para mim seria a hora mais difícil e acredito que ... em outros lugares quanto a gente se pergunta cadê o CP, porque a gente se vê limitado. A gente não consegue dar mais. A gente queria que o paciente que está lá no Pronto Socorro pudesse tomar o café dele, pudesse ouvir a música que ele gosta, estar com o parente que ele gostaria de estar e isso não acontece, entendeu? E é nessa hora em que eu me pergunto... Puxa eu estou paliando esse paciente pela metade. Então eu não estou paliando. Está mais ou menos paliado.</i></p>	<p>Morte na Enfermaria de CP Núcleo 02</p>
<p><i>GF2.5 Nutricionista - As pessoas aqui são um pouco mais calmas. Elas conseguem entender ( a morte) um pouco melhor, na maioria das vezes e acho que quando as pessoas estão no PS elas conseguem sentir esse desespero, me parece né? As pessoas se sentem sozinhas, se sentem em uma sensação desesperada, todo mundo tem um certo receio de como vai ser, de sofrer e é diferente, porque ninguém passou por isto.</i></p>	<p><i>GF2.5 Nutricionista - As pessoas aqui são um pouco mais calmas. Elas conseguem entender ( a morte) um pouco melhor, na maioria das vezes e acho que quando as pessoas estão no PS elas conseguem sentir esse desespero, me parece né? As pessoas se sentem sozinhas, se sentem em uma sensação desesperada, todo mundo tem um certo receio de como vai ser, de sofrer e é diferente, porque ninguém passou por isto.</i></p>	<p>Morte na Enfermaria de CP Núcleo 02</p>
<p><i>GF2.1 Médico - Eu acho o que muda é que a gente está mais preparado para falar da morte. Eu falo muito isto para os residentes. Que a gente tem que falar da morte. Que não é um tabu. Que aqui</i></p>	<p><i>GF2.1 Médico - Eu acho o que muda é que a gente está mais preparado para falar da morte. Eu falo muito isto para os residentes. Que a gente tem que falar da morte. Que não é um tabu. Que aqui</i></p>	<p>Morte na Enfermaria de CP Núcleo 02</p>



<p><i>não pode ser um tabu. (Risos). Porque quase todos os nossos pacientes morrem. A gente tem um perfil de enfermaria, ainda, claro a gente tem pacientes que vão de alta, mas ainda tem um perfil de enfermaria de paliativos que os pacientes vêm em fase terminal para falecer aqui. Esse é o nosso principal perfil, claro que alguns vão de alta, mas acho que é uma minoria, a grande maioria falece com a gente. Então a gente tem que aprender a falar sobre a morte e a gente tem que preparar a família para isso, né? Então quando a gente fecha um paliativo, a gente fala assim que ele está em fim de vida, ou na fase final é o que passa a ser importante é o preparo para a morte, né?</i></p>	<p><i>não pode ser um tabu. (Risos). Porque quase todos os nossos pacientes morrem. A gente tem um perfil de enfermaria, ainda, claro a gente tem pacientes que vão de alta, mas ainda tem um perfil de enfermaria de paliativos que os pacientes vêm em fase terminal para falecer aqui. (...). Então a gente tem que aprender a falar sobre a morte e a gente tem que preparar a família para isso, né?</i></p>	
<p><i>GF2.1 Médico - E o que você acha importante para o preparo para a morte? Quem é importante para vir visitar já que ele está falecendo. Você fala isso para a família. Você diz para a família que ele deve estar entrando nos últimos dias ou semanas de vida. Você já avisa, você já faz esse preâmbulo. Ele está entrando nos últimos dias ou semanas de vida. Quem você acha importante vir visitar, você acha importante receber alguma visita religiosa? Tem algum desejo dele que ele queira fazer antes de morrer, né?</i></p>	<p><i>GF2.1 Médico - E o que você acha importante para o preparo para a morte? Quem é importante para vir visitar já que ele está falecendo. Você fala isso para a família. Você diz para a família que ele deve estar entrando nos últimos dias ou semanas de vida. Você já avisa, você já faz esse preâmbulo.(...)</i></p>	<p>Morte na Enfermaria de CP Núcleo 02</p>
<p><i>GF2.1 Médico - E quando chega mesmo a fase, eu sempre falo com os residentes dos sinais das últimas 48 horas, né? Que é a mão ficar gelada, que é a pressão começar a cair, ficar mais taquicárdico, fazer um barulho</i></p>	<p><i>GF2.1 Médico - (...)E quando chega mesmo a fase, eu sempre falo com os residentes dos sinais das últimas 48 horas, né? (...). E quando esse momento chega, você também avisar a família. Olha, a gente acha que</i></p>	<p>Morte na Enfermaria de CP Núcleo 02</p>

<p><i>característico que se chama sororoca, então são coisas que fazem a gente realmente saber que os dias estão chegando, ou as horas. E quando esse momento chega, você também avisar a família. Olha, a gente acha que realmente agora, ele esteja nas últimas horas, né? Dias... Não são mais semanas, né? Nossa, como vocês falam isso, né? A gente fala isso falando, né? E as pessoas agradecem porque elas se preparam, eu acho que depois que eles vem a falecer e você já está falando isso há dias, não é mais uma surpresa, não é uma coisa ruim, né? O Dr. avisou, eles avisaram, eles vem falando que está morrendo. Eu acho que não só para a própria família mas para a própria equipe.</i></p>	<p><i>realmente agora, ele esteja nas últimas horas, né? Dias... Não são mais semanas, né?(..) E as pessoas agradecem porque elas se preparam, eu acho que depois que eles vem a falecer e você já está falando isso há dias, não é mais uma surpresa, não é uma coisa ruim, né? (...)</i></p>	
<p><b>GF2.8 Residente de Enfermagem -</b> <i>A gente percebe que muda, ele realmente chega morrendo de medo, porque eu estou morrendo. Todo mundo tem esse medo. Então tipo, eu estou morrendo e aí? Eu estou lá no Pronto Socorro e não vejo minha família, eu não como o que eu quero, ninguém ouve os meus desejos, eu estou sozinho. E de repente ele se vê um uma clínica onde todo mundo está com ele. Às vezes o fato de você pegar a mão de um paciente e ficar com ele 05 minutos é muita coisa. Então muda. A gente percebe que para eles essa hora da morte por mais angustiante que seja muda. O fato de a minha família estar aqui, de poder ver um neto meu que é super apegado a mim, a gente tem a possibilidade de trazer. Então assim, muda muita coisa. A gente percebe que a clínica</i></p>	<p><b>GF2.8 Residente de Enfermagem -</b> <i>(...), ele realmente chega morrendo de medo, porque eu estou morrendo.(...) E de repente ele se vê um uma clínica onde todo mundo está com ele. Às vezes o fato de você pegar a mão de um paciente e ficar com ele 05 minutos é muita coisa. Então muda. A gente percebe que para eles essa hora da morte por mais angustiante que seja muda. O fato de a minha família estar aqui, de poder ver um neto meu que é super apegado a mim, a gente tem a possibilidade de trazer. Então assim, muda muita coisa. A gente percebe que a clínica realmente flui naturalmente não é nada forçado.(...) , todo mundo olha para o paciente, olha para a família, o que eles realmente precisam.(...). O paciente se sente mais tranquilo nesse momento</i></p>	<p><b>Morte na Enfermaria de CP Núcleo 02</b></p>

