

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

**CUIDADOS PALIATIVOS: O OLHAR DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE
UMA EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

FERNANDA TELÓ DE SOUZA

PORTO ALEGRE

2023

FERNANDA TELÓ DE SOUZA

**CUIDADOS PALIATIVOS: O OLHAR DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE
UMA EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

Trabalho de conclusão referente ao curso de pós-graduação lato-sensu, com ênfase no campo Adulto Crítico, da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como pré-requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Ma. Rosana Maria de Lima.

Coorientador: Dr. Luiz Fernando C. Alvarenga

Porto Alegre

2023

CIP - Catalogação na Publicação

de Souza, Fernanda Teló
CUIDADOS PALIATIVOS: O OLHAR DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL DE UMA EMERGÊNCIA HOSPITALAR /
Fernanda Teló de Souza. -- 2023.
41 f.
Orientadora: Rosana Maria De Lima.

Coorientador: Luiz Fernando Calage Alvarenga.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Residência Integrada
Multiprofissional em Saúde , Porto Alegre, BR-RS,
2023.

1. Cuidados Paliativos. 2. Serviço Hospitalar de
Emergência. 3. Equipe Multiprofissional.. I. De Lima,
Rosana Maria, orient. II. Alvarenga, Luiz Fernando
Calage, coorient. III. Título.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo investigar as percepções dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional de uma emergência hospitalar sobre a temática dos Cuidados Paliativos. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa, do tipo exploratória, e foram entrevistados trabalhadores das seguintes áreas: Serviço Social, Psicologia, Nutrição, Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia. Para a análise das informações, foi utilizada a técnica da análise de conteúdo e de saturação de dados. Os resultados obtidos apontam que os profissionais apresentam noções básicas a respeito dos Cuidados Paliativos, ao passo que citaram aspectos que coadunam com a filosofia do cuidado, como a priorização da qualidade de vida, do conforto e a comunicação efetiva, sinalizando também a necessidade de envolvimento da rede de atenção à saúde, fora do âmbito hospitalar. Contudo, alguns temas como a espiritualidade e a abordagem com a família não foram citados. Evidenciou-se que o ambiente da emergência e as características de funcionamento do serviço interferem no desenvolvimento de um trabalho satisfatório, na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde. O trabalho multiprofissional e a educação permanente despontaram enquanto estratégias de enfrentamento aos desafios no atendimento de pacientes em Cuidados Paliativos na emergência.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Serviço Hospitalar de Emergência; Equipe Multiprofissional.

ABSTRACT

This study aims to investigate the perceptions of professionals of the multidisciplinary team of a hospital emergency under the subject of Palliative Care. To do so, a field research with a qualitative, exploratory approach was conducted and workers from the following areas were interviewed: Social Work, Psychology, Nutrition, Nursing, Pharmacy and Physiotherapy. To analyze the data, it was used a content analysis and data saturation techniques. The results point out that professionals have basic notions about Palliative Care, while they mentioned aspects that are in line with the philosophy of care, such as prioritizing quality of life, comfort and effective communication, also signaling the need for involvement of the health care network outside the hospital environment. However, some aspects such as spirituality and the approach to the family were not mentioned. It was evident that the emergency environment and the characteristics of the service operation interfere with the development of satisfactory work, considering the perspective of comprehensive health care. Multidisciplinary work and permanent education emerged as strategies to face the challenges in the treatment of patients in Palliative Care in the emergency room.

Keywords: Palliative Care; Emergency Hospital Service; Multiprofessional Team.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 REVISÃO DE LITERATURA	8
3 OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo geral	12
3.2 Objetivos específicos	12
4 PERCURSO METODOLÓGICO	12
4.1 Tipo de pesquisa	13
4.2 Local do estudo	13
4.3 População, amostra e critérios de seleção	13
4.4 Coleta de dados	14
4.5 Análise dos dados	15
4.6 Pressupostos éticos	15
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
5.1 A percepção dos profissionais da Emergência sobre o trabalho com Cuidados Paliativos	16
5.2 Os desafios para a atenção integral à pacientes em Cuidados Paliativos no contexto da Emergência hospitalar	21
5.3 A educação permanente e o trabalho multiprofissional como estratégias de qualificação do trabalho com Cuidados Paliativos	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	30
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	35
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	37
ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP	39

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa surgiu a partir da inserção da residente/pesquisadora que está vinculada ao Programa de Pós-Graduação da Residência Multiprofissional Adulto Crítico, desde março de 2021, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O cenário de prática do Programa consiste na passagem pelo Serviço de Emergência e pelo Centro de Tratamento Intensivo (CTI) do hospital. Nesse contexto, surgiu o interesse de compreender as percepções dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional do Serviço de Emergência sobre a temática dos Cuidados Paliativos (CP), devido à crescente demanda de pacientes com esse perfil, a partir do envelhecimento da população, da prevalência das doenças crônicas e das inovações tecnológicas que impactaram no aumento da sobrevida.

Durante a passagem pelo Serviço de Emergência, percebeu-se a necessidade de reconhecer as contribuições da equipe multiprofissional no atendimento a pacientes e suas famílias em CP, com intuito de evidenciar a importância de uma intervenção integral, preocupada com as diversas dimensões que envolvem este cuidado, dentre elas a física, psicossocial e espiritual. Dada a atualidade da temática, emergiu a necessidade de aprofundamento científico, a fim de ofertar subsídios para a qualificação das intervenções junto a pacientes e familiares que estão vivenciando este momento. Além disso, o interesse pela pesquisa também nasceu de experiências pessoais da residente/pesquisadora, que vivenciou um período como familiar de um paciente em CP. Nesse processo, a intervenção da equipe multiprofissional foi de extrema relevância para a família e o paciente na compreensão do processo de forma humanizada e consciente.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito de CP se:

[...] constitui 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, identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WHO, 2002).

Desse modo, o CP nasce como uma filosofia humanitária de cuidado com os pacientes sem possibilidade de cura, prezando o controle da dor e demais sintomas mediante a prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual (MORITZ *et al.*, 2008).

No Brasil, o direito à saúde é assegurado pela Constituição Federal de 1988 como um direito social e um dever do Estado, executado por meio de uma política pública de acesso gratuito e universal, por meio de um Sistema Único de Saúde (SUS) instituído pela Lei nº 8080 de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da

saúde e a organização e funcionamento dos serviços. O SUS organiza-se em níveis de atenção à saúde regionalizados e hierarquizados, que devem funcionar obedecendo princípios como a integralidade do cuidado, compreendida como um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

Para operacionalizar a integralidade da assistência, instituiu-se a Rede de Atenção à Saúde (RAS) através da Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010, visando a superação da fragmentação da atenção à saúde e o melhor funcionamento do SUS, para garantir ao usuário um conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. Como parte da RAS, destaca-se a Urgência e Emergência, que tem seus princípios estabelecidos na Política Nacional de Atenção às Urgências (2003), constituída por portarias e Normas Operacionais Básicas, base para elaboração posterior da Rede de Atenção às Urgências e Emergências em 2011. Como emergência, entendem-se aquelas situações de saúde que implicam um risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente (BRASIL, 1988).

