



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Francisca Fernanda Barbosa Oliveira

Cuidados paliativos para profissionais de saúde atuantes em oncologia

Campina Grande, PB
Dezembro, 2018

Francisca Fernanda Barbosa Oliveira

Cuidados paliativos para profissionais de saúde atuantes em oncologia

Trabalho de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, como requisito parcial a obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Processos psicossociais e saúde..

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Railda Sabino Fernandes Alves

Campina Grande, PB
Dezembro, 2018

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

O48c Oliveira, Francisca Fernanda Barbosa.
Cuidados paliativos para profissionais de saúde atuantes em oncologia [manuscrito] / Francisca Fernanda Barbosa Oliveira. - 2018.
153 p. : il. colorido.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Railda Sabino Fernandes Alves, Departamento de Psicologia - CCBS."
1. Cuidados paliativos. 2. Profissionais de saúde. 3. Profissionais de apoio. 4. Oncologia. I. Título
21. ed. CDD 616.992

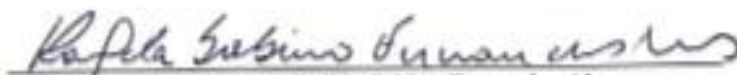
**CUIDADOS PALIATIVOS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE
ATUANTES EM ONCOLOGIA**

Trabalho de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, como requisito parcial a obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

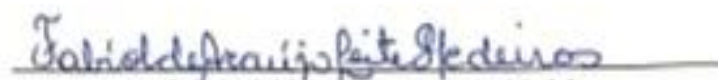
Área de concentração: Processos psicossociais e saúde.

Aprovada em: 21/12/2018

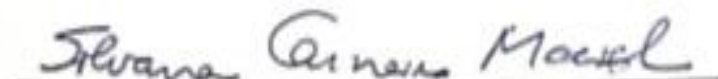
BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Raílda Sabino Fernandes Alves
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



Prof.ª Dr.ª Fabíola de Araújo Leite Medeiros
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB



Prof.ª Dr.ª Silvana Carneiro Maciel
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho ao meu tio Geraldo (tio Gerim) (*in memoriam*). Um ser humano simples e com o coração mais bondoso que eu já tive a oportunidade de conviver. Eternas saudades.

Com carinho, da sua sobrinha.

AGRADECIMENTOS

À Deus e Maria Santíssima, pela minha vida e da minha família, pela superação, por todas nossas conquistas, em especial pela conclusão do mestrado.

À minha mãe, minha maior incentivadora para que eu concretize meus sonhos. Obrigada por não me deixar desistir, pelos seus ensinamentos, por me apoiar em todas minhas decisões e continuar sonhando junto comigo. À senhora minha eterna gratidão.

Ao meu pai, pelos ensinamentos, por me apoiar e respeitar minhas escolhas. Ao senhor minha eterna gratidão.

Aos meus irmãos, pelo apoio e incentivo. Gratidão!

À tia Helena pelos seus ensinamentos, carinho e por dedicar anos da sua vida aos meus cuidados. À senhora minha eterna gratidão.

A minha sobrinha (Isis), por me ensinar que existe um amor maior do que eu já tinha sentido. Amo você incondicionalmente!

À minha avó paterna (Luordes), pelo carinho e orações diárias. Gratidão!

Ao meu avô paterno (José) (*in memorian*), avô materno (João) (*in memorian*) e avó materna (Letícia) (*in memorian*).

A todos os meus familiares que direta ou indiretamente contribuíram para efetivação desse sonho. Obrigada pelo carinho e torcida.

Às equipes de trabalho que fiz parte nesse percurso do mestrado e/ou faço parte atualmente, pela compreensão nos momentos que me ausentei do ambiente de trabalho. Obrigada.

Aos amigos Anielle e Vicente, pela acolhida e apoio na minha volta para Fortaleza, vocês foram muito importante nessa transição. Muito obrigada.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Railda Sabino Fernandes Alves, agradeço pelas orientações na construção desse estudo e por compartilhar seu saber que muito contribuiu na minha formação pessoal e profissional. Agradeço também pela acolhida, paciência, disponibilidade e carinho que teve comigo durante esse processo. Minha sincera gratidão.

À Gabi, companheira de estudo e grande amiga que compartilhou e vivenciou essa jornada junto comigo, desde a idealização, ainda no período da Residência, até sua efetivação.

À amiga e colega de turma Gilmara, obrigada pelo apoio durante a etapa da coleta de dados. Gratidão!

Aos amigos e colegas de turma Ana, Elizama, Jully, Lisandra e Jaelson, pela amizade construída ao longo desses dois anos. Obrigada por todos os esclarecimentos de dúvidas e momentos compartilhados.

Aos colegas de mestrado, pelo companheirismo nessa jornada e pela oportunidade de compartilhar momentos significativos que muito contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

À Universidade Estadual da Paraíba, pela oportunidade de realizar o mestrado na área de Psicologia da Saúde, área de grande relevância para o cuidado integral e humanizado.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, pelos ensinamentos, partilhas e contribuições no meu processo formativo.

A todos os funcionários da Universidade Estadual da Paraíba que contribuem para o funcionamento desta instituição.

À Fundação Assistencial da Paraíba-FAP, por autorizar e abrir as portas da instituição possibilitando a realização desse estudo. Muito obrigada.

Aos profissionais que participaram desse estudo, pela receptividade, disponibilidade e confiança de compartilhar suas experiências de trabalho na área da oncologia. Esse trabalho foi possível graças à participação de vocês. Minha gratidão a todos vocês.

Às professoras Dr^a. Fabíola de Araújo Leite Medeiros e Dr^a. Silvana Carneiro Maciel que aceitaram o convite para participar da banca examinadora. Obrigada pela disponibilidade.

Que Deus abençoe todos vocês!

RESUMO

A abordagem dos cuidados paliativos, principalmente no âmbito nacional, ainda é considerada recente e desconhecida. Os poucos estudos empíricos realizados até o momento têm privilegiado o conhecimento das práticas dos profissionais de saúde. Neste sentido, a presente pesquisa além de apresentar dados sobre os profissionais de saúde, apresenta, também, dados sobre os discursos dos técnicos de apoio, em relação aos cuidados paliativos. Cuidado paliativo é uma forma de cuidado integral, com uma abordagem multidisciplinar, direcionada para pacientes com doenças crônicas, limitadoras e progressivas, visando promover melhor qualidade de vida para o paciente e sua família. A assistência paliativa pode ser realizada por todos os profissionais de saúde. Além destes, os técnicos de apoio, diretamente ligados às práticas médicas, podem desempenhar um relevante papel à hora de prestar a assistência integral de saúde às pessoas em palição, considerando que assistência integral amplia-se para todas as práticas realizadas pelas equipes de: porteiro/maqueiro, secretaria, copa, limpeza do ambiente, dentre todas as demais. O presente estudo teve como objetivo geral conhecer os discursos sobre cuidados paliativos de profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de saúde e técnicos de apoio que atuam em um hospital referência em oncologia, na cidade de Campina Grande - PB. O estudo configurou-se como uma pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem quanti-qualitativa. Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos, um questionário sociodemográfico e uma entrevista semiestruturada. A amostra dessa pesquisa foi composta por 20 profissionais de saúde e 11 profissionais de apoio que atuam em um serviço referência no tratamento oncológico. Após a coleta os dados foram analisados através do método da Análise de Conteúdo, mediante a técnica de enunciação. Os dados quantitativos foram apresentados em tabelas e os dados qualitativos nas árvores de associação de sentidos. O estudo seguiu os passos previstos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, respeitando os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos. Para melhor compreensão e visibilidade os resultados foram divididos em duas grandes categorias. A primeira aborda os discursos dos profissionais de saúde sobre cuidados paliativos na área oncológica e a segunda os discursos dos profissionais de apoio. No que concerne aos profissionais de saúde constatou-se que estes apresentam conhecimento dos cuidados paliativos, porém ainda muito associado a cuidados de fim de vida. Já os profissionais de apoio alguns denotam conhecimento limitado e outros desconhecem totalmente essa filosofia. Algumas ações foram mencionadas pelos profissionais de saúde, os de apoio não consideram suas ações como sendo exclusivas de cuidados paliativos. Os vínculos afetivos foram evidenciados como causadores de sofrimento diante da morte do doente para ambos os grupos. Os sentimentos de impotência e frustração marcaram os discursos dos profissionais de saúde, além das dificuldades técnicas e do sistema de saúde. Almeja-se que o resultado dessa pesquisa colabore com outros estudos científicos demonstrando a importância de maiores investimentos na área dos cuidados paliativos, na formação dos profissionais de saúde para atuar com esse público, assim como também na preparação da equipe de apoio, que, também, contribui para o cuidado integral do doente.

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos; Profissionais de saúde; Profissionais de apoio; Oncologia.

ABSTRACT

Especially at the national level, the palliative care approach is still considered recent and unknown. The few empirical studies conducted so far have privileged the knowledge of the practices of health professionals. In this sense, the present research, in addition to presenting data on health professionals, also presents data about the speeches of support technicians on palliative care. Palliative care is a form of comprehensive care, with a multidisciplinary approach, aimed at patients with chronic, limiting and progressive diseases, aiming to promote a better quality of life for the patient and his family. Palliative care can be performed by all health professionals. In addition to these, the support technicians, directly linked to medical practices, play an important role in providing comprehensive health care to people in need of care, considering that full assistance extends to all practices performed by the teams of: doorman/stretchers bearer, secretary, scullery, cleaning services, among all the others. The present study had as general objective to know the discourses about palliative care of professionals that compose the multiprofessional health teams and support technicians who work in an oncology reference hospital, in the city of Campina Grande - PB. The study was set up as an exploratory and descriptive, quantitative-qualitative approach. Data were collected through two instruments, a sociodemographic questionnaire and a semi-structured interview. The sample of this research was composed of 20 health professionals and 11 support professionals who work in a referral service in cancer treatment. After the data collection, the data were analyzed through the Content Analysis method, using the enunciation technique. Quantitative data were presented in tables and qualitative data in sense association trees. The study followed the steps set by the Resolution 466 of December 12, 2012, of the National Health Council, respecting the ethical aspects of research with human beings. For better understanding and visibility the results were divided into two broad categories. The first one addresses the speeches of health professionals about palliative care in the oncology area and the second the speeches of support professionals. In regard to health professionals, it was reported that they present knowledge of palliative care, but still very much associated with end-of-life care. Some support professionals, however, denote limited knowledge and others are totally unaware of this philosophy. Some actions were mentioned by the health professionals and those of support do not consider their actions as being exclusive to palliative care. The affective bonds were evidenced as cause of suffering before the death of the patient for both groups. The feelings of impotence and frustration marked the speeches of the health professionals, besides the technical difficulties and the health system. It is hoped that the result of this research will collaborate with other scientific studies demonstrating the importance of greater investments in the palliative care area, in the training of health professionals to work with this public, as well as in the preparation of the support team, which also contributes to the integral care of the patient.

Keywords: Palliative Care; Health professionals; Support professionals; Oncology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de transição da assistência curativa ao cuidado paliativo	31
Figura 2. Árvore de associação de sentidos: Conceito de cuidados paliativos para os profissionais de saúde atuantes em oncologia	68
Figura 3. Árvore de associação de sentidos: Ações de cuidados paliativos para profissionais de saúde	75
Figura 4. Árvore de associação de sentidos: Interação da equipe multiprofissional nas assistenciais em cuidados paliativos	82
Figura 5. Árvore de associação de sentidos: Dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde na assistência ao doente oncológico em cuidados paliativos	88
Figura 6. Árvore de associação de sentidos: Formação dos profissionais de saúde para a atuação em cuidados paliativos e terminalidade	97
Figura 7. Árvore de associação de sentidos: Sentidos de cuidados paliativos para profissionais de apoio atuantes em oncologia	102
Figura 8. Árvore de associação de sentidos: Ações de cuidados paliativos para profissionais de apoio atuantes em oncologia	105
Figura 9. Árvore de associação de sentidos: A interação entre os profissionais de apoio na assistência do doente oncológico em cuidados paliativos	110
Figura 10. Árvore de associação de sentidos: Sentimentos dos profissionais de apoio diante do doente oncológico em cuidados paliativos	113
Figura 11. Árvore de associação de sentidos: Dificuldades encontradas pelos profissionais de apoio no atendimento do doente oncológico em cuidados paliativos	117

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Características sociodemográficas dos profissionais de saúde que atuam em um hospital referência em oncologia na cidade de Campina Grande – PB. **58**
- Tabela 2.** Profissão, nível e área de pós-graduação dos profissionais de saúde de um hospital referência em oncologia na cidade de Campina Grande – PB. **60**
- Tabela 3.** Tempo de formação, atuação e carga horária de trabalho dos profissionais de saúde que atuam em um hospital referência em oncologia na cidade de Campina Grande – PB. **62**
- Tabela 4.** Características sociodemográficas dos profissionais de apoio que atuam em um hospital referência em oncologia na cidade de Campina Grande – PB. **63**
- Tabela 5.** Escolaridade, tempo de trabalho e carga horária na instituição dos profissionais de apoio que atuam em um hospital referência em oncologia na cidade de Campina Grande – PB. **64**

LISTA DE SIGLAS

ABCP - Associação Brasileira de Cuidados Paliativos

ABS - Atenção Básica de Saúde

AMB - Associação Médica Brasileira

AMIB - Associação de Medicina Intensiva Brasileira

ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos

APS - Atenção Primária de Saúde

CACON - Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

CFM - Conselho Federal de Medicina

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

ECO - Escola Cearense de Oncologia

ESAS - Edmonton Symptom Assessment System

FAP – Fundação de Assistência da Paraíba

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HSPE-SP - Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

IASP - Associação Internacional de Estudos da Dor

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICC - Instituto do Câncer do Ceará

IMIP - Materno Infantil de Pernambuco

INCA - Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva

MS – Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PB - Paraíba

PNAO - Política Nacional de Atenção Oncológica

PNH - Política Nacional de Humanização da Assistência à Saúde

PNPCC-RAS - Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no SUS

PPS - Palliative Performance Scale

SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e gerontologia

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UEPB - Universidade Estadual da Paraíba

UNACON - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

UNIFESP/EPM - Escola Paulista de Medicina

USFC - Universidade Federal de Santa Catarina

UTI - Unidades de Terapias Intensivas

WPCA - Worldwide Palliative Care Alliance

SUMÁRIO

1	Introdução	16
2	Referencial teórico	23
2.1	Psicologia da saúde	23
2.2	Cuidados Paliativos: história, conceito e princípios	27
2.2.1	Métodos de avaliação em cuidados paliativos	30
2.3	Cuidados paliativos na realidade brasileira	33
2.3.1	Desenvolvimento dos cuidados paliativos no Brasil	33
2.3.2	Modalidades de assistência em cuidados paliativos	38
2.3.3	Ensino e cuidados paliativos no cenário brasileiro	43
2.4	Câncer: estimativas, conceito, fatores de risco, diagnóstico, impacto e tratamentos	47
3	Procedimentos Metodológicos	51
3.1	Tipo de pesquisa	51
3.2	Local da Pesquisa	51
3.3	População e amostra	53
3.3.1	Critérios de inclusão	53
3.3.2	Critérios de exclusão	53
3.4	Instrumentos de coleta de dados	54
3.5	Procedimento de coleta de dados	55
3.6	Processamento e Análise dos Dados	56
3.6.1	Apresentação dos resultados	57
3.7	Aspectos éticos	57
4	Análise dos discursos e apresentação	58
4.1	Perfil sociodemográfico dos participantes	58
4.1.1	Perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde	58
4.1.2	Perfil sociodemográfico dos profissionais de apoio	63
4.2	Resultados e discussão dos dados qualitativos	66
4.2.1	Sentidos, conceitos, ações, dificuldades, interação entre as equipes e formação em cuidados paliativos na área oncológica	67
4.2.1.1	Conceitos de cuidados paliativos para profissionais de saúde atuantes em oncologia	68
4.2.1.2	Ações de cuidados paliativos para profissionais de saúde atuantes em	75

	oncologia	
4.2.1.3	Interação da equipe multiprofissional nas assistenciais em cuidados paliativos	82
4.2.1.4	Dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde na assistência ao doente oncológico em cuidados paliativos	88
4.2.1.5	Formação insuficiente dos profissionais de saúde para a atuação nos cuidados paliativos	97
4.2.2	Sentidos, ações, interação entre os profissionais, sentimentos e dificuldades na área oncológica	101
4.2.2.1	Sentidos de cuidados paliativos para profissionais de apoio atuantes em oncologia	102
4.2.2.2	Ações de cuidados paliativos para profissionais de apoio atuantes em oncologia	105
4.2.2.3	A interação entre os profissionais de apoio na assistência do doente oncológico em cuidados paliativos	110
4.2.2.4	Sentimentos dos profissionais de apoio diante do doente oncológico em cuidados paliativos	113
4.2.2.5	Dificuldades encontradas pelos profissionais de apoio no atendimento ao doente oncológico em cuidados paliativos	117
	Considerações finais	120
	Referências	124

Anexos

Anexo - A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Anexo - B Termo de Autorização para Gravação de Voz

Anexo - D Termo de Anuência do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba-FAP

Anexo – E Parecer Consubstanciado do CEP

Apêndice

Apêndice A - Instrumento da Coleta de Dados - Questionário Sociodemográfico

Apêndice B - Instrumento da Coleta de Dados - Roteiro de Entrevista Semiestruturada

Introdução

Os avanços na área da biomedicina juntamente com as modernas tecnologias de saúde têm contribuído consideravelmente para a melhoria da saúde da população (Machado, Pessini & Hossne, 2007). Os antibióticos e as campanhas de vacinação contribuíram para o controle de várias doenças infecciosas, por sua vez, os novos fármacos têm proporcionado à cura ou maior sobrevida de pacientes com diversas doenças, entre elas, o câncer. Já os modernos aparatos tecnológicos, como exames de imagem, respiradores, marcapassos, dilatadores, entre outros, tem contribuído para maior qualidade de vida dos pacientes. Soma-se a isso a alta tecnologia disponível na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para restabelecer e manter a vida, muitas vezes prolongando a morte (Melo & Camponero, 2011).

Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a expectativa de vida média, no Brasil, foi estimada em 2014 em 75,2 anos sendo 71,6 anos para homens e 78,8 anos para mulheres. Esses dados indicam que entre os anos de 1940 e 2014 a expectativa de vida dos brasileiros teve um aumento em média de 29,7 para ambos os sexos (IBGE, 2015). Estima-se que o país, em 2025, estará na sexta posição entre os países com maior número de idosos. Em números o Brasil terá em média 32 milhões de pessoas idosas (Carboni & Reppetto, 2007).

Carboni e Reppetto (2007) explanam que à medida que a população vive mais, está mais exposta a desenvolver algum tipo de doença crônica. De acordo com Veras (2012) entre a população com mais de 65 anos, mais de 10% dessa população apresenta em média cinco ou mais doenças crônicas simultaneamente. Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) as doenças crônico-degenerativas, como câncer, demência, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, fragilidade e outras, apresentam maior predominância em idosos (SBGG, 2015).

Dentre as doenças crônicas de maior incidência destacamos o câncer. Os dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) revelam que a incidência e a mortalidade por adoecimento de câncer continuam aumentando, sendo considerado um problema de saúde pública, se destacando como a segunda causa de morte por doença na população do Brasil. Em 2012, ocorreram aproximadamente 14 milhões de novos casos de cânceres, com previsão de esse número aumentar nas próximas duas décadas em torno de 70%. No Brasil, foram estimados, para 2018-2019, cerca de 600 mil casos novos de câncer (INCA, 2015a, 2017a; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2017).

De acordo com os dados mundiais de câncer do projeto Globocan, em 2012, foram registrados 14,1 milhões de casos novos de cânceres acompanhados de 8,2 milhões de mortes decorrentes dessa patologia no mundo. Os dados apontam ainda que dos 14,1 milhões de casos novos, mais de 60% incidiram em países em desenvolvimento, e das 8,2 milhões de mortes, 70% ocorreram nos referidos países. Para o ano de 2030, é estimada 21,4 milhões de casos novos de câncer e 13,2 milhões de mortes. A incidência do câncer decorre do aumento da longevidade, da redução na mortalidade infantil e das mortes por doenças infecciosas, nos países citados (INCA, 2014, 2015a).

É sabido que os avanços tecnológicos têm contribuído para o diagnóstico e o tratamento de câncer, entretanto a maioria dos pacientes oncológicos recebe diagnóstico em estágios avançados (Silva & Hortale, 2006), diminuindo as chances de cura e demandando novas formas de cuidado que possibilitem maior controle dos sintomas e melhore a qualidade de vida. Perante esse quadro os cuidados paliativos surgem como uma nova forma de cuidado, propondo cuidado humanizado e integral, com o fito de promover melhor qualidade de vida para o paciente e seus familiares (Silva et al., 2015; Melo & Camponero, 2011).

Os cuidados paliativos são compreendidos como um conjunto de cuidados destinados a melhorar a qualidade de vida do paciente fora de possibilidade de cura, podendo ser

iniciados desde o diagnóstico de uma doença crônica, progressiva, que ameaça a vida, até o período de luto, com o intuito de promover melhor qualidade de vida para o paciente e seus familiares (Savoi, 2013; Maciel, 2006a). Esses cuidados são realizados por uma equipe multiprofissional, incluindo médico, enfermeiro, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeuta, assistente espiritual, nutricionista, odontólogo, entre outros, direcionados para o alívio e manejo da dor e de outros sintomas de ordem física, psicológica, espiritual e social (Maciel, 2006a). Destacamos que a literatura sobre os cuidados paliativos, quando menciona os profissionais envolvidos em palição, não incluem os técnicos de apoio que atuam nos serviços dedicados aos cuidados paliativos. Estes profissionais também são importantes para assistência integral do paciente em cuidados paliativos.

Maciel (2008) explica que os cuidados paliativos podem ser ofertados para pessoas com doenças crônicas, tais como hipertensão, diabetes, insuficiência de órgãos, doenças neurológicas degenerativas, sequelas neurológicas, doenças genéticas na infância, doenças restritivas respiratórias e AIDS, entre outras. Silva e Hortale (2006) esclarecem que no início da sua história os cuidados paliativos eram ofertados somente para pacientes oncológicos, com a sua expansão esses cuidados começaram a ser disponibilizados para pacientes com outras patologias.

Anualmente 40 milhões de pessoas precisam de cuidados paliativos, no entanto somente 14% dessas, recebem esses cuidados no final da vida. No Brasil, é estimado que anualmente 650 mil pessoas necessitam dos serviços de cuidados paliativos (OMS, 2017). No que se refere à estimativa mundial 85% que apresentam demanda de cuidados paliativos são pacientes oncológicos (Fundação Câncer, 2011).

Os cuidados paliativos no Brasil tiveram início em meados de 1980 e tem sua prática guiada pela humanização do atendimento, em consonância com a Política Nacional de Humanização da Assistência à Saúde (PNH). Oficialmente os cuidados paliativos foram

incorporados nos serviços de saúde, em 1998, quando o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Portaria nº 3.535, de 2 de setembro de 1998, estabelecendo os critérios para cadastramento dos centros de atendimento em oncologia, garantindo atendimento integral ao paciente oncológico. Na portaria supracitada, os cuidados paliativos fazem parte dos serviços obrigatórios que devem ser ofertados nos centros de tratamento oncológico (Brasil, 1998).

No Brasil, a Política Nacional de Cuidados Paliativos para o SUS foi aprovada recentemente. No dia 23 de novembro de 2018, foi publicada no Diário Oficial da União (nº 225, Seção 1, pág. 276) a Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, regulamentando os cuidados paliativos no sistema público de saúde brasileiro (ANCP, 2018; Brasil, 2018).

De acordo com Melo (2003) um dos obstáculos para a implantação dos serviços de cuidados paliativos no Brasil é a lacuna na formação dos profissionais de saúde para atender pacientes que necessitam desses cuidados. Segundo estudos a temática dos cuidados paliativos ainda é pouco discutida durante a formação dos profissionais de saúde, sendo o ensino voltado para cura da doença (Toledo & Priolli, 2012; Oliveira, Ferreira & Rezende 2013; Fonseca & Geovanini, 2013; Braga & Queiroz, 2013; Hermes & Lamarca, 2013; Costa, Poles & Silva, 2016).

Corroborando os citados autores, Cardoso et al. (2013) afirmam que a prática da equipe de saúde é direcionada para proteção da vida e à cura, e a morte é vista como um fracasso, pois diante da falta de preparo para cuidar de paciente fora de possibilidade terapêutica curativa e diante da iminência da morte os profissionais sentem-se fracassados e impotentes.

Machado, Pessini e Hossne (2007) afirmam que comumente a formação dos profissionais de saúde está voltada para o manejo dos recursos técnicos em saúde, dando pouca ênfase ao ensino dos cuidados humanizados. Verifica-se que nem todos os profissionais de saúde detêm habilidades para prestar cuidado humanizado e integral,

principalmente quando estes cuidados são direcionados para pacientes em fim de vida, logo o contato com a morte do outro pode refletir sobre sua própria finitude (Vargas, 2010).

No que tange aos profissionais das equipes de apoio que atuam em serviços de saúde, especificamente na área oncológica, ainda são escassos estudos com esses profissionais. No entanto, compreendemos que todos os profissionais que atuam em serviços de saúde, destacando os que trabalham em ambiente hospitalar, são importantes para práticas de cuidados humanizados e contribuem para assistência integral do paciente. Em se tratando especificamente da atuação com pacientes em cuidados paliativos, as equipes multiprofissionais, assim como todos os servidores que atuam em hospitais, devem desenvolver assistência de cuidados paliativos, promovendo cuidado integral ao paciente e seus familiares, conforme suas necessidades diárias (Bastos, Fonseca, Pereira & Silva, 2016).

Depois de mapear minimamente os dados que embasaram a realização desta pesquisa, passo agora a apresentar os elementos motivacionais para tal. A motivação para realização dessa pesquisa surgiu a partir da minha vivência na Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, com ênfase em Cancerologia, em um hospital de alta complexidade, referência no tratamento oncológico no Norte/Nordeste, localizado no Ceará. Na ocasião me foi dada oportunidade de atuar, enquanto psicóloga residente, e de participar de equipes multiprofissionais, atuantes nos diferentes setores do hospital, atendendo pacientes com diferentes tipos de cânceres e em diferentes estágios da doença.

Em todos os setores em que atuei, por várias vezes, deparei-me com pacientes submetidos a tratamentos paliativos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, acompanhamento no ambulatório da dor, entre outros) com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida. Por diversas vezes, dialogando com os profissionais de saúde e de apoio, percebi uma provável lacuna sobre o conhecimento do tema de cuidados paliativos e dificuldade em falar do processo de terminalidade. Recorrendo a literatura observei que alguns autores assinalam que

a formação dos profissionais de saúde ainda é deficitária nas questões relacionadas à formação em cuidados paliativos e terminalidade. E em relação aos profissionais de apoio, até onde pesquisamos não foram encontradas pesquisas com esse público abordando a temática em questão.

Diante do contexto apresentado, esse estudo teve como objetivo geral conhecer os discursos sobre cuidados paliativos de profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de saúde e técnicos de apoio, que atuam em um hospital referência em oncologia, na cidade de Campina Grande - PB. E como objetivos específicos caracterizar o perfil dos profissionais de saúde e das equipes de apoio que compõem a amostra; analisar os discursos sobre cuidados paliativos de profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de saúde; analisar os discursos sobre cuidados paliativos para os profissionais que compõem as equipes técnicas de apoio; verificar os níveis de interação entre as equipes de profissionais estudadas; e avaliar possibilidades e limites para a realização de práticas em cuidados paliativos.

O presente trabalho está estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo versa sobre o referencial teórico, inicia-se com a apresentação da psicologia da saúde, abordando conceitos e campo de atuação do psicólogo, destacando algumas atribuições do psicólogo na atenção terciária, mais especificamente no contexto hospitalar. Dando continuidade resgatamos aspectos históricos, conceitos, princípios e métodos de avaliação em cuidados paliativos. Logo após, apresentamos o desenvolvimento dos cuidados paliativos no Brasil, salientando história, modalidades de assistência e ensino dos profissionais na realidade brasileira. Tendo em vista que esse estudo foi realizado em uma unidade que presta assistência a pessoas com câncer, apresentamos brevemente conceitos e dados estatísticos sobre incidência e prevalência do câncer.

No segundo capítulo é apresentado o procedimento metodológico. São abordados o tipo de pesquisa, local do estudo, participantes, instrumentos, procedimento de coleta de dados, processamento e análise dos dados, apresentação e aspectos éticos.

No terceiro e último capítulo são apresentados os resultados seguidos por suas respectivas análises. Essa parte do trabalho inicia-se com a apresentação dos dados quantitativos, caracterizando a população estudada. Logo após são expostos os resultados qualitativos, estes foram divididos em duas grandes categorias seguidas de subcategorias. A primeira grande categoria refere-se aos discursos dos profissionais de saúde sobre cuidados paliativos na área oncológica. Na segunda categoria são apresentados os discursos dos profissionais de apoio sobre cuidados paliativos na área oncológica.

2 Referencial Teórico

2.1 Psicologia da Saúde

A psicologia da saúde se interessa em compreender e intervir nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais envolvidos no processo saúde e doença e nos processos de cuidados, considerando o sujeito na sua integralidade (Ribeiro, 2011; Straub, 2014). Segundo o pensamento de Alves (2008) a Psicologia da Saúde é um campo da Psicologia que tem como foco a saúde integral do sujeito. Nesse campo a prática do psicólogo é ampliada para além da clínica, dedicando-se aos aspectos físicos, psicológicos e sociais envolvidos na saúde e na doença, desenvolvendo ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças.

Alves, Santos, Ferreira, Costa e Costa (2017) compreendem a psicologia da saúde como uma especialidade independente, com arcabouço teórico próprio, que reúne conhecimento multidisciplinar de diferentes disciplinas das ciências da saúde e social, dentre elas a psicologia clínica, comunitária e social, juntamente com a epidemiologia, antropologia, sociologia e medicina comportamental. A psicologia da saúde tem como contexto de intervenções os três níveis de atenção de saúde, ou seja, atenção primária, secundária e terciária, com ações de prevenção, promoção, avaliação, tratamento, reabilitação, ensino e pesquisas (Godoy, 1999; Alves & Eulálio, 2011).

Na Atenção Primária de Saúde (APS), o psicólogo da saúde desenvolve suas ações direcionadas para promoção de saúde e prevenção de doenças. Sua atuação tem como foco principal prevenir o surgimento de doenças, por meio da construção de hábitos de vida saudáveis e prevenção de comportamentos de riscos que contribuem para o aparecimento de determinadas doenças (Alves & Eulálio, 2011).

Nesse nível de atenção as ações vão além do nível individual, ou seja, estão principalmente voltadas para a comunidade. A partir do conhecimento do perfil epidemiológico de saúde/doença da comunidade, o psicólogo pode desenvolver estratégias de

promoção de saúde e prevenção de doenças. As intervenções devem ser multiprofissionais, uma vez que o conhecimento e o aporte das diferentes disciplinas dão subsídios para o desenvolvimento de intervenções compatíveis com as necessidades da população (Alves et al., 2017).

A atenção secundária, engloba ambulatórios e centros de especialidades, nesses espaços o psicólogo tem como principal atribuição acompanhar o paciente durante o processo do tratamento, com o intuito de prevenir complicações da patologia e promover ações que incentive a adesão às terapêuticas. Nesse nível de atenção, o psicólogo desenvolve mais intervenções particulares da profissão, como psicoterapias, psicodiagnósticos, elaboração de pareceres, encaminhamentos, atendimento junto com a equipe multiprofissional, elaboração de programas de adesão ao tratamento, entre outras (Alves & Eulálio, 2011).

A atenção terciária inclui os centros de alta complexidade, geralmente hospitalares. Nesse nível é realizado o acompanhamento de pacientes que estão em processo de tratamento, seja clínico, cirúrgico, quimioterápico e/ou radioterápico. Aqui as intervenções estão voltadas para o paciente, família e equipe, englobando atendimento de apoio e orientações aos pacientes e familiares, atendimento pré-cirúrgico, atendimento na pediatria, auxiliar a equipe multiprofissional, realizar interconsulta, acompanhar pacientes em cuidados paliativos e na UTI, dentre outras. Esse profissional também deve desenvolver pesquisas na área da saúde, investigando os aspectos biopsicossociais do processo saúde/doença “analisando como o entorno sociocultural afeta a saúde/doença/cuidado/vida/morte em consequência dos estilos de vida” (Alves & Eulálio, 2011, p. 80).

As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACONs) fazem parte da atenção terciária, responsáveis pela realização de tratamentos oncológicos (cirúrgico, quimioterápico e/ou radioterápico, entre outros) e acompanhamento de pacientes com câncer. A Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, estabelece que a assistência ao paciente

oncológico deve ser realizada por uma equipe multiprofissional, dentre esses profissionais está o psicólogo (Brasil, 2014), que deve prestar assistência ao paciente durante todo o curso do tratamento, inclusive nos cuidados paliativos.

A psicologia da saúde, em sua amplitude de possibilidades de intervenções, alcança todos os níveis de intervenção em saúde e, por sua vez, vários contextos e locais em que se faz necessária a prática psicológica. Nesta direção, cabe aqui uma nota sobre a psicologia no contexto hospitalar. No Brasil, diferente de outros países, a psicologia hospitalar é uma especialidade da psicologia reconhecida pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) por meio da Resolução nº 02/2001 (Alves et al., 2017). No entanto alguns autores (Yamamoto & Cunha 1998; Castro & Bornholdt, 2004; Alves et al., 2017) defendem que a psicologia hospitalar não é um campo autônomo da psicologia, pois se considerarmos a psicologia hospitalar um campo independente estaremos associando-a ao local de trabalho e não ao exercício das práticas do psicólogo. Na visão dos citados autores, o hospital é um campo de intervenção do psicológico da saúde, e a psicologia praticada no hospital, entendida como uma prática aplicada no contexto hospitalar.