<p><i>realmente flui naturalmente não é nada forçado. A gente não precisa forçar nada, todo mundo olha para o paciente, olha para a família, o que eles realmente precisam. Não é o que eu acho certo. Ah eu sou médica e o paciente não pode fazer isso. Aqui a gente vai dar um jeito de qualquer forma a não ser que seja realmente impossível, a gente vai dar um jeito e realmente muda. O paciente se sente mais tranquilo nesse momento dele de partida.</i></p>	<p><i>dele de partida.</i></p>	
<p><i>GF2.7 Residente da Fisioterapia - O ambiente hospitalar é muito frio para as outras pessoas. Ninguém quer passar um final de semana em um Hospital. Todo mundo foge daqui. A gente que trabalha aqui às vezes esquece que as outras pessoas realmente tem esse temor pelo Hospital. E quando eles chegam aqui assustados e aflitos porque vão realmente ou ter cuidados para ir para casa ou morrer aqui. Então trazer a dignidade para eles neste momento, trazer o conforto, pegar o celular e colocar do lado. Você gosta de qual música? O paciente gostava de Luiz Gonzaga, a gente colocava o Luiz Gonzaga para ele ouvir e o semblante dele melhorava. São poucas coisas, coisas realmente muito simples para nós, mas que para eles realmente muda muito.</i></p>	<p><i>GF2.7 Residente da Fisioterapia (...)E quando eles chegam aqui assustados e aflitos porque vão realmente ou ter cuidados para ir para casa ou morrer aqui. Então trazer a dignidade para eles neste momento, trazer o conforto, pegar o celular e colocar do lado. Você gosta de qual música? O paciente gostava de Luiz Gonzaga, a gente colocava o Luiz Gonzaga para ele ouvir e o semblante dele melhorava. São poucas coisas, coisas realmente muito simples para nós, mas que para eles realmente muda muito.</i></p>	<p>Morte na Enfermaria de CP Núcleo 02</p>
<p><i>GF2.4 Residente médico - Tem que mudar a visão de norte que é diferente dos outros lugares. Do ponto de vista acaba que se torna muito mais leve, porque é uma coisa inevitável. Aqui dá para proporcionar coisas que a pessoa</i></p>	<p><i>GF2.4 Residente médico - Tem que mudar a visão de norte que é diferente dos outros lugares. Do ponto de vista acaba que se torna muito mais leve, porque é uma coisa inevitável. Aqui dá para proporcionar coisas que a pessoa</i></p>	<p>Morte na Enfermaria de CP Núcleo 02</p>

<p><i>gostava de fazer, de poder ficar com os familiares. Então assim aqui, eu não vejo como uma coisa tão ruim. Às vezes é um descanso da pessoa e antes disto fazer ela sentir da melhor maneira possível, de fazer o que ela gostava, de comer o que gostava. Então, assim eu não vejo como a pior coisa já que é inevitável que seja da forma mais leve possível para o paciente.</i></p>	<p><i>gostava de fazer, de poder ficar com os familiares. Então assim aqui, eu não vejo como uma coisa tão ruim. Às vezes é um descanso da pessoa e antes disto fazer ela sentir da melhor maneira possível, de fazer o que ela gostava, de comer o que gostava. Então, assim eu não vejo como a pior coisa já que é inevitável que seja da forma mais leve possível para o paciente.</i></p>	
<p><b>GF2.5 Nutricionista - Embora no fim das contas embora seja uma facilidade que acaba visando esse final, a morte enfim...Acaba sendo uma das especialidades que mais cuida da vida, no final das contas, né?</b>  <b>Que valoriza muito a vida embora esteja chegando perto da morte. Dá mais sentido à vida. Mesmo que seja por pouco tempo. Dando mais atenção, dando mais algum cuidado, mais algum conforto, que acaba sendo para a gente às vezes tão pouco... Imagina eu fazer essas coisas para todos os pacientes, sabe? A gente fala em ter esse cuidado só quando chega o fim da vida.</b></p>	<p><b>GF2.5 Nutricionista - Embora no fim das contas embora seja uma facilidade que acaba visando esse final, a morte enfim...Acaba sendo uma das especialidades que mais cuida da vida, no final das contas, né?</b>   <b>GF 2.5 Nutricionista - Que valoriza muito a vida embora esteja chegando perto da morte. Dá mais sentido à vida. Mesmo que seja por pouco tempo. Dando mais atenção, dando mais algum cuidado, mais algum conforto, que acaba sendo para a gente às vezes tão pouco... Imagina eu fazer essas coisas para todos os pacientes, sabe? A gente fala em ter esse cuidado só quando chega o fim da vida.</b></p>	<p>Morte na Enfermaria de CP Núcleo 02</p> <p>Morte na Enfermaria de CP Núcleo 02</p>
<p><b>GF2.6 Residente de Nutrição – Compreender na verdade. Compreenda a doença, fazer com que a família compreenda aquela situação e entenda que o passo da morte não seria o fim, não seria alguma coisa ruim. É mostrar que esse fato é importante e faz parte da vida, né? E compreender isto é muito bonito. Tem tantos casos em que a gente vê que o</b></p>	<p><b>GF2.6 Residente de Nutrição – Compreender na verdade. Compreenda a doença, fazer com que a família compreenda aquela situação e entenda que o passo da morte não seria o fim, não seria alguma coisa ruim. É mostrar que esse fato é importante e faz parte da vida, né? E compreender isto é muito bonito. Tem tantos casos em que a gente vê que o</b></p>	<p>Morte na Enfermaria Núcleo 02</p>

<p><i>paciente fica aqui e por conta de inter laços familiares. A gente vê que uma pessoa que viesse visitar é quando ele vai embora. Faltava vir esse familiar para visitar ele. Depois que esse familiar veio ele descansou. A gente consegue entender muito isto.</i></p>	<p><i>paciente fica aqui e por conta de inter laços familiares. A gente vê que uma pessoa que viesse visitar é quando ele vai embora. Faltava vir esse familiar para visitar ele. Depois que esse familiar veio ele descansou. A gente consegue entender muito isto.</i></p>	
<p><i>GF2.8 Residente de enfermagem - Porque realmente na faculdade você escuta uma aula sobre morte e tal, mas você não é preparado para isso. A gente aprende a procurar um diagnóstico, tentar ajudar a sair daquilo de qualquer forma e quando você cai em uma clínica de paliativo onde a maioria dos seus pacientes vai à óbito e aí você tem que preparar essa família, você tem que preparar o paciente, você meio que ... como pode , né? Então é realmente angustiante, assim... E a gente tem família, né?</i></p>	<p><i>GF2.8 Residente de enfermagem - Porque realmente na faculdade você escuta uma aula sobre morte e tal, mas você não é preparado para isso. A gente aprende a procurar um diagnóstico, tentar ajudar a sair daquilo de qualquer forma e quando você cai em uma clínica de paliativo onde a maioria dos seus pacientes vai à óbito e aí você tem que preparar essa família, você tem que preparar o paciente, você meio que ... como pode , né? Então é realmente angustiante, assim... E a gente tem família, né?</i></p>	<p>Morte na Enfermaria Núcleo 02</p>
<p><i>GF2.8 Residente de enfermagem - É o que eu estava conversando esses dias... eu tenho mãe, eu tenho pai, e às vezes a gente vê uma pessoa da mesma idade que você, perdendo a mãe ou perdendo o pai e você tem que falar disso para ele, mas e se fosse eu no lugar dele, como que seria ouvir isso? Então, é realmente angustiante mas eu acho que com o tempo.... tem algumas famílias que você sente alguma dificuldade, mas com o tempo você consegue falar um pouco melhor sobre o assunto.</i></p>	<p><i>GF2.8 Residente de enfermagem - É o que eu estava conversando esses dias... eu tenho mãe, eu tenho pai, e às vezes a gente vê uma pessoa da mesma idade que você, perdendo a mãe ou perdendo o pai e você tem que falar disso para ele, mas e se fosse eu no lugar dele, como que seria ouvir isso? Então, é realmente angustiante mas eu acho que com o tempo.... tem algumas famílias que você sente alguma dificuldade, mas com o tempo você consegue falar um pouco melhor sobre o assunto.</i></p>	<p>Morte na Enfermaria Núcleo 02</p>
<p><i>GF2.2 Residente médico - Às vezes aconteceu que ... ah, o paciente está em fim de vida do PS vem 15 dias em fim de vida, vem mais 15 dias em fim de vida...</i></p>	<p><i>GF2.2 Residente médico - Às vezes aconteceu que ... ah, o paciente está em fim de vida do PS vem 15 dias em fim de vida, vem mais 15 dias em fim de vida...</i></p>	<p>Morte na Enfermaria Núcleo 02</p>

