

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC**

**CURSO DE ENFERMAGEM**

**ANGELIS ROMAN WARMILING**

**LUANA MARANGONI SCARSI**

**CUIDADOS PALIATIVOS: PERCEÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO  
PROGRAMA MELHOR EM CASA EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE SANTA  
CATARINA**

**CRICIÚMA**

**2023**

**ANGELIS ROMAN WARMILING  
LUANA MARANGONI SCARSI**

**CUIDADOS PALIATIVOS: PERCEÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO  
PROGRAMA MELHOR EM CASA EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE SANTA  
CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de bacharel no curso de enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientador(a): Prof. (a) Esp. Chayenne Ricken

**CRICIÚMA  
2023**

ANGELIS ROMAN WARMILING  
LUANA MARANGONI SCARSI

**CUIDADOS PALIATIVOS: PERCEÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO  
PROGRAMA MELHOR EM CASA EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE SANTA  
CATARINA**

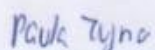
Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela  
Banca Examinadora para obtenção do Grau de  
Bacharel, no Curso de Enfermagem da  
Universidade do Extremo Sul Catarinense,  
UNESC.

Criciúma, 20 de novembro de 2023.

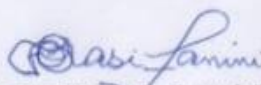
**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Chayenne Ricken - Especialista – UNESC- Orientador



Prof. Paula Ioppi Zugno Fontana -Mestre - UNESC



Prof. Maria Tereza Brasil Zanini - Especialista - UNESC

Dedicamos esse trabalho a todas as pessoas que nos acompanharam durante essa jornada e que nos incentivaram na realização dessa conquista com compreensão, apoio e amor.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a todas as pessoas que fizeram e fazem parte da nossa caminhada:

A Deus, que nos deu forças e saúde para batalhar e conquistar os nossos sonhos, brotando em nossos corações a fé de prosseguir caminhando para o encontro de nossos objetivos.

A nossa família que é nosso porto seguro, nos apoiando, incentivando de todas as formas possíveis para conquistarmos a tão sonhada formação em enfermagem.

Agradecimento especial ao Juliano, que desde o início da graduação se fez presente, auxiliando, esclarecendo nossas dúvidas ao longo da faculdade, sempre com palavras de incentivo.

A nossa orientadora, Chayenne, que nos auxiliou, nos acalmou quando necessário, nos mostrou que somos capazes e com maestria nos direcionou até aqui. Sem dúvidas foi essencial para a elaboração desse trabalho.

E por fim, a nossa amizade, desde 2019, com nossa parceria e companheirismo de sempre, cada palavra dita, gesto realizado, nos motivou para que juntas pudéssemos construir nossa trajetória para então finalizarmos o curso com a elaboração do presente trabalho, tudo isso direcionando para o fortalecimento da nossa amizade.

Todos os citados marcaram de forma significativa e positiva a construção do trabalho de conclusão de curso bem como nossa caminhada. Muito obrigada!

“As pessoas morrem como viveram. Se nunca viveram com sentido, dificilmente terão a chance de viver a morte com sentido.”

Ana Claudia  
Quintana Arantes

## RESUMO

Estudo com objetivo de conhecer e compreender a percepção dos profissionais da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos atuantes no programa Melhor em Casa do município de Criciúma-SC. Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo. O estudo foi desenvolvido na sede atual do Programa Melhor em Casa. A população estudada foi a equipe multiprofissional atuante no programa, a fim de identificar o perfil desses profissionais, além das facilidades e dificuldades encontradas na prática, nível de conhecimento sobre cuidados paliativos, e atuação dos mesmos frente a essas situações em seu cotidiano de trabalho. A análise de dados foi realizada a partir da categorização dos dados, ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados. Foram entrevistados ao todo oito profissionais. Como resultados encontrou-se que o cuidado paliativo praticado pelos profissionais do Programa Melhor em Casa visa o conforto do paciente e uma melhor qualidade de vida destes e dos familiares. O conhecimento sobre o tema ainda é pouco discutido nos ambientes de formação o que implica aos profissionais a procura e aprofundamento na área. A abordagem integrada é o propósito dos programas de atenção domiciliar, com foco na prevenção e alívio do sofrimento. O estudo demonstrou a fragilidade da área ao desenvolvimento do conhecimento repassado no ensino, a entrega profissional da equipe em prol de seus pacientes e sugere mais estudos na área paliativa para propagação da informação.

**Palavras-chave:** Equipe Multiprofissional, Cuidados Paliativos, Programa Melhor em casa.

## **ABSTRACT**

Study with the objective of knowing and understanding the perception of professionals from the multidisciplinary team about palliative care working in the Melhor em Casa program in the city of Criciúma-SC. Research with a qualitative, descriptive, exploratory and field approach. The study was developed at the current headquarters of the Melhor em Casa Program. The population studied was the multidisciplinary team working in the program, in order to identify the profile of these professionals, in addition to the facilities and difficulties encountered in practice, level of knowledge about palliative care, and their performance in the face of these situations in their daily work. Data analysis was carried out based on data categorization, ordering, classification and final analysis of the researched data. A total of eight professionals were interviewed. As a result, it was found that the palliative care practiced by professionals from the Melhor em Casa Program aims at patient comfort and a better quality of life for them and their families. Knowledge on the topic is still little discussed in training environments, which means professionals need to look for and deepen the area. The integrated approach is the purpose of home care programs, with a focus on preventing and alleviating suffering. The study demonstrated the fragility of the area in the development of knowledge passed on in teaching, the team's professional commitment to their patients and suggests further studies in the palliative area to disseminate information.

**Keywords:** Multidisciplinary Team, Palliative Care, Better at Home Program.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Escala de Performance Paliativa (PPS) .....	30
Quadro 2 – Tempo de atuação no programa e especialização .....	42

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Gênero dos participantes da pesquisa .....	42
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	ATENÇÃO BÁSICA
AD	ATENÇÃO DOMICILIAR
AD1	ATENÇÃO DOMICILIAR NÍVEL 1
AD2	ATENÇÃO DOMICILIAR NÍVEL 2
AD3	ATENÇÃO DOMICILIAR NÍVEL 3
ANCP	ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS
APS	ATENÇÃO PRIMARIA A SAÚDE
AVE	ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
CP	CUIDADOS PALIATIVOS
ELA	ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA
EMAD	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR
EMAP	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE APOIO
ESF	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
HIV	VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
PNAD	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR
POP	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
PPS	ESCALA DE PERFORMANCE PALIATIVA
PTS	PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR
RAS	REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE
RUE	REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
SAD	SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR
SF	SAÚDE DA FAMÍLIA
SIDA	SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TCC	TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
UNESC	UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE
UPA	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
UTI	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
1.1 JUSTIFICATIVA .....	13
1.2 HIPÓTESES .....	15
1.3 OBJETIVOS .....	16
<b>1.3.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>16</b>
<b>1.3.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>16</b>
<b>2 REVISÕES DE LITERATURA</b> .....	<b>17</b>
2.1 POLÍTICA DE ATENÇÃO DOMICILIAR .....	17
<b>2.1.1 Atenção Domiciliar</b> .....	<b>18</b>
<b>2.1.2 Programa Melhor em Casa</b> .....	<b>20</b>
2.2 CUIDADOS PALIATIVOS .....	22
<b>2.2.1 Cuidados Paliativos em Domicílio</b> .....	<b>28</b>
<b>2.2.2 Equipe Multidisciplinar</b> .....	<b>31</b>
<b>2.2.3 Comunicação</b> .....	<b>33</b>
<b>3 MÉTODO</b> .....	<b>36</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	36
3.2 LOCAL DO ESTUDO .....	37
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	37
3.4 COLETA DE DADOS .....	38
3.5 ANÁLISE DE DADOS .....	39
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	39
<b>4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>41</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NO PROGRAMA MELHOR EM CASA .....	41
4.2 DEFINIÇÃO DE CUIDADO PALIATIVO .....	42
4.3 ATUAÇÃO COM CUIDADO PALIATIVO .....	44
4.4 CUIDADO PALIATIVO COM PACIENTE E FAMÍLIA .....	45
4.5 CONFLITO MORAL NO CUIDADO PALIATIVO .....	46
4.6 PROGRAMA MELHOR EM CASA E O CUIDADO PALIATIVO .....	47
4.7 PREPARO PARA O CUIDADO PALIATIVO .....	49
4.8 FACILIDADES E DIFICULDADES .....	49
<b>4.8.1 Facilidades</b> .....	<b>50</b>

<b>4.8.2 Dificuldades .....</b>	<b>51</b>
<b>4.9 SUGESTÕES SOBRE O TEMA.....</b>	<b>53</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>55</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICE(S).....</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO(S).....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXO A .....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO C.....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO D.....</b>	<b>75</b>
<b>PARECER DO COMITE DE ÉTICA.....</b>	<b>75</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Para Hermes e Lamarca (2013), uma das ações das equipes multiprofissionais frente a pacientes sem possibilidade terapêuticas de cura é denominada Cuidados Paliativos (CP). “Paliativo”, significa proteção e deriva do latim *palliun*.

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) redefiniu o cuidado paliativo como:

... uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor, e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual. Hermes; Lamarca, (2013, p. 2578).

Evangelista *et al.* (2013) ressalta que, proporcionando o conforto e o alívio da dor, os CP dão ao indivíduo uma melhor qualidade de vida. Eles são indicados para os pacientes quando tratamentos curativos não estão mais resultando em melhora. São abordados o enfrentamento da morte da melhor forma e por meio de uma equipe especializada, onde praticam cuidados totalmente voltados para ao paciente.

Hermes e Lamarca (2013) mostram que, os princípios do CP incluem a oferta de apoio a família no enfrentamento da doença e no período de luto, um cuidado que integre o indivíduo como um todo, em seus aspectos religiosos e psicológicos, o não acelerar da morte, a reafirmação da importância do viver e o alívio da dor.

A comunicação é um instrumento de grande relevância na enfermagem. Ela contempla muito além das palavras e conteúdos, engloba o olhar, a postura, e se torna uma medida terapêutica importante, principalmente para os pacientes em fase terminal. É um método fundamental para o paciente sentir-se cuidado integralmente e de forma humanizada. Quando aliada ao sentimento, cooperação e sensibilidade, a comunicação impulsiona a relação entre todos os envolvidos no cuidado. Ela ajuda na autonomia, em questões de tomadas de decisão referente as ações específicas relacionadas aos sintomas e até mesmo à patologia (Andrade; Costa; Lopes, 2013).

Hermes e Lamarca (2013) complementam informando que, a ação de uma equipe multiprofissional direcionada em cuidar do indivíduo em todos os aspectos: físico, espiritual, mental e social pressupõe os CP. Deve haver uma assistência integral do paciente, tal sendo realizada por essa equipe através da junção dos saberes, com o objetivo de compactuar a resolução dos problemas em conjunto.

Para Procópio *et al.* (2019), a Atenção Domiciliar (AD) tem atingido usuários que não são alcançados em outros espaços, e por meio da comunicação, troca de saberes e criação de projetos terapêuticos, tem articulado os serviços. Leva ao repensar sobre os modelos de atenção à saúde e aposta no cuidado direcionado a integralidade, onde discute e compartilha com todos os pontos da rede.

Oliveira e Kruse (2017) apontam que, o Programa Melhor em Casa organiza a AD e suas características, que são ações em domicílio, desde a promoção, até reabilitação dos pacientes. É dada a continuidade dos cuidados, integrando-se as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Procópio *et al.* (2019) diz que, para concretização da procura pela excelência no cuidado, em 2011, através da portaria GM/MS nº 2.029/2011, foram criados o Programa Melhor em Casa e também a Política Nacional de AD, no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde). Tal portaria conta com a presença dos gestores federais para os financiamentos, se tornando indutora para a ampliação do SUS.

Para ser atendido pelo Melhor em Casa, a indicação desse atendimento domiciliar pode ser feita pelos diferentes serviços da rede de atenção. São beneficiados os pacientes que necessitam de cuidados frequentes e devem ser acompanhados continuamente, pois muitos deles possuem problemas de saúde e/ou dificuldades de comparecer até a Unidade Básica de Saúde (UBS) (Ministério da Saúde, 2023).

Em resposta às mudanças demográficas que vem transformando o cenário mundial, a AD vem expandindo. Essa modalidade envolve ações desde a promoção da saúde até a palição em domicílio e está integrada as RAS. Busca atender a necessidade de sustentabilidade e viabilidade econômica e cuidados que promovam bem-estar para os pacientes (Procópio *et al.*, 2019).

Vasconcelos e Pereira (2018) descrevem que, em seu domicílio, o paciente paliativo tem seu cuidado por meio de uma equipe multiprofissional, que orienta e dá suporte ao mesmo e seus familiares e/ou cuidadores (responsáveis), conseqüentemente gera diminuição de internações hospitalares, que na maior parte dos casos, se tornam desnecessárias com a oferta desses serviços. Contribui então, para uma melhor qualidade de vida e atenção integral ao paciente, prevenindo complicações como infecções, que podem ser adquiridas em ambiente e tratamento hospitalar.

Nesse sentido de atender o indivíduo integralmente, praticando a humanização do cuidado é que nos deparamos com uma lacuna na formação dos profissionais da saúde em relação ao conhecimento sobre CP. Ainda há dificuldade em reconhecer os sinais e sintomas e conduzir as situações de modo sensível e humanizado, mesmo que em casos de final de vida (ANCP, 2017 *apud* Alves; Oliveira, 2022).

Guedes *et al.* (2019 *apud* Alves e Oliveira, 2022) mostram que, o despreparo em tratar, cuidar dessa fase final de vida do ser humano, começa muito antes da vida profissional, se inicia no próprio meio acadêmico, refletindo no cenário de prática como quantidade insuficiente de profissionais habilitados para trabalhar com pacientes em CP. A formação desses profissionais está focada no tratamento curativo. A falta de debates sobre CP tem como consequência o despreparo para refletir e atuar no processo de morte, sendo um obstáculo na prática das ações paliativistas.

### 1.1 JUSTIFICATIVA

O Programa Melhor em Casa do município de Criciúma é composto por uma equipe multiprofissional que presta serviços de alta complexidade aos seus pacientes no domicílio, incluindo usuários que estão em CP. Estes profissionais devem desenvolver um olhar integral para cada indivíduo e seus familiares e acolher suas inseguranças, medos e dúvidas. Para isso, é necessário preparo, escuta qualificada e conhecimentos em CP.

O cuidado realizado no contexto domiciliar é de extrema importância, observando que o tempo internado em ambiente hospitalar diminui ou até mesmo é anulado, sendo assim, o leito fica disponível para situações de urgência e emergência. O projeto terapêutico do paciente fica centrado nele e esses benefícios auxiliam no recurso destinado ao cuidado integral. Realizados tais ações de cuidado em domicílio, destaca-se a família como principal provedora e participante do cuidar paliativo e exige reorganização domiciliar (Hesler *et al.*, 2020)

O atendimento em domicílio do Programa Melhor em Casa sempre ocorre próximo a família ou cuidadores, garantindo maior conforto e segurança nas ações dos CP evitando as internações hospitalares e atendimentos em UPAs (Unidade de Pronto Atendimento) desnecessários ao paciente.

Ao se tratar da equipe, vale destacar o profissional enfermeiro. É ele que está à frente do planejamento, organização, aplicação, supervisão, avaliação e, se necessário, redireciona todo o plano de cuidado. A enfermagem deve zelar pelo cuidado humanizado, comprometido e responsável.