A RAS tem pontos de atenção com objetivo de promover uma articulação entre atenção primária e demais serviços de maior complexidade. A rede de urgências e emergências é considerada uma porta de entrada do SUS. No cenário de prática investigado, são atendidas demandas clínicas, cirúrgicas, ginecológicas e obstétricas, além da pediatria. O HCPA recebe uma grande demanda de pacientes em acompanhamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), pacientes acometidos por doenças genéticas e pacientes oncológicos, além de ofertar um Serviço de Tratamento da Dor e Medicina Paliativa.

Através da Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018, elaborada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), os CP passaram a fazer parte da RAS como um cuidado continuado e existente em todos os níveis de atenção à saúde (OUVERNEY, 2019). Como pontos da RAS, com responsabilidades dispostas nesta resolução em relação aos CP, destacam-se: a Atenção Básica, a Atenção Domiciliar, a Atenção Ambulatorial, a Atenção Hospitalar e a Atenção à Urgência e Emergência. No que consiste à Urgência e Emergência, cabe prestar cuidados no alívio dos sintomas agudizados, focados no conforto e na dignidade da pessoa, de acordo com as melhores práticas e evidências disponíveis (BRASIL, 2018).

Dessa forma, o presente trabalho tem como tema *a atuação da equipe multiprofissional com pacientes em Cuidados Paliativos no contexto do Serviço de Emergência* e como problema identificar: *“qual a percepção da equipe multiprofissional frente à temática dos Cuidados Paliativos no contexto do Serviço de Emergência?”*. As

questões norteadoras consistem em: “*qual o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a temática investigada?*”, “*qual os desafios, limites e potencialidades do trabalho da equipe multiprofissional junto aos pacientes e familiares em Cuidados Paliativos?*” e “*quais as especificidades dos Cuidados Paliativos no cenário de prática pesquisado?*”.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Conceituação e reflexões sobre Cuidados Paliativos

Cuidados Paliativos consistem na assistência à saúde promovida por uma equipe multidisciplinar com objetivo de oferecer uma melhora na qualidade de vida de pacientes com diagnóstico de doenças que ameacem a vida. Este cuidado envolve ações de alívio do sofrimento, a identificação precoce, tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. O cuidado em saúde à pacientes que não possuem mais possibilidades de intervenção clínica para tratamento modificador da doença, é atravessado por diversas dimensões do outro, exigindo a articulação de saberes e tecnologias de cuidado que consigam assistir a pessoa em sofrimento e seus familiares integralmente, pois este momento pode despertar diversos sentimentos e inseguranças. A dimensão do cuidado, desta forma, deve ser comum a todos os núcleos profissionais, produzindo uma clínica ampliada que vai além de saber diagnosticar, prognosticar e curar em um viés biológico, mas inclui, também, um processo relacional compartilhado de cuidado centrado na pessoa (MERHY, 1998). Por isso, as equipes de emergência precisam reconhecer a importância dos cuidados paliativos nesse serviço, redirecionando o cuidado concentrado em “salvar vidas” para um cuidado que preserve a dignidade humana (MEDEIROS *et al.*, 2021, p. 416).

O processo de morte e morrer explorado por Kubler-Ross (1988) é apontado como algo processual que envolve diversas fases desde o diagnóstico até a fase terminal, como negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. No entanto, são sentimentos dinâmicos que não necessariamente se desenvolvem de maneira linear, sendo atravessados por fatores como crenças, religião e classe social. As doenças sem possibilidade de tratamento modificador podem causar às pessoas diversos sentimentos, como mal-estar, medo, vergonha, isolamento, dependência, falta de esperanças e impotência. Há diferenças, no entanto, na forma em que cada pessoa irá sentir e viver este processo, pois o sofrimento é sempre sentido, experienciado e experimentado de maneira individual, havendo o traço da indizibilidade (TOMÉ, 2020). Por essa razão, torna-se essencial que essas pessoas sejam consideradas dentro de sua particularidade, respeitando o princípio da autodeterminação do indivíduo (BRASIL, 2018).

Questões como as inovações tecnológicas na área da saúde impactam diretamente no aumento de sobrevida, tornando a morte um processo por vezes prolongado de enfermidade. Agora as pessoas morrem sozinhas, internadas em Unidades de Terapia Intensiva, despersonalizadas e invadidas por tubos e aparelhos (HERMES; LAMARCA, 2013). O uso

indiscriminado desses avanços tecnológicos têm levado ao adiamento desmedido da morte, aumentando o sofrimento dos pacientes e seus familiares (LIMA; CASTILHO, 2021). Há um paradoxo que se estabelece ao produzir mais sofrimento sob a primazia de preservar a vida a todo custo. Essa posição denomina-se de “distanásia”, que configura uma intervenção ou procedimento que não atinge o objetivo de beneficiar a pessoa em fase terminal e que prolonga o processo do morrer, sendo chamado, também, de obstinação terapêutica (PESSINI, 2004).

Para evitar esse tipo de conduta, e considerando o aumento das doenças crônicas e degenerativas na população brasileira, foram estabelecidas as diretrizes para os Cuidados Paliativos. No Brasil, a transição demográfica tem impactado diretamente na construção do perfil de morbidade e mortalidade da população, causando uma mudança epidemiológica em que há um crescente número de novos problemas de saúde relacionados ao envelhecimento. Este problema emergiu devido à redução da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida da população brasileira, o que contribuiu para que os cenários de doenças crônicas e degenerativas fossem cada vez mais comuns, sendo que, nos últimos anos, cerca de 72% das causas de óbito estiveram relacionadas às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), (MALA *et al.*, 2019). Esta transição tem “[...] levado a uma reorganização dos profissionais de saúde, pois juntamente com esse processo de envelhecimento emergem as demências e aumenta a demanda para integração de idosos em cuidados paliativos” (REIS; ANDRADE; SILVA, 2020, p. 3).

2.2 Os Cuidados Paliativos no contexto da emergência hospitalar e a importância do trabalho multiprofissional

A reorganização dos serviços de saúde para acolhimento dessas demandas impulsionou a construção da Resolução N° 41 de 31 de outubro de 2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos CP no âmbito do SUS. Assim, se estabeleceu um papel em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), incluindo a Rede de Urgência e Emergência e a Atenção Hospitalar. Conforme a Resolução, a Rede de Urgência e Emergência tem como objetivo prestar cuidados no alívio da dor e dos sintomas agudizados, focados no conforto e na dignidade da pessoa e no controle dos sintomas que não são passíveis de acompanhamento nos outros níveis de assistência (BRASIL, 2018).

