



## ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS: LIMITES E POSSIBILIDADES

*Isabelle Silva Leão<sup>1</sup>, Francisco Willams Ribeiro Lopes<sup>2</sup>*

1 Assistente Social residente em Cardiopneumologia, vinculada ao programa de Residência Integrada em Saúde RIS/ESP-CE, Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes

2 Doutorando em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

### RESUMO

Esta pesquisa buscou analisar a implementação de uma equipe multiprofissional em cuidados paliativos no contexto hospitalar, com ênfase nos limites e possibilidades apresentados no seu processo de atuação. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, desenvolvido em um hospital terciário de referência no estado do Ceará. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados a pesquisa de campo e entrevistas semiestruturadas com cinco interlocutores: dois médicos, um psicólogo e dois assistentes sociais, os quais atuam na equipe de cuidados paliativos da instituição supracitada. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo e a partir disso organizados, analisados, interpretados e, em seguida, dialogados com a literatura científica. Após análise, foi possível identificar que a implementação e a atuação em cuidados paliativos apresentam limites aos profissionais de saúde em sua relação com os sujeitos envolvidos no processo de cuidado, ou seja, entre os membros da própria equipe, com outros profissionais e com os pacientes e seus familiares. Por outro lado, foi possível constatar que a atuação multiprofissional em cuidados paliativos apresenta aspectos positivos, haja vista a maior qualidade de vida proporcionada aos pacientes fora de possibilidade de cura e a maior aceitação dos familiares acerca da morte do seu ente. Apesar dos obstáculos para a efetivação e consolidação desses cuidados, é essencial que a formação e atuação de equipes multiprofissionais se intensifiquem para que pacientes acometidos de doenças sem possibilidade de tratamento curativo tenham uma morte mais digna e humanizada, sendo imprescindível para este fim maior investimento na gestão hospitalar e nas políticas públicas de saúde.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos. Equipe multiprofissional. Limites e possibilidades.

### MULTI PROFESSIONAL WORK IN PALLIATIVE CARE: LIMITS AND POSSIBILITIES

### ABSTRACT

This research aimed at analyzing the multi-professional team implementation in palliative care in a hospital setting, focusing on the limitations and possibilities presented in its work process. This is a qualitative study, developed in a tertiary referral hospital in Ceará, Brazil. Field research and semi-structured interviews with five interlocutors were used as data collection tools: two physicians, one psychologist, and two social workers, who work in the aforementioned institution's palliative care team. The data underwent content analysis and from there on they were organized, analyzed, interpreted, and then compared with the



scientific literature. After analysis, it was possible to identify that the implementation and action in palliative care limit health professionals regarding their relationship with the subjects involved in the care process. In other words, among staff members, other professionals, and patients and their families. On the other hand, it was verified that the multi-professional work in palliative care presents positive aspects, for instance, a higher quality of life provided to patients with no chances of being cured, as well as a greater acceptance of the relatives in cases of death. In spite of obstacles while establishing and consolidating these cares, it is paramount that multi-professional teams training and performance are intensified, in order for patients suffering from diseases without curative care to have a more dignified and humanized death. To this end, a greater investment in hospital management and public health policies is imperative.

**Keywords:** Palliative Care. Multi-profesional team. Limits and possibilities.

## 1 INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos consistem em uma modalidade de assistência à saúde indicada para pessoas com doenças que ameaçam a continuidade da vida e não têm possibilidade de tratamento curativo. A finalidade é o alívio da dor e do sofrimento, assim como a melhoria da qualidade de vida dos pacientes acometidos de doenças graves, por meio da atenção às várias dimensões que influenciam o processo saúde-doença do sujeito e de sua família<sup>1</sup>.

Essa modalidade de cuidado surgiu na década de 1960, a partir de iniciativa da inglesa Cicely Saunders, que fundou o “St. Christopher's Hospice”, primeira instituição voltada para o cuidado de pessoas doentes no final da vida, dando início ao Movimento Moderno de Hospice. Esse movimento defendia uma nova filosofia sobre o cuidar para além da cura, fundamentada no controle da dor e de outros sintomas do paciente em seu processo de morrer. Saunders criou ainda o conceito de “dor total”, que leva em consideração não só os aspectos biológicos no processo de cuidado, mas as dimensões psicológicas, sociais e espirituais que envolvem os pacientes e suas famílias.<sup>2</sup>

No Brasil, a necessidade da assistência paliativa tem aumentado devido ao envelhecimento progressivo da população, ocasionado por mudanças demográficas e epidemiológicas. A expansão da população com idade acima de 65 anos passou de 4,1% em 1991 para 7,4% em 2010, e estima-se que em 2020 o Brasil estará em sexto lugar em número de idosos no mundo<sup>3</sup>.

O crescimento da longevidade é fator de aumento da incidência de doenças crônicas e complexas, e associado ao desenvolvimento do aparato tecnológico da saúde, prolonga a sobrevivência das pessoas acometidas de enfermidades graves e incuráveis. Nesse contexto, o lugar da morte se desloca aos hospitais contribuindo para sua desumanização, como afirma Kóvac<sup>4</sup>:



Houve desapropriação da morte na era moderna, afastando pessoas do seu processo de morrer, numa flagrante perda de autonomia e consciência. Prolongar a vida, não considerando os limites de tratamentos, pode levar ao temor e ao sofrimento, suportado na unidade de terapia intensiva (UTI) na companhia de máquinas e sem a presença da família e amigos.<sup>4:95</sup>

Soma-se a esses fatores uma “cultura de negação da morte”, que de acordo com Santos<sup>5</sup> é típica da sociedade ocidental, pois esta não entende a morte como um processo natural e a evita independente dos custos. Observa-se nos hospitais muitos pacientes morrendo com dor e sem as mínimas condições de dignidade humana.