A equipe deverá se dedicar a funções concretas de atenção para alcançar a excelência nos cuidados. Os CP consideram a família/cuidador como unidade de cuidado por isso, inicia-se a assistência o mais precocemente possível, se mantém durante o todo o percurso da doença e se estende até o momento de luto, no pós-óbito (Silveira; Ciampone; Gutierrez, 2014).

Faz-se necessário realizar essa análise afim de perceber o conhecimento dos profissionais que compõe a equipe, visando contribuir com o trabalho de todos, a fim de, proporcionar aos pacientes em CP um atendimento humanizado, com seus direitos e desejos compreendidos e respeitados.

A dimensão do cuidado “paliar” deve ter uma atenção propícia ao cuidado com qualidade. Para assegurar isso, é necessário que todos os profissionais entendam sobre o cuidado paliativo (Cardoso *et al.*, 2013).

Os reflexos das ações paliativistas realizadas por profissionais que não compreendem e não tem conhecimento, podem causar desentendimentos entre equipes, setores e entre paciente, familiar e profissionais. Um impasse ainda maior e que desrespeita o paciente é a exposição do mesmo a consultas, exames, procedimentos, internações desnecessárias naquele momento, que se tornam um obstáculo na qualidade de vida.

As intervenções técnicas dos profissionais que realizam o cuidado em paciente paliativo devem ser secundárias às relações entre eles na equipe multiprofissional e pacientes. Eles devem também ter uma opção de tratamento adequado como meta para esses pacientes, para produção de uma assistência harmônica, resgatando primordialmente a humanização em todo o processo de morrer (Cardoso *et al.*, 2013).

É fundamental capacitar quem está à frente do cuidado, pois esses podem ainda enfrentar dilemas morais como o do dever incessante de lutar pela vida, criando o sentimento de desistência ou fracasso profissional. Sem a capacitação necessária, impasses e dicotomias podem surgir durante a caminhada profissional, levando a grande sofrimento emocional que pode ser demonstrado durante o atendimento ao paciente sob CP.

Integrando a equipe multiprofissional (enfermeiros, médicos, nutricionistas, assistentes sociais, membros espirituais e psicólogos), o foco está no ato de cuidar, aliviar os sintomas que comprometem a qualidade de vida, onde o cuidado dessa equipe resultará e influenciará o modo como a morte será vivenciada (Silveira; Ciampone; Gutierrez, 2014).

Por fim, a comunicação é uma ferramenta essencial do cuidado, através dela se alinham ações desenvolvidas com maior eficácia para cada paciente em sua particularidade. Em um ambiente onde todos são capacitados e seguem a mesma direção de cuidado, se comunicando de forma igualitária sobre as demandas do paciente e visando o cuidado voltado a integralidade, o indivíduo se torna o centro do cuidado e não apenas sua patologia.

## 1.2 HIPÓTESES

- Durante a graduação na área da saúde o tema de cuidados paliativos é pouco abordado, refletindo no despreparo técnico e emocional para compreender as condutas e ações deste seguimento no cenário de prática;
- O preparo e conhecimento acerca dos cuidados paliativos advém da prática profissional e busca individual do conhecimento;
- A percepção adequada do profissional sobre os cuidados paliativos otimiza o cuidado para com o paciente e família;
- A equipe encara cuidados paliativos relacionados a terminalidade e fim de vida;
- Existem ainda inseguranças e julgamentos morais que podem conduzir ao desenvolvimento de sofrimento emocional na vida profissional;
- A equipe necessita de algum suporte psicológico para poder lidar com situações relacionadas aos cuidados paliativos;
- A capacitação e preparo da equipe multidisciplinar determina como será a experiência vivenciada pelo indivíduo e família em cuidados paliativos, levando em conta demandas e desejos destes, contribuindo para a qualidade de vida.

## 1.3 OBJETIVOS

### 1.3.1 Objetivo Geral

Conhecer e compreender a percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos atuante no programa Melhor em Casa em um município do sul catarinense.

### 1.3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil da equipe multiprofissional atuante no Programa Melhor em Casa;
- Conhecer a percepção do que é o cuidado paliativo para esses profissionais;
- Comparar as percepções de cuidados paliativos entre os profissionais que atuam na equipe do programa;
- Identificar dificuldades no conhecimento, práticas e processo de trabalho dos profissionais quanto a cuidados paliativos;
- Perceber facilidades no conhecimento, práticas e processo de trabalho referente a temática;
- Constatar quais os principais dilemas morais, éticos e emocionais enfrentados por esses profissionais frente ao cuidado paliativo;
- Levantar necessidades de suporte psicológico/acompanhamento do profissional atuante no cuidado paliativo domiciliar.
- Apontar necessidades de capacitações e treinamentos acerca do assunto.

## 2 REVISÕES DE LITERATURA

### 2.1 POLÍTICA DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil redefiniu a Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) em 2011, reorganizando-a em três níveis de Atenção. Nível um: Atenção Domiciliar (AD1) que é a Atenção Primária da Saúde (APS), formada pela Atenção Básica (AB) ou Saúde da Família (SF). Nível dois (AD2) é formado por Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e nível três (AD3), formada pela Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) (Brasil, 2021).

A modalidade de AD1 é ofertada para usuários que apresentem patologias controladas e que não podem se locomover até a Unidade de Saúde, são cuidados de menor complexidade, onde as visitas são menos frequentes e os recursos de saúde são menores. A Atenção Básica (AB) é capaz de suprir as necessidades do paciente, sendo esta última, a equipe de atendimento (Brasil, 2021).

A modalidade AD2 e AD3 compreendem ao Programa Melhor em Casa, que faz parte Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). A AD2 destina-se a usuários que apresentem dificuldade de se locomover até a UBS, precisem de atendimento, recursos de saúde e acompanhamento constante. Na AD3 os usuários elegidos são semelhantes aos classificados AD2, porém fazem uso de equipamentos específicos, são de maior complexidade e que, possivelmente, não terão alta desses cuidados domiciliares (Brasil, 2021).

As equipes que compõe a assistência dos usuários de AD2 e AD3 são: EMAD tipo 1 (para população de 40 mil habitantes ou mais) composta por profissionais: médico, enfermeiro, fisioterapeuta ou assistente social e auxiliares ou técnicos de enfermagem, com maior carga horária maior que EMAD tipo 2, composta pelos mesmos profissionais, porém destinada a população entre 20 mil e 39.999 habitantes. (Brasil, 2021).

A equipe EMAP oferece apoio a EMAD, e tem em sua composição os profissionais: da AD, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e farmacêutico com no mínimo 90 horas de trabalho (Brasil, 2021).

Dias *et al.* (2015) explica que o cuidado realizado no domicílio, pelas equipes de APS faz parte estrutural da AD em seu primeiro nível, sendo fundamental

para continuidade da assistência, somado às equipes EMAD e EMAP. É um grande avanço da PNAD em relação as políticas anteriores.

Dias *et al.* (2015) complementa que, a PNAD permite que as equipes troquem saberes do processo de trabalho garantindo a continuidade da assistência em todos os níveis, desde a admissão do paciente nos SAD até o retorno a UBS.

### **2.1.1 Atenção Domiciliar**

Segundo Cavalcante *et al.* (2022), em 2011 foi efetivado os SAD pela PNAD, integrando a Rede de Urgência e Emergência (RUE) pelo Programa Melhor em Casa. Este serviço visa assistir o paciente, complementando ou substituindo as internações hospitalares. A desospitalização é uma estratégia para reduzir custos, diminuir riscos de infecções, promover cuidado humanizado em domicílio com autonomia, segurança e bem-estar do paciente e de sua família, garantindo toda a assistência prestada no ambiente hospitalar.

Uns dos objetivos da AD é a redução da demanda do atendimento hospitalar, a redução do tempo que o paciente permanece internado no hospital e a preservação dos vínculos familiares. Isso gera uma redução do tempo de espera por leitos de pacientes advindos de urgência e emergência (Sousa, 2023).

Procópio *et al.* (2019) aponta que, apesar das mudanças, a legislação que regulamenta a AD no Brasil referente à qualidade do cuidado, assume uma posição complementar na atenção à saúde. Dessa forma, a oferta ainda é restrita para tamanha necessidade do País e está sujeita a mudanças governamentais e prioridades econômicas.

A portaria Nº 825, De 25 DE Abril de 2016, art 2º parágrafo I, diz que:

I: Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados (...)

Castro *et al.* (2018) afirma que a AD está inclusa na RAS do SUS e tem como princípios a universalidade, equidade, a integralidade, a resolubilidade e a ampliação do acesso, prestando o acolhimento humanizado.

Os pacientes beneficiados pela AD são advindos de diversos estabelecimentos de saúde: ESF (Estratégia de Saúde da Família), indica um idoso acamado que evoluiu com pneumonia comunitária na AD3 e estava sob cuidados da

EMAD; Serviço de Atenção às Urgências e Emergências: pacientes que tiveram traumas mas podem dar continuidade no cuidado em casa e pode ser inserido na modalidade AD2 e Hospitais: inseridos agora na AD3, pois paciente pode dar continuidade no cuidado em domicílio, plano com indicações e condições para estar sob cuidados de uma EMAD. Todos esses beneficiados em domicílio terão seus cuidados identificados, com protocolos estabelecidos entre os estabelecimentos de saúde e as equipes (Brasil, 2011).

Procópio *et al.* (2019) aponta que, devido as mudanças epidemiológicas, culturais, sociais e demográficas, a AD surgiu para viabilizar o sustento econômico dos sistemas de saúde. Além disso, visa promover aos usuários e suas famílias maior bem-estar.

A AD apresenta estar se tornando um cuidado substitutivo com relação a internações hospitalares, pois engloba o contexto familiar e social ao qual o usuário está inserido. Tal feito é capaz de aproximar ainda mais a humanização do cuidado, trazendo uma modalidade de desospitalização segura e responsável, criando um novo espaço físico para assistência, que dessa vez, é prestada em domicílio, permitindo a reformulação das estratégias referente ao cuidado (ANCP, 2012).

A AD transforma a assistência, transferindo a mesma para fora dos muros das instituições da saúde e possibilita inovação nos modos de cuidar, onde as equipes se reinventam e trabalham na complexidade do domicílio, no cenário familiar juntando os valores ao conhecimento (Procópio *et al.* 2019).

Os procedimentos realizados pelos profissionais dos programas de atenção domiciliar devem ser regidos por Procedimentos Operacionais Padrão (POPs). Alguns procedimentos que são realizados a pacientes internados em hospitais, desde que com segurança, são realizados em domicílio. Alguns dos procedimentos e cuidados da AD são: estomias (traqueostomia, gastrostomia), sondagens (vesical de alívio, demora), curativos (feridas agudas ou crônicas) e punções, sejam periféricas ou centrais (Brasil, 2013).

Pactuados com o EMAD/EMAP, alguns procedimentos/ações em saúde podem ser realizados pelos cuidadores e/ou família: hidratação da pele, aferição da temperatura, banhos, mudança de cúbitos, percepção de sinais de alerta, entre outros (Brasil, 2013).

As ações prestadas pelo profissional no conforto do domicílio resgatam a assistência humanizada e integral, pois traz a participação do núcleo familiar,

expandindo para o núcleo de apoio. Há maior aproximação da equipe de saúde com a família e, conseqüentemente, ocorre a aplicação da educação em saúde em cada atendimento, logo proporciona autonomia e independência funcional do paciente (ANCP, 2012).

O espaço familiar deve ser respeitado pelos profissionais da AD. O ambiente deve ser favorável à recuperação da saúde, onde se reconhece o paciente em sua forma integral, contribuindo para humanização da assistência, trazendo a participação do sujeito no processo saúde-doença (Brasil, 2012).

A portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 no art. 9º, parágrafo III, prevê os cuidados paliativos para pacientes elegíveis da AD de nível secundário citando que: “III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário;”.

Sendo assim os CP prestados em casa fazem com que o paciente e sua família tenham maior participação dessa trajetória que visa o conforto e alívio do sofrimento, promovendo comunicação contínua com a equipe (ANCP, 2012).

### **2.1.2 Programa Melhor em Casa**

Para Oliveira e Kruse (2017), a AD está voltando-se para pacientes que necessitam de CP. Para que haja o conforto e satisfação das necessidades dos pacientes em paliativos com doenças que ameaçam a vida, é necessário a realização do cuidado deles em um ambiente favorável. Nessa direção, o Ministério da Saúde (MS) instituiu em 2011 o Programa Melhor em Casa, visando conforto, bem-estar e estado de alívio realizado em domicílio.

O programa foi criado a partir de junção de programas existentes no âmbito municipal e federal, e integrado segundo a Portaria Ministerial nº 2.029 de 18 de junho de 2013. Surgiu para ampliação de atendimentos em domicílio do SUS e desocupação de leitos de hospitais, onde antes ficavam muitos pacientes crônicos sem agravamento que já necessitavam de CP e repouso em domicílio, tendo como exemplo idosos, acamados e aqueles que precisam de reabilitação motora (Brasil, 2016 *apud* Rocha, 2021).

O Melhor em Casa é um dos tipos de atendimento domiciliar, onde o paciente que necessita desse cuidado é indicado pelos diferentes níveis de atenção da rede. É para usuários que estão impossibilitados ou tem dificuldades para ir até a UBS, que tem problemas de saúde e necessitam de cuidados com maior frequência.

É de responsabilidade da EMAD e da EMAP a prestação de assistência à saúde e do cuidador e/ou responsável compartilhar o cuidado com a família (Ministério da Saúde, 2023).

Geralmente os pacientes atendidos têm algum problema de saúde que exige cuidado constante. É benéfico para quem está recebendo essa forma de cuidado porque diminui o risco de internação, logo tem baixo risco de infecção hospitalar. Para o SUS gera economia, reduzindo até 75% no custo com relação a ocupação de leitos. Ademais, por conhecer a realidade do paciente, o Programa Melhor em Casa oferta melhorias na qualidade de vida do paciente (Brasil, 2021).

O Programa Melhor em Casa define a AD como substituta ou complementar em relação as outras atenções que já existem, instituindo diretrizes para a sua organização. Além disso, caracteriza-se por ações de prevenção, promoção e tratamento das doenças em domicílio, garantindo continuidade do cuidado (Brasil, 2021).

Através desse programa, o usuário é recolocado como sujeito, como parte do processo, incluindo as relações entre familiares e o ambiente domiciliar, diferenciando das que entendem o paciente como um objeto de intervenção (Brasil, 2011).

O Programa Melhor em Casa tem como objetivo reorganizar o trabalho das equipes que prestam assistência domiciliar na AB, hospitalar e ambulatorial, visando ampliar a autonomia dos usuários e de seus familiares, preservando tal vínculo, reduzir o tempo dos pacientes em internação hospitalar, disponibilizando leitos para urgência e internação e otimizando os recursos, acelerando a rotatividade de leitos por meio da redução de internações (Brasil, 2012).

De acordo com a necessidade clínica de cada caso, a frequência das visitas é definida e varia de acordo com a necessidade e o fluxo de medicações, exames e reabilitação de cada paciente. Os grupos do programa que realizam as visitas são compostos por uma equipe multiprofissional, formada por médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos em enfermagem e outras especialidades. A admissão do paciente ocorre após a avaliação e encaminhamento do médico (Brasil, 2021).