As situações de urgência e emergência exigem um alto nível de complexidade no cuidado e na assistência à saúde, devendo ser articulado o princípio da integralidade em

saúde, que consiste no atendimento adequado e no local correto de acordo com as necessidades em saúde daquele usuário. A integralidade, nesse sentido, é entendida como um processo de trabalho que se utiliza de tecnologias distintas que possibilitam uma intervenção mais abrangente e completa (PAIM; SILVA, 2010). Pode ser compreendida, também, como um olhar para o todo que compõe uma pessoa. No contexto do CP, consiste em olhar para o paciente como um ser biográfico, mais do que como um ser simplesmente biológico, valorizando-se a história natural da doença, mas também a história pessoal de vida e as reações fisiológicas, emocionais e culturais diante do adoecer.

Corroborar-se, dessa forma, para a compreensão da saúde ampliada, não somente como ausência de doença, mas como um processo complexo que envolve dimensões objetivas e subjetivas. Considera-se a morte como um processo natural da vida que exige humanização e respeito à autodeterminação, sem imposição de formas de manutenção da vida invasivas e de alta tecnologia. Essas abordagens, ora insuficientes, ora exageradas e desnecessárias, na maioria das vezes, ignoram o sofrimento do paciente e de seus familiares e a necessidade das práticas de alívio do sofrimento e de melhora da qualidade de vida (BRASIL, 2018).

Uma pesquisa realizada em 2018 com profissionais da enfermagem do Serviço de Emergência de um hospital do sul do país mostrou que a estrutura física, a formação técnica e/ou graduação e o fluxo de atendimento no serviço de urgência e emergência foram fatores limitantes à qualidade dos cuidados ofertados (FORMENTI *et al.*, 2021). O estudo também destacou a rotina acelerada dos serviços de emergência e os conflitos entre os profissionais pela luta incessante em garantir a sobrevivência dos pacientes. O papel das equipes de urgência e emergência na atenção à pessoa em cuidados paliativos é um desafio, na medida em que envolve uma dinâmica de atendimento em que muitos profissionais se veem impossibilitados de desenvolver relações mais próximas ao paciente e aos familiares. Essa resistência em dar início à abordagem paliativa pode estar relacionada "[...] às atitudes e crenças dos profissionais sobre o processo de adoecimento, assim como a uma compreensão equivocada da emergência como setor de dinâmica acelerada" (MEDEIROS *et al.*, 2021, p. 421).

Em relação às demandas mais comuns que envolvem os CP na emergência, estão a busca pelo atendimento à dor em quadros agudos, dispneia e vômitos, dentre outros. Destaca-se a busca pelo atendimento em horários distintos aos da atenção básica, pois os serviços de emergência funcionam por 24 horas. Assim, pacientes com doenças crônicas avançadas, como demências e câncer, buscam atendimento na emergência, embora, em muitos

casos, não sejam vistos como sujeitos que vivenciam um sofrimento ativo e que precisam de estabilidade clínica e plano de cuidados individualizados (MEDEIROS *et al.*, 2021).

Vale destacar que esses pacientes buscam a emergência por diversos motivos: ansiedade com as crises agudas; falta de direcionamento prévio na rede de atenção primária; sentimento de segurança e familiaridade com o ambiente hospitalar; e, em muitas situações, dificuldade de acesso à atenção básica, especialmente em casos urgentes ou horários em que esses serviços não funcionam. (MEDEIROS *et al.*, 2021, p. 422).

Sobre o despreparo dos profissionais para intervir com os CP no ambiente da emergência, se discute sobre as dificuldades de comunicação e de abordagem sobre as questões envolvendo o processo de adoecimento e até mesmo, a finitude. Há também um desconforto dos profissionais em lidar com o processo da morte ou esgotamento de tratamentos, considerando-se o pouco tempo para reflexão e os sentimentos de medo e impotência que situações como essas podem causar. Assim, Medeiros *et al.* (2021) evidenciam que medidas como a ambiência, o reconhecimento das diretivas antecipadas de vontade e a habilidade para a comunicação de más notícias são medidas práticas para a garantia de um atendimento humanizado para esses pacientes e suas famílias durante a passagem pela emergência. Os serviços de emergência constituem um ponto imprescindível de atendimento aos pacientes paliativos, na medida em que realizam os primeiros atendimentos quando ocorre agudização de sintomas como dor, hemorragias, constipação, ou ainda, em situações de ansiedade e insegurança quanto ao processo de adoecimento.

Em relação ao trabalho desenvolvido, enfatiza-se a sua multiprofissionalidade justamente pela complexidade das situações e pela concepção de saúde integral e ampliada que os serviços do SUS devem operacionalizar. Embora exista uma dimensão comum do cuidado em saúde, envolvendo uma área comum denominado campo, existe, também, uma dimensão permeada de especificidades de cada profissão, que seriam denominadas núcleo. “Um núcleo coproduzido por miríades de inter-relações com o campo e, ao mesmo tempo, um núcleo coprodutor desse mesmo campo” (CAMPOS, 2000, p. 225). São saberes codependentes que se articulam em um mesmo sentido do trabalho multiprofissional, em que cada agente desenvolve um papel específico e um papel compartilhado, sendo fundamental reconhecer a importância das áreas envolvidas nesse processo para o aprimoramento dessas relações, com objetivo de ofertar uma assistência à saúde humanizada e integral em um momento com tantos aspectos envolvidos, como sentimentos de medo, ansiedade, luto, dores físicas e emocionais etc.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a percepção dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional do Serviço de Emergência acerca do atendimento de pacientes e suas famílias em Cuidados Paliativos.

3.2 Objetivos específicos

- Investigar o conhecimento e a formação dos profissionais sobre a temática;
- Identificar os desafios, limites e potencialidades do trabalho multiprofissional dos profissionais do Serviço de Emergência junto aos pacientes e familiares em Cuidados Paliativos; e
- Apontar as especificidades do cenário de prática investigado frente à temática dos Cuidados Paliativos.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida a partir de uma análise de conjuntura, ou seja, “[...] inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto das técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador” (MINAYO, 2001, p. 16). A pesquisa tem como corrente teórica o método dialético crítico, o qual possibilita maior compreensão acerca da realidade, proporcionando uma reflexão totalizante sobre o objeto de estudo e a superação das fragmentações, pois reconhece a realidade em constante movimento e transformação. Assim, o “método de pesquisa propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visando alcançar a essência do objeto” (NETTO, 2009, p. 8). Levam-se em consideração, portanto, as categorias do método dialético crítico, com uma reflexão crítica e argumentativa, visando à análise totalizante acerca da temática escolhida, buscando-se, assim, sair do plano do aparente e introduzir-se na essência real do objeto pesquisado, expresso na vida desses pacientes. Também foram discutidas categorias teóricas explicativas da realidade, como cuidados paliativos, equipe multiprofissional e serviço de emergência hospitalar.

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa, pois

[...] ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2014, p. 21).

O tipo de pesquisa é exploratória, que tem, como principal finalidade, desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2008, p. 27). Desse modo, a pesquisa exploratória permite relacionar o objeto de estudo com a realidade prática, promovendo maior familiaridade com o problema.