<p><i>Meu Deus? Será que ele não estava em fim de vida? Me angustiava, tipo, o que está acontecendo? Essa é uma certeza que a gente não tem. A gente olha o paciente... está em fim de vida, com sinais de fim de vida e demora um mês para morrer... E a família fica perguntando Dra, você falou que ele estava em fim de vida a 15 dias e às vezes tipo, a gente passava no plantão do Pronto Socorro e o paciente fulano em fim de vida essa noite deve falecer, chegava no outro dia o fulano não faleceu, mas o outro lá que não estava esperando faleceu.</i></p>	<p><i>Meu Deus? Será que ele não estava em fim de vida? Me angustiava, tipo, o que está acontecendo? Essa é uma certeza que a gente não tem. A gente olha o paciente... está em fim de vida, com sinais de fim de vida e demora um mês para morrer... E a família fica perguntando Dra, você falou que ele estava em fim de vida a 15 dias e às vezes tipo, a gente passava no plantão do Pronto Socorro e o paciente fulano em fim de vida essa noite deve falecer, chegava no outro dia o fulano não faleceu, mas o outro lá que não estava esperando faleceu.</i></p>	
<p><i>GF2.2 Residente médico - Então é uma certeza incerta... a morte, né? Uma coisa que todos sabemos que vai acontecer, mas nós não sabemos nem como, nem quando, nem onde e então uma angústia que eu tinha aqui era olhar um paciente e falar tomara que ele descansa logo e no dia seguinte ele estava aqui. Ah, mas acho que de hoje ele não passa, chegava no dia seguinte e ele estava aqui e ... era muito ruim... para mim era muito ruim... eu sou muito imediatista, então esperar isso era o meu maior desafio. E às vezes ver quem você não estava esperando ia rápido demais ou mais rápido.</i></p>	<p><i>GF2.2 Residente médico - Então é uma certeza incerta... a morte, né? Uma coisa que todos sabemos que vai acontecer, mas nós não sabemos nem como, nem quando, nem onde e então uma angústia que eu tinha aqui era olhar um paciente e falar tomara que ele descansa logo e no dia seguinte ele estava aqui. (...) eu sou muito imediatista, então esperar isso era o meu maior desafio. E às vezes ver quem você não estava esperando ia rápido demais ou mais rápido.</i></p>	<p>Morte na Enfermaria Núcleo 02</p>
<p><i>GF2.2 Residente médico - Então... na enfermaria do CP você está esperando que o cara morra, não é assim! Esse paciente, o Mario que era um jovem 33 anos, quase da minha idade, com um câncer intratável. Quando ele chegou aqui a gente foi atrás de todo mundo para ver se era realmente intratável e esse cara me</i></p>	<p><i>GF2.2 Residente médico - Então... na enfermaria do CP você está esperando que o cara morra, não é assim! Esse paciente, o Mario que era um jovem 33 anos, quase da minha idade, com um câncer intratável. Quando ele chegou aqui a gente foi atrás de todo mundo para ver se era realmente intratável e esse cara me</i></p>	<p>Morte na Enfermaria Núcleo 02</p>

<i>deu uma lição de vida gigantesca, entendeu? Ele foi no tempo dele, ele mostrou que realmente, no fim mesmo o que importa não é quanto você tem na conta, o que você é, que cargo você tem... O desejo dele era comer um lanche do Mc Donald's, entendeu?</i>	<i>deu uma lição de vida gigantesca, entendeu? Ele foi no tempo dele, ele mostrou que realmente, no fim mesmo o que importa não é quanto você tem na conta, o que você é, que cargo você tem... (...)</i>	
<b>GF2.2 Residente médico - Para ele tudo estava bom. A esposa dele falou isso para a gente em uma reunião familiar: quando eu cheguei aqui eu só reclamava, até que um dia ele falou assim para mim: para de reclamar, para mim está tudo bem! E ela nos falou isso e eu me identifiquei muito com ela, porque eu estava inconformada de ver um cara da minha idade basicamente, morrendo daquele jeito e ele só queria comer o lanche do Mc Donald's. Ele morreu super em paz. Tipo tranquilo.</b>	<b>GF2.2 Residente médico - Para ele tudo estava bom. A esposa dele falou isso para a gente em uma reunião familiar (...) Ele morreu super em paz. Tipo tranquilo.</b>	<b>Morte na Enfermaria Núcleo 02</b>

**Núcleo Temático 3– Educação em CP**  
**Categoria 1 – Disseminação do CP no Hospital**

<b>UNIDADE DE CONTEÚDO</b>	<b>UNIDADE DE REGISTRO</b>	<b>CATEGORIA 1</b>
<b>GF2.7 Residente de fisioterapia - Eu acho também se cada equipe, é... se cada profissional de saúde pudesse passar um tempo aqui. Talvez uma semana iria entender um pouquinho o que é cuidado paliativo e conseguir levar isso para a área deles, seria muito, muito importante. A visão que nós temos aqui é totalmente diferente.</b>	<b>GF2.7 Residente de fisioterapia – (...) se cada profissional de saúde pudesse passar um tempo aqui. Talvez uma semana iria entender um pouquinho o que é cuidado paliativo e conseguir levar isso para a área deles, seria muito, muito importante. A visão que nós temos aqui é totalmente diferente.</b>	<b>Disseminação dos CP no Hospital Núcleo 03</b>
<b>GF2.8 Residente de enfermagem - Eu concordo com a residente de fisioterapia. Eu acho que todo mundo deveria passar no paliativo.</b>	<b>GF2.8 Residente de enfermagem - Eu concordo com a residente de fisioterapia. Eu acho que todo mundo deveria passar no paliativo.</b>	<b>Disseminação dos CP no Hospital Núcleo 03</b>

**Núcleo Temático 3– Educação em CP**  
**Categoria 2 – CP na Formação Básica e na Residência**

UNIDADE DE CONTEÚDO	UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIA 2
GF2.6 <i>Residente de Nutrição -Para mim... é, na verdade eu nunca tinha ouvido falar de CP antes de chegar aqui.</i>	GF2.6 <i>Residente de Nutrição -Para mim... é, na verdade eu nunca tinha ouvido falar de CP antes de chegar aqui.</i>	CP na Formação Básica e na Residência Núcleo 03
GF2.8 <i>Residente de enfermagem - Eu não tive paliativo na faculdade, então também cheguei aqui e conheci o paliativo aqui e hoje aqui a gente já sabe que tem paliativo na FASM (Faculdade Santa Marcelina), mas é um período muito curto e a gente não tem tempo de entender o que é paliativo.</i>	GF2.8 <i>Residente de enfermagem - Eu não tive paliativo na faculdade, então também cheguei aqui e conheci o paliativo aqui e hoje aqui a gente já sabe que tem paliativo na FASM (Faculdade Santa Marcelina), mas é um período muito curto e a gente não tem tempo de entender o que é paliativo.</i>	CP na Formação Básica e na Residência Núcleo 03
GF2.2 <i>Residente médico - . Ai ela falou: não, mas isso tem há muito tempo, tem uma faculdade, um módulo inteiro de CP. Dai eu fui entender. Dai eu fui arregalando meu olho. Como era o contrário. Por aquilo ser cultural , as pessoas vem entendendo aquilo e eu acho que vai mudando inclusive a cultura do paciente.</i>	GF2.2 <i>Residente médico - . Ai ela falou: não, mas isso tem há muito tempo, tem uma faculdade, um módulo inteiro de CP. Dai eu fui entender. Dai eu fui arregalando meu olho. Como era o contrário. Por aquilo ser cultural , as pessoas vem entendendo aquilo e eu acho que vai mudando inclusive a cultura do paciente.</i>	CP na Formação Básica e na Residência Núcleo 03
GF2.2 <i>Residente médico - Eu acho que , para começar os CP está ainda engatinhando no Brasil, então quando você fala disso, quem ensina a gente hoje são pessoas mais velhas que não fizeram isso e então é meio que ao contrário. A gente diz assim, Dr. vamos paliar esse paciente? Como assim paliar esse paciente? O que você está falando de paliar o paciente? Dr. é que ele está morrendo...</i>	GF2.2 <i>Residente médico - Eu acho que , para começar os CP está ainda engatinhando no Brasil, então quando você fala disso, quem ensina a gente hoje são pessoas mais velhas que não fizeram isso e então é meio que ao contrário. A gente diz assim, Dr. vamos paliar esse paciente? Como assim paliar esse paciente? O que você está falando de paliar o paciente? Dr. é que ele está morrendo...</i>	CP na Formação Básica e na Residência Núcleo 03
GF2.2 <i>Residente Médico - Então a educação eu acho que está acontecendo inverso. Incutir esse pensamento em quem</i>	GF2.2 <i>Residente Médico - Então a educação eu acho que está acontecendo inverso. Incutir esse pensamento em quem</i>	CP na Formação Básica e na Residência Núcleo 03