Os CP em ambiente domiciliar possibilitam a continuidade em seu contexto familiar dos cuidados, com atenção da equipe multiprofissional, ofertando suporte aos familiares/cuidadores, evitando as internações recorrentes e até mesmo

desnecessárias. Assim, o paciente tem assistência integral e riscos diminuídos, além de manter e melhorar sua qualidade de vida (Vasconcelos; Pereira, 2018).

## 2.2 CUIDADOS PALIATIVOS

A prática dos CP surgiu no Reino Unido, oficializada na década de 1960, graças ao trabalho da médica Cicely Saunders, considerada a pioneira na área. Esse movimento incluiu, além da assistência, pesquisa e o ensino, a criação do St. Christophers Hospice, em Londres, em 1967 (Gomes, 2016).

A OMS definiu, reconheceu e recomendou os CP em 1990, para 90 países e em 15 idiomas. Inicialmente os princípios eram voltados para pacientes portadores de câncer, priorizando assistência integral, onde os cuidados de final de vida eram ofertados. Assim como a prevenção, o diagnóstico e o tratamento, esse tipo de assistência é visto como um dos pilares básicos do atendimento a esses pacientes (OMS, 2007 *apud* Gomes, 2016).

O Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 3.535, em 1998, essa portaria determinava que os estabelecimentos de oncologia deveriam ofertar os CP quando necessário, com atendimento humanizado e integral ao paciente oncológico (Brasil, 1998).

Os CP foram definidos na 67ª Assembleia da OMS, na RESOLUÇÃO Nº 41, publicada em 31 de outubro de 2018, com o seguinte conceito:

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. (Brasil, 2018).

Nesse mesmo sentido, o Manual de Cuidados Paliativos apresenta os princípios que norteiam as ações da equipe multiprofissional sobre a assistência em CP que são: promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis, visando a totalidade do paciente, considerando todos os tipos de dores, sejam elas físicas, sociais, espirituais. O segundo princípio trata-se de afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida, neste considera-se a morte como algo natural e se resgata a vida que ainda pode ser vivida. No terceiro diz que, a morte não deve ser acelerada e nem adiada, esse princípio resgata o conhecimento necessário dos profissionais para trazer segurança em suas decisões junto ao paciente e sua

vontade, busca distanciar a ideia de eutanásia (provocar a morte de uma pessoa antes da hora), traz a assertividade das intervenções (ANCP, 2012).

O quarto princípio definido pela OMS é integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente, por tanto, prestar o cuidado de modo integral, conhecer a história, o que faz sentido para aquela pessoa, integrar ao cuidado da doença física a crença, os princípios. Quanto ao quinto, fala em oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte, considerar a qualidade de vida em qualquer fase de sua patologia e o que além dela pode implicar no viver bem e não apenas focando na sobrevivência. A equipe multidisciplinar deve ser resolutiva em qualquer âmbito, social, econômico, ou qualquer motivo que cause sofrimento (ANCP, 2012).

Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto é o sexto princípio, este por sua vez engloba o suporte ao núcleo familiar e social desse paciente, que junto ao mesmo adoece. Nesse sentido a equipe deve acolher esse sofrimento e tratá-lo, buscando a compreensão e colaboração no desenvolvimento do cuidado. O sétimo acaba por complementar este último, direcionando a abordagem multiprofissional a focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto (ANCP, 2012).

O penúltimo princípio ressalta a atuação profissional em melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença, aplicando ações para o manejo dos sintomas, respeitando a vontade daquela pessoa, atendendo as necessidades, possibilitando as soluções de pendências, convivência com familiares, resgatando o ser biográfico que é. Por fim, o nono e último princípio fala que o cuidado paliativo deve 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. Conforme o conceito de cuidados paliativos definido pela OMS, esses devem ser ofertados a partir do diagnóstico da doença que ameace a vida, oferecendo ao paciente todos os recursos e benefícios disponíveis. A oferta precoce desses cuidados pode prevenir sofrimentos e complicações desnecessárias e ainda garantir melhor qualidade de vida (ANCP, 2012).

A OMS pontua ainda que, se deve iniciar o tratamento paliativo o mais precocemente possível, concomitantemente ao tratamento curativo, utilizando-se todos os esforços necessários para melhor compreensão e controle dos sintomas. E

que ao buscar o conforto e a qualidade de vida por meio do controle de sintomas, pode-se também possibilitar mais dias de vida (OMS, 2007 *apud* Gomes, 2016).

Os avanços tecnológicos e científicos na área da saúde, refletem em diagnósticos precoces, logo, em terapias adequadas e em tempo antecipado, proporcionando maior possibilidade de cura. Porém, ainda existem patologias de diagnósticos crônicos que necessitam de cuidados diferenciados e voltados para adaptação e preparados para atender as demandas e limitações que surgiram em decorrência de cada patologia. Sendo assim necessário ofertar os CP (Chagas; Abrahão, 2017 *apud* Souza *et al.*, 2022).

Conforme definido pela OMS, pacientes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis e que ameacem a continuidade da vida devem receber CP desde o seu diagnóstico. Por tanto, pacientes portadores Insuficiência Cardíaca, com indicação de transplante de órgãos, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Insuficiência Renal, Doença Hepática Crônica, HIV (imunodeficiência humana) /SIDA (síndrome de imunodeficiência adquirida), doenças neurológicas, doenças mentais, AVE (Acidente Vascular Encefálico), demências (Alzheimer, por exemplo), ELA (Esclerose Lateral Amiotrófica), câncer em geral, síndrome da fragilidade (idosos que apresentem declínio sem diagnóstico específico e que parecem estar se encaminhando para terminalidade) tem indicação para receber esse tipo de cuidado (ANCP, 2012).

Souza, M. (2022) explica que, como definido pela OMS, os CP têm como princípio promover a qualidade de vida. Tais métodos se aplicam aos pacientes que não respondem a tratamentos terapêuticos curativos, com objetivo de oferecer bem-estar físico, social e espiritual ao paciente e seus familiares. Visa também respeitar os desejos do paciente, tratando os seus desconfortos, realizando a manutenção da vida de acordo com os sinais e sintomas relatados ou apresentados pelo paciente.

A dor é um dos sintomas predominantes em pacientes que estão em CP e pode estar relacionada a vários fatores, incluindo físico, emocional, social e espiritual. As estratégias para o seu controle devem ser planejadas e aplicadas por uma equipe interdisciplinar, todas direcionadas ao alívio desse sintoma. Medidas farmacológicas, como administração de opióides e não farmacológicas, como técnicas de relaxamento, práticas alternativas e complementares, devem ser consideradas e realizadas, conforme a vontade do paciente (Pulido *et al.*, 2010 *apud* Cecconello, 2022).

Corroborando com os autores acima, Dadalto *et al.* 2021 acrescenta que, a dor é uma vivência única, difícil de explicar ou comparar. É um desafio para o profissional compreender tal relato pertencente a quem está sentindo. A dor traz consigo muitas outras perdas, a normalidade da vida, a saúde, a incerteza do futuro, e impõe limitações progressivas. Esse sintoma é o que mais se destaca em pacientes em cuidados paliativos.

Outro sintoma comum é a hipersecreção de vias aéreas, muito angustiante para os familiares e prestadores do cuidado. Alguns manejos junto ao fisioterapeuta devem ser considerados, como posicionamento do paciente, afim de facilitar a drenagem. O uso de corticosteroides, antibióticos macrolídeos e anticolinérgicos, conforme prescrição médica. Deve ser avaliada a real necessidade de ações como aspiração e evitadas, devido ao procedimento doloroso, invasivo e desconfortável ao paciente. A sedação deve ser a última opção (ANCP, 2012).

O delirium é um diagnóstico comum ao longo da evolução de doenças em paciente em CP. Na prática, toda a equipe multidisciplinar atuante deve estar capacitada a detectar esse quadro, pois implica diretamente na comunicação do paciente e causa grande preocupação aos familiares. Em casos avançados de fase terminal, o delirium costuma ser um anunciador da morte, em dias ou semanas (ANCP, 2012).

As formas do delirium podem apresentar-se em hiperativa ou hipoativa. Na primeira, o paciente apresenta-se inquieto e pode estar agressivo, já na segunda, apresenta-se confuso, lento, apático. Ambas as formas dificultam para o profissional a identificação dos demais sintomas que o paciente pode apresentar, sendo assim, é necessário desenvolver ações de medidas preventivas a esse evento sempre que possível. Mudanças ambientais, objetos de orientação, estratégias para melhorar a qualidade do sono, correção de quadros de desidratação e medidas farmacológicas com haloperidol, benzodiazepínicos e antipsicóticos atípicos, podem ser aplicadas e utilizadas para controle dos episódios. A sedação paliativa é indicada quando há grande desconforto nos familiares e principalmente no próprio paciente (ANCP, 2012).

Quando a morte se faz inevitável e o tratamento curativo não se faz eficaz para aquela patologia, o cuidado se concentra em minimizar o sofrimento. Nesse contexto, todo e qualquer tratamento ou procedimento invasivo se torna prejudicial ao paciente. Em casos de terminalidade, a lucidez e a tomada de decisões muitas vezes não são possíveis, o paciente acaba perdendo a autonomia nesse sentido. As

medidas de conforto se fazem presentes quando o plano terapêutico curativo perde o benefício e se torna agressivo ao paciente (Cecconello, 2022).

Conforme Franco *et al.* (2017), na fase final, onde a vida se encontra em dissolução, os CP se fazem presente para proporcionar para aquele ser a dignidade durante e no momento de sua partida. Esse movimento traz a expressão kalotanásia (kalós: boa; thánatos: morte) dando sentido aos cuidados paliativos.

Quando se encontra a terminalidade da vida, a comunicação objetiva e clara estabelece confiança entre o profissional, paciente e familiares, faz com que o atendimento seja humanizado inclusive nas palavras. O ouvir, o interesse em cumprir com os desejos revelados durante uma visita, a observação das inquietações que podem ser apresentadas pelo meio, comunicação não verbal, possibilitam ao profissional traçar planos, mesmo que não haja o que ser feito pela doença evidente, mas reconhecendo que ainda há o que ser feito pelo centro, que é o paciente (Cecconello, 2022).

Arantes (2019, p. 44) traz em seu livro o seguinte pensamento:

Os cuidados paliativos podem ser úteis em qualquer fase da doença, mas sua necessidade e seu valor ficam muito mais claros quando a progressão atinge níveis elevados de sofrimento físico e a medicina nada mais tem a oferecer.

Neste sentido a compreensão e o conhecimento dos profissionais sobre esse assunto, de que pacientes com doenças crônicas incuráveis, levados a se submeterem a condutas e tratamentos invasivos, como por exemplo, quando direcionados a Unidades de Terapias Intensivas (UTI), que por sua vez oferecem um sobreviver precário, com ausência de qualidade de vida, muitas vezes apenas vegetativo, revelam que tais ações são prolongadoras do sofrimento, impondo o adiamento da morte, tendo em vista que a terminalidade é inevitável nesses casos (ANCP, 2012).

Cardoso (2013) complementa que, para alcançar a totalidade do cuidado, torna-se fundamental que o profissional adote uma postura reflexiva em relação às suas práticas, de modo que as instituições hospitalares visem a dignidade e totalidade do ser humano.

Há uma estimativa de que cerca de 20 milhões de pessoas em todo o mundo necessitam de CP no fim de sua vida (Souza, M., 2022).

No Brasil, estima-se que havia a indicação paliativa para 765.855 pessoas no ano de 2020, aumentando a cada ano (Souza, L., 2022).

Ainda há uma resistência na implantação dos CP, que ultrapassam a questão técnica. A oferta desse serviço é realizada muitas vezes apenas para pacientes com neoplasias sem chances de cura, isso ocorre na maioria dos países (Souza, M., 2022).

Entretanto, os CP ainda estão em desenvolvimento no Brasil, devido a sua difícil implementação e capacitação profissional. A principal dificuldade para a construção de outras unidades de CP em países subdesenvolvidos é a falta de suporte e apoio governamental, pois muitos governos não compactuam com essa filosofia do cuidado (Garcia; Rodrigues; Lima, 2014 *apud* Pulga *et al.*, 2019).

A Aliança Mundial de Cuidados Paliativos em Hospitais (Worldwide Hospice Palliative Care Alliance) realizou um mapeamento mundial do desenvolvimento dos CP em hospitais. O Brasil teve a classificação em nível 3b, sendo um nível médio para esses cuidados, porém as características reais do Brasil em nível de cuidado são inferiores. Pode-se apresentar alguns exemplos como a limitação de disponibilidade de morfina, os serviços de CP são menores comparados a população que necessita e há falta de informação das pessoas em geral, incluindo profissionais e políticos, acerca do assunto (Linch; Connor; Clark, 2013 *apud*, Rodrigues, 2022).

Verri (2019) afirma que, ainda existem profissionais que relacionam a morte de pacientes ao seu fracasso profissional, ao invés de associar a uma circunstância inerente à vida. Percebe-se que, principalmente para a equipe de Enfermagem, não é fácil lidar com a morte e isso faz com que alguns desses profissionais tentem fugir da situação ou do cuidado desses pacientes.

Pode-se destacar ainda a cultura da medicalização da vida, onde muitos profissionais da saúde, que não estão instrumentalizados de conhecimento, constroem suas ações e condutas em vencer a morte a qualquer custo, causando assim sofrimento ao paciente, violando a dignidade humana (ANCP, 2012).

Vale ressaltar a importância do aprofundamento do conhecimento dessa temática, como diz Souza, M. (2022, p. 163) em seu artigo:

O estudo dos cuidados paliativos em pacientes sem possibilidades terapêuticas é necessário devido à importância da assistência humanizada, especialmente voltada ao paciente no final da vida, visando aliviar dor e outros sintomas físicos, controlar questões psicossociais e auxiliar na compreensão da morte.

A urgência de se abrir discussões sobre tal tema se dá pela expectativa de vida que aumentou a partir da segunda metade do século XX, juntamente com o

avanço tecnológico e da ciência em saúde. Como consequência do envelhecimento da população, logo apresenta-se o aumento significativo de pessoas com doenças crônicas e com necessidade de CP (Alves *et al.*, 2014 *apud* Alves *et al.*, 2019).

### **2.2.1 Cuidados Paliativos em Domicílio**

Para Vasconcelos e Pereira (2018), os CP estão em processo de construção e requerem ação de uma equipe interdisciplinar que desenvolvam estratégias e ações para sua total implantação. Nesse meio de abordagem não se limita apenas a aplicação das ações, mas também ao interesse e compromisso do cuidado. Podem ser realizados em diversos cenários, como instituições de longa permanência, ambulatórios especializados, hospices e em ambiente domiciliar, sendo esse último pouco praticado no Brasil.

Vasconcelos e Pereira (2018) prosseguem elencando que ao ser prestado em casa, o cuidado vai além da cura da doença que acomete o usuário. É modificado a forma da produção do cuidado em saúde e valoriza-se aspectos culturais, históricos, psíquicos, sociais e espirituais. Ademais, juntam aos CP sem perder essa intencionalidade.

É estabelecida uma relação de autoconfiança quando o profissional de saúde começa de fato a conhecer o usuário que está cuidando, em todos aspectos: físicos, sociais e espirituais. O cuidado em vista de cura é abandonado e o ambiente é reconstituído à medida que aquela relação é estabelecida, além do profissional reconhecer os sujeitos em volta do usuário (Vasconcelos; Pereira, 2018).

Tais ações caminham em direção ao encontro dos princípios do CP, porque dão suporte para a autonomia do paciente, onde ele vive o mais ativamente possível, aliviam as dores, integram aspectos sociais psicológicos e espirituais do paciente, descrevem a morte como processo natural (ANCP, 2012).