Nas palavras de Maciel e Othero<sup>6</sup>, morrer é uma etapa inerente à vida e, com relação ao final da vida, não se tem feito o cuidado adequado. Medidas curativas são realizadas mesmo sem trazer benefícios, prolongando assim o sofrimento dos sujeitos doentes e de sua família. A partir disso, surgem demandas de humanização das práticas de saúde. Ruiz e Gomes<sup>7</sup> trazem reflexões acerca da morte com dignidade expondo a necessidade dos cuidados paliativos nas práticas de saúde. Estes se justificam porque consoante com os autores,

tem-se observado [...] que o desenvolvimento tecnológico e os esforços dos profissionais possibilitam o prolongamento da vida dos pacientes, mas nem sempre essas ações são acompanhadas de uma ajuda ao morrer. A morte gradualmente torna-se um ato solitário, impessoal e “desumano”. [...] [M]esmo que o paciente preserve sua consciência, sua fala é sistematicamente situada em segundo plano, seus desejos e necessidades acabam subordinados a todos os processos coletivos que envolvem a negação da morte e do morrer<sup>7:84</sup>.

Maciel<sup>8</sup> coaduna com os autores citados, afirmando que o processo de adoecimento e morte envolve sofrimento físico, psíquico e existencial, que junto às problemáticas sociais determinam um processo de morrer difícil, doloroso e com implicações negativas para os sujeitos envolvidos e para os serviços de saúde, sendo assim, imperativo perceber a crescente reivindicação por cuidados paliativos<sup>8</sup>.

Em contrapartida às demandas desse cuidado, apesar das discussões sobre o tema e ações isoladas serem encontradas desde 1970 no Brasil, os primeiros serviços de cuidados paliativos só passaram a ser organizados na década de 1990, de forma experimental. Atualmente, poucas instituições oferecem cuidados paliativos, sendo ainda menor o número de serviços pautados em critérios científicos e de qualidade<sup>9</sup>.

A assistência em cuidados paliativos pode ocorrer em modalidades diversas, entretanto, vários fatores contribuem para uma maior demanda no contexto hospitalar, entre eles: a facilidade de recursos para prestar a assistência; a proximidade da equipe de saúde com os pacientes, seus familiares e acompanhantes; por ser muitas vezes um local de



diagnóstico inicial das doenças; pela gravidade da condição de saúde dos pacientes internados; e pela incidência de óbitos<sup>10</sup>.

Nesse contexto, cabe evidenciar, que os cuidados paliativos não se confundem à realização da eutanásia, que consiste em interromper ou ceifar “a vida de outra pessoa acometida de doença incurável, que lhe causa insuportáveis dores, por piedade e em seu interesse”<sup>11:59</sup>. E são contrários também à distanásia, conhecida como obstinação terapêutica, na qual através de procedimentos fúteis, a vida é prolongada artificialmente, sem melhorá-la, prorrogando o sofrimento do sujeito doente<sup>11</sup>.

O código de ética médica<sup>12</sup> em seu artigo 41 veda ao profissional que a vida do paciente seja abreviada (eutanásia), e, nos casos de doença sem cura e terminal, os cuidados paliativos devem ser oferecidos sem a utilização de ações inúteis ou obstinadas (distanásia).

Por sua vez, a assistência paliativa visa a ortotanásia, ou seja, a morte no tempo certo, “onde suspendem-se procedimentos desproporcionais diante da inevitável e iminente morte”<sup>11:61</sup>. A ortotanásia é conduta lícita e protegida pela Constituição Federal de 1988, assim como pela bioética.<sup>10</sup> Tal abordagem possibilita a morte digna, evitando tratamentos inúteis e desnecessários, passando a realizar os cuidados paliativos adequados, visando a dignidade do processo de morrer.

O conceito de cuidados paliativos que embasa o presente estudo foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>13</sup> e dispõe que:

Cuidado Paliativo é a abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais<sup>13</sup>.

A terapêutica paliativa é baseada em princípios, ao invés de protocolos, que fundamentam esse cuidado: promover o alívio da dor e outros sintomas; afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural; não acelerar nem adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais ao cuidado do paciente; oferecer um sistema de suporte que possibilite uma vida ativa ao paciente, até o momento da sua morte; oferecer sistema de suporte aos familiares do paciente durante a doença e no enfrentamento do luto; realizar uma abordagem multiprofissional para focar nas necessidades dos pacientes e seus familiares; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso a doença; e iniciar os cuidados paliativos o mais precocemente possível.<sup>1</sup>



Além disso, com vistas à abordagem integral dos sujeitos em tratamentos paliativos, é vital que o trabalho seja multiprofissional e interdisciplinar, pois uma categoria profissional sozinha não dá conta de todos os aspectos que envolvem a complexidade da vida dos sujeitos. Outro diferencial desse cuidado é a atenção ampliada à família, que deve ser assistida desde o início do acompanhamento até após a morte, no período do luto.<sup>1</sup>

O desenvolvimento dessa abordagem vem da necessidade do cuidado humanizado, especializado e qualificado. Assim, para a garantia da qualidade de vida no processo de morte, e o morrer com dignidade dos pacientes acometidos de doenças que impossibilitam a continuidade da vida, é necessária a atuação de equipes especializadas em cuidados paliativos.

Desse modo, o presente estudo se propôs a compreender a implementação e atuação da equipe de cuidados paliativos de um hospital de referência, identificando os limites e possibilidades do exercício multiprofissional, a fim de compreender a prática paliativista em sua relação com os diversos sujeitos envolvidos no processo de cuidado a pacientes em fim de vida.

## 2 METODOLOGIA

A presente investigação foi norteada pela abordagem qualitativa, tendo em vista que esse método se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, que são fruto das interpretações que as pessoas fazem em relação ao seu modo de viver, agir e pensar<sup>14</sup>.

