



**Universidade Federal do Pará  
Campus Universitário de Altamira  
Faculdade de Medicina**

**Pedro Henrique Gomes Vieira  
Peperson Pietro Cavalcante Carvalho**

**A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DE  
CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO NA REGIÃO  
DO XINGU**

**Projeto de Trabalho de Conclusão de  
Curso, apresentado como requisito  
parcial para obtenção de grau de  
Médico, pela Universidade Federal do  
Pará.**

**Orientador(a): Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Carolina  
Alves de Oliveira.**

**ALTAMIRA-PA  
2021**

**PEDRO HENRIQUE GOMES VIEIRA  
PEPERSON PIETRO CAVALCANTE CARVALHO**

**A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DE CUIDADOS  
PALIATIVOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO NA REGIÃO DO XINGU**

**Projeto de Trabalho de Conclusão de  
Curso, apresentado como requisito  
parcial para obtenção de grau de  
Médico, pela Universidade Federal do  
Pará.**

**Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Carolina  
Alves de Oliveira.**

**ALTAMIRA-PA  
2021**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará  
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a)  
autor(a)**

---

Gomes Vieira, Pedro Henrique.  
A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
AÇERCA DE CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL  
PÚBLICO NA REGIÃO DO XINGU / Pedro Henrique Gomes  
Vieira, Peperson Pietro Cavalcante Carvalho. — 2021.  
xix, 45. f. : il. color.

Orientador(a): Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Carolina Alves de Oliveira  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -  
Universidade Federal do Pará, Campus Universitário de  
Altamira, Faculdade de Medicina, Altamira, 2021.

1. Cuidados paliativos Profissionais de saúde.. 2.  
Morte. 3. Qualidade de vida. 4. Saúde. 5. Profissionais  
de saúde. I. Título.

CDD 616.029

---

PEDRO HENRIQUE GOMES VIEIRA  
PEPERSON PIETRO CAVALCANTE CARVALHO

**A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DE CUIDADOS  
PALIATIVOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO NA REGIÃO DO XINGU**

Trabalho de Conclusão de Curso orientado pela Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Carolina Alves de Oliveira, apresentado ao curso de Bacharelado em Medicina da Universidade Federal do Pará - Campus de Altamira, como requisito para obtenção de grau de Médico.

Data de aprovação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Conceito: \_\_\_\_\_

**Banca Examinadora:**

---

Profa. Dra. Ana Carolina Alves de Oliveira  
Orientadora UFPA- Campus Altamira

---

Prof. Msc. Leonardo de Oliveira Rodrigues da Silva  
Examinador Interno - UFPA

---

Profa. Esp. Bruna de Souza Faustino  
Examinadora Externa - HRPT

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida e da sabedoria, pois sem sua graça nada sou.

Agradeço de maneira especial os meus pais, Zilma e Airton que mesmo a 1800 quilômetros de distância se fazem presentes. Obrigado pelo apoio, paciência e amor. Vocês são a minha essência.

Ao meu irmão Fabrício e a minha cunhada Karla Milana, por todo aconchego e cuidados que vocês tem por mim, por me acolher no momentos de angústias, por ser realmente família, meu muito obrigado.

Agradeço aos meus sobrinhos por me trazer amor todos os dias ao longo da minha formação por meio de vídeo chamadas. Por cada “Oi titi” que eu ouço, meu coração transborda de amor.

Agradeço em especial a nossa orientadora, prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Ana Carolina, pela paciência, pelo zelo, pela disponibilidade e pela amizade. Com certeza ao longo da minha trajetória profissional você sempre será lembrada.

Agradeço em especial aos meus amigos de Anápolis, que incansável vezes me estendeu as mãos para que eu pudesse seguir em direção aos meus sonhos. Ana Maria, Thais Laressa, Thais Ferreira e Pollyany, minha gratidão.

Aos meus amigos de Altamira, os quais compartilho dificuldades, alegrias, conquistas, angústias meu muito obrigado. Com certeza vocês estarão para sempre em minha vida.

Agradeço a FAMED-Altamira e aos docentes pelo conhecimento repassado, pela dedicação. Vocês são parte da minha história. Gratidão.

Agradeço ao Hospital Regional Público da Transamazônica, ao Núcleo de Educação Permanente e profissionais pela disponibilidade de contribuir na realização dessa pesquisa.

Pedro Henrique Gomes Vieira

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela saúde para chegar até este ponto da minha trajetória, posteriormente à minha mãe que no início do curso não mediu esforços para que eu conseguisse me deslocar para Altamira em busca de um sonho. Agradeço a minha irmã por ter apoiado e dado a ela força nos momentos difíceis - muito obrigado. Agradeço ao meu pai por todo o suporte prestado durante o decorrer do curso. Pai, Mãe, Irmã, sem apoio de vocês eu nunca conseguiria chegar até aqui.

Agradeço a minha companheira, Fernanda, por toda a ajuda, parceria e paciência no final da minha trajetória universitária. Muito obrigado.

À nossa orientadora, muito obrigado pela paciência e por nos ajudar na construção dessa pesquisa.

Agradeço à Faculdade de Medicina, Campus Altamira, e a todos os professores pelos conhecimentos e experiências repassadas no decorrer da formação acadêmica.

Agradeço ao Hospital Regional Público da Transamazônica, em especial ao Núcleo de educação permanente e aos profissionais que se propuseram a participar desta pesquisa. Minha gratidão.

Peperson Pietro Cavalcante Carvalho

“É difícil morrer com vida, é difícil entender a vida, não amar a vida, impossível.  
Infinita vida que para continuar desaparece”

(Adélia Prado, 2013)

## RESUMO

Cuidados Paliativos (CP) compreendem um conjunto de práticas e discursos, focados para ação em fase do período final da vida, de pacientes que possuem doença ameaçadora, fora da possibilidade de cura, promovendo o cuidado integral a fim de garantir melhor qualidade de vida, evitando intervenções desnecessárias. O CP aborda o enfermo em 4 esferas de sofrimento: espiritual, físico, emocional e social, seja desde o controle de sintomas totais como abordagem familiar, morte e luto. O Brasil ocupa a 42ª posição no índice de qualidade de morte, refletindo o mal cuidado de pacientes em fase final de vida. Esta pesquisa tem por finalidade avaliar a percepção dos profissionais de saúde de um hospital público da região do Xingu acerca dos assuntos de cuidados paliativo através de um questionário disponibilizado via google forms e em campo, constando de onze itens a serem respondidos, sendo perguntas abertas e fechadas, com enfoque sobre o que os profissionais de saúde conhecem sobre o tema, pois isso implica diretamente na qualidade do cuidado de pacientes com doença ameaçadora à vida. A análise foi realizada pelas respostas ao questionário, feitas em entrevistas. Avaliando a percepção dos profissionais a respeito do assunto em sua rotina. Diante do analisado, é possível inferir que mesmo o hospital disponibilizando de um protocolo em cuidados paliativos, as equipes ainda apresentam fragilidades no manejo dos pacientes com doenças terminais. Faz-se necessário treinamento de forma contínua e equivalente para todos os profissionais do hospital.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Morte. Qualidade de vida. Saúde. Profissionais de saúde.

## ABSTRACT

Palliative Care (PC) comprises a set of practices and speeches, focused on action in the final phase of life, of patients who have a threatening disease, out of the possibility of cure, promoting comprehensive care in order to ensure better quality of life, avoiding unnecessary interventions. The PC addresses the patient in 4 spheres of suffering: spiritual, physical, emotional and social, whether from the control of total symptoms such as family approach, death and grief. Brazil ranks 42nd in the quality of death index, reflecting the poor care of patients in the final stages of life. This research aims to evaluate the perception of health professionals in a public hospital in the Xingu region about palliative care issues through a questionnaire available on the Google Forms platform and in the field, consisting of eleven items to be answered, being open questions and closed, with a focus on what health professionals know about the topic, as this directly implies the quality of care for patients with a life-threatening disease. The analysis was performed by the responses to the questionnaire, made in interviews. Assessing the perception of professionals regarding the subject in their routine. Given the analysis, it is possible to infer that even the hospital providing a protocol for palliative care, the teams still have weaknesses in the management of patients with terminal illnesses. Continuous and equivalent training is required for all hospital professionals.

Keywords: Palliative Care. Death. Quality of life. Health professionals.

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO.</b> ....	<b>06</b>
<b>1.1 O QUE SÃO CUIDADOS PALIATIVOS?.</b> ....	<b>06</b>
<b>1.2 CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL</b> .....	<b>06</b>
<b>1.3 A POPULAÇÃO BRASILEIRA ESTÁ ENVELHECENDO?.....</b>	<b>09</b>
<b>1.4 A MORTE COMO FINITUDE DA VIDA</b> .....	<b>10</b>
<b>2.OBJETIVO</b> .....	<b>14</b>
<b>2.1 Geral.</b> ....	<b>14</b>
<b>2.2 Específicos</b> .....	<b>14</b>
<b>3.MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>15</b>
<b>3.1 Coleta de dados</b> .....	<b>15</b>
<b>3.2 Análise de dados</b> .....	<b>16</b>
<b>3.3 Público-alvo</b> .....	<b>16</b>
<b>3.4 Aspectos Éticos</b> .....	<b>16</b>
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>17</b>
<b>5. DISCUSSÃO.</b> .....	<b>20</b>
<b>5.1 Cuidados paliativos: a relação dos conceitos básicos e lidar com a morte</b> .....	<b>20</b>
<b>5.2 Sintomas nos pacientes em fase final de vida: é uma abordagem multidisciplinar ou imperial ato médico?</b> .....	<b>24</b>
<b>5.3 – As práticas hospitalares do hospital estudado correspondem ao preconizado pelas organizações de saúde?</b> .....	<b>30</b>
<b>6. CONCLUSÃO.</b> .....	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>36</b>
<b>APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO</b> .....	<b>40</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.</b> .....	<b>43</b>

<b>ANEXO 1 .....</b>	<b>46</b>
----------------------	-----------

## **1 – INTRODUÇÃO**

### **1.1. O QUE SÃO CUIDADOS PALIATIVOS?**

Paliativo, do latim Pallium, significa manto, proteção, ou seja, proteger aqueles que a medicina curativa já não mais acolhe. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, Cuidados Paliativos (CP) pode ser entendido como a assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença ameaçadora à vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, iniciando com a identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (ALESSANDRO et al, 2020).

Cuidados Paliativos compreendem um conjunto de práticas e discursos focados para ação em fase do período final da vida de pacientes que possuem doença ameaçadora, fora da possibilidade de cura. Um paciente é considerado em condição terminal quando sua doença, independente das medidas terapêuticas adotadas, culminará para a morte. Tem-se ainda uma mudança de paradigma e de conceitos sobre o corpo humano, adoecimento, cuidado e morte. Os CP não têm como objetivo o fazer “nada”, tampouco prolongar ou adiantar a morte do enfermo, mas sim prover suporte multidisciplinar para controle de sinais e sintomas físicos e psicológicos que desconfortam o paciente, além da abordagem familiar. O CP veio justamente para controlar os excessos da medicina moderna que muitas vezes privava o paciente terminal de uma qualidade de vida, sempre tentando métodos invasivos e não resolutivos/curativos em pessoas que não tinham prognóstico de cura, carregando ainda mais sofrimento para esses (PAIVA et al, 2014).