As relações estabelecidas em domicílio não utilizam máquinas, estruturas organizacionais e equipamentos, mas sim a relação da tecnologia leve (relações de vínculo, autonomia do paciente e cumplicidade) associada as técnicas de alívio do sofrimento dos pacientes. Elas permitem a participação do sujeito em cuidado e isso facilita a humanização, sem objetivar a cura e sim proporcionar conforto e alívio de sentimentos (ANCP, 2012).

O cuidado centrado proporciona a diminuição do tempo de internação hospitalar, e assim, aumento dos números de leitos hospitalares disponíveis para

outros fins. A criação do projeto terapêutico singular (PTS) destinado exclusivamente para o paciente é um dos benefícios que o CP prestados em domicílio proporciona. Em contrapartida, é necessário reorganizar o ambiente domiciliar para que este, junto aos familiares ou responsáveis, promovam o cuidado adequado (Hesler *et al.*, 2020).

As orientações necessárias para o paciente em CP são traçadas no PTS individualizado, que contém os objetivos de cuidado para a promoção dos cuidados na atenção domiciliar. Com ele, é construindo um plano de cuidado voltado para o sujeito assistido sob uma ótica de singularidade. Vale ressaltar que é criado, formulado e reformulado constantemente pela equipe multiprofissional para envolver o usuário, seu cuidador e familiares no plano de cuidado, visando conforto e autonomia do paciente (Silva; Duarte; Fernandes, 2022).

Vasconcelos e Pereira (2018, p. 11) apresenta 8 passos indicados pela OMS para implantar o serviço do CP em domicílio, citados a seguir:

1. Avaliar necessidades dos pacientes e recursos disponíveis;
2. Estabelecer formalização da organização por meio de termos de referência e registro com autoridades;
3. Criar um plano de ação (quais recursos serão necessários, como pode-se obtê-los, público alvo e serviços que serão cobertos);
4. Recrutar e desenvolver um programa de treinamento contínuo;
5. Mobilizar recursos;
6. Integrar dentro do sistema de saúde, associando com a atenção primária e a terciária de referência da operadora;
7. Divulgar o serviço;
8. Encorajar a participação de associações, grupos e estudantes.

Algumas das vantagens do cuidado domiciliar está em: sentimento de conforto e proteção, onde as necessidades do paciente são atendidas de acordo com sua preferência e os cuidadores estão disponíveis para o paciente durante todo o plantão. Em contrapartida, tem-se como desvantagens a dificuldade de obter a declaração de óbito quando o paciente evoluir para o óbito, pacientes que vivem em zona rural e estão em grandes distâncias tem dificuldades de acesso caso precisem de recursos complementares de saúde e a disponibilização de drogas pode ser demorada, conforme o serviço estiver estruturado. (ANCP 2012).

Entre as vantagens citadas acima, a maior é a liberdade de não ter que seguir a rigidez que o ambiente hospitalar muitas vezes impõe, como o cumprimento dos horários e regras. Suas necessidades são atendidas de acordo com suas preferências e no domicílio encontram o retorno do ventre materno, onde há

aconchego, proteção. Local que é procurado pelas pessoas em situação de vulnerabilidade com doenças que ameaçam a vida (ANCP, 2012).

Vasconcelos e Pereira (2018) apontam que, uma das dificuldades em aceitar o atendimento na casa do paciente se dá pela preocupação expressada da família em não conseguir ofertar conforto suficiente para sintomas, como dor ou falta de ar apresentados pelo paciente. Para que a equipe preveja tais acontecimentos é necessário utilizar algumas ferramentas como a escala de PPS (Escala de Performance Paliativa), junto a percepção de sinais e o manejo correto dos sintomas.

A escala de PPS tem como papel auxiliar o profissional, obtendo indicadores de 0 a 100%, classificando o paciente de acordo com o seu estado, possibilitando acompanhar amplamente a evolução da doença de acordo com a capacidade de realizar as atividades básicas e quais as necessidades de iniciar os cuidados de fim de vida, documentando cada declínio. Quanto mais próximo da classificação 0, o tratamento curativo passa a não ter mais benefícios, o sofrimento torna-se intenso e os cuidados paliativos buscam então minimizar o sofrimento e promover a dignidade humana (Vasconcelos; Pereira, 2018).

Pode-se observar melhor no quadro 1:

QUADRO 01 - ESCALA DE PERFORMANCE PALIATIVA (PPS)

%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de consciência
100	Completa	Normal, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Normal, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzia	Incapaz de realizar <i>hobbies</i> , doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão

(continua)

QUADRO 01 - ESCALA DE PERFORMANCE PALIATIVA (PPS) (conclusão)

%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de consciência
40	Acamado	<i>Idem</i>	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
30	Acamado	<i>Idem</i>	Dependência completa	Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
20	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Ingestão limitada a colheradas	Completo ou com períodos de confusão
10	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	-	-	-	-

Fonte: Arantes, 2009, p. 25, *apud* Vasconcelos e Pereira, 2018, p. 7, adaptado pelas autoras.

Diante de uma doença grave, onde o fim é incontestável, a família na maioria das vezes adoece junto. É nesse cenário que pode ocorrer fortalecimento ou a desintegração dos laços afetivos. É essa rede de suporte, a família, que pode ajudar ou dificultar a trajetória (Arantes, 2019).

Esse tipo de assistência a domicílio, com a participação da família integrando os aspectos psicossociais e espirituais, direcionam o cuidado não apenas ao paciente, mas também para a sua rede familiar. A assistência a essa rede permite vivenciar e trabalhar o luto, acompanhar junto a equipe nos cuidados diários as pioras consequentes da patologia, e a preparação para o momento final (Vasconcelos; Pereira, 2018).

Por fim, Vasconcelos e Pereira (2018) ressaltam que, para o paciente que recebe a assistência em ambiente domiciliar, esse vivencia de fato o aumento da qualidade de vida, reduzindo demandas, internações, risco de adquirir infecções e ainda possibilita ao sistema a redução de custos associados a atenção hospitalar.

### 2.2.2 Equipe Multidisciplinar

O trabalho da equipe multiprofissional é um modelo coletivo que se configura na reciprocidade entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação de profissionais de diferentes áreas. A articulação das ações multiprofissionais e a cooperação se dá por meio da comunicação (Ferreira; Varga; Silva, 2009).

A assistência multiprofissional requer disponibilidade por parte de cada integrante e humildade em reconhecer posições e conhecimentos diferentes em relação a um mesmo objetivo. É importante que cada profissional tenha interesse e curiosidade pela área de seu colega e valorize o trabalho de cada membro da equipe, afim de auxílio mútuo nas dificuldades (Ferreira; Varga; Silva, 2009).

A multiprofissionalidade é considerada uma estratégia que orienta e possibilita a realização de assistência integral. Erroneamente, confunde-se com interdisciplinaridade. A primeira retrata uma justaposição de diversas disciplinas e cada profissional atuará de acordo com o seu saber especializado; o processo terapêutico é fragmentado. A segunda implica na interação entre duas ou mais disciplinas, sendo que essa interação se reflete na integração de conceitos-chave, na epistemologia e na organização da pesquisa e do ensino (Saar; Trevizan, 2007, p. 107).

Por buscar cuidar do indivíduo de modo holístico em todos os aspectos: físico, mental, espiritual e social, os CP requerem a ação de uma equipe multiprofissional (Freitas; Pereira, 2013; Hermes; Lamarca, 2013 *apud* Cruz *et al.*, 2021).

As intervenções técnicas no cuidado devem ser secundárias às relações interpessoais que se estabelecem entre a equipe multidisciplinar e os pacientes. A assistência deve produzir um atendimento harmônico e convergente, adequado para cada momento individualizado e integral (Cardoso *et al.* 2013).

Na assistência paliativa, que se faz por meio de uma abordagem complexa e que objetiva atender todas as dimensões do ser cuidado e de sua família, é priorizado uma equipe multiprofissional, que deve contar com enfermeiro, psicólogo, médico, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, dentista e assistente espiritual (Cardoso *et al.* 2013).

Além de realizar estratégias de assistência, a equipe multiprofissional deve se empenhar em executar medidas que objetivam promover alívio ao sofrimento emocional, social, físico e espiritual, e necessita haver uma humanização no cuidado, preocupando-se com todas as fases da doença (Oliveira *et al.*, 2019 *apud* Nascimento; Fonseca, 2021).

Esses cuidados formulados pela equipe multiprofissional devem ser pensados de forma única e individualizada para cada paciente e seus familiares. É direcionado o plano para os que acompanham o paciente em todo o processo, afim de amenizar agravos e levar a condições que não incapacitem os pacientes nesse

momento. Essa equipe proporciona um cuidado integral e humanização do processo de morte (Franco *et al.* 2017).

Essa humanização e acompanhamento multidisciplinar supre as necessidades dos pacientes e traz maior autonomia e independência, pois o foco fica cada vez menor na patologia ou agravo e maior no paciente (Franco *et al.* 2017).

Esses profissionais com foco no paciente, estão juntos em busca de uma tarefa comum, o bem-estar. Seus conhecimentos em sua área de atuação e a interação com os demais integrantes da equipe, são colocados à serviço do paciente (Bifulco, 2010 *apud* Lorenzoni; Vilela; Rogrigues, 2019).

Em suma, quando se direciona para o CP em domicílio, ter uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas é de extrema importância, pois ocorre a interação das múltiplas profissões e especialidades voltadas à saúde. O cuidado e assistência de equipe em favor do paciente se torna indispensável. Além disso, o cumprimento do objetivo comum exalta a qualidade da assistência, gerando ótimos resultados. Assim sendo, o trabalho em equipe se torna de grande valia para o desenvolvimento efetivo da assistência e do cuidado ao paciente (Hesler *et al.*, 2020).

Por fim, é função da equipe multidisciplinar fornecer suporte, conforto, assistência humanizada e ser transparente, com comunicação clara para o paciente e sua família, auxiliar no luto, temor, dúvidas, estresse e frustração, aplicando as melhores intervenções (Oliveira *et al.*, 2019 *apud* Nascimento; Fonseca, 2021).

O sucesso do cuidado integral é garantido quando há uma equipe interdisciplinar que acolha os usuários e familiares. Cada profissional que pertence a ela compartilha as necessidades que são manifestadas pelos usuários em ambiente domiciliar. Juntos, realizando suas atividades com comprometimento, possibilitam aliviar os sofrimentos sociais, espirituais das pessoas em situação de CP (ANCP 2012).

### **2.2.3 Comunicação**

A comunicação permeia todas as ações do ser humano no desempenhar de suas funções e é intrínseca ao comportamento humano. Origina-se do latim *communicare*, que significa pôr em comum. Através dela ocorre o compartilhamento de ideias e propósitos, entendendo-se como uma técnica de trocas de saberes e de entendimentos das mensagens recebidas (Andrade; Costa; Lopes, 2013).

No âmbito da Enfermagem, a comunicação engloba sentimento, sensibilidade e cooperação. Ela impulsiona a relação entre profissional e paciente e, se bem aplicada, transforma-se em uma estratégia importante para o desenvolvimento da prática dos cuidados paliativos. Além das palavras e do conteúdo, a comunicação contempla o ouvir, olhar, postura e essa medida terapêutica é eficiente para o diálogo e compreensão desses pacientes (Andrade; Costa; Lopes, 2013).

Ao utilizar a comunicação, o enfermeiro permite ao paciente participar das decisões e do cuidado e assim acolhe empaticamente as suas necessidades, bem como de seus familiares (Andrade; Costa; Lopes, 2013).

A literatura esclarece que o enfermeiro ao prestar assistência ao paciente de forma holística, fazendo o uso da comunicação como uma ferramenta para o estabelecimento de uma relação de confiança, atende as suas necessidades e se fortalece diante do enfrentamento de perdas, de doença, de incapacidades e de morte. Esse fortalecimento incide do resultado do cuidado, pela promoção do conforto, do alívio da dor e da preservação da autoestima do paciente. Portanto, ao estabelecer relação com o paciente, com base na confiança, o enfermeiro favorece um vínculo de cuidado com ele, que embasa o relacionamento interpessoal, tem a sensação de missão desempenhada e sente-se realizado e satisfeito. (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013, p. 2525).

A comunicação interpessoal com os pacientes em CP, representa a essência do cuidado. Ela sustenta a fé e a esperança para eles nos momentos difíceis de enfrentamento. Nessa troca de informações, é necessário que haja uma compreensão do ser humano como um ser que além da dor física, tem necessidades que aparelhos de alta tecnologia e fármacos não conseguem suprir. Os conflitos existenciais devem surgir e o paciente precisa ser amparado, confortado, e compreendido pelo profissional de saúde que o cuida. Ao compartilhar seus medos e anseios, o paciente deve perceber expressões de compaixão, afim de criar afeto na relação com o profissional, passa a existir o sentimento de fazer e ser parte importante de todo o conjunto, tem-se então a paz interior e a certeza de que está protegido e consolado (ANCP, 2012).

A comunicação no CP é suporte para os pacientes expressarem seus anseios. É preciso desenvolver e oferecer um cuidado integral e humanizado que só é possível quando a comunicação for realizada de forma adequada e efetiva. Assim, além de criar uma relação afetiva com o paciente, é um pilar fundamental para implementação ideal da prática do cuidado (Andrade; Costa; Lopes, 2013).

A comunicação e a relação interpessoal em CP, asseguram o respaldo total dos pacientes e suas famílias. O acolher engloba reconhecer o ser humano que está

em sofrimento e sanar as necessidades que não foram tratadas pelas intervenções médicas e medicamentosas. Com isso, os pacientes compartilham suas angustias, ocorrendo a possibilidade de autonomia em relação ao vivenciar suas mudanças, sentir suas perdas de funcionalidades significativas, além de compartilhar as formas possíveis de enfrentar a condição que está passando no momento, minimizando os sintomas e o sofrimento (Campos; Silva; Silva, 2019).

O acolhimento requer que o cuidador do paciente em processo de morte tenha a habilidade de escuta. A medida que ela é atenta e reflexiva, é passível de identificação das reais demandas do paciente, sendo um instrumento valioso dos profissionais de saúde atuantes na área dos CP. Nesse processo de terminalidade, o paciente quer ser ouvido e compreendido, quer ter a percepção de estar sendo assistido emocionalmente e espiritualmente (ANCP, 2012).

O ouvir atento e a comunicação interpessoal, quando utilizados de maneira sensível, decifram informações essenciais e possibilitam o planejamento de ações que podem oferecer conforto para a aflição e ansiedade dos pacientes em fases terminais, fornecendo ferramentas para impulsionar a qualidade no ato de cuidar (ANCP, 2012).

### 3 MÉTODO

Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo. O estudo foi construído na sede do Programa Melhor em Casa, do Município de Criciúma, Extremo Sul Catarinense. A população estudada são profissionais da equipe multidisciplinar atuantes do programa, totalizando oito profissionais.

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa é qualitativa, descritiva, exploratória e de campo.

Martins e Theóphilo (2009) descrevem que este tipo de pesquisa busca estudar fenômenos referentes às ciências humanas e sociais, onde é necessário que o pesquisador esteja inserido de forma direta e com contato prolongado no ambiente pesquisado.

Para Michel (2015), a pesquisa qualitativa conecta o pesquisador ao objeto de estudo através de uma ligação especial, dinâmica, contextual e temporal, onde ambos se encontram na mesma realidade.