O local da pesquisa foi uma unidade hospitalar de alta complexidade, especialista em cardiologia e pneumologia, onde se deu a aproximação desta pesquisadora com a temática, durante a prática como assistente social da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará. Os interlocutores desta investigação foram cinco profissionais que atuam na equipe de cuidados paliativos da instituição supracitada, nas seguintes categorias e quantidades: dois médicos, um psicólogo e dois assistentes sociais.

Tal escolha foi motivada pela compreensão de que, de acordo com Minayo<sup>14</sup>, a área da saúde é conceituada a partir de investigações que tratam do fenômeno saúde/doença e de sua representação pelos vários agentes que atuam no campo, como as instituições políticas e de serviços, os profissionais e usuários. É fundamental enfatizar que a pesquisa nesta área “[...] lida com seres humanos que, por razões culturais, de classe, de idade, de religião ou por qualquer outro motivo, têm um substrato comum de identidade com o investigador, tornando-os solidariamente imbricados e comprometidos”<sup>13:41</sup>



Além de constituírem a equipe citada, os interlocutores fazem parte do quadro de profissionais de duas unidades de internação em pneumologia. Dessa forma, atuam em suas especialidades profissionais na assistência à saúde dos pacientes internados e atendem as demandas em cuidados paliativos, para além dos seus setores de lotação original.

A atuação desses profissionais é pioneira no referido hospital e teve início recente, no ano de 2015, por iniciativa dos próprios profissionais que compõem a equipe. Em sua atuação nas unidades de pneumologia, eles perceberam a necessidade da assistência paliativa devido à gravidade da saúde dos pacientes internados, que não tinham perspectiva curativa e demandavam maior atenção e cuidado.

Os procedimentos metodológicos empregados na investigação foram as pesquisas bibliográfica e de campo, de forma integrada e dialogada, com vistas à melhor compreensão do tema investigado. O trabalho de campo foi realizado no local de atuação dos sujeitos da pesquisa tendo em vista a observação dos fatos e fenômenos assim como acontecem no cotidiano, na produção de dados a eles referentes e no registro de variáveis que se mostram significativas para a análise.<sup>15</sup>

Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados, durante a pesquisa de campo, foram as cinco entrevistas semiestruturadas, realizadas em setembro do ano de 2016. As entrevistas são consideradas diálogos com finalidade, sendo fonte de informação para a investigação. Estas buscam os conteúdos que “[...] tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia e a que cientistas sociais costumam denominar ‘subjetivos’ e só podem ser conseguidos com a contribuição da pessoa”<sup>14:262</sup>.

Com base nessa compreensão foram feitas três perguntas abertas aos interlocutores acerca da sua compreensão da temática paliativa e da realidade vivenciada, a fim de nortear as entrevistas, que foram: O que você compreende como cuidados paliativos? Como se dá a atuação da equipe Como você percebe essa atuação nas unidades de internação do hospital.

A fim de desvelar e melhor compreender os dados colhidos por meio das entrevistas, foi aplicada a metodologia de Análise de Conteúdo, elaborada por Bardin<sup>15</sup>, que consiste em

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens<sup>16:47</sup>

A análise de conteúdo busca, na análise das comunicações, perceber o sentido contido nas mensagens, desvendar o que pode não estar aparente, pois “[o] conteúdo de



uma comunicação [...] é tão rica e apresenta uma visão polissêmica e valiosa, que notadamente permite ao pesquisador qualitativo uma variedade de interpretações”.<sup>17:612</sup>

Desse modo, a análise de conteúdo foi realizada em três fases, conforme orienta Bardin<sup>16</sup>, a pré-análise dos dados, na qual as entrevistas foram transcritas, organizadas e as ideias iniciais sistematizadas. A exploração do material, a partir da qual os dados foram codificados e separados em categorias analíticas. Por fim, o tratamento dos resultados (inferência e interpretação) no qual as considerações e percepções da pesquisa são apresentadas em diálogo com as teorias que a fundamentam.

No processo de análise do conteúdo, as entrevistas foram transcritas e as falas dos entrevistados classificadas em 21 unidades de sentido, conforme o conteúdo das mensagens. Foram realizadas três reduções das unidades definidas, dando origem a duas categorias analíticas: atuação multiprofissional em cuidados paliativos e limites e possibilidades.

Esta pesquisa foi submetida à aprovação e autorização da Comissão de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do hospital lócus da pesquisa. Os interlocutores foram esclarecidos quanto aos objetivos e finalidade da pesquisa. Eles concordaram em participar mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e autorizaram a gravação das entrevistas.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1 Atuação Multiprofissional em Cuidados Paliativos**

A atuação da equipe de cuidados paliativos em análise começou a se estruturar a partir da iniciativa dos profissionais que trabalhavam em uma unidade de pneumologia prestando assistência aos pacientes internados, estes tinham diagnósticos complexos e doenças graves, sendo em sua maioria pacientes fora de possibilidade curativa. A iniciativa se deu devido à demanda desses sujeitos por cuidados específicos.

A fim de capacitar os profissionais interessados em aderir à equipe e socializar a temática dos cuidados paliativos dentro do contexto hospitalar, foram realizados encontros semanais abertos ao público, com palestras e discussões sobre a temática, guiadas por atores de diversas categorias que já trabalhavam com esse cuidado em outras instituições, sendo este o primeiro passo para a formação da equipe.