### **1.2. CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL**

Desde 1967 a Medicina Paliativa e os cuidados paliativos têm sido desenvolvidos e disseminados pelo mundo. Teve seu início com a fundação de duas

instituições, St. Christopher's Hospice na Inglaterra e Our Ladys Hospice na Irlanda. Com destaque, St. Christopher's Hospice fundada por Cicely Saunders, figura célebre dos cuidados paliativos que acreditava que havia muito a ser feito para pacientes que tinham diagnósticos de doenças terminais, oferecendo o melhor do cuidado. Os hospices além de compreender um espaço reservado para pessoas em sofrimento serem assistidas integralmente, é também uma filosofia que reconhece e cuida com respeito as diversas esferas do sofrimento humano. Com o intuito de acolher pacientes que não tinham chances de cura, em 1963, iniciou-se o projeto para criação de uma instituição que se dedicasse a acolher estes pacientes, e em 1967, criou-se o St Christopher's Hospice que foi o primeiro "hospice". Hospice (do latim hospitium), que significa hospitalidade, passou a identificar locais que acolhiam doentes e moribundos (OLIVEIRA et al, 2020).

Os cuidados paliativos no Brasil têm sido discutidos desde o final da década de 70, porém foi somente nos anos 90 que começaram a aparecer os primeiros serviços organizados de forma experimental, como a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), fundada em 1997. Além disso, surgem os serviços pioneiros no Brasil, na Escola Paulista de Medicina – UNIFESP com cursos e atendimentos com filosofia paliativista. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) em 1998, inaugurou um hospital exclusivamente dedicado aos cuidados paliativos. Em 2002, Hospital do Servidor Público de São Paulo inaugurou a primeira enfermagem de cuidados paliativos.

Com a fundação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) em 2005, avançou a regularização do CP no Brasil. Em 2009, o Conselho Federal de Medicina incluiu no Código de ética médica, os cuidados paliativos como princípio fundamental. Por fim, em outubro de 2018, são publicadas as diretrizes para organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), abrangendo a atenção básica, atenção domiciliar, atenção ambulatorial, urgência e emergência e atenção hospitalar (ANCP, 2009).

É importante lembrar que os cuidados paliativos podem e devem ser oferecidos junto aos cuidados curativos/restaurativos, pois não são excluídos para a prevenção e tratamento do sofrimento de pacientes e seus familiares. A irreversibilidade da doença é definida de forma consensual pela equipe médica, baseada em dados objetivos, de estudos e protocolos particulares, e subjetivos, de acordo com a experiência profissional dos médicos. Estabelecido esse diagnóstico, os cuidados paliativos constituem o objetivo principal da assistência ao paciente (CFM, 2011).

O CP aborda o enfermo em 4 esferas de sofrimento: espiritual, físico, emocional e social. A espiritualidade refere-se à busca pessoal para compreensão das questões finais sobre a vida e sua relação com o sagrado e o transcendente, que pode ou não manter uma relação com religião. O aspecto físico, sobretudo, objetiva o controle de sinais e sintomas, abordando práticas para controle de dor, dispneia, fadiga, vômitos e outros, com condutas que são cabíveis para promover conforto evitando a eleição de procedimentos que causem mais sofrimento e menos qualidade de vida. A esfera emocional envolve a parte psicológica do indivíduo enfermo e, também, da família, abordando as preocupações, culpas, angústias e incertezas auxiliando ou aconselhando na resolução das mesmas. A esfera social é responsável por compreender o indivíduo na sociedade e sua família, necessidades, dificuldades, renda, moradia, vínculos afetivos e assistência domiciliar, além da busca do entendimento do ser social. As medidas paliativas são definidas como medidas terapêuticas, sem intenção curativa, que visam diminuir as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar do paciente (EVANGELISTA et al, 2015).

É importante reforçar que o CP não trabalha com protocolos, mas sim princípios, dentre eles: promover o alívio da dor e de outros sintomas, afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural, integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente, oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte, oferecer suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto, bem como promover a abordagem multiprofissional para focar nas necessidades dos pacientes e de seus familiares, incluindo acompanhamento no luto, melhorar a

qualidade de vida e influenciar positivamente o curso de vida, ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes (D'ALESSANDRO et al, 2020).

Um dos principais pontos dos cuidados paliativos refere-se ao tratamento da dor. A sensação de dor é fundamental para a existência, inclusive considerada por alguns estudiosos como um sinal vital, corresponde também a um dos primeiros sinalizadores de lesão tecidual. A dor apresenta aspectos sensoriais, afetivos, autonômicos e comportamentais. O paciente terminal geralmente apresenta inúmeras lesões teciduais, seja pela doença agredindo seus múltiplos tecidos, seja por lesão devido a diversos procedimentos invasivos da medicina curativa, ou mesmo dor devido a várias lesões por pressão em pacientes acamados.

Para melhor abordagem desse sintoma, é necessário a mensuração da dor, o qual constitui um grande desafio, à medida que se tem vários caracteres da dor e apresenta uma característica psicofísico. Necessita de um estímulo e da percepção do indivíduo, variando o grau de percepção de pessoa para pessoa, apesar do estímulo de mesma intensidade, tornando-a também de caráter subjetivo. Assim, o problema da avaliação e da mensuração da dor gera um problema psicofísico, envolvendo a detecção, a discriminação e a magnitude da sensação a estímulos dolorosos (SANTOS, 2011).

### 1.3. A POPULAÇÃO BRASILEIRA ESTÁ ENVELHECENDO?

Afora das diversas e variadas concepções filosóficas sobre a vida, o fato é que o ser humano está vivendo mais. Mesmo com os avanços científicos e tecnológicos sendo parte responsável na redução da taxa de mortalidade no planeta, a maioria dos idosos acometidos por doenças de alta gravidade, ainda não consegue se beneficiar dos recursos mais modernos à disposição da medicina.

Segundo registros da Organização Mundial da Saúde (OMS), dos 58 milhões de mortes por ano no mundo, 34 milhões são por doenças crônico-degenerativas incapacitantes e incuráveis. O Brasil assiste a um milhão de óbitos por ano, dos quais 650 mil deles por doenças crônicas. Cerca de 70% dessas mortes ocorrem em hospitais, grande maioria em unidades de terapia intensiva (Pessini; Bertachini, 2006; ONU, 2012).

Vale ressaltar que o aumento do tempo de vida não tem correlação direta com melhoria da qualidade de vida no envelhecimento ou após processos de adoecimento. Existe uma constante luta focada em buscar cura de doenças intratáveis. A sofisticação associada à modernização da medicina elevam a cultura do “viver a todo custo”, negando assim, por vezes a ortotanásia, a morte natural (NETO, 2010).

#### 1.4. A MORTE COMO FINITUDE DA VIDA.

A morte, pode ser definida como a interrupção da vida de um organismo, semelhante ao nascer, a morte sempre esteve presente no mundo. Certamente, cada cultura trata a morte de diferentes maneiras. No ocidente, o processo de morrer, principalmente enraizado no catolicismo, quando se estava perto da morte, todos eram convidados, amigos, parentes para se despedir. O padre era convidado, dava a benção do perdão aos moribundos, a comunidade recitava as orações. A morte chegava, a família fechava as janelas, acendiam as velas, aspergiam água benta pela casa, paralisavam os relógios, os sinos soavam. O corpo do defunto necessitava de cuidados especiais. Banho, roupas, acessórios e um velório de 2 a 3 dias para que os parentes e amigos vestidos de luto dessem o último adeus (MORIN, 1997).

José Luiz de Sousa Maranhão, 1985 em seu livro “O que é morte?” (p.21-52) coloca em voga a reflexão da transformação da morte nos últimos cinquenta anos. Não se fala em morte em casa, pois o assunto se assemelha muito ao tabu de sexo,

não se fala de sexo rotineiramente em rodas de conversas. Quando se fala de morte em unidade hospitalar é fracasso. Nenhum profissional de saúde foi preparado para perder seus pacientes e acompanhar eles nestes processos. Na graduação médica, principalmente, é repassado as diversas técnicas, os inúmeros dispositivos médicos, as incontáveis intervenções cirúrgicas e procedimentos para manter vivo, a todo custo. E se morre? Perde-se a luta contra a vida.

Estudos com a participação de acadêmicos em medicina, realizado pela Universidade do Oeste de Santa Catarina, demonstram franca insegurança ao falar de cuidados paliativos. A partir da ideia que se tem de que CP cuida de pessoas pelas quais não há mais o que ser feito, quando vão para a prática percebem a verdadeira essência dos cuidados paliativos. Ao adentrar em campos de estágios ou em contato íntimo com prestação de serviço adequada, veem que o cuidado transcende o paciente e família, além de verificar demandas, algumas vezes negligenciadas, que esses pacientes com doença ameaçadora a vida necessitam. O conceito de saúde é completado apenas quando tem seu sentido ampliado para além da questão biológica e abrange toda a esfera biopsicossocial e espiritual à qual o indivíduo faz parte (FRIZZO et al. 2013)

O estudo realizado por Correia e colaboradores (2018) em uma universidade federal no Brasil, com 134 acadêmicos de medicina, evidenciou a dificuldade que eles têm em discutir morte e manejo clínico do paciente terminal sem auxílio de algum nível de supervisão, os quais sentem-se ansiosos, desconfortáveis e impotentes ao pensarem sobre a morte de seu paciente. Entendem ainda que a temática dos cuidados paliativos deveria ser incluída e mais abordada no currículo de graduação.

Cuidados paliativos é essência do cuidado, uma filosofia humanitária de cuidar de pacientes em estado terminal. Quando a ação da equipe multidisciplinar atua em conjunto e ordenada o cuidado desses pacientes desenvolve de forma mais consistente e eficaz, promovendo melhoria na qualidade de vida e conseqüentemente melhor qualidade de morte. Em 2015 um relatório feito pela consultoria britânica

Economist Intelligence Unit (EIU), mostrou que o Brasil ocupa a 42ª posição no índice de qualidade de morte, ou seja, se morre mal no país. O relatório avaliou os cuidados paliativos disponibilizados aos pacientes terminais em 80 países do mundo, bem como qualidade dos hospitais, quantidade de pessoas dedicadas a esse trabalho e sua qualificação e o acesso da população aos cuidados paliativos e a qualidade deles.

Países com melhor qualidade de morte compartilham características, como uma política nacional de cuidados paliativos, altos gastos públicos em serviços de saúde, treinamento extensivo para profissionais envolvidos, grande oferta de opioides e forte consciência pública sobre cuidados paliativos. Enfatiza-se ainda, que políticas nacionais são vitais para o aumento de acesso a cuidados paliativos (EIU, 2015).

Quando se fala de cuidados paliativos, desde sua implantação no Brasil há mais de 30 anos, apesar do seu reconhecimento, a literatura demonstra que a formação em cuidados paliativos ainda é menos expressiva do que se esperaria para esse tempo. Esta formação seria voltada para uma equipe multiprofissional, que deve estar preparada para acolher e manejar esses pacientes (CORREIA et al, 2018).

De acordo com a Aliança Mundial de Cuidados Paliativos (Worldwide Palliative Care Alliance), ainda que mais de cem milhões de pessoas se beneficiem de cuidados paliativos anualmente (incluindo familiares e cuidadores), menos de 8% que precisam desse tipo de assistência têm seu acesso de fato garantido. Infelizmente, a formação em cuidados paliativos é raramente incluída no currículo educacional dos profissionais de saúde. Além disso, a disponibilidade de drogas para dor - o tópico mais básico quando se fala em minimizar sofrimento dos pacientes - é lamentavelmente inadequada na maior parte do mundo, muitas vezes devido a preocupações relativas ao seu uso ilícito e ao tráfico de drogas (VICENSI, 2016).