No contexto hospitalar, o psicólogo da saúde se utiliza de manejos específicos com o intuito de minimizar os sofrimentos do paciente/família/equipe advindos do adoecimento, tratamentos e hospitalização. Assim, a função do psicólogo nesse ambiente é realizar avaliação psicológica, acompanhamento pré e pós-cirúrgico, orientações, realização de grupos e salas de espera, acompanhamento a pacientes em UTI e cuidados paliativos, dentre outras. Especificamente no acompanhamento a pacientes em cuidados paliativos no ambiente hospitalar, o psicólogo deve realizar atendimentos de apoio e suporte aos pacientes e familiares, trabalhando questões relacionadas à morte, medos, perdas, luto e o desejo de morrer, considerando os aspectos psicológicos, sociais e espirituais envolvidos nesse processo,

com o intuito de promover qualidade de vida para o paciente e família (Maciel, 2006a; Veit & Barros, 2008).

Diante do adoecimento de um ente querido a família também sofre alterações na sua estruturação, necessitando muitas vezes organizar o grupo familiar para realizar os cuidados e acompanhar o paciente durante consultas, internações e no período de tratamento. Essa realidade pode desencadear ansiedade, estresse, distúrbio do humor, dentre outras reações emocionais, demandando a atenção de um psicólogo. Nesse sentido, a família também é foco de cuidado do psicólogo que atua no contexto hospitalar. Este profissional deve oferecer apoio e suporte emocional e orientações aos familiares desde o momento da comunicação do diagnóstico até o tratamento, incluindo os cuidados paliativos, podendo intervir na mediação da comunicação e relação entre equipe-paciente-família, identificando e reforçando os recursos de enfrentamento, dando suporte e apoio emocional, clarificando os sentimentos, trabalhando medos, fantasias, angústias e ansiedades que permeiam o momento do adoecimento e tratamento (Mendes, Lustosa, & Andrade, 2009).

O psicólogo deve ainda oferecer apoio e suporte à equipe multiprofissional, com o objetivo de prevenir o desgaste e reações emocionais dos profissionais, principalmente na assistência de pacientes em processo de terminalidade, auxiliando-os a identificar e desenvolver estratégias de enfrentamento para lidar com essas situações. O psicólogo deve ainda auxiliar na comunicação e relação da equipe com pacientes e familiares, assim como também na relação entre os próprios profissionais da equipe (Maciel, 2006a; Mendes; Lustosa, & Andrade, 2009).

A inclusão do psicólogo nas equipes multiprofissionais de saúde originou algumas necessidades, dentre elas, a falta de preparo para trabalhar com questões relacionadas ao processo da morte e do morrer. Na formação acadêmica, essa temática ainda é pouco contemplada, tal realidade demonstra a necessidade da inserção dessa temática na formação

dos psicólogos e dos demais profissionais de saúde, visto que o aumento das doenças crônico-degenerativas exige novas abordagens de cuidado e profissionais capacitados para realizar cuidado humanizado e integral aos pacientes portadores dessas patologias e à sua família (Ferreira, Lira, Siqueira & Queiroz, 2013).

2.2 Cuidados Paliativos: história, conceito e princípios

O cuidado com foco no acolhimento, alívio do sofrimento e proteção data desde a antiguidade. Nesse período os cuidados eram ofertados em *hospices* (hospedarias), acolhendo doentes, moribundos, órfãos e famintos (Academia Nacional de Cuidados Paliativos [ANCP], 2017). O termo *hospice* vem do latim *hospes*, que significa estranho e em seguida anfitrião, posteriormente passou a conotar *hospitalis*, que quer dizer amigável, ou seja, um gesto de boas-vindas, evoluindo para o *Hospicium* que significa hospitalidade, alojamento, entretenimento (Melo & Caponero, 2009; Santos, 2011).

Em 1842, em Lyon, na França, Mme. Jeanne Garnier introduziu pela primeira vez o termo *hospice* como um lugar dedicado aos cuidados de pessoas em fim de vida. Juntamente com a comunidade as Damas do Calvário, ela fundou diversos *hospices* destinados especificamente para o cuidado de moribundos. Em Dublin, na Irlanda, em 1879 a Irma Mary Aikenhead fundou o *Our Lady's Hospice*. Essa mesma ordem religiosa criou, na Inglaterra, o *Saint Josep Hospice* (Guimarães, 2013). Nesses locais, a assistência prestada era basicamente leiga e direcionada para a assistência espiritual e o alívio da dor (Maciel, 2008).

Silva (2004) relata que até o século XIX os cuidados de pacientes em fim de vida eram realizados em *hospices*. Em meados do século XX, na Inglaterra e em vários outros países, começa a ser preconizado um novo modo de cuidado, priorizando o alívio e controle da dor e de outros sintomas. O Movimento *Hospice* Moderno, como ficou conhecido, iniciou-se com a fundação do *St Christopher's Hospice*, em 1967, em Londres, conduzido pela

assistente social, enfermeira e médica Dame Cecily Saunders. O *St. Christopher's* é pioneiro em ofertar cuidado integral ao paciente, promovendo o alívio e controle dos sintomas e sofrimentos de ordem física, psicológica, social e espiritual. É também modelo no ensino e pesquisa em cuidados paliativos (Menezes, 2004; Maciel, 2008; Matsumoto, 2012).

O termo paliativo provém do latim *pallium*, que significa manto. Simbolicamente a expressão manto se remete a acolher, cuidar e proteger (Savoi, 2013). Maciel (2006) e Maciel et al. (2016) fazendo uma analogia ao termo *pallium* com os cuidados paliativos, afirmam que esses cuidados tem a finalidade de aliviar os desconfortos, assegurando uma morte digna ao paciente.

A expressão cuidados paliativos foi introduzida inicialmente no Canadá, posteriormente adotada pela OMS, em virtude da dificuldade de tradução apropriada da palavra *hospice* para outras línguas (Maciel, 2008; Matsumoto, 2012). Assim, em 1990 a OMS definiu pela primeira vez cuidados paliativos e redefiniu 2002 como sendo:

(...) cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (OMS, 2002, p. 84)

O cuidado paliativo alude o acompanhamento de uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeira, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, representantes religiosos e voluntários. Essa equipe deve ser apta para identificar as necessidades do paciente e desenvolver práticas de cuidado integral e humanizado, com o objetivo de promover melhor qualidade de vida para o paciente e sua família, durante o curso de uma doença progressiva e limitadora, esse cuidado se amplia à família após a morte do paciente, no período de luto (Taquemori & Sera, 2012). Estes autores não incluem os técnicos de apoio como coadjuvantes no processo de cuidado paliativo.

Os cuidados paliativos são compreendidos como uma filosofia de trabalho, guiada por princípios, abordando uma nova forma de cuidado, com o objetivo de promover melhor qualidade de vida, por meio do alívio da dor e controle de outros sintomas, de ordem física, psicológica, social e espiritual do paciente e familiar (Melo & Caponero, 2009). Nesse sentido, a OMS estabelece princípios que orientam a prática dos cuidados paliativos, são eles: promover o alívio da dor e de outros sintomas estressantes; reafirmar a vida e ver a morte como um processo natural; não antecipar e nem postergar a morte; integrar aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado; oferecer um sistema de suporte que auxilie o paciente a viver tão ativamente quanto possível, até a sua morte; oferecer um sistema de suporte que auxilie a família e entes queridos a sentirem-se amparados durante todo o processo da doença; ser iniciado o mais precocemente possível, junto a outras medidas de prolongamento de vida, como a quimioterapia e a radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas (OMS, 2002).

Matsumoto (2012) esclarece que os cuidados paliativos são desenvolvidos baseados nos princípios bioéticos, os quais asseguram que o paciente receba assistência integral durante o curso da doença até os momentos finais de sua vida, promovendo uma morte digna e amparando os familiares. Nos cuidados paliativos a autonomia deve ser respeitada, ou seja, as decisões a serem tomadas devem contar com a participação do doente, favorecendo o exercício de sua autonomia enquanto sujeito ativo (Kovács, 2003; Matsumoto, 2012).

Os cuidados ofertados pela equipe visam à qualidade de vida e à dignidade do paciente até o momento da sua morte, respeitando os princípios da beneficência e não maleficência (Matsumoto, 2012). Esclarecendo o princípio da beneficência, Nunes (2008) diz que esse princípio concerne aos benefícios que possam aportar ao doente, sendo necessário ter cautela em relação à escolha das ações terapêuticas no que tange a seus riscos e benefícios. Tais escolhas devem favorecer a beneficência e não trazer mais sofrimento para o

doente. Por sua vez, a não-maleficência está relacionada a não acarretar prejuízos, ou seja, os procedimentos devem causar o menor dano possível ao paciente (Savoi, 2013).

Maciel (2008) explica que os cuidados paliativos podem ser iniciados desde o início de uma doença crônica, podendo inicialmente ser associados a tratamentos modificadores da doença, contudo, conforme a progressão da doença, esses cuidados tornam-se mais intensivos, posto que, cada fase da doença requer cuidados específicos. Para isso é importante identificar a fase da sua evolução para que sejam realizadas medidas de conforto para suprir as necessidades do paciente (Maciel et al., 2016; Maciel, 2008).

Como visto à medida que a doença progride maior será a necessidade dos cuidados paliativos. Sendo assim, a avaliação do paciente é primordial, seja no atendimento ambulatorial ou no período de hospitalização (Maciel, 2012a). Arantes (2012) e Maciel (2012a) apresentam critérios e métodos de avaliação para identificar fases e necessidades do paciente em cuidados paliativos, os resultados dessa avaliação auxiliam os profissionais de saúde no planejamento da assistência do paciente e de sua família.

2.2.1 Métodos de avaliação em cuidados paliativos

Na concepção da OMS toda pessoa portadora de doença grave, avançada e fora de possibilidade terapêutica curativa, que comprometa a continuidade da vida é elegível de receber a assistência de cuidados paliativos, a partir do momento do diagnóstico. No entanto, sabe-se que se essa menção fosse obrigatória na prática, grande parte dos pacientes não receberia essa assistência, uma vez que ainda não contamos com a quantidade suficiente de profissionais e serviços que atuam nessa linha de cuidado (Arantes, 2012).

Arantes (2012) explica que existem critérios para a avaliação do momento em que os cuidados paliativos devem ser indicados. Dentre os critérios deve ser considerado: “o

momento do diagnóstico, quando a doença é detectada em estágio em que a possibilidade de cura é questionável, ou quando já se esgotaram todas as possibilidades de tratamento curativo ou de manutenção da vida e a doença progride” (INCA, 2017b, p.58).

Diante disso, é relevante ressaltar que o foco e os objetivos dos cuidados paliativos sofrem mudanças ao longo da evolução da doença, ou seja, inicialmente podem ser associados com tratamentos modificadores da doença, e com a progressão da mesma esses cuidados podem se tornar exclusivos (SBGG, 2015). O gráfico (Figura 1) a seguir ilustra as mudanças de foco em cada fase da doença.

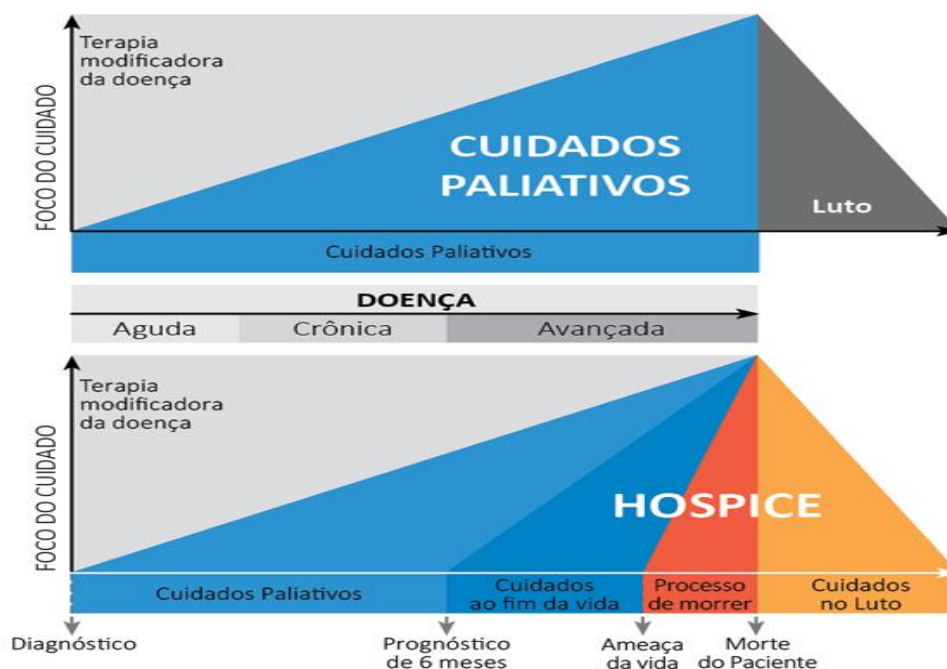


Figura 1. Modelo de transição da assistência curativa ao cuidado paliativo.

Fonte: <http://www.prolarhomecare.com.br/site/hospice.html>

Os cuidados paliativos podem caminhar juntamente com os tratamentos modificadores da doença, e com a sua progressão dessa esses cuidados são intensificados. Após a morte do doente esses cuidados devem ser direcionados aos familiares no período do luto, em forma de apoio e suporte (SBGG, 2015).

O prognóstico de tempo de vida está entre os critérios mais debatidos. Aqueles pacientes com expectativa de seis meses de vida podem ser elegíveis de cuidados paliativos

exclusivos, este é um critério baseado no *MEDICARE*¹ (Arantes, 2012). Dentre os critérios, para que um paciente seja acompanhado pelo *MEDICARE*, é necessário que ele apresente expectativa de seis meses de vida (Barbosa, 2011).

Para avaliação do paciente em cuidados paliativos existem algumas escalas que avaliam a capacidade física e os sintomas do paciente. Tais escalas permitem maior compreensão da evolução da doença, assim como auxiliam nas condutas terapêuticas. A seguir apresentaremos brevemente algumas das escalas disponíveis (Maciel, 2012a).

A Escala de Performance Status de Karnofsky foi proposta para avaliar a capacidade física de pacientes oncológicos, com o intuito de averiguar o desenvolvimento de atividades básicas. A escala Karnofsky apresenta graduação de 100 a 10, cada número corresponde a características clínicas apresentadas pelo paciente, e indicam que quanto menor o resultado maior a necessidade de cuidados paliativos (Arantes, 2012). Essa escala é frequentemente utilizada na avaliação de pacientes oncológicos (Maciel, 2012a).

A Palliative Performance Scale (PPS), também utilizada na avaliação do paciente em cuidados paliativos, constitui-se de uma escala de 0% a 100%, distribuída em “11 estágios e intervalos de 10 em 10, não aceitando valores intermediários”. Sua aplicação é guiada por cinco critérios: capacidade de locomoção, atividade e evidência da doença, capacidade para o autocuidado, ingesta alimentar espontânea e nível de consciência (Maciel, 2011, p. 53). A PPS deve ser realizado diariamente nos pacientes hospitalizados, em consultas ambulatoriais e nas visitas domiciliares. Os resultados auxiliam na compreensão do progresso do paciente (Maciel, 2012a).

Já para a avaliação dos sintomas uma das escalas utilizada é a Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), a mesma constitui-se de uma escala numérica de 0 a 10, acompanhada dos seguintes sintomas: dor, fadiga, náusea, depressão, ansiedade, sonolência,

¹ “É um seguro social americano destinado a cobrir os gastos de saúde de pessoas idosas (com 65 anos ou mais)” (Barbosa, 2011, p. 26).

apetite, bem estar, sono, dispneia, e o último sintoma fica a critério do paciente, para cada sintoma o paciente atribui um número de 0 a 10. Essa escala auxilia na identificação e monitoração de sintomas do paciente (Maciel, 2012a).

Figueiredo (2008) ressalta que o uso dessas escalas juntamente com as observações e o acompanhamento da equipe multiprofissional possibilitam identificar a fase e as necessidades do paciente, dando subsídios aos profissionais para planejar a assistência a esse.

2.3 Cuidados paliativos na realidade brasileira

2.3.1 Desenvolvimento dos cuidados paliativos no Brasil

No Brasil, os primeiros serviços de cuidados paliativos datam a década de 80. Nesse período no Rio Grande do Sul foram criados os primeiros serviços de cuidados paliativos, em seguida foi criado o serviço do INCA, no Rio de Janeiro, e posteriormente em Santa Catarina, Paraná e Jaú-São Paulo (Maciel, 2006b).

Em 1997, na cidade de São Paulo, profissionais com desejo em comum em se aprofundar no tema e propalar o assunto no Brasil, fundaram a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) (Hermes & Lamarca, 2013). A ABCP é dedicada a divulgar conhecimentos relacionados aos cuidados paliativos, doenças crônico-degenerativas, terminalidade, através da formação de profissionais de saúde e desenvolvimento de estudos, com o intuito de melhorar a qualidade de assistência disponibilizada aos pacientes que necessitam desses cuidados (Melo, 2003).

O INCA também foi um marco na história dos cuidados paliativos no Brasil. Foi lá que, em 1998, foi inaugurada a Unidade IV exclusiva para a assistência em cuidados paliativos. A unidade IV oferece serviços de enfermagem, pronto-atendimento, ambulatório e internação domiciliar. Também está dedicada ao ensino, ofertando o curso de especialização em Medicina Paliativa para diferentes clínicas médicas, entre elas, oncologia clínica ou

cirúrgica, anestesiologia, clínica médica, geriatria, medicina geral e comunitária (Maciel, 2006b). Nacionalmente, essa unidade é referência no ensino de cuidados paliativos para profissionais de saúde (Menezes, 2004).

Já no ano de 2000, foi criado o Programa do Hospital do Servidor Estadual de São Paulo, inicialmente ofertando assistência domiciliar direcionada para pacientes oncológicos, e em seguida foi fundada uma ala específica de cuidados paliativos (Maciel, 2006a; Hermes & Lamarca, 2013). Nesse período outras unidades de cuidados paliativos foram surgindo em várias localidades do país, como: o Projeto Casa Vida, vinculado ao Hospital do Câncer de Fortaleza, no Ceará; o grupo de Cuidados Paliativos em Aids do Hospital Emílio Ribas de São Paulo, Assistência Domiciliar em prefeituras no Paraná e de várias cidades do Nordeste, dentre outras (Maciel, 2006b).

No ano de 2002, o MS instituiu duas importantes portarias para o desenvolvimento dos cuidados paliativos no sistema de saúde, nesse ano foi criado o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, por meio da Portaria nº 19 de 3 de janeiro de 2002, com atenção direcionada para pacientes com dor e cuidados paliativos (Brasil, 2002a). No mesmo ano, foram criados, por meio da Portaria nº 1.319/GM, os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica no SUS dedicados a atender integralmente pacientes com dor crônica (Brasil, 2002b).

Na sequência, em 2004, foi fundada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). A ANCP é dirigida por médicos, permitindo que outros profissionais de saúde participem como sócios adjuntos. A ANCP tem contribuído nos principais progressos dos cuidados paliativos no país, como: a organização de critérios de qualidade para os serviços de cuidados paliativos; contribuição no reconhecimento do profissional paliativista; ampliação do diálogo com os Ministérios da Saúde e o da Educação, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB); participa da Câmara Técnica sobre

Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do CFM; colabora na construção de resoluções referente à prática médica em cuidados paliativos (ANCP, 2017).

No ano de 2005, duas importantes portarias contribuíram para que a assistência dos cuidados paliativos adentrassem na atenção oncológica. Nesse ano foi instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), por meio da Portaria nº2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Nessa política além dos serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, os cuidados paliativos são assegurados para todos os pacientes com câncer que necessitem desses cuidados (Brasil, 2005a). Foi instituída também a Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005, definindo as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACONs), e os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACONs). Tal portaria afirma que os cuidados paliativos devem ser realizados nessas instituições por uma equipe multiprofissional, com a finalidade de promover qualidade de vida para os pacientes que necessitam desses cuidados (Brasil, 2005b).

Nesse percurso, do desenvolvimento dos cuidados paliativos no Brasil, o CFM também tem se destacado na luta pelo reconhecimento da medicina paliativa e na instituição de resoluções para a prática dos cuidados paliativos. Em 2006, por meio da Resolução 1.805, o CFM regulamenta a prática médica quanto à suspensão ou limitação de tratamentos e procedimentos que não tragam benefícios ao paciente com doença grave fora de possibilidades de terapêuticas curativas. Orienta ainda que deve ser prestado cuidado integral, promovendo o alívio dos sintomas e respeitando as vontades do paciente e/ou do seu representante legal (CFM, 2006).

Outro acontecimento importante foi a aprovação do artigo 41, parágrafo único do Código de Ética Médica. De acordo com o artigo citado, diante de um paciente com doença progressiva e sem possibilidade de cura, o médico deve prestar todos os cuidados paliativos

sem cultivar tratamentos fúteis ou obstinados, respeitando os desejos do paciente e/ou responsável legal (CFM, 2009).

Já em 2011, o CFM, regulamenta a Medicina Paliativa, por meio da Resolução CFM 1.973/2011. A Medicina Paliativa é um campo específico da medicina que engloba diferentes especialidades médicas, como: clínica médica, cancerologia, geriatria e gerontologia, medicina da família e comunidade, pediatria e anestesiologia (CFM, 2011). Em 2016, por meio da Resolução CFM nº 2.149/2016, foram incluídas duas especialidades médicas, a de cabeça e pescoço e medicina intensivista (CFM, 2016).

Melo e Caponero (2011) afirmam que a medicina paliativa tem como principal objetivo cuidar, reconhecendo que pequenas ações de cuidado podem proporcionar bem-estar para o paciente. Os profissionais que exercem a medicina paliativa valorizam a assistência multiprofissional para o cuidado do paciente e de sua família e reconhecem a morte como um processo natural do desenvolvimento humano.

Em 2013 foi lançada a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no SUS (PNPCC-RAS), instituída pela Portaria nº 874/2013, inserindo os cuidados paliativos na rede de atenção à saúde, ou seja, na atenção básica, atenção de média e de alta complexidade de saúde. Define ainda o papel de todos os serviços de saúde na atenção do paciente em cuidados paliativos (Brasil, 2013a).

A Política Nacional de Cuidados Paliativos para o SUS foi aprovada na 8ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no formato de Resolução da CIT (ANCP, 2018). A Resolução Nº 41, de 31 de outubro de 2018, “dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS)” (Brasil, 2018, s/p).

A Resolução da CIT aprovada e assinada pelas três instituições pactua oficialmente uma meta para o SUS: oferecer CP de qualidade e baseado em evidência, seguindo a

definição da OMS, para toda a Rede de Atenção à Saúde. Este documento dá um norte, especifica uma meta e estabelece um objetivo comum, agora oficialmente pactuado por todas as instâncias constituintes do SUS. O próximo passo agora torna-se uma necessidade de governo, e não só um desejo da sociedade. Para este próximo passo se concretizar, precisaremos de Portarias especificando como chegar lá. (...) Ao ser implantada, uma Portaria pode vir acompanhada ainda por um outro documento, uma Diretriz, esta última voltada para os profissionais que atuam à beira do leito, especificando aspectos técnicos mais diretamente relacionados à assistência (ANCP, 2018, s/p).

Como exposto no recorte do depoimento do Presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos Daniel Neves Forte, essa Política representa uma importante conquista na história dos cuidados paliativos no Brasil, pois ela visa guiar a prática dos cuidados paliativos no país. No entanto, ainda temos muito a conquistar, é necessário a criação e aprovação de outros documentos para que seja efetivada (ANCP, 2018).

No que concerne à formação dos profissionais de saúde Lima e Buys (2008) discorrem que esta ainda é focada nos aspectos físicos e pouca atenção é dada à temática dos cuidados humanizados e da terminalidade. Hermes e Lamarca (2013) constataram que durante a graduação o tema terminalidade e cuidados paliativos são pouco discutidos. Essa realidade aponta a urgente necessidade da inclusão dessas temáticas nas grades curriculares de ensino. As autoras supracitadas esclarecem que a abordagem desses assuntos, na graduação, não vai preparar o profissional para sua prática, no entanto, podem contribuir para fomentar discussões entre os profissionais de saúde, assim como, também, diante de pacientes com doenças limitadoras e fora de possibilidade de terapêutica curativa, o profissional pode se sentir mais seguro para realizar os cuidados desses pacientes.

Segundo a ANCP (2017, s.p) ainda há desconhecimento e preconceito dos cuidados paliativos, sobretudo entre “médicos, profissionais de saúde, gestores hospitalares e poder judiciário”. Este desconhecimento leva a que os cuidados paliativos sejam confundidos com a eutanásia, além disso, ainda existe discriminação quanto ao uso de opioides e outras drogas, para o controle dos sintomas (Morosini, 2016).

Diante do que foi mencionado considera-se importante esclarecer os conceitos de eutanásia, distanásia, suicídio assistido e ortotanásia, visto que ainda são confundidos com a prática dos cuidados paliativos. De acordo Torres (2012) e Kovács, (2003) a distanásia, faz referência a procedimentos e tratamentos fúteis que provocam dor e sofrimento ao paciente, com a finalidade de prolongar a vida, retardando a morte. Já a eutanásia se refere à abreviação da vida, isso é possível por meio de procedimentos artificiais, que tem como intuito acelerar a morte do paciente. Por sua vez, o suicídio assistido é a morte planejada pelo próprio sujeito, ou seja, é ele quem realiza o ato, recebendo auxílio de uma segunda pessoa.

Por último, a ortotanásia, propõe o respeito ao tempo de morrer. Permite a suspensão ou limitação dos tratamentos e procedimentos que não trazem benefícios para o paciente fora de possibilidade de cura (Kovács, 2003; Torres, 2012). Sua prática é legalizada no Brasil pela Resolução CFM nº 1.805/2006 e autorizada pelo parágrafo único do artigo 41 do Código de Ética Médica de 2009 (Torres, 2012). Diante de pessoas com doença sem possibilidade de cura a ortotanásia é uma opção de cuidado, visto que respeita o processo da doença e da morte (Morosini, 2016).

2.3.2 Modalidades de assistência em cuidados paliativos

De acordo com Savoi (2013) em alguns países a prática de cuidados paliativos já é guiada por políticas de saúde, exemplificando, a autora cita a Europa, onde os cuidados paliativos são um direito afirmado na Constituição. Lá existem leis que organizam os serviços públicos destinados à prestação de cuidados ao paciente que se encontra com doença que ameaça a vida.

Os registros da ANCP (disponível em <https://paliativo.org.br/ancp/onde-existem/> recuperado em 30 de novembro de 2018) mostram que, no Brasil, atualmente existem 182 serviços de cuidados paliativos espalhados por todo o país. A região Sudeste se destaca com

maior número de serviços em cuidados paliativos, o Nordeste, por sua vez, aponta 37 serviços de cuidados paliativos (ANCP, 2018).

A assistência em cuidados paliativos vem sendo desenvolvida em algumas instituições de saúde do país, estes serviços estão distribuídos em Hospitais (Enfermaria/Unidade de Cuidados Paliativos, Equipe Consultora ou Volante e Equipe Itinerante), em Unidade Hospitalar Especializada em Cuidados Paliativos, Unidade de Cuidados Paliativos-Dia, Ambulatórios e em Domicílio, inseridos em instituições públicas e privadas (Maciel, 2012b).

A Enfermaria/Unidade de Cuidados Paliativos é uma área com leitos exclusivos, que pode ser anexada no próprio complexo hospitalar, bem como uma unidade separada. As terapêuticas aplicadas têm o objetivo de cuidar e não curar, proporcionando melhor qualidade de vida para o paciente e sua família (Rodrigues, 2012). Nesta unidade são recebidos pacientes com diferentes demandas, incluindo aqueles que carecem de um período curto de internação, em torno de 14 dias, como também os que necessitam de uma hospitalização mais longa, em média de 2 a 3 meses (Maciel, 2012b).

Essa unidade difere-se do hospital geral, já que nela é ofertada assistência diversificada, incluindo momentos de convívio com a participação das famílias, além do cuidado integral realizado pela equipe de profissionais. Os cuidados são realizados por uma equipe multiprofissional especializada em cuidados paliativos, incluindo médicos, equipe de enfermagem, psicólogo, assistente social e capelão de caráter ecumênico. Outros profissionais podem ser solicitados, como fisioterapeutas, farmacêutico clínico, dentre outras especialidades, com o objetivo de promover alívio dos sintomas físico, psicológico, social e espiritual (Maciel, 2012b).

A Equipe Consultora ou Volante é compreendida como uma equipe interdisciplinar especializada em cuidados paliativos, que desenvolve suas ações no ambiente hospitalar, no entanto não dispõe de leitos exclusivos de cuidados paliativos. Essa equipe atua por meio de

solicitações das demais equipes do hospital, dessa forma ela não fica responsável pelo cuidado integral do paciente, porém dá suporte e orienta a equipe assistencial no processo de cuidado do paciente e de sua família (Rodrigues, 2012). Compõe essa equipe médico, enfermeira, psicóloga, assistente social, e outros profissionais condizentes com a demanda. Tais profissionais atuam de acordo com os princípios dos cuidados paliativos (Maciel, 2012b).

A Equipe Itinerante assim como a anterior é solicitada pelo médico assistente, no entanto, a equipe de cuidados paliativos fica responsável pela assistência do paciente, podendo o médico assistente permanecer ou não acompanhando junto com a equipe de cuidados paliativos. Esse modelo de assistência também não dispõe de leitos específicos e os pacientes estão internados em enfermarias gerais (Rodrigues, 2012).

No Ambulatório, por sua vez, é realizado o acompanhamento de pacientes com doença em progressão, ameaçadora da vida e fora de possibilidade de cura. Esses pacientes são acompanhados através de consultas, por um profissional especializado em cuidados paliativos (Maciel 2012b, Santos 2016). Esse atendimento tem como objetivo promover o alívio dos sintomas, abordando questões de ordem física, psicológica, social e espiritual, além de prezar por uma boa comunicação, informando e esclarecendo pacientes e familiares sobre o curso da doença e propostas terapêuticas. Para isso o serviço deve disponibilizar uma equipe multiprofissional, seja ela mínima, composta por médico, enfermeira, psicólogo, com ou sem assistente social; ou completa, composta de médico, enfermeira, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista e assistente social. Quando necessário outros profissionais podem ser solicitados (Maciel, 2012b).

Rodrigues (2012) aponta que existe pouco assunto/estudo contemplando os cuidados paliativos em ambulatórios, principalmente na APS, o mesmo autor cita a realidade de outros países, como o Reino Unido, por exemplo, que já dispõe de um sistema estruturado de

cuidados paliativos. Tal experiência poderia ser utilizada para estruturar a atenção básica brasileira para prestar os serviços de cuidados paliativos.

A Unidade de Cuidados Paliativos - Dia é um espaço dedicado aos cuidados de pacientes que estão em suas residências, com o objetivo de atender demandas específicas durante o curso da doença. Funciona de 5 a 6 horas por dia, conta com profissionais de diferentes categorias, entre eles fisioterapia, terapia ocupacional, musicoterapia, arteterapia, cuidados com a aparência e nutrição, realizando diferentes atividades com pacientes e familiares, possibilitando o compartilhando de experiência entre eles (Maciel, 2012b).

O Atendimento Domiciliar em Cuidados Paliativos consiste na assistência dedicada a pacientes com doença avançada e progressiva, que precisam de acompanhamento e controle dos sintomas. O atendimento é realizado através de visitas domiciliares por médico e/ou enfermeira especializados em cuidados paliativos. O planejamento dos cuidados do paciente acompanhado pela equipe de atenção domiciliar deve ser realizado por uma equipe do centro especializado ou ambulatório de cuidados paliativos, ao qual o paciente é referenciado. Preferencialmente, esses cuidados devem ser efetivados pelos profissionais de saúde da Atenção Básica de Saúde (ABS) da localidade do paciente, esses profissionais devem manter comunicação com a equipe especializada de cuidados paliativos (Maciel, 2012b).

A PNPC-RAS estabelece que a equipe da ABS deve realizar atendimento domiciliar, participar na assistência de cuidados paliativos dos pacientes oncológicos, integrada com as equipes de atendimento domiciliar e com as do UNACON e dos CACAONs, bem como estar interligada aos demais serviços de saúde da rede (Brasil, 2013).

No Brasil, seja no âmbito do sistema de saúde público ou no sistema privado, ainda existe deficiência de conhecimentos sobre o número, a localidade, a conformação e a qualificação das equipes multiprofissionais de atenção domiciliar. Essa realidade dificulta a

propagação dos cuidados paliativos pelas equipes da ABS e de Atenção Domiciliar (Rodrigues, 2012).

Como mencionado no início desse tópico em alguns países esses serviços de cuidados paliativos funcionam integrados, ou seja, o atendimento é garantido de acordo com as necessidades do paciente. No entanto, no Brasil, esse modelo de assistência ainda é frágil, isto é, a assistência em cuidados paliativos ainda é isolada e não possui uma rede de serviços estabelecida, necessitando da estruturação de uma política pública que organize a rede desses cuidados. Essa constatação foi possível a partir de um mapeamento realizado pela *Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA)*, em 2011, sobre o desenvolvimento dos cuidados paliativos e *hospice* no mundo (Savoi, 2013).

A *WPCA*, para realização desse mapeamento, se utilizou de alguns critérios, dividindo os países em seis grupos com as seguintes características:

Grupo 1 – Nenhuma atividade de Hospice/Cuidados Paliativos conhecida; Grupo 2 – Atividade de capacitação; Grupo 3a – Disposição de Cuidados Paliativos isolados; Grupo 3b – Prestação de Cuidados Paliativos generalizados; Grupo 4a – Países onde os serviços de Hospice/Cuidados Paliativos estão em fase preliminar de integração aos serviços convencionais ofertados; e Grupo 4b – Países onde os serviços de Hospice/Cuidados Paliativos estão em estágio avançado de integração aos serviços convencionais ofertados (Lynch, Clark & Connor, 2011, p.2-4).

Nos resultado desse mapeamento, o Brasil está inserido ao grupo 3a, este grupo de países é caracterizado por:

Desenvolvimento de atividades de cuidados paliativos com alcance irregular e sem o suporte adequado; fontes de financiamentos são frequentes e fortemente dependentes de doações; disponibilidade limitada de morfina; e um pequeno número de serviços de Hospice/Cuidados Paliativos – que são comumente de base domiciliar (*home-care*) – em relação ao tamanho da população (Lynch, Clark & Connor, 2011, p. 3).