A participação de profissionais na equipe em foco se deu de forma voluntária, impulsionada por motivações pessoais e profissionais de seus membros, englobando não só



o cuidado que os pacientes exigiam de uma atenção humanizada e voltada à sua condição de saúde. Ademais, outros membros da equipe buscavam preencher lacunas de suas formações profissionais e eram instigados por questões pessoais de identificação e envolvimento com tal abordagem, como retratam os interlocutores:

Quando a gente está fazendo medicina, você não estuda pra fazer cuidados paliativos, pelo contrário, você estuda medicina pra você curar. Você começa a ver que não consegue curar [...]. Então eu fui estudar cuidados paliativos pra eu ficar mais embasada do ponto de vista científico. (P5)

Eu tenho uma doença crônica, incurável e progressiva, mas to bem controlado [...]. Então quando eu começo a trabalhar com os outros como eu queria ser tratado, fica mais fácil. (P4)

Eu me sinto muito realizada por poder fazer esse trabalho, eu sei que eu estou participando de um dos momentos mais difíceis para as famílias e eu sei que assim, que eu posso ajudar, que eu posso estar contribuindo nesse momento que eu sei que é difícil. (P3)

Enquanto alguns profissionais, ao buscar superar as lacunas de suas formações, realizaram uma pós-graduação em cuidados paliativos, os outros foram incorporados por razões diferentes, como a identificação com o tema e a experiência de trabalhar com pacientes fora de possibilidade de cura.

Uma das formas de realizar os cuidados paliativos no ambiente hospitalar se dá através da formação de um grupo de trabalho designado como consultor ou volante, que consiste em uma equipe interdisciplinar mínima, acionada conforme a necessidade constatada pelos profissionais que realizam a assistência ao paciente. Essa equipe serve “como um grupo de suporte que orienta condutas. As vantagens dessa equipe é que se torna uma rápida disseminadora da filosofia de cuidado de final de vida”<sup>10:88</sup>.

No hospital analisado, o exercício em cuidados paliativos se constituiu por meio de uma equipe consultora, na qual os profissionais da equipe paliativista recebem a solicitação de um parecer de outros profissionais do hospital, no intuito de que o paciente seja paliado. O caso é dialogado entre a equipe paliativista e os profissionais solicitantes para, em seguida, novas condutas serem definidas. Dessa forma, o cuidado paliativo se difunde dentro das unidades de atuação desses profissionais que compõem a equipe e em outras unidades conforme as requisições de parecer recebidas.

Vale ressaltar que a equipe consultora formada não era exclusiva à assistência paliativa, os membros continuaram a atuar nos seus setores específicos de lotação, sendo a atuação em cuidados paliativos atividade adicional desses profissionais dentro das unidades.



Conforme os relatos dos interlocutores, foram definidos critérios de avaliação e inclusão dos pacientes internados que seriam acompanhados pela equipe, em consonância com as indicações existentes na literatura e conforme a realidade do serviço de saúde. Nas unidades em questão, os sujeitos internados tinham estado de saúde grave e algumas especificidades eram apontadas como parâmetros que direcionam a necessidade da assistência paliativa para determinados pacientes.

A equipe passou a assistir os pacientes com doenças ameaçadoras à vida, mas, devido ao excesso de pacientes com qualidade de vida e autonomia prejudicadas por doença, a equipe precisou se limitar àqueles com risco de vida iminente, com doenças incuráveis e de evolução progressiva que culminariam na morte.

Arantes<sup>18</sup> afirma que os cuidados paliativos devem se iniciar o mais precocemente possível, contudo, devido à realidade dos serviços de saúde, tais cuidados são restritos para pacientes específicos, como aqueles com prognóstico reservado (menor expectativa quanto ao tempo de vida) e com declínio cognitivo e funcional. No caso das doenças pulmonares, os cuidados devem ser priorizados aos pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão e com doenças crônicas avançadas como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), tendo em vista que os pacientes acometidos dessas doenças apresentam maior nível de sofrimento multidimensional.

Nesse panorama, salienta-se que o foco da assistência em cuidados paliativos é o sujeito, não a doença. Sujeito esse que traz consigo questões sociais, culturais, psicológicas, espirituais e necessidades de cuidado complexos e individualizados, sendo a atuação multiprofissional imprescindível à qualidade do atendimento prestado. Hermes e Lamarca<sup>19</sup> complementam afirmando que o tratamento paliativo deve ser integral, o que exige a complementação entre os saberes e a divisão das responsabilidades a fim de resolver as demandas dos sujeitos.

Com o fito de compreender o exercício dos profissionais, respeitando suas competências específicas, é necessário se destacar alguns pontos da atividade profissional dos membros da equipe que demonstram especificidades dos cuidados paliativos.

Hermes e Lamarca<sup>19</sup> trazem em sua pesquisa que o médico precisa reconhecer seus limites profissionais e realizar o trabalho em equipe, sendo essencial a comunicação entre os profissionais envolvidos, o paciente e a família. As falas dos médicos integrantes da equipe mostram um olhar para além do diagnóstico e tratamento das doenças, e demonstram a importância atribuída à discussão das possibilidades terapêuticas com a família e junto à equipe multidisciplinar, tendo em vista que “você não consegue trabalhar sozinho dentro da medicina” (P5).



No que compete ao âmbito da psicologia, o papel do profissional conforme os interlocutores é de ouvir as demandas trazidas pelos pacientes hospitalizados e, a partir delas, possibilitar mais autonomia ao paciente, fazer com ele participe dos processos de decisão e colaborar com a compreensão da sua situação de saúde, respeitando seus limites e desejos.

No tratamento paliativo, a atuação do psicólogo se centra no alívio do sofrimento do paciente e sua família, facilitando o processo de adaptação à doença. Esse profissional tem como competências a intervenção nas necessidades emocionais que podem acometer o sujeito diante do seu contato com a morte e proporcionar sua autonomia e resolução de pendências<sup>20</sup>. Além de contribuir para a promoção da aceitação da morte iminente pelos sujeitos doentes e seus familiares.

Os profissionais de serviço social entrevistados, por sua vez, colocam que seu exercício profissional consiste em conhecer o contexto do paciente e sua família, no intuito de flexibilizar as normas hospitalares para garantir que suas necessidades sejam atendidas, assim como perceber as possíveis pendências que o paciente tem para buscar solucioná-las ou atender seus desejos. Nesse sentido, a aproximação com a rede sociofamiliar nesse processo é apontada como fundamental para a humanização do cuidado e para minimizar o sofrimento desses sujeitos.