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada no cenário de prática do Serviço de Emergência que compõe o Programa de Residência Multiprofissional Adulto Crítico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul.

4.3 População, amostra e critérios de seleção

Para compor o universo da pesquisa, foram entrevistados profissionais que compõem a equipe multiprofissional do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A amostra foi constituída de forma não probabilística intencional, que, conforme Marconi e Lakatos (2002, p. 41), consiste em uma parcela conveniente selecionada do universo. Assim, ressalta-se que o objetivo da pesquisa “[...] não é o número de pessoas que vai prestar a informação, mas o significado que esses sujeitos têm” (MARTINELLI, 1999, p. 24). Desse modo, a amostra é formada por oito profissionais, sendo eles das seguintes áreas: Serviço Social, Psicologia, Medicina, Nutrição, Fonoaudiologia, Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia. É importante salientar que, no processo de coleta e análise dos dados, os sujeitos entrevistados não foram identificados, garantindo-se, assim, o critério ético de sigilo aos respectivos núcleos e/ou categorias profissionais, sem que haja a personificação das opiniões.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Um representante de cada núcleo profissional que preste assistência direta aos pacientes do Serviço de Emergência;
- Vinculação ao Serviço de Emergência há pelo menos 12 meses; e
- Profissionais que atuem no turno da manhã ou tarde, período em que ocorrem mais abordagens multiprofissionais.

Como critério de exclusão, estabeleceu-se profissionais com:

- Vinculação ao turno da noite;
- Sentimento de incômodo em dialogar sobre a temática; e
- Vínculo profissional como residente ou temporário.

4.4 Coleta de dados

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, que englobaram perguntas abertas, e outras previamente fechadas (NETO, 2002).

Enquanto técnica de coleta de dados, a entrevista é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes. (SELLTIZ *et al.*, 1967, p. 273 *apud* GIL, 2008, p. 109)

As entrevistas foram gravadas mediante autorização e assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos sujeitos entrevistados, e posteriormente transcritas. Foram agendadas com antecedência, na sala de atendimento multiprofissional do Serviço de Emergência, e respeitaram as medidas de distanciamento social e outras medidas de segurança devido ao momento pandêmico da COVID-19. Também ocorreram entrevistas através da plataforma Meet, conforme preferência dos entrevistados.

4.5 Análise dos dados

Para a análise de dados, foi utilizada a análise de conteúdo segundo Bardin (2011, p. 42), que consiste em “um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando 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 destas mensagens”. Conforme Bardin (2011, p. 95), a análise de conteúdo desenvolve-se em três fases, sendo a primeira a pré-análise, que consiste na organização dos

documentos; a segunda, a exploração do material, ou seja, a codificação, que é a transformação, por meio de recorte, agregação e enumeração, com base em regras precisas sobre as informações textuais, representativas das características do conteúdo; e, por fim, a terceira, o tratamento dos dados, a inferência e a interpretação, “que objetivam tornar os dados válidos e significativos” (GIL, 2008, p. 153).

4.6 Pressupostos éticos

Com intuito de garantir os preceitos éticos na pesquisa, foram seguidas as Resoluções nº 510 (BRASIL, 2016) e nº 466 (BRASIL, 2012), e a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018), quanto ao tratamento de dados pessoais sensíveis que foram utilizados para a execução do presente projeto de pesquisa.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), sendo aplicado o TCLE, orientando sobre os objetivos da pesquisa, forma de tratamento dos dados e riscos e benefícios de participação, de forma clara e objetiva, preservando-se a confidencialidade do (a) participante. Com o aceite dos (as) participantes, foram coletadas assinaturas dos (as) entrevistados (as) e ofertada uma via do TCLE. É importante destacar que o consentimento pode ser cessado a qualquer momento no decorrer da pesquisa, sem danos ou prejuízo ao (à) participante. Os dados coletados serão guardados por um período de cinco anos no setor de Serviço Social do HCPA, zona 04. Após este intervalo de tempo, o material será destruído.

Por fim, pretende-se investir na produção e publicação de artigo científico com os dados da pesquisa, a fim de garantir a socialização das informações.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa teve a participação de seis sujeitos, considerando-se a saturação dos dados. Entre os entrevistados, cinco se declararam como mulher cisgênero e um como homem cisgênero, com faixa etária entre 29 e 46 anos de idade, destes, cinco se declararam brancos e um pardo. A experiência de atuação mínima no setor investigado foi de um ano e meio a onze anos, e todos apresentaram especialização mínima de mestrado. No decorrer do texto, os entrevistados serão identificados como A1, A2, A3, A4, A5 e A6.

Da análise do material coletado, emergiram três categorias, que tem como objetivo responder ao problema da pesquisa, sendo elas: *A percepção dos profissionais da Emergência sobre o trabalho com Cuidados Paliativos; Os desafios para a atenção integral à pacientes em Cuidados Paliativos no contexto da emergência hospitalar e O trabalho multiprofissional e a educação permanente como estratégia de qualificação do trabalho com Cuidados Paliativos*. Sendo assim, abaixo segue a discussão dos resultados, articulada à revisão bibliográfica do assunto proposto e à legislação vigente da área.

5.1 A percepção dos profissionais da Emergência sobre o trabalho com Cuidados Paliativos

A pesquisa buscou compreender as percepções e o entendimento dos profissionais da emergência sobre a temática dos Cuidados Paliativos e o trabalho realizado no setor. Na análise, percebeu-se que os sujeitos trouxeram a compreensão dos CP como um cuidado integral, que busca oferecer qualidade de vida para pacientes com doenças crônicas e ameaçadoras de vida e/ou sem possibilidade curativa.

Entre as questões apontadas, destaca-se a fala do sujeito A3, que enfatiza que os CP é capaz de “*proporcionar uma melhor qualidade de vida*”, e a do sujeito A4 que destaca sobre as “*possibilidades de manejo mais efetivo dando um prolongamento da vida e uma qualidade de vida melhor.*” A discussão sobre qualidade de vida é bastante enfatizada na literatura sobre CP, assim como é destacada nos princípios da filosofia deste cuidado, que busca oferecer suporte e uma vida ativa dentro das possibilidades, compreendendo diversos aspectos da vida, como acesso aos serviços de saúde, rede de apoio, espiritualidade, manejo dos sintomas, entre outros.

Neste sentido, qualidade de vida é a percepção que o indivíduo possui de sua posição na vida dentro do contexto cultural e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A qualidade de vida pode também ser definida, como “a percepção do paciente sobre o

seu estado físico, emocional e social”. A avaliação da qualidade de vida é pessoal, subjetiva e complexa (WITTMANN-VIEIRA; GOLDIM, 2012, p. 336).