No Brasil, a maior parte das equipes multiprofissionais em cuidados paliativos se concentram nos grandes centros urbanos, em região sul-sudeste. Cotando ainda, que acompanham em maior parte pacientes oncológicos. É sabido que o CP não se

restringe aos pacientes oncológicos, devendo ser difundido e executado nos cuidados com todos demais pacientes com doenças ameaçadoras a vida. Para isso, a equipe multiprofissional é a chave para o desenvolvimento da integralidade do cuidado (COSTA et al. 2017)

Dessa forma, é extremamente relevante avaliar o conhecimento de profissionais sobre o assunto, pois isso implica diretamente na qualidade de vida de pacientes com doença terminal. Bem como a percepção dos profissionais frente ao controle adequado de sintomas, cuidado integral às esferas do sofrimento humano, abordagem familiar e cuidado no processo de luto revelam a necessidade de abordar o tema, tanto em ambientes profissionais consolidados, como também na formação desses profissionais.

## **2 – OBJETIVO**

### 2.1 - GERAL

Avaliar a percepção de profissionais da saúde acerca de cuidados paliativos e seus princípios em um hospital público da região do Xingu.

### 2.2 - ESPECÍFICOS:

- Avaliar percepção dos profissionais sobre o processo de fase final de vida.
- Avaliar os conhecimentos sobre conceitos básicos de cuidados paliativos.
- Identificar o papel que cada profissional desempenha nos cuidados paliativos.
- Verificar o conhecimento de medidas não farmacológicas para controle de sintomas.
- Verificar o saber sobre outras formas de cuidado do paciente em cuidados paliativos.
- Verificar a existência de medidas alternativas para alívio de sintomas dentro da realidade hospitalar da região do Xingu.
- Avaliar as concordâncias das práticas em cuidados paliativos entre o global e o local a ser desenvolvido a pesquisa.
- Verificar a existência de disparidade das ações preconizadas às realizadas.

### **3 - MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de uma pesquisa descritiva qualitativa da percepção do profissional de saúde acerca de cuidados paliativos e seus princípios, em um hospital público da região da Transamazônica.

A avaliação foi realizada através de um questionário (Apêndice A), que foi disponibilizado virtual via Google Forms e em campo, no hospital, a depender da disponibilidade dos profissionais e da lotação do serviço, a fim de não prejudicar o andamento do trabalho.

O questionário foi estruturado e desenvolvido em 11 itens, sendo perguntas abertas e fechadas, com enfoque sobre o que o profissional de saúde conhece sobre o tema. As questões versam sobre os princípios dos cuidados paliativos, com uma abordagem multidisciplinar. Desse modo, o questionário não é específico para a área médica, por isso não foi utilizado a escala de PEAS – Physicians End-of-Life Care Attitude Scale, uma vez que a escala avalia atitudes médicas de cuidados de fim de vida, sendo incoerente aplicá-la aos outros profissionais (LEVETOWN et al, 1999).

Para Minayo (2009) a entrevista combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.

#### **3.1 - COLETA DE DADOS**

Para a coleta de dados, optou-se por entrevista e aplicação do questionário, prioritariamente pela plataforma Google Forms, sendo explicado inicialmente o objetivo do trabalho e a importância do conhecimento dos profissionais sobre cuidados paliativos, em vista que estes dão diariamente com o assunto, porém muitas vezes passam despercebidos, ou negligenciados.

### 3.2 - ANÁLISE DE DADOS

A pesquisa se desenvolve por meio de análise qualitativa, através da narrativa das respostas ao questionário, feitos durante as entrevistas, dividindo em pré-análise, exploração do material e tratamento/interpretação dos resultados obtidos. Avaliando o que os profissionais percebem sobre o assunto diante a sua prática profissional e o que eles, de acordo com suas competências, realizam dentro do que é o cuidados paliativos (MINAYO, 1994).

Nas citações retiradas do questionário, os entrevistados foram enumerados aleatoriamente para que fosse preservado o sigilo das identidades e transcritas em forma de citação direta.

### 3.3 - PÚBLICO - ALVO

Foram entrevistados profissionais no setor da UTI Adulto e Clínica Médica, com a participação multidisciplinar de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogo, fisioterapeutas, cirurgião buco-maxilo facial, nutricionistas e terapeuta ocupacional, contabilizando o total de 15 pessoas. Profissionais que trabalham nos dois setores UTI e enfermagem de clínica médica foram contabilizados somente em um setor.

### 3.4 - ASPECTOS ÉTICOS

Antes da entrevista, os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, do caráter opcional e da necessidade de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE desse projeto foi enviado aos participantes tanto no corpo do texto, como em forma de anexo. Além disso, ao abrir o link de acesso ao questionário, o participante mais uma vez teve acesso ao TCLE e assinalou o aceite da participação na pesquisa. A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP) da

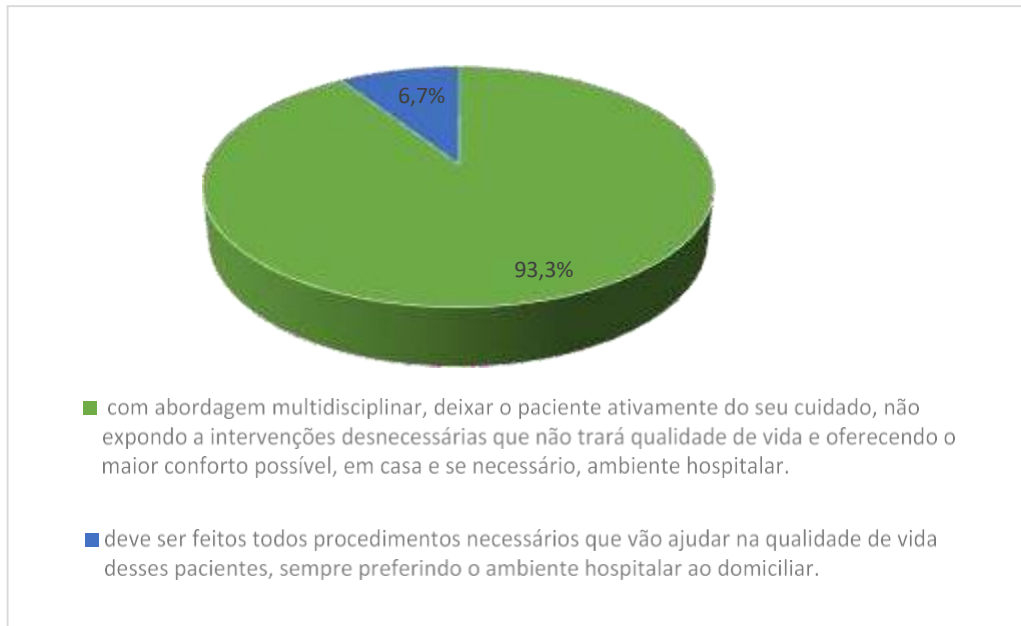
Universidade Federal do Pará (UFPA) com aprovação em 03 de outubro de 2011 (ANEXO 1).

#### **4 – RESULTADOS**

Participaram da pesquisa 15 profissionais (N = 15). Quanto ao vínculo laboral, 26,7% foram médicos (N = 4), 13,4% foram fisioterapeuta (N = 2), 13,4% foram enfermeiros (N = 2), 13,4% técnicos de enfermagem (N = 2), 13,4% nutricionistas (N = 2) e um psicólogo, um dentista e um terapeuta ocupacional que correspondem, juntos, a 20,7%. O hospital conta apenas com uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional para toda a demanda. A instituição conta com profissional da assistência social, porém não responderam ao questionário, mesmo nas visitas em campo da pesquisa.

Durante o preenchimento do questionário, ao serem indagados sobre a melhor abordagem para pacientes em cuidados paliativos, 93,3% concordam que é uma abordagem multidisciplinar, colocando o paciente como agente ativo do seu cuidado, sempre prevalecendo as intervenções desnecessárias que não visam qualidade de vida. 6,7% assinalam a necessidade de serem feitos todos os procedimentos necessários que vão ajudar na qualidade, porém sempre preferindo o ambiente hospitalar ao invés do domiciliar.

Gráfico 1: As estratégias mais adequadas para pacientes em cuidados paliativos.



Ao serem questionados sobre a morte, aproximadamente 93,3% dos entrevistados responderam que a morte deve ser entendida como um evento natural e esperado com doença ameaçadora a vida. Em contrapartida, 6,7% responderam que deve ser um evento evitado sempre que possível.

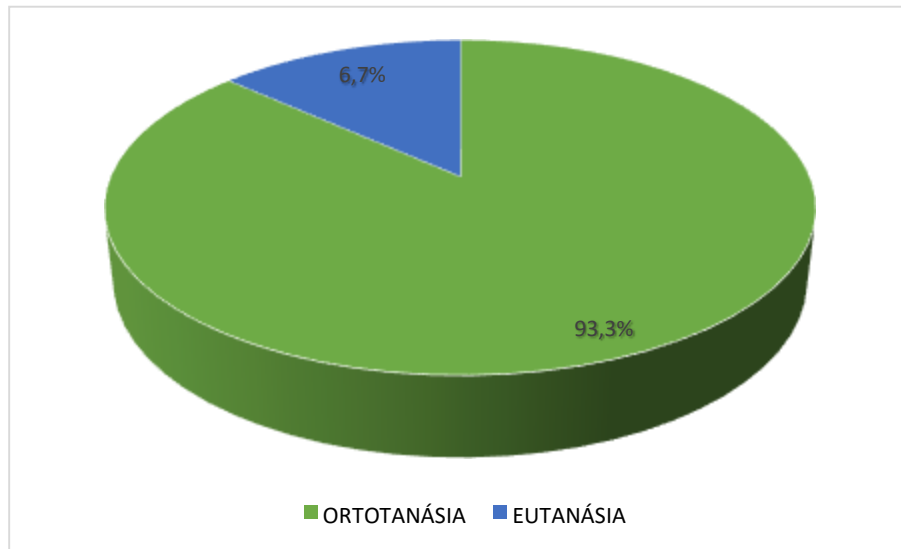
Gráfico 2: A forma como a morte deve ser entendida



Em consonância com o entendimento do evento da morte, a prevalência de profissionais que acreditam que a ortotanásia é o conceito que mais se enquadra nos princípios de cuidados paliativos foi de 93,3%. 6,7% das respostas ainda elencam a

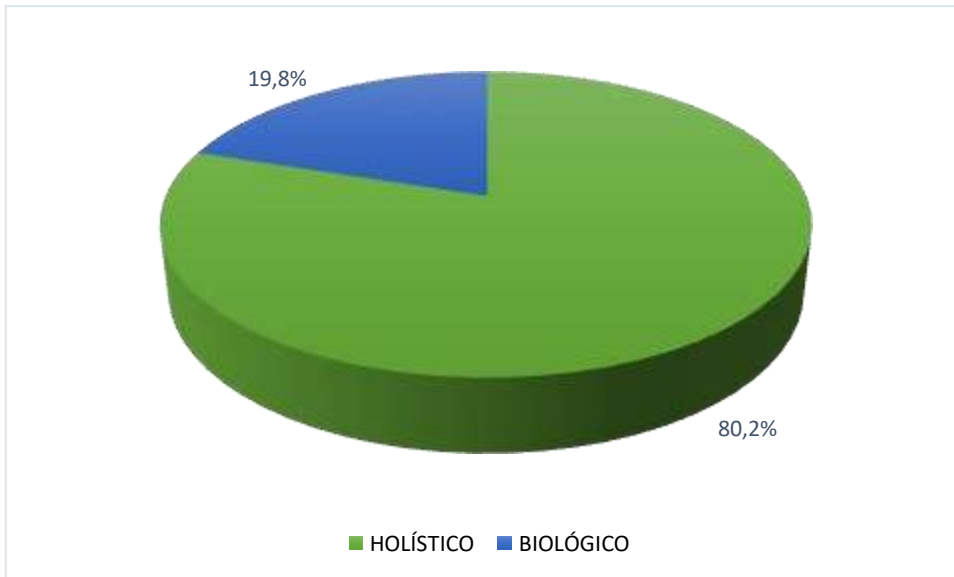
eutanásia como o segundo conceito que mais se enquadra na prática de cuidados paliativos.