Assim, na assistência paliativa, o assistente social deve desempenhar o papel de mediador estratégico na equipe, contribuindo com o acesso aos bens e serviços e a orientação sobre os direitos sociais dos pacientes e suas famílias. A dor social é levada em consideração tendo em vista que as demandas sociais influenciam na qualidade de vida dos sujeitos. Para isso, o assistente social busca conhecer o cenário do paciente e as relações que constitui, de maneira a planejar o tratamento junto à equipe, visando garantir maior autonomia ao indivíduo e uma morte digna<sup>21</sup>.

Foi possível perceber, ainda, que o cotidiano dos profissionais entrevistados evidencia a relação da assistência em cuidados paliativos com a humanização do atendimento. Silveira, TrenchCiampone e Gutierrez<sup>22</sup> destacam que o profissional, ao manter o contato com o paciente, passa a mensagem de que se interessa pelos seus sentimentos “preocupa-se com o paciente como ser humano que possui sentimentos e emoções, e não apenas com um sintoma ou um órgão comprometido – isso pode facilitar o cuidado integral e humanizado”<sup>22:11</sup>.

A atuação dos interlocutores desse estudo alinha-se aos princípios e conceitos que abrangem os cuidados paliativos. É possível apreender os avanços e as possibilidades cujo



pioneirismo desses profissionais traz à expansão dos cuidados paliativos, à humanização da assistência hospitalar e à qualidade dos serviços prestados.

Todavia, existem limites à sua atuação que perpassam a vontade profissional, pois pertencem também à realidade dos serviços de saúde públicos e envolvem questões macro e micro estruturais como a falta de recursos, de infraestrutura adequada, a superlotação dos hospitais, a deficiência de profissionais, entre outros fatores.

No contexto dos interlocutores dessa pesquisa foi possível perceber as dificuldades enfrentadas no trabalho em equipe, as quais permeiam aspectos diversos, como a relação com os familiares e pacientes, a relação com outros profissionais das unidades de assistência, desafios na atuação multiprofissional, entre outros entraves que são discutidos a seguir.

### 3.2 Limites e Possibilidades

A complexidade que envolve os sujeitos em final de vida pressupõe o trabalho interdisciplinar, que propicia o conhecimento integral da realidade, de forma mais completa do que aquele realizado isoladamente, e possibilita uma intervenção com melhores resultados. Com base nisto, Andrade<sup>23</sup> aponta algumas ferramentas que contribuem para a interdisciplinaridade como as reuniões em equipe e com as famílias, os estudos de caso e os atendimentos em conjunto, as quais apreendem a complexidade demandada pelos pacientes e suas famílias.

Por sua vez, os interlocutores deste estudo revelaram as dificuldades do trabalho em equipe de forma interdisciplinar, no sentido de um trabalho que pressupõe o diálogo entre as diferentes categorias profissionais e a atuação em conjunto por meio da discussão de casos e da tomada de decisões em equipe, como mostra a fala

Pra ser equipe todo mundo tem que trabalhar em conjunto, certo? Eu acho que isso ainda não aconteceu, a gente não se encontra, a gente não conversa, a gente marca reuniões e ninguém vai, então não existe trabalho em equipe. (P4)

Os interlocutores expuseram os obstáculos de se efetivar um trabalho em equipe, levando suas práticas a serem caracterizados como uma atuação multiprofissional, em que diferentes categorias profissionais trabalham de forma isolada, cada uma no seu campo de atuação.

Contudo, o trabalho relativo aos cuidados paliativos deve se realizar de forma coesa, pois “a comunicação entre a equipe necessita ser constante e intensa; sentimentos e



sensações de pacientes e (e no mesmo nível) de profissionais precisam ser constantemente compartilhados<sup>24:95</sup>. Para alguns interlocutores, uma das razões que dificultam a comunicação e a atuação interdisciplinar é o fato de a equipe não atuar exclusivamente com os cuidados paliativos, sendo essa atuação complementar às demandas das unidades onde são lotados, como relata P5:

Justamente como nós não estamos deslocados como grupo de cuidados, nós somos profissionais fazendo todo o nosso serviço e mais cuidados paliativos, a gente acaba não tendo tempo. (P5)

De modo geral, a equipe reconhece a necessidade do diálogo entre os profissionais e da realização de reuniões constantes para discutir os casos, mas apresenta o excesso de demandas dos setores que estão lotados como um obstáculo aos encontros da equipe de cuidados paliativos. Porém, apesar dos desafios postos à interdisciplinaridade, eles conseguiram aplicar uma das ferramentas de atuação: a reunião com familiares dos pacientes paliados, a qual se tornou a único meio de garantir a aproximação e a comunicação entre os membros da equipe.

A reunião com familiares dos pacientes paliados visa esclarecer o diagnóstico, as possibilidades de tratamento e cuidado, as ações paliativas, assim como os objetivos da equipe. Ademais, tem o intuito de compreender o contexto do paciente assistido e escutar as demandas dos sujeitos envolvidos, possibilitando que o cuidado prestado seja individualizado.

De acordo com Bouso e Poles<sup>24</sup>, as reuniões com as famílias a fim de que elas expressem suas opiniões quanto às resoluções do final da vida do paciente, pode aliviar o estresse e ajudar a equipe a conhecer as diferentes perspectivas dos membros da família, auxiliando na tomada de decisão. Consoante com Capelas<sup>25</sup>, a comunicação é um dos pré-requisitos para a efetivação da qualidade do cuidado. Os entrevistados demonstraram a relevância da comunicação verbal e não verbal nesse processo.