<i>educa, se a pessoa não for um educador mais novo, ou de uma geração mais nova, ou que se atualize, ou que tenha esse questionamento é muito difícil falar disso.</i>	<i>educa, se a pessoa não for um educador mais novo, ou de uma geração mais nova, ou que se atualize, ou que tenha esse questionamento é muito difícil falar disso.</i>	
<i>GF2.2 Residente médico - Não se fala disso, se fala de doença e de tratamento, estar tratando o paciente eternamente até que o paciente resolva... Bom, então independente do que você faça eu vou embora. É, eu sinto que isso às vezes é uma coisa ao contrário. De os mais novos, para os mais velhos, assim.</i>	<i>GF2.2 Residente médico - Não se fala disso, se fala de doença e de tratamento, estar tratando o paciente eternamente até que o paciente resolva... Bom, então independente do que você faça eu vou embora. É, eu sinto que isso às vezes é uma coisa ao contrário. De os mais novos, para os mais velhos, assim.</i>	CP na Formação Básica e na Residência Núcleo 03
<i>GF2.2 Residente médico a geração da Dra, Dr e Dr é uma geração mais nova, então é uma outra cabeça, um outro pensamento. Quando a gente encontra por ai chefes mais velhos, eles têm uma resistência e eles estão ensinando a gente.</i>	<i>GF2.2 Residente médico a geração da Dra, Dr e Dr é uma geração mais nova, então é uma outra cabeça, um outro pensamento. Quando a gente encontra por ai chefes mais velhos, eles têm uma resistência e eles estão ensinando a gente.</i>	CP na Formação Básica e na Residência Núcleo 03
<i>GF2.1 Médico - Acho que ele acrescenta muito no sentido de, fazer aulas, a gente tem aulas para os residentes eu acho que para a gente mudar esse paradigma a gente tem que ensinar. Não adianta eu chegar aqui e impor para os residentes as coisas que devem ser feitas. Eles tem que entender o porquê fazer isso.</i>	<i>GF2.1 Médico - Acho que ele acrescenta muito no sentido de, fazer aulas, a gente tem aulas para os residentes eu acho que para a gente mudar esse paradigma a gente tem que ensinar. Não adianta eu chegar aqui e impor para os residentes as coisas que devem ser feitas. Eles tem que entender o porquê fazer isso.</i>	CP na Formação Básica e na Residência Núcleo 03
<i>GF2.1 Médico - Eu acho que a gente que acaba tentando nortear essa educação ao longo desse mês que a gente tem com os residentes, é dar substrato teórico para você entender o que está fazendo, né? Acho que sem substrato teórico é difícil você fazer. Então você tem que entender o que é cuidado paliativo, você tem que ter aula de controle de sintomas. Você tem que</i>	<i>GF2.1 Médico - Eu acho que a gente que acaba tentando nortear essa educação ao longo desse mês que a gente tem com os residentes, é dar substrato teórico para você entender o que está fazendo, né?  GF2.1 Médico - Acho que sem substrato teórico é difícil você fazer. Então você tem que entender o que é cuidado paliativo,</i>	CP na Formação Básica e na Residência Núcleo 03  CP na Formação Básica e na Residência Núcleo 03

<p><i>entender o que está sendo feito e isso tem base teórica, para você poder aplicar na prática. Eu acho que a prática sem a técnica não vai bem e a acho que só técnica também não vai bem. A nossa intenção é tentar casar as 02 coisas e então a cada mês, o médico dá sempre as mesmas 04 aulas para todos os grupos que chegam, né?</i></p>	<p><i>você tem que ter aula de controle de sintomas. Você tem que entender o que está sendo feito e isso tem base teórica, para você poder aplicar na prática.</i></p> <p><i>GF2.1 Médico - Eu acho que a prática sem a técnica não vai bem e a acho que só técnica também não vai bem. A nossa intenção é tentar casar as 02 coisas e então a cada mês, o médico dá sempre as mesmas 04 aulas para todos os grupos que chegam, né?</i></p>	<p>CP na Formação Básica e na Residência Núcleo 03</p>
<p><i>GF2.7 Residente de fisioterapia – Ela disse: são 06 leitos aqui, mas no Hospital tem paliativo em todo o canto. E os residentes passam não só aqui, mas nas outras áreas, então é interessante eles aprenderem um pouco aqui para quando enxergar o paciente que está em CP que não é da clínica dos CP agir conforme, né?</i></p>	<p><i>GF2.7 Residente de fisioterapia – Ela disse: são 06 leitos aqui, mas no Hospital tem paliativo em todo o canto. E os residentes passam não só aqui, mas nas outras áreas, então é interessante eles aprenderem um pouco aqui para quando enxergar o paciente que está em CP que não é da clínica dos CP agir conforme, né?</i></p>	<p>CP na Formação Básica e na Residência Núcleo 03</p>
<p><i>GF2.6 Residente de Nutrição – A gente da residência multi que fica aqui 06 meses. A gente vê os residentes médicos passarem, porque eles passam todo mês. E é muito engraçado ver eles no começo e no final. Porque assim... para mim no começo foi difícil, só que depois de um tempo eu fui começando a entender, né? E ai eu comecei a notar à dificuldade deles quando chegavam e o entendimento depois, né?</i></p>	<p><i>GF2.6 Residente de Nutrição – A gente da residência multi que fica aqui 06 meses. A gente vê os residentes médicos passarem, porque eles passam todo mês. E é muito engraçado ver eles no começo e no final. Porque assim... para mim no começo foi difícil, só que depois de um tempo eu fui começando a entender, né? E ai eu comecei a notar à dificuldade deles quando chegavam e o entendimento depois, né?</i></p>	<p>CP na Formação Básica e na Residência Núcleo 03</p>
<p><i>GF2.1 Médico - O principal deste estágio eu sempre falo com os residentes é uma mudança de paradigma. Eu acho que é e não é uma outra medicina, né? Digamos assim. A gente é treinado, e mesmo eu, eu não fui treinada na</i></p>	<p><i>GF2.1 Médico - O principal deste estágio eu sempre falo com os residentes é uma mudança de paradigma. Eu acho que é e não é uma outra medicina, né? Digamos assim. A gente é treinado, e mesmo eu, eu não fui treinada na</i></p>	<p>CP na Formação Básica e na Residência Núcleo 03</p>

<p><i>graduação para fazer os CP e nem na minha residência de clínica, na verdade. Os meninos tem esse contato na clínica, mas eu não tive. Um bom contato com paliativo na clínica, também não tive, assim. Foi na verdade um contato bem ruim, que até eu era um pouco traumatizada com o paliativo. Porque os chefes da clinica impunham muito. Ah, esse você vai paliar, você vai tirar tudo e vai deixar falecer. Então era aquela idéia de paliativo não vai fazer mais nada e você vai deixar morrer. Eu tinha visto isto na minha formação. Quando eu entrei na geriatria ai que foi meu contato com o paliativo bem feito, que eu aprendi o que era tecnicamente, aprendi que era acolher o sofrimento, que era tirar os sintomas principalmente. Fui aprender os conceitos para depois entender o que era. Foi dando um click na cabeça, né? Quando você entende o que é, você fala: nossa agora faz sentido! Então não é deixar o paciente morrer ali no cantinho. Infelizmente é o que acontece na maioria dos lugares e por isso que a gente se angustia depois de passar aqui.</i></p>	<p><i>graduação para fazer os CP e nem na minha residência de clínica, na verdade.</i></p> <p><b>GF2.1 Médico - Os meninos tem esse contato na clínica, mas eu não tive. (...)</b>  <i>Quando eu entrei na geriatria ai que foi meu contato com o paliativo bem feito, que eu aprendi o que era tecnicamente, aprendi que era acolher o sofrimento, que era tirar os sintomas principalmente. Fui aprender os conceitos para depois entender o que era. (...)</i></p>	<p>CP na Formação Básica e na Residência Núcleo 03</p>
<p><b>GF2.1 Médico - Então, a gente está aqui tentando fazer uma mudança de paradigma e eu acho e sempre falo isso para os grupos: eu sei que é um mês difícil, acho que é claro para mim que é um mês difícil para os residentes no sentido de ser um mês que a gente vê muita perda, que a gente lida com muito paciente, que a gente lida com muita família, é um desgaste natural muito grande, né? E é impossível acho não ser.</b></p>	<p><b>GF2.1 Médico - Então, a gente está aqui tentando fazer uma mudança de paradigma e eu acho e sempre falo isso para os grupos: eu sei que é um mês difícil, acho que é claro para mim que é um mês difícil para os residentes no sentido de ser um mês que a gente vê muita perda, que a gente lida com muito paciente, que a gente lida com muita família, é um desgaste natural muito grande, né? E é impossível acho não ser.</b></p>	<p>CP na Formação Básica e na Residência Núcleo 03</p>

---

<b><i>GF2.1 Médico - . Mas eu acho que cerca de 80% sai daqui sabendo fazer bem, ou tendo substrato para fazer um pouco melhor ai fora.</i></b>	<b><i>GF2.1 Médico - . Mas eu acho que cerca de 80% sai daqui sabendo fazer bem, ou tendo substrato para fazer um pouco melhor ai fora.</i></b>	<b>CP na Formação Básica e na Residência Núcleo 03</b>

**ANEXOS**

---

## Anexo A – Termo de Responsabilidade



Rua Santa Marcelina, 177. Itaquera – São Paulo – Brasil.