Gráfico 3: Termos que mais se enquadram na abordagem dos cuidados paliativos.



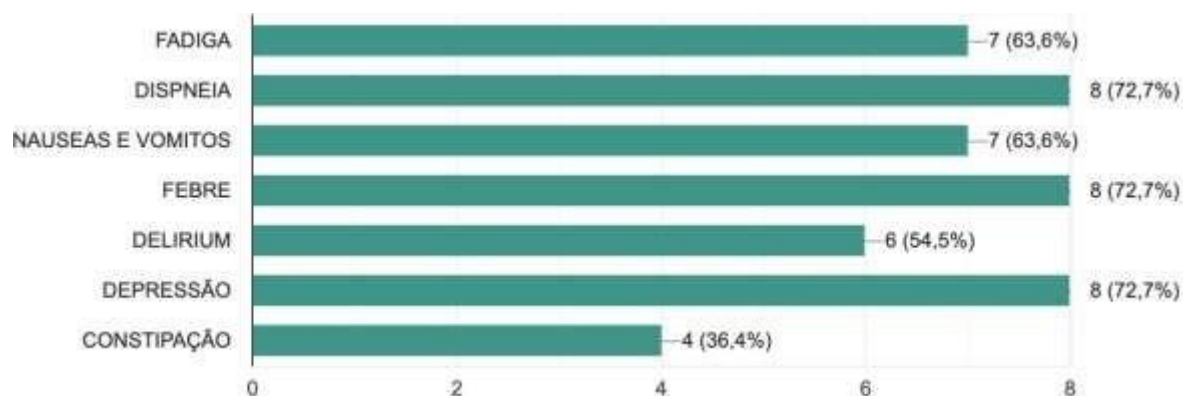
Em relação a compreensão do ser humano dentro dos princípios de CP pela equipe, 80,2% definem o paciente como um ser holístico, entendendo-o como um componente da sociedade com emoções distintas, medos e desejos, além do ser biológico, abordagem biopsicossocial. 19,8% delimitam-no como um ser biológico, o qual se deve compreender o paciente a partir da doença, tornando-a como fator preponderante para o tratamento dele.

Gráfico 4: Compreensão do ser humano na abordagem paliativa.



A abordagem de sintomas nos cuidados paliativos é imperial, sendo um dos seus princípios básicos. Os profissionais do hospital analisado determinam que os sintomas principais são febre, dispneia e depressão. Os sintomas poderiam ser assinalados de acordo com a ideia do profissional sobre os sintomas, não sendo marcação única.

Gráfico 5: Síntomas físicos/psicológicos que influenciam na qualidade do cuidado de pacientes paliativos.



## 5 – DISCUSSÃO

A partir da análise e interpretação dos depoimentos e relatos, foram evidenciados os dados e organizados em 3 categorias: 1) cuidados paliativos: a relação dos conceitos básicos e categorização da morte; 2) sintomas nos pacientes em fase final de vida: é uma abordagem multidisciplinar ou imperial ato médico? 3) as práticas hospitalares do hospital estudado correspondem ao preconizado pelas organizações de saúde?

### 5.1 - Cuidados paliativos: a relação dos conceitos básicos e lidar com a morte

Nessa categoria, avaliou-se a percepção dos profissionais sobre os conceitos básicos de cuidados paliativos e o processo final de vida. O hospital conta com um protocolo para atendimento de pacientes candidatos a cuidados paliativos com abordagem multidisciplinar. Porém, a instituição não conta com leitos destinados exclusivamente para pacientes em cuidados paliativos, o que por muitas vezes é ofertado tratamento em fim de vida. As condutas nesses casos são executadas pelas equipes da enfermagem de clínica médica e unidade de terapia intensiva, as quais foram analisadas. Para compreensão do cuidado é necessário entender a essência dos CP.

Com abordagem multidisciplinar deixar o paciente ativamente do seu cuidado não expõe a intervenções desnecessárias, que não tragam qualidade de vida e oferecendo o maior conforto possível em casa e se necessário em ambiente hospitalar. Quando o paciente tem o diagnóstico de doença ameaçadora a vida sem indicação de medidas invasivas, essa abordagem deve ser feita o mais breve possível [...], foco em medidas de conforto e qualidade de vida (1).

Todos os participantes responderam acreditar que cuidados paliativos compreende uma abordagem multidisciplinar, com foco em medidas de conforto a pessoas com doenças terminais, evitando-se ao máximo medidas intervencionistas com fim terapêutico sem cura. Essa concepção está fortemente ligada ao fato de o hospital debater cuidados paliativos em visitas multidisciplinares caso a caso, com a participação de toda equipe que passa ao longo do tratamento desses pacientes.

Estudos como o realizado por Araújo e Silva em 2012, com cinco instituições localizadas na cidade de São Paulo, evidenciam que a maioria dos profissionais de saúde passam por cursos de sensibilização e não de capacitação em cuidados paliativos, ao passo que capacitação com carga horária abaixo de quatro horas, não é suficiente para qualificação no tema. Logo, pode correlacionar-se que a equipe analisada é sensibilizada para a temática, porém não é preparada de maneira adequado para lidar com pacientes candidatos aos cuidados paliativos.

É impossível dissociar CP e qualidade de vida. Esses cuidados embasam a formação de modelos assistenciais focadas no atendimento promotores de qualidade de vida a pessoas no fim de vida. Enfermos com doenças avançadas são frequentemente admitidas em hospitais, alicerçados dentro da ideologia de resgate, por vezes desproporcional e maléfica. É preciso entender e racionalizar as condutas frente a esses pacientes, pois ações que, por vezes, demandam altos custos e procedimentos que requerem nível terciário de atenção à saúde, não é o que vai mudar o prognóstico dessas pessoas. Os profissionais dissertaram como, “Cuidados paliativos focam na pessoa e não na doença, tratando e controlando os sintomas, através do cuidado da assistência a familiar e humanização (2) “. “Cuidados paliativos são medidas de conforto que vão manter a vida enquanto ela for possível, sem prolongar sofrimento de forma proposital (3)”.

Os entrevistados entendem, em sua totalidade, que cuidados paliativos estão fortemente associados à promoção qualidade de vida de pacientes em fim de vida. Conceito, esse, básico para desempenhar os cuidados e abordagem desses indivíduos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida é: “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, agregado a isso, o bem-estar espiritual, mental, físico, emocional e psicológico, além de condições sociais que competem ao Estado promover para melhoria das condições dignas de vida (OMS, 2017)

Ainda, sabe-se que frequentemente CP têm sido associado ao processo ativo de morte, que, por vezes, é negligenciado. Ao processo de morte, é importante entender que percorre um caminho ao seu desenrolar, diferenciando do que é CP. Processo ativo de morte compreende os dias e horas finais que antecedem o óbito dos pacientes, momento o qual se há falência de múltiplos órgãos.

Na Medicina Oriental, pode associar-se a contemplação da vida a partir do encontro dos 4 elementos: terra, água, fogo e ar. No momento em que a morte se instala, ocorre a dissolução desses elementos. A dissolução da terra corresponde a desintegração do corpo. A da água, redução dos fluidos corporais. A do fogo representa o derradeiro grau de energia, o qual alguns profissionais chamam de “melhora da morte”, porém essa conclusão não pode ser estabelecida pela falta de estudos. Por fim, a dissolução do ar, o sopro vital, o instante em que se devolve esse elemento é o último suspiro (BRUCE, 2009)

Ao associar os cuidados paliativos e seus princípios básicos, podemos elencar a relação da equipe com a morte. A aceitação da morte é parte da compreensão da equipe profissional, do paciente e da família. Entender e compreender o processo natural do morrer, leva a boas condições de assistência aos pacientes terminais. Os profissionais que participaram da pesquisa apresentam o entendimento coerente sobre a morte, a qual deve ser entendida como um processo natural frente a um paciente com doença terminal.

Para Pinho e Barbosa, a palavra “eutanásia” é derivada do grego e quer dizer boa morte. Foi empregada pela primeira vez no século XVII pelo filósofo e político Francis Bacon. Bizzato afirma que a eutanásia corresponde à ação médica destinada a abreviação da vida de pessoas em estado grave de sofrimento, proveniente de uma doença incurável e sem perspectivas de melhora. O que significa interromper a vida desses pacientes através de procedimento médico. No Brasil, este tipo de conduta se configura como crime e não é privativo do médico previsto no Código Penal artigo 121.

A distanásia, também derivada do grego, compreende o prolongamento exagerado da vida quando não se tem possibilidade de cura ou melhora do paciente, condição essa que provoca dor, sofrimento e agonia ao delongar o processo de morte. É possível correlacionar à sociedade hodierna, ao passo que as intervenções são superiores as terapêuticas, comprometendo a qualidade de vida. Na distanásia, pouco importa humanização e dignidade da pessoa humana, o viver deve ser a todo custo. Ao que abrange os cuidados paliativos, essa prática não deve ser realizada, à medida que não traz benefícios para os pacientes terminais (PAIVA, 2014).

A ortotanásia compreende a morte em seu ritmo e circunstâncias próprias. Dentro dessa prática, não se acelera e nem se posterga a morte do indivíduo, mas lhe oferece um momento natural ideal para o fim do ciclo da vida, sem distanciar do direito à morte com dignidade. Ao que cabe a medicina, a ortotanásia é o comportamento médico que, diante da iminência da morte e não evitável, suspende a realização de ações que prorrogam a vida do paciente e que levariam ao tratamento desútil e ao sofrimento não necessário (SANTORO, 2010)

O presente estudo mostra que os profissionais se certificam de que o tratamento em cuidados paliativos pode ser realizado em domicílio, a preferir o ambiente que trará aconchego, carinho da família e maior bem-estar para o enfermo. A internação domiciliar promove uma estratégia de cuidado integral, ofertando vantagens não somente aos pacientes, mas também para os familiares e ao sistema de saúde com possíveis redução de gastos. Essa assistência ainda conta com o auxílio de equipe multidisciplinar, com presença de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes espirituais e cuidador familiar (ANCP, 2009).