Martins e Theóphilo (2009, p. 141) define que, esta pesquisa tem a descrição como maior característica. “Descrição de pessoas, de situações, de acontecimentos, de reações, inclusive transcrições de relatos.” Para esta pesquisa, qualquer detalhe é importante afim de compreender a realidade.

Michel (2015) corrobora descrevendo que, a pesquisa qualitativa não evidencia a verdade por meios numéricos ou estatísticos, ela apresenta-se na experimentação empírica, com análises detalhadas, coerentes, explanando as ideias de forma lógica.

Como conclusão, Michel (2015, p.40) propõe que, os fatos nas ciências sociais não são exatos, e “sua interpretação não pode ficar reduzida a quantificações frias e descontextualizadas da realidade.”

A pesquisa exploratória é baseada na definição de objetivos e coleta de dados sobre o objeto de estudo, sendo caracterizado pela busca de informações para responder a uma dúvida ou preencher uma lacuna de conhecimento (MICHEL, 2015).

Para Selltiz *et al.* (1967 *apud* Gil, 2002), este tipo de pesquisa almeja ter um contato mais próximo com o problema, buscando deixá-lo mais claro, ou elaborar hipóteses sobre ele. Tem como principal objetivo aperfeiçoar as ideias. Em sua maior parte, as pesquisas exploratórias buscam levantamento bibliográfico, pesquisar

indivíduos com experiência prática com a problemática estudada e analisar exemplos que melhorem a compreensão.

Gil (2002) explica que, o principal objetivo da pesquisa descritiva é evidenciar as características de uma população ou fenômeno ou definir relações entre variáveis. A utilização de questionários e observações sistemáticas são as principais características desta pesquisa.

A pesquisa descritiva verifica, descreve e explica problemas, fatos ou fenômenos da vida real, com a precisão possível, observando e fazendo relações, conexões, considerando a influência que o ambiente exerce sobre eles. Não interfere no ambiente; se objetivo é explicar os fenômenos, relacionando-os com o ambiente. (Michel, 2015, p. 54).

As pesquisas exploratória e descritiva, são as mais utilizadas para pesquisas sociais (Gil, 2002).

Segundo Michel (2015, p. 51), o estudo de campo é realizado em ambiente natural, a fim de “observar, criticar a vida real, com base em teoria, para verificar como a teoria estudada se comporta na vida real.” Assim pode alcançar os objetivos e responder a problemas comparando a teoria com a prática.

Gil (2002) demonstra que, o estudo de campo tem como foco uma comunidade. Pode ser ela de trabalho, de lazer, de estudos ou qualquer outra atividade que envolva pessoas. Sua pesquisa é realizada diretamente no local, através de observação da comunidade estudada, para ter maior experiência com a situação, maior entendimento e maior levantamento de dados sobre o grupo estudado. Seus costumes, regras, e convenções que os regem.

### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

Sede do Programa Melhor em Casa, Endereço: Rua Luiz Pirolla de Noé, nº 150, Vila Isabel, CEP 88818-170 do município de Criciúma-SC, Santa Catarina.

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo são 8 (oito) profissionais da equipe multidisciplinar, atuantes no Programa Melhor em Casa do município de Criciúma – SC.

### 3.4 COLETA DE DADOS

#### **1º Momento:** Etapa inicial

O projeto de Trabalho de Conclusão do Curso – TCC foi encaminhado ao setor de protocolo da Prefeitura Municipal de Criciúma. Após aprovação foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC (Universidade do Extremo Sul Catarinense); e depois de aprovado conforme o número do CAAE 70662623.5.0000.0119, no anexo D, e por conseguinte foi realizado a pesquisa e coleta de dados.

**2º Momento:** Foi realizado o reconhecimento do campo de pesquisa, sede do Programa Melhor em Casa, Endereço Rua Luiz Pirolla de Noé, nº 150, Vila Isabel, CEP 88818-170 do município de Criciúma-SC, e diálogo com a coordenação do serviço.

**3º Momento:** Realizado a seleção intencional dos profissionais membros da equipe multiprofissional de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

**4º Momento:** Realizado a entrevista semiestruturada (Apêndice A) com os profissionais da equipe multidisciplinar, presencialmente e individualmente pelas acadêmicas de enfermagem. Duração média da entrevista foi em torno de 20 minutos com cada profissional.

Este tipo de entrevista oferta liberdade ao entrevistado, possibilitando explorar de forma mais ampla cada questão. Cada entrevistado responde a mesma quantidade de perguntas, sem limitações de resposta, fazendo com que estas possam ser explicadas. O entrevistador pode, ao decorrer do desenvolvimento do projeto retirar ou incluir questionamentos que achar oportuno, de forma que não perca a essência do assunto, mantendo o foco em todas as entrevistas (Michel, 2015).

“A entrevista é uma forma de diálogo do pesquisador com os sujeitos pesquisados. (...) A finalidade desse diálogo é obter informações e dados sobre determinado assunto ou problema.” (Alexandre, 2014, p. 43).

**5º Momento:** Realizado a análise e interpretação das entrevistas, através da categorização de dados.

Após a coleta de dados, se faz necessário averiguar se os dados observados correspondem aos dados esperados pelas questões da pesquisa. Inicia-se então a verificação empírica dos dados coletados. É possível surgir novos elementos e situações não cogitados no início, para isso busca-se “... interpretar os

fatos não cogitados, rever ou afinar as hipóteses, para que, ao final, o pesquisador seja capaz de propor modificações e pistas de reflexão e de pesquisa para o futuro.” (Gerhardt; Silveira, 2009, p. 58).

### 3.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados qualitativos foram coletados através das entrevistas semiestruturadas realizadas individualmente com cada profissional da equipe multidisciplinar em sua vivência, atuação e conhecimento em atendimentos realizados com pacientes em cuidados paliativos e ocorreram através de organização, classificação e avaliação final dos dados pesquisados.

Para Minayo (2008), a análise de dados de uma pesquisa qualitativa compreende técnicas de pesquisa que possam tornar replicáveis e válidas conclusões sobre os mesmos em um determinado contexto, utilizando métodos especializados e científicos.

Em seguida é necessário classificar os elementos analisados, categorizando esses dados por determinados critérios. Cabe dizer que não é uma tarefa obrigatória, mas é frequentemente utilizado a categorização dos dados para facilitar a análise (Richardson, 1999).

### 3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os sujeitos do estudo assinaram um termo de consentimento que assegura o sigilo da identidade dos participantes. Esse termo segue as exigências formais contidas na resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

A Resolução 510/16 aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, incorpora “autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade” (Brasil, 2012, p. 1).

Os participantes da pesquisa serão esclarecidos sobre a “natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que está possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades” (Brasil, 2012, p. 2).

A Resolução assegura direitos e saberes aos sujeitos da pesquisa e do estado. O consentimento livre e esclarecido prevê anuência do participante da pesquisa e/ou de seu representante legal, depois de explicação detalhada e completa

da natureza dele, seus objetivos, benefícios previstos, métodos, potenciais riscos e o incômodo que está possa acarretar, autoriza a participação na pesquisa (Brasil, 2012).

É necessário manter a privacidade, anonimato e confidencialidade no decorrer da pesquisa. Por ser em humanos, ela deve tratá-los com dignidade e respeito. É utilizado o termo de consentimento livre e esclarecido que contém as informações aos participantes, como objetivo da pesquisa, riscos e benefícios, métodos e anonimato, privacidade em relação à pesquisa. (Anexo B).

## 4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Criciúma, deu-se início a coleta de dados com os colaboradores participantes pré-selecionados.

A entrevista realizada com os colaboradores da equipe multiprofissional da Instituição do Programa Melhor em Casa, da Prefeitura Municipal de Criciúma, teve como objetivo compreender a percepção dos profissionais quanto aos cuidados paliativos.

Foi aplicado a entrevista semi-estruturada com os profissionais da equipe multiprofissional do Programa Melhor em casa, caracterizando o perfil através de levantamento de dados da faixa etária, tempo de atuação na área da saúde e também no programa mencionado acima, sexo, além das perguntas a respeito do tema.

Para preservar o sigilo dos participantes das entrevistas, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 466/12 que envolvem pesquisa com Seres Humanos e Grupos Vulneráveis, os mesmos serão identificados com a letra "P", a fim de diferenciá-los.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NO PROGRAMA MELHOR EM CASA

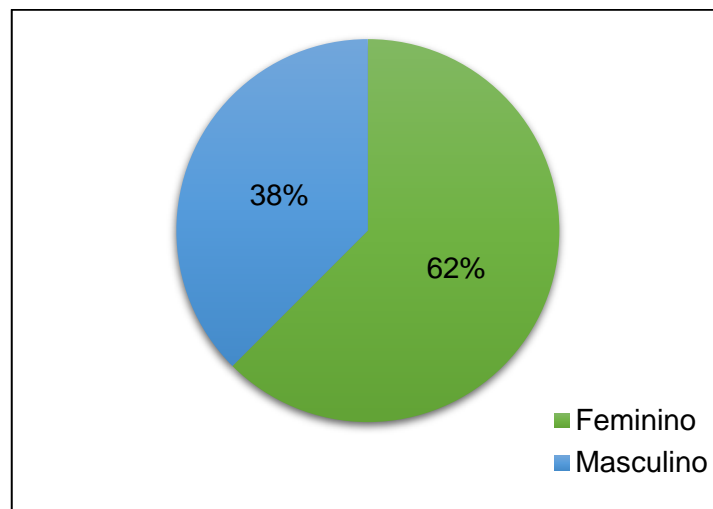
Os entrevistados atuam nas mais diversas áreas da saúde, no Programa Melhor em Casa, como mostra o quadro 2. Devido ao fato de haver apenas 1 profissional em cada área, exceto técnicos de enfermagem, que se apresentam 2 profissionais, a tabela não apresentará a coluna designação, para a preservação da identidade dos participantes. Foram entrevistados ao todo oito (8) profissionais, com faixa etária entre 33 e 52 anos, atuantes na área da saúde em média há 13 anos e com tempo de atuação no programa entre 1 mês e 4 anos. A maior parte do sexo feminino (gráfico 1), e com alguma especialização. Nos dias designados para a coleta de dados haviam três profissionais afastados, um profissional em férias, outro com atestado médico e o terceiro não estava presente no local, dessa forma os citados não foram entrevistados.

Quadro 2 – Tempo de atuação no programa e especialização

PROFISSIONAIS			
Idade	Tempo de atuação no programa	Profissão	Especialização
35	6 meses	Médico	-
45	1 mês	Assistente social	Gestão de pessoas
33	1 mês	Nutricionista	Pós graduação em nutrição enteral
39	1 mês	Técnico em enfermagem	Auditoria em saúde/urgência e emergência
37	1 mês	Técnico em enfermagem	-
36	2 anos	Enfermeiro	Mestrado em Ciências da Saúde, especialização em atenção domiciliar
52	4 anos	Fonoaudiólogo	Disfagia e fonoaudiologia hospitalar
43	3 anos	Fisioterapeuta	Fisioterapia Hospitalar

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Gráfico 1 – Gênero dos participantes da pesquisa



Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Abaixo estão apresentados os questionamentos direcionados aos profissionais entrevistados e suas respectivas respostas.

#### 4.2 DEFINIÇÃO DE CUIDADO PALIATIVO

Para iniciar os questionamentos pertinentes ao assunto, os profissionais foram indagados acerca da definição de cuidados paliativos. Os participantes

definiram os cuidados paliativos como uma atenção e ação para a melhora na qualidade de vida do paciente, conforme descritos nas falas abaixo:

*“Priorizar conforto do paciente e qualidade de vida no momento de seu estado clínico atual, levando em consideração suas particularidades”* (P1).

*“Consiste em promover a assistência por uma equipe multidisciplinar com a finalidade de melhorar e preservar a qualidade de vida do paciente”* (P2).

*“É um suporte de apoio e orientação ao paciente e ao familiar/cuidador”* (P3).

*“Dar conforto e dignidade ao paciente”* (P4).

*“Medidas de conforto, qualidade de vida à pessoas que estão em situações irreversíveis no quadro de sua patologia”* (P5).

*“São medidas utilizadas quando o paciente se encontra com uma doença sem perspectivas de melhora/cura, visando conforto e qualidade de vida”* (P8).

Corroborando com as opiniões dos participantes, World Health Organization (2020) explanam que, cuidados paliativos trazem uma conduta que visa a melhora na qualidade de vida, não apenas do paciente, mas também dos familiares no enfrentamento da doença. Buscam dar alívio ao sofrimento, a dor, e outros sintomas que possam acometer os envolvidos.

O maior princípio dos cuidados paliativos é oferecer qualidade de vida ao paciente, de forma que o paciente e sua família sintam, na medida do possível, um bem-estar. Deve também, tratar os sintomas e sinais que gerem desconforto (Souza, M. 2022).

Os cuidados paliativos apresentam-se como estratégia terapêutica multiprofissional, composta por médicos, profissionais da enfermagem, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, profissionais do serviço social (Pegoraro; Paganini, 2019).

O foco principal dos profissionais não é a doença que acomete o paciente, mas sim promover todo um cuidado para que resulte no alívio da dor e qualquer outro

sintoma que prejudique a qualidade de vida do paciente (Oliveira *et al.*, 2019 *apud* Nascimento; Fonseca, 2021).

É indispensável a inclusão da família na assistência da equipe de cuidados paliativos, prestando assistência que resulta em conforto a todo o grupo familiar. Ofertar essa atenção traz maior tranquilidade no enfrentamento da morte para o paciente e seus familiares, percepção e aceitação do fim da vida e ajuda a amenizar o sofrimento diante dessa situação tão expressiva (Espíndola *et al.*, 2018).

### 4.3 ATUAÇÃO COM CUIDADO PALIATIVO

Atuar na área paliativa é um grande desafio devido ao que a área exige do profissional. O lidar com a morte ou finitude da vida e sofrimento de um igual não é tarefa fácil, e a atuação envolve corpo e mente sadios para executar um bom trabalho. Diante dessa compreensão, foi questionado aos participantes da pesquisa sobre como foi ingressar nesse trabalho tão importante.

*“No início foi bem impactante ver essa realidade” (P2).*

*“Foi um novo olhar às necessidades de cada um, conforme a demanda de cada paciente” (P3).*

*“Pouco de dificuldade, pelo fato de apego ao paciente e familiares” (P5).*

Para desempenhar um trabalho de excelência, é importante que os profissionais da equipe multiprofissional tenham saúde mental sadia e que seja aprimorada, sendo um bom suporte a esses profissionais que atendem indivíduos no fim da vida, afim de prestar também um bom auxílio aos pacientes em cuidados paliativos e seus e familiares (Silveira; Ciampone; Gutierrez, 2014).

O sofrimento do paciente pode ser absorvido pelo profissional, devido a reações, relações e vínculos, tornando mais difícil a atuação do profissional (Böger *et al.*, 2022).

*“Um pouco frustrante no início por não entender direito que “deixar de investir” no paciente seria o melhor para ele” (P8).*

O sentimento de frustração do participante P8 é apresentado por Oliveira *et al.* (2020), como um reflexo da incapacidade de manutenção da vida absorvida pelo profissional. O fato da cura não ser possível traz o sentimento de impotência para o profissional, visto que foi formado para conservação da vida.