CEP: 08270-070

F: 55 11 2070.6000

www.santamarcelina.org

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Nós, **Ana Cláudia Arguelles dos Reis**, Investigadora Principal, **Dra Elaine A. Barbosa**, Supervisora do Departamento Enfermaria de Cuidados Paliativos, **Irmã Rosane Ghedin**, Diretora-Presidente do Hospital Santa Marcelina, e **Irmã Monique Bourget**, Diretora-Técnica do Hospital Santa Marcelina, Projeto apresentado à Universidade Federal de São Paulo como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde – CEDESS/UNIFESP – Modalidade Profissional nos responsabilizamos pelo estudo intitulado “**Percepções da Equipe Profissional sobre Práticas do Trabalho Interdisciplinar em Enfermaria de Cuidados Paliativos: no Contexto de um Hospital de Alta Complexidade da Grande São Paulo**”, respeitando a Resolução CNS 466/2012, Declaração de Helsinque, GCP/BPC, IHC e a legislação brasileira vigente nos seguintes termos abaixo descritos:

#### I. Responsabilidades do Investigador Principal e Equipe:

**I.1-** O Projeto de Pesquisa será conduzido pelo Pesquisador Principal e membros participantes de acordo com a legislação brasileira vigente atual, Preceitos Éticos e Normas Internacionais para pesquisa envolvendo seres humanos.

#### **I.2-** Membros participantes do estudo:

Investigador Principal: Ana Cláudia Arguelles dos Reis, Assistente Social da Enfermaria de Cuidados Paliativos.

**I.3-** Somente participarão da pesquisa os sujeitos que preencherem os critérios de elegibilidade, e que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que será aplicado por um membro participante do estudo qualificado, esclarecendo todas as dúvidas e respeitando o tempo necessário para compreensão do mesmo. Nenhum procedimento do estudo será iniciado antes da obtenção do TCLE assinado.

**I.4-** Notificar ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Santa Marcelina a ocorrência de todo e qualquer Evento Adverso Sério e as Notificações de Alerta que tiver conhecimento durante a condução desse projeto de pesquisa.

**I.5-** Sigilo e confidencialidade da identidade dos participantes de pesquisa incluídos nesse estudo. O acesso às informações de seus prontuários médicos poderá ser realizado somente por um membro participante da pesquisa, conforme garantido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Caso o estudo tenha a intenção de realizar uma gravação (vídeo e/ou áudio), adquirir fotografia e/ou coletar um depoimento do participante da pesquisa e utilizá-los em publicações de livros, revistas, artigos científicos e jornalísticos na internet, slides, pôsteres, aulas e/ou apresentações orais, deverá ser apresentado ao CEP o Termo de Responsabilidade de Utilização de Imagem. Somente poderão ser utilizados os vídeos, áudios, fotos e depoimentos caso o participante da pesquisa assine o Termo de Autorização de Uso de Imagem (TAUI).

Página 1 de 4

Rubrica

*[Handwritten signatures and initials in blue ink, including 'PAB' and '@']*



Utilização de vídeo: não se aplica

Utilização de áudio: Sim

Utilização de foto: não se aplica

Utilização de depoimento: Sim

**I.6-** O referido estudo não deverá causar nenhum aumento na frequência ou duração da rotina de atendimento médico na instituição.

**I.7-** Caso o projeto de pesquisa também seja realizado em outros centros, garantir que o mesmo seja idêntico ao projeto original apresentado ao Centro Coordenador do Estudo e que as modificações necessárias para adaptá-lo aos nossos participantes de pesquisa foram realizadas conforme recomendação da CONEP/MS. Se o mesmo não for redigido pelos investigadores pertencentes ao Hospital Santa Marcelina, demonstrar ciência e concordância com o seu desenho e embasamento científico do estudo, se responsabilizando pela condução do mesmo conforme protocolo clínico estabelecido.

**I.8-** Todos e quaisquer materiais biológicos coletados para o Projeto de Pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista e descrita no protocolo. Tais materiais somente serão armazenados caso os participantes assinem o “Termo de Autorização de Armazenamento de Material Biológico (TAAMB)”, anexado ao TCLE. Declarar ciência sobre a Resolução CNS 441/2011, a respeito de: **1.** O material biológico armazenado é do sujeito de pesquisa, sendo este sempre comunicado em caso de utilização do material em novos projetos de pesquisa, conforme firmado no TAAMB; **2.** Caso a intenção do armazenamento do material biológico seja a de formar ou incluir o material em um BIOBANCO, o estudo deve ser encaminhado obrigatoriamente à CONEP. Caso a intenção seja a de formar/ incluir o material biológico em um BIORREPOSITÓRIO, a decisão de encaminhar à CONEP caberá ao CEP; **3.** Todo projeto de pesquisa que utilizar esse material armazenado deverá ter aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição; **4.** O prazo máximo de armazenamento do material biológico é de 10 anos, havendo a necessidade de renovação de autorização pelo CEP para prorrogar esse prazo; **5.** O descarte do material biológico armazenado somente será realizado caso o paciente manifeste vontade para tal, ou por inadequação da amostra aos critérios de qualidade. **6.** Em caso de transferência do material biológico para outra instituição, será solicitada a aprovação do CEP da instituição e dos CEP das outras envolvidas. O CEP-HSM exige a apresentação da Declaração de Responsabilidade de Armazenamento de Material Biológico.

Formação/ inclusão em Biobanco: não se aplica

Formação/ inclusão em Biorrepositório: não se aplica

## II. Responsabilidade do Supervisor do Departamento:

Rubrica

Página 2 de 4

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
EAS.

**II.1-** Ter ciência da íntegra do Projeto de Pesquisa e concordância de que seja desenvolvido no Departamento de Enfermaria de Cuidados Paliativos, nos termos da legislação brasileira.

**III. Responsabilidades da Instituição:**

**III.1-** O Hospital Santa Marcelina, assume o compromisso da realização do Protocolo de Pesquisa que será desenvolvido no Departamento de Enfermaria de Cuidados Paliativos sob a responsabilidade do Investigador Principal: Ana Cláudia Arguelles dos Reis, que possui vínculo empregatício atuando como Assistente Social da Enfermaria de Cuidados Paliativos.

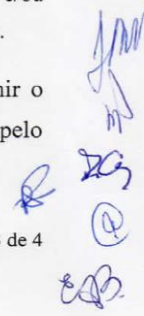
**III.2- Infraestrutura.** O Hospital Santa Marcelina está localizado à Rua Santa Marcelina, nº 177, Itaquera – São Paulo – SP, CEP 08270-070. Possui um total de 710 leitos divididos nas mais diversas especialidades médicas. Em todas as Unidades do Hospital, os pacientes admitidos contam com o atendimento de uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais. Possui também serviços de apoio ao diagnóstico, tais como: laboratório de análises clínicas, serviço de imagem (tomografia computadorizada, ultrassonografia, ecocardiografia, ressonância nuclear magnética), eletrofisiologia (eletrocardiograma, eletroencefalograma, potenciais evocados e eletroneuromiografia), hemodinâmica, quimioterapia, radioterapia, banco de sangue, centro cirúrgico, Unidade de AVC e Unidades de Terapia Intensiva Adulta, Infantil e Neonatal.

A pesquisa será realizada na Enfermaria de Cuidados Paliativos, composta por 02 quartos com 03 leitos cada um, sendo um quarto para atender pacientes do sexo feminino e o outro para pacientes do sexo masculino. A enfermaria recebe pacientes procedentes do ambulatório, pacientes transferidos de outras enfermarias, sendo que a maior demanda de pacientes são procedentes do Pronto Socorro. A unidade possui 02 médicas preceptoras, 04 médicos residentes (permanecem na enfermaria durante um mês), 01 enfermeiro, 01 nutricionista, 01 psicólogo, além de residentes da onco-hematologia (01 enfermeiro, 01 nutricionista, 01 psicólogo - que permanecem na enfermaria durante 06 meses), sendo estes os sujeitos da pesquisa.