Considerar estes aspectos implica, necessariamente, o envolvimento de uma equipe multiprofissional e uma abordagem para conhecer não só o paciente, mas também sua família, na perspectiva da humanização do cuidado em saúde. Não perpassa somente o preenchimento de necessidades, mas o bem-estar subjetivo, com a avaliação cognitiva e afetiva que a pessoa faz acerca da sua vida, além de priorizar o ponto de vista do paciente, sobre o que pensa e sente em relação às suas circunstâncias de vida (PONTE; RIBEIRO, 2014). Para muitas pessoas, as mudanças provocadas pela doença são indesejadas e sinônimo de ameaça às suas experiências significativas e de valor, bem como ao seu futuro, como também é primeira vez que se deparam com o fato de que algum dia, irão morrer (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2014). Pensar sobre a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, envolve refletir para além do momento da internação hospitalar, isto é, sobre a possibilidade de alta. Neste ponto, é importante a articulação em rede, visando a transição do cuidado e a manutenção do cuidado em saúde. A entrevistada A5 ressalta:

[...] pensar nesse cuidado fora do âmbito hospitalar, construir uma referência com Unidade de Saúde, com os serviços, que pode acolher esse paciente, e muitas vezes os pacientes têm desejo de retornar para a casa, é importante pensar como a gente constrói esse cuidado fora do âmbito hospitalar. Ver se a rede externa pode acolher essas demandas, são sempre cuidados que se complementam. Enquanto políticas públicas temos muitos limites, a fragilidade dos serviços, isso é muito desafiador. Mas é possível costurar esse cuidado.

Assim, discutir sobre a qualidade de vida dos pacientes com doenças ameaçadoras de vida, sendo ou não em processo de terminalidade, é de suma importância dentro do contexto de uma emergência hospitalar, trazendo o paciente e a família para o diálogo com a equipe multiprofissional e pensando estratégias para esse cuidado. O suporte da rede de atenção à saúde em diferentes complexidades, bem como, programas como o de Atenção Domiciliar e o Programa Melhor em Casa, por exemplo, são fundamentais pois buscam oferecer o cuidado em saúde no domicílio, oportunizando a convivência e o fortalecimento familiar neste momento da vida.

No contexto dos CP, também é importante destacar as questões envolvendo a espiritualidade dos pacientes e seus familiares, que fazem parte de um cuidado integral e centrado no paciente. Durante as entrevistas, nenhum dos sujeitos mencionou estes aspectos, bem como a temática da família também foi pouco abordada.

[...] os cuidados paliativos consideram a família uma unidade de cuidado que também deve receber assistência durante todo o tempo de acompanhamento de seu paciente, prosseguindo até depois de seu óbito, no período de luto. Percebe-se que o bom relacionamento entre a equipe de saúde e familiares proporciona melhoria na assistência prestada (SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014, p. 9).

O cenário hostil como de uma emergência hospitalar pode dificultar a abordagem da equipe com a família e não favorece uma reflexão neste sentido. Já para os familiares, o espaço físico de uma emergência hospitalar pode ser um local pouco aconchegante e acolhedor. Ressalta-se que, no contexto da pandemia da covid-19, os hospitais também precisaram adotar diversas restrições de visitas e acompanhantes, o que dificultou ainda mais a permanência dos familiares junto aos pacientes. Diante disso, é importante que as equipes ofereçam esse cuidado e suporte aos familiares, que também se encontram em uma situação de fragilidade e de mudanças.

Enquanto a doença afeta individualmente o paciente, suas consequências afetam também a família e todos os que vivem ou trabalham com o paciente. O processo da doença desafia e até pode alterar os papéis familiares e a dinâmica do grupo. [...] Quando o grupo familiar consegue lidar com as múltiplas mudanças e perdas relacionadas à morte, fazendo uma transição saudável através do processo de luto, pode reconstruir suas vidas e se reintegrar à sociedade. Se essa transição não for bem sucedida, os familiares tendem a adoecer, prejudicando sua atividade profissional e sobrecarregando o sistema de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2014, p. 08).

No cotidiano de trabalho em um serviço de emergência, observa-se que, além do esgotamento emocional e físico dos cuidadores, alguns têm medo de não dar conta dos cuidados do paciente, outros temem a possibilidade de óbito no domicílio. Estas questões tornam fundamental o acolhimento e a compreensão por parte da equipe, o uso de linguagem acessível, para estabelecer uma relação de confiança, com uma equipe que respeita as crenças e valores do paciente e família.

Dentro da conceituação, filosofia e princípios dos cuidados paliativos, a espiritualidade é amplamente destacada como uma dimensão do cuidado. Nas falas dos entrevistados, não houve menção à espiritualidade, o que demonstra a dificuldade das equipes em poder lidar com essas questões, principalmente dentro de uma emergência hospitalar.

O paciente pode apoiar-se na espiritualidade como forma de enfrentamento de doenças, com a finalidade de minimizar o sofrimento decorrente das dificuldades encontradas ou para obter maior esperança de cura com o tratamento. Sendo assim, a importância do reconhecimento da espiritualidade como estratégia de enfrentamento e a identificação das necessidades do paciente favorecem que os profissionais de saúde, possam planejar uma assistência de qualidade e atender o paciente de forma integral (GUERRERO et al, 2011 apud SILVA et al, 2022, p. 14).

Diante disso, as estratégias comunicacionais representam a centralidade do suporte emocional em cuidados paliativos e são ferramentas indispensáveis para promover conforto multidimensional frente ao processo inerente ao adoecimento. Dentre elas está a escuta ativa, enquanto processo dinâmico de ouvir o que está contido nas “entrelinhas”, envolvendo variáveis como atenção, interesse e motivação, para ouvir no intuito de compreender o outro e suas reais necessidades. “O paciente e seus familiares se sentem atendidos em suas necessidades quando são ativamente escutados. Para eles, ser escutado pelos profissionais de saúde que os atendem significa estar sendo considerado, cuidado de modo individualizado e com atenção” (ARAÚJO; SILVA, 2012, p. 126).

Ao mesmo tempo em que citaram aspectos sobre os CP que coadunam com a definição da Organização Mundial de Saúde, os profissionais observaram que os colegas de equipe costumam associar os CP com terminalidade e impossibilidade de cura.

[...] para que a equipe tenha o entendimento o que é, não é necessariamente um paciente terminal A2

É um cuidado que não necessariamente é um paciente terminal, e sim como se atinge o teto terapêutico, o alcance do máximo que você pode ofertar de terapia pro paciente, e mesmo assim sabendo que não tem resposta ou resolução. A4

O que eu tenho percebido é que os pacientes estão envelhecendo mais, precisando muito mais desse suporte, porque quando a gente fala paliativo parece que é sempre os pacientes para morrer, e na verdade não é. A3

De acordo com a discussão proposta pelo Manual de Cuidados Paliativos (2020), este cuidado não se baseia em protocolos, mas sim em princípios. Desse modo, o uso de algumas terminologias é importante e contribui para desmistificar os CP como por exemplo, substituir o uso de “impossibilidade de cura”, para a possibilidade ou não de “tratamento modificador da doença”. É igualmente importante a compreensão dos CP desde o diagnóstico da doença, dando ênfase para a identificação precoce, e não somente associá-los ao contexto da terminalidade.