*“Foi novidade, porém uma grande responsabilidade” (P4).*

*“Desafiador, visto que pouco se abordava sobre o tema” (P6).*

Observado pelos entrevistados P4 e P6, que usaram as palavras “novidade” e “desafiador” para se referir a atuação na área de cuidados paliativos, observa-se, segundo Ribeiro e Poles (2019), que os profissionais podem ter dificuldades com esse tipo de cuidado. Pode-se elencar falta de recursos tecnológicos e não saber ao certo como lidar com a família. Os autores apontam que essas dificuldades podem originar-se da não obrigatoriedade de ensino sobre o tema.

É absolutamente clara a necessidade de apresentar os cuidados paliativos, principalmente para os profissionais de saúde, para que conheçam e contribuam com esse cuidado nas áreas da saúde. A educação sobre os CP é escassa e muitos profissionais não conhecem as técnicas desse cuidado (Carvalho; Parsons, 2012 *apud* Alves *et al.*, 2019).

#### 4.4 CUIDADO PALIATIVO COM PACIENTE E FAMÍLIA

O trabalho com cuidado paliativo é sempre desafiador, pois o futuro é sempre incerto. Após questionar sobre o ponto inicial de atuação em cuidados paliativos, viu-se a necessidade de questionar como é atuar com esse tipo de cuidado aliado ao profissional, paciente e família.

*“Uma troca. Os pacientes sempre têm algo a acrescentar” (P1).*

*“É gratificante ver quando o paciente se sente acolhido pela equipe, e o paciente apresenta estado de melhora” (P2).*

*“É levar aos pacientes um auxílio profissional e a empatia diante dos desafios” (P3).*

*“Satisfatório pelo fato de dar apoio e uma qualidade de vida” (P5).*

*“Gratificante e estimulador pelo sentimento envolvido entre usuário x família x equipe” (P6).*

*“Traz uma sensação de missão cumprida, sabendo que isso é o melhor para o paciente” (P8).*

Todas as respostas acima demonstram um sentimento de satisfação com o trabalho e o que podem proporcionar ao paciente paliativo. Silveira, Ciampone e Gutierrez (2014 *apud* Nardino, Oleziak e Quintana, 2021) apresentam a importância de os profissionais se identificarem com o trabalho que desempenham e o sentimento de satisfação com o cuidado empregado nos pacientes, tanto pessoal, como profissional.

Em continuidade com a ideia dos autores acima, Vieira *et al.* (2020), trazem os sentimentos de satisfação, gratidão e carinho como resultado da trajetória na relação paciente e profissionais. A sensação de dever cumprido trazida pelos profissionais entrevistados, pode ser traduzida, segundo as autoras, como prazerosa, devido ao cuidado com os pacientes que precisam de atenção especial, e a melhora na qualidade de vida proporcionada aos mesmos e seus familiares.

#### 4.5 CONFLITO MORAL NO CUIDADO PALIATIVO

A condição de fim de vida e a consciência da impossibilidade da cura trazem um grande peso psicológico para o profissional, paciente e família. Diante disso, foi questionado aos profissionais participantes da pesquisa, se em algum momento do seu trabalho tiveram que enfrentar conflitos morais diante de situações desafiadoras.

*“No início da atuação, onde era absorvido todo sofrimento dos familiares” (P5)*

*“Sim, famílias que desejavam intervenções que não trariam benefício ao paciente” (P6).*

*“Sim, geralmente pacientes muito jovens são difíceis de aceitar como paliativos” (P8).*

A circunstância paliativa do paciente requer que o profissional siga às boas práticas em cuidados paliativos, permitindo compreender que sua atuação pode ser acometida por conflitos morais, mas deve sempre ponderar se suas decisões trarão algo benéfico para o paciente e a situação orgânica em que o paciente se encontra (Campos; Silva; Silva, 2019).

Menezes (2004 *apud* Nardino, Oleziak e Quintana 2021) apontam que, os profissionais em cuidados paliativos, precisam buscar equilíbrio emocional diante das situações que surgem. Da mesma forma que seu lado pessoal lhe faz sensibilizar-se com o sofrimento do paciente, seu lado profissional precisa criar defesas e limites para tal.

A morte é um dos fenômenos naturais da vida, cada indivíduo possui dentro de si um entendimento pessoal sobre esse acontecimento. É algo cultural e traz a crença particular de cada um. O profissional de saúde não é diferente do seu paciente, o mesmo deveria estar mais preparado e romper algumas barreiras e cobranças que a sociedade pode impor na vivência da terminalidade. É possível que o profissional pense que a morte é um erro ou um insucesso de sua conduta de cuidado, levando-o a enfrentar dilemas éticos, morais, bioéticos e, até mesmo, causar hesitações em tomadas de decisões nessa linha de cuidados paliativos (Dadalto *et al.*, 2021).

#### 4.6 PROGRAMA MELHOR EM CASA E O CUIDADO PALIATIVO

Foi questionado aos profissionais participantes da pesquisa como o Programa Melhor em Casa trata o cuidado paliativo, que relatassem sua percepção sobre a intenção do programa para com os pacientes paliativos atendidos.

*“Como uma fase da vida. Um processo natural. A equipe entende que o principal objetivo do nosso programa é auxiliar o paciente, sempre levando em consideração as particularidades de cada indivíduo” (P1).*

*“Como uma atenção especializada e individual” (P3).*

*“Com respeito, carinho e toda determinação” (P5).*

*“De forma multiprofissional e respeitando os dilemas éticos e morais do usuário e da família” (P6).*

*“É o nosso principal objetivo, trazer conforto e dignidade ao final da vida” (P8).*

Em concordância unanime, o Programa Melhor em Casa visa ofertar o melhor atendimento ao paciente que está em cuidado paliativo, com atenção total focada ao que o paciente necessita. Vai além dos cuidados clínicos, proporciona dignidade.

O cuidado domiciliar, pautado no apoio da equipe dos programas de atenção domiciliar como o Melhor em Casa, se direcionam a construção de uma conexão positiva, a favor da cidadania e saúde do paciente. Não se trata de um simples ato de o paciente sair do hospital e receber cuidados em casa, trata-se de um cuidado estruturado da rede multidisciplinar, coordenando todos os cuidados necessários até o fim da vida (Duarte, 2022).

Abordagem integrada e multidisciplinar é o propósito dos programas de atenção domiciliar, com foco para prevenção e alívio do sofrimento, dor e outros problemas, que vão além do físico. Eles funcionam como sistema de apoio para os pacientes, para que vivam ativamente o quanto for possível. O cuidado paliativo em ambiente domiciliar está fundamentado na expectativa de melhorar a qualidade de vida (Oliveira *et al.*, 2017).

Os pacientes esperam da equipe, que realizem o atendimento com escuta qualificada, que não seja baseado apenas em protocolos a relação entre paciente e equipe. A prática da equipe deve sempre estar voltada para o atendimento das necessidades individuais e únicas de cada paciente. Desse modo, as equipes que atendem os CP visam olhar para o cuidar complexo e amplo, direcionado para a totalidade da vida do paciente, visando, acima dos protocolos, o respeito ao sofrimento dele e de sua família (Brasil, 2022).

#### 4.7 PREPARO PARA O CUIDADO PALIATIVO

A pesquisa buscou saber dos participantes sobre possíveis buscas de ampliação de seus conhecimentos. Sabe-se que o conhecimento deve ser sempre aprimorado, para um atendimento de qualidade e seguro, principalmente se tratando de cuidados domiciliares.

*“Sim, pós-graduação em nutrição enteral” (P3).*

*“Sim, especialização em atenção domiciliar” (P6).*

*“Sim, especialização em disfagia e fonoaudiologia hospitalar” (P7).*

*“Sim, fisioterapia hospitalar” (P8).*

Os participantes P3, P7 e P8, possuem especializações direcionadas ao ambiente hospitalar. Hoje, aplicam seus conhecimentos no contexto domiciliar. O participante P6, afirma ter especialização voltada especificamente para a atenção domiciliar.

Os profissionais da saúde devem sempre estar buscando conhecimento científico que complemente a prática assistencial. Os cursos de pós-graduação propõem um preparo direcionado a uma determinada área, para que a sua prática de cuidar seja aprimorada e atenda ao cuidado necessário com o usuário, família, comunidade e cliente (Oliveira *et al.*, 2009).

A qualidade do cuidado no fim da vida é resultante de uma equipe interdisciplinar de saúde com habilidades interpessoais alinhadas, respeitadas e unidas, aplicando seus conhecimentos na área, tanto clínico, quanto técnico. (Sousa; Alves, 2015).

#### 4.8 FACILIDADES E DIFICULDADES

Todo trabalho que envolve pessoas em suas fragilidades possui seus desafios, que podem ser enfrentados com a execução de um bom trabalho. No campo da saúde, esse desafio se mostra maior, pelo fato de lidar com pessoas geralmente debilitadas. Buscou-se saber dos profissionais participantes da pesquisa, quais

facilidades e dificuldades encontram no enfrentamento dos desafios diários, atendendo pacientes paliativos do Programa Melhor em Casa.

#### **4.8.1 Facilidades**

Para os profissionais P1, P2, P6 e P8, uma equipe preparada, qualificada e unida, melhora o atendimento de forma leve, facilitando muito a atuação na área de cuidados a domicílio.

*“Uma equipe apta a auxiliar os pacientes” (P1).*

*“Trabalhar com profissionais qualificados” (P2).*

*“Equipe preparada para uma escuta qualificada, disponibilidade de medicamentos e materiais médico hospitalares” (P6).*

*“Trabalhar em equipe, onde uma área complementa a outra” (P8).*

O cuidado terapêutico em uma equipe multiprofissional exige competência técnica e ética. A ação do cuidar é o processo de trabalho. Na atenção domiciliar, faz-se necessário a atuação da equipe multiprofissional, onde o processo do trabalho se apoia na equipe, seja nos cuidados em domicílio ou internação domiciliar. (Franco; Merhy, 2008 *apud* Araujo *et al.*, 2018).

Em vista da complexidade e das demandas no cuidado em domicílio, e observando o paciente na sua complexidade, é de suma importância a qualificação e especialização dos profissionais que atuam na atenção domiciliar. É necessário desenvolver novas habilidades, transformando as tradições e restrições difundidas em épocas passadas (Castro *et al.*, 2018).

O diferencial de uma equipe para atingir o sucesso apresenta-se quando há troca precisa de informações, dá-se importância para a escuta ativa entre os membros, ter disposição a uma rotina de trabalho complexa, e o compartilhar responsabilidades e dificuldades vividas pela equipe. Uma equipe de CP que contribui entre si, apresenta um serviço de qualidade e alcança o objetivo principal, que é o cuidar do paciente com conforto e dignidade merecida (Fonseca; Geovanini, 2013).

Ao se trabalhar em equipe, um profissional complementa e se transforma com a prática do outro. Inseridos na mesma realidade, são complementares um ao outro e por meio dessa ação interdisciplinar, trocam saberes, contribuindo para um

melhor cuidado em prol do paciente. Somando os olhares de diferentes profissionais, a abordagem total ao indivíduo/família é facilitada (Araújo; Rocha, 2007).

Além dos conhecimentos profissionais, é necessário conhecer a realidade da família e do paciente, para a elaboração de um planejamento equiparado a seus padrões de vida, como relata o profissional P3. Essa visão permite que a equipe tenha mais fluidez no atendimento de cada paciente.

*“Verificar a realidade social da família, podendo orientar conforme o paciente” (P3).*

É necessário ter conhecimento da realidade em que o paciente está inserido. É meta da equipe a promoção, restauração e a manutenção da saúde. É preciso também que haja uma responsabilidade e uma proximidade entre o profissional e o paciente, também ressaltar o paciente no seu processo saúde doença. A atenção domiciliar permite práticas mais próximas do conceito sobre a integralidade. Assim, o paciente e a família têm participação ativa no processo de planejamento, organização, implantar e controlar os cuidados necessários (Brito *et al.*, 2013).

Com a atenção domiciliar, o cuidado se direciona aos aspectos referentes a estruturação familiar, a estrutura oferecida pelos serviços e aos aspectos referentes a infraestrutura do domicílio. É realizado a observação do paciente e de acordo com o grau de dependência de atenção, é realizado acompanhamento contínuo pelo programa (Brasil, 2023).

#### **4.8.2 Dificuldades**

Após os relatos de facilidades no desempenhar das funções atuando no Programa Melhor em casa, foi solicitado na entrevista que os profissionais participantes destacassem também as dificuldades que eles defrontam com os atendimentos. De acordo com as respostas, observa-se que um dos pontos mais citados seria a interação com os familiares, que sofrem juntamente com o paciente e, por vezes, não aceitam conviver com essa realidade por não compreender o cuidado paliativo e a própria situação que o indivíduo em CP se encontra.

*"Familiares muitas vezes não entendem sobre cuidados paliativos e sofrem com a situação atual de seus familiares"* (P1).

*"Talvez seria o fato de conviver quase que diariamente com a dor das famílias e pacientes"* (P4).

*"Lidar com familiares que não aceitam o fato de seu ente entrar em fase terminal"* (P5).

Uma dificuldade significativa é a atuação do Estado brasileiro em integrar os cuidados paliativos na saúde pública. A equipe de saúde, principalmente a equipe médica, não está preparada para manejar a terminalidade da vida dos pacientes, praticando um atendimento de saúde não humanizado e retirando o direito ao acesso de um serviço funcional, eficaz e digno, tanto para o paciente, quanto para os familiares (Dadalto *et al.*, 2021).

Por não entender ou não saber como lidar com a situação do paciente em fase terminal, ocorrem alterações emocionais nos familiares. Por isso, o profissional deve se ater às necessidades da família, prestando apoio e educação nos cuidados, e também buscar recursos que amenizem o sofrimento ao máximo e trazer serenidade na trajetória do cuidado paliativo. (Guadalupe, 2009 *apud* Reigada *et al.*, 2014).

É necessário que as equipes desenvolvam vínculos com o paciente e a família, por meio de uma comunicação eficaz, podendo propiciar recursos emocionais, quando as crises decorrentes da doença e finitude chegarem. Essa inclusão da família nos cuidados paliativos, oferece suporte para que, esses também possam dar o adequado apoio a seus doentes (Espíndola *et al.*, 2018).

Além das dificuldades encontradas no ambiente familiar do ser cuidado, há também a comunicação deficiente entre os profissionais, como descreve o entrevistado P6:

*"Falta de comunicação dos médicos que recusam o diagnóstico da equipe"* (P6).

Alguns obstáculos são enfrentados pelos profissionais no cuidado em pacientes paliativos.

O participante P6 relata a individualidade no meio multiprofissional como uma dificuldade. Para ilustrar essa ideia, Almeida *et al.* (2019), apresenta a necessidade de comunicação e respeito entre profissionais, de forma que estes somem seus conhecimentos das mais diversas áreas, afim de garantir a integralidade do serviço prestado ao paciente.

Ainda é possível citar o conflito entre os profissionais que não aplicam ou que desconhecem os cuidados paliativos, em relação a equipe multidisciplinar já capacitada em atender esse tipo de cuidado, principalmente em ambiente hospitalar (Dadalto *et al.*, 2021).

*"Falta de conhecimento por parte das próprias equipes de saúde" (P8).*

Outra dificuldade preocupante é apresentada pelo participante P8, que se refere a falta de conhecimento dos próprios profissionais no que tange os cuidados paliativos. Para descrever isso, Souza e Alves (2015) apontam que, o fato de lidar com a morte associados a falta de treinamentos, suporte emocional adequados e a inexperiência clínica, afeta a qualidade do tratamento de pacientes que se encontram no fim da vida e assim pode influenciar na expressão da competência desses profissionais.