A Instituição possui um Centro de Pesquisa Clínica, localizado à Rua Santa Marcelina, nº 91 – Itaquera – São Paulo – SP, CEP 08270-070, com estrutura apropriada e pessoas treinadas sempre disponíveis ao profissional de pesquisa. O CEP, Comitê de Ética em Pesquisa, é próprio da Instituição, localizado no 3º andar do prédio principal, sala exclusiva com secretária e armários de acesso restrito.

**III.3-** Caso haja necessidade de hospitalização do sujeito da pesquisa por intercorrência e/ou evento adverso decorrente de sua participação no estudo, o mesmo terá assistência através de atendimento e/ou internação nessa Instituição. Tal atendimento/ hospitalização será coberto por Apólice de Seguro ou SUS.

**III.4-** Caso haja armazenamento de material biológico dos participantes de pesquisa, assumir o compromisso de zelar pelo uso adequado do material biológico, de acordo com o previsto pelo protocolo de pesquisa e pela Legislação Brasileira.

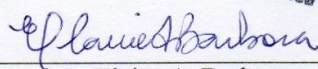







---

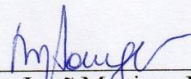
Ana Cláudia Arguelles dos Reis  
Investigadora Principal




---

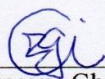
Dra. Elaine A. Barbosa  
Supervisora do Departamento Enfermaria de  
Cuidados Paliativos

Elaine Aparecida Barbosa  
CRM: 124932-SP  
Clínica Médica - Geriatria



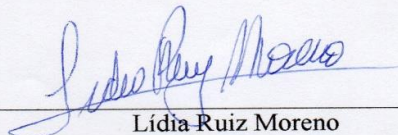

---

Irmã Monique Bourget  
Diretora-Técnica do HSM



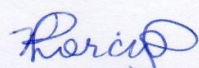

---

Irmã Rosane Ghedin  
Diretora-Presidente do HSM




---

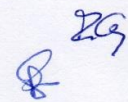
Lídia Ruiz Moreno  
Coordenadora Centro de Desenvolvimento  
Ensino Superior em Saúde CEDESS/UNIFESP




---

Rita Maria Lino Tarcia  
Orientadora Centro de Desenvolvimento  
Ensino Superior em Saúde  
CEDESS/UNIFESP

São Paulo, 07 de novembro de 2016



## Anexo B – Termo de Uso de Imagem



Rua Santa Marcelina, 177. Itaquera – São Paulo – Brasil.  
CEP: 08270-070 F: 55 11 2070.6000  
www.santamarcelina.org

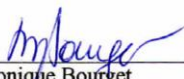
### TERMO DE RESPONSABILIDADE DE UTILIZAÇÃO DE IMAGEM


Declaro que todos os áudios e/ou depoimentos obtidos dos voluntários participantes do Projeto de Pesquisa **“Percepções da Equipe Profissional sobre Práticas do Trabalho Interdisciplinar em Enfermaria de Cuidados Paliativos: no Contexto de um Hospital de Alta Complexidade da Grande São Paulo”**, conduzido nesta instituição sob minha responsabilidade, somente serão utilizados para fins científicos e/ou de estudos (publicação em livros, revistas, artigos científicos e jornalísticos, slides, pôsteres, aulas e apresentações orais), caso os sujeitos de pesquisa assinem o “Termo de Autorização de Uso de Imagem (TAUI)”, anexado ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), obedecendo o que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto N.º 3.298/1999, alterado pelo Decreto N.º 5.296/2004).

Aqui declaro que:

Tenho a intenção de utilizar os áudios e/ou depoimentos em publicações de livros, revistas, artigos científicos e jornalísticos na internet, slides, pôsteres, aulas e/ou apresentações orais:

São Paulo, 08 de novembro de 20 16.

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Monique Bourget  
Diretora Técnica – HSM

  
\_\_\_\_\_  
Ana Cláudia Arguelles dos Reis  
Investigador Principal

## Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada “Percepções da Equipe Profissional sobre Práticas do Trabalho Interdisciplinar em Enfermaria de Cuidados Paliativos: no Contexto de um Hospital de Alta Complexidade da Grande São Paulo”. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são: Assistente Social Ana Cláudia Arguelles dos Reis (pesquisador responsável) e Prof. Dr.<sup>a</sup> Rita Maria Lino Tarcia (pesquisadora orientadora), vinculada a Universidade Federal de São Paulo – CEDESS. Os objetivos do estudo é conhecer as práticas de um trabalho interdisciplinar em enfermaria de cuidados paliativos. Todos os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme a Resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Sua participação nesta pesquisa será validada a partir da realização de um grupo focal com questões que seguirão a questão norteadora. Será utilizado um gravador portátil para esta modalidade de trabalho e observação. Esses dados serão guardados por um período de 05 anos. As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas do(s) pesquisador(es) responsável(eis). Você não será identificado(a) em nenhum momento, e quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. A pesquisa tentará preservar o máximo sua privacidade.

O sigilo será assegurado em todo o processo da pesquisa bem como o momento da divulgação dos dados por meio de publicações em periódicos e/ou apresentações em eventos científicos.

A pesquisa oferece como benefícios a possibilidade de melhoria na qualidade de atendimento oferecido pela equipe interdisciplinar na Enfermaria de Cuidados Paliativos. Sua participação não traz complicações legais, nenhum risco físico ou à sua dignidade. Você pode sentir algum tipo de constrangimento ou vergonha ao

responder os questionamentos. Caso você se sinta incomodado com alguma pergunta não precisará respondê-la. Para evitar esse tipo de situação, o(s) pesquisador(es) vai procurar lhe fazer sentir confortável durante toda a pesquisa visando seu bem estar.

O pesquisador se compromete em divulgar os resultados obtidos ao final da pesquisa. Para tanto, será deixada uma cópia do relatório final da pesquisa na Instituição CEDESS- UNIFESP para disposição de todos. O pesquisador também divulgará os resultados através de eventos e revistas científicas.

Vale ressaltar que sua participação é voluntária e você pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento sem precisar justificar, e se desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Antes de decidir em participar do estudo, poderá fazer todas e quaisquer perguntas que desejar para o pesquisador para que possa conhecer os benefícios e os danos que estará exposta(o).

Qualquer dúvida ou problema que venha a ocorrer durante a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Ana Cláudia Arguelles dos Reis, devidamente matriculada no Programa de Mestrado Profissional em Ensino de Ciências em Saúde do CEDESS (Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde/ UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), localizado no endereço: Rua Pedro de Toledo, 859 – tel: (11) 5576-4874, através do email: [anaclaireis@hotmail.com](mailto:anaclaireis@hotmail.com) e/ou pelo telefone (11) 9 9714 4378 e (11) 2070 6416.

Em caso de alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFESP: Rua Botucatu, 572 – 1º andar – Conj 14 – São Paulo – tel: (11) 5571-1062, (11) 5519-7162 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Santa Marcelina localizado à Rua Santa Marcelina, 177, telefone (11) 2070.6433 e e-mail ([comissoes@santamarcelina.org](mailto:comissoes@santamarcelina.org)) - horário de funcionamento de segunda a sexta das 08h às 16h.

### **Consentimento pós-esclarecido**

Eu, após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado(a) para participar desta pesquisa. Estou ciente dos objetivos e conteúdo da pesquisa, dos possíveis danos/riscos a que serei submetido(a), dos benefícios, da divulgação dos resultados finais e da garantia de que minha identidade será mantida em sigilo. Ficou claro para mim que minha participação é voluntária, não tendo sofrido nenhuma interferência dos pesquisadores. Sei que posso rever as informações que forneci na entrevista, corrigir o que disse e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem prejuízos, penalidades ou perda de qualquer benefício. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo. Irei assinar este termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, permanecendo uma comigo para meu controle como garantia da minha autonomia.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador



## Anexo D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP



### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Percepções da Equipe Profissional sobre Práticas do Trabalho Interdisciplinar em Enfermaria de Cuidados Paliativos: no Contexto de um Hospital de Alta Complexidade da Grande São Paulo