No discurso dos entrevistados, também foram citadas questões referentes à “conforto”, como pode ser percebido nas falas de A6, que associa os CP como “*um tipo de cuidado mais humanizado com priorização na vontade do paciente e não somente na terapia, priorizando o conforto*”, de A4 que compreende os CP como uma forma de ofertar “*qualidade de fim de vida para esses pacientes, com o mínimo de invasão e o máximo de conforto*” e de A2 que sintetiza que CP “*são a definição de dar conforto, ou melhor, um suporte de tratamento mas sabendo que não há uma cura, não há uma resolução do quadro.*”

A origem da palavra no latim, relaciona conforto a fortificar, corroborar, conceder, consolar, aliviar, assistir, ajudar e auxiliar. No contexto de saúde, o conforto está relacionado a diversas dimensões do cuidado, sendo elas:

1- física, que pertence às sensações do corpo; 2- psicoespiritual, que pertence à consciência interna de si, incluindo autoestima, sexualidade, o conceito de si mesmo e o significado da vida e também a relação com uma ordem ou um ser superior; 3- ambiental, que diz respeito ao meio, condições e influências externas; e 4- social, relacionada às relações interpessoais e familiares (KOLCABA, 2003, apud SOUZA, JARAMILLO, BORGES, 2021, p. 435).

A revisão integrativa realizada por Souza, Jaramillo e Borges (2021), concluiu que as principais estratégias de conforto utilizadas pela equipe durante a internação hospitalar de pacientes em CP são: o apoio (da equipe, social e familiar), contato físico, carinho, comunicação, conhecimento, alívio da dor, gentileza, banho, musicoterapia, radioterapia, contato com o ambiente externo (natureza), brincar, contato com outras pessoas e a espiritualidade.

A respeito disso, os entrevistados citaram como estratégia de conforto e qualidade de vida elementos como: alimentação, comunicação, manejo da dor, hipodermóclise, privacidade, flexibilidade no fluxo de acompanhantes, espiritualidade, dentre outros, como demonstradas nas falas abaixo:

[...] dar conforto e poder comer, alimentação é um prazer, o mínimo de prazer que tu pode oferecer para o paciente. A1

[...] tu tem que minimizar sofrimento, minimizar dor, angústia, que são essas famílias pacientes que a gente atende. A2

[...]talvez aquele momento que o paciente chega ali, não é fazer tudo que dá, mas sim o mínimo para que ele fique confortável A3

[...] desde que entrei no hospital fiquei surpresa que não tinha Hipodermóclise na emergência, eu treinei todos os enfermeiros, porque é um cuidado essencial para esses pacientes, visto que às vezes ele não tem acesso venoso, é uma coisa a mais que a gente já conseguiu na emergência. A3

As entrevistas demonstraram que os profissionais da emergência apresentam conhecimentos básicos acerca da temática estudada, mas ainda assim, demonstram fragilidade em trazer esse cuidado para o contexto de uma emergência hospitalar, ressaltando diversas dificuldades e desafios no cotidiano do trabalho, que serão discutidas na categoria a seguir.

5.2 Os desafios para a atenção integral à pacientes em Cuidados Paliativos no contexto da Emergência hospitalar

A integralidade é um dos princípios do SUS, cuja origem remonta ao Movimento da Reforma Sanitária brasileira, nas décadas de 1970 e 1980. Sua materialização tem sido um importante desafio, por reconhecer a complexidade e as necessidades individuais e coletivas de saúde da população.

[...] este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

O conceito de integralidade abarca três conjuntos de sentidos, sendo o primeiro relacionado às características das políticas de saúde ou à abrangência das respostas governamentais; o segundo é relativo à organização dos serviços de saúde (abrangendo acesso e continuidade do cuidado) e o terceiro se refere a práticas de saúde com olhar ampliado sobre os sujeitos. (MATTOS, 2009). Cecílio (apud TOFFANI et al, 2022, p. 03) propõe que “[...] o cuidado seja produzido em seis dimensões – individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária – que, imanescentes entre si, apresentam múltiplas conexões, produzindo uma complexa rede de pontos de contato, atalhos, caminhos colaterais e possibilidades”. Desse modo, a integralidade do cuidado em saúde implica um olhar ampliado para o sujeito, em sua totalidade, e para tanto, envolve a gestão da política de saúde, visando a integração das diversas frentes e níveis de atenção, além de destacar a importância da intersetorialidade.

C. Por isso, os profissionais que estão na linha de frente das emergências devem ter os conhecimentos necessários para poder prestar um atendimento de qualidade a esse perfil de paciente.

O tema da integralidade no cuidado hospitalar deve perpassar a qualificação do trabalho de equipe enquanto objeto da gestão de um hospital. Ela será uma integralidade focalizada quando ocorrerem práticas articuladas das equipes de um espaço de saúde que é capaz de ouvir e atender as necessidades trazidas por cada sujeito, da melhor forma possível. Por conseguinte, “A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital” (CECÍLIO; MERHY, 2007, p. 200). Todavia, o hospital é um componente fundamental da integralidade

do cuidado, enquanto um dos pontos da linha de cuidado que cada indivíduo percorre em busca da integralidade que precisa (CECÍLIO; MERHY, 2007). Durante a pesquisa, os entrevistados citaram a importância da integralidade do cuidado, como aponta A2: “*é um cuidado integral a todo e qualquer paciente que tenha uma doença crônica e que essa doença não tenha possibilidade curativa. Ele visa proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente*”, ressaltando, assim, um olhar para além de aspectos biológicos, buscando compreender os pacientes em sua totalidade.

O tempo de permanência nas emergências, a ambiência do espaço e a falta de conhecimento dos profissionais, são consideradas os maiores desafios enfrentados no cotidiano do trabalho. Entre as narrativas dos entrevistados, foram identificadas falas relacionadas a esses aspectos, como verbalizou A1:

Acho que o limite é do espaço físico da emergência, acho a ambiência muito difícil. Não propicia um fazer mais integral.

A emergência do hospital também é caracterizada pela alta rotatividade de pacientes, onde as ações precisam ser emergenciais, e cada segundo pode fazer a diferença. Há ainda o movimento de transferências de pacientes para as unidades de internação, para outros serviços de saúde da rede, ou alta hospitalar da própria emergência. Como observou o entrevistado A5, esse contexto dificulta:

Uma abordagem que se propõe a ter como centralidade o paciente e a família; a gente enquanto espaço de EMA tem pouco tempo para ficar com ele. Isso pode ser um limite. Mas o pouco tempo que ele fica com a gente, pensando em CP, tudo que envolve, a complexidade, o vínculo, nesse processo do paciente, que entendo que tem muito a ser feito, no momento que está esse paciente, é muito pouco tempo. Por isso a importância do cuidado para a continuidade do acompanhamento.