Quem faz cuidado paliativo tem que conversar, sentar, comunicar, tocar [...] mas no geral é isso, uma boa conversa resolve tudo, palição sem conversar não existe [...] se por acaso ele ficou deprimido com minha conversa, eu fiz uma má comunicação, eu fiz uma má enquete investigatória, eu fui frio, seco, quando a gente faz isso [tem uma boa comunicação] a gente se sente confortado, se sente atendido, se sente cuidado. (P4)

A comunicação é intrínseca ao ser humano e tem caráter especial nos cuidados paliativos. Ela é um importante elemento terapêutico e de diagnóstico para alívio do sofrimento, se estiver vinculada à autonomia do paciente. O estudo realizado por Almeida e



Garcia<sup>26</sup> mostra que a comunicação compartilhada com o paciente é eficaz e benéfica, estando ainda relacionada à capacidade de escolha do sujeito.

Em contrapartida aos aspectos positivos da realização das reuniões e do diálogo que ela proporciona junto aos envolvidos no processo de cuidado, os interlocutores trouxeram de forma recorrente os entraves que envolvem a comunicação de más notícias, pois, muitas vezes, o diagnóstico e descoberta da doença e sua gravidade se dão durante o internamento hospitalar.

A equipe relatou o quanto a conversa em que se comunica sobre a gravidade da doença é desgastante, e reconhece as dificuldades que perpassam a aceitação da morte do sujeito paliado. Ao receber a notícia sobre a saúde do seu ente e perceber o fato de o mesmo estar com uma doença sem possibilidade de cura, a família apresenta resistência em compreender o objetivo das terapêuticas paliativas, por achar que o paciente será abandonado pela equipe. Esse processo envolve a absorção da mensagem pela família e reflete a não aceitação da perda do seu ente<sup>27</sup>, como explica P5:

É muito desgastante uma conversa dessa com uma família, quando você termina de falar, onde você tá dizendo que aquele paciente é grave, que ele não tem cura, que ele não tem pra onde ir, que o que a gente vai fazer aqui por ele é dar qualidade de vida. No fundo no fundo, o ser humano não está preparado pra ouvir isso. (P5)

A comunicação de más notícias “é uma das mais penosas tarefas do profissional de saúde”<sup>28:217</sup>, pois não aprendem durante a formação a lidar com as perdas, são treinados para salvar vidas e buscar a saúde. Apesar dos entraves que envolvem a má notícia junto aos pacientes e seus familiares, a equipe expôs que após a reunião com a família, no decorrer do acompanhamento do paciente, no processo de internação e no fim de vida, a comunicação ocorre com maior tranquilidade e aceitação.

Nesse contexto, a família é orientada quanto às possibilidades terapêuticas junto ao seu ente e percebe que o cuidado possível para evitar o sofrimento está sendo prestado, passando a colaborar com a equipe. Nos casos de morte em que não ocorreu um diálogo, o luto é mais doloroso, pois a família não teve a possibilidade de compreender que aqueles eram os últimos dias em vida do paciente e, também, não foi oportunizada a despedida.

Por outro lado, nos casos das famílias que participaram da reunião, os interlocutores explicam que, quando a morte acontece, a família reage de uma forma mais tranquila e dá um *feedback* positivo com relação ao trabalho da equipe. Os familiares enfatizam a importância da reunião, agradecem a possibilidade de ter estado no hospital junto ao



paciente, por não vê-lo sentir dor, nem ser “abandonado” e por perceber a equipe presente atendendo às suas demandas e necessidades.

Assim, foi possível perceber que falar em cuidados paliativos pressupõe falar em morte e esse assunto gera uma série de implicações no contexto hospitalar, principalmente, na relação da equipe consultora com outros profissionais do hospital.

A relação dos interlocutores com outros profissionais do hospital é marcada por alguns limites, haja vista algumas dificuldades na compreensão da proposta paliativa, havendo como consequência o questionamento das condutas da equipe, e a dificuldade de adesão e aceitação das especificidades da palição, conforme o relato de P4:

Já teve uma vez de eu fazer uma conduta paliativista, inclusive com morfina para o paciente não sentir dor, aí o colega vai e cancela minha conduta, achando que não tá na hora, então falta ele viver. Vai esperar esse paciente morrer de dor pra fazer morfina, o tratamento de dor tem que ser precoce, não deixar evoluir. (P4)

Apesar das discordâncias no momento da terapêutica, estes entraves não impedem o encaminhamento de casos e a solicitação de pareceres especializados, o que de fato demonstra a dificuldade dos profissionais diante de pacientes fora de possibilidade curativa, bem como a percepção de mudanças positivas ocasionadas pela palição na relação com os pacientes e suas famílias, e no alívio do sofrimento dos sujeitos.

Os outros profissionais do hospital reconhecem a importância de uma boa comunicação com os pacientes e seus familiares, mas apresentam dificuldades no diálogo sobre o prognóstico do paciente e o desfecho da sua doença, que será a morte. Nestas categorias, é possível identificar a presença do tabu que envolve o assunto, mesmo sendo apresentada por eles como um processo natural. Muitos profissionais da saúde que trabalham no contexto hospitalar sentem dificuldade no momento de falar sobre este assunto com seus pacientes.

Os cuidados paliativos revelam a dificuldade que os profissionais possuem em abordar a temática da morte e do processo de morrer, tanto no que diz respeito à comunicação de más notícias, quanto aos cuidados que devem ser dispensados a esses sujeitos em fim de vida. A equipe consultora revela que por conta disso, há um distanciamento dos profissionais com esses pacientes.

Eu lembro da fala de um residente [...] como se eles não estivessem muito empolgados de estar trabalhando aqui na unidade, porque é uma unidade que morria muita gente [...] é difícil para muitos profissionais da saúde esse momento [...] em algumas unidades os médicos travam ainda com o encontro de um paciente terminal. (P3)



Esse limite envolve a finitude e perpassa também a atuação dos profissionais integrantes da equipe de cuidados paliativos. Apesar de a discussão acerca da morte e do processo de morrer seja intrínseca ao seu cotidiano, foi constatado na análise das falas dos interlocutores da equipe consultora que a palavra “morte” e “morrer” aparecem apenas 36 vezes, nas 21 unidades de sentido trabalhadas.