**Pesquisador:** ANA CLAUDIA ARGUELLES DOS REIS

**Área**

**Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 61850816.1.0000.5505

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de São Paulo

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.890.142

**Apresentação do Projeto:**

Projeto CEP/UNIFESP n: 1535/2016

Em 2002, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cuidados paliativo

trata-se: Abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, 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. (WHO, 2002). Sendo

assim, faz-se necessário, no âmbito desta pesquisa, ir além do tratamento de sintomas físicos e buscar desenvolver um olhar técnico para as questões psicossociais e espirituais do paciente. Segundo a OMS 2002, os princípios básicos que norteiam os cuidados paliativos, são: Afirmam a vida e consideram a morte como um processo natural; Buscam proporcionar alívio da dor e outros sintomas que causam sofrimento; Não pretendem acelerar ou adiar a morte; Englobam aspectos psicossociais e espirituais, no cuidado direto ao paciente; Oferecem um sistema de apoio para ajudar a família a enfrentar a situação vivenciada, durante a doença do paciente e em seu próprio luto; Usam uma

abordagem em equipe para orientar as necessidades do paciente e de seus familiares, incluindo

**Endereço:** Rua Botucatu, 571 1º Andar Conj.14

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.023-061

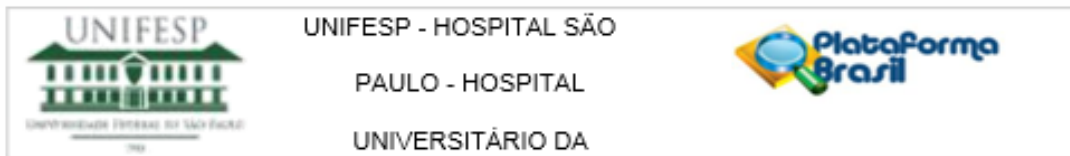
**UF:** SP

**Município:** SÃO PAULO

**Telefone:** (11)5571-1062

**Fax:** (11)5539-7162

**E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.890.142

orientação sobre luto, se indicado; São aplicáveis inicialmente no curso da doença, em conjunção com outras terapias que pretendem prolongar a vida, tais como quimioterapia ou radioterapia, e incluem os exames necessários para melhor entender e

administrar as complicações clínicas que causam sofrimento. Diante dos princípios dos cuidados paliativos, as seguintes indagações orientam esta pesquisa e fomentam o desejo de conhecer melhor essa prática em equipe profissional e articular ações para um atendimento de qualidade à pacientes/familiares, além de possibilitar a

implementação de ações educativas para a disseminação do trabalho de cuidados paliativos pelas demais enfermarias e prontos socorros do Hospital. Para os profissionais, como é realizado o trabalho da equipe interdisciplinar na enfermaria de cuidados paliativos? Qual a percepção dos profissionais sobre o trabalho realizado pela equipe interdisciplinar da qual faz parte, na enfermaria de cuidados paliativos? Como o trabalho da equipe interdisciplinar interfere ou influencia na terminalidade de vida do paciente internado?

#### Objetivo da Pesquisa:

-Hipótese: Conhecer a percepção dos profissionais que trabalham em Enfermaria de Cuidados Paliativos e como esse trabalho repercute no atendimento à pacientes/familiares.

-Objetivo Primário: Descrever a percepção dos profissionais acerca de sua prática em uma equipe interdisciplinar realizada na Enfermaria de Cuidados Paliativos em um Hospital de Alta Complexidade na Grande São Paulo, que realiza atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS)

-Objetivo Secundário: Descrever a prática profissional de uma equipe interdisciplinar realizada na enfermaria de cuidados paliativos; Relatar a percepção do profissional da equipe interdisciplinar em relação ao atendimento prestado em uma enfermaria de cuidados paliativos; Identificar como o trabalho da equipe interdisciplinar interfere ou influencia na terminalidade de vida do paciente internado.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara: -Riscos: A priori a pesquisa não oferece riscos aos envolvidos, uma vez que apresentará adequações aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades

concretas de responder a incertezas, além de considerar que o conhecimento inerente aos processos educativos, na

Endereço: Rua Botucatu, 571 1º Andar Conj.14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: secretaria.cepunftesp@gmail.com



UNIFESP - HOSPITAL SÃO  
PAULO - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA



Continuação do Parecer: 1.220.142

percepção dos profissionais não pode ser obtido por outro meio a não ser o de entrevistá-los. -Benefícios: A intervenção de uma equipe interdisciplinar treinada para o controle de sintomas físicos e psicossociais, que tenha excelente comunicação e uma "escuta apurada" para oferecer uma atenção específica e contínua ao paciente e à sua família, no processo de morte, possibilitando atenção às dores físicas, emocionais e sociais.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-Projeto apresentado à Universidade Federal de São Paulo como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde - CEDESS/UNIFESP Modalidade Profissional. Aluna: Ana Claudia Arguelles dos Reis; Orientadora: Dra. Rita Maria Lino Tarca.

-Centros Coparticipantes: Casa de Saúde Santa Marcelina; responsável: ANA CLAUDIA ARGUELLES DOS REIS.

TIPO DE ESTUDO: A presente pesquisa utilizará o método qualitativo descritivo e exploratório, uma vez que a análise do problema será caracterizado pela qualificação dos dados coletados.

LOCAL: A pesquisa será na Enfermaria de Cuidados Pallativos de Hospital de Alta Complexidade da Grande São Paulo, que realiza atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A enfermaria de cuidados pallativos recebe pacientes procedentes do ambulatório, pacientes transferidos de outras enfermarias, sendo que a maior demanda de pacientes são procedentes do Pronto Socorro.

PARTICIPANTES: Participarão da pesquisa os profissionais graduados da equipe interdisciplinar que atuam na enfermaria de Cuidados Pallativos no período diurno: 02 médicas preceptoras, 04 médicos residentes (permanecem na enfermaria durante um mês), 01 enfermeiro, 01 nutricionista, 01 psicólogo, além de residentes da oncô-hematologia (01 enfermeiro, 01 nutricionista, 01 psicólogo - que permanecem na enfermaria durante 06 meses).

PROCEDIMENTOS: A coleta de dados será realizada por meio de grupo focal. A realização do grupo focal acontecerá conforme a disponibilidade prévia dos participantes da pesquisa com agendamento prévio local para a realização de grupos focais deve ser confortável, privativo, sem interferências sonoras e de fácil acesso aos participantes. Estima-se a realização de 02 grupos focais de 06 indivíduos cada

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

1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; Orçamento financeiro e cronograma apresentados adequadamente 2- TCEs:

Endereço: Rua Botucatu, 571 1ª Andar Conj.14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

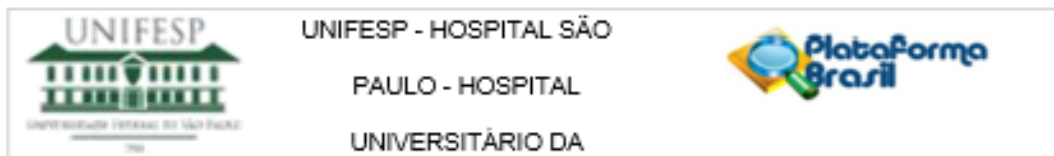
Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com





Continuação do Parecer: 1.850.142

**Recomendações:**

Nada consta

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

Trata-se de respostas de pendências ao parecer original consubstanciado CEP nº : 1.855.676 de 08/12/2016, quanto aos seguintes questionamentos abaixo:

1-O local de pesquisa será a Enfermaria de Cuidados Pallativos do Hospital Santa Marcelina de Itaquera. Realize as alterações necessárias no projeto que fazem menção ao Hospital, nas partes: resumo, apresentação, objetivo geral, cenário de pesquisa e aspectos éticos.

Em anexo encaminhado carta de ciência/autorização do responsável do local.

CEP-UNIFESP: PENDENCIA ATENDIDA

2-Em relação ao TCLE-UNIFESP: a)- a última frase antes do Consentimento pós-esclarecido (-Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo realizado pleno esclarecimento de minha participação-) foi suprimida; b)-todas as folhas foram numeradas e serão rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa no momento da aplicação do TCLE.; c)-no campo de assinaturas inseri local para o nome do participante e do pesquisador que irá aplicar o TCLE.

CEP-UNIFESP: PENDENCIA ATENDIDA

3-Em relação ao TCLE-HSM: este documento foi enviado por fazer parte do projeto e será analisado pelo CEP do Centro Coparticipante.