Nesse sentido, o curto tempo de permanência no serviço pode limitar o desenvolvimento de vínculo com o paciente e a família, contudo, ressalta-se a importância de um atendimento acolhedor, principalmente quando envolve CP, pois trata-se do primeiro atendimento que o sujeito irá receber em um momento de crise. Igualmente importante é a transição do cuidado para a equipe que irá receber o paciente, seja interna ou externamente ao hospital.

Outra característica do serviço que foi evidenciada durante a pesquisa é o fluxo de profissionais por escala de plantão, que também pode impactar no vínculo com pacientes e familiares.

O CP deveria ter uma equipe vendo esse sujeito de uma forma horizontal. Pelo funcionamento da emergência, o plantão, cada dia uma pessoa, cada turno uma equipe, essa mudança faz com que também um pouco a questão do desamparo, isso fica mais evidente. A2

Acho que é uma equipe toda que acompanha o paciente por mais tempo, nem todas as profissões, mas talvez a equipe médica tivesse um profissional rotineiro que acompanhasse aquele paciente todos os dias e visse uma evolução e não só um plantonista. A4

Entende-se que a alternância de profissionais, enquanto modo de funcionamento de uma emergência hospitalar, pode gerar insegurança ao paciente. Diante disso, a passagem de plantão entre as equipes de forma eficaz pode garantir a segurança do paciente, evitando lacunas no tratamento e propiciando que o sujeito tenha confiança nos profissionais que o estão atendendo. Como estratégia para enfrentar as adversidades apontadas, os entrevistados citaram a possibilidade de ter suporte de uma equipe multiprofissional, que acompanha os pacientes e suas famílias de forma mais horizontal, apontando para uma equipe de Cuidados Paliativos dentro da emergência. É importante ressaltar que o serviço conta com equipes consultoras em CP, sendo que uma atende especificamente pacientes da Unidade Vermelha.

Na filosofia e princípios dos cuidados paliativos, a comunicação e o vínculo com os pacientes e seus familiares é de sua importância para a efetivação de um cuidado integral. Para tanto, é necessário dispor de técnicas adequadas de comunicação, com um espaço que proporciona acolhimento e privacidade aos sujeitos atendidos, prezando por uma escuta qualificada, acolhedora e focando assim, na relação profissional-paciente, buscando metas de cuidados compartilhadas com o objetivo de um consenso que possa garantir que os valores do paciente sejam respeitados, bem como uma prática médica cientificamente aceitável (FORTE; KAWAI; COHEN, 2018).

Algumas falas evidenciaram a necessidade de fortalecer espaços de discussões de caso, como reuniões multiprofissionais, rounds e huddles:

Outra questão é a possibilidade enquanto equipe fortalecer os espaços de comunicação entre nós. Trabalhar as expectativas tanto do paciente, quanto da família. A5

Ver este paciente mais a fundo, tentar não ser só reativo nessa implementação da terapia, participar de rounds paliativos, com equipes dos paliativos dentro da emergência, seria muito interessante se a gente conseguisse fazer. A6

O meu sonho é que nós tivéssemos discussões de caso. Não há discussão de caso para definição de condutas, mas pensando nessa capacitação continuada, nessa ideia de poder refletir e repensar e organizar e poder estimular que as pessoas pensem sobre CP. A2

Na rotina de uma emergência hospitalar, podem ocorrer ruídos na comunicação entre os profissionais, o que pode prejudicar o plano de cuidado dos pacientes. Evidencia-se que

uma comunicação efetiva pode reduzir a ansiedade e o sofrimento de pacientes e familiares, fortalecendo o processo de confiança na equipe de saúde e minimizando o risco de conflitos (VIDAL, 2014). O fato de os sujeitos da pesquisa mencionarem a comunicação efetiva e os espaços de discussão coletivas dos casos como estratégias para possibilitar cuidado em saúde integral aos pacientes em CP, evidencia a disponibilidade dos profissionais em se capacitar para trabalhar com essa população.

Outrossim, os entrevistados também verbalizam deficiências na comunicação das e com as equipes dos ambulatórios do hospital que acompanham pacientes em CP:

Às vezes as informações não estão bem claras, às vezes vejo que tem muita dificuldade da equipe do ambulatório que assiste esse sujeito em falar do assunto. E quando chega na emergência, tu vê que é, mas nunca foi dito, e é o emergencista que tem que dizer, porque já está na terminalidade. A2

Evidencia-se que muitas vezes o assunto ainda não foi abordado pelas equipes de referência do acompanhamento, assim como não foram discutidas diretivas antecipadas de vontade (DAVs), as quais servem para que os indivíduos possam manifestar expressamente seus desejos em relação a cuidados de saúde, podendo ser comunicada aos profissionais de saúde e seus familiares. Assim,

Uma das maiores contribuições que os profissionais de saúde podem fazer a um paciente candidato a cuidados paliativos e que se encontre em um serviço de urgência e emergência envolve a discussão de seus objetivos de cuidados, para que os mesmos possam influenciar as condutas diagnósticas e terapêuticas (VIDAL et al, 2014, p. 391).

As falas dos entrevistados dialogam com a literatura, que enfatizam que, embora reconheçam a necessidade dos cuidados paliativos na emergência, os profissionais não se sentem preparados para oferecê-los, em especial no que diz respeito a habilidades de comunicação e à capacidade de abordar questões relativas ao fim da vida

A pesquisa evidenciou que os serviços de emergência costumam ser vistos como espaços apenas para ações rápidas, o que traz obstáculos para o conforto do paciente e a preservação da dignidade, justamente em um espaço teoricamente projetado para salvar vidas. Assim, muitos profissionais ainda não reconhecem a emergência como local onde é possível oferecer cuidados paliativos (MEDEIROS, et al, 2021, p. 423).

O profissional A3 trouxe que o maior desafio no âmbito da emergência é *“fazer com que todos os profissionais entendam o que é cuidados paliativos, e que não associem cuidados paliativos a não fazer mais nada. Sempre se tem o que fazer.”*

É importante esclarecer que a comunicação sobre cuidados paliativos na emergência não pode seguir os mesmos critérios utilizados no modelo tradicional das unidades de internação. Dentre as estratégias que também podem funcionar na emergência estão: distinguir cuidados paliativos de cuidados paliativos em fim de vida; proceder à abordagem inicial com uma equipe formada por médicos e enfermeiros; reconhecer as diretivas antecipadas de vontade; aperfeiçoar a formação da equipe; e ter um profissional que exerça liderança, sensibilizando os companheiros e mostrando como vencer barreiras (MEDEIROS et al, 2021, p. 422).

Evidencia-se relevância da construção de protocolos para a qualificação do atendimento de CP dentro da emergência hospitalar, em que seja possível fortalecer o trabalho multiprofissional, evitar ruídos na comunicação entre as equipes, ofertar espaços de educação permanente, buscar melhorias nas habilidades e competências dos trabalhadores deste setor para efetivação da integralidade do cuidado em saúde. Perante ao exposto, o próximo eixo tem como objetivo discutir as estratégias possíveis para o enfrentamento dos desafios expostos acima.