As vantagens dos CP se pautam na melhor possibilidade de enfrentamento da morte, a partir de uma assistência paliativista, a qual pode ser realizada pelo cuidador em ambiente domiciliar. Desse modo, o ambiente familiar é facilitador do tratamento ao paciente, pois possibilita o surgimento de afetos solidários e responsáveis para

com aquele que sofre. A OMS preconiza ainda a busca pela qualidade de vida dos familiares, bem como, é fundamental conhecer o perfil do cuidador familiar, tendo a equipe assistencial o dever de acompanhar esse cuidador, auxiliando o planejamento e complementação dos cuidados para, conseqüentemente, ter sucesso na assistência prestada (FRATEZI, 2011).

5.2 - Sintomas nos pacientes em fase final de vida: é uma abordagem multidisciplinar ou imperial ato médico?

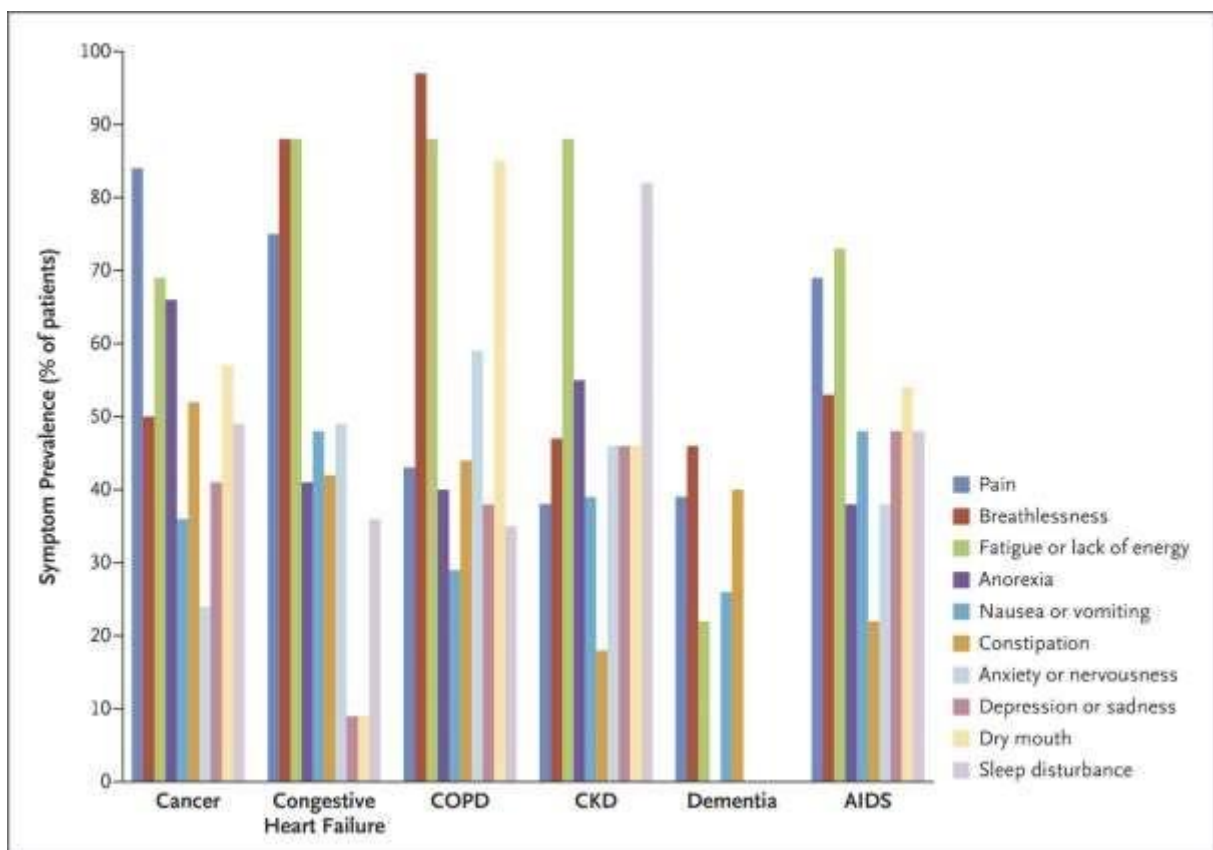
Nessa categoria, analisamos o conhecimento dos profissionais a respeito de medidas não farmacológicas para controle de sintomas, a existência de medidas alternativas para alívio desses dentre do ambiente hospitalar e outras formas de cuidado em pacientes com doença terminal. Entender o que é feito para controle dos variados sintomas é imperativo na promoção de qualidade de vida desses pacientes. “Para cada situação, toma-se a medida apropriada (4)”. “Ofertando oxigênio ao usuário para conforto respiratória (5)”.

Diante da análise das respostas, percebe-se que não há consenso rotineiro em execução de condutas frente ao controle de sintomas pela equipe multidisciplinar. Verifica-se, por vezes, pedido médico para definição de controle de sintomas, isso acarreta déficit na qualidade de vida desses pacientes, além de corroborar para prestação de cuidados inadequados. Dentre os componentes essenciais dos CP, a avaliação, tratamento de sintomas físicos e psicológicos, identificação e apoio para angústia espiritual transpassa a equipe especialista. É dever de todos os integrantes da equipe desenvolver e oferecer cuidados paliativos aos adoentados que necessitam.

Um plano terapêutico que envolva toda a equipe multidisciplinar, cuja o principal objetivo seja a de promover o bem-estar desse paciente, tentando amenizar seu sofrimento e sua dor, seja ela física ou emocional, envolvendo familiares e amigos no seu cuidado, é uma das medidas a serem adotadas para controlar e trabalhar em cima desse sintoma (1).

Em um artigo de revisão publicado na The New England Journal of Medicine, correlacionou-se sintomas físicos que são bastante recorrentes em variadas patologias. Conhecer, manejar e conduzir esses sintomas refletem diretamente na qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos. Dentre os sintomas físicos, a dor é um dos sintomas que mais prevalece em doença terminais. É importante considerar, a existência de sintomas que sobressaem a dor em determinadas patologias, como a dispneia em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (KELLEY, 2015).

Figura 1: Prevalência de sintomas em doenças avançadas



Fonte: (KELLEY, 2015)

Podemos complementar e relacionar os sintomas visualizados nesse estudo, com a realidade da presente pesquisa. Os envolvidos na pesquisa, assinalam que, na realidade em que vivem, sintomas como depressão, febre e dispneia são os que mais influenciam a qualidade de vida em pacientes terminais. No hospital estudado, por

tratar-se de uma instituição referência na região, é necessário promover uma melhor abordagem ao controle adequado dos sintomas, treinamento da equipe multiprofissional com opções farmacológicas e não farmacológicas. Pessoas que morrem não sentem somente dor, mas sente infinidades de angústias e sofrimentos que por muitas vezes não são possíveis de serem ditas.

A saber, o ser humano deve ser compreendido como uma unidade indivisível, analisado em várias dimensões do sofrimento: física, familiar/social, psíquica e espiritual. Nessa apreciação, pode fazer-se uso do Diagrama de Avaliação Multidimensional (DAM) por se tratar de uma ferramenta que auxilia no planejamento do raciocínio bem como no aprimoramento do manejo de pacientes em cuidados paliativos (ANCP, 2012).

São abordagens fundamentais que propiciam o entendimento do ciclo da vida. A espiritualidade deve ser ofertada conforme a vivência do paciente, através do envolvimento da família e ritos religiosos/ espirituais. E as questões psicológicas devem ser abordadas por profissional com o apoio do acompanhante que deve estar atento às questões psicológicas, para que a fragilidade emocional não piore o quadro clínico do paciente. As sugestões de orações beira leito, ouvir hinos religiosos, falar das preferências e desejos a serem realizados (quando possível) são medidas a serem valorizadas nos cuidados paliativos (6).

Em pessoas recebendo cuidados paliativos, faz-se necessário a abordagem espiritual, a ponto que essa ajuda no controle de sintomas e auxilia o enfermo a buscar o significado da vida, podendo evocar conceitos que transcendem o tangível. O psiquiatra e paliativista Breitbart, define espiritualidade como “aquilo que permite que uma pessoa vivencie um sentido transcendente na vida. Trata-se de uma construção que envolve conceitos de fé e/ou sentido” (2008, p. 212). A fé pode ser descrita como uma crença em uma fúria transcendente, não correlacionada necessariamente com Deus tampouco vinculada com a participação em rituais ou crenças de uma religião. Para o psicólogo brasileiro Angerami-Camom, autor de várias obras na área da psicologia existencial, enfatiza em seus livros que o ser humano é um ser espiritual (BERTACHINI e PESSINI, 2010).

A vivência da espiritualidade e o apoio espiritual transmitido ao paciente terminal imprimem conforto, esperança e melhor aceitação da morte, sendo

necessário a equipe de enfermagem: humanização, valorização de crenças, comunicação adequada e incentivo às atividades religiosas, a fim de realizar essa assistência (2).

Promover a abordagem da espiritualidade no âmbito hospitalar é necessário ao passo que vários estudos destacam a importância da espiritualidade e da prática religiosa na melhoria da qualidade de vida de enfermos. No estudo observacional de Winkelman et. al. 2011, evidenciaram que pacientes com câncer que tinham preocupações espirituais não satisfeitas, eram mais predispostos a terem uma qualidade de vida significativamente pior quando comparado com os que tinham suas preocupações espirituais abordadas. Outros estudos enfatizam ainda que os pacientes que foram acolhidos espiritualmente receberam mais cuidados paliativos e foram menos propensos a receberem intervenções desnecessárias no fim de vida.

Quando se tem apoio da equipe multidisciplinar com a presença da figura do capelão, percebe-se melhores escores de qualidade de vida. Vale ressaltar que, por vezes, a estrutura de muitos hospitais não se adequa para essa realidade. Portanto, é necessário que faça parte da equipe multidisciplinar em CP um líder que traga a abordagem espiritual, oferecendo aos pacientes terminais conforto ao transcendente, elevando a fé e entendendo o real sentido da vida, mesmo diante da morte (BALBONI, et al., 2010).

Ouvir o paciente sempre que ele precisar, realizar uma oração ou algo que eleve a fé, mostrar compaixão diante da situação e tratar de forma mais humanizada possível (7).

O hospital em que este trabalho foi realizado conta com uma área comum para os pacientes e familiares para o momento de particularidade e de conexão com o transcendente. A instituição libera a entrada de líderes religiosos, desde que seja solicitado com antecedência junto à equipe de apoio psicossocial. Dentre essa abordagem, é válido incluir as visitas espirituais na rotina da instituição, com enfoque primordial aos pacientes em cuidados de fim de vida.

Ao que compreende a função de cada profissional no desenvolver de suas atividades, evidenciou-se as competências profissionais que cabe a cada indivíduo de forma a somar as assistências e promover melhor qualidade de vida. Os profissionais entendem suas funções, porém pode ser inferido dificuldade em executar ações mais abrangentes e alternativas para os pacientes em cuidados paliativos.

A enfermagem está desde o planejamento de qual cuidado ofertar ao paciente que se encaixa no cuidado paliativo, até a execução de um cuidado básico como a higienização íntima ou troca de posição para prevenção de escaras, sem a participação da enfermagem, a promoção desses cuidados seria defasada (2).

Como médica acredito em oração, medicação, toque físico respeitoso, trabalho em conjunto com demais membros da equipe multidisciplinar. Acredito que a gerência e a explicação dos fatos de modo cotidiano cabe ao médico (3).