A falta de abordagem sobre o tema na graduação gera despreparo emocional em graduandos e profissionais já formados, quando se encontram diante da morte ou terminalidade da vida, de forma que, ou ficam desestabilizados psicologicamente, ou indiferentes diante de um assunto que requer mais humanidade e empatia, do que técnica profissional. O assunto CP ainda necessita ser melhor difundido, pois a medicina e enfermagem tratam a morte de um paciente como um oposto do sucesso do profissional de saúde (Pereira; Andrade; Theobald, 2022).

#### 4.9 SUGESTÕES SOBRE O TEMA

Foi solicitado aos participantes nas entrevistas, sugestões sobre o tema, para um melhor conhecimento e entendimento a respeito dos cuidados paliativos. Apresentam-se abaixo suas respectivas opiniões.

*"A importância do tema ser tratado nas faculdades" (P1).*

*“Necessidade de que os cuidados paliativos sejam abordados em todos os cursos da saúde” (P6).*

*“Acredito que todos os profissionais de saúde deveriam ter o conhecimento básico sobre paliativismo” (P8).*

Para abordar essas sugestões, Pereira, Andrade e Theobald (2022), apresentam a importância da aplicação e aprimoramento do ensino em cuidados paliativos em várias áreas da saúde. Esta necessidade se torna válida devido ao número crescente de pacientes que necessitam de tratamento paliativos, um cuidado que deve ser ofertado com qualidade e dignidade. Os autores acrescentam que a formação nesse campo de atuação se mostra, na maioria das vezes, insuficiente no currículo educacional em nível nacional, apontando necessidade de maior abordagem desde a graduação.

Corroborando com os autores acima, ANCP (2017); Guedes *et al.* (2019 *apud* Alves e Oliveira, 2022), apontam lacunas na formação de médicos e profissionais na área paliativa, e que nem todos apresentam habilidades para um cuidado integral e humanizado. Além da situação de não haver profissionais habilitados suficientes, a maior parte do ensino técnico está focado na cura e não na assistência paliativa.

No Brasil, os cuidados paliativos enfrentam fragilidades no real entendimento de seus princípios e atuação pela própria população. Além disso, os profissionais de saúde não são capacitados para tal enfrentamento, o tema não é difundido no ensino das graduações de ciências da saúde e a falta de engajamento na aplicação dos cuidados paliativos pelos entes federativos. Por fim, se faz necessário a criação de estratégias pelo Estado para elevar o entendimento sobre esse tipo de cuidado, e junto à sociedade, construir caminhos para efetivação dessas estratégias nos serviços de saúde (Dadalto *et al.*, 2021).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi abordado neste estudo, o conhecimento a respeito de cuidados paliativos ainda é pouco difundido nas esferas de ensino acadêmico, profissional e população em geral e por isso deve haver uma procura do profissional para especializar-se e assim desenvolver seu conhecimento e prática. Dessa forma observou-se a necessidade da elaboração deste estudo para explicar o conhecimento pertinente aos cuidados paliativos, e como esse tipo de cuidado é visto e compreendido pelos profissionais do Programa Melhor em Casa. Também foi apresentado um referencial teórico que possibilitou a apresentação de informações sobre a atenção domiciliar, o conhecimento em cuidados a domicílio, ao próprio Programa Melhor em Casa e aprofundamento dos cuidados paliativos, do cuidado em domicílio e equipe multidisciplinar

Pôde-se perceber que, além de tratar a doença, é necessário tratar o indivíduo doente e, quando este já não encontra mais possibilidade de cura, precisa ser atendido em suas necessidades básicas de conforto e qualidade de vida, missão essa cumprida e percebida pela equipe multidisciplinar do Programa Melhor em Casa.

Essa missão não é tarefa fácil, presenciar a finitude da vida de um paciente sem possibilidade de cura pode ser frustrante e impactante no início, causado por uma formação deficitária diante do cuidado paliativo. Mas com o tempo, os profissionais relataram que a percepção sobre o trabalho fica mais claro, que o cuidado paliativo vai sendo tratado como deve ser, um processo natural, e percebe-se que o objetivo da equipe não é tratar a doença ou prolongar a vida, e sim, tratar o paciente com atenção, respeito e determinação, ofertando qualidade de vida e dignidade enquanto ele viver.

Diante disso, após expostos os conhecimentos e percepções da equipe multidisciplinar do Programa Melhor em Casa sobre os cuidados paliativos e alicerçados na literatura, pode-se afirmar que o objetivo do estudo foi alcançado.

Por fim, acredita-se ser de grande importância a realização de novos estudos relacionados a esta temática, pois os profissionais participantes da pesquisa apontam que é limitada a abordagem sobre cuidados paliativos. Que as graduações em saúde difundam o desejo dos acadêmicos para a busca dessa atuação, visto que o cuidado paliativo é uma especialização. Para obter esse conhecimento, que o profissional procure ampliá-los com especializações e que sejam cada vez mais

capacitados, para uma atuação que vise o tratamento ao paciente e não a doença. Que a equipe possa dar ao paciente o melhor atendimento possível no fim da vida.

## REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, Agripa Faria. **Metodologia científica e educação**. 2. ed. rev. Florianópolis: Ed. UFSC, 2014. 162 p.
- ALMEIDA, C. S. L. DE. *et al.* Operation of a hospital palliative care service: a fourth-generation evaluation. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 383–390, mar. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/5hYfjd6ByV65qBd9pSytHYF/?lang=pt>>. Acesso em: 12 out. 2023.
- ALVES, R. S. F. *et al.* Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, n. Psicol. cienc. prof., 2019 39, p. e185734, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/NSScM87z94MQRGL8RPtBGzJ/?lang=pt#>>. Acesso em: 10 abr. 2023.
- ALVES, R. S. F.; OLIVEIRA, F. F. B. Cuidados Paliativos para Profissionais de Saúde: Avanços e Dificuldades. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, p. e238471, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003238471>>. Acesso em: 22 abr. 2023.
- ANCP, **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>>. Acesso em: 07 de abr. 2023.
- ANDRADE, C. G. DE .; COSTA, S. F. G. DA .; LOPES, M. E. L.. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. Ciênc. saúde coletiva, 2013 18(9), p. 2523–2530, set. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900006>>. Acesso em: 06 abr.2023.
- ARANTES, Ana Claudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Gmt Editores Limitada, 2019. 192 p.
- ARAÚJO, M. B. DE S.; ROCHA, P. DE M.. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455–464, mar. 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>>. Acesso em: 12 out. 2023.
- ARAUJO, R. C. G. de *et al.* PROGRAMA MELHOR EM CASA: processo de trabalho da equipe multiprofissional. **Itinerarius Reflectionis**, Goiânia, v. 14, n. 4, p. 01–23, 2018. DOI: 10.5216/rir.v14i4.53988. Disponível em: <<https://revistas.ufj.edu.br/rir/article/view/53988>>. Acesso em: 12 out. 2023.
- BÖGER, R. *et al.* PALLIATIVE PROFESSIONALS: STRESSORS IMPOSED ON THE TEAM IN THE DEATH AND DYING PROCESS. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 31, p. e20210401, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0401pt>>. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Bruna Maria Ortiz. Coordenação de Atenção Domiciliar Dab/Sas/Ms. **Melhor em casa. A segurança do hospital no conforto do seu lar.** 2012. Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em-saude/planeja-sus/seminario-de-apoio-institucional-aos-cirs/5334-melhor-em-casa-ms/file>>. Acesso em: 08 abr.2023

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 05 maio 2023.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. A avaliação do paciente em cuidados paliativos / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro : INCA, 2022. Disponível em: <[https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/completo\\_serie\\_cuidados\\_paliativos\\_volume\\_1.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf)>. Acesso em: 01 out. 2023.

BRASIL. Manual Instrutivo do Melhor em Casa. [2011]. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha\\_melhor\\_em\\_casa.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha_melhor_em_casa.pdf)>. Acesso em: 08 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Ed. 225, n.41, p. 276. 31 out. 2018. Seção 1. Disponível em:<[https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710)>. Acesso em: 20 de mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Ed. 78, n.825, p. 33. 26 abr. 2016. Seção 1. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html). Acesso em: 20 de mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.535. de 2 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Ministério da Saúde, 1998. Disponível em <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3535\\_02\\_09\\_1998\\_revog.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3535_02_09_1998_revog.html)>. Acesso em: 20 de mar.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa do SUS, Melhor em Casa, completa nove anos de atuação. Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/novembro/programa-do-sus-melhor-em-casa-completa-nove-anos-de-atuacao>>. Acesso em: 01 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad\\_vol1.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf)>. Acesso em: 20 de mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 2 v. : il. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/caderno\\_atencao\\_domiciliar\\_melhor\\_casa.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Modalidades de atenção domiciliar. **Ministério da Saúde**, 13 de set. 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar/modalidades-de-atencao-domiciliar>>. Acesso em: 25 de mar. 2023.

BRASIL. Serviço de Atenção Domiciliar - Melhor em Casa. **Ministério da Saúde**, 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/atencao-domiciliar/servico-de-atencao-domiciliar-melhor-em-casa>>. Acesso em: 08 abr. 2023.

BRASIL. Serviços e Informações do Brasil. **Melhor em Casa: Ministério da Saúde habilita 116 novas equipes para atendimento domiciliar**. 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/11/melhor-em-casa-ministerio-da-saude-habilita-116-novas-equipes-para-atendimento-domiciliar>>. Acesso em: 08 abr. 2023.

BRITO, M. J. M. et al.. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 603–610, set. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20130002>>. Acesso em: 12 out. 2023.

CAMPOS, V. F.; SILVA, J. M. DA .; SILVA, J. J. DA .. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. **Revista Bioética**, v. 27, n. Rev. Bioét., 2019 27(4), p. 711–718, out. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/v9HwSfW8gLGZHWqfmtcZKf/?lang=pt#>>. Acesso em: 06 abr. 2023.

CARDOSO, D. H. *et al.* Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. Texto contexto - enferm., 2013 22(4), p. 1134–1141, out. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400032>>. Acesso em: 20 de mar. 2023.

CASTRO, E. A. B. DE. *et al.* Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, n. Rev. Gaúcha Enferm., 2018 39, p. e2016–0002, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>>. Acesso em: 25 de mar. 2023.

CAVALCANTE, M. E. P. L. *et al.* Melhor em casa: caracterização dos serviços de atenção domiciliar. **Escola Anna Nery**, v. 26, n. Esc. Anna Nery, 2022 26, p. e20220001, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0001pt>>. Acesso em: 25 de mar. 2023.

CECCONELLO, L.; ERBS, E. G.; GEISLER, L. Conduas éticas e o cuidado ao paciente terminal. **Revista Bioética**, v. 30, n. Rev. Bioét., 2022 30(2), p. 405–412, abr. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302536PT>. Acesso em: 06 de abr. 2023.

CRUZ, N. A. O. da. *et al.* O papel da equipe multidisciplinar nos cuidados paliativos em idosos. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 8, p. e52110817433, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i8.17433. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17433>>. Acesso em: 10 abr. 2023.

DADALTO, Luciana *et al.* (org.). **Cuidados Paliativos**: aspectos políticos. Indaiatuba: Editora Foco, 2021. 320 p.

DIAS, Maria B. *et al.* A política nacional de atenção domiciliar no Brasil: potencialidades, desafios e a valorização necessária da atenção primária à saúde. **JMPHC**. 2015. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/314231208\\_A\\_Politica\\_Nacional\\_de\\_Atencao\\_Domiciliar\\_no\\_Brasil\\_potencialidades\\_desafios\\_e\\_a\\_valorizacao\\_necessaria\\_da\\_Atencao\\_Primaria\\_a\\_Saude\\_Journal\\_of\\_Management\\_and\\_Primary\\_Health\\_Care\\_2015\\_611-7\\_Editorial](https://www.researchgate.net/publication/314231208_A_Politica_Nacional_de_Atencao_Domiciliar_no_Brasil_potencialidades_desafios_e_a_valorizacao_necessaria_da_Atencao_Primaria_a_Saude_Journal_of_Management_and_Primary_Health_Care_2015_611-7_Editorial)>. Acesso em 25 de mar. 2023.

DUARTE, N. F. C. CUIDADOS PALIATIVOS NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR. Arquivo da Coordenação de Atenção Domiciliar da GERAT/SAIS, Goiás, v. 2, e. 2, p. 1-2, 2022. Disponível em: <<https://www.saude.go.gov.br/files/boletins/informativos/servico-de-atencao-domiciliar/2021/Boletim%20do%20Servi%C3%A7o%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Domiciliar%20-%20Novembro.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2023.

ESPÍNDOLA, A. V. *et al.* Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos. **Revista Bioética**, v. 26, n. 3, p. 371–377, out. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422018263256>>. Acesso em: 11 set. 2023.

EVANGELISTA, C. B. *et al.* Cuidados paliativos e espiritualidade: revisao integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 3, p. 591–601, maio 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690324i>>. Acesso em: 22 abr. 2023.

FERREIRA, Grasiela S.G.; BICUDO, Eliane J.; CARVALHO, Diane A.; POSSO, Maria GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo; Organizadores. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/52806>>. Acesso em: 11 maio 2023.

FERREIRA, R.C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. da. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1. 2009. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/csc/2009.v14suppl1/1421-1428/>>. Acesso em: 08 abr.2023.

FONSECA, A.; GEOVANINI, F.. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 1, p. 120–125, jan.

2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000100017>>. Acesso em: 12 out. 2023.

FRANCO, H. C. P., *et al.* **Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer.** Revista Gestão e Saúde. RGS 2017;17(2): p. 48-61. Disponível em: <<https://www.herrero.com.br/files/revista/file56fb2faad065b8f7980ccdf2d0aa2da1.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2023.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**, v. 30, n. Estud. av., 2016 30(88), p. 155–166, set. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.30880011>> Acesso em: 20 de mar. 2023.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2577–2588, set. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>>. Acesso em: 22 de abr. 2023.

HESLER, L. Z. *et al.* CUIDADOS PALIATIVOS NO DOMICÍLIO: RELATANDO A EXPERIÊNCIA DOS ENCONTROS. **Revista Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Biológicas**, v. 4, n. 2, p. 53-64, 30 dez. 2020. Disponível em <<https://san.uri.br/revistas/index.php/ricsb/article/view/236>>. Acesso em: 08 abr.2023.

LORENZZONI, A. M.; VILELA, A. F. B.; ROGRIGUES, F. S. de S. EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, Cruz Alta, v. 7, n. 1, p. 34-48, jul. 2019. ISSN 2526-8546 (online). Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/201044/001103959.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 06 abr. 2023.

MARTINS, Gilberto de Andrade; THEÓPHILO, Carlos Renato. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 247 p.

MICHEL, Maria Helena. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais: um guia prático para acompanhamento da disciplina e elaboração de trabalhos monográficos.** 3. ed. atual. e ampl. São Paulo: Atlas, 2015. xvi, 284 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

NARDINO, F.; OLESIAK, L. DA R.; QUINTANA, A. M. Significações dos Cuidados Paliativos para Profissionais de um Serviço de Atenção Domiciliar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, p. e222519, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003222519>>. Acesso em: 23 set. 2023.

NASCIMENTO, L. C. do; FONSECA, I. A. C. da. Cuidados paliativos na assistência domiciliar: a vivência de uma equipe multidisciplinar. **Revista Eletrônica Acervo**

**Saúde**, v. 13, n. 6, p. e8117, 29 jun. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/reas.e8117.2021>>. Acesso em: 12 abr. 2023.