5.3 A educação permanente e o trabalho multiprofissional como estratégias de qualificação do trabalho com Cuidados Paliativos

Os participantes da pesquisa foram questionados sobre a aproximação com o tema dos Cuidados Paliativos em algum momento, durante a graduação, ou em atividades institucionais de educação permanente. Com unanimidade, os profissionais responderam não ter tido contato com a temática durante a formação no ensino superior. Dos seis entrevistados, cinco citaram que participaram de momentos de formação oportunizados pelo Programa de Residência Multiprofissional do HCPA, enquanto preceptores.

Esses dados corroboram as pesquisas e discussões da área, que estão evidenciando a necessidade de incorporação da temática de CP nos currículos de graduação, bem como nos espaços sócio ocupacionais, em forma de educação continuada. Uma pesquisa realizada em um hospital oncológico do Sul do Brasil trouxe como resultados que uma das formas de amenizar a deficiência encontrada na formação, é a educação permanente, que tem sido considerada como fator potencial para a melhora do conhecimento profissional e a sua aplicação na prática, principalmente, no que se refere à segurança na atuação (CEZAR, et al; 2019, p. 326).

Reconhecendo a existência de lacunas na formação, os profissionais apresentaram estratégias para a qualificação do trabalho, dentre elas, a possibilidade de educação permanente para os trabalhadores do serviço de emergência.

Treinamento, educação permanente, para que a equipe tenha o entendimento o que é, não é necessariamente um paciente terminal, pode ser terminal, ou pode ser paliativo por bastante tempo. A2

Capacitações seria uma das coisas, mas não em um modelo tradicional porque o pessoal já está um pouco cansado desse molde de vídeos e meet. Acho que teria que ser com uma metodologia mais ativa, seria bem importante. A3

A educação permanente é uma prática formativa contínua que propõe a reflexão sobre o trabalho e a aprendizagem no ambiente laboral, norteadas por processos de aprendizagem coletivos, colaborativos e significativos, com compartilhamento de saberes, diálogos horizontais e participação social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; GONÇALVES, PINTO, FRANÇA, TEIXEIRA, 2019; COSTA, 2019 apud JACOBOVSKI, FERRO, 2021). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), discorre sobre a execução de ações educativas que dialoguem com a realidade dos serviços e busquem a transformação do processo de trabalho, com objetivo de refletir sobre a prática profissional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Quando se trata de educação permanente, é importante destacar que essa metodologia visa identificar os desafios e problemas dos processos de trabalho a partir da realidade dos serviços, partindo dos conhecimentos já adquiridos pelos profissionais e das necessidades apresentadas pelos usuários atendidos naquele local (CEZAR, et al; 2019). O entrevistado A4 sugere a criação de um “protocolo de atendimento de CP” que preveja ações educativas, conforme segue:

Um protocolo com ações de educação, ações de maior espaço para conversa também, para a comunicação sobre o que cada um entende como teto terapêutico, ou os prós e contras de instituir certas medidas e que fosse uma tomada de decisão em parceria com outras áreas, não só a equipe médica. A4

A educação permanente é de suma importância nos espaços de saúde sobre CP, pois como bem ressalta Ferreira, Nascimento e Sá, (2018) e Silva Júnior et al., (2019), a formação acadêmica da área da saúde é bastante voltada para práticas curativistas, e o processo de morte/morrer ainda é pouco abordado. Essa discussão, também foi evidenciada na pesquisa, onde os entrevistados destacaram que:

O emergencista não está acostumado com esse manejo clínico dos pacientes paliativos. A2

O emergencista é formado para salvar vidas, então o paciente vai chegar e ele vai querer de qualquer forma e custo, poder salvar essa vida e às vezes não é bem assim. A4

Além da educação permanente, outra estratégia citada pelos sujeitos é o fortalecimento da equipe multiprofissional. Nas falas, é possível perceber a valorização do trabalho

multiprofissional para a efetivação da integralidade do cuidado em saúde, em consonância com os princípios e fundamentos dos CP, bem como do SUS. A entrevistada abaixo, considera o Programa de Residência Multiprofissional como um fator importante para a garantia desse processo dentro da emergência, que oportuniza diariamente a presença desses profissionais trabalhando em equipe:

Eu acho que está muito melhor do que já foi. Acho que a gente consegue trabalhar de forma multi. Acho que uma das coisas que temos de melhor dentro da EMA é que a gente realmente tem uma equipe. A residência oportuniza isso, uma coisa mais horizontal. Tu não tem o médico sempre, tu tem uma equipe multi mais ou menos contínua. A1

Assim, considerou-se que o trabalho em equipe multiprofissional é um trabalho coletivo que se caracteriza na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação. (PEDUZZI, 2001, p.108)

Para um cuidado baseado nas filosofias do CP, é necessário integrar ações médicas, enfermagem, psicológicas, nutricionais, sociais, espirituais e de reabilitação, para tanto, existe a necessidade de uma equipe que complemente seus conhecimentos, compartilhe responsabilidades e resolva as demandas em comum acordo (HERMES; LAMARCA, 2013). Os participantes da pesquisa trouxeram algumas reflexões sobre o trabalho multiprofissional dentro do contexto de emergência,

Acho que no HCPA é muito cada um no seu quadrado, é um cuidado multi, mas não interprofissional, então eu acho que tem muito a melhorar. A3

A gente já consegue acionar todas as equipes, cada um faz a sua parte muito bem feito, o assistente social, psicologia, enfermagem, mas não tem a comunicação entre as especialidades, acho que essa é uma parte bem importante, não é um cuidado interprofissional. Por exemplo, passa a psicologia e às vezes não fala nada, a enfermagem não consegue fazer o link com o que está acontecendo, cada um faz sua parte sem ter uma conexão entre elas. A3

Isso demonstra que, para além de um trabalho multiprofissional, é necessário pensar a interprofissionalidade dentro do serviço de emergência, com objetivo de buscar a superação da fragmentação do trabalho e da individualização biomédica; a busca de reconstituição da integralidade do trabalho coletivo em saúde; e a qualificação do conjunto dos profissionais sob esses signos que visa democratizar o contexto do trabalho e efetivar integralmente o cuidado (PEDUZZI, et al, 2018, p. 05)

Os entrevistados discorrem sobre as dificuldades da efetivação desse trabalho dentro

do contexto da emergência, trazendo novamente a questão da comunicação como um eixo em destaque nessa temática.

[...] realmente a gente conseguir lidar enquanto equipe multi fazer esse cuidado completo, acho que isso é bem desafiador; em todos os lugares. O CP demanda em todas as equipes, todos precisam fazer; todos fazem, mas não tem a comunicação entre as equipes, acaba que não aproveitamos o