Schliemann<sup>28</sup> afirma que a formação dos profissionais de saúde tem se apresentado imprópria para lidar com a morte. No período de formação acadêmica, poucos cursos discutem o assunto, e no exercício profissional o mesmo é desqualificado. Ainda consoante com a autora, o profissional de medicina é o que mais sofre por essa deficiência na formação, “observa-se que um dos mecanismos de defesa mais usados [...] é a negação. Parece que negando a morte o médico espera ter em sua mão o poder sobre a vida e a morte das pessoas”<sup>28:37</sup>, como ratifica P4:

Na verdade, a gente nunca foi treinado pra ver que o paciente morre. Depois que são jogados na medicina que começam a viver isso, alguns aceitam seu limite, eu sei que eu aceitei o limite dos pacientes, outros não deixam o paciente morrer de maneira alguma, aí isso implica mais sofrimento, mais tempo de vida com mais custo, mais gasto, com mais dor, com mais tudo. (P4)

Devido a estas lacunas na formação, muitos profissionais do hospital sentiram a necessidade de aperfeiçoar o cuidado, incluindo a terapêutica paliativa na rotina hospitalar. Ao serem indagadas sobre as mudanças após o trabalho paliativo, a equipe consultora relatou a melhoria da qualidade do atendimento prestado, os profissionais do hospital ficaram mais sensíveis às demandas familiares, apresentaram maior proximidade com as famílias, maior segurança ao trazer o diagnóstico e falar sobre a terminalidade dos pacientes, o que aumenta a confiança da família no trabalho do hospital.

Outros profissionais do hospital falam que os pacientes estão mais calmos, passaram a compreender melhor a necessidade da atenção diferenciada aos paliados, e que passaram a demandar mais a equipe consultora com o passar do tempo por meio da solicitação de pareceres, aceitando e respeitando as condutas da equipe de atuação paliativa.

O aumento da humanização do cuidado é trazido de forma significativa pela equipe consultora, sendo percebida como fruto da inserção dos cuidados paliativos no contexto hospitalar.

Eu comecei a ser mais humano, e eu não vou ser humano só com cuidado paliativo, eu vou ser humano com todo mundo e nesse aspecto que foi bom



porque mudou o eu, é uma transformação de dentro pra fora, certo, de fora pra dentro. (P4)

Os interlocutores entrevistados relataram que, antes dos cuidados paliativos no hospital, presenciaram casos de o paciente falecer contorcido por conta da dor. E, com a inserção de cuidados específicos, a dor e o sofrimento são amenizados, a família se faz presente em todo o processo e, assim, o sujeito tem uma morte digna, mais tranquila. Além disso, a família aceita a finitude do seu ente como natural e inevitável, implicando uma mudança no fazer profissional da equipe para além da assistência paliativa.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A atuação em cuidados paliativos requer a interdisciplinaridade para que a complexidade de demandas dos sujeitos envolvidos seja apreendida pelos profissionais da área da saúde. É compreendendo a integralidade do ser humano em suas dimensões biológicas, sociais, mentais, espirituais, entre outras, que se pode trabalhar sob a ótica dos cuidados paliativos. Trabalho este que requer diferentes categorias profissionais em diálogo constante acerca das questões que envolvem o processo de adoecimento, de internação e da morte, para a partir disso traçar um plano terapêutico que tente corresponder às necessidades dos pacientes e seus familiares, e assim minimizar o sofrimento.

A partir dessa pesquisa se fez possível perceber os desafios da implementação de um cuidado especializado, em um hospital de referência do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi constatado que uma equipe sensível ao sofrimento alheio inquietou-se diante da carência no serviço de saúde em cuidar do outro diante da morte inevitável, enquanto muitos outros acreditaram que “nada mais podia ser feito”.

A busca pela humanização do processo de morrer motivou a realização de mudanças dentro do hospital, ora percebidas como trabalho a mais, ora como menos sofrimento. E aos poucos foi conquistando um espaço no serviço que antes não existia.

Os interlocutores da pesquisa trouxeram diversos limites na implementação da assistência paliativa, desde questões microestruturais, como os impasses em discutir a morte com o paciente doente e seus familiares, a aceitação de condutas profissionais por outros colegas e as dificuldades do trabalho em equipe, até questões macroestruturais como o excesso de sujeitos doentes e a sobrecarga de trabalho. Ademais, questões de cunho cultural que permeiam o assunto “morte” também estiveram envolvidas neste processo.



Apesar dos desafios e dos limites, a equipe percebe as conquistas dentro do campo de atuação: o aumento do diálogo das famílias com os profissionais; a aceitação da morte como processo natural da vida; a humanização da assistência em saúde no contexto hospitalar; o reconhecimento dos benefícios das condutas paliativas; a diminuição da dor e do sofrimento dos pacientes em fim de vida e, assim, a garantia de uma morte mais digna.

A equipe consultora tem buscado reconhecimento junto à gestão hospitalar, visando o aumento do número de profissionais, para que outras unidades sejam contempladas. Os interlocutores almejam ser uma equipe exclusiva de cuidados paliativos dentro do hospital a fim de expandir suas práticas para outros setores além das unidades de pneumologia onde atuam, como as unidades de internação em cardiologia, de transplante pulmonar e cardíaco.

Face aos resultados da pesquisa, um fator relevante apresentado, foi a deficiência na formação dos profissionais de saúde no lidar com a morte. O processo de morrer está presente no cotidiano dos serviços de saúde, em especial naqueles de alta complexidade, entretanto, a discussão é escassa nos currículos profissionais.