CEP-UNIFESP: PENDENCIA ATENDIDA

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP informa que a partir da data de aprovação final, é necessário o envio de relatórios semestrais (no caso de estudos pertencentes à área temática especial) e anuais (em todas as outras situações). E também obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

Endereço: Rua Botucatu, 571 1º Andar Conj.14			
Bairro: VILA CLEMENTINO		CEP: 04.023-061	
UF: SP	Município: SÃO PAULO		
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162	E-mail: secretaria.cep@unifesp@gmail.com	



UNIFESP - HOSPITAL SÃO  
PAULO - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA



Continuação do Parecer: 1.590.142

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_819628.pdf	12/12/2016 11:32:19		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	cartaresposta.pdf	12/12/2016 11:31:06	ANA CLAUDIA ARGUELLES DOS REIS	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoHSM.pdf	12/12/2016 11:26:02	ANA CLAUDIA ARGUELLES DOS REIS	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEHSM2.pdf	12/12/2016 11:21:46	ANA CLAUDIA ARGUELLES DOS REIS	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEUNIFESP2.pdf	12/12/2016 11:21:23	ANA CLAUDIA ARGUELLES DOS REIS	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado2.pdf	12/12/2016 11:17:18	ANA CLAUDIA ARGUELLES DOS REIS	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cep.pdf	08/11/2016 22:06:24	ANA CLAUDIA ARGUELLES DOS REIS	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEUNIFESP.pdf	08/11/2016 21:59:25	ANA CLAUDIA ARGUELLES DOS REIS	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEHSM.pdf	08/11/2016 21:58:59	ANA CLAUDIA ARGUELLES DOS REIS	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado.pdf	08/11/2016 21:58:24	ANA CLAUDIA ARGUELLES DOS REIS	Acelto
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	08/11/2016 21:45:53	ANA CLAUDIA ARGUELLES DOS REIS	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Botucatu, 571 1º Andar Conj.14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

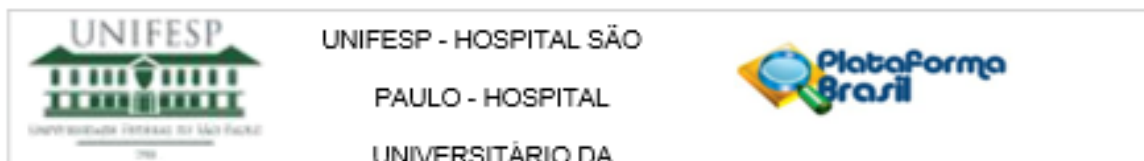
UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.290.142

SÃO PAULO, 11 de Janeiro de 2017

---

Assinado por:  
**Miguel Roberto Jorge**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 571 1º Andar Conj.14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: [secretaria.cepunifesp@gmail.com](mailto:secretaria.cepunifesp@gmail.com)

## Anexo E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da CSSM

CASA DE SAÚDE  
SANTA MARCELINA



PARCELO CONSUBSTANCIADO DO CFP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Percepções da Equipe Profissional sobre Práticas do Trabalho Interdisciplinar em Enfermaria de Cuidados Paliativos: no Contexto de um Hospital de Alta Complexidade da Grande São Paulo

**Pesquisador:** ANA CLAUDIA ARGUELLES DOS REIS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 81850816.1.3001.0066

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de São Paulo

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.001.723

#### Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa utilizará o método qualitativo, descritivo e exploratório, uma vez que a análise do problema será caracterizado pela qualificação dos dados coletados.

A pesquisa será na Enfermaria de Cuidados Paliativos do Hospital Santa Marcelina de Itaquera, caracterizado como um Hospital de Alta Complexidade da Grande São Paulo, que realiza atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A enfermaria de cuidados paliativos recebe pacientes procedentes do ambulatório, pacientes transferidos de outras enfermarias, sendo que a maior demanda de pacientes são procedentes do Pronto Socorro. A coleta de dados será realizada por meio de grupo focal.

Para Kind (2004), a interação grupal que ocorre durante a realização dos grupos focais produz dados e insights únicos. Os dados obtidos a partir da soma de opiniões, sentimentos e pontos de vista individuais se constituem pelo processo do grupo. O grupo focal conserva o caráter de técnica de coleta de dados, a priori, para investigação qualitativa e esse recurso metodológico contribui no processo de construção do conhecimento. O grupo focal caracteriza-se na tradição dialética, na construção de conhecimento em espaços de intersubjetividade.

Após a realização dos grupos focais passaremos para a análise dos dados.

A análise dos dados será realizada a partir da análise de conteúdo definida como "um conjunto de

**Endereço:** Rua Santa Marcelina, 177 - 3º andar  
**Bairro:** Itaquera **CEP:** 08.270-070  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)2070-6433 **Fax:** (11)2070-6433 **E-mail:** comissoes@santamarcelina.org

CASA DE SAÚDE SANTA  
MARCELINA



Continuação do Parecer: 2.001.723

técnicas de análise das comunicações." (BARDIN.1979, p.31)

**Objetivo da Pesquisa:**

Descrever a percepção dos profissionais acerca de sua prática em uma equipe interdisciplinar realizada na Enfermaria de Cuidados Paliativos do Hospital Santa Marcelina de Itaquera, caracterizado com um Hospital de Alta Complexidade na Grande São Paulo, que realiza atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Descrever a prática profissional de uma equipe interdisciplinar realizada na enfermaria de cuidados paliativos; Relatar a percepção do profissional da equipe interdisciplinar em relação ao atendimento prestado em uma enfermaria de cuidados paliativos; Identificar como o trabalho da equipe interdisciplinar interfere ou influencia na terminalidade de vida do paciente internado.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: A pesquisa não oferece riscos aos envolvidos, uma vez que apresentará adequações aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder a incertezas, além de considerar que o conhecimento inerente aos processos educativos, na percepção dos profissionais não pode ser obtido por outro meio a não ser o de entrevistá-los.

Benefícios: A intervenção de uma equipe interdisciplinar treinada para o controle de sintomas físicos e psicossociais, que tenha excelente comunicação e uma "escuta apurada" para oferecer uma atenção específica e contínua ao paciente e à sua família, no processo de morte, possibilitando atenção às dores físicas, emocionais e sociais.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa interessante que abrange uma área do conhecimento ainda pouco explorada e que pode determinar algumas condutas e direcionar ações visando o bem estar do paciente através de uma assistência interdisciplinar prestada de forma adequada e humanizada.

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

Todos os termos presentes de acordo com o preconizado pela legislação

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

Prezada investigadora, favor anexar o Termo de Uso de Imagem após emissão deste parecer.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Favor encaminhar relatório de conclusão.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

**Endereço:** Rua Santa Marcelina ,177 - 3º andar  
**Bairro:** Itaquera **CEP:** 08.270-070  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)2070-6433 **Fax:** (11)2070-6433 **E-mail:** comissoes@santamarcelina.org

CASA DE SAÚDE SANTA  
MARCELINA

Continuação do Parecer: 2.001.723

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO 819628.pdf	12/12/2016 11:32:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	cartaresposta.pdf	12/12/2016 11:31:06	ANA CLAUDIA ARGUELLES DOS REIS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoHSM.pdf	12/12/2016 11:26:02	ANA CLAUDIA ARGUELLES DOS REIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEHSM2.pdf	12/12/2016 11:21:46	ANA CLAUDIA ARGUELLES DOS REIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEUNIFESP2.pdf	12/12/2016 11:21:23	ANA CLAUDIA ARGUELLES DOS REIS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	projetedetalhado2.pdf	12/12/2016 11:17:18	ANA CLAUDIA ARGUELLES DOS REIS	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO 819628.pdf	08/11/2016 22:09:40		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cep.pdf	08/11/2016 22:06:24	ANA CLAUDIA ARGUELLES DOS REIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEUNIFESP.pdf	08/11/2016 21:59:25	ANA CLAUDIA ARGUELLES DOS REIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEHSM.pdf	08/11/2016 21:58:59	ANA CLAUDIA ARGUELLES DOS REIS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	projetedetalhado.pdf	08/11/2016 21:58:24	ANA CLAUDIA ARGUELLES DOS REIS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	08/11/2016 21:45:53	ANA CLAUDIA ARGUELLES DOS REIS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Santa Marcelina ,177 - 3º andar  
**Bairro:** Itaquera **CEP:** 08.270-070  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)2070-6433 **Fax:** (11)2070-6433 **E-mail:** comissoes@santamarcelina.org

CASA DE SAÚDE SANTA  
MARCELINA



Continuação do Parecer: 2.001.723

SAO PAULO, 05 de Abril de 2017

---

Assinado por:  
Alberto Alcides Fernandes  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Santa Marcelina ,177 - 3º andar  
**Bairro:** Itaquera **CEP:** 08.270-070  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)2070-6433 **Fax:** (11)2070-6433 **E-mail:** comissoes@santamarcelina.org