OLIVEIRA, A. P. R. DE. *et al.* SENTIMENTOS DE ENFERMEIROS NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS: uma revisão integrativa / nurses feelings in patient care in palliative care. **Brazilian Journal Of Development**, v. 6, n. 8, p. 63874-63890, 2020. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/15936/13064>>. Acesso em: 12 out. 2023.

OLIVEIRA, M. DO B. P. DE. *et al.* Atendimento domiciliar oncológico: percepção de familiares/cuidadores sobre cuidados paliativos. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 2, p. e20170030, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170030>>. Acesso em: 01 out. 2023.

OLIVEIRA, N. A. *et al.* Especialização em projetos assistenciais de enfermagem: contribuições na prática profissional dos egressos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 697–704, out. 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000400011>>. Acesso em: 01 out. 2023.

OLIVEIRA, S. G.; KRUSE, M. H. L. BETTER OFF AT HOME: SAFETY DEVICE. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. e2660015, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072017002660015>>. Acesso em: 22 abr. 2023.

PEGORARO, M. M. DE O.; PAGANINI, M. C. Cuidados paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva. **Revista Bioética**, v. 27, n. 4, p. 699–710, out. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422019274353>>. Acesso em: 04 set. 2023.

PEREIRA, L. M.; ANDRADE, S. M. O. DE; THEOBALD, M. R. Cuidados paliativos: desafios para o ensino em saúde. **Revista Bioética**, v. 30, n. 1, p. 149–161, jan. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422022301515PT>>. Acesso em: 24 set. 2023.

PROCÓPIO, L. C. R. *et al.* A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Debate**, v. 43, n. Saúde debate, 2019 43(121), p. 592–604, abr. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>>. Acesso em: 25 de mar. 2023.

PULGA, Gabriela *et al.* O TRABALHO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM ESTÁGIO TERMINAL COM FOCO NOS CUIDADOS PALIATIVOS. **Unoesc & Ciência ACBS**, Joaçaba, v. 10, n. 2, p. 163-168, jul/dez 2019. Disponível em: <<https://periodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/21295/14345>>. Acesso em: 23 de mar. 2023.

REIGADA, C.; RIBEIRO *et al.* O Suporte à Família em Cuidados Paliativos. **Revista Eletrônica PUC, Rio Grande do Sul**. Disponível em: <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/16478/11761>>. Acesso em: 12 out. 2023

RIBEIRO, J. R.; POLES, K. Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 3, p. 62–72, jul. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3RB20180172>>. Acesso em: 10 set. 2023.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1999. 334p.

ROCHA, V. O. S. *et al.* **Dificuldades enfrentadas pelos cuidadores e familiares de pacientes sob cuidados paliativos no domicílio: uma revisão da literatura**. Research, Society and Development, [S. l.], v. 10, n. 16, p. e599101624000, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i16.24000. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24000>. Acesso em: 10 abr. 2023.

RODRIGUES, L. F.; SILVA, J. F. M. DA; CABRERA, M. Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. Cad. Saúde Pública, 2022 38(9), p. e00130222, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311XPT130222>>. Acesso em: 06 de abr. 2023.

SAAR, S. R. DA C.; TREVIZAN, M. A. Professional roles of a health team: a view of its components. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 106–112, jan. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/9RvxCcjmjYsyR3XvPVdwDL/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 abr. 2023.

SILVA, A. E.; DUARTE, E. D.; FERNANDES, S. J. D. Palliative care production for health professionals in the context of home care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. Rev. Bras. Enferm., 2022 75(1), p. e20210030, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0030>>. Acesso em: 12 abr.2023.

SILVEIRA, M. H.; CIAMPONE, M. H. T.; GUTIERREZ, B. A. O. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 7–16, jan. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100002>>. Acesso em: 24 abr. 2023.

SOUSA, J. M.; ALVES, E. D. Competências do enfermeiro para o cuidado paliativo na atenção domiciliar. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 264–269, maio 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201500044>>. Acesso em: 01 out. 2023.

SOUSA, L. C. A. de. *et al.* A IMPORTÂNCIA DO PROGRAMA MELHOR EM CASA NO ATENDIMENTO AO PACIENTE IDOSO: RELATO DE EXPERIÊNCIA. **REVISTA FOCO**, [S. l.], v. 16, n. 3, p. e1461, 2023. Disponível em: <<https://focopublicacoes.com.br/foco/article/view/1461>>. Acesso em: 12 abr. 2023.

SOUZA, L. C. DE. *et al.* Análise da evolução histórica do conceito de cuidados paliativos: revisão de escopo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, n. Acta paul. enferm., 2022 35, p. eAPE01806, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR018066>>. Acesso em: 20 de mar. 2023.

SOUZA, M. O. L. S. DE. *et al.* Reflexões de profissionais da enfermagem sobre cuidados paliativos. **Revista Bioética**, v. 30, n. Rev. Bioét., 2022 30(1), p. 162–171, jan. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422022301516PT>>. Acesso em: 20 de mar. 2023.

VASCONCELOS, G. B; PEREIRA, P. M. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo: v. 18, n. 70, 2018. Issn 2526-3528 (Online). Disponível em: <<https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/85/112>>. Acesso em: 08 abr. 2023.

VERRI, Edna Regina *et al.* Profissionais de enfermagem: compreensão sobre cuidados paliativos pediátricos. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 126-136, jan. 2019. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234924/31141>>. Acesso em: 20 de mar. 2023.

VIEIRA, J. K. da S. *et al.* A EQUIPE DE ENFERMAGEM E O TRATAMENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS: sentimentos e experiências. **Cuidados Paliativos: Procedimentos para as Melhores Práticas 2**, Ponta Grossa, p. 14-25, 29 maio 2020. Atena Editora. Disponível em: <[doi.org/10.22533/at.ed.7972029052](https://doi.org/10.22533/at.ed.7972029052)>. Acesso em: 23 set. 2023.

World Health Organization (WHO). Definition of palliative care. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>. Acesso em: 04 set.2023.

**APÉNDICE(S)**

## APÊNDICE A

### UNESC – UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE

#### Curso de Enfermagem

<b><i>ENTREVISTA SEMI – ESTRUTURADA COM OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DO PROGRAMA MELHOR EM CASA</i></b>
<b>Objetivo:</b> Conhecer e compreender a percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos do Programa Melhor em Casa em um município do Sul catarinense.
1. Caracterização do Público Alvo:
*Gênero:
*Idade:
*Profissão:
*Tempo de atuação como profissional de saúde:
*Tempo de atuação no Programa melhor em Casa:
*Especialização ou Pós Graduação:
2. Defina: para você, o que é cuidado paliativo?
3. Na sua graduação foi abordado o tema de Cuidados Paliativos?
4. Onde teve o primeiro contato com esse tema?
5. No início, como foi atuar nessa área para você?
6. Hoje, como é atuar em cuidados paliativos junto ao paciente e familiares?
7. Quais são as facilidades que você encontra no dia a dia?
8. Quais são as dificuldades enfrentadas diariamente?
9. Você já encontrou algum conflito moral próprio, que dificultou em sua atuação em cuidados paliativos?
10. Como o Programa Melhor em Casa trata o cuidado paliativo?
11. Você possui algum curso ou capacitação nessa área?
12. Tem alguma sugestão ou relato que queira expressar?

**ANEXO(S)**

**ANEXO A****CLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título da Pesquisa: CUIDADOS PALIATIVOS: PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO PROGRAMA MELHOR EM CASA EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE SANTA CATARINA**

**Objetivo: Conhecer e compreender a percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos atuante no programa Melhor em Casa em um município do sul catarinense.**

**Período da coleta de dados: 01/08/2023 a 30/09/2023.**

**Tempo estimado para cada coleta: 20 minutos**

**Local da coleta: sede do Programa Melhor em Casa, Endereço Rua Luiz Pirolla de Noé, nº 150, Vila Isabel, CEP 88818-170 do município de Criciúma-SC;**

**Pesquisador/Orientador: Chayenne Ricken**

**Telefone: (48) 9 9824-9044**

**Pesquisador/Acadêmico: Angelis Roman Warmling e Luana Marangoni Scarsi**

**Telefone: (48) 9 9803-0985 e (48) 9 9868-1221**

**9 fase do Curso de Enfermagem da UNESC**

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido (a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

<b>DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA</b>
--

O presente estudo irá identificar a atuação e conhecimento da Equipe multiprofissional do programa Melhor em Casa acerca dos cuidados paliativos. Será solicitado a secretaria de saúde do município de Criciúma autorização para a pesquisa, e após, autorização a coordenadora do programa para a realização das entrevistas *in loco* com aproximadamente 11 profissionais, onde serão agendados data e horário para que as pesquisadoras realizem as entrevistas. Será explicada a pesquisa e após solicitado a assinatura do TCLE, aplicado questionário com 12 perguntas que responderão os objetivos do estudo, com média de 20 minutos para esse fim.

<b>RISCOS</b>
---------------

Existe riscos mínimos na aplicação do questionário, sendo segurados valores éticos recomendados pelo Resolução 466/2012 e 510/2016 da pesquisa com seres humanos. Firmando aos participantes o anonimato e sigilo referente as suas respostas e a explicação da pesquisa e concedendo o direito de desistir do mesmo em qualquer momento.

<b>BENEFÍCIOS</b>
-------------------

Como benefícios, terá o propósito de refletir sobre os mais variados aspectos dos cuidados paliativos domiciliares.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com os(as) pesquisadores(as) Angelis Roman Warmling e Luana Marangoni Scarsi pelos telefones (48) 9 9803-0985; (48) 9 9868-1221 e/ou pelo e-mail [angelis29032@gmail.com](mailto:angelis29032@gmail.com); [luana\\_scarsi@hotmail.com](mailto:luana_scarsi@hotmail.com).

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

<b>ASSINATURAS</b>	
<b>Voluntário(a)/Participante</b>	<b>Pesquisadores(as) Responsáveis</b>
<b>Assinatura</b>	<b>Assinatura</b>
<b>Nome:</b> _____	<b>Nome: Angelis Roman Warmling</b>
<b>CPF:</b> _____ - _____	<b>CPF: 117.074.309-93</b>
	<b>Assinatura</b>
	<b>Nome: Luana Marangoni Scarsi</b>
	<b>CPF: 102.617.359-00</b>

Criciúma (SC), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

## ANEXO B



### Termo de Confidencialidade

**Título da Pesquisa: CUIDADOS PALIATIVOS: PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO PROGRAMA MELHOR EM CASA EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE SANTA CATARINA**

**Objetivo: Conhecer e compreender a percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos atuante no programa Melhor em Casa em um município do sul catarinense.**

**Período da coleta de dados: 01/08/2023 a 30/09/2023**

**Local da coleta: sede do Programa Melhor em Casa, Endereço Rua Luiz Pirolla de Noé, nº 150, Vila Isabel, CEP 88818-170 do município de Criciúma-SC;**

**Pesquisador/Orientador: Chayenne Ricken**

**Telefone: (48) 9 9824-9044**

**Pesquisador/Acadêmico: Angelis Roman Warmling e Luana Marangoni Scarsi**

**Telefone: (48) 9 9803-0985 e (48) 9 9868-1221**

**9ª fase do Curso de Enfermagem da UNESC**

Os pesquisadores (abaixo assinados) se comprometem a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos com relação a toda documentação e toda informação obtidas nas atividades e pesquisas a serem coletados em entrevistas realizadas presencialmente pelas acadêmicas de enfermagem, onde as respostas serão anotadas em papel, do local informado a cima.

Concordam, igualmente, em:

- Manter o sigilo das informações de qualquer pessoa física ou jurídica vinculada de alguma forma a este projeto;
- Não divulgar a terceiros a natureza e o conteúdo de qualquer informação que componha ou tenha resultado de atividades técnicas do projeto de pesquisa;

- Não permitir a terceiros o manuseio de qualquer documentação que componha ou tenha resultado de atividades do projeto de pesquisa;
- Não explorar, em benefício próprio, informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa;
- Não permitir o uso por outrem de informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa.
- Manter as informações em poder das pesquisadoras Angelis Roman Warmling e Luana Marangoni Scarsi por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Por fim, declaram ter conhecimento de que as informações e os documentos pertinentes às atividades técnicas da execução da pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou em que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

<b>ASSINATURAS</b>	
<b>Orientador(a)</b>	<b>Pesquisador(a)</b>
<hr/> <b>Assinatura</b> <b>Nome:</b>	<hr/> <b>Assinatura</b> <b>Nome:</b>
<hr/> <b>CPF:</b> _____._____._____ - ____	<hr/> <b>CPF:</b> _____._____._____ - ____

<b>Pesquisador(a)</b>	<b>Pesquisador(a)</b>
_____ <b>Assinatura</b> <b>Nome:</b>	_____ <b>Assinatura</b> <b>Nome:</b>
_____ <b>CPF:</b> _____._____._____ - _____	_____ <b>CPF:</b> _____._____._____ - _____

Criciúma (SC), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

## ANEXO C



**Prefeitura de Criciúma**  
**Poder Executivo**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Educação Permanente em Saúde e Humanização – EPSHU-SUS**

**De:** Secretaria Municipal de Saúde/Gerência de EPSHU

**Requerente:** Angelis Roman Warmiling

**Assunto:** Solicitação de Pesquisa na Saúde

**Processo nº:** 671875

Criciúma, 16 de Junho de 2023

### CARTA DE ACEITE

Prezado (a),

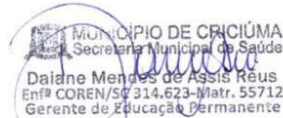
Cumprimentando-o (a) cordialmente, vimos por meio deste **DEFERIR** a solicitação para realização da pesquisa intitulada como: **“Cuidados Paliativos: Percepção da Equipe Multiprofissional do Programa Melhor em Casa em um Município do Sul de Santa Catarina”**, estudo a ser realizado pelos acadêmicos do curso de Enfermagem, **Angelis Roman Warmiling e Luana Marangoni Scarsi** sob a responsabilidade do **Profº Esp. Chayenne Ricken** da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

Destarte, para aplicação da pesquisa nos ambientes da Secretaria de Saúde de Criciúma, os pesquisadores devem estar de posse da Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e Humanos. Além disso, a data para levantamento dos dados deverá ser combinada antecipadamente, com a Gerência de Educação Permanente em Saúde e Humanização através do e-mail “educacaopermanente.saude@criciuma.sc.gov.br”.

Por fim, fica acordado que os pesquisadores, em período oportuno, serão convidados a apresentar o resultado obtido à Secretaria Municipal de Saúde.

Sem mais.

Atenciosamente,



**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Criciúma/SC**



Secretaria Municipal de Saúde  
 Gerência Educação Permanente em Saúde e Humanização  
 Rua Domênico Sônego, 542 Bairro Santa Bárbara CEP 88804-050 Criciúma/SC Fone 3445-8400  
 Site: www.criciuma.sc.gov.br

## ANEXO D

### PARECER DO COMITE DE ÉTICA



#### RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo:

**Parecer n.:** 6.153.735

**CAAE:** 70662623.5.0000.0119

**Pesquisador(a) Responsável:** CHAYENNE RICKEN

**Pesquisador(a):** ANGELIS ROMAN WARMILING

LUANA MARANGONI SCARSI

**Título:** CUIDADOS PALIATIVOS: PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO PROGRAMA MELHOR EM CASA EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE SANTA CATARINA.

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Todas e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 30 de junho de 2023.

  
**Marco Antônio da Silva**  
Coordenador do CEP