Durante a pesquisa foi perceptível que os profissionais precisaram recorrer à qualificação profissional sobre a temática, mesmo após anos de prática hospitalar. Sendo dessa forma imperiosa a necessidade de inclusão da temática nos currículos e formações da área da saúde, para que a morte passe a ser compreendida como episódio que faz parte da vida e os pacientes tenha qualidade até os seus momentos finais.

Assim, ainda há muito que se caminhar para que os cuidados paliativos sejam consolidados nas práticas de saúde, pois são grandes os desafios a serem enfrentados. Contudo, na perspectiva dos interlocutores, ver um paciente partir com o mínimo de dor e sofrimento, tendo as suas pendências resolvidas na medida do possível, e a família participar desse processo de forma saudável e amena traz forças para seguir defendendo esses cuidados.

No início da atuação da equipe e enquanto foi realizado este estudo, não havia normatização dos cuidados paliativos no SUS. As atividades existentes se davam com base na literatura existente e disposições pontuais de órgãos e instituições. Mas, recentemente, o Ministério da Saúde dispôs a resolução de número 41<sup>29</sup> que normatiza os cuidados paliativos e integra-os nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), a fim de garanti-los desde o diagnóstico da doença até os últimos dias de vida, em todos os serviços de saúde: atenção básica, domiciliar, ambulatorial, de urgência e emergência e hospitalar.

Essa resolução mostra a crescente necessidade de implementação e expansão da terapêutica paliativa nos serviços de saúde, para além do âmbito hospitalar, revelando que as instituições e os profissionais de saúde precisam investir nesses cuidados para garantir a



melhor qualidade de vida da população acometida de doenças crônicas que tanto trazem sofrimento aos pacientes e seus familiares.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir para uma assistência em saúde mais qualificada, propiciando um cuidado em saúde mais holístico e humano, fundamentado, sobretudo, na integralidade. Para tanto, é necessário um número maior de pesquisas que abordem esta temática e resulte, deste modo, em acréscimos para a expansão e aprofundamento dos cuidados paliativos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Matsumoto DY. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: ANCP. Manual de cuidados paliativos. 2 ed. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2012. p.23-30.
- Melo AGC, Caponero R. Cuidados paliativos: abordagem contínua e integral. In: Santos FS, organizador. Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu; 2009. 257-267.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Sinopse do Censo Demográfico de 2010. Rio de Janeiro, 2011.
- Kováč MJ. A caminho da morte com dignidade no século XXI. Revista bioética 2014; 22(1).
- Santos FS. Tanatologia: a ciência da educação para a vida. In: Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Editora Atheneu; 2009.
- Maciel MGS, Othero MB. Cuidados paliativos e assistência na terminalidade. Transdisciplinariedade em oncologia 2009:184-195.
- Ruiz EM, Gomes AMA. Apelo à humanização da morte nas práticas de Saúde. Ministério da Saúde, Brasil. Atenção hospitalar. Brasília, DF: Ministério da Saúde 2011:81-98.
- Maciel, MGS. Avaliação do paciente em cuidados paliativos. In: ANCP. Manual de cuidados paliativos. 2 ed. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2012. p.31-41.
- ANCP. O que são cuidados paliativos, 2009. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/anep.php?p=oqueecuidados>> Acesso em: 10 de novembro de 2017.
- Rodrigues LF. Modalidades de atuação e modelos de assistência em Cuidados Paliativos. In: ANCP. Manual de cuidados paliativos. 2 ed. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2012. p.86-93.
- Lopes AC, Lima CAS, Santoro LF. Eutanásia, ortotanásia e distanásia. Aspectos médicos e jurídicos. São Paulo: Editora Atheneu; 2011.
- Código de Ética Médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009/ Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.
- WHO. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2002.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
- Marconi MA, Lakatos EM. Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, publicações e trabalhos científicos. 6.ed. São Paulo: Atlas; 2011.
- Campos, CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev. bras. enferm. [online]. 2004, vol.57, n.5, pp.611-614. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-71672004000500019&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-71672004000500019&script=sci_abstract&tlng=pt).



Arantes ACLQ. Indicações de cuidados paliativos. In: ANCP. Manual de cuidados paliativos. 2 ed. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2012. p.56-74.

Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; 18: p.2577-88.

Martinho AR, Pilha L, Sapeta, P. Competências do psicólogo em cuidados paliativos. ResearchGate [periódicos na Internet]. 2015 [acesso em 17 set 2018]. Disponível em: [encurtador.com.br/mnHT7](http://encurtador.com.br/mnHT7).

Frossard A *et al*. Serviço Social e Oncologia: os cuidados paliativos em foco. *e-Revista Facitec* 2018;9(2).

Silveira MH, TrenchCiampone MH, Gutierrez BAO. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2014; 17(1):7-16.

Veit MT. Transdisciplinaridade em Oncologia: caminhos para um atendimento integrado. São Paulo: Abrale; 2009.

Bouso RS, Poles K. Comunicação e relacionamento colaborativo entre profissional, paciente e família: abordagem no contexto da tanatologia. *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2009. p.193-208.

Capelas ML *et al*. Cuidados paliativos: O que é importante saber. *Patient care*. ResearchGate [periódicos na Internet]. 2015 [acesso em 17 set 2018]. Disponível em: [encurtador.com.br/bdFLN](http://encurtador.com.br/bdFLN).

Almeida KLS, Garcia DM. O uso de estratégias de comunicação em cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa. *Cogitare Enferm*. 2015 out/dez; 20(4): 725-73.

Paiva FCL, Júnior JJA, Damásio AC. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. *Revista Bioética* 2014; 22(3):550-60.

Schiliemann AL. Aprendendo a lidar com a morte no ofício do profissional de saúde. Franklin SS, organizador. *Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Atheneu; 2009. p.302-319.

Diário Oficial da União. 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 do Sistema Único de Saúde. (SUS), edição 225, 2018.