O Papel do TO é avaliar quais as habilidades estão preservadas e utilizar recursos que possam melhorar o desempenho ocupacional nesse processo de perdas funcionais, para torna- lo ativo em seu processo de adoecimento, além da orientação ao familiar sobre valores pessoais, história ocupacional e cuidado humanizado em fim de vida(8).

É uma forma de fornecer cuidado em forma de conforto, não mais invasivo a pacientes sem perspectiva de melhora com tratamento, na minha profissão manter garantir nutrição básica sem muito investimento nutricional (7).

No decorrer da pesquisa não foram evidenciados pontos chaves referentes alternativas ao controle de sintomas e abordagem específicas para esses pacientes. De acordo com o questionário respondido, pode-se evidenciar controle rotineira de dor, porém sem controle de outros sintomas. É importante evidenciar que a avaliação dos sintomas dos pacientes deve ser realizada por todas as equipes, não exclusivamente à equipe médica. Não foram relatadas alternativas não farmacológicas usadas para controle de sintomas.

A medicina possui ampla atuação nos cuidados paliativos, através da prescrição de drogas que aliviem a dor ou ainda, de maneira não menos importante, acolhendo o doente e sua família, esclarecendo dúvidas e trazendo palavras de conforto (12).

Para Silva et al. (2010), em um estudo feito no Brasil, em que foi analisado pacientes em cuidados paliativos e as queixas mais frequentes desde o primeiro

atendimento com a equipe de CP e reavaliando as queixas no segundo atendimento, fraqueza, cansaço, dificuldade para dormir, depressão estão entre as de maior relevância, sendo superadas apenas pela dor. Na segunda consulta após início da abordagem nesses pacientes, houve-se melhora significativa das queixas, alguns em até 50%, como falta de apetite e depressão. Dos pacientes com queixa de dor, 60% referiram que esta atrapalhava bastante e/ou muito a realização de atividades diárias, e 46% relataram bastante e/ou muito deprimidos. Com a redução da intensidade da dor no segundo atendimento, apenas 16% persistiram com queixa de interferência da dor nas atividades diárias. Pacientes esses, otimizados em plano terapêutico com métodos farmacológicos e não farmacológicos, como terapias em grupos, rodas de conversa e musicoterapia foram condutas eficazes na redução das queixas.

### 5.3 – As práticas hospitalares do hospital estudado correspondem ao preconizado pelas organizações de saúde?

Nessa categoria avaliou-se a concordância das práticas em CP entre a região do Xingu e as preconizadas pelas organizações.

Sabe-se que a abordagem familiar é um dos princípios básicos da essência dos cuidados paliativos. Ao promover o acompanhamento familiar, esta participa tão ativamente do cuidado quanto o paciente, tornando-se facilitadores das medidas de conforto de tal modo que adquire confiança nos cuidados ofertados pela equipe e preparo para a vivência da morte do familiar. É necessário ainda acompanhar mesmo após a morte do paciente, pois os que aqui ficam passarão pelo luto. “O amparo e suporte psicológico ao usuário e a família são de suma importância dentro do processo de aceitação, aderência e desenvolvimento dos cuidados paliativos (6)”

A família precisa sentir confiança nos cuidados ofertados, de forma que esse vínculo entre hospital, equipe e família forma a tríade necessária para a efetivação dos cuidados paliativos, já que os familiares precisam entender esse adoecimento crônico e terminal para dar o suporte com carinho ao usuário e iniciar o preparo da vivência do luto e da ausência de seu familiar (8).

Sobre o princípio de oferecer suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto, bem como promover abordagem multiprofissional para focar nas necessidades dos pacientes e de seus familiares, a pesquisa mostra que os profissionais entendem a necessidade da abordagem multidisciplinar com reunião familiar para discussão do plano terapêutico a ser adotado. “A equipe multidisciplinar busca fazer reunião familiar para esclarecer as medidas de conforto com paciente durante a internação hospitalar (9)”. Porém, não foi possível verificar a rotina da visita familiar neste serviço. Em suma o que se faz é uma reunião com intuito de instituir cuidados paliativos, não protelando visitas familiares cotidianamente.

Um estudo realizado no Hospital Universitário no Sul do Brasil, relatou a experiência da implementação de um protocolo de acesso de animais aos pacientes em cuidados paliativos. O hospital conta com uma equipe multiprofissional que se empenha em desenvolver essa visita ao ambiente hospitalar. A experiência evidencia a melhoria na promoção do conforto dos pacientes hospitalizados para que possam se despedir de seus animais de estimação. Ao entender os princípios de cuidados paliativos, compreende-se que a família pode ser tudo aquilo que o paciente julgar ser e deve-se estreitar distâncias a esses pacientes (TEIXEIRA, 2021).

É fundamental o apoio da família e dos amigos, que passam a maior parte do tempo interagindo com o doente. Também é importante a capacitação dessas pessoas e esclarecimento sobre a evolução da doença, no sentido de resolver pequenos problemas relacionados à doença (13).

No presente estudo, as equipes mencionam apenas acompanhamento da família e amigos, parte essencial, mas não puramente única, sem relatos de continuidade dessa abordagem. Ao se oferecer assistência em pacientes no fim de vida é necessário incluir abordagens fora do âmbito hospitalar para o ambiente desses pacientes que estão sofrendo hospitalizados (TEIXEIRA, 2021).

O personagem de maior importância para um paciente em cuidados paliativos é sem sombra de dúvidas a família, seja ela de sangue ou não. A compreensão e o aceite da família aos cuidados paliativos para o paciente facilita com que esse cuidado seja ofertado de maneira mais fácil, de maneira mais natural, no entanto, é preciso estar bem claro para a família do que se trata os cuidados de fim de vida e sempre que puder ofertar a eles também um apoio psicológico ou uma escuta ativa por parte da equipe, porque por mais que seja concordado por todos sobre cuidados paliativos, esse cuidado a um ente querido e tudo que ele representa é doloroso (1).

Em relação ao melhor momento para abordar e instituir CP aos pacientes com doenças terminais, a maioria dos profissionais entrevistados não soube definir o momento ideal para essa abordagem. “Conforme aceitação da pessoa e/ou da família (3)”. “Assim que definir caso clínico (10)”. Para alguns profissionais é um assunto delicado de ser tratado. “Na verdade, não existe momento certo nem melhor hora para se falar em cuidados paliativos, para o paciente e seus familiares, é um assunto que se torna muito difícil de se comunicar tanto para o paciente quanto a família (2)”.

Para Silva, 2012, cada processo de comunicação demanda uma técnica adequada ao que contém seu conteúdo. Entender que a comunicação em más notícias depende de vários fatores, como: idade, sexo, contexto cultural, social, educacional, a doença que assola o paciente e outros comemorativos em contexto familiar, demanda da equipe que promove essa comunicação, conhecimento claro sobre o pacientes e os envolvidos.

Há ferramentas disponíveis para conduta nesses casos como o protocolo SPIKES. Um mnemônico de 6 passos que pode proporcionar ao profissional mais segurança na abordagem de más notícias. A saber, o preparo para o encontro; a perceber o paciente sobre o que ele já sabe do seu acometimento; o convite para o diálogo; a transmissão clara e objetiva das informações e notícias; a expressão das emoções e por fim, o resumir e organizar as estratégias (CRUZ, 2016).

S	<i>Setting up</i>	Preparando-se para o encontro
P	<i>Perception</i>	Percebendo o paciente
I	<i>Invitation</i>	Convidando para o diálogo
K	<i>Knowledge</i>	Transmitindo as informações
E	<i>Emotions</i>	Expressando emoções
S	<i>Strategy and Summary</i>	Resumindo e organizando estratégias

Fonte: CRUZ, 2016.

De acordo com a OMS, 2017, deve ser iniciado o mais precocemente possível, junto com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para que seja possível melhor compreensão e controle das situações clínicas. Apenas um dos entrevistados soube declarar de maneira condizente com as práticas preconizadas pela OMS. Assim, mostra-se necessário o treinamento dos demais profissionais para sedimentar o conhecimento ao que concerne as práticas dentro dos cuidados paliativos.

Quando a equipe multidisciplinar que assiste o paciente tem em mãos o diagnóstico, e com os conhecimentos que cada um possui, bem como os tratamentos existentes disponíveis para aquele determinado diagnóstico, se caso houver, são discutidos levando em consideração os fatores biológicos e sociais do paciente e entram em acordo que submeter o paciente ao tratamento traria mais sofrimento do que benefícios, ou que infelizmente para o diagnóstico em questão não há um tratamento que possa reverter o quadro e trazer a cura, ou trazer de volta a autonomia do paciente, esse seria o momento ideal onde deveria ser conversado com a família e ofertado o cuidado paliativo (1).

A respeito do controle da dor e de outros sintomas, não foi verificado discurso de práticas não farmacológicas de forma coesa. É notável que cada profissional remete ao controle de sintomas de acordo com sua área de atuação, porém, não é descrito como se executa. Medidas como acupuntura, musicoterapia, hipnoterapia, meditação que fazem parte das práticas integrativas na saúde, e que são chaves para a ajuda no controle de sintomas, não foram relatadas. Por outro lado, os profissionais compreendem as esferas dos cuidados, e julgam ser relevantes no manejo dos pacientes terminais. “Cuidados abrangentes no sentido de minimizar o sofrimento em várias esferas (física, emocional, social e espiritual (6))”.

É possível determinar que a equipe compreende bem o fato do ser humano ser compreendido de maneira holística, transpassando o agente biológico. Apenas 20% dos entrevistados responderam a abordagem de forma biológica. Sendo assim, afirma a vantagem de oferecer um sistema de suporte para que haja possibilidade de o paciente participar tão ativamente dos cuidados quanto possível, bem como influenciar positivamente a qualidade de vida e o curso da vida nas diversas esferas do sofrimento.

Sendo assim, de acordo com estudos realizados no Brasil, evidenciou-se um padrão de organização das equipes multiprofissionais em cuidados paliativos que podem ser instaladas e adequadas a realidade local do hospital estudado. Ao formar a estruturação da assistência com equipes especializadas, demonstra condutas e melhor assistência aos pacientes em cuidados paliativos. Uma desvantagem deve ser aventada, à medida que ao assumir a conduta desses pacientes, a equipe inicial poderá se posicionar em zona de conforto e não se enlaçarem nos cuidados paliativos. É válido, nesse âmbito a preparação e treinamento de toda equipe e de todos os setores do hospital (RODRIGUES, 2012).

Diante de todo exposto, esse estudo é de suma importância para a conscientização e disseminação do assunto de cuidados paliativos na região, em vista que se torna pioneiro na área. É necessário novos estudos com abordagem para além dos profissionais de saúde, como por exemplo, determinar o perfil das doenças terminais mais prevalentes na região que demanda cuidados paliativos, bem como possível estruturação de equipes multiprofissionais especializadas em cuidados paliativos.

## 6 – CONCLUSÃO

Diante do analisado, é possível inferir que mesmo o hospital disponibilizando de um protocolo em cuidados paliativos, as equipes ainda apresentam fragilidades no manejo dos pacientes com doenças terminais, o que implica diretamente na qualidade de vida de pacientes terminais.

Então, propõe-se que tenha a) uma unidade de cuidados com equipe especializada e capacitada para trabalhar com a abordagem, que podem percorrer por todas dependências do hospital a medida que se tem um diagnóstico de doença grave incurável; b) equipe consultora ou volante que oferece suporte às demais equipes das diversas unidades de internação ou atendimento, de forma a orientar em condutas podendo em alguns casos assumir a coordenação do caso; c) reuniões inter setoriais por pelo menos 1 vez por semana, a fim de alinhar com a equipe decisões mais coesas e corretas (TREVISANA et al., 2019).