Os dados do Índice de Qualidade de Morte, publicados pela *Economist Intelligence Unit* em 2010 e 2015, também confirmam que no Brasil os cuidados paliativos ainda são principiantes. Em 2010, a pesquisa foi realizada em 40 países sobre como está a qualidade e disponibilidade de cuidados de fim de vida. Os resultados apontam o Reino Unido, Austrália

e Nova Zelândia como os países com melhor qualidade nos cuidados de fim de vida. No ano de 2015 foi divulgada uma nova versão do Índice de Qualidade de Morte. Dessa vez foram avaliados 80 países, a pesquisa além de avaliar a qualidade dos cuidados no fim de vida avaliou também a disponibilidade de cuidados paliativos. Os países que lideram como os melhores em qualidade e disponibilidade de cuidados paliativos foram os mesmos de 2010, ou seja, o Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia. No que se refere ao Brasil, em 2010 ele ficou na 38ª posição entre os 40 países, já em 2015 ocupou a 42ª posição entre os 80 países. Esses resultados demonstram a necessidade de aperfeiçoamento dos serviços existentes e a construção de novos serviços. Evidencia ainda a relevância do conhecimento e da propagação dos cuidados paliativos entre os profissionais de saúde e a sociedade (Victor, 2016).

2.3.3 Ensino de cuidados paliativos no cenário brasileiro

No que concerne ao ensino em cuidados paliativos no Brasil, é importante destacar o trabalho do Professor Marco Túlio de Assis Figueiredo, que iniciou os primeiros cursos e atendimentos em cuidados paliativos na Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM) (ANCP, 2017). Marco Túlio, com o apoio de estudantes de medicina, organizou cursos multiprofissionais em cuidados paliativos, direcionados para estudantes de graduação. Para ele, o ensino dessa temática deveria ser iniciado logo nos primeiros semestres do curso de medicina, considerando que os acadêmicos ainda não tinham tido contato com pacientes, dessa forma, não tinham um conceito elaborado de como cuidar de pacientes em fim de vida. Assim, em 1994, aconteceu o primeiro curso de cuidados paliativos. Já em 1997, a pedido dos estudantes, foi realizado um curso abordando o tema Tanatologia. Na sequência, em 1998, implantou a disciplina eletiva de cuidados paliativos (Bifulco, 2006).

De acordo com Savoi (2013) em países desenvolvidos, os cuidados paliativos já fazem parte do processo formativo dos profissionais de saúde e a Medicina Paliativa é

reconhecida como especialidade médica. Além disso, o tema de cuidados paliativos é discutido na graduação de medicina e de outras áreas da saúde. O Reino Unido tem se destacado na assistência em cuidados paliativos, lá foi o primeiro país a adotar a medicina paliativa como especialidade médica, seguido pela Irlanda, Estado Unidos, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, África do Sul, Turquia, dentre outros (Maciel 2006b).

No Brasil, a Medicina Paliativa foi reconhecida como especialidade médica em 2011, seu reconhecimento se apresentou como um importante avanço na formação profissional em cuidados paliativos no país (Maciel, 2012a), pois a partir daí começaram a surgir as primeiras Residências em Medicina Paliativa nas instituições brasileiras. Atualmente a Residência em Medicina Paliativa é ofertada em algumas instituições, dentre elas, no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP); Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE-SP); Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA); Hospital de Câncer de Barretos; Instituto Nacional do Câncer; Secretaria de Estado de Saúde Distrito Federal/Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciência da Saúde/ Fundação da Universidade de Brasília; Universidade de São Paulo; Universidade Federal de Santa Catarina.

Na sequência, as instituições de ensino também começaram a ofertar Residências Multiprofissionais em cuidados paliativos, para os demais profissionais de saúde. Em registros disponibilizados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, dentre as residências multiprofissionais em cuidados paliativos, constam a Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos (IMIP); Residência em Oncologia-Cuidados Paliativos (Universidade do Estado do Pará); Residência em Cuidados Paliativos com ênfase na atenção ao idoso (Universidade de São Paulo); Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados (Atenção à saúde do idoso) Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS/Hospital São Julião/ESP/SES).

Também estão sendo ofertados em instituições hospitalares, que se dedicam ao ensino e à pesquisa e em instituições dedicadas ao ensino, cursos de pós-graduação (*Lato Sensu*), aperfeiçoamento e de extensão em cuidados paliativos, para profissionais de saúde, nas modalidades presencial e à distância. Dentre as instituições que oferecem esses cursos, citamos a Faculdade Unimed, Instituto Paliar, Pinus Longaeva Assessoria e Consultoria em Saúde e Educação, Hospital Albert Einstein, Hospital Sírio Libanês, faculdade Unyleya, UNA-SUA Universidade Aberta do SUS, Universidade Federal de Santa Catarina (USFC), Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) (Santos, 2017).

Mccoughlan (2004) afirma que nos últimos anos vários cursos em cuidados paliativos têm sido ofertados em diversos países, no entanto, o público que busca esses cursos são profissionais que já tem interesse nessa temática e legitimam sua importância. Diante disso, é necessário que esse assunto seja incluso nos currículos acadêmicos, possibilitando que todos os profissionais de saúde, durante a graduação, adquiram conhecimento da filosofia e dos cuidados paliativos.

No que se refere aos grupos de pesquisas em cuidados paliativos, de acordo com os dados do Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil do CNPq, atualmente são cadastrados e Certificados 45 grupos de pesquisa. Entre os Grupos de Pesquisas nessa área estão, Estudos e Pesquisas em Bioética e cuidados paliativos (Universidade Federal da Paraíba); Grupo de Estudos e Pesquisas interdisciplinares em saúde e enfermagem (GEPiSE) (Universidade Federal de Campina Grande); Hematologia e oncologia pediátrica (ICIPE); Laboratório de Estudos e Pesquisas Rede de Cuidados Paliativos (LEP-RCP) (UFPEL); Tecnologias para o cuidado clínico da dor (Universidade Estadual do Ceará). Os demais grupos podem ser consultados na Plataforma do CNPq (disponível em http://dgp.cnpq.br/dgp/faces/consulta/consulta_parametrizada.jsf Recuperado em 08 de setembro de 2018).

Nickel, Oliari, Vesco e Padilha (2016) enfatizam que os Grupos de Pesquisa são considerados importantes, pois colaboram para a sistematização e instrumentalização na elaboração do conhecimento, proporcionando debate entre os diversos profissionais, podendo contribuir na elaboração de políticas que estimulem o aperfeiçoamento dos métodos de promoção de qualidade de vida voltados para pacientes em fim de vida.

A ANCP, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) e o CFM, nos últimos anos, têm elaborado material didático com a finalidade de divulgar e orientar a estruturação dos serviços e a prática dos profissionais de saúde em cuidados paliativos. Em 2006 a ANCP elaborou um documento com os Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil, com o intuito de orientar a prática dos serviços de cuidados paliativos, abordando questões referentes à estrutura dos serviços, os níveis de assistência e formação para os profissionais de saúde interessados nessa temática (Maciel, 2008). Já em 2009, a ANCP elaborou o Manual de Cuidados Paliativos, lançando em 2012 sua segunda edição. Este manual é composto por 56 capítulos, versando sobre conceitos, organização dos serviços, manejo dos sintomas, atuação profissional nos cuidados paliativos, dentre outros temas (ANCP, 2009). Por sua vez, o Cremesp, publicou, em 2008, um livro intitulado Cuidados Paliativos, explanando sobre a assistência a paciente fora de possibilidade terapêutica curativa, legislação, organização dos serviços, prática profissional, controle dos sintomas, dentre outros (Cremesp, 2008).

O CFM também tem se destacado nas publicações abordando os cuidados paliativos, principalmente discutindo questões bioéticas da prática dos cuidados paliativos, dentre suas publicações destacamos: Conflitos bioéticos do viver e do morrer (2011), Diretivas antecipadas de vontade (2016), Bioética: saúde, pesquisa, educação (2014, v.1 e 2), Relações e conflitos éticos na prática de médicos e enfermeiros (2017). As demais publicações do

CFM podem ser consultadas no site do CFM (<http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index6/>, acesso em 23 de outubro de 2017).

No entanto, mesmo com esses avanços na formação dos profissionais de saúde, no Brasil, estudos apontam que o ensino em cuidados paliativos, ainda caminha a passos lentos. Segundo pesquisas, o ensino em cuidados paliativos durante a graduação dos profissionais de saúde é principiante, e ainda voltado para cura. Os temas relacionados aos cuidados no fim de vida são poucos explorados durante o processo formativo dos profissionais de saúde (Machado, Pessini & Hossne 2007; Toledo & Priolli, 2012; Oliveira, Ferreira & Rezende 2013; Fonseca & Geovanini, 2013; Braga & Queiroz, 2013; Hermes & Lamarca, 2013; Costa, Poles & Silva, 2016).

Essa realidade suscita a necessidade da reorganização dos currículos acadêmicos, pois esses temas precisam ser discutidos durante a formação dos profissionais de saúde. As discussões sobre a terminalidade e cuidados paliativos podem ser realizadas em diferentes momentos durante a formação de médicos e demais profissionais de saúde, não ficando limitada à discussão teórica em sala de aula, podem ser promovidos workshops, grupos e discussão de casos em clínicas, internatos, dentre outros (Tamada, Dalaneze, Bonini, & Melo, 2017).

Em razão de ser o objeto de estudo desta investigação os cuidados paliativos nos discursos de profissionais de saúde e de técnicos de apoio, nas assistências a doentes oncológicos, será apresentada uma breve cobertura conceitual e de dados estatísticos sobre a incidência e a prevalência do câncer, para fundamentar a discussão dos resultados.

2.4 Câncer: conceito, fatores de risco, estimativas, diagnóstico, impactos e tratamentos

A palavra câncer corresponde a um conjunto de doenças que pode se manifestar em qualquer parte do corpo, tem como característica o crescimento descontrolado e a

disseminação de células no organismo, com o potencial de alastrar-se para órgãos vizinhos. Atualmente o câncer é a segunda causa de morte no mundo. O ano de 2015 registrou 8,8 milhões de mortes por câncer no mundo (INCA, 2017b; OMS, 2017).

O desenvolvimento do câncer resulta da influência de fatores de risco não modificáveis e modificáveis. Os fatores de risco não modificáveis estão relacionados aos fatores hereditários, isto é, predisposição genética, idade, etnia ou raça, gênero, entre outros. Estes são responsáveis em média de 5% a 10% de casos de cânceres. Os fatores modificáveis referem-se aos fatores ambientais, que são responsáveis por 90% dos casos de câncer. Entre eles estão inclusos o tabaco, álcool, alimentação, obesidade e vida sedentária, infecções, radiação ultravioleta e ionizante, agentes químicos, entre outros (Maluf, Buzaid, & Varela, 2014; Silveira & Oliveira, 2016).

De acordo com os dados mundiais de câncer do projeto Globocan, em 2012, foram registrados 14,1 milhões de casos novos de câncer acompanhados de 8,2 milhões de mortes decorrentes dessa patologia, no mundo. Os dados apontam ainda que dos 14,1 milhões de casos novos, mais de 60% incidiram em países em desenvolvimento, e das 8,2 milhões de mortes, 70% ocorreram nos referidos países. Para o ano de 2030, são estimados 21,4 milhões de casos novos de câncer e 13,2 milhões de mortes. Tal estimativa do câncer decorre do aumento da longevidade, da redução na mortalidade infantil e das mortes por doenças infecciosas, nos países citados (INCA, 2014, 2015a).

Segundo o INCA, estima-se para 2018-2019, no Brasil, cerca de 600 mil casos novos de cânceres. Os tipos de cânceres mais incidentes no sexo masculino são: próstata, pulmão, intestino, estômago e cavidade oral. E na população feminina mama, intestino, colo do útero, pulmão e tireoide (INCA, 2017a). Já na população mundial, o de pulmão, fígado, cólon e reto, estômago e mama são as maiores causas de mortes (OMS, 2017).

Nos últimos anos ocorreram importantes avanços no diagnóstico e tratamento do câncer, no entanto, o seu diagnóstico ainda é permeado de incertezas, limitações e insegurança, ocasionando modificações na vida do paciente e de sua família (Alcantara, Sant'Anna, & Souza, 2013). O câncer ainda é associado à morte e seu tratamento é visto como causador de dor e sofrimento (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira, & Reis, n.d; Kovács, 2011). Ribeiro (2013) ressalta que em muitos casos o diagnóstico acontece de forma inesperada, despertando diversos sentimentos no paciente, dentre eles medo do desconhecido, medo de morrer e ansiedade. Esses sentimentos podem estar associados à idade, limitações no desenvolvimento de atividades diárias, interrupção de projetos futuros, características da personalidade, vivências anteriores e os recursos de enfrentamento utilizados pelo paciente (Kovács, 2011).

No que concerne ao tratamento oncológico, as principais modalidades são cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Essas terapêuticas podem ser indicadas com o objetivo de cura, prolongamento da vida útil e melhora da qualidade de vida. Dependendo do tipo de câncer e estágio da doença esses tratamentos podem ser indicados associados ou não (INCA, 2017b).

França (2013) salienta que todos esses tratamentos são indicados por médicos oncologistas, no entanto, o cuidado do paciente deve ser elaborado por uma equipe multidisciplinar, incluindo médico oncologista, radioterapeuta, cirurgião oncológico, enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionista, farmacêutico, assistente social, psicólogo, odontólogo, médico paliativista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, entre outros, com intervenções integradas, desde a investigação diagnóstica, visando uma melhor qualidade de vida para o paciente durante seu tratamento, seja cirúrgico, quimioterápico, radioterápico, cuidados paliativos, e outros. França (2013) acrescenta que além da equipe multiprofissional, os profissionais administrativos a exemplo de

recepcionistas e secretários, porteiros, auxiliares de serviços gerais, copeira e maqueiro, exercem papel importante na assistência de pacientes oncológicos.

Tal como visto todas as modalidades do tratamento oncológico podem ser indicadas com a finalidade paliativa, para melhorar os sintomas e a qualidade de vida do paciente, assim como também o paciente pode realizar o tratamento com a finalidade curativa concomitante com os cuidados paliativos. Maciel (2008) afirma que a ação paliativa, pode ser realizada por qualquer profissional de saúde, no período do diagnóstico e no curso do tratamento, com o intuito de minimizar os agravos da doença. Partindo desse princípio é imprescindível o conhecimento da prática dos cuidados paliativos pelos profissionais de saúde, especialmente os da oncologia, já que isso pode auxiliá-los na assistência ao paciente, para desenvolver cuidados que proporcionem melhor bem-estar para o paciente e seus familiares, durante todo o percurso do tratamento e nos momentos finais de vida (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira, & Reis, n.d). A seguir explanaremos o percurso metodológico seguido na pesquisa.

3 Procedimentos Metodológicos

3.1 Tipo de pesquisa

O presente estudo configura-se como uma pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem quantiqualitativa. Na abordagem quantiqualitativa, tanto a pesquisa quantitativa, quanto a qualitativa são importantes, porque uma complementa a outra, possibilitando melhor compreensão do objeto estudado (Minayo & Sanches, 1993).

Gil (2002) explana que a pesquisa descritiva tem como principal meta caracterizar o objeto pesquisado. Neste tipo de pesquisa, comumente, o pesquisador utiliza-se de técnicas padrão para coletar os dados, como por exemplo, o questionário (Gil, 2008). No que concerne à pesquisa exploratória Severino (2007) aponta que este tipo de pesquisa consiste no estudo de um objeto específico. Dessa forma, o pesquisador deverá demarcar um campo para realização do estudo, mapear e buscar conhecimentos desse objeto. As “pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato” (Gil, 2002, p. 27). Ainda de acordo com o autor geralmente são realizadas através de levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso. A combinação da pesquisa exploratória com a descritiva possibilita que o pesquisador descreva o objeto de pesquisa tanto quantitativamente, quanto qualitativamente (Marconi & Lakatos, 2011).

3.2 Local da pesquisa

A presente pesquisa foi realizada em uma UNACON, inserida dentro do Hospital da Fundação Assistência da Paraíba -FAP, localizada na cidade de Campina Grande, Paraíba. A FAP é um hospital geral, que oferece, dentre seus serviços, assistência a pacientes oncológicos. O serviço de oncologia foi implantado em 1999, incluindo diagnóstico e

tratamento para pacientes com câncer, dispondo de cirurgia oncológica, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia (Fundação de Assistência da Paraíba, 2016).

As UNACONs foram instituídas em 2005, através da Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005, sendo compreendidas como o hospital que dispõem “de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil” (Brasil, 2005b, s.p).

A Portaria de nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, estabelece que as UNACONs devem ofertar serviços ambulatoriais de especialidades, pronto atendimento de urgência/emergência, serviço de diagnóstico, enfermarias de internação, centro cirúrgico, UTI (adulto, pediátrica) hemoterapia, farmácia hospitalar e cuidados paliativos (Brasil, 2014).

Ainda de acordo com a portaria supracitada a UNACON deve dispor obrigatoriamente do serviço de cirurgia, com no mínimo médicos especialistas em cancerologia cirúrgica, cirurgia geral/coloproctologia, ginecologia/mastologia e urologia, e o serviço de oncologia clínica. Assim como também de uma equipe multiprofissional composta por: psicologia clínica, serviço social, nutrição, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, odontologia, psiquiatria, dentre outras.

Vale ressaltar que os cuidados paliativos podem ser realizados em todos os níveis de atenção da saúde, para pacientes com múltiplas doenças crônicas. No entanto, no presente estudo, focaremos nos cuidados paliativos no nível terciário, na atenção oncológica, especificamente em uma UNACON, em virtude da incidência e do aumento de diagnósticos de câncer em estágios avançados, muitas vezes sem possibilidade de terapêuticas curativas.

3.3 População e amostra

Participaram desse estudo 31 profissionais que integram as equipes multiprofissionais e de apoio do serviço de oncologia da FAP, dentre eles, assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, psicólogo, odontólogo, técnicos de enfermagem, copeiras, porteiros, auxiliar de serviços gerais e recepcionistas. O corpus de análise desse estudo foi composto por 31 entrevistas, sendo 20 entrevistas dos profissionais de saúde e 11 dos profissionais de apoio.

3.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos nesse estudo profissionais de saúde que compõem as equipes multiprofissionais e profissionais de apoio atuantes na área de oncologia, que estavam presentes nos dias da visita da pesquisadora para coleta de dados, que aceitaram participar de forma voluntária e conforme a acessibilidade e disponibilidade dos participantes.

3.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo os profissionais da clínica obstétrica, os profissionais que trabalham na área de oncologia, porém não estavam presentes nos dias da visita da pesquisadora, profissionais afastados das atividades profissionais por licença ou férias e aqueles que se negaram participar.

3.4 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados, realizada durante os meses de abril e maio 2018, foram utilizados dois instrumentos, um questionário sociodemográfico e uma entrevista semiestruturada. O questionário consiste em um grupo de perguntas abertas e/ou fechadas, com o intuito de fornecer informações dos participantes e/ou relacionadas ao tema

pesquisado. As perguntas devem estar harmônicas com o objeto de pesquisa e de fácil compreensão (Severino, 2007).

O uso do questionário teve como finalidade traçar o perfil da população estudada, e foi composto por perguntas fechadas, que englobavam características pessoais, tais como: sexo, idade, estado civil, número de filhos; formação profissional: grau de escolaridade, graduação, especialização/formação; e atuação profissional: tempo de formação, tempo de trabalho na instituição e carga horária de trabalho.

A técnica da entrevista permite que o pesquisador obtenha informações referentes ao tema estudado, por meio de diálogo com o participante (Severino, 2007). A mesma consiste em um roteiro de questões norteadoras, permitindo que o pesquisador, durante sua realização, faça perguntas complementares para compreender o conteúdo verbalizado pelo entrevistado, assim como perguntas pertinentes para melhor compreensão do assunto pesquisado (Manzini, 2012).

Nesse sentido, elegemos a técnica da entrevista semiestruturada para melhor apreender os sentidos de cuidados paliativos atribuídos pelos profissionais. Elaboramos um roteiro de questões norteadoras, baseadas nos objetivos do estudo, buscando conhecer os sentidos dos cuidados paliativos para os profissionais atuantes na oncologia.

3.5 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada do período de abril a maio de 2018. Nesse período a pesquisadora visitou todos os setores de oncologia (internação, quimioterapia e radioterapia) da instituição. Na ocasião, a pesquisadora se apresentava e apresentava a pesquisa aos profissionais, explicando o objetivo e a relevância e em seguida convidava-os para participar.

Os profissionais que aceitaram participar voluntariamente foram agendados horário e/ou dia, conforme a sua disponibilidade e da pesquisadora. Todas as entrevistas foram

realizadas na instituição, em um consultório, garantindo o sigilo e privacidade das informações.

Antes de iniciar o preenchimento do questionário e a entrevista todos os profissionais fizeram a leitura e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Autorização para Gravação de Voz em duas vias, ficando em posse de uma via e a outra com a pesquisadora.

Após a assinatura do TCLE e do Termo de Autorização para Gravação de Voz, dávamos início a aplicação do questionário sociodemográfico. Após o preenchimento desse instrumento iniciava-se a entrevista. Esta foi realizada individualmente, garantindo o sigilo das informações e resguardando o anonimato do participante. As entrevistas foram gravadas e em seguida transcritas na íntegra, conservando todo o conteúdo expresso pelos participantes, com o fim de compreender a construção dos sentidos de cuidados paliativos para os profissionais.

É importante destacar que ao término de cada entrevista a pesquisadora realizou um breve acolhimento aos participantes que se emocionaram ao relatarem suas experiências na oncologia, assim como também esclareceu dúvidas de alguns participantes sobre os cuidados paliativos. Houve aqueles que solicitaram referências do tema, estas foram enviadas por e-mail.

Considerando as questões éticas em pesquisas com seres humanos, estabelecidas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), para resguardar o sigilo e anonimato dos participantes do estudo, no decorrer do texto estes serão identificados com letra E (referente a palavra Entrevista) e um numeral correspondente ao número da entrevista, como, por exemplo, E1. Em alguns recortes das entrevistas apresentados nos resultados qualitativos aparecem nomes de alguns profissionais que foram

citados, de modo que para garantir o anonimato usaremos em substituição aos nomes verdadeiros, nomes fictícios.

3.6 Processamento e análise dos dados

Os dados quantitativos foram tabelados e categorizados no programa *Excel 2010*. Os dados qualitativos foram analisados através da técnica de análise da enunciação orientada por Bardin (2011). Na análise da enunciação a comunicação é compreendida como um processo e não um dado. Nas palavras de Bardin (2011, p. 218) “o discurso não é um produto acabado, mas um momento num processo de elaboração, com tudo o que isso comporta de contradições, de incoerências, de imperfeições”. Na análise de enunciação os sentidos dos discursos são elaborados à medida que o sujeito produz uma palavra. O processo de análise baseada na técnica da enunciação se desenvolve em três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Inicialmente realizamos a pré-análise, nesse momento todas as entrevistas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora, considerando todos os aspectos linguísticos e paralinguísticos (Bardin, 2011). Logo após a transcrição, realizamos a leitura flutuante, ou seja, todas as entrevistas foram lidas individualmente repetidas vezes, para apreender os sentidos dos discursos dos participantes.

Em seguida, para o tratamento dos resultados, realizamos a escanção das entrevistas. Segundo Bardin (2011) escandir um discurso significa separar as expressões por sentido e não por estrutura gramatical. Isto possibilita a visualização da sequência da construção dos sentidos, relações e formas de raciocínio contidos em cada entrevista.

Depois de escandidos os muitos discursos sobre os cuidados paliativos foram reunidos e organizados em categorias (Bardin, 2011). Por fim, a inferência e a interpretação dos resultados se fez de modo articulado com estudos já publicados sobre cuidados paliativos.

3.6.1 Apresentação dos resultados

Para melhor compreensão e visibilidade dos resultados, apresentaremos os dados quantitativos em Tabelas e os dados qualitativos através das Árvores de Associação de Sentidos de Spink e Lima (2013). As árvores de associação são estratégias que proporcionam a visualização da sequência das associações de ideias possibilitando melhor compreensão das particularidades do processo de construção dos sentidos (Spink & Lima, 2013).

3.7 Aspectos éticos

A presente pesquisa está fundamentada na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do CNS, seguindo as diretrizes e normas regulamentadas pela CNS e para pesquisa que envolve a participação de seres humanos, respeitando todos os procedimentos éticos, assegurando o sigilo de todo o conteúdo verbalizado pelos participantes (CNS, 2012).

Inicialmente o Projeto de Pesquisa foi submetido à avaliação da FAP, campo de pesquisa. Após receber parecer favorável para realizar o estudo na instituição o projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba. Sendo aprovado pelo Parecer número 2.560.823, só após a aprovação, iniciamos a coleta de dados. A seguir demonstraremos os resultados encontrados e as respectivas discussões.

4 Análise dos discursos e apresentação

Nesse capítulo serão apresentados os resultados do estudo. Considerando a diferença do nível de escolaridade dos participantes, optamos por dividir a população estudada em dois grupos, ou seja, um grupo de profissionais de saúde e outro grupo de profissionais de apoio. Essa estratégia também possibilita melhor compreensão e visibilidade dos resultados.

Partindo do exposto, inicialmente apresentamos o perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde e em seguida o perfil dos profissionais de apoio, essa mesma sequência segue nas categorias de análise dos dados qualitativos.

4.1 Perfil sociodemográfico

4.1.1 Perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde

Por meio do uso do questionário sociodemográfico foi possível traçar o perfil da população estudada. A Tabela 1 corresponde às características pessoais dos profissionais de saúde participantes do estudo, nela consta sexo, idade, estado civil e número de filhos.

Tabela 1:

Características sociodemográficas dos profissionais de saúde que atuam em um hospital referência em oncologia de Campina Grande – PB.

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
Sexo	Feminino	15	75%
	Masculino	5	25%
Total		20	100%

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
Idade	21 – 25	4	20%
	26 – 30	5	25%
	31 – 35	2	10%
	36 – 40	3	15%
	41 – 45	3	15%
	46 anos ou mais	2	10%
	Não informou	1	5%
Total		20	100%

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
Estado civil	Casado (a)	12	60%
	Solteiro (a)	6	30%
	União estável	1	5%
	Divorciado	1	5%
Total		20	100%

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
	Não têm filhos	8	40%

Número de filhos	Um filho	6	30%
	Três filhos	3	15%
	Quatro filhos	2	10%
	Dois filhos	1	5%
Total		20	100%

Fonte: Dados da pesquisa. (abril e maio 2018).

Os dados apontam uma predominância do sexo feminino entre os profissionais de saúde investigados, sendo 15 (75%) mulheres e 5 (25%) homens. Outros estudos corroboram os nossos resultados e destacam a prevalência da presença feminina nos serviços de saúde. Em um estudo realizado com profissionais de enfermagem do Brasil e de Portugal os dados apontam maior presença de profissionais do sexo feminino na área da oncologia (Bordignon et al., 2015). Na pesquisa de Lima et al. (2011) também prevaleceu a participação feminina. Em outra pesquisa com profissionais de saúde que atuam na área de oncologia foi constatado que 73% da amostra eram mulheres (Ayala, Felício & Pachão, 2017).

Matos, Toassi e Oliveira (2013, p. 241) discutem o processo de feminilização com foco nas profissões de saúde, destacando que desde meados do século XIX as mulheres têm se inserido nos processos de trabalho, explicando que isto está relacionado às atribuições que socialmente são designadas ao sexo feminino como o ato “cuidar, educar e servir, entendido como dom ou vocação”. As autoras ressaltam ainda que nos últimos anos tem-se observado que as mulheres estão ocupando maior número de vagas nos cursos de graduação da área da saúde e maior inserção dessa classe nos serviços de saúde.

No tocante à idade da amostra observamos uma variação entre 21 e mais de 60 anos, sendo que 5 (25%) participantes estavam na faixa etária entre 26 e 30 anos; 4 (20%) entre 21 e 25; 3 (15%) entre 36 e 40; 3 (15%) entre 41 e 45; 1 (5%) entre 41 e 51; 1 (5%) com 60 anos ou mais; e 1 (5%) não informou.

No que se refere ao estado civil 12 (60%) profissionais estavam casados; 6 (30%) solteiros; 1 (5%) divorciado; e 1 (5%) em união estável. No estudo de Ayala, Felício e Pachão (2017) a maioria dos participantes também eram casados.

Com relação ao número de filhos 8 (40%) dos participantes não têm filhos; 6 (30%) dos entrevistados afirmaram ter 1 filho; 3 (15%) 3 filhos; 2 (10%) 4 filhos; e 1 (5%) 2 filhos. Os dados do IBGE apontam que a taxa de fecundidade no Brasil tem diminuído, em 2005 os dados evidenciavam 2,09 filhos por mulheres, já em 2015 esse número foi reduzido para 1,72 filho por mulher, isso significa que houve uma queda de 17,7% no que se refere à fecundidade no país (IBGE, 2015).

Medeiros et al., (2012) mostram na Sinopse do Censo Demográfico para o Semiárido Brasileiro, alguns fatores que influenciaram na redução da taxa de fecundidade, dentre eles o processo de urbanização, maior inserção das mulheres no mercado de trabalho, disponibilização de métodos contraceptivos e melhoria do ensino.

A Tabela 2 apresenta os dados sobre a formação dos profissionais de saúde, nela constam a profissão, o nível e área de pós-graduação.

Tabela 2:

Profissão, nível e área de pós-graduação dos profissionais de saúde de um hospital referência em oncologia de Campina Grande – PB.

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
Profissão/Formação	Enfermeira	6	30%
	Médico	5	25%
	Técnico de enfermagem	4	20%
	Fisioterapeuta	2	10%
	Nutricionista	1	5%
	Odontólogo	1	5%
	Farmacêutica	1	5%
Total		20	100%

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
Pós-graduação	Especialização	8	40%
	Residência	6	30%
	Não fez	4	20%
	Mestrado	2	10%
Total		20	100%

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
Área de pós-graduação	Na área oncológica	10	50%
	Áreas afins	6	30%
	Não fez	4	20%

Total	20	100%
--------------	----	------

Fonte: Dados da pesquisa (abril e maio 2018).

Nesta amostra os profissionais de enfermagem são predominantes 6 (30%); seguido de 5 (25%) médicos; 4 (25%) técnicos de enfermagem; 2 (10%) fisioterapeutas; 1 (5%) farmacêutica; 1 (5%) nutricionista; e 1 (5%) odontólogo. Outras pesquisas também constataram a prevalência de profissionais de enfermagem (Ayala, Felício & Pachão, 2017; Lima et al., 2011).

Nota-se que a composição da equipe estudada está de acordo com o estabelecido na Portaria de nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, para UNACON. Na portaria citada a equipe deve ser multiprofissional, dentre os profissionais estão médicos de diversas especialidades, psicologia, serviço social nutrição, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, odontologia, psiquiatria.

No que tange à pós-graduação 8 (40%) profissionais fizeram especialização (*Lato Sensu*); 6 (30%) Residência (médica e multiprofissional); 4 (20%) afirmaram não ter especialização; e 2 (10%) têm mestrado. Nota-se que todos os profissionais com nível superior já fizeram alguma especialização. Os 4 (20%) que afirmaram não ter especialização são os técnicos de enfermagem.

Com relação à área de pós-graduação 10 (50%) profissionais tem especialização na área de oncologia; 6 (30%) em áreas afins; e 4 (20%) não fizeram curso de pós-graduação. No geral, esses resultados evidenciam que os profissionais de saúde estão buscando se capacitar na área de atuação. No nosso país, o número de cursos de pós-graduação tem aumentado e os serviços estão exigindo cada vez mais trabalhadores qualificados, isso impulsiona os profissionais a estarem sempre se aprimorando na área de atuação (Lima, Jorge & Moreira, 2006).

A Tabela 3 apresenta os dados referentes ao tempo de formação, atuação e carga horária de trabalho dos profissionais de saúde que atuam na área de oncologia.

Tabela 3:

Tempo de formação, atuação e carga horária de trabalho dos profissionais de saúde que atuam em um hospital referência em oncologia de Campina Grande – PB.

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
Tempo de formação	Até 5 anos	9	45%
	6 – 10 anos	5	25%
	16 – 20 anos	3	15%
	11 – 15 anos	2	10%
	Acima de 30 anos	1	5%
Total		20	100%

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
Tempo de atuação na instituição	Até 5 anos	12	60%
	6 – 10 anos	3	15%
	11 – 15 anos	2	10%
	16 – 20 anos	2	10%
	Acima de 30 anos	1	5%
Total		20	100%

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
Carga horária de trabalho na instituição	Diarista	13	65%
	Plantonista	3	15%
	Outro	3	15%
	Não informou	1	5%
Total		20	100%

Fonte: Dados da pesquisa (abril e maio 2018).

Com relação ao tempo de formação 9 (45%) participantes evidenciaram ter até 5 anos de formados; 5 (25%) tinham entre 6 e 10 anos; 3 (15%) entre 16 e 20 anos; 2 (10%) tinham entre 11 e 15 anos; e 1 (5%) 30 anos.

No que diz respeito ao tempo de atuação na instituição a maioria dos profissionais 12 (60%) tinham até 5 anos de prestação de serviço na instituição; 3 (15%) estão na instituição entre 6 e 10 anos; 2 (10%) ente 11 e 15 anos; 2 (10%) entre 16 e 20 anos; e 1 (5%) está há mais de 30 anos.

Na pesquisa de Lima, Jorge e Moreira (2006) os participantes também tinham até 5 anos de serviço, as autoras salientam que o maior tempo de serviço possibilita o fortalecimento dos vínculos e a interação entre os profissionais, ao mesmo tempo em que os profissionais podem ficar acomodados.

No que concerne à carga horária de trabalho 13 (65%) profissionais são diaristas; 3 (15%) são plantonistas; 3 (15%) referiram outro regime de trabalho; e 1 (5%) não informou. Nota-se que a maioria dos profissionais de saúde trabalha em regime de diarista.

4.1.2 Perfil sociodemográfico dos profissionais de apoio

A Tabela 4 demonstra os dados sociodemográficos dos profissionais de apoio, nela constam sexo, idade, estado civil e número de filhos.

Tabela 4:

Características sociodemográficas dos profissionais de apoio que atuam em um hospital referência em oncologia de Campina Grande – PB.

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
Sexo	Feminino	09	81,81%
	Masculino	02	18,18%
Total			100%

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
Idade	17 – 26	4	36,36%
	27 – 36	2	18,18%
	37 – 46	3	27,27%
	47 – 56	2	18,18%
Total		11	100%

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
Estado civil	Solteiro (a)	06	54,54%
	Casado (a)	05	45,45%
Total		11	100%

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
Número de filhos	Não tem filhos	06	54,54%
	Dois filhos	03	27,27%
	Três filhos	02	18,18%
Total		11	100%

Fonte: Dados da pesquisa. (abril e maio 2018).

Neste segmento também houve uma prevalência da participação feminina, 9 (81,81%) profissionais de apoio são do sexo feminino; e 2 (18,18%) do sexo masculino. Nota-se que a amostra dessa pesquisa foi composta na sua grande maioria de pessoas do sexo feminino, tanto no grupo dos profissionais de saúde, quanto no grupo dos profissionais de apoio. Esse

resultado também foi encontrado em outros trabalhos. Em um estudo com trabalhadores de limpeza e higienização (Lima, Jorge e Moreira, 2006) e com profissionais de nível superior e de nível médio (Martarello e Banatti, 2009) a participação feminina também foi maior quando comparada à participação do sexo masculino.

No que concerne à idade essa variou entre 17 e 56 anos, apresentando maior prevalência para 4 (36,36%) pessoas com idade entre 17 a 26 anos; acompanhado de 3 (27,27%) com idade entre 37 e 46; seguida de 2 (18,18%) com idade entre 27 a 36 anos; e 2 (18,18%) estavam na faixa etária entre 47 a 56 anos.

No que diz respeito ao estado civil 6 (54,54%) dos participantes afirmaram ser solteiros e 5 (45,45%) mencionaram ser casados. Quanto ao número de filhos 6 (54,54%) entrevistados afirmaram não ter filhos; 3 (27,27%) revelaram ter dois filhos; e 2 (18,18%) tinham três filhos.

A Tabela 5 apresenta os dados referentes à escolaridade, tempo de trabalho e carga horário de trabalho na instituição.

Tabela 5:

Escolaridade, profissão, tempo de trabalho e carga horária na instituição dos profissionais de apoio que atuam em um hospital referência em oncologia de Campina Grande – PB.

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
Escolaridade	Fund. Incompleto	8	72,72%
	Med. Completo	2	18,18%
	Sup. Completo	1	9,09%
Total		11	100%

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
Profissão	Auxiliar de serviços gerais	2	18,18%
	Copeira	2	18,18%
	Maqueiro	2	18,18%
	Receptionistas	5	45,45%
Total		11	100%

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
Tempo de trabalho na instituição	Até 5 anos	7	63,63%
	11 – 15 anos	3	27,27%
	6 – 10 anos	1	9,09%

Total		11	100%
Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
Carga horária de trabalho na instituição	Diarista	06	54,54%
	Plantonista	04	36,36%
	Outro	01	9,09%
Total		11	100%

Fonte: Dados da pesquisa. (abril e maio 2018).

No que diz respeito à escolaridade 8 (72,72%) dos profissionais afirmaram ter concluído o ensino médio; 2 (18,18%) fundamental incompleto; e 1 (9,09%) o ensino superior.

Quanto ao regime de trabalho a maior parte dos participantes 6 (54,54%) revelou trabalhar em regime de diarista; 4 (36,36%) afirmaram ser plantonistas; e 1 (9,09%) outro tipo de regime de trabalho. É notório que a grande maioria dos profissionais de apoio, assim como os profissionais de saúde trabalha em regime de diária.

Com relação ao tempo de trabalho na instituição 7 (63,63%) tinham até 5 anos de trabalho; 3 (27,27%) entre 11 e 15 anos de serviço; e 1 (9,09%) entre 6 e 10 anos que presta serviço à instituição.

De um modo geral não observamos diferenças relevantes em termos comparativos entre os perfis dos dois segmentos estudados. A não ser, no que tange à formação acadêmica dos profissionais de saúde.

4.2 Resultados e discussão dos dados qualitativos

A partir da análise dos discursos surgiram duas grandes categorias seguidas de subcategorias. Ressaltamos que a primeira grande categoria é referente aos profissionais de saúde e a segunda concerne aos profissionais de apoio. Essa estratégia foi adotada para melhor compreensão e visualização dos resultados. Salientamos que ao apresentar as

categorias dos profissionais de apoio destacaremos alguns pontos de intercessão e dispersão entre os discursos dos profissionais de saúde e os dos profissionais de apoio.

A primeira grande categoria tem como título: discursos sobre cuidados paliativos de profissionais de saúde. Essa categoria abrange cinco subcategorias, a citar: Conceitos de cuidados paliativos para profissionais de saúde atuantes em oncologia; Ações de cuidados paliativos para profissionais de saúde atuantes em oncologia; Interação da equipe multiprofissional nas assistências em cuidados paliativos; Dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde na assistência ao doente oncológico em cuidados paliativos; Formação dos profissionais de saúde para a atuação em cuidados paliativos e terminalidade.

A segunda grande categoria foi intitulada como: discursos sobre cuidados paliativos de profissionais de apoio, seguidas das seguintes subcategorias: Sentidos de cuidados paliativos para profissionais de apoio atuantes em oncologia; Ações de cuidados paliativos para profissionais de apoio atuantes em oncologia; A interação entre os profissionais de apoio na assistência do doente oncológico em cuidados paliativos; Sentimentos dos profissionais de apoio diante do doente oncológico em cuidados paliativos; e Dificuldades encontradas pelos profissionais de apoio no atendimento ao doente oncológico em cuidados paliativos.

Na discussão usaremos o termo doente, no entanto, ressaltamos que nas árvores de associação de sentidos e nos trechos das entrevistas apresentados no texto permanecerá o termo paciente, como foi referido pelos profissionais entrevistados, para garantir a fidedignidade dos discursos. Optamos por utilizar a palavra doente pela diferença dos termos paciente e doente. A palavra paciente remete a uma pessoa passiva, ainda relacionado ao modelo biomédico, em que o foco estava centrado na doença. Já o termo doente abrange os diferentes aspectos do ser humano e está baseado no modelo biopsicossocial, o cuidado é compartilhado e o doente participa ativamente dos seus cuidados (Ribeiro & Amaral, 2008).

4.2.1 Discursos sobre cuidados paliativos de profissionais de saúde

Essa categoria agrega cinco subcategorias referentes à análise dos discursos dos profissionais de saúde. Nela iremos apresentar e discutir os conceitos apresentados sobre cuidados paliativos, às ações de cuidados desenvolvidas e direcionadas para pacientes oncológicos em palição, as dificuldades encontradas para realização desse cuidado, além da interação das equipes e o processo formativo dos profissionais de saúde para atuação na assistência paliativa de pessoas com câncer.

4.2.1.1 Conceitos de cuidados paliativos para profissionais de saúde atuantes em oncologia

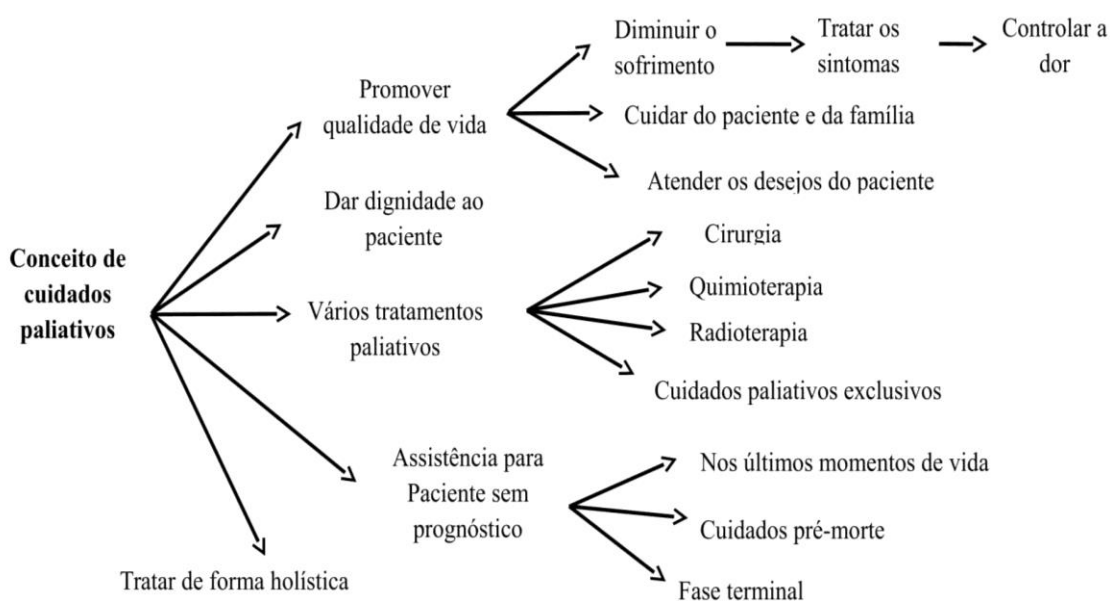


Figura 2. Árvore de associação de sentidos: Conceitos de cuidados paliativos para os profissionais de saúde atuantes em oncologia

A Figura 2. Árvore de associação de sentidos: Conceito de cuidados paliativos para os profissionais de saúde atuantes em oncologia, demonstra os conceitos de cuidados paliativos atribuídos pelos profissionais de saúde. A árvore é composta por 5 linhas narrativas, que

evidenciam as diferentes concepções dos profissionais de saúde que atuam na área oncológica sobre cuidados paliativos.

Na primeira linha narrativa da figura 2, os profissionais de saúde atribuem os sentidos de cuidados paliativos à promoção da qualidade de vida ao doente, por meio do alívio e controle da dor e outros sintomas. É possível observar, nessa linha, que os profissionais denotam conhecimento sobre a filosofia dos cuidados paliativos, quando evidenciam a importância da promoção da qualidade de vida. Vejamos os exemplos:

Cuidado paliativo é o cuidado que você não vai mudar o curso natural da doença, você vai apenas tratar os sintomas ocasionados pela doença pra melhorar a qualidade de vida do paciente. Quando você não pode curar você pode aliviar (...) (E20).

Cuidados paliativos, pra mim, são aqueles cuidados que a gente pode dar o paciente, né, aqueles pacientes que não tem mais possibilidade de cura, né, cuidados pra amenizar o sofrimento enquanto há vida, né, não só pra esses pacientes que estão em fase terminal, né, mas assim pra todos os pacientes que apresentam alguma patologia crônica, né, que aos olhos da medicina não tem mais cura e você ajudar a ele ter uma vida com mais qualidade de vida, né, amenizar a dor, o sofrimento, não só pro paciente, mas também pros familiares. Eu acho que é muito importante essas, esses cuidados com os familiares (...) (E5).

(...) aqueles cuidados que você precisa dar ao paciente, no nosso caso aqui oncológico, pra poder dar uma sobrevida melhor, uma dignidade ao ser humano nos últimos dias de vida ou até mesmo durante seu percurso de tratamento (E15).

Este resultado também se mostra alinhado com os princípios da moderna abordagem dos cuidados paliativos, propostos pela OMS (2002), quando afirma que a equipe multiprofissional deve promover assistência direcionada para melhorar a qualidade de vida do doente e de sua família, através do manejo e alívio da dor e outros sintomas de ordem física, psicológica, social e espiritual (Maciel, 2008; Matsumoto, 2012). Corroborando nossos achados Fernandes et al. (2013) verificaram que os cuidados paliativos também foram associados à promoção da qualidade de vida do doente, por meio de medidas de conforto, visando o controle dos sintomas e o alívio dos sofrimentos do doente até seus últimos momentos de vida.

A segunda linha narrativa da figura 2, mostra a promoção de dignidade do doente até os últimos momentos de vida, como parte da missão da equipe de cuidados paliativos. Como nos discursos que seguem:

Ele não se resume só a, a doença da paciente, do paciente, né, ele tem que se resumir, que a gente sabe é uma situação na qual a cura já não é mais possível, mas o cuidado paliativo ele deve focar principalmente na qualidade de vida dos pacientes, qual a qualidade de morte que esse paciente vai ter, quais são os cuidados de fim de vida que esse paciente vai ter. A dignidade que deve ser dada a esse paciente, (...) então os cuidados paliativos eles visam isso através de uma série de tecnologias, de instrumentos, de profissionais que no fim das contas propiciam que aquela pessoa tenha dignidade até o fim (E17).

Cuidados paliativos seria você terminar... dá dignidade ao paciente oncológico até o fim, né, você tratar as complicações do, do, do câncer, no caso pacientes é... que tão em, às vezes com metástase, tão debilitado então você vai fazendo todos aqueles cuidados paliativos (E18).

De acordo com Mccoughlan (2004) promover dignidade ao doente é uma das prioridades do atendimento baseado na filosofia dos cuidados paliativos, pois nela se afirma a necessidade do cuidado integral do doente. Cuidado que vai além da doença e do diagnóstico, inclui o respeito às crenças, à privacidade, favorece espaço de escuta e diálogo, para que o doente expresse suas percepções do passado, presente e futuro, que tenha um tempo agradável, com o máximo de conforto possível, sem dor e sofrimento.

A terceira linha narrativa, mostra os vários tratamentos oncológicos que podem ser indicados com a finalidade paliativa, destacando a cirurgia, quimioterapia, a radioterapia e cuidados paliativos exclusivos. Como nos discursos que seguem:

Na oncologia assim, quando fica cuidado paliativo existem vários níveis desses cuidados paliativos. Uma quimioterapia pode ser paliativa, pra diminuir sintoma e aumentar a qualidade de vida, mas, também pode ter cuidado paliativo exclusivo quando você não faz mais quimioterapia, entendeu (E20).

No que se refere à cirurgia é importante destacar que dois participantes apresentaram discurso opostos. Um participante relata vários procedimentos cirúrgicos que podem ser realizados para melhorar a qualidade de vida do doente. Já outro participante traz no discurso

a cirurgia com a finalidade curativa. O oncologista clínico e o radioterapeuta são descritos como os profissionais que podem realizar tratamentos com a finalidade paliativa. A seguir expomos alguns trechos das entrevistas que ilustram os discursos dos participantes.

Paciente que apresenta carcinomatose peritoneal chega aqui com ascite a gente faz a, a paracentese abdominal, já alivia, já melhora a respiração dele. Aquele que não pode mais se nutrir, porque tem obstrução no intestino jusante, a gente faz uma jejunostomia ou uma gastrostomia que é um tratamento paliativo. Uma traqueostomia (...) é um tratamento paliativo (E19).

(...) A minha parte é cirúrgica é de resolver, de tirar o tumor. Quem trata mais essa parte aí é o oncologista clínico que vai fazendo a quimioterapia, o radioterapeuta, eu não, eu faço a cirurgia (E18).

França (2013) expõe que a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia são tratamentos que podem ser prescritos com a finalidade paliativa, com o objetivo de promover conforto e aliviar os sintomas do paciente (INCA, 2017b). A seguir apresentamos brevemente cada uma dessas terapêuticas.

A quimioterapia é um tratamento sistêmico, com uso de drogas, geralmente administradas em períodos regulares. A quimioterapia pode ser indicada com a finalidade neoadjuvante, adjuvante, curativa, para controle temporário de doença e paliativa. A quimioterapia paliativa é recomendada para pacientes com doença avançada, com sintomas que afetam sua capacidade física, porém não reflete na sua sobrevida (INCA, 2017b).

Já a radioterapia é um tratamento localizado, com o objetivo de irradiar, de maneira especial, o campo do tumor. A radioterapia pode ser indicada com a finalidade de cura, pré-operatória, pós-operatória ou pós-quimioterapia e paliativa. No que se refere à radioterapia paliativa, esta é indicada para o tratamento localizado de câncer primário e/ou metastático. Sendo recomendada nas situações antiálgica, com o objetivo de diminuir a dor e anti-hemorrágica com o fito de controlar os sangramentos (INCA, 2017b).

Em alguns casos, a cirurgia pode ser indicada como paliativa, com o objetivo de minimizar o tumor ou controlar os sintomas que afetam a qualidade de vida do paciente

(INCA, 2017c). Esse tipo de cirurgia é realizada quando o paciente apresenta-se debilitado pelo adocimento, o tumor está “extenso, irressecável ou houve disseminação sistêmica”. Nesses casos a doença não é mais curável, assim o procedimento é proposto com a intenção de promover melhor qualidade de vida para o paciente (França, 2013, p. 126).

Chiba (2008) destaca alguns procedimentos que podem ser realizados pelo cirurgião em doentes paliativos, tais como, traqueostomia, gastrostomia, colostomia, toracocentese, peritoneocentese, debridamento de tecidos desvitalizadas de um tumor exofítico, dentre outros procedimento propostos para minimizar o sofrimento do doente.

No que concerne aos cuidados paliativos exclusivos, estes são ofertados quando a doença não responde mais aos tratamentos e a morte se aproxima. Nesse momento a assistência se direciona para promoção de qualidade de vida e conforto do paciente e de sua família. Nesta ocasião as terapêuticas que não apresentam benefícios são suspensas e a equipe foca em ações que promovam bem-estar e dignidade ao doente até o momento da sua morte (Maciel, 2006; Maciel et al., 2016).

Na quarta linha narrativa da figura 2, os cuidados paliativos são mencionados como um tratamento para paciente sem prognóstico, em fase final de vida, cuidados pré-morte. É válido ressaltar que a maioria dos profissionais mencionaram os cuidados paliativos como cuidados direcionados para paciente em fim de vida. Essa concepção dos sujeitos da pesquisa, ainda é restrita, pois essa assistência pode ser ofertada em conjunto com outras terapêuticas curativas durante todo o tratamento, com a progressão da doença esses cuidados tornam-se mais intensivos (Maciel, 2006a, 2008). Vejamos os fragmentos dos discursos a seguir:

Cuidados paliativos no meu, na minha interpretação seria aqueles cuidados pré-morte vamos supor, aqueles pacientes que não tem prognóstico, que necessita de uma humanização melhor, mas que a gente não pode fazer muito por eles, apenas o apoio e a avaliação terapêutica, a avaliação da enfermagem aplicar nesses pacientes, acho que só (E6).

Acho que é o melhor cuidado que você pode prestar a um paciente quando ele não tem mais... é opções de cura... você tá prestando uma assistência a um paciente que não tem mais condição de cura e o que ele precisa é qualidade de morte na verdade, ele precisa de uma boa qualidade de vida até chegar na terminalidade, até ele não estar mais aqui. Então é eu acho que é uma assistência, é uma assistência muito maior do que a área de saúde pode proporcionar no tecnicismo, é humanismo (...) (E12).

De acordo com Braz e Franco (2017) a visão limitada dos profissionais se deve a característica de ser a prática dos cuidados paliativos no Brasil, na maior parte dos casos, só realizada em doentes que já estão em fase final de vida. Quando deveriam ser iniciados conjuntamente com outros tratamentos no início do diagnóstico.

Os cuidados paliativos podem ser iniciados desde o início de uma doença crônica, podendo inicialmente ser associado a tratamentos modificadores da doença, como representado na Figura 1 (pág. 31), contudo, com a progressão da doença, esses cuidados tornam-se mais intensivos, posto que, cada fase da doença requer cuidados específicos. Para isso é importante identificar a fase da evolução da doença para que sejam realizadas medidas de conforto em consonância com as necessidades do doente (Maciel et al., 2016; Maciel, 2006, 2008).

A primeira fase compreende a etapa do diagnóstico de uma doença progressiva, nela os cuidados paliativos são iniciados com o objetivo de prevenir e controlar os sintomas advindos do processo de adoecimento e do tratamento. A equipe deve proporcionar cuidado integral ao doente e à sua família (Maciel et al., 2016; Maciel, 2006, INCA, 2017a). Na segunda fase, o doente começa a apresentar declínio no quadro clínico, ou seja, não responde aos tratamentos modificadores da doença (Moritz et al., 2011). O cuidado está direcionado para promover melhor qualidade de vida e conforto para o doente e família (Maciel et al., 2016). Na terceira fase, a morte é prevista para horas ou dias, os cuidados paliativos tornam-se exclusivos, promovendo alívio e conforto dos sintomas de ordem física, psicológica, social e espiritual que permeiam os últimos momentos de vida do paciente, possibilitando que este

tenha uma morte digna (Moritz et al, 2011). Após a morte do paciente, a assistência deve continuar voltada para a família, no período de luto (INCA, 2017a).

Como exposto, os cuidados paliativos exercem funções diferentes em cada etapa do tratamento, inicialmente podem ser realizados pela equipe assistencial, quando a doença não responde mais às terapêuticas curativas, essa assistência deve ser realizada por uma equipe especializada de cuidados paliativos. Em todas as fases a equipe multiprofissional, deve realizar cuidado integral e humanizado, abordando o doente e sua família de forma holística, considerando os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais (Maciel, 2008; Matsumoto, 2008).

A quinta linha narrativa da figura 2, mostra que o doente e a família devem ser tratados de forma holística, ou seja, os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais devem ser considerados pela equipe que trabalha embasada nessa filosofia. Como nos discursos que seguem:

(...) o paciente você tem que tratar de forma holística, é um todo, é um paciente, num é só a forma física que tá ali, o mental influencia bastante. E, é... a palição você tem que ter o maior cuidado, assim não só com paciente, mas com a família, porque você já chega, a família já tá, é pronto é o último estágio, pronto e acabou-se, mas o que você puder pra fazer, promover o melhor conforto pra o paciente, você tem ir até o final (E10).

Em um estudo com enfermeiros também foi ratificado o tratamento holístico do doente e da família, visando à melhora da qualidade de vida (Vasconcelos et al., 2014). A assistência multiprofissional fundamentada na filosofia dos cuidados paliativos preza pelo cuidado integral não só do paciente, mas também dos familiares, tendo como principal objetivo promover bem-estar e dignidade, respeitando a autonomia, desejos e necessidades individuais de cada um até o momento da sua morte (Cardoso et al., 2013; Maciel, 2008; Hermes & Lamarca, 2013).

4.2.1.2 Ações de cuidados paliativos para profissionais de saúde atuantes em oncologia

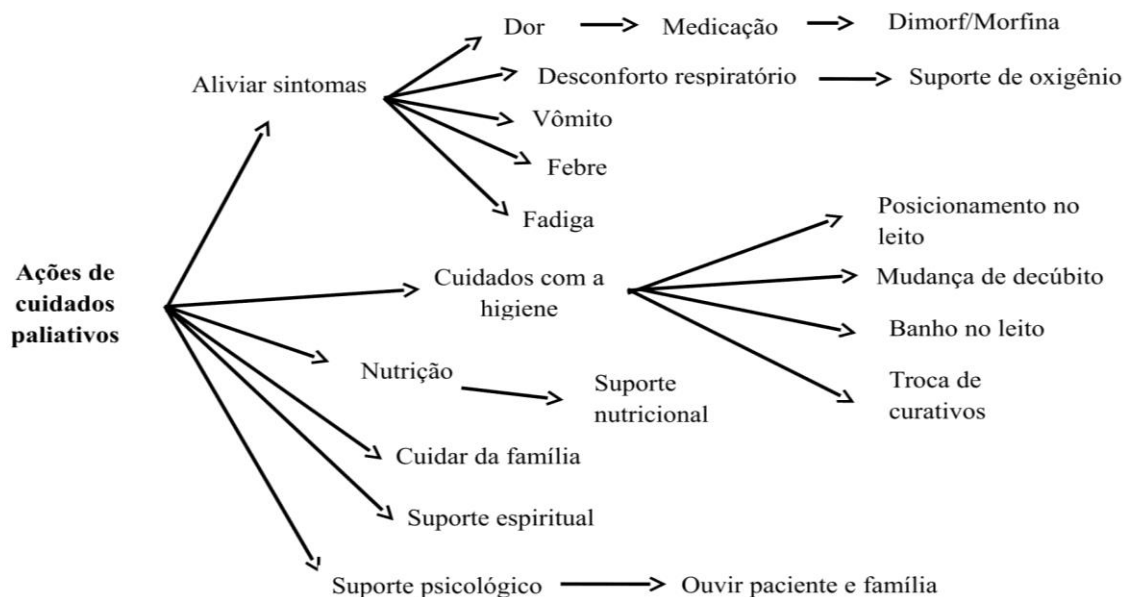


Figura 3. Árvore de associação de sentidos: Ações de cuidados paliativos para profissionais de saúde

Na Figura 3. Árvore de associação de sentidos: Ações de cuidados paliativos para profissionais de saúde, são elencadas as ações de cuidados paliativos executadas pelos profissionais de saúde na sua rotina de trabalho. Na primeira linha narrativa da árvore da figura 3, o alívio da dor aparece como uma ação prioritária da prática dos cuidados paliativos. Os profissionais relataram ainda que além da dor, outros sintomas também precisam ser aliviados, tais como vômito, fadiga, desconforto respiratório e febre. Como nos discursos que seguem:

(...) o que mais a gente conforta eles aqui é dor, pra eles não sentirem (E01).

(...) então nesse momento realmente o principal da questão da terminalidade deles é a questão da dor, então é o principal cuidado paliativo que a gente desenvolve lá é como avaliar essa dor, no posicionamento do paciente, se é a posição, se é cadeira que tá incomodando, se é... se não é nada disso, se é a medicação, então o que é que eu vou fazer pra pra aliviar a dor, vou falar com o médico, bora procurar pra tentar é amenizar essa parte (E7).

Então, assim, é, é, mas é sempre priorizar a, a diminuição do sofrimento do paciente, e principalmente o controle dos sintomas, dor, desconforto respiratório, vômito, febre, fadiga, tudo isso (E20).

Em consonância com Mccoughlan (2004) a assistência em cuidados paliativos engloba ações que visam aliviar a dor e outros sintomas, tais como náuseas, dificuldade respiratória, desconforto emocional e psicossocial do doente e da família.

Um dos sintomas mais relatados por doentes oncológicos é a dor, ela atinge cerca de 60 a 80% destes no início do diagnóstico (Rangel & Telles, 2012; Maciel & Arantes, 2008). À medida que a doença progride a dor está presente em torno de 70 a 80% dos doentes (Rangel & Telles, 2012). A dor é conceituada pela Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP) como uma “experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano” (IASP apud Arantes e Maciel, 2008, p. 370). As autoras acrescentam ainda que a dor não pode ser mensurada de forma laboratorial, nesse sentido a dor é avaliada a partir do que o doente verbaliza.

Maciel e Arantes (2008, p. 370) explanam que a dor é uma experiência particular de cada indivíduo, que pode ter influência de “fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais”. Em cuidados paliativos consideramos o conceito de “dor total”, criado por Cicely Saunders, a dor vai além de questões físicas, sendo os fatores emocionais, sociais e espirituais, também considerados provocadores desse sintoma. Diante disso, a assistência em cuidados paliativos deve procurar atender as necessidades de ordem física, psicológica, social e espiritual, que podem estar associadas ao alívio desse sintoma, desde o momento que se inicia o tratamento até os momentos finais de vida do doente.

Como prioridade dos cuidados paliativos o alívio e controle da dor, pode ser feito com o uso de alguns medicamentos, seguindo a Escada Analgésica da OMS, segundo Rangel e Telles (2012) com o uso dessa escada, a equipe de saúde consegue promover o alívio e

controle da dor em mais de 90% dos doentes oncológicos em cuidados paliativos. As principais medicações usadas para o controle da dor são os opioides (McCoughlan, 2004).

Os opioides são analgésicos que atuam no controle e no tratamento de dor moderada à intensa. No Brasil, o acesso a opioides ainda é limitado sendo disponibilizado somente pelos centros de referência em oncologia do SUS. A comercialização dessas medicações também é restrita a poucas farmácias, pois os estabelecimentos que dispõem dessas medicações são focos de vigilância mais frequente (Rede Câncer, s. d.).

Maciel (2006a) expõe que o uso desses medicamentos ainda é desconhecido e pouco aceito pela equipe de saúde, essa insciência dos profissionais é considerada uma das maiores limitações ao acesso à morfina. A sociedade, por sua vez, ainda associa a morfina a pacientes em final de vida e que seu uso pode acelerar a morte, assim como também pode tornar o doente dependente.

Vale ressaltar que além dos tratamentos farmacológicos usados para o alívio da dor, outras terapêuticas não farmacológicas podem ser indicadas para pessoas em cuidados paliativos, para isso a equipe multiprofissional deve realizar uma avaliação do doente para identificar qual a terapêutica mais indicada para atender suas necessidades e deixá-lo o mais confortável possível (Fernandes et al., 2013).

Assim como a dor, a dispneia é um sintoma frequente em pacientes oncológicos em palição, principalmente quando a doença está em estágio avançado, acometendo em média 60 a 70% desses doentes (INCA, 2002). A dispneia tem como principal característica o desconforto respiratório, sendo considerada uma experiência subjetiva, por isso na sua avaliação devem ser considerados os aspectos físicos, emocionais, comportamentais e o contexto. Para o alívio desse sintoma podem ser usadas medidas farmacológicas e não farmacológicas, visando à melhora da qualidade de vida do doente (Carvalho, 2012).

Náuseas, vômitos, febre e fadiga também se apresentam com frequência nos doentes em cuidado paliativos, todos esses sintomas interferem na qualidade de vida do doente, assim como também repercutem nos familiares, estes que, por sua vez, se preocupam com o quadro clínico do doente (Maciel & Battega, 2012). Diante disso, a equipe assistencial deve realizar ações que proporcione o máximo de conforto possível ao doente e seus familiares.

A segunda linha narrativa da figura 3 aponta os cuidados com a higiene como uma ação de cuidados paliativos. Nos relatos dos profissionais, mudanças de decúbito, banho no leito e troca de curativo, aparecem como ações realizadas para promover melhor bem-estar ao paciente em palição, como demonstra os trechos das entrevistas a seguir.

(...) você vai dar um banho no leito do paciente, você vai trocar os lençóis, não deixar que esquente, coloque um colchão d'água, caixa de ovo, ali já vai ajudar aquele paciente, se ele tem escara, mudança de decúbito, se o paciente não tá respondendo mais a algum tratamento de medicações, mas se você pode ofertar uma massagem, um conforto (E10).

(...) no meu entender é mais assim fazer um curativo, tá entendendo, trocar sonda, essas coisas que eu faço aqui (...) (E2).

(...) eu procuro sempre dar o que ele quer naquele momento, se ele tá precisando de uma drenagem pra diminuir o edema do membro, se tá precisando de um posicionamento, se ele só quer mudar o decúbito, às vezes eles não querem nada, querem apenas ficar ali deitado, aí gente respeita (E11).

Pereira, Sera e Caromano (2008) compreendem higiene como sendo ações de limpeza corporal e com o meio onde o doente está inserido. À medida que o estado de saúde física e psicológica do doente progride, ele diminui sua autonomia apresentando dificuldade para realizar o autocuidado, diante disso ele necessita da ajuda dos profissionais de saúde para realizá-lo. Esses cuidados são planejados e realizados pela equipe assistencial de saúde e ocorrem em horários regulares, com o objetivo de aliviar os desconfortos e melhorar a qualidade de vida do doente. Dentre as práticas de higiene e conforto que contribuem para o bem-estar do doente, os autores citam, a higiene do ambiente, banho no leito, higiene do

couro cabeludo, oral e íntima, adequação da cama e sua arrumação, troca de fraldas, massagem de conforto, dentre outras.

Pereira, Sera e Caromano (2008) incluem nas ações de higiene o cuidado com o ambiente, destacando a importância da higienização dos espaços ocupados pelo doente, porém não mencionam o papel dos profissionais de apoio e sua importância no cuidado integral ao doente.

Na terceira linha narrativa da figura 3, o suporte nutricional também aparece nos discursos como uma ação de cuidados paliativos. Os profissionais aludem à importância de avaliar as necessidades de alimentação do doente, assim como saciar os desejos daqueles que estão em fim de vida. Como nos discursos que seguem:

(...) no caso do paliativo no finalzinho da sua vida, então a gente tenta trazer é... prazer, às vezes o paciente tem vontade de comer uma coisa assim pela a dieta talvez não fosse nem possível, porém como é um paciente paliativo a gente faz a vontade dele, porque a gente tenta proporcionar momentos de prazer e felicidades pra esses pacientes. (...) cuidado nutricional dos pacientes daqui, mas também vai alta pra casa, questão de uma dieta, de um suplemento (E13).

É importante que o profissional considere os desejos e necessidades do doente e também compreenda o entendimento da família, pois à medida que a doença evolui o doente pode precisar de tipos de nutrição diferentes, uma vez que o doente pode perder a habilidade de sentir o sabor, deglutir e digerir os alimentos. À vista disso, a equipe deve orientar o doente e a família sobre os tipos de alimentação, da nutrição artificial e da sua importância em cada momento da evolução da doença, para que estes compreendam a importância de introduzir ou não a alimentação, seja ela por via oral, via enteral ou parenteral. A alimentação tem que trazer mais benefícios do que malefícios, caso contrário ela se torna uma terapêutica fútil (Carvalho & Taquemori, 2008).

A quarta linha narrativa da figura 3 enfatiza o discurso de alguns poucos profissionais sobre o reconhecimento, pela equipe multiprofissional, de que a família precisa de orientação. Maciel (2008) expõe que a assistência em cuidados paliativos não se restringe ao paciente,

ela inclui a família, inclusive no período após a morte do doente, dando apoio e suporte aos familiares, ajudando-os no processo de elaboração do luto. Vejamos os fragmentos dos discursos:

(...) os meus cuidados paliativos não se resume só a passar opioides, a passar é,... passar laxantes pros pacientes e orientações diversas sobre ostomias, né, também versam sobre o conforto às pessoas e às famílias que vêm aqui, então a gente sempre procura dar uma palavra de conforto (...) (E17).

(...) assistência que tem que ser dada não só ao paciente mais também à família (E12).

O adoecimento de um membro da família afeta todos os familiares, alterando as funções de cada um e a dinâmica dessa unidade (SBGG, 2015). Soratto (2013) evidencia que o processo de adoecimento é vivenciado pelo doente e pela família, os sentimentos de tristeza, perda, dor, cansaço, sobrecarga física e psicológica são vivenciados pelos familiares de doentes em cuidados paliativos.

Encarnação e Farinasso (2014) ratificam os sentimentos de indiferença, culpa, tristeza, impotência e medo como as emoções mais presentes nos familiares de doentes em cuidados paliativos. Perante essa realidade, os profissionais de saúde devem elaborar um plano de cuidado para a família, com o intuito de ofertar apoio e suporte diante das adversidades advindas do processo de adoecimento do ente querido, buscando humanizar a assistência.

Corroborando isto Reigada, Pais-Ribeiro, Novellas e Pereira (2014) referem que o trabalho da equipe de saúde junto à família do doente em cuidados paliativos, tem o objetivo de dar apoio e suporte perante o momento vivenciado, para que estes enfrentem da maneira mais saudável possível. Encarnação e Farinasso (2014) acrescentam que a assistência aos familiares também deve ter caráter educativo e organizacional, com foco nas questões que vão surgindo ao longo do processo de adoecimento, com o objetivo de promover bem-estar para o doente e para sua família.

As últimas duas linhas narrativas da figura 3 mostram que os participantes da pesquisa, alinhados com a filosofia dos cuidados paliativos, defenderam que o cuidado

integral oferecido pela equipe de saúde ao doente e sua família, deve incluir o suporte psicológico e espiritual. Vejamos os fragmentos dos discursos:

Têm pacientes que a gente percebe que só precisa de alguém pra, pra ouvi-los, né, a gente tem esse momento de escuta pra avaliar as demandas que o paciente traz e tentar ajudá-lo de alguma forma (E8).

(...) a gente procura dar o conforto a eles o apoio psicológico também, espiritual também conforme a aceitação e é dessa forma (E6).

É preciso esse apoio psicológico, muito importante o apoio psicológico pra esse paciente, é preciso que seja muito bem planejado, organizado, estruturado pra que esse doente pelo menos se ele vai ter um desfecho fatal que tenha bem, bem assistido (E19).

Nos cuidados paliativos o suporte psicológico disponibilizado para o doente e a família, tem o intuito de fornecer apoio emocional frente à repercussão psicológica que pode ser ocasionada pelo adoecimento, minimizando o sofrimento advindo desse processo e ajudando-os a compreender e elaborar o momento vivenciado (Hermes & Lamarca, 2013).

Como apresentado no referencial teórico (págs.23-27) dentro das diversas possibilidades de atuação do psicólogo da saúde, ele pode estar inserido na equipe multiprofissional que presta assistência ao doente em cuidados paliativos. Nessa equipe ele tem a missão de dar apoio e suporte a díade (paciente e família) e também a equipe de saúde, com o objetivo de diminuir os sofrimentos decorrentes do processo de adoecimento, tratamento e terminalidade (Mendes, Lustosa, & Andrade, 2009; Veit & Barros, 2008).

Bertachini e Pessini (2010, p. 320) entendem a espiritualidade como “a busca do ser humano por um sentido e significado transcendente da vida”, perante vivências permeadas pela dor, sofrimento, perda, angústia, e medo da morte. Em um estudo realizado com paciente oncológico Guerrero, Zago, Sawada e Pinto (2011) identificaram que diante do adoecimento, a espiritualidade é usada como uma estratégia de enfrentamento, com o objetivo de ajudar o doente a enfrentar e dar sentido ao momento vivenciado. Nesse sentido, é importante que os profissionais de saúde reconheçam a espiritualidade como parte do cuidado integral

dispensado ao doente. No planejamento da assistência esses profissionais devem considerar a espiritualidade, manifestada através da fé em Deus, crenças, dentre outros, para atender todas as necessidades do doente.

4.2.1.3 Interação da equipe multiprofissional nas assistências em cuidados paliativos

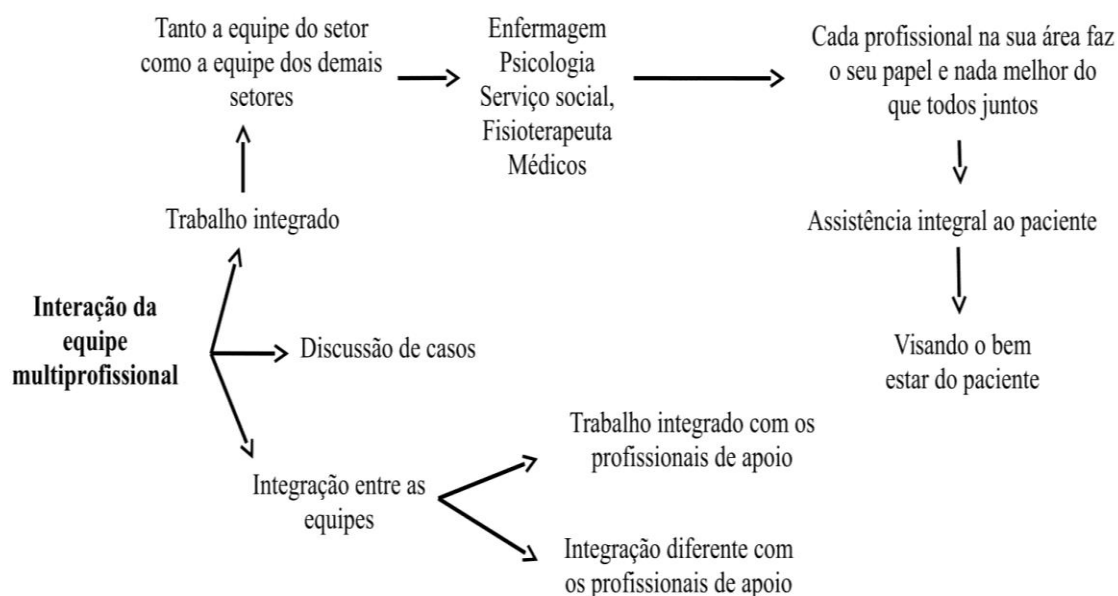


Figura 4. Árvore de associação de sentidos: Interação da equipe multiprofissional nas assistências em cuidados paliativos

Na Figura 4. Árvore de associação de sentidos: Interação da equipe multiprofissional nas assistências em cuidados paliativos, os discursos estão apresentados mediante 3 linhas narrativas. Na primeira linha narrativa da figura 4 os participantes evidenciaram que é importante o trabalho integrado com todos os profissionais, reconhecendo que todos exercem função importante no processo de cuidado e que é necessária a atuação em conjunto para prestar assistência integral ao doente oncológico em cuidados paliativos. Vejamos os recortes a seguir:

Nesse setor aqui é preciso interagir tanto o paciente do início, no ambulatório, ao internamento, ao início da medicação ali, tem que ter... como eu posso dizer? Um

laço, porque acho que um só não trabalha, é um com outro, porque são três medi... três equipes pra um paciente só, essas, esses três setores eles têm que ter contato, as pessoas têm que se interagir, (...). Tipo eu tenho que ter contato com a colega da quimioterapia bem próximo, porque se eu quiser saber algo do paciente ela quiser saber a gente conversando a gente vai ter mais informações, vai ter como cuidar mais do paciente. Às vezes o paciente toma a química internado, setor bem longe, mas também a gente tem que ter um contato com o enfermeiro, técnico de lá, pra também... (E4).

(...) a gente senta, é..., minhas condutas são discutidas com a médica, que é a doutora Maria, são discutidas com a enfermeira que é doutora Antônia, as condutas delas são discutidas comigo, como fisioterapeuta, e a gente entra em um senso comum pra poder tratar o paciente, porque cada um tem uma função ninguém trabalha só e o paciente só vai receber uma boa assistência se tiver uma harmonia na equipe, se todos se conversarem, se não houver conversar ele num vai receber uma boa assistência, porque vai ficar faltando alguma coisa (E12).

Em conformidade com a PNH a equipe de saúde deve prezar pelos cuidados humanizados. Cabe a estes profissionais ofertar cuidado integral em todas as fases do tratamento, considerando as diferentes necessidades do paciente, primando pelo conforto e qualidade de vida (Brasil, 2004). Cardoso, Luengas, Trancas, Vieira e Reis (n.d) elucidam que a equipe de saúde deve desenvolver ações de cuidado para proporcionar melhor bem-estar para o paciente e seus familiares, durante todo o percurso do tratamento.

A portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, estabelece que à assistência ao paciente oncológico deve ser realizada por uma equipe multiprofissional, composta por médicos (cirurgião oncológico, oncologista clínico, radioterapeuta, dentre outras especialidades), enfermeiros, farmacêutico, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, odontólogo, psicólogo clínico, psiquiatra, dentre outras (Brasil, 2014). Nessa equipe cada profissional tem sua função definida, com intervenções direcionadas para o cuidado integral, visando contribuir para o bem-estar e qualidade de vida do paciente em tratamento oncológico (INCA, 2017, Hermes & Lamarca, 2013).

No documento de Critérios de Qualidade para os Cuidados Paliativos no Brasil, também é estabelecido que a assistência em cuidados paliativos deve ser realizada por uma

equipe multiprofissional com ações integradas de conforto, contemplando os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais (Maciel, 2006a).

Considerando que no presente estudo participaram vários dos profissionais citados acima, que compõem a equipe multiprofissional (assistente social, enfermeiros, farmacêutico, fisioterapeuta, médico, nutricionista, odontologia, psicologia), avaliamos ser relevante apresentar brevemente as competências desses profissionais de saúde no contexto da oncologia e nos dos cuidados paliativos.

O serviço social tem como atribuições auxiliar o doente e seus familiares nas questões socioassistenciais. Nos cuidados paliativos o serviço social pauta seu trabalho na escuta e no acolhimento, buscando conhecer a realidade do doente e da família e orientá-los sobre seus direitos, esse profissional deve identificar e avaliar a rede de apoio, para contribuir nos cuidados do doente, assim como pode favorecer o processo de comunicação entre o paciente, família e equipe de saúde, com a finalidade de atender as demandas do doente e proporcionar cuidado integral à díade (Andrade, 2012).

No que diz respeito ao papel do enfermeiro na assistência dos cuidados paliativos, suas ações estão voltadas para a identificação das limitações e dos sintomas de ordem física, psicológica, social e espiritual, manejo e controle da dor, oferecendo cuidado integral e humanizado, preservando a autonomia do paciente. Assim como também estimular a participação da família e do paciente nas tomadas de decisões e nos cuidados até os últimos momentos de vida (Silva, Araújo & Firmino, 2008).

Na equipe multiprofissional o farmacêutico também exerce papel fundamental para uma assistência integral ao doente oncológico, podendo sua atuação estar presente em todas as fases do tratamento (Rede Câncer, n.d, b) inclusive nos cuidados paliativos.

Na oncologia o fisioterapeuta não se limita a restabelecer a funcionalidade dos pacientes que são submetidos a tratamentos curativos, mas, sua ação se amplia para aqueles

fora de possibilidade de terapêuticas curativas (INCA, 2017c). Nos cuidados paliativos, este profissional pode se utilizar de um conjunto de recursos técnicos e exercícios para minimizar os desconfortos e controlar a dor e outros sintomas do doente. Também faz parte das atribuições desse profissional prestar orientações aos cuidadores, com a intenção de promover melhor qualidade de vida ao doente (Andrade, Sera & Yasukawa, 2012).

O médico é responsável por diagnosticar, conhecer a história da doença e tratamentos já realizados, podendo solicitar avaliação de outros profissionais, assim como discutir condutas terapêuticas com outros especialistas. É o médico quem prescreve tratamentos e medicações que contribuam para o alívio e controle da dor, evitando tratamentos fúteis que ocasionem mais sofrimento ao doente, considerando os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, promovendo cuidado integral ao doente (Consolim, 2012).

Por sua vez, o nutricionista é responsável pela assistência nutricional do doente, ele deve fazer um planejamento alimentar considerando as limitações alimentares, desejos e necessidades do doente. É importante ter clareza do prognóstico do paciente para não investir em tratamento nutricional que não terá impacto na qualidade de vida do doente, nesses casos devem ser privilegiados os desejos e necessidades do paciente (Melo, 2008).

O odontólogo na equipe multiprofissional tem a função de acompanhar os pacientes com câncer durante e/ou posteriormente os tratamentos, com a finalidade de prevenir e minimizar os efeitos colaterais na saúde bucal do paciente (Souza, Lima, Marchi & Botelho, 2012). Na equipe de cuidados paliativos esse profissional tem, entre suas atribuições, realizar higiene, limpeza e controle de infecções da boca, através de medidas preventivas e/ou tratamentos, com o objetivo de minimizar a dor e outros desconfortos e promover melhorias na qualidade de vida do doente. Vale ressaltar que ainda são poucos odontólogos, especialistas em dor orofacial, integrando as equipes multidisciplinares de cuidados paliativos (Jales & Siqueira, 2012).

Por fim, o psicólogo na atenção ao paciente com câncer pode acompanhá-lo desde a investigação diagnóstica até os cuidados finais de vida, dando apoio ao doente e à sua família, com o fito de minimizar os impactos advindos da doença e do tratamento, posto que o diagnóstico de câncer geralmente é acompanhado de sentimentos de medo do desconhecido e da morte, insegurança, ansiedade, tristeza, dentre outros, devendo as intervenções psicológicas auxiliá-lo no enfrentamento da doença (INCA, 2015b).

Como exposto, cada profissional, na sua especialidade, pode prestar cuidados visando à minimização do sofrimento do doente. Partindo desse princípio, é imprescindível o trabalho em equipe, para desenvolver ações de cuidados que proporcionem melhor bem-estar para o doente e seus familiares.

A segunda linha narrativa da figura 4, dá destaque para a discussão de casos. Na visão dos profissionais isso permite que o doente seja avaliado por diferentes olhares, considerando todos os seus aspectos, possibilitando que o doente receba uma assistência integral. É importante ressaltar aqui que alguns profissionais afirmaram que a equipe se reúne para discutir casos de forma mais frequente, porém outros pontuam que essas discussões não acontecem de forma rotineira e/ou não acontecem nunca. A seguir apresentamos alguns recortes das entrevistas que representam os discursos dos participantes.

É, a gente aqui por ser uma equipe multidisciplinar a gente sempre senta, conversa e fala a respeito daquele paciente e ver os possíveis manejos que a gente pode fazer pra tentar melhorar o tratamento dele, desses pacientes, principalmente daqueles que necessitam de cuidados. A gente sempre quando conversa a respeito desse tipo de paciente, acaba despertando a preocupação que gera justamente as rodas de conversas pra gente tentar melhorar os manejos (...) (E14).

E a gente tem também discussões de casos que ocorre, não tem uma frequência tão regular quanto a gente gostaria, mas existem, inclusive o pessoal de outras áreas são convidados a, a apresentar seus trabalhos, a mostrar algum resultado, a apresentar casos, né, e falar um pouco também de algumas experiências, mas não é uma coisa tão regular, porque infelizmente o hospital ele não tem uma dinâmica de serviço, entendeu, como outros. É como se cada um fosse uma ilha (...) (E17).

O que eu sinto falta é de mais discussão de caso clínico com todo mundo junto, que a gente nunca teve, né, o que falta é isso, essa união. Juntar, porque assim se você

disser, não se eu tiver dúvida eu ligo, mas assim se juntar todo mundo uma vez por mês pegar todos os casos é importante, tá cada setor ali representado (E18).

O momento de discussão de casos é importante na assistência ao doente oncológico em palição, pois cada profissional tem a oportunidade de compartilhar aspectos observados da sua avaliação, discutir e traçar estratégias de cuidados com os demais profissionais, para proporcionar cuidados de acordo com a demanda de cada doente.

Na terceira linha narrativa da figura 4, os participantes destacaram que existe interação entre os profissionais de saúde com os profissionais de apoio, e que todos são importantes no processo de cuidado do paciente oncológico em cuidados paliativos. Estes reconhecem que os demais trabalhadores contribuem nos cuidados dos doentes, seja orientando na portaria, abrindo o atendimento na recepção, servindo a alimentação, preservando o ambiente limpo. Além destas funções, os profissionais de apoio, muitas vezes, durante a execução das suas atividades, escutam, acolhem, são empáticos com o doente, entretanto, conforme os discursos desses, na maioria das vezes, isso não é reconhecido. Os profissionais de apoio também creem que essas ações não fazem parte das atribuições deles. O que é para nós uma incompreensão e uma distorção a ser corrigida. Já que o trabalho de todos, sem exceção, contribui para que o ambiente seja humanizado. Vejamos o exemplo, a seguir:

(...) as meninas da copa são fundamentais, porque são elas que vem, elas passam a visita olham os pacientes, olham quais são as dietas que foram combinadas para os pacientes (...). Os maqueiros sem eles a gente não faz nada, porque num tem como fazer transferência do paciente, num tem como prestar assistência pra poder levar paciente pra fazer exame, fazer transferência de quarto, liberar paciente pra alta. E a portaria é quem deixa entrar e sair. Interligados, por isso que é uma assistência transdisciplinar (E12).

Outros participantes verbalizaram que a interação entre os profissionais de saúde com os profissionais de apoio ocorre com menos frequência. Eles evidenciam que a interação com os profissionais de apoio é menor, quando comparada à interação com a equipe de saúde. Segue um exemplo desse discurso:

(...) a equipe (de saúde) é bem integrada e todo mundo visa bem, bastante o bem-estar do paciente. (...) E já em relação aos outros, aos demais, como o maqueiro, o pessoal da higienização, porteiro, essa questão não, não tem, não é a mesma integração que a mesma, a nossa equipe mesmo, de saúde, lá em cima, mas assim o pessoal da recepção trabalha muito junta, bem integrada, até porque a gente depende deles também pra que o serviço ande, é bem integrada. Agora como eu te disse, maqueiro, porteiro, essas outras acabam ficando um pouco mais, mais afastado não tem nenhum atrito, nenhum problema, mas não é tão próximo, não é tão integrada (E8).

Entendemos que é importante a interação entre ambas as equipes, para prestar cuidado integral ao doente e à sua família. Dentro da sua especialidade, cada profissional seja da saúde ou de apoio, deve desenvolver ações que contribuam para o bem-estar do paciente e de sua família, durante todo o tratamento. Essa interação deve ser fomentada nas instituições de saúde para que todos compreendam que dentro da sua área, cada profissional pode realizar ações que podem proporcionar melhoria na qualidade de vida do doente.

4.2.1.4 Dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde na assistência ao doente oncológico em cuidados paliativos

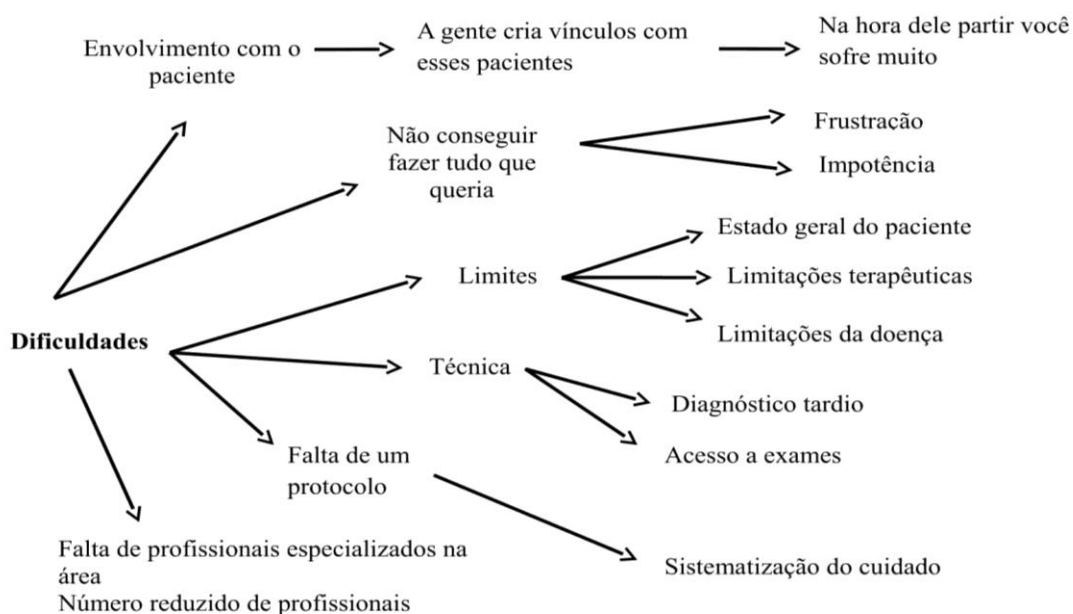


Figura 5. Árvore de associação de sentidos: Dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde na assistência ao doente oncológico em cuidados paliativos

As dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde são apresentadas na Figura 5. **5. Árvore de associação de sentidos: Dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde na assistência ao doente oncológico em cuidados paliativos.** Na primeira linha narrativa da figura 5, o envolvimento afetivo com o doente emerge como desencadeador de sofrimento. Os discursos dos participantes demonstram que quando são estabelecidos vínculos afetivos com os doentes, os profissionais sofrem mais quando o quadro clínico dele piora e/ou vai a óbito. Os profissionais destacam ainda que o momento da morte é permeado de muito sofrimento. Isso fica evidente nos discursos destacados abaixo.

Vários sentimentos é surge nesse momento, né, quando você... Porque você sente o paciente como alguém da sua família, então esse sentimento de você ter de ser alguém da sua família, que às vezes você fica tipo meia depressiva, né, triste em ver a partida, que é o que a gente mais ver, né, é a partida deles, é o tempo, você passa muito tempo com eles você pega aquele, aquela afinidade com eles, se apega muito e na hora dele partir você sofre muito, né, mais a gente vai levando. Questão do carinho, o afeto mesmo (E9).

(...) a gente se sente um pouco triste, porque querendo ou não a gente cria vínculos com esses pacientes, né, você se põem no lugar, você ver um senhor, uma senhora você imagina que poderia ser sua mãe, seu pai, então assim a gente às vezes fica bem abalado, né. No início aqui eu saía do setor da oncologia com um peso muito grande nos ombros, né, assim eu saía de lá parecia que eu tava carregando dez pessoas com né, a tristeza, aquela... né (faz expressão de peso) (E13).

Assim, é a gente assim fica, no meu caso, eu fico triste, né, assim de num puder, né, fazer mais nada por aquele paciente, a gente deixa muito triste, às vezes você chega em casa, né, você chega assim com o coração, sabe, dolorido, aquela coisa assim, aquele mal estar, de sentir, saber que aquela pessoa a gente não pode fazer na..., mais nada, que a gente... tá entendendo. É como eu falei pra você às vezes a gente chega, num tem... depende do paciente que a gente tem muita convivência assim no dia a dia, a gente já tá chegando o final você já não tem mais coragem de encarar ele assim, pra dizer assim força amiga, força amigo você vai ficar bom, tá entendendo. Chegar pra conversar (E2).

Cardoso et al. (2013) afirmaram que a convivência diária entre os profissionais de saúde e doentes fortalece os vínculos afetivos, diante disso quando a morte do doente se aproxima ou quando ele morre, os profissionais sofrem pela sua perda. Os autores ressaltam ainda que esse sofrimento depende da intensidade dos vínculos entre ambos, ou seja, quanto maior o vínculo maior o sofrimento.

Os profissionais de saúde, especialmente os que trabalham em hospitais, dedicam maior parte do seu tempo aos cuidados de pessoas doentes, isso possibilita a criação de vínculos afetivos e compartilhamento de angústias e sofrimentos com doentes e familiares (Cardoso, Muniz, Schwartz & Arrieira, 2013).

Os resultados da pesquisa de Sousa e Conceição (2018), em sintonia com nossos achados, mostram que quanto maior o envolvimento e os vínculos afetivos formados com o doente e familiares, maior será o sentimento de impotência e fracasso do profissional e maior a dificuldade de lidar com a morte do doente.

A segunda linha narrativa da figura 5, mostra que os participantes revelam sentimentos de impotência e frustração diante da impossibilidade de cura. Abaixo expomos alguns tópicos das entrevistas.

Não é fácil, porque chega mulheres com tumores que são inressecáveis, num tenho como mais fazer cirurgia, tumores axilares, ulcerados e a gente fica impotente (...) (E18).

(...) às vezes, eu me sinto é... (pausa) digamos assim, é frustrada, ou então assim, sinto que queria fazer mais, mas sei que a doença às vezes não permite, entendeu, às vezes acaba progredindo independente do tratamento que se faça, então fica às vezes um, um sentimento que eu não sei classificar como seria, mas um sentimento de impotência ou de frustração, porque às vezes, é acaba que você não consegue tudo, ou tudo que queria fazer pela questão da dificuldade do serviço de saúde mesmo, ou então pela própria doença que às vezes acaba que não responde mesmo ao tratamento (E20).

As principais dificuldades é estão... muitas vezes você ver determinados pacientes falecendo, porque você tem... eu digo até por hoje, hoje a gente acabou sabendo que uma paciente que a gente acompanha há um ano, ela veio a óbito, e assim é impotência o sentimento que você acaba sentindo naquele momento, porque vai tudo bem você vai acompanhando aquele paciente vai evoluindo e de repente aquele paciente vem a óbito (E12).

No estudo de Mota, Gomes, Coelho, Lunardi Filho e Sousa (2011), realizado com enfermeiros e técnicos de enfermagem, constataram que mesmo usando todos os recursos disponíveis para tentar evitar a morte do doente, quando este vai a óbito, os profissionais se sentem frustrados, impotentes, culpados. Dentre tais sentimentos, a impotência foi destacada

como o sentimento mais prevalente entre os profissionais de saúde diante da morte. Os profissionais sentem-se impotentes por não conseguirem reverter a doença, mesmo se utilizando de todo arsenal tecnológico disponível na área da saúde (Mota et al., 2011; Santos & Homanez, 2013; Costa, 2016).

A morte é algo que está presente na atuação da equipe de saúde dentro do hospital, porém isso não os impede de sentir dificuldades ao realizar cuidados dos pacientes que evoluem para óbito e discutir esse conteúdo (Mota et al., 2011). No trabalho com pacientes oncológicos, o profissional de saúde está em contato diariamente com a vida, a morte e o sofrimento do doente e da família (Ayala, Felício & Pachão; 2017; Bordignon et al., 2015). E que essa vivência pode influenciar na saúde mental deste profissional, mobilizando-o afetivamente, despertando principalmente sentimentos de frustração, compaixão e tristeza, esses sentimentos podem desencadear sofrimento psíquico, afetando sua qualidade de vida (Barbosa, Sousa & Moreira, 2014, p. 316).

Sem embargo, a compaixão excessiva dos profissionais de saúde pode gerar adoecimento. A Fadiga por Compaixão de acordo com Barbosa, Sousa e Moreira (2014, p. 316) “é um esvanecimento crônico do cuidado e da preocupação com o outro devido ao uso excessivo dos sentimentos de compaixão”. Essa síndrome pode afetar os profissionais de saúde que lidam com pacientes oncológicos em cuidados paliativos, visto que estes profissionais estão em contato diariamente com pacientes e familiares em sofrimento.

Martellet, Motta e Carpes (2014) constataram que o trabalho na saúde afeta tanto a saúde física, quanto a psicológica dos profissionais de saúde. Os autores chamam a atenção para as consequências psicológicas, que afetam não só a vida profissional, mas, também a vida pessoal. Diante disso, é de suma importância o desenvolvimento de estratégias direcionadas para cuidar da saúde mental dos profissionais de saúde, para que estes desenvolvam estratégias de enfrentamento pessoais e grupais. É importante também que as

instituições desenvolvam espaços destinados ao cuidado dos profissionais de saúde (Cardoso et al., 2013).

Na terceira linha narrativa da figura 5, as dificuldades são associadas aos limites da atuação, sejam com o doente, com as técnicas ou com as terapêuticas. Consoante com Motriz (2005) o médico é preparado para restabelecer vidas, entretanto, diante dos limites que o impossibilitam de curar, este profissional sente-se culpado pela morte do doente. A autora referenciada anteriormente ressalta que nos cursos de medicina e enfermagem o tema morte pouco é trabalhado com os acadêmicos. No curso de medicina muitas vezes essa temática é pincelada no início da graduação, ficando as questões relacionadas à ética da morte, abordadas sem aprofundamento. Já na enfermagem, o foco está na assistência técnica, estes profissionais tem sua formação direcionada para práticas de recuperação e que prolongam a vida do doente. Observamos que ambas as categorias profissionais são treinadas para a assistência técnica de recuperação e prolongamento da vida. Estes profissionais não são preparados para lidar com questões emocionais do doente, logo, quando a cura é impossível e a morte se aproxima, os profissionais sentem-se angustiados e fracassados. Os recortes seguintes demonstram os discursos dos profissionais.

(...) infelizmente, a gente, nós da área da saúde, temos uma certa limitação, né, a gente só pode ir até um certo ponto, dar um conforto a eles, é aliviada a dor, a família, eles sempre querem que a família fique por perto, e a gente tenta de alguma forma ajudar, mas assim, existe coisas que a gente não pode fazer, né, como trazer a cura, que a gente sabe que é só o Senhor (se refere a Deus) ... (E1).

(...) é eu num sou Deus, entendeu, chega um ponto que num é, num dá mais, a gente faz o que pode (...) (E18).

(...) às vezes a gente fica meio que impotente, né, assim querendo talvez até trazer uma ajuda a mais, mas também assim a gente assim acaba, né, barrando na própria barreira, na própria, no próprio quadro fisi... clínico, físico do paciente, às vezes você quer, você tem a medicação disponível, mas pela, pelo grau de avanço da doença, pela queda acentuado do estado geral, né, você não consegue tratá-lo, né. Realmente frustra um pouco, né, e já que nossa missão é procurar tratar, procurar curar, em alguns desses casos é onde a gente fica um pouco meio que frust... que frustrado. (E16).

Santos, Corral-Mulato e Bueno (2014) evidenciam que os profissionais de saúde sofrem diante do combate entre a vida e a morte. Estes autores pontuam que é necessário que esses profissionais compreendam a morte como um processo natural que faz parte do ciclo do desenvolvimento humano. Para isso é importante que as instituições de ensino comecem a inserir nos seus currículos essa temática, possibilitando que os acadêmicos discutam sobre a morte, visto que no contexto da saúde, especialmente no ambiente hospitalar, esses profissionais vão estar em contato diariamente com a vida e com morte.

A quarta linha narrativa da figura 5, apresenta as dificuldades técnicas enfrentadas na execução do cuidado. Os profissionais assinalam que o diagnóstico precoce e o acesso aos serviços de exames ainda é difícil para o doente, diante disso muitos pacientes chegam ao serviço com a doença avançada, quando muitas vezes o tratamento curativo já não é mais possível.

(...) a oncologia é uma especialidade cara, que demanda é, muitos recursos, assim, que precisa tanto de recurso tanto pessoal, como de medicamentoso, como de laboratorial, é exame de imagem, entendeu, e isso no SUS e na nossa realidade aqui é muito difícil de se encontrar, então às vezes pra dar um diagnóstico o paciente passa muito tempo pra chegar ao diagnóstico, e às vezes quando chega o diagnóstico, já chega com a doença avançada (E20).

(...) nessa questão de, de exames que ainda tá muito precária, a questão também do, dos pacientes que ainda existe a espera pra começar um tratamento, devido à grande quantidade, é mais esses pontos hoje em dia que a gente consegue... se bate. Pacientes pra pequena quantidade de oncologista, a gente ainda se encontra... tem ainda esse problema no hospital que acaba dificultando o tratamento deles (E7).

E quando você faz o diagnóstico vem uma dificuldade maior, que às vezes é o tratamento, o tempo, né, que o paciente leva a ser tratado, às vezes não tem medicação específica para aquela doença. Hoje em dia é tá... é se desenvolveu muito a parte da imunoterapia, né, os tratamentos à base de anticorpos monoclonais, que são medicações caríssimas o SUS não cobre, né, na maior parte das vezes o paciente tem que dar entrada via judicial e isso leva tempo, às vezes o paciente morre sem receber a medicação ou sem receber o devido tratamento, acho que esse, essa é a principal nossa dificuldade (E16).

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece atendimento integral e gratuito à população. Esse sistema cobre diversos tipos de diagnósticos e tratamentos, inclusive o diagnóstico e

tratamento de câncer. No SUS o atendimento do paciente oncológico e em cuidados paliativos é garantido através de políticas públicas de saúde direcionadas para o câncer, e portarias formuladas pelo MS, como, por exemplo, a PNH (Brasil, 2004), PNAO (Brasil, 2005), e a PNPCC-RAS (Brasil, 2013). No entanto, muitas vezes os doentes enfrentam dificuldades até iniciarem o tratamento.

Em 2012, foi instituída a lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, conhecida como a lei dos 60 dias, que dispõe sobre o início do tratamento de paciente que tenha diagnóstico de câncer confirmado. O artigo 2º, da referida lei, estabelece que no prazo de 60 dias ou menos, contando a partir do momento da confirmação diagnóstica, o paciente deve iniciar tratamento no SUS (Brasil, 2012).

Em um estudo com mulheres com câncer de mama, Souza et al. (2015) constataram que o intervalo entre o diagnóstico e início do tratamento pode chegar até 74,7 dias, com uma média de 45 dias. As autoras observam que o tempo entre o diagnóstico e início do tratamento tem impacto na resposta ao tratamento. Entre as pacientes atendidas em até 60 dias, conforme previsto na lei, 6% a doença recidivou e 16% tiveram metástase. As que tiveram acesso ao serviço após o período estabelecido em lei, 12% teve recidiva e 21% metástase.

Oliveira, Reis e Silva (2018) verificaram que as dificuldades de acesso começam antes do diagnóstico, ou seja, desde o período de investigação e confirmação diagnóstica os doentes já encontram dificuldades de acessar os serviços para realização de exames. Apesar das leis e políticas garantirem o tratamento oncológico, as pessoas com câncer ainda esbarram na burocracia do sistema.

Gonçalves, Travasso, Almeida, Guimarães e Gois (2014) destacam algumas barreiras organizacionais do serviço público de saúde que dificultam o diagnóstico precoce e início de tratamento. Dentre elas o acesso a consultas especializadas e a exames de imagem para o

diagnóstico. Essas barreiras de acesso também foram mencionadas no estudo de Batista, Mattos e Silva (2015) acrescentando falhas e atraso no diagnóstico.

Na quinta linha narrativa da figura 5, a falta de um protocolo de sistematização das ações de cuidados paliativos, aparece nos discursos de alguns profissionais de saúde como uma dificuldade para executá-las. É notório nos discursos dos profissionais que eles anseiam pela sistematização do cuidado do doente oncológico em palição, sinalizando a necessidade do estabelecimento de protocolos para toda a equipe, principalmente no que se refere à avaliação. Que deve ser minuciosa e requer além do uso de escalas, a habilidade dos profissionais para identificar as necessidades do doente.

(...) não tem um protocolo estabelecidos no hospital de maneira formal para o atendimento a esses pacientes para o acolhimento, entendeu (E17).

A gente ainda não tem protocolos aqui estabelecido, então minha limitação sobre cuidados paliativos é muito grade, muito pequena, eu tenho uma limitação realmente sobre esse assunto acredito que a partir do momento que for instituído aqui na instituição, for colocado em prática na instituição, melhor dizendo, esses cuidados paliativos a gente vai ter uma noção melhor e mais abrangente do que vem a ser isso aí (E15).

(...) a gente entende quando o paciente tá em cuidado paliativo e quando ele não está, mas a gente não tem muito que fazer, porque não existe um protocolo, num existe, num existe uma norma e rotinas pra esses pacientes que estão em cuidados paliativos (E5).

A avaliação do doente em palição é primordial, pois é a partir dela que a equipe vai planejar os cuidados para o doente. Como ilustrado no marco teórico mediante a Figura 1 (pág. 31), os cuidados paliativos podem ser iniciados no início do diagnóstico e permanecer durante todo o tratamento. Para isso a equipe deve realizar avaliações, mediante o uso de instrumentos e observações, os quais permitirão identificar as necessidades do doente. Nessa avaliação o doente é avaliado integralmente, ou seja, é considerada a história pessoal e da doença, os aspectos psicológicos, sociais e espirituais, com o objetivo de identificar suas necessidades e planejar uma assistência que visa promover controle dos sintomas e melhor qualidade de vida (Maciel 2012a).

Além de protocolos para realização desta avaliação, é necessário um corpo de profissionais capacitados e qualificados para utilizar esses instrumentos, além disso, esses profissionais precisam ter sensibilidade para identificar aspectos subjetivos através de observações, que contribuam na assistência do doente.

A sexta linha narrativa da figura 5, denuncia a falta de uma equipe especializada em cuidados paliativos. Os profissionais mencionaram que ainda não existe uma equipe específica para atuar nos cuidados paliativos na instituição pesquisada. Muitos dos participantes mencionaram a importância dessa equipe para prestar melhor assistência aos doentes oncológicos sem possibilidade de cura. Além da falta de uma equipe especializada em cuidados paliativos, os participantes revelam que o número de profissional é reduzido para a quantidade de doente, o que muitas vezes deixa o profissional sobrecarregado. A seguir expomos alguns fragmentos das entrevistas que representam os discursos dos participantes da pesquisa.

Agora assim é num existe, aqui não existe, no hospital, infelizmente num existe uma equipe de cuidados paliativos, então as pessoas, a gente escuta falar, mas as pessoas num coloca em prática, porque elas num sabem o que são esses cuidados paliativos (...) (E5).

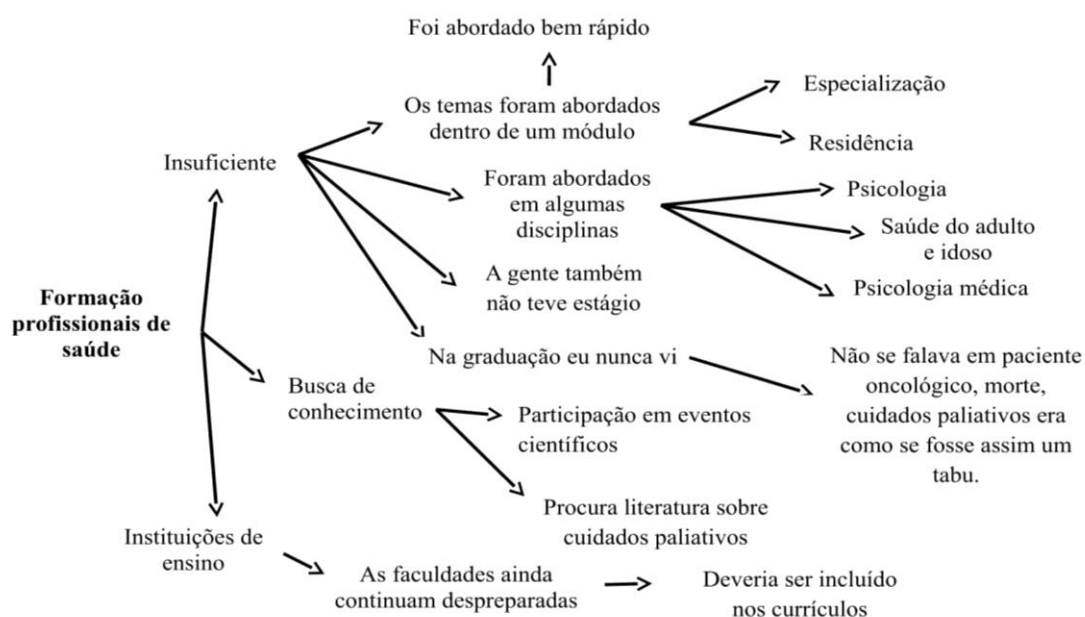
(...) a falta de uma equipe multidisciplinar aqui que trabalhe, que articule, né, o que a gente pode fazer com os pacientes é fora da possibilidade terapêutica, dificulta porque você trabalhar só, sem ter com quem conversar, sem ter com quem tirar uma dúvida é difícil (E9).

(...) a gente ainda precisa de muitos recursos é... é recursos assim humanos, porque a quantidade de profissionais ainda é insuficiente pra quantidade de paciente que a gente tem, então acaba sobrecarregando o, o funcionário que às vezes acaba repassando pra o paciente (...) (E7).

Os cuidados paliativos podem ser realizados concomitantes com tratamentos modificadores da doença desde o início do tratamento, ou seja, no primeiro momento, a partir do diagnóstico. Assim, todo profissional pode prestar esses cuidados. Com a progressão da doença os cuidados paliativos podem se tornar exclusivos, nesse momento a equipe especializada fica responsável pela assistência do doente e de sua família (Maciel, 2006a;

Matsumoto, 2012). No entanto, é necessário que os profissionais estejam aptos a identificar as necessidades do doente, para incluir no seu cuidado medidas que visem o conforto do doente desde o seu diagnóstico. É primordial o conhecimento dessa filosofia pelos profissionais de saúde, principalmente aqueles que atuam na oncologia, visto que muitos doentes recebem o diagnóstico em estágios avançados, necessitando de melhor qualidade de vida. Diante desse quadro, se faz necessária a qualificação da equipe em serviço, para que esses profissionais conheçam essa filosofia de cuidado e adquiram mais habilidades para cuidar das pessoas que precisam desse tipo de assistência.

4.2.1.5 Formação dos profissionais de saúde para a atuação em cuidados paliativos



A Figura 6. Árvore de associação de sentidos: Formação dos profissionais de saúde para a atuação em cuidados paliativos e terminalidade

A Figura 6. Árvore de associação de sentidos: Formação dos profissionais de saúde para a atuação em cuidados paliativos e terminalidade, mostra na primeira linha narrativa, que o ensino de cuidados paliativos durante o processo formativo dos profissionais de saúde ainda é insuficiente. Os assuntos cuidados paliativos e terminalidade são abordados de forma

rápida especialmente nas disciplinas de Psicologia Médica, Saúde do Adulto e Idoso e Psicologia. Houve ainda profissionais que afirmaram nunca ter tido acesso a essas temáticas durante sua formação. Vejamos alguns exemplos:

E em relação aos cuidados paliativos, terminalidade acho que a gente chegou a ver um pouco acredito na Psicologia médica, foi abordada a questão da, da morte, do thanatos, acho que só, só na psicologia médica (E16).

Eu vi em saúde do adulto cuidados paliativos, acredito que eu lembre foi saúde do adulto, do idoso também tem essa parte, cuidados paliativos (E6).

Foi só uma pincelada, num foi um módulo não, dentro de um módulo que entrou a parte de cuidados paliativos. Terminalidade sim, terminalidade sim, se eu não me engano foi na disciplina de psicologia, quando a gente viu essa parte de terminalidade do paciente (E7).

Aí na residência tive contato, a gente, eu tive rodízio de um mês inteiro no serviço de cuidados paliativos e aí eu pude ver e uma marca forte é a equipe multidisciplinar, a prática, a teoria a gente... porque nós lá, nós apresentávamos seminários e aí nós tivemos um seminários que o tema foi sobre isso, aulas..., serem ministradas aulas acerca do tema pra gente nós não tivemos não, foi mais a prática mesmo, mais a prática (E8).

Na minha graduação eu nunca vi nada sobre isso, nada sobre a oncologia, já tenho 14 anos que eu tô formada, nenhum momento se falava em paciente oncológico era como se fosse assim um verdadeiro tabu, né, as pessoas não falavam, não falavam de morte, cuidados paliativos na verdade eu só vim aprender, a escutar, a ler quando eu vim pra cá, para aqui na oncologia (...) (E5).

Sartori e Battistel (2017, p. 502) realizaram uma pesquisa nas grades curriculares dos cursos de enfermagem, medicina e terapia ocupacional, de uma Universidade do Sul do Brasil, para identificar quais as disciplinas, dos cursos citados, abordam o tema morte. As autoras constataram que no curso de enfermagem o tema é abordado nas disciplinas de ‘Psicologia da Saúde’, ‘Seminário de integração: identidade profissional da enfermagem’ e ‘Enfermagem no cuidado ao adulto’. Já no curso de medicina foram identificadas três disciplinas, a citar ‘Relação médico-paciente’, ‘Urgências e Emergências’ e ‘Bioética e Deontologia Médica’, que abordam a relação médico-paciente e questões éticas. Por fim, no curso de Terapia Ocupacional não foi constatado nenhuma disciplinas que abordasse o ensino do tema morte. Perante esse resultado, as autoras supracitadas apontam que o tema morte

vem sendo trabalhado em alguns cursos de graduação da área da saúde, no entanto, não foi possível identificar se é abordado na “perspectiva da luta contra a morte e/ou da qualificação da morte”, constatando, ainda, que não há uma referência aos cuidados paliativos.

Guimarães e Nunes (2016) evidenciam a importância da capacitação dos profissionais de saúde para atuar na assistência do doente oncológico em cuidados paliativos. Por meio da educação permanente é possível capacitar os profissionais de saúde, promovendo treinamento em serviço e propagando a política de humanização, e, assim, contribuir para o aperfeiçoamento dos profissionais e melhorar a assistência ao doente oncológico em palição.

A segunda linha narrativa da figura 6, revela que os entrevistados, frente a necessidade de atender os pacientes em cuidados paliativos, precisam buscar mais conhecimentos. Essa busca ocorre por meio da literatura e participação em eventos científicos.

O que eu faço hoje é de acordo com livros que leio e com a prática que eu faço em relação a esses pacientes (E19).

Então a partir de 2011 quando eu vim trabalhar com esses pacientes, né, que eu escutava muito falar cuidados paliativos, cuidados paliativos, então assim foi quando eu procurei a literatura pra poder entender o que era isso, quais as formas de trabalhar, de tratar esses pacientes que estão em cuidados paliativos (E5).

Tenho conhecimento por meio de congressos, né. Assiste uma palestra eles falam desses, desses tratamentos... (E19).

A gente sempre quando conversa a respeito desse tipo de paciente, acaba despertando a preocupação que gera justamente as rodas de conversas pra gente tentar melhorar os manejos, porque tudo tá naquilo de otimizar, né, a gente tem... ver algo, tá dando certo, então o que é que a gente pode melhorar nisso, então é e aí por isso desperta a busca pela literatura, de você querer sempre mais conhecimento pra tentar otimizar de alguma forma, né (E14).

Esta ação dos profissionais deve ser enaltecida, pois indica o compromisso deles com a prática nos cuidados paliativos. Braz e Franco (2017) apontam que via de regra os profissionais de saúde estão buscando se aperfeiçoar na área de cuidados paliativos, recorrendo à literatura existente e a cursos complementares que abordam essa temática.

Na terceira linha narrativa da figura 6, os participantes assinalam que as instituições de ensino ainda não incluem nos currículos o ensino sobre os cuidados paliativos.

(...) se a gente tem essa deficiência hoje do conhecimento dos profissionais, da atuação dos profissionais dessa área, é porque eles não tiveram uma formação que abordasse essas questões, eu acho que realmente deveria ser incluído no, nos currículos, né, algo específico pra isso né. (...) a gente devia, deveria ter um incentivo maior durante a formação (E8).

Às vezes, falta realmente é divulgar mais isso, é na área, principalmente no meio, no meio da medicina é na faculdade também é que eu num tive contato com nada disso na faculdade. É..., então assim, acho que falta mais a gente trabalhar mais esse tema, porque tá se tornando a realidade de muitos pacientes e assim a, a, tá aumentando cada vez mais e a gente precisa é divulgar pra formar profissionais que sejam mais ambientados a trabalhar com esses pacientes (E20).

Eu acho que a única coisa que deveria haver mais na formação médica é algum conceito maior de, de para embasamento sobre a terminalidade, né, não ser uma coisa tão ligeira e que as pessoas aprendam a conversar, mas ouvir também (E17).

Não, é eu só acho assim, como é assim eu só lamento profundamente por, porque até hoje a gente... você ver o câncer, né, é uma doença que tá cada vez mais, infelizmente, é aumentando a questão da incidência, né, e as faculdades ainda continuam despreparadas pra isso, eu vejo aqui pelos alunos que chegam, né, eles chegam bem assustados, estudantes que vem fazer visita aqui na parte oncológica e eles se assustam com, com o que eles se deparam, paciente caquéticos, desnutridos, pacientes com sonda, pacientes que tem uma aparência externa chocante, tipo faltando um olho, nariz, né, pacientes que tem um corte grande na cabeça, então assim as faculdades deveriam mais preparar os profissionais da área de saúde (E5).

Costa, Poles e Silva (2016), em sua pesquisa com acadêmicos de enfermagem e medicina, discutem que o currículo da graduação é deficiente no que se referem ao tema dos cuidados paliativos, e os acadêmicos são pouco estimulados a buscarem conhecimento sobre a temática. Aqueles que não se engajam em atividades extracurriculares na área, muitas vezes concluem o curso sem conhecimento de como cuidar de pacientes em fim de vida.

Em uma revisão de literatura Hermes e Lamarca (2013) demonstraram que o ensino na graduação em medicina, enfermagem, psicologia e serviço social, ainda não abarcam a temática de cuidados paliativos. Machado, Pessini e Hossne (2007) pontuam que a formação dos profissionais de saúde geralmente é direcionada para o uso das diversas tecnologias de

saúde, por sua vez, os cuidados humanizados, são pouco explorados durante o processo formativo, principalmente os cuidados direcionados para pacientes em fim de vida.

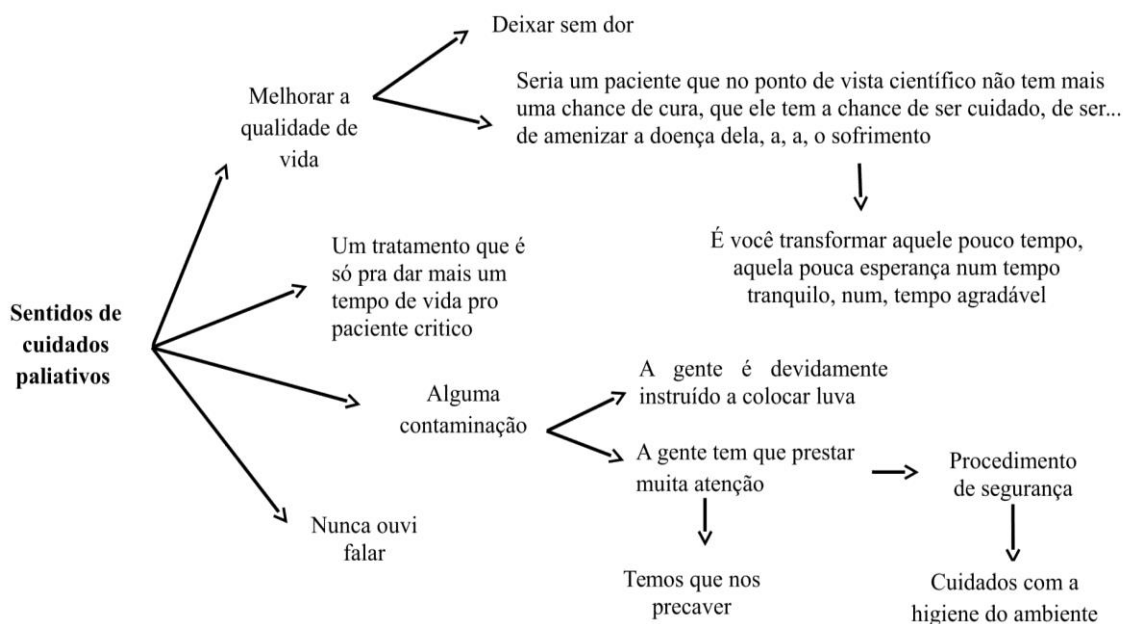
Toledo e Priolli (2012) ressaltam que um dos obstáculos para inclusão da temática nas grades curriculares é a falta de profissionais capacitados em cuidados paliativos para formar o grupo de professores das universidades. Segundo Santos e Hormanez (2013) a formação tecnicista vai além do ensino do corpo docente, pois muitos deles tiveram uma formação técnica. Dessa forma, diante da insegurança do professor para trabalhar o tema de terminalidade com os acadêmicos, o docente direciona o ensino para técnicas de cura e para manter a vida, se distanciando de temas que promovam reflexões sobre o processo de terminalidade, uma vez que o contato com a morte do outro pode refletir sobre sua própria finitude.

Essa realidade indica a necessidade da revisão das grades curriculares, para que os cuidados paliativos sejam incluídos no ensino, assim como também é necessário o aperfeiçoamento dos profissionais que já estão em serviços, para que eles desenvolvam novas habilidades para cuidar do doente oncológico em cuidados paliativos (Machado, Pessini & Hossne, 2007; Hermes & Lamarca, 2013).

4.2.2 Discursos sobre cuidados paliativos de profissionais de apoio

Nessa categoria apresentamos cinco subcategorias referentes à análise dos discursos dos profissionais de apoio. Estas versam sobre os sentidos atribuídos aos cuidados paliativos pelos profissionais de apoio, ações que podem ser realizadas, interação entre os profissionais, e sentimentos e dificuldades encontradas diante do doente oncológico.

4.2.2.1 Sentidos de cuidados paliativos para profissionais de apoio atuantes em oncologia



Árvore 7. Árvore de associação de sentidos: Sentidos de cuidados paliativos para profissionais de apoio atuantes em oncologia

A Figura 7. Árvore de associação de sentidos: Sentidos de cuidados paliativos para profissionais de apoio atuantes em oncologia, apresenta os diferentes discursos dos profissionais de apoio sobre a concepção de cuidados paliativos. A árvore é composta por cinco linhas narrativas, na primeira linha narrativa, os participantes afirmam que são cuidados que buscam melhorar a qualidade de vida do doente, amenizando o sofrimento e proporcionando o máximo de conforto possível.

Eu entendo que é dar um, uma melhor qualidade de vida aquele paciente que não tem muito tempo, não tem é... tanta expectativa, você transformar aquele pouco tempo, aquela pouca expectativa, aquele pouco... aquela pouca esperança num tempo tranquilo, num, numa, num tempo agradável, sem dor, sem sofrimento trazendo pra ele um, uma, um conforto mesmo (...) o tratamento da dor, principalmente é essencial, esse cuidado de, de não deixar ele sofrer é essencial (...) (E24).

Seria um paciente que no ponto de vista científico não tem mais uma chance de cura, que ele tem a chance de ser cuidado, de ser... de amenizar a doença dela, a, a, o sofrimento dele (...) (E21).

Esses discursos dos profissionais de apoio convergem com dos discursos dos profissionais de saúde, apresentados na Figura 2 (pág. 68), quando afirmaram que os cuidados paliativos se dedicam a promover qualidade de vida ao doente e a seus familiares.

Os cuidados paliativos são intervenções realizadas por uma equipe multiprofissional com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do doente fora de possibilidade terapêutica curativa, tendo como foco de cuidado o doente na sua integralidade e não a doença, oferecendo em todas as fases da doença medidas de conforto e alívio dos sintomas, proporcionando que o doente viva de forma digna até os últimos momentos da sua vida (Maciel, 2006a, 2008, 2012b).

Na segunda linha narrativa da figura 7, evidenciamos o discurso de um participante, pois nele os cuidados paliativos são associados a um tratamento direcionado para aumentar o tempo de vida de doentes críticos. Vejamos o exemplo a seguir:

Eu entendo que aquilo ali é só... vamos dizer assim, pra dar mais um tempo de vida pro paciente, porque já está numa fase bastante crítica (E25).

Diante desse relato observamos um entendimento limitado sobre os cuidados paliativos, visto que esses cuidados não se limitam apenas a doentes críticos ou em fim de vida. Os cuidados paliativos compreendem uma assistência integral para aquele doente com diagnóstico de uma doença crônica, que não apresenta possibilidade de cura, não necessariamente esse doente precisa estar nos últimos dias de vida. Na nossa realidade, infelizmente isso ainda acontece, na maioria dos casos os doentes só são encaminhados para os serviços de cuidados paliativos quando estão no estágio final, mas esses cuidados podem ser indicados no diagnóstico e permanecer até o período de luto (Maciel, 2008; 2012a, Braz & Franco, 2017).

É importante ressaltar que o objetivo dos cuidados paliativos não é prolongar nem abreviar a vida do doente, essa filosofia respeita o tempo da vida e da morte do ser humano, entendendo a morte como um processo natural. Durante o período de adoecimento são

realizados todos os cuidados necessários para proporcionar o máximo de conforto possível ao doente, respeitando sua autonomia e possibilitando que ele viva até os últimos momentos de sua vida de forma digna (Maciel, 2006a, 2008; Matsumoto, 2012, Torres, 2012).

A terceira linha narrativa da figura 7, elenca os discursos sobre os cuidados paliativos associados à contaminação. Como exemplificado no seguinte recorte.

Cuidados paliativos, cuidados paliativos eu acho que é assim cuidado, alguma contaminação, alguma coisa, tá entendendo. É e isso aí a gente não corre risco graças a Deus, quando tem um paciente a gente é devidamente instruído que... colocar alguma coisa, colocar alguma é... alguma luva, alguma coisa num tem nenhum risco, tá entendendo (E31).

Cuidados paliativos, vamos dizer, por exemplo, o paciente tá internado, né, suja de sangue, né isso, que a gente tem que fazer, não pode jogar, pega um pano com cuidado, com máscara, luva tudo mais, limpa, limpa tudo depois joga, bota num saco amarra, joga fora. Depois vem o cloro, o sabão, lavamos bem lavadinho, secamos passamos o cheirinho, pronto fica limpinho, limpinho (...) (E26).

Essa noção foge totalmente da definição da OMS. Os profissionais enfocam que durante a realização das ações eles precisam ter cuidado se proteger, para não se contaminar. Alguns colocam que é necessário usar equipamentos de segurança (luva e máscara) quando estão em contato com o doente em cuidados paliativos. É evidente que o uso de equipamento de segurança é fundamental para a proteção dos técnicos, no que concerne à contaminação por agentes biológicos. A higienização faz sentido para toda e qualquer outra doença, sem embargo, neste caso, a higienização é fundamental para reafirmar qualidade de vida e minimização do sofrimento do doente em cuidados paliativos. Entretanto, a associação feita remete a ideias de contágio da doença. Neste sentido, os sentidos atribuídos são equivocados.

Outros participantes mencionaram que desconhecem o termo cuidados paliativos, como demonstrados na última linha narrativa da figura 7. Vejamos os exemplos:

Não, nunca escuto esses termos. Não, ninguém nunca fala. Nunca escuto, nunca (E22).

É como eu disse, num tô sabendo o que é paliativo, num sei. Esse termo, o significado, talvez eu saiba, mas o termo paliativo, pra mim, é desconhecido (E28).

Como pode ser constatado, os discursos dos profissionais de apoio sobre os cuidados paliativos foram bastante dispersos. Alguns apresentam uma noção básica do que é cuidados paliativos, referindo como um cuidado direcionado para promoção de qualidade de vida, enquanto outros demonstram desconhecimento dessa filosofia, relacionando esses cuidados a contaminação e higienização. Também teve aqueles que revelaram desconhecer essa forma de cuidado. Na literatura, até onde pesquisamos, não encontramos estudos com esse público abordando a temática pesquisada, de modo que este resultado torna-se um indicador da necessidade de incluir esses profissionais nas ações de formação e capacitação para atuação nestes setores.

4.2.2.2 Ações de cuidados paliativos para profissionais de apoio atuantes em oncologia

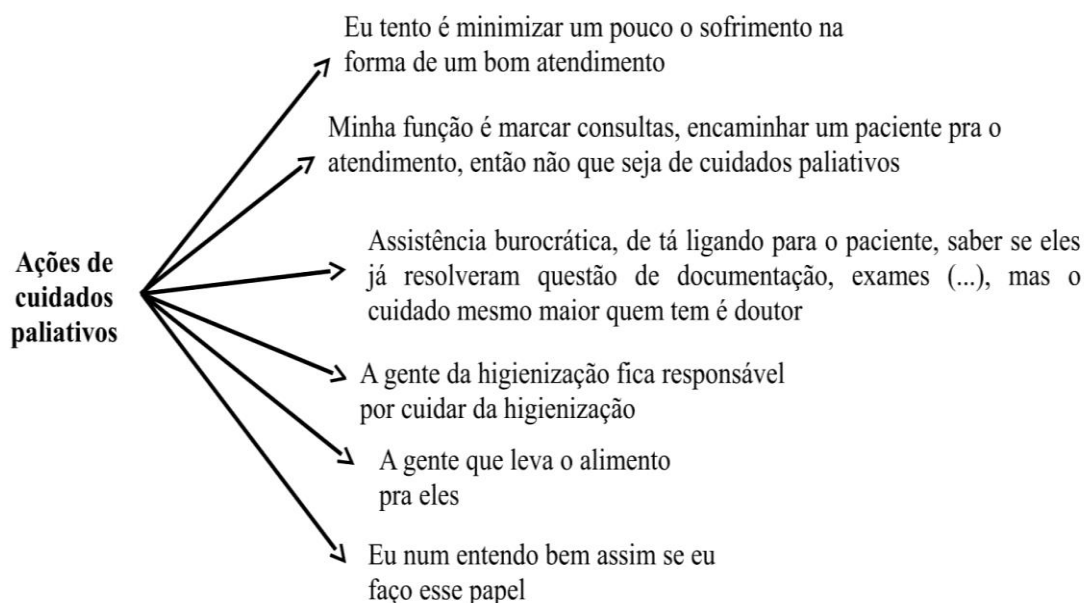


Figura 8. Árvore de associação de sentidos: Ações de cuidados paliativos para profissionais de apoio atuantes em oncologia

Através da análise dos discursos dos profissionais de apoio, foi possível observar que nem todos reconhecem suas ações como sendo de cuidados paliativos, mas mantivemos suas respostas para destacar e enfatizar que as ações desses profissionais também contribuem para

assistência integral do doente e de sua família. As ações são apresentadas na Figura 8. Árvore de associação de sentidos: Ações de cuidados paliativos para profissionais de apoio atuantes em oncologia.

A primeira linha narrativa da figura 8, mostra que os técnicos de apoio entendem ‘atender bem’, como uma forma de ajudar e minimizar o sofrimento. Na segunda linha narrativa da figura 8, os participantes informaram que não atuam em cuidados paliativos, que suas ações burocráticas se direcionam para todos os doentes, não especificamente aos doentes em cuidados paliativos. Como se vê nos exemplos abaixo:

Então eu como profissional eu tento é minimizar um pouco o sofrimento na forma de bom atendimento a este indivíduo que chega procurando algo nessa área (E30).

Não, não, não especificamente de cuidado paliativos, porque a gente, eu atendo um público no geral, que seja paliativo que não seja, entendeu, minha função é mais marcar consultas, encaminhar um paciente pra o atendimento, então não que seja especificamente de cuidado paliativo (E21).

Segundo Sznelwar, Lancman, Johlben Wu, Alvarinho e Santos (2004) no ambiente hospitalar há diversos tipos de profissionais, dentre eles, aqueles que prestam assistência clínica, ou seja, as equipes médicas e multiprofissionais, os quais têm contato direto com o doente. Têm também aqueles profissionais que não têm contato diretamente com o doente, mas que são responsáveis pelo fornecimento de materiais para os cuidados em saúde. Existem também aqueles profissionais que não fazem parte do corpo clínico, mas que estão em contato com os demais profissionais, doentes e familiares, porém por não estarem ligados diretamente a assistência do doente, muitas vezes, esses contatos não são evidenciados. Para exemplificar, os autores citam os profissionais de limpeza e higiene, que circulam por todo o ambiente hospitalar e são responsáveis pelos cuidados do ambiente. Eles também desenvolvem outras tarefas para além do previsto nas suas atribuições, contribuindo de alguma forma na assistência do doente ou familiar.

Estes profissionais muitas vezes desenvolvem ações que estão além do que está prescrito para sua função, como prestar uma informação a doentes e acompanhantes, durante a execução da limpeza muitas vezes estabelecem vínculos e diálogos com os doentes e acompanhantes, escutando seus relatos. Essas funções desempenhadas por eles não são reconhecidas como parte das suas ações, pois não é um trabalho prescrito (Sznelwar, Lancman Johlben Wu, Alvarinho e Santos, 2004).

Segundo Merhy (1998, p.6) todos os profissionais que trabalham nos serviços de saúde “fazem clínica”. O autor não se refere só a equipe médica e multiprofissional, mas a todos os profissionais, e afirma que isto é possível por meio da tecnologia leve. Na concepção do autor as tecnologias leves, entendidas como ações que perpassam as práticas de todos os profissionais, fazem referência às relações estabelecidas entre profissionais e doentes, entendidas como “o vínculo e o acolhimento”.

Ao afirmar que todos os profissionais dos serviços de saúde são reconhecidos como “fazendo clínica”, Merhy (1998, p.6) esclarece que “(...) apesar de todos fazerem clínica, há focos de ações entre os profissionais que lhe dão marcas nestes modos de trabalhar às distintas conformações das tecnologias em saúde, marcando suas competências em responder aos problemas colocados.” Nesse sentido, é possível compreender que cada profissional tem sua especificidade e função dentro de um serviço de saúde, no entanto, independente do setor de atuação e da função desempenhada, todos podem prestar algum tipo de cuidado ao paciente em cuidados paliativos, visto que as práticas de saúde, como o autor bem argumenta, vão além do curar.

Na filosofia dos cuidados paliativos o foco de trabalho da equipe não está mais na cura, mais sim no cuidar, aliviar a dor e outros sintomas, com o intuito de promover melhor qualidade de vida para o doente com doença progressiva que ameaça à vida (Taquemori &

Sera, 2012). Nesse sentido, compreendemos que todos os profissionais que atuam no ambiente hospitalar podem desenvolver ações que contribuam para o bem-estar do doente.

A terceira linha narrativa da figura 8, depois de reforçarem o trabalho burocrático como não relacionado aos cuidados paliativos, os discursos evidenciaram que a prática dos cuidados paliativos é uma função exclusiva do médico.

Não, eu faço, eu na realidade, eu faço parte assistência burocrática, vamos supor assim. (...) o cuidado mesmo maior que tem é o doutor José, porque ele que quebra a cabeça, ele que vai estudar, ele que vai sentar e passar horas vendo o que ele pode fazer por aquele paciente. Joaquina, pelo fato dela... (se refere a enfermeira do setor) é muitas vezes o paciente vem diversas vezes aqui fazer um curativo, é pra trocar uma sonda, algo do tipo, onde o contato maior é com ela, né, mas o cuidado mesmo é, é mais com o doutor mesmo (E24).

Esse discurso parece-nos associado ao modelo biomédico, nele o saber médico é dominante e o foco está na doença e na cura, não sendo considerados os aspectos psicológicos, sociais e espirituais (De Marco, 2006). Em relação à afirmativa de serem cuidados realizados pelo médico, no Documento sobre os critérios de cuidado paliativos no Brasil, Maciel (2006) esclarece que todos os profissionais podem desenvolver uma ação paliativa.

A filosofia dos cuidados paliativos se ancora ao modelo biopsicossocial, o qual compreende o sujeito na sua integralidade, ou seja, integra os aspectos físico, psíquico, social e espiritual para a avaliação e o planejamento do cuidado do doente. O profissional precisa ter habilidade, conhecimento e domínio da técnica, mas também é necessário que ele inclua na assistência o vínculo e a comunicação como parte desse cuidado (De Marco, 2006). A equipe multiprofissional de cuidados paliativos trabalha integrada, suas ações vão além dos aspectos físicos, ou seja, inclui os aspectos psicológicos, espirituais e sociais (Taquemori & Sera, 2012), não ficando restrito ao profissional médico. Os demais profissionais podem também desenvolver ações de contribuam para a qualidade de vida do doente.

A quarta e quinta linhas narrativas da figura 8, mostram os discursos sobre as ações de cuidados com a higiene do ambiente e do pessoal da copa que levam as refeições para os doentes.

(...) às vezes eles quer comer uma coisinha e a gente que leva o alimento pra eles, por isso que eu gosto tanto em trabalhar lá. Assim eu já ouvi muito eu tô com vontade de tomar um caldinho de feijão ou de tomar tal suco e eu sei que é um alimento que eu levo através das minhas mãos que ele vai consumir aquilo e vai satisfazer ele dar um prazer de alguma forma, por isso que eu gosto tanto de lá (E28).

(...) a gente tem que chegar perto, saber o que quer, entendeu, se não quer a gente vai oferecer outra coisa, muitas vezes eles não querem nada aí eu digo tome um suquinho aí eles aceitam, um iogurte, entendeu (E29).

(...) é cuidando da, da higienização, da, das coisas, da limpeza do hospital, é eu me preocupo muito assim com a limpeza, pra manter, sabe, sempre limpo, pra num deixar acumular sujeira, pra ficar sempre limpinho (...) (E27).

(...) limpo uma cadeira, limpo o negocinho onde eles ficam, os assentos bem limpim, deixo tudo em ordem (...) (E26).

Esses trechos das entrevistas demonstram ações realizadas pelo pessoal da higienização e da copa, que podem proporcionar conforto e bem-estar ao doente. É possível observar nesses discursos o comprometimento dos profissionais em realizar o cuidado para suprir as necessidades do doente.

No geral, os profissionais de apoio não reconheceram suas ações como de cuidados paliativos, mas sim, como cuidado que é realizado para todo doente. Esse não reconhecimento pode estar associado à falta de conhecimento ou conhecimento limitado dessa filosofia, como foi demonstrado na categoria anterior (pág.103-106).

A sexta linha narrativa da figura 8, mostra que alguns dos entrevistados não reconhecem que executam cuidados paliativos. Nota-se que os profissionais de apoio ainda possuem conhecimento vago dessa filosofia. Perante essa realidade, consideramos importante trabalhar essa temática com esses profissionais, para que eles tenham conhecimento da importância da sua assistência para o bem-estar e qualidade de vida dos doentes e acompanhantes.

O discurso de um participante ganhou destaque em meio aos demais ao mencionar que busca minimizar o sofrimento dos doentes através do bom atendimento. Foi possível observar que mesmo sem ter conhecimento da filosofia dos cuidados paliativos, o profissional demonstra a importância do cuidado humanizado através do bom atendimento. A humanização perpassa todos os profissionais que atuam no ambiente hospitalar, todos exercem papel importante na assistência.

4.2.2.3 A interação entre os profissionais de apoio na assistência do doente oncológico em cuidados paliativos

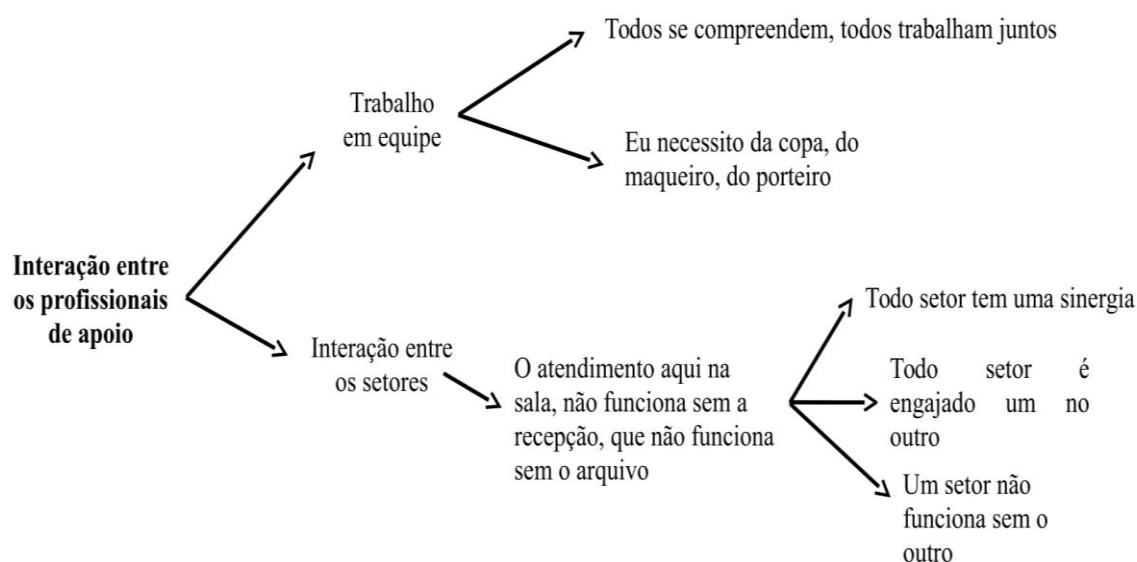


Figura 9. Árvore de associação de sentidos: A interação entre os profissionais de apoio na assistência do doente oncológico em cuidados paliativos

Na figura 9. Árvore de associação de sentidos: A interação entre os profissionais de apoio na assistência do doente oncológico em cuidados, são representados os discursos sobre a interação das equipes mediante duas linhas narrativas complementares. Os profissionais de apoio consideram importante a interação de todos para o bom atendimento ao doente

oncológico, pois acreditam que o trabalho integrado contribui para atender o doente com a melhor qualidade possível. Por exemplo:

(...) eu necessito da copa pra, um paciente que necessita de uma sonda, é da alimentação, então eu preciso delas pra poder ligar, pra mandar vir essa alimentação. Preciso do maqueiro se um paciente passar mal e precisar levar ele pra emergência, do porteiro às vezes pra informar alguma coisa pra esses outros profissionais (E24).

(...) um setor não funciona sem o outro, o atendimento aqui na sala, não funciona sem a recepção, que não funciona sem o arquivo, então é necessário que todos é... haja uma harmonia entre si pra que o serviço flua, o atendimento ocorra (E21).

Olhe no hospital cada setor tem que ter uma sinergia, tá entendendo, se não tiver uma sinergia os setores tudo, mesmo sendo na portaria, é... a, o ambulatório, tudo, todo setor tem uma sinergia, a gente trabalha aqui em como se fosse um, um como é... todo setor é engajado um no outro (...) (E31).

Estabelecendo uma relação com as repostas dos profissionais de saúde sobre a interação da equipe multiprofissional, observado na Figura 4, Árvore de associação de sentidos: Interação da equipe multiprofissional nas assistenciais em cuidados paliativos (pág. 82), a maioria dos profissionais de saúde também consideraram a interação entre as equipes como fundamental para a prestação de uma assistência humanizada. Entretanto, alguns profissionais de saúde salientaram que essa interação ocorre com menos frequência, destacando que a interação é mais entre os profissionais de saúde.

No ambiente hospitalar é fundamental à interação entre os diferentes profissionais, independente da função, pois, nesse ambiente, todos, dentro da sua categoria profissional, desenvolvem ações, que juntas contribuem para a melhora e bem-estar do doente e de sua família. Camelo (2011, p. 735) salienta que no ambiente hospitalar é primordial a junção das ações realizadas pelas equipes, para isso é necessário à integração da prática dos diferentes profissionais que atuam nesse contexto. O trabalho em equipe segundo o autor supracitado “é uma estratégia de organização do trabalho”. A equipe precisa de conexão permanente entre as ações e os saberes dos profissionais das diferentes áreas, com um objetivo comum a todos, de ofertar assistência integral conforme as necessidades dos usuários dos serviços de saúde.

Na filosofia dos cuidados paliativos o trabalho em equipe é essencial para a assistência integral do doente e de seus familiares (Maciel, 2008). Está aí também incluído o papel da equipe de apoio, os que conservam o ambiente limpo, que entregam a alimentação, que recebem o doente na portaria, que acolhem, marcam consultas, exames e outros procedimentos. Através do atendimento humanizado e do acolhimento é possível contribuir para o bem-estar do doente e de seus familiares.

Vale ressaltar que até onde pesquisamos não encontramos estudos com ênfase na relação e integração entre os profissionais de saúde e de apoio. Silva e Hahn (2012) afirmam que as pesquisas na área oncológica tem se dedicado principalmente à relação paciente-equipe-família. Também é pouco estudada a relação do doente com o processo de adoecimento, e a relação dos profissionais. A relação entre os diversos profissionais se faz necessária dentro do ambiente hospitalar, entendendo que um único saber não dá conta de todas as necessidades do doente. Ressaltamos que um participante afirmou que existe interação entre os profissionais, mas é insuficiente, afirmando que poderia ser mais integrada.

4.2.2.4 Sentimentos dos profissionais de apoio diante do doente oncológico em cuidados paliativos

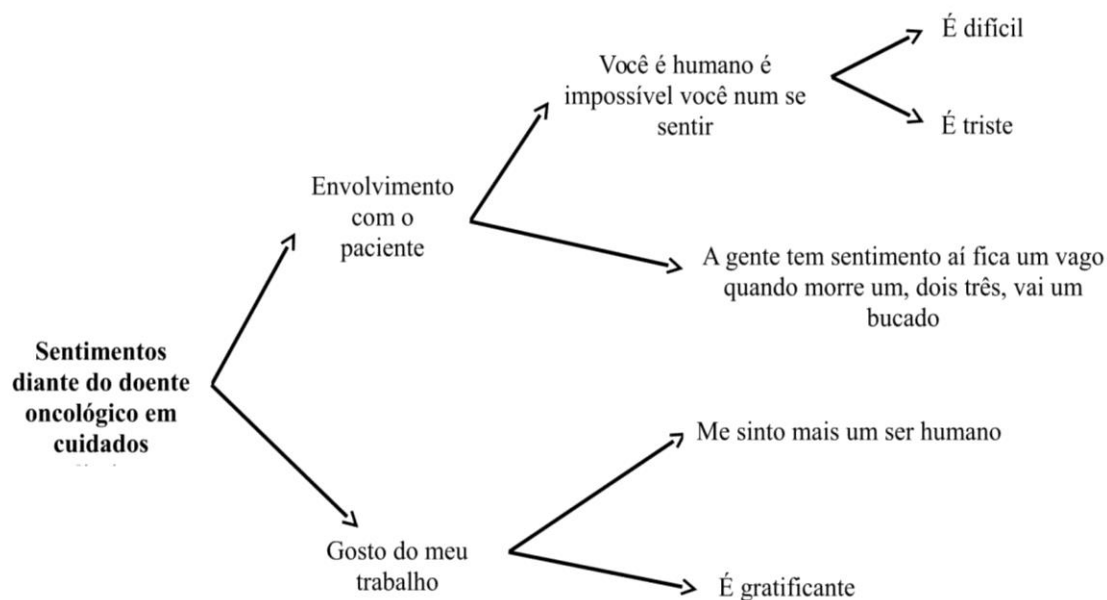


Figura 10. A árvore de associação de sentidos: Sentimentos dos profissionais de apoio diante do doente oncológico em cuidados paliativos

Na Figura 10. A árvore de associação de sentidos: Sentimentos dos profissionais de apoio diante do doente oncológico em cuidados paliativos, é composta por duas linhas narrativas. Nelas são representados os discursos dos profissionais de apoio sobre os sentimentos frente ao doente oncológico em cuidados paliativos. Nessa categoria é possível observar sentimentos ambivalentes, os profissionais revelam que o envolvimento afetivo com o paciente gera sofrimento, ao mesmo tempo revelam que é gratificante cuidar desses doentes.

Na primeira linha narrativa da figura 10, os discursos elucidam que quando existe um vínculo afetivo entre o profissional e o doente, e quando o doente morre, o profissional lamenta sua morte, e afirma ser o momento da perda, considerado difícil e triste. O sofrimento ocasionado pelo envolvimento afetivo com o doente também foi evidenciado nos

discursos dos profissionais de saúde, exposto na categoria: Dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde na assistência ao doente oncológico em cuidados paliativos (p. 89-98). Os nossos achados confirmam que não só os profissionais de saúde sofrem com a morte do doente, os demais profissionais que trabalham no ambiente hospitalar também compartilham esse sentimento.

Você se envolve muito também, então assim tem que ter muito psicológico, tem que trabalhar muito que, o não se envolver, mas infelizmente a gente se envolve, não tem como, é impossível, principalmente porque a gente não trabalha só com paciente, vamos supor, aquele paciente idoso, você chega, você ver que vai chegar aqui debilitado, às vezes sem o apoio da família, não a gente trabalha com criança, a gente trabalha com mães (E024).

É triste, é muito triste, mas ao mesmo tempo eu gosto da minha função, mas é triste, é muito triste, mas eu gosto de tá lá, de trabalhar, assim de servi-los (E28).

Não pode se apegar muito, porque... aos pacientes, né, num pode se apegar, porque sabe depois que passa eles vão e não volta mais, tá entendendo eu tô dizendo né. Assim eles tão na fase, daquela fase ali, daquela fase eles num, num volta mais, às vezes eles vão pra casa, morrem em casa e num volta mais, tá entendendo, a gente num pode se apegar muito. É porque se apega aí a gente fica assim lembrando, fica na memória, no pensamento... (...) a gente tem sentimento aí fica um vago quando morre um, dois três, vai um bucado a ai lhe dar..., aí é complicado. Um pouco assim meia triste, eu fico pensando assim uns dias, mas é a nossa vida e nossa rotina do dia a dia, a gente tem que levar, né, fazer o que (E26).

Lima e Cavalcante (2016) realizaram um estudo com trabalhadores de limpeza de uma unidade de oncologia pediátrica e constataram que os profissionais criam vínculos afetivos com os doentes e acompanhantes, e quando o doente morre gera sofrimento, pois os profissionais se sentem responsáveis pelo cuidado do doente e não só pelas suas atribuições de limpar o ambiente. O nosso estudo evidencia que não só os trabalhadores de limpeza sofrem com a perda do doente, porteiros, recepcionistas, copeiras também referem angústia frente à morte do doente.

A morte ainda é um assunto pouco discutido na formação dos profissionais de saúde, estes, por sua vez, apresentam limitações para lidar com pessoas em fim de vida e a morte (Hermes & Lamarca, 2013). No que se refere aos profissionais de apoio, pouco ou quase nada

é falado sobre a preparação desses profissionais para trabalhar em serviços de saúde. Nos hospitais, mais especificamente, ainda são escassos os estudos que focalizam os temas cuidados paliativos e terminalidade, com os profissionais de apoio.

O hospital é um espaço onde todos os profissionais de alguma forma têm contato com a dor, o sofrimento e a morte, essa vivência pode desencadear sofrimento psíquico nos profissionais (Sznelwar, Lancman, Johlben Wu, Alvarinho & Santos, 2004). Silva, Haddad, Domansky e Vituri (2010) em estudo com profissionais de serviços gerais de um hospital, constataram que 15,3% dos participantes referiram algum distúrbio emocional. Apesar destes profissionais não estarem na assistência diretamente dos doentes, eles não estão imune de se envolver com o sofrimento do outro.

Na segunda linha narrativa da figura 10, são ilustrados os discursos dos profissionais sobre o prazer de trabalhar com pacientes oncológicos. Os profissionais enfocam que se sentem bem e mais humanos, ao proporcionar o mínimo de conforto ao paciente. Vejamos os exemplos:

(...) tudo que você oferece a ele, seja uma palavra de apoio, um: tenha fé! você não tem noção como isso é, é, faz a diferença pra ele, entendeu, então assim, muito gratificante. (...) É... a palavra que define realmente é gratidão, porque tudo que você dar a eles, você recebe mil vezes maior intensidade de volta (E24).

Eu me sinto bem, me sinto mais um ser humano em poder ajudar o meu próximo naquilo que é possível, né, e tentando fazer de tudo, porque já é difícil para o paciente em si, o nome já diz tudo, paciente (E30).

A satisfação dos profissionais também foi evidenciada em outro estudo de Bordignon et al. (2015), ao desenvolver uma ação que contribui para a melhora do doente, os profissionais sentem-se satisfeitos por fazerem parte do processo de cuidado e contribuir para a melhora do doente.

Notamos que os participantes revelam sentimentos ambivalentes: de um lado o sofrimento e do outro relatam sentimento de bem-estar ao cuidar do doente. Os sentimentos

ambivalentes podem estar associados à dificuldade de lidar com a morte, esta que ainda se apresenta como uma das dificuldades dos profissionais que atuam em hospitais.

Em se tratando dos profissionais de apoio, observamos que eles também apresentam dificuldades em lidar com a morte do paciente, principalmente quando existe uma relação de apego, porém ainda são escassos estudos sobre o preparo desses profissionais para atuarem em centros oncológicos, assim como também evidências sobre o conhecimento desses profissionais sobre os cuidados paliativos.

Todos os profissionais que atuam no hospital mesmo que não preste assistência diretamente ao paciente, lidam diariamente com o processo de morte e sofrimento. Conviver com pessoas adoecidas e muitas vezes em processo de morte, pode repercutir na saúde dos profissionais, que muitas vezes se afastam das suas atividades laborais por questões de adoecimento físico e mental. Situações ocasionadas pelas dificuldades de lidar com o sofrimento do outro (Sznalwar, Lancman, Johlben, Wu, Alvarinho & Santos, 2004).

Lima e Cavalcante (2016) discorrem que os profissionais de limpeza, no campo pesquisado, são instruídos a manter distância dos doentes, os mesmos devem desenvolver exclusivamente suas atribuições, enquanto trabalhador de limpeza, sem criar vínculos afetivos com os doentes. As autoras mencionam ainda que estes profissionais participam de um curso antes de iniciarem suas atividades na instituição, e, na ocasião são abordadas questões pertinentes à sua função.

Já em outro estudo realizado com trabalhadores da equipe de higiene e limpeza de um hospital Silva, Haddad, Domansky e VituriI (2010) constataram que as capacitações desses profissionais têm sofrido mudanças, as quais passaram a abordar também questões emocionais e motivacionais dos profissionais e as limitações vivenciadas durante a execução do trabalho.

Nesse sentido, torna-se necessário que os gestores desenvolvam espaços, seja no treinamento admissional ou outras atividades de educação continuada, para discutir questões que os profissionais podem se deparar e estão para além das suas atribuições, como, por exemplo, a questão da morte, vínculos afetivos, dentre outros.

Em consonância com Lima, Jorge e Moreira (2006) por meio da educação continuada a instituição tem a possibilidade de desenvolver treinamento em serviço sobre os cuidados paliativos. A educação continuada é conceituada pelas autoras citadas como um processo permanente de aprimoramento dos profissionais, com o intuito de melhorar a assistência oferecida aos usuários dos serviços de saúde. Isso pode contribuir para o desenvolvimento de uma assistência humanizada em conformidade com a filosofia dos cuidados paliativos.

4.2.2.5 Dificuldades encontradas pelos profissionais de apoio no atendimento do doente oncológico em cuidados paliativos

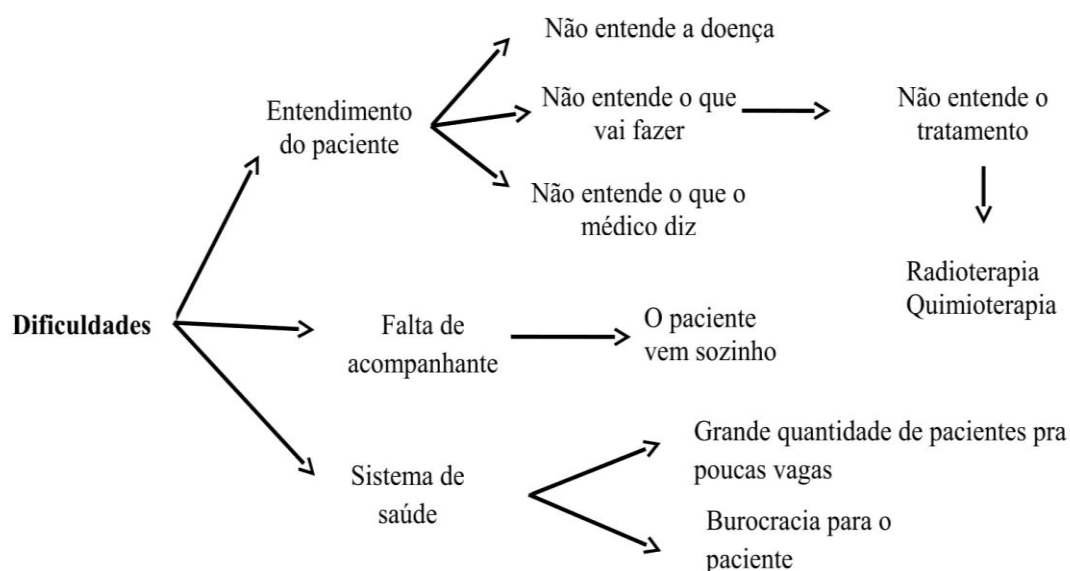


Figura 11. Árvore de associação de sentidos: Dificuldades encontradas pelos profissionais de apoio no atendimento do doente oncológico em cuidados paliativos

A Figura 11. Árvore de associação de sentidos: Dificuldades encontradas pelos profissionais de apoio no atendimento do doente oncológico em cuidados paliativos, se explica mediante três linhas narrativas. Na primeira e segunda linhas narrativas da figura 11 é evidenciado que o entendimento do doente e a falta de um acompanhante dificultam o atendimento. Na concepção deles esse fato, muitas vezes, atrasa o início do tratamento.

(...) a questão do entendimento dos pacientes, porque a gente trabalha com muita, com muitos pacientes da zona rural, muito paciente idoso, então que vem desacompanhado, a família abandona então não tem o cuidado. Então a questão do entendimento, deles entenderem o que é que você tá falando, que o médico tá falando é muito difícil, é muito difícil mesmo (E24).

(...) (o paciente) num tem muito conhecimento a gente tenta explicar e eles não, num tem muita essa noção, então pra sau... pra o tratamento deles algumas coisas ficam complicadas, porque a gente precisa que o paciente faça determinadas coisas que eles não conseguem entender, então vai além da saúde pra o, o, o intelectual de cada um. Alguns conseguem entender o que o médico quer, o que a recepcionista, alguns não conseguem e isso influencia no tratamento dele (E21).

Existe muita dificuldade pros pacientes, né, que muitas vezes vem sozinhos, sem acompanhantes, num entende nada, aí perde muito tempo, que eles podia tá ganhando tempo se cuidar, às vezes até paciente chega a óbito, porque demorou demais, porque num tem quem cuide deles, né, num tem quem dê assistência, que escute o que o médico diz, que a gente orienta e o paciente às vezes num entende e termina... (E22).

Por se tratar de um serviço de referência na região, a instituição recebe doentes de vários municípios do Estado da Paraíba, muitos procedentes do interior, da zona rural, com pouca instrução. Acrescenta-se a isso a falta de um acompanhante, de um familiar ao seu lado para ajudá-lo nesse processo. Em muitos casos a família não acompanha o doente durante o processo de investigação diagnóstica e tratamento, demonstrado na segunda linha narrativa da figura 11. Isso repercute diretamente no tratamento do doente, pois muitas vezes ele deixa de iniciar o tratamento no dia agendado, porque não compreende as instruções fornecidas pela equipe.

No estudo de Bordignon et al. (2015) a falta do apoio familiar foi apontada como um dos motivos de desistência do tratamento, além da condição financeira e dificuldades de transporte para se locomoverem até a unidade de saúde. No processo de adoecimento e

tratamento o acompanhante tem papel fundamental, pois ele pode auxiliar o doente durante todo o percurso do tratamento, dando suporte, ajudando-o a realizar os cuidados e resolver pendências relacionadas ao tratamento.

Nos discursos dos profissionais de apoio também se sobressaem as dificuldades do sistema de saúde, representado na terceira linha narrativa da figura 11. Vejamos o exemplo:

(...) a questão de não ter o atendimento pra o paciente, de ser uma grande quantidade de pacientes pra, pra poucas vagas. A dificuldade de fazer o paciente aguardar um pouco, a dificuldade também é por ser muita gente, eles num tem muita paciência, ou alguns... é difícil pra eles, porque alguns vem de longe. Existe a dificuldade do tratamento no SUS, na verdade, porque o tratamento no SUS nem tudo o paciente tem direito, alguns pacientes eles tinham o direito antes e agora o direito foi cortado (E21).

Notamos que tanto os profissionais de saúde, como os de apoio pontuam as dificuldades enfrentadas pelo doente oncológico para conseguir iniciar o tratamento na rede pública de saúde. O tratamento como já mencionado é garantido de forma gratuita, no entanto, ainda há percalços até o seu início. Essa realidade requer uma análise, pois existem políticas e portarias que regulamentam o direito de ser tratado, porém, até chegar ao tratamento são encontradas inúmeras dificuldades, as quais repercutem diretamente na resposta ao tratamento.

Considerações finais

O presente estudo buscou conhecer os discursos sobre cuidados paliativos de profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de saúde e técnicos de apoio, que atuam na área oncológica. Os resultados mostram que os profissionais de saúde têm compreensão do que são cuidados paliativos, no entanto, ainda é uma visão muito geral. Eles conceituaram como um cuidado direcionado à promoção de qualidade de vida, em coerência com a filosofia e princípios dos cuidados paliativos, porém muitos desses profissionais limitaram os cuidados paliativos a pessoas em fim de vida. Esse conhecimento é muito amplo, visto que os cuidados paliativos podem ser realizados desde o início do diagnóstico até os momentos finais de vida.

No que tange aos profissionais de apoio esse conhecimento se torna ainda mais limitado. Alguns afirmaram que são cuidados para promover qualidade de vida de pessoas que não têm mais chance de cura, que estão no fim da vida. Enquanto outros afirmaram que é contaminação, cuidados com a higiene, demonstrando o quase total desconhecimento desses profissionais sobre a filosofia dos cuidados paliativos.

A filosofia dos cuidados paliativos valoriza os aspectos biopsicossociais do indivíduo, visando uma assistência integral e humanizada, com a finalidade de propiciar qualidade de vida e bem-estar ao doente que tem uma doença sem possibilidades de cura. A assistência integral demanda integração de diversos saberes, sendo necessário que todos os profissionais trabalhem integrados para atender as diferentes necessidades do doente.

Como mencionado ao longo do referencial teórico e resultados e discussões, ratificamos que os profissionais de apoio também realizam assistências em cuidados paliativos, pois acreditamos que os seus fazeres também são importantes no processo de cuidados. Os profissionais de apoio desenvolvem suas atribuições que já são reconhecidas, mas, para, além disso, prestam uma escuta e acolhem doentes e familiares. Essa intervenção,

classificada como tecnologia leve, contribui para um melhor cuidado ao doente, no entanto, muitas vezes esses atos não são levados em conta, já que muitos deles não reconhecem que executam ações de cuidados paliativos, quando generalizam que são cuidados que têm com todos os doentes.

Os profissionais de saúde realçaram ações que realizam com os doentes oncológicos em palição, principalmente para o alívio e controle da dor, além dessa, eles também evidenciaram cuidados para diminuir desconforto respiratório, náuseas, vômitos e febre. Essas ações também constam nos manuais e documentos que orientam a prática dos profissionais de saúde, porém nesse material não é mencionado o papel da equipe de apoio. Também desconhecemos cursos e treinamentos técnicos que abordem essas temáticas aqui apresentadas para os profissionais de apoio que trabalham em serviço de saúde, especificamente em centros oncológicos.

Esses resultados podem suscitar a necessidade de outras pesquisas que confirmem os nossos achados. Os dados aqui apresentados, por sua vez, podem contribuir ao embasamento de futuras revisões dos guias de práticas em cuidados paliativos e, também, servir de proposição para a elaboração de uma nova resolução do MS em que as equipes multiprofissionais incluam os técnicos de apoio como importantes e necessários ao cuidado integral e humanizado, proposto na filosofia dos cuidados paliativos.

Algumas dificuldades também foram evidenciadas pelos dois grupos de profissionais, como: a falta de uma equipe especializada que preste assistência ao doente; as dificuldades de acesso aos serviços de saúde para investigação diagnóstica e início do tratamento; além das limitações técnicas e da doença; e o envolvimento afetivo com o doente.

O sofrimento pelo vínculo afetivo foi comum aos dois grupos de profissionais. Ambos relataram sofrimento ao perder um doente. Os sentimentos de impotência e frustração foram

marcantes nos discursos dos profissionais de saúde, já que estes têm dificuldades para trabalhar com doentes em processo de terminalidade.

Fica evidente a necessidade da inclusão nos currículos acadêmicos de disciplinas que abordem os cuidados paliativos. Alguns cursos de graduação ou de pós-graduação já estão contemplando uma disciplina optativa sobre os cuidados paliativos, a exemplo, o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, que oferta a disciplina optativa intitulada: Tópicos especiais: cuidados paliativos. Trata-se de uma importante contribuição na formação dos profissionais, no entanto, ainda é pouco, pois muitas vezes só se matriculam aqueles que têm interesse na área, por isso a necessidade da obrigatoriedade da disciplina nas grades curriculares, assim como também é importante que essa temática seja trabalhada ao longo da graduação. A obrigatoriedade de tal disciplina possibilita a que todos tenham uma base sobre esses cuidados, e possibilita aos profissionais de saúde uma maior orientação para o melhor manejo dos cuidados paliativos.

Os resultados deste estudo não podem ser generalizados visto que incluiu uma só instituição, porém seus resultados são relevantes tanto porque confirmam outros resultados de pesquisas científicas, assim como, também apresenta dados novos sobre os profissionais de apoio na assistência ao doente oncológico em palição. É importante destacar a limitação também do número de participantes, sobretudo entre os profissionais de apoio, já que muitos não aceitaram participar do estudo. Inclusive, não foi possível captar os discursos dos profissionais maqueiros, os quais estavam dentro dos profissionais que foram convidados a participar, porém nenhum se voluntariou.

Por fim, diante do aumento das doenças crônicas, em especial o câncer, e a necessidade premente de aumentar os saberes e as práticas em cuidados paliativos, almejamos que os resultados desta pesquisa colaborem, em conjunto com outros estudos científicos, para demonstrar a importância da consolidação de uma política pública de saúde

específica para os cuidados paliativos, com investimentos na formação de todos os profissionais que atuam em ambientes de saúde com doentes em palição.

Referências

- Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2017). Acesso em 21 de setembro de 2017, disponível em Academia Nacional de Cuidados Paliativos: <http://paliativo.org.br/>
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2018). Acesso em 20 de novembro de 2018, disponível em Academia Nacional de Cuidados Paliativos: <https://paliativo.org.br/comunicado-6/>
- Alcantara, L. S., Sant'Anna, J. L., & Souza, M. G. N. (2013). Adoecimento e finitude: considerações sobre a abordagem interdisciplinar no Centro de Tratamento Intensivo Oncológico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (9), 2507-2514. Recuperado de https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v18n9/v18n9a04.pdf
- Alves, R.F. (2008). *Intervenções de profissionais em el campo de la salud: estudo antropológico comparativo no Brasil, Espanha* (Tese de doutorado) Universidade de Granada, Granada, Espanha. Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/2021/17627321.pdf;jsessionid=375808251378CBC29B0EF472C27E90BE?sequence=1>
- Alves, R. F., & Eulálio, M. C. (2011) Abrangência e níveis de aplicação da Psicologia da Saúde. In Alves, R.F. (Org), *Psicologia da Saúde - teoria, intervenção e pesquisa*. (pp. 65-88.) Campina Grande: UDUEPB.
- Alves, R., Santos. G., Ferreira, P., Costa, A. & Costa, E. (2017). Atualidades sobre a psicologia da saúde e a realidade brasileira. *Psicologia, Saúde & doenças*, 18 (2), 545-555. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000200021&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

- Andrade, B. A., Sera, C. T. N., & Yasukawa, S. A. (2012). O papel do fisioterapeuta na equipe. In Carvalho, R.T., & Parsons H.A, *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (pp. 353-357). São Paulo, SP: ANCP.
- Andrade, L. (2012). O papel do assistente social na equipe. In: Carvalho, R.T., & Parsons H.A, *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (pp. 341-344). São Paulo, SP: ANCP.
- Arantes, A. C. de L. Q. (2012). Indicações de Cuidados Paliativos. In Carvalho, R.T., & Parsons H.A, *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (pp. 56-74). São Paulo, SP: ANCP.
- Arantes, A. C. L. Q., & Maciel, M. G. S. (2008). Avaliação e tratamento da dor. In R. A. de Oliveira. *Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo CRMESP* (pp. 370-391). São Paulo, SP: CRMESP.
- Ayala, A. L. M., Felício, & A. C. R., Pachão, J. (2017). Sofrimento dos profissionais que atuam no setor de oncologia em um hospital público de Joinville, SC. *Revista de Atenção à Saúde*, 15(51), 106-117. Recuperado de http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4376
- Barbosa, M. F. (2011). *Pacientes sob cuidados paliativos oncológicos e utilização de medicamentos: perfil e satisfação*. (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Maria_Fernanda_cuidados_paliativos.pdf
- Barbosa, S. C., Souza, S., & Moreira, J. S. (2014). A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 14(3), 315-323. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000300007
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Ed. 70.
- Bastos, B. R., Fonseca A. C. G., Pereira, A. K. S., & Silva, L. C. S. (2016). Formação dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias em cuidados paliativos oncológico.

Revista Brasileira de Cancerologia. 62(3): 263-266. Recuperado de http://www.inca.gov.br/rbc/n_62/v03/pdf/10-artigo-opinio-formacao-dos-profissionais-de-saude-na-comunicacao-de-mas-noticias-em-cuidados-paliativos-oncologicos.pdf

Batista, D. R. R., Mattos, M., & Silva, S. F. (2015). Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. *Revista de Enfermagem UFSM*, 5(3): 499-510. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5902/2179769215709>

Bertachini, L., & Pessini, L. (2010). A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos. *Revista - Centro Universitário São Camilo*, 4(3), 315-323. Recuperado de <https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/78/Art08.pdf>

Bifulco, V. A. (2006). *A formação de Profissionais de Saúde e a Educação para cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde. São Paulo, SP, Brasil. Recuperado de http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_5279_JULIANA%20VALAD%C3O.pdf

Bordignon, M., Monteiro M. I., Mai, S., Martins, M. F. S. V., Rechs, R. A., & Trindade, L. L. (2015). Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de enfermagem da oncologia do Brasil e Portugal. *Texto Contexto Enfermagem*, 24(4): 925-33. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072015000400925&script=sci_arttext&tlng=pt

Braga, F C., & Queiroz, E. (2013). Cuidados paliativos: o desafio das equipes de saúde. *Psicologia USP*, 24(3), 413-429. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v24n3/a04v24n3.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. (1998). *Portaria nº 3.535. Brasília, set, 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia*. Recuperado de <http://linus.husm.ufsm.br/janela/legislacoes/hemato-oncologia/centros-oncologia/portaria-no-3535-de-2-de-setembro-de-1998.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. (2002a). *Portaria Nº 19, de 03 de janeiro de 2002. Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos.* Recuperado de

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html

Brasil. Ministério da Saúde. (2002b). *Portaria nº. 1.329/GM. Brasília, jul, 2002. Criar, no âmbito do Sistema Único de Saúde, os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica.*

Recuperado de <http://www.husm.ufsm.br/janela/legislacoes/centros-tratamento-dor/centros-tratamento-dor/portaria-gmms-no-1319-de-23-de-julho-de-2002.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH) (2003). Recuperado de

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. (2005a). *Portaria Nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.* Recuperado de

http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Legislacao/portaria_2439.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2005b). *Portaria Nº 741, de 19 de 2005. Definir as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades.* Recuperado de

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html

Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.* Recuperado de

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm

- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Portaria Nº 874, de 16 de maio de 2013. *Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). *Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Recuperado de <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/Portaria-140-2014-UNACON.pdf>
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). (2018). CONASS Informa n. 226 – Publicada a Resolução CIT n. 41 que dispõe sobre as *diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS)*. Recuperado de <http://www.conass.org.br/conass-informa-n-226-publicada-resolucao-cit-n-41-que-dispoe-sobre-as-diretrizes-para-organizacao-dos-cuidados-paliativos-luz-dos-cuidados-continuados-integrados-no-ambito-sistema/>
- Braz, M. S., & Franco, M. H. P. (2017). Profissionais paliativistas e suas contribuições na prevenção de luto complicado. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), 90-105. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n1/1982-3703-pcp-37-1-0090.pdf>
- Camelo, S. H. H. (2011). O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 16(4): 734-40. Recuperado de <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/19977/17068>

- Carboni, R. M., & Reppetto, M. A. (2007). Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 09(01), 251 – 260. Recuperado de https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n1/pdf/v9n1a20.pdf
- Cardoso, D. H., Muniz, R. M., Schwartz, E., & Arrieira, C. O. (2013). Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. *Texto Contexto Enfermagem*, 22(4): 1134-41. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400032
- Cardoso, D. H., Viegas, A. C., Santos, B. P., Muniz, R. M., Schwartz, E., & Thofehrn, M. (2013). O cuidado na terminalidade: dificuldades de uma equipe multiprofissional na atenção hospitalar. *Av.enfermagem*, (2), 83-91. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n2/v31n2a09.pdf>
- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D. (n.d). Aspectos Psicológicos do Doente Oncológico. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, Recuperado de http://www.psilogos.com/Revista/Vol6N1/Indice9_ficheiros/Cardoso%20et%20al%20%20p8-19.pdf
- Carvalho, R. T. (2012). Dispneia, tosse e hipersecreção de vias aéreas. In Carvalho, R.T., & Parsons H.A, *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (pp. 151-167). São Paulo, SP: ANCP.
- Carvalho, R. T., Taquemori, L. Y. (2008). Hidratação e nutrição. In R. A. de Oliveira. *Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo CRMESP* (pp. 221-257). São Paulo, SP: CRMESP.
- Castro, E. K. & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24 (3), 48-57. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v24n3/v24n3a07.pdf>

Chiba, T. (2008) Relação dos Cuidados Paliativos com as diferentes profissões da área da saúde e especialidades. In Carvalho, R.T., & Parsons H.A, *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (pp. 44-54). São Paulo, SP: ANCP.

Conselho Federal de Medicina. (2006). *Resolução CFM 1.805/2006 Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.* (Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, pg. 169).
http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm

Conselho Federal de Medicina. (2009) *Código de ética médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009* (versão de bolso) / Conselho Federal de Medicina – Brasília.
Recuperado de <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>

Conselho Federal de Medicina. (2011) *Resolução CFM nº 1.973/2011. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.845/08, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).* (Publicada no D.O.U. de 1º de agosto de 2011, Seção I, p. 144-147)
Recuperado de http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2011/1973_2011.htm

Conselho Federal de Medicina. (2016). *Resolução CFM Nº 2.149/2016. Homologa a Portaria CME nº 02/2016, que aprova a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades.* (Publicada no D.O.U. de 03 de agosto de 2016, Seção I, p. 99) Recuperado de http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2016/2149_2016.pdf

- Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos* (Diário Oficial da União de 13 jun 2013, Seção 1, p. 59). Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Consolim, L de O. (2012). O papel do médico na equipe. In Carvalho, R.T., & Parsons H.A, *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (pp. 333-334). São Paulo, SP: ANCP.
- Costa, A. P., Poles, K. & Silva, A. E. (2016). Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. *Comunicação Saúde Educação* 2016. 20 (59), 1041-52. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n59/1807-5762-icse-1807-576220150774.pdf>
- De Marco, A. M. (2006). Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista brasileira de educação médica*. 30 (1), 60-72. Recuperado <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n1/v30n1a10>
- Encarnação, J., F., Farinasso, A. L. C. (2014). A família e o familiar cuidador de pacientes fora de possibilidades terapêuticas: uma revisão integrativa. *Ciências Biológicas e da Saúde*, 35 (1), 137-148. Recuperado de <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/viewFile/16076/15812>
- Fernandes, M. A., Evangelista, C. B., Platel, I. C. S., Agra, G., Lopes, M. S., & Rodrigues, F. A. (2013). Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2589-2596). Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a13.pdf>
- Ferreira, R. A., Lira, N. P. M, Siqueira, A. L. N., & Queiroz, E. (2013). Percepções de psicólogos da saúde em relação aos conhecimentos, às habilidades e às atitudes diante da morte. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15(1), 65-75. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n1/05.pdf>

- Figueiredo, M. G. M. C de A. (2008). Cuidados Paliativos. In Carvalho, V. A. de et al. (Org.), *Temas em psico-oncologia*. (pp. 382-387). São Paulo, SP: Summus.
- Floriani, C. A. (2011). Cuidados paliativos no Brasil: Desafios para sua inserção no Sistema de Saúde. (2011) In: F. S, Santos (Org). *Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas* (pp. 101-106). São Paulo, SP: Atheneu.
- Fonseca A. & Geovanini, F. (2012). Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. *Revista Brasileira de Educação e Medicina*, 37(1), 120-5. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n1/17.pdf>
- França, B. de A. L. (2013). O tratamento do paciente com câncer. In: V. A, Angerami-Camon, & Gasoar, K. C (Org.), *Psicologia e Câncer*. (p. 117-138). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Fundação de Assistência da Paraíba. (2016). Acesso em 10 de Setembro de 2017, disponível em FAP - Fundação de Assistência da Paraíba: <http://www.hospitaldafap.org.br/>
- Fundação do Câncer. (2011). *Relatório Anual*. Recuperado de <https://www.cancer.org.br/fundacao/publicacoes/relatorio-anual/>
- Godoy, J. F. (1999). Psicologia de La salud: delimitación conceptual. In: M. A. Simon (Org.). *Manual de psicologia da saúde. Fundamentos, metodologia y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Guerrero, G. P., Zago, M. M. F., Sawada, N. O., & Pinto, M. H. (2011). Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília. 64(1), 53-9. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a08.pdf>
- Gonçalves, L. L. C., Travasso, G. L., Almeida, A. M., Guimarães, A. M. D. N., & Gois, C. F. F. (2014). Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 48(3), 394-400. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-394.pdf

- Guimarães, R. B., & Nunes, J. S. S. (2016). Conhecimento do profissional de enfermagem sobre cuidados paliativos em pacientes oncológicos. *INTERSCIENTIA*. 4 (1), 31-36. Recuperado de <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/506/385>
- Gil, A. C. (2002). Como classificar pesquisa? In: Como elaborar projetos de pesquisa. (pp. 41-56). São Paulo, SP: Atlas.
- Gil, A. C. (2008). Pesquisa social. In: Métodos e técnicas em pesquisa social. (pp.26-32). São Paulo, SP: Atlas.
- Guimarães, R. M. (2013) Filosofia dos Cuidados Paliativos. In E, Saltz, & J. Juver, (Orgs.), *Cuidados paliativos em oncologia*. (pp 13-23). Rio de Janeiro, RJ: Senac.
- Hermes, H. R., & Lamarca, I. C. A. (2013). Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência e saúde coletiva*, 18 (9), 2577-2588. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2015). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*, 2015. Recuperado de <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2015). *Tabua completa de mortalidade para o Brasil – 2014: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ. Recuperado de ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2014/notastecnicas.pdf
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). (2002). Cuidados Paliativos Oncológicos - Controle de Sintomas. Condutas do INCA/MS / INCA/MS PROCEDURES. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2002, 48(2): 191-211. Recuperado de http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/pdf/condutas3.pdf

- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). (2014). *Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). (2015a). *Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). (2015b). A vivencia do paciente oncológico e suas estratégias de enfrentamento. In: *Cadernos de Psicologia. Os tempos no hospital oncológico*. (pp. 51-59), Rio de Janeiro, RJ: INCA.
- Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva (INCA). (2017a). *Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). (2017b). *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. 3. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: Inca.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Fisioterapia. (2017c). http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=682
- Jales, S. M da C. P., & Siqueira, J. T. T de. (2012). O papel do dentista na equipe. In: Carvalho, R.T., & Parsons H.A. *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (pp. 366-372). São Paulo, SP: ANCP.
- Kovács, M. J. (2003). Bioética nas Questões da Vida e da Morte. *Psicologia USP*, 14(2), 115-167
Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v14n2/a08v14n2.pdf>
- Kovács, M. J. (2011). A morte em vida. In: M. H. P. Franco, M. J. Kovács, M. Margarida M. J. de Carvalho, & V. A. de Carvalho. *Vida e Morte - Laços da existência* (pp. 11-33). . São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Lima, F. E. T., Jorge, M. S. B., &Moreira, T. M. M. (2006). Humanização hospitalar: satisfação dos profissionais de um hospital pediátrico. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 59(3), 291-6.
Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a08v59n3.pdf>

- Lima, I. S., Clementino, F. S., Miranda, F. A. N., Sousa, C. S. M., Brandão, I. C. A., & Brasil, S. K. D. (2011). Equipe de Enfermagem: conhecimentos acerca do manuseio de drogas antineoplásicas. *Revista de Enfermagem UERJ*, 19(1), 40-5. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-201500004650014.pdf
- Lima, R. V., & Buys, R. (2008). Educação para a morte na formação de profissionais de Saúde. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(3), 52-63. Recuperado de <http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/220/264>
- Lima, M. J. V., Cavalcante, C. M. (2016). O cuidado em saúde: A experiência dos trabalhadores de limpeza na unidade de oncologia pediátrica. *Estudos e pesquisa em psicologia*, 16 (1), 123-139. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812016000100008
- Lynch, T., Clark, D., & Connor, S. R. (2011). *Mapping levels of palliative care development: a global update 2011*. London: Worldwide Palliative Care Alliance. Recuperado de <https://www.nrpv.se/wp-content/uploads/2012/10/WPCA-Kartl%C3%A4ggnings-av-tillg%C3%A5ng-till-och-niv%C3%A5-p%C3%A5-palliativ-v%C3%A5rd-i-v%C3%A4rlden-okt-11.pdf>
- Machado, K. D. G., Pessini, L., & Hossne, W. S. (2007). A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. *Centro Universitário São Camilo*, 1(1), 34-42. Recuperado de https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/54/A_cuidados_paliativos.pdf
- Maciel, A. D. da S., Erdtmann, B. K., Andrade, E. F., Poetini, G. M. B., Vargas, M. A. de O., & Andrade, M de S. (2016). Referências Históricas: Definições e princípios em cuidados paliativos. In: M. do C, Vicensi et al. *Enfermagem em cuidados paliativos* (4) (pp. 12-20). Florianópolis, Santa Catarina: Letra Editorial, Recuperado de <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/11/Cuidados-Paliativos-Parte-1-Site.pdf>

- Maciel, M. G. S., et al. (2006a). Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil. Documento elaborado pela *Academia Nacional de Cuidados Paliativos [ANCP]*. Rio de Janeiro: Diagraphic. 60p. Recuperado de Critérios de qualidade <http://d-f.scribdassets.com/docs/sup6guudc4jr3rj.pdf>
- Maciel, M. G. S. (2006b). A Terminalidade da Vida e os Cuidados Paliativos no Brasil: Considerações e Perspectivas. *Prática Hospitalar*. 6(47). 46-49. Recuperado de <http://www.praticahospitalar.com.br/>
- Maciel, M. G. S. (2008) Definições e princípios. In: R. A. de Oliveira. *Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo CRMESP* (pp. 15-32). São Paulo, SP: CRMESP.
- Maciel, M. G. S. (2011). Assistência à terminalidade da vida: a orientação do cuidado paliativo. Em Moritz , R. D. (Org.). *Conflitos bioéticos do viver e do morrer* (pp. 51-69). Brasília: CFM.
- Maciel, M. G. S. (2012a). Avaliação do paciente em Cuidados Paliativos. In Carvalho, R.T., & Parsons H. A, *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (pp. 31-41). São Paulo: ANCP.
- Maciel, M. G. S. (2012b). Organização de serviços de Cuidados Paliativos. In Carvalho, R.T., & Parsons H.A, *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (pp. 94-110). São Paulo, SP: ANCP.
- Maciel, M. G. S., & Bottega, R. (2012). Náusea e vômito. In Carvalho, R.T., & Parsons H.A, *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (pp. 168-175). São Paulo, SP: ANCP.
- Maluf, F.C., Buzaid, A.C., & Varella, D. (2014). Fatores de risco para o surgimento do câncer. *Vencer o câncer*, (pp.34-41). São Paulo: Dendrix.
- Manzini, E. J. (2012). Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. 4 (2), 149- 171. Recuperado de <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Percurso/article/view/18577/10219>

- Marconi, M. de A., Lakatos, E. M. (2011). Técnicas de pesquisa. In *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. (pp. 48-133). São Paula: Atlas.
- Martarello, N. A., & Banatti, M. C. C. (2009). Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 43 (2), 422-8. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200023
- Martellet, E. C., Motta, R. F., & Carpes, A. D. (2014). A saúde mental dos profissionais da saúde e o programa de educação pelo trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, 12 (3), 637-654. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n3/1981-7746-tes-12-03-00637.pdf>
- Matos, I. B., Toassi, R. F. C., & Oliveira, M. C. (2013). Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. *Athenea Digital*, 13(2), 239-44. Recuperado de <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/118035/000894801.pdf?sequence=1>
- Matsumoto, D. Y. (2012). Introdução. In: Carvalho, R.T., & Parsons H.A, *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (pp. 23-30). São Paulo: ANCP.
- Mccoughlan, M. (2004). A necessidade de cuidados paliativos. In Pessini, L., & Bertachini. L. (Orgs.). *Humanização e cuidados paliativos*. (pp.167-179). São Paulo: EDUNISC-Edições Loyola.
- Medeiros, S. S., Cavalcante, A. M. B., Marin, A. M. P., Tinôco, L. B. M., Salcedo, I. H., & Pinto, T. F. (2012). Sinopse do Censo Demográfico para o Semiárido Brasileiro. Sinopse do Censo Demográfico para o Semiárido Brasileiro. Campina Grande: INSA.
- Modelo de transição da assistência curativa ao cuidado paliativo (*Figura 1*). Acesso em 03 de dezembro de 2018, disponível em *ProLar Home Care*: disponível em <http://www.prolarhomecare.com.br/site/hospice.html>

- Melo, A. G. C de. Os cuidados paliativos no Brasil. (2003). *O mundo da saúde*. 27(27). 58-63.
- Melo, A. G. C de., & Caponero, R. (2009). Cuidado paliativo- abordagem contínua e integrada. In: F. S. Santos. *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*, (pp. 257-267). São Paulo: Atheneu.
- Melo, A. G. C de., & Caponero, R. (2011). O Futuro em Cuidado paliativo In: F. S, Santos (Org). *Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas* (pp. 107-110). São Paulo: Atheneu.
- Melo, D. A de. (2008). Nutrição. *Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo CRMESP* (pp. 81-82). São Paulo, SP: CRMESP
- Mendes, J. A., Lustosa, M. L., & Andrade, M. C. M. (2009). Paciente terminal, família e equipe de saúde. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar* [online], 12 (1), 151-173. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100011
- Menezes. R. A. (2004). *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ.
- Merhy, E.(1998) A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: E. Merhy. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público*; Ed. Xamã; São Paulo.
- Minayo, M. C. D. S., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (3), 237–248. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v9n3/02.pdf>
- profissionais de um hospital pediátrico. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 59(3), 291-6. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a08v59n3.pdf>
- Moritz, R. D., Deicas, A., Capalbo, M., Forte, D. N., Kretzer, L. P., Lago, P.M., ..., & Ropelato, R. (2011). II Fórum do “Grupo de Estudos do Fim da Vidado Cone Sul”: definições,

recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 23(1), 24-29. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n1/a05v23n1.pdf>

Morosini, L. (2016). Proteção da vida. *RADIS*, 10-19.

Moritz, R. D (2005). Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Bioética*, 13 (2), pp. 51-63. Recuperado de <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/107-348-1-PB.pdf>

Mota, M. S., Gomes, G. C., Coelho, M. F., Lunardi Filho, W. D., Sousa, L. D. (2011). Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(1), 129-35. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100017

Nickel, L., Oliari, L. P., Vesco, S. N. P. D., & Padilha, M. I. (2016). Grupos de pesquisa em cuidados paliativos: a realidade brasileira de 1994 a 2014. *Escola Anna Nery*, 20(1), 70-76. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0070.pdf>

Nunes, L. (2008). Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Revista Bioética*. 16 (1), 41-50. Recuperado de <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/54-186-1-PB.pdf>

Oliveira, J. M., Reis, J. B., & Silva, R. A. (2018). Busca por cuidado oncológico: percepção de pacientes e familiares. *Revista de enfermagem UFPE on line.*, 12 (4), 938-46.

Oliveira, J. R., Ferreira, A. C., & Rezende, N. A. (2013). Ensino de bioética e cuidados paliativos nas Escolas médicas do Brasil. *Revista Brasileira de Educação e Medicina*. 37(2), 285-90. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/17.pdf>

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2002). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. (2nd. Ed.). Geneva: World Health Organization. Recuperado de: <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>

- Organização Mundial de Saúde. (2017). Acesso em 13 de julho de 2017. Disponível em Organização Mundial de Saúde <http://www.who.int/cancer/en/>
- Pereira, I., Sera, C. T. N., & Caromano, F. A. (2008). In R. A. de Oliveira. *Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo CRMESP* (pp. 195-219). São Paulo, SP: CRMESP.
- Rangel, O., & Telles, C. (2012). Tratamento da Dor Oncológica em Cuidados Paliativos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*. Recuperado de http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=324
- Rede Câncer. Assistência Apesar de diretriz da Declaração Mundial contra o Câncer para o controle da dor, acesso de paciente à morfina ainda é difícil. *Dor e burocracia*. (pp. 14-17). Recuperado de http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/52fe0d8043ea33cc8b8bffddf65915ec/05_RC25_a_ssistencia.pdf?MOD=AJPERES
- Rede Câncer. Os múltiplos papéis do farmacêutico na atenção oncológica. Recuperado de <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/87aa0200427f5e868782877318178d38/09-educacao.pdf?MOD=AJPERES>
- Reigada, C., Pais-Ribeiro, J. L., Novellas, A., & Pereira. (2014). O suporte à família em cuidados paliativos. *Textos & Contextos*, 13 (1), 159 – 169. Recuperado de <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/506-Texto%20do%20artigo-1504-1-10-20171117.pdf>
- Ribeiro, J. L. P. (2011). A Psicologia da Saúde. In: R.F, Alves (Org), *Psicologia da Saúde - teoria, intervenção e pesquisa*. (pp. 65-88.) Campina Grande: UDUEPB
- Ribeiro, V. dos S. G. (2013). Pensar ou pensar: Quando há escuta ao paciente oncológico. In: Silva Maria Cury Ismael & Janaina Xavier de Andrade dos Santos. *Psicologia Hospitalar - Sobre o adoecimento... Articulando conceitos com a prática clínica*, (pp. 72-80). São Paulo: Ateneu.

- Rodrigues, L. F.(2012). Modalidades de atuação e modelos de assistência em Cuidados Paliativos. In: Carvalho, R.T., & Parsons H.A, *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (pp. 86-93). São Paulo: ANCP.
- Santos, F. S. (2011). O desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos e a filosofia hospice. In: F. S, Santos (Org). *Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas* (pp. 3-15). São Paulo, SP: Atheneu.
- Santos, G. C. dos. (2017). *Cuidados Paliativos Pediátricos: Arte, Essência e Ciência no Cuidado de Crianças com Doenças Limitantes ou Ameaçadoras da Vida*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campina Grande-PB.
- Santos, J. L., Corral-Mulato., & Bueno, S. M. V. (2014). Morte e luto: a importância da educação para o profissional de saúde. *Arquivos de Ciência da Saúde da UNIPAR*, (18) 3, 199-203. Recuperado de <http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/5196/3008>
- Santos, M. A., & Hormanez, M. (2013). Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2757-2768. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a31.pdf>
- Santos, M. J. dos. (2016). Políticas de atenção de cuidados paliativos – critérios para implantação de um serviço em cuidados paliativos. In M. do C, Vicensi et al. *Enfermagem em cuidados paliativos* (4) (pp. 21-31). Florianópolis, Santa Catarina: Letra Editorial, Recuperado de <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/11/Cuidados-Paliativos-Parte-1-Site.pdf>
- Satori, A. V., & Battistel, A. L. H. T. (2017). A abordagem da morte na formação de profissionais e acadêmicos da enfermagem, medicina e terapia ocupacional. *Cadernos Brasileiro de Terapia Ocupacional*, 25 (3), 497-508. Doi: <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO0770>
- Savoi, C. G. P. (2013). Princípios fundamentais dos cuidados paliativos. In: M. D., Moura (Org.). *Oncologia/Clínica de limites terapêuticos? Psicanalise e medicina* (pp. 286-303). Belo Horizonte: Artesã.

- Severino, A. J. (2007). Teoria e prática científica. In *Metodologia do trabalho científico*. (pp. 99-126). São Paulo: Cortez.
- Silva, D. S., Hahn, G. V. (2012). Processo de trabalho em oncologia e a equipe multidisciplinar. *Caderno pedagógico*, (9) 2, 125-137. Recuperado de www.univates.br/revistas/index.php/cadped/article/view/861/850
- Silva, L. Q., Haddad, M. C. L., Domansky, R. C., & Vituri, D. W. (2010). Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de higiene e limpeza de um hospital universitário público. *Revista Eletrônica de Enfermagem FEN-UFMG [Internet]*. 12(1), 158-63. Recuperado de http://w.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a19.pdf
- Silva, M. J. P da., Araújo, M. T., Firmino, F. (2008). Enfermagem. *Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo CRMESP* (pp. 61-62). São Paulo, SP: CRMESP.
- Silva, M. M., Santanda, N. G. M., Santos, C. M., Cirilo, J. D., Borrocas, D. L. R., & Moreira, M. C. (2015). Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. *Escola Anna Nery*, 19(3), 460-466. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000300460
- Silva, R. C. F. da. (2004). *Cuidados paliativos oncológicos: reflexões sobre uma proposta inovadora na atenção à saúde*. (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado de <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/361207>
- Silva, R. C. F. da., & Hortale, V. A. (2006). Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Caderno de Saúde Pública*, 22(10), 2055-2066. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000011
- Silveira, D. P., & Oliveira, M. (2016). Introdução: contexto e dados epidemiológicos do câncer mundo e brasil. Em Oliveira, M. et al. (Orgs). *Projeto Oncorede. A (re)organização da rede de atenção oncológica na saúde suplementar*, (pp. 13-19). Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar. Recuperado de

https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/FINAL_publicacao_oncorede.pdf

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). (2015). *Vamos falar de cuidados paliativos. Brasil*. Recuperado de <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>

Soratto, M. T. (2013). As dificuldades de enfrentamento do familiar de paciente em cuidados paliativos. *Saúde Revista*, Piracicaba, 13 (34), 7-17.

Souza, P. S. N., & Conceição, A. O. F. (2018). Processo de morrer em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Revista Bioética*, 26 (1), 127-134. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v26n1/1983-8042-bioet-26-01-0127.pdf>

Souza, R. R. P de., Lima, B. G de., Marchi, L. M de., & Botelho, M. P. J. (2012). Promoção de saúde bucal em pacientes oncológicos adultos. *Anais Eletrônico VI Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica*. ISBN 978-85-8084-413-9 23 a 26 de outubro de 2012. Recuperado de http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/mostras/vi_mostra/rafaella_rodrigues_penha_souza.pdf

Spink, M. J. & Lima, H. (2013). Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: Spink, M. J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 50-78). Rio de Janeiro, RJ: edição on-line: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

Straub, R. O. (2014). Fundamentos da psicologia da saúde. In *Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial*. (pp.01-23): Artmed

Sznelwar, L. I., Lancman, S., Johlben Wu, M., Alvarinho, E., & Santos, M. (2004). Análise do trabalho e serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do

trabalho. *Revista Produção*, 14(3), 045-057. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a05.pdf>

Tamada, J. K. T., Dalaneze, Aline, S., Bonini, A. S., Melo, T. R. C. (2017). Relatos de médicos sobre a experiência do processo de morrer e a morte de seus pacientes. *Revista de Medicina*, 96(2), 81-7. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/121660/129428>

Taquemori, L.Y., & Sera, C. T. N. (2012). Interface Intrínseca: Equipe Multiprofissional. In: R. A. de Oliveira. *Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, CRMESP*. (p. 55-65). São Paulo:CRMESP.

Toledo, A. P., & Priolli, D. G. (2012). Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. *Revista Brasileira de Educação e Medicina*, 36(1), 109-17. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1/a15v36n1.pdf>

Torres, J. H. R. (2012). Ortotanásia não é homicídio, nem eutanásia. Quando deixar morrer não é matar. In Carvalho, R.T., & Parsons H.A, *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (pp. 415-438). São Paulo, SP: ANCP.

Vargas, D de. (2010). Morte e morrer: sentimentos e condutas de estudantes de Enfermagem. *Acta Paulista Enfermagem*. 23(3): 404-10. Recuperado de <http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v23/n3/v23n3a15.pdf>

Vasconcelos, M. F., França, J. R. F. S., Costa, S. F. G., Santos, F. S., Zacarra, L. A., & Fernandes, M. A. (2014). Finalidades dos cuidados paliativos voltados para o paciente com HIV/Aids: estudo com enfermeiros. *Revista de pesquisa e Assistência Fundamental Online*, 6(3), 1058-1067. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/5057/505750623019/>

Veit, M. T., & Barros, L. H. De C. Intervenções em psico-oncologia em instituições. In V. A, Carvalho et al. *Temas em psico-oncologia.V*. São Paulo: Summus pp. 362-372.

- Veras, R. P. (2012). Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. *Revista de Saúde Pública*, 46(6): 929-34. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n6/01.pdf>
- Victor, G. H. G. G. (2016). Cuidados Paliativos no Mundo. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 62(3), 267-270. Recuperado de <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>
- Wittmann-Vieira, R., & Goldim, J.R. G. (2012). Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. *Acta Paul de Enfermagem*, 25(3), 334-9. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1/a15v36n1.pdf>
- Yamamoto, O. H. & Cunha, I. M. F. F. (1998). O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. *Psicologia: reflexão e crítica*, 11(2). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721998000200012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANEXO- A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “Cuidados paliativos para profissionais de saúde atuantes em oncologia”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho terá como objetivo geral “Conhecer os discursos sobre cuidados paliativos de profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de saúde e técnicos de apoio que atuam em um hospital referência em oncologia”. Ao voluntário só caberá a autorização para responder um questionário sociodemográfico e uma entrevista semiestruturada e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou

financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (88) 9 99179642 com Francisca Fernanda Barbosa Oliveira.

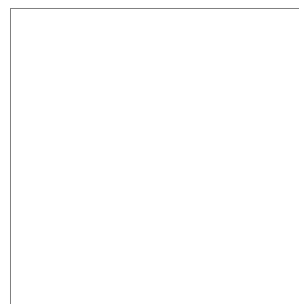
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica do participante da pesquisa
(OBS: utilizado apenas nos casos em que não seja possível a coleta da assinatura do participante da pesquisa).





UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANEXO- B

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “Cuidados paliativos para profissionais de saúde atuantes em oncologia” poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, a pesquisadora Francisca Fernanda Barbosa Oliveira a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.

5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Francisca Fernanda Barbosa Oliveira e após esse período, serão destruídos e,

6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande-PB, _____, _____ 20____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

Anexo C - Termo de Anuência do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba - FAP

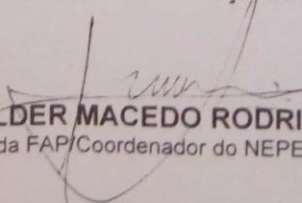


Fundação Assistencial da Paraíba - FAP
Av. Dr. Francisco Pinto, s/n - Bodocongó
CNPJ: 08.841.421/0001-57 - CEP 58.429-350
Campina Grande - PB - Telefone: (83) 2102-0300
e-mail: presidencia@hospitaldafap.org.br

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e a quem interessar que estamos cientes da intenção da realização da Pesquisa intitulada: **“CUIDADOS PALIATIVOS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATUANTES EM ONCOLOGIA”**. Sob orientação da Profa. Dra. Railda Sabino Fernandes Alves, Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Mestrado em Psicologia da Saúde, a ser desenvolvido pela orientanda Francisca Fernanda Barbosa Oliveira – a orientadora será responsável pela orientanda, caso contrário a primeira não poderá desenvolver e/ou orientar projetos na Instituição FAP. Após aprovação do Comitê de Ética. Toda documentação relativa a esta Pesquisa deverá ser entregue em uma via (CD) ao Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão (NEPE) da FAP e arquivado por cinco anos de acordo com a Res 466/2012 do Ministério da Saúde.

Campina Grande, 02 de março de 2018.


PROFº HELDER MACEDO RODRIGUES
Presidente da FAP/Coordenador do NEPE/FAP

Helder Macedo Rodrigues
CRA/PB 2157
CPF: 485.592.534-15
Presidente FAP

Anexo D – Parecer de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba- UEPB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E

Plataforma
Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cuidados paliativos para profissionais de saúde atuantes em oncologia
Pesquisador: FRANCISCA FERNANDA BARBOSA OLIVEIRA
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 84366018.0.0000.5187
Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

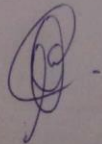
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.560.823

Apresentação do Projeto:
Cuidado paliativo é uma nova forma de cuidado integral, com uma abordagem multidisciplinar, direcionada para pacientes com doenças crônicas, limitadoras e progressivas, visando prevenir e minimizar os sofrimentos ocasionados pelo adoecimento, com o intuito de promover melhor qualidade de vida para o paciente e sua família. A assistência paliativa pode ser realizada por todos os profissionais de saúde desde o início do diagnóstico e concomitante com outras terapêuticas, com a progressão da doença esses cuidados tornam-se exclusivos. Nesse sentido a equipe multidisciplinar tem papel fundamental nesse cuidado, pois é ela quem realiza os cuidados valorizando os aspectos físico, psicológico, social e espiritual, para isso é importante que os profissionais de saúde conheçam a filosofia dos cuidados paliativos para prestar cuidado integral e humanizado. Também consideramos que os profissionais de apoio são importantes no processo de cuidado dos pacientes e familiares, independente da função todos os profissionais podem prestar serviços que promovam melhor qualidade de vida para a dade. Diante disso, o presente estudo tem como objetivo conhecer os discursos sobre cuidados paliativos de profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de saúde e técnicos de apoio que atuam em um hospital referência em oncologia. Além de caracterizar o perfil dos profissionais de saúde e das equipes de apoio que compõem a amostra; analisar os discursos sobre cuidados paliativos de profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de saúde; analisar os discursos sobre

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

Página 01 de 04



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

APÊNDICE – A QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nº: _____

Dados Pessoais		
1. Iniciais:	2. Idade:	3. Data de Nascimento ___/___/___
4. Gênero/Sexo: () M () F		Outro:
5. Estado civil:	5.1 () Solteiro (a)	5.2 () Divorciado(a)/ Separado(a)
5.3 () Casado (a)	5.4 () Viúvo (a)	() 5.5 União estável:
5.6 Outro:		
6. Escolaridade: 6.1 () Fundamental - Incompleto		6.2 () Fundamental - Completo
6.3 () Médio – Incompleto		6.4 () Médio - Completo
6.5 () Superior - Completo		6.6 () Pós-graduação
7. Ocupação:		8. Profissão:
9. Religião:		
10. Filhos: () Sim, quantos?		() Não
11. Renda Familiar: 11.1 () até um salário mínimo		11.2 () até dois salários mínimos
11.3 () Até quatro salários mínimo		11.4 () mais de quatro salários mínimos
11.5 () Outro:		
12. Há quanto tempo você atua nessa profissão?		
13. Há quanto tempo você trabalha nessa instituição?		
14. Carga horária de trabalho: 14.1 Diarista ()		14.2 Plantonista dia ()
14.3 Plantonista noite ()		
15. Setor de atuação:		
16. Já atendeu algum paciente em cuidados paliativos? () SIM () NÃO		
Perguntas específicas para profissionais de saúde de nível superior		
17. Graduação:		
18 Cursos de pós-graduação: SIM () NÃO ()		
19. Área e nível da pós-graduação: _____		
20. Você utiliza alguma escala/protocolo para avaliação do paciente quando em cuidados paliativos? () SIM () NÃO		
Sim, qual? _____		

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

APÊNDICE-B

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. O que lhe levou a trabalhar na área da oncologia?
2. Como se sente trabalhando neste setor?
3. O (A) sr.(a) já ouviu falar do termo cuidados paliativos?
5. Já teve contato com algum paciente em cuidados paliativos? Como se sentiu?
6. Na sua rotina de trabalho você executa cuidados paliativos? Quais?
8. Quais as principais dificuldades encontradas na sua atuação na oncologia?
7. Existe interação entre as equipes de profissionais?
8. Na sua formação os assuntos terminalidade e cuidados paliativos foram abordados?