É viável a complementação por meio de capacitação para todos os profissionais envolvidos na assistência aos pacientes em cuidados paliativos no hospital, a fim de mostrar e apresentar formas alternativas do cuidado multidisciplinar. É válido a extensão de conscientização para as famílias e comunidade da região do Xingu para que seja discutido de forma técnica e correta a essência real dos cuidados paliativos.

A necessidade de uma equipe especialista em cuidados paliativos é emergente, pois à medida que a população brasileira envelhece mais, é atrelado ao desencadeamento de doenças crônicas, bem como aumento de demanda a pacientes com diagnóstico de doenças terminais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARRIEIRA I.C.O., et al. Spirituality in palliative care: experiences of an interdisciplinary team. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03312. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017007403312>
- BALBONI T.A., VANDERWERKER, L.C., BLOCK,S.D., et al. Religiosidade e apoio espiritual entre pacientes com câncer avançado e associações com preferências de tratamento de fim de vida e qualidade de vida. *J Clin Oncol* 2007 ; 25: 555 – 560.
- BALBONI, M.J., et al. Prestação de cuidado espiritual a pacientes com câncer avançado: associações com cuidado médico e qualidade de vida próxima à morte. *J Clin Oncol* 2010 ; 28: 445 – 452.
- BERTACHINI,L., PESSINI, L. A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos *Revista - Centro Universitário São Camilo - 2010.*
- BIZATTO ,Jl. Eutanásia e responsabilidade médica. 2ª ed. Leme: LED; 2000.
- BREITBART, W. Thoughts on the goals of psychosocial palliative care. *Palliative Supportive Care*. 2008;6:211-2.
- CASTRO, A.A, et al. Inclusion of palliative care teaching in medical schools in Brazil. *Revista Brasileira de Educação Médica* [online]. 2021, v. 45, n. 02 [Acessado 2 Novembro 2021] , e056. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20200162>.ING <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20200162>>. Epub 02 Abr 2021. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20200162>.ING.
- COSTA, A.P, POLES, K., SILVA, A.E. Palliative care training: experience of medical and nursing students. *Interface (Botucatu)*.
- CORREIA S.D, et al. Cuidados Paliativos: Importância do Tema para Discentes de Graduação em Medicina. *Palliative Care: Importance of the Subject for Medical Students*. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2018.
- CRUZ, C.O. , RIERA, R. Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), 2016.
- D'ALESSANDRO, MPS, Pires, CT, Forte, DN, Messias, AA, Maiello, APMV, Coelho, FP, Schuls, V. (Coord). (2020). *Manual de Cuidados Paliativos / São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde, 13-22.*
- DOS SANTOS, O.M. Sofrimento e dor em cuidados paliativos: reflexões éticas. *Revista Bioética*, vol. 19, núm. 3, 2011, pp. 683-965. Conselho Federal de Medicina. Brasília, Brasil. ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT – EIU. Quality of Death Index. Disponível em: <https://exame.com/mundo/esses-sao-os-melhores-e-piores-paises->

do-mundo-  
paramorrer/#:~:text=E%20uma%20pesquisa%20divulgada%20neste,lugares%20do%20mundo%20para%20morrer

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT (EIU) (2015) Índice de Qualidade da Morte de 2015: Classificação dos Cuidados Paliativos no Mundo, p. 49. <http://www.economistinsights.com/healthcare/analysis/quality-death-index-2015>.

EVANGELISTA C.B., et al. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(3):554-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690324i>

FRATEZI, F. R. G., OZELLO, B.A. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2011, v. 16, n. 7 [Acessado 8 Novembro 2021], pp. 3241-3248. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800023>>. Epub 21 Jul 2011. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800023>.

INCA. Cuidados Paliativos Oncológicos-controle de sintomas. Disponível em [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_48/v02/pdf/conduitas3.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/pdf/conduitas3.pdf).

KELLEY, A. S., et al. Palliative Care for the Seriously Ill. N Engl J Med 2015;373:747-55. DOI: 10.1056/NEJMra1404684

LEVETOWN, M., HAYSLIP, B. , & PEEL, J.O desenvolvimento da escala de atitudes de cuidados de fim de vida para médicos, 1999.

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO - CREMESP. Cuidado paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 15-32.

MACHADO, M.A. Cuidados paliativos e a construção da identidade médica paliativista no Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.

Manual de Cuidados Paliativos / Coord. Maria Perez Soares D'Alessandro, Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte ... [et al.]. – Sao Paulo: Hospital Sirio- Libanes; Ministerio da Saude; 2020.

Manual de Cuidados Paliativos, ANCP, 2ª edição. Organizadores: Ricardo Tavares de Carvalho, Henrique Afonseca Parsons, Adriana Colombani Pinto ... [et al.]. 2012.

MARANHÃO, J. L. S., O que é morte. 1ªed. São Paulo: editora brasiliense, 1985. p21 - 52.

MELO, A.G.C, FIGUEIREDO,M.T.A. Cuidados paliativos: conceitos básicos. In: Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM, organizadores. Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. Barueri: Manole; 2006. p. 16-28.

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

MINAYO, M. C. S. (org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis – Rio de Janeiro, Vozes, 1994. MINAYO, M. C. S.

MORIN, E. O homem e a Morte. Ed. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

MOODY JR., RAYMOND, A. *Vida Depois da Vida*. Editora Nordica, São Paulo, 1975. Oliveira SG, Pacheco STA, Nunes MDR, Caldas CP, Cunha AL, Peres PLP Aspectos bioéticos dos cuidados às pessoas idosas DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.47321>.

OLIVEIRA, R.A. Cuidado paliativo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008.

OLIVEIRA, R.J., et al. Percepção bioética sobre a dignidade no processo de morrer. Ver Bioét (Impr.)2009;17(1);77-94.

PAIVA, F. C. L., JUNIOR, J. J. A., DAMASIO, A.C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. Ver. Bioét. (Impr.).2014; 22 (3): 550-60.

PESSINI L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. 3ª ed. São Paulo: Loyola; 2006. p. 181-208.

PINHO L.M.O., Barbosa MA. Vida e morte no cotidiano: reflexões com o profissional de saúde. Rev Eletr Enf. 2009;11(1):200-12.

PHELPS A.C., et al. Enfrentamento religioso e uso de cuidado intensivo para prolongar a vida perto da morte em pacientes com câncer avançado. JAMA 2009 ; 301: 1140 – 1147.

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). Diário Oficial da União. 1 Ago 2011. Seção I:144-7.

RODRIGUES, L. F. Modalidades de atuação e modelos de assistência em cuidados paliativos. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.). Manual de cuidados paliativos. São Paulo: Academia Nacional de cuidados paliativos, 2012. p. 86-93.

SANTORO, L.F. Morte digna: o direito do paciente terminal. Curitiba: Juruá; 2010.

SILVA, P.B, et al. Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Rev Dor. São Paulo, 2010 out-dez

SILVA, J.A., FILHO, N.P.R. A dor como um problema psicofísico. Rev Dor. São Paulo, 2011 abr-jun;12(2):138-51.

SIQUEIRA-BATISTA, R., SCHRAMM, F.R. Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia. Cad Saúde Pública. 2005;21(1):111-9.

TEIXEIRA TO, Pontalti G, Laitano HV, Santos LMM, Lopes AO, Tavares JP. Protocolo para visita do animal de estimação do paciente em cuidados paliativos em um hospital. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42:e20200086. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200086>.

TREVISANA, A.R., et al. A intervenção do terapeuta ocupacional junto às pessoas-hospitalizadas: adotando a abordagem dos cuidados paliativos<sup>1</sup> 1 O material apresentado é parte da pesquisa autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR), com CAAE nº 61630616.9.0000.0102. . Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional [online]. 2019, v. 27, n. 01 [Acessado 2 Novembro 2021] , pp. 105-117. Disponível em: <<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1263>>. Epub Jan-Mar 2019. ISSN 2526-8910. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1263>.

VICENSI, M.C. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. Revista Bioética [online]. 2016, v. 24, n. 1 [Acessado 3 Setembro 2021], pp. 64-72. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422016241107>>. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241107>.

WINKELMAN, W.D., et al. A relação das preocupações espirituais com a qualidade de vida de pacientes com câncer avançado: descobertas preliminares. J Palliat Med 2011 ; 14: 1022 – 1028.

## APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

Qual sua atuação profissional neste hospital?

( ) técnico de enfermagem ( ) psicólogo(a) ( ) enfermeiro(a) ( ) assistente social ( ) médico(a) ( ) fisioterapeuta ( ) nutricionista ( ) terapeuta ocupacional

- 1- Cuidados paliativos vem sendo melhor conhecido e difundido por diversas instituições e profissionais. Diante da sua prática e vivência em seu local de trabalho, o que você entende por cuidados paliativos e qual a função da sua profissão no desenvolvimento desse cuidado?
- 2- Quando se fala de cuidados paliativos, a DOR é um dos principais sintomas físicos relatados por pacientes em fase final de vida. Porém há outros sintomas físicos/psicológicos que influenciam na qualidade do cuidado desses pacientes. Quais você acredita que sejam sintomas que interferem diretamente na qualidade de vida desses pacientes? ( ) fadiga ( ) dispneia ( ) náuseas e vômitos ( ) febre ( ) delirium ( ) depressão ( ) constipação
- 3- Quais as medidas tomadas para o controle desses sintomas na rotina deste hospital?
- 4- Não há possibilidade de falar sobre cuidados paliativos sem abordagem da morte. A morte deve ser entendida:  
( ) como um evento que deve ser evitado sempre que possível  
( ) evento que pode ser adiado com medidas técnicas invasivas e desnecessárias  
( ) como um evento natural e esperado em doença ameaçadora a vida
- 5- A morte no cuidados paliativos não deve ser adiada, deve acontecer naturalmente àquela doença ameaçadora à vida. Dentre os conceitos abaixo, qual melhor se enquadra nos princípios do cuidados paliativos:  
( ) eutanásia ( ) ortotanásia ( ) distanásia
- 6- Além dos sintomas físicos, os pacientes em cuidados paliativos são afetados em suas condições psicológicas e até mesmo espirituais. Diante do seu

conhecimento, como a espiritualidade e as condições psicológicas podem ser abordadas nos pacientes em cuidados paliativos?

7- Cuidados paliativos não significa que nada possa ser feito pelo paciente, ao contrário: a ele devem ser concedidas as estratégias necessárias para uma melhor qualidade de vida neste período. Quais das possibilidades abaixo você acha mais adequada a este contexto?

( ) deixar esses pacientes internados o maior tempo possível em unidade hospitalar, ou se necessário, UTI.

( ) deve ser feitos todos procedimentos necessários que vão ajudar na qualidade de vida desses pacientes, sempre preferindo o ambiente hospitalar ao domiciliar.

( ) com abordagem multidisciplinar, deixar o paciente ativamente do seu cuidado, não expondo a intervenções desnecessárias que não trará qualidade de vida e oferecendo o maior conforto possível, em casa e se necessário, ambiente hospitalar.

8- A preocupação do cuidados paliativos não está somente no paciente, mas estende-se a família e pessoas próximas a ele. Como você entende o papel da família e da rede de apoio no cuidado de pacientes durante a etapa final da vida?

9- Cuidar de pacientes paliativos requer um trabalho árduo e conjunto. Você acredita que somente a equipe médica consegue prover todo cuidado necessário a esses pacientes? Quais outros profissionais são essenciais para a integralidade do cuidado?

10-Para melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença, é necessário entender o paciente como um todo, um ser biopsicossocial, respeitando desejos, necessidades e controlando seus sintomas. Nesse sentido, qual abordagem você acredita que deve ser realizada do paciente:

( ) Holístico - entendendo o ser como componente da sociedade com emoções distintas, medos e desejos, além do ser biológico.

( ) Biológico - entender a doença como fator preponderante no tratamento/cuidado desses pacientes.

11-O início dos cuidados paliativos é muito discutido tanto entre os profissionais, como também entre os familiares que passam pelo processo, sobre a melhor hora de falar sobre o assunto com o paciente. Sendo assim, com seu conhecimento e vivência, para você, qual a melhor hora para se falar em cuidados paliativos tanto para o paciente quanto para família?

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada, A Percepção dos Profissionais de Saúde Acerca de Cuidados Paliativos em um Hospital Público na Região do Xingu, que está sendo desenvolvida pela Universidade Federal do Pará Campus Altamira-PA.
2. Para que você decida em participar ou não da pesquisa lhe são prestadas as seguintes informações:
3. A pesquisa tem como título: A Percepção dos Profissionais de Saúde Acerca de Cuidados Paliativos em um Hospital Público na Região do Xingu.
4. Os pesquisadores discentes do Curso de Medicina - UFPA são: Peperson Pietro Cavalcante Carvalho e Pedro Henrique Gomes Vieira. Tendo como orientador responsável o Profa. Dr. Ana Carolina Alves de Oliveira, Terapeuta Ocupacional, Professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará, Campus Altamira.
5. O objetivo da pesquisa é avaliar a percepção de profissionais da saúde acerca de cuidados paliativos e seus princípios em um hospital público da região do Xingu.
6. Durante a pesquisa você deverá responder a um questionário, se houver algum desconforto ao responder as questões o(a) senhor(a) poderá desistir a qualquer momento.
7. Essa pesquisa não oferece riscos, porque os métodos, ou seja, as práticas são de uso rotineiro, os riscos hipotéticos podem ser aqueles relativos a constrangimentos e dúvidas aos sujeitos em estudo, no intuito de abordar os sujeitos da pesquisa, de maneira a prevenir que não se sintam constrangidos, e não acarretem prejuízo de ordem física ou moral aos pesquisados, sendo garantido que danos previsíveis serão evitados (não maleficência). Além disso, o proponente tem formação para lidar com as dúvidas e com eventuais desconfortos dos sujeitos envolvidos no estudo.
8. Ninguém é obrigado a participar da pesquisa, assim como poderá deixar a pesquisa no momento que quiser, pois não haverá prejuízo pessoal por esta causa. Sempre que quiser, poderá solicitar maiores informações sobre a pesquisa através do telefone do pesquisador e, se necessário, através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pará.

9. Não haverá nenhum tipo de despesas para participação da pesquisa, assim como não haverá nenhuma forma de pagamento ou recompensa financeira para participação.

10. O grande benefício desta pesquisa para todos os que participam, é possibilitar um melhor entendimento sobre a percepção de profissionais da saúde acerca de cuidados paliativos e seus princípios em um hospital público da região do Xingu. Possibilitando assim, o conhecimento da qualidade dos serviços ofertados a população, além da possibilidade de melhorias no atendimento de pacientes em cuidados paliativos.

11. A participação na pesquisa é sigilosa, isto significa que, somente os pesquisadores ficarão sabendo de sua participação. Os dados utilizados na pesquisa terão uso exclusivo neste trabalho, sem a identificação individual do participante.

---

**Assinatura do Pesquisador Responsável**

---

**Assinatura do Pesquisador Responsável**

---

**Assinatura do Orientador Responsável**

## **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido(a) sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa.

Altamira (PA), \_\_\_\_/\_\_\_\_/ \_\_\_\_

---

**Assinatura do participante**

Fone: (93)2122-0564

Prof. Dra. Ana Carolina Alves de Oliveira

Universidade Federal do Pará - Campus Altamira

Faculdade de Medicina

E-mail: [anacarolina@ufpa.br](mailto:anacarolina@ufpa.br)

## ANEXO - 1

UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DE CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO NA REGIÃO DO XINGU

**Pesquisador:** ANA CAROLINA ALVES DE OLIVEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 51757821.5.0000.0018

**Instituição Proponente:** Campus Universitário de Altamira

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.014.355

**Apresentação do Projeto:**

Desde 1967 a Medicina Paliativa e os cuidados paliativos (CP) têm sido desenvolvidos e disseminados pelo mundo. Teve seu início com a fundação de duas instituições, St. Christopher's Hospice na Inglaterra e Our Ladys Hospice na Irlanda. Com destaque, St. Christopher's Hospice fundada por Cicely Saunders, figura célebre dos cuidados paliativos que acreditava que havia muito a ser feito para pacientes que tinham diagnósticos de doenças terminais, oferecendo o melhor do cuidado. Os hospices além de compreender um espaço reservado para pessoas em sofrimento serem assistidas integralmente, é também uma filosofia que reconhece e cuida com respeito as diversas esferas do sofrimento humano. Cuidados Paliativos (CP) compreendem um conjunto de práticas e discursos, focados para ação em fase do período final da vida, de pacientes que possuem doença ameaçadora, fora da possibilidade de cura, promovendo o cuidado integral a fim de garantir melhor qualidade de vida, evitando intervenções desnecessárias. O CP aborda o enfermo em 4 esferas de sofrimento: espiritual, físico, emocional e social, seja desde o controle de sintomas totais como abordagem familiar, morte e luto. O Brasil ocupa o 42ª posição no índice de qualidade de morte, refletindo o mal cuidado de pacientes em fase final de vida.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Avaliar a percepção de profissionais da saúde acerca de cuidados paliativos e seus princípios em um hospital público da região do Xingu.

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.  
**Bairro:** Guamá **CEP:** 66.075-110  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ**



Continuação do Parecer: 5.014.355

**Objetivo Secundário:** - Avaliar percepção dos profissionais sobre o processo de fase final de vida. - Avaliar os conhecimentos sobre conceitos básicos de cuidados paliativos. - Identificar o papel que cada profissional desempenha nos cuidados paliativos. - Verificar o conhecimento de medidas não farmacológicas para controle de sintomas. - Verificar o saber sobre outras formas de cuidado do paciente em cuidados paliativos. - Verificar a existência de medidas alternativas para alívio de sintomas dentro da realidade hospitalar da região do Xingu. - Avaliar as concordâncias das práticas em cuidados paliativos entre o global e o local a ser desenvolvido a pesquisa. - Verificar a existência de disparidade das ações preconizadas às realizadas

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Essa pesquisa não oferece riscos, porque os métodos, ou seja, as práticas são de uso rotineiro, os riscos hipotéticos podem ser aqueles relativos a constrangimentos e dúvidas aos sujeitos em estudo, no intuito de abordar os sujeitos da pesquisa, de maneira a prevenir que não se sintam constrangidos, e não acarretem prejuízo de ordem física ou moral aos pesquisados, sendo garantido que danos previsíveis serão evitados (não maleficência). Além disso, o proponente tem formação para lidar com as dúvidas e com eventuais desconfortos dos sujeitos envolvidos no estudo.

**Benefícios:** O grande benefício desta pesquisa para todos os que participam, é possibilitar um melhor entendimento sobre a percepção de profissionais da saúde acerca de cuidados paliativos e seus princípios em um hospital público da região do Xingu. Possibilitando assim, o conhecimento da qualidade dos serviços ofertados a população, além da possibilidade de melhorias no atendimento de pacientes em cuidados paliativos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma avaliação descritiva qualitativa da percepção do profissional de saúde acerca de cuidados paliativos e seus princípios, em um hospital público da região da Transamazônica. A avaliação será realizada através de um questionário (Apêndice A), que será disponibilizado virtual via Google Forms e em campo, no hospital, a depender da disponibilidade dos profissionais e também da lotação do serviço, a fim de não prejudicar o andamento do trabalho. Enfatiza-se ainda, que políticas nacionais são vitais para o aumento de acesso a cuidados paliativos (EIU, 2015). Quando se fala de cuidados paliativos, desde sua implantação no Brasil há mais de 30 anos, apesar do seu reconhecimento, a literatura demonstra que a formação em cuidados paliativos no Brasil ainda é menos expressiva do que se esperaria para esse tempo. Esta formação trabalha com

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.  
**Bairro:** Guamá **CEP:** 66.075-110  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ**



Continuação do Parecer: 5.014.355

uma equipe multiprofissional, que devem estar preparados para acolher e manejar esses pacientes (CORREIA et al, 2018)

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

Todos os termos obrigatórios foram apresentados com clareza  
Foram cumpridas todas as solicitações do CEP.

**Recomendações:**

Pela importância do tema da pesquisa e pela necessidade de melhorarmos no Brasil dos cuidados paliativos deve ser publicada e amplamente divulgada no meio acadêmico e na comunidade, visto que contribui na formação do profissional de saúde e na humanização.

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

Diante do exposto somos pela aprovação do projeto. Este é nosso parecer, SMJ.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1756988.pdf	07/09/2021 23:12:05		Aceito
Outros	carta_aceite_instituicao_sespa_hrpt.pdf	07/09/2021 23:11:22	ANA CAROLINA ALVES DE	Aceito
Outros	carta_encaminhamento.pdf	07/09/2021 23:09:37	ANA CAROLINA ALVES DE	Aceito
Outros	termo_aceite_orientador.pdf	07/09/2021 23:05:02	ANA CAROLINA ALVES DE	Aceito
Outros	insecao_onus_ufpa.pdf	07/09/2021 23:00:09	ANA CAROLINA ALVES DE	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_pesquisador.pdf	07/09/2021 22:47:37	ANA CAROLINA ALVES DE	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	07/09/2021 22:35:48	ANA CAROLINA ALVES DE	Aceito
Outros	APENDICE_A.docx	23/08/2021 22:37:13	ANA CAROLINA ALVES DE	Aceito
Declaração do Patrocinador	PATROCINIO.docx	23/08/2021 22:35:24	ANA CAROLINA ALVES DE	Aceito
Declaração de	PROTECAO_DE_DADOS.docx	23/08/2021	ANA CAROLINA	Aceito

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.  
**Bairro:** Guamá **CEP:** 66.075-110  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ**



Continuação do Parecer: 5.014.355

Pesquisadores	PROTECAO_DE_DADOS.docx	22:30:13	ALVES DE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PARA.pdf	23/08/2021 22:27:38	ANA CAROLINA ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PORTARIA_ANACAROLINA.pdf	23/08/2021 22:25:33	ANA CAROLINA ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA_CUIDADOS_PALIATIVOS.docx	23/08/2021 22:14:54	ANA CAROLINA ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_P.docx	23/08/2021 22:12:36	ANA CAROLINA ALVES DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	18/05/2021 22:34:35	ANA CAROLINA ALVES DE OLIVEIRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELEM, 03 de Outubro de 2021

Assinado por:

**Wallace Raimundo Araujo dos Santos  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.  
**Bairro:** Guamá **CEP:** 66.075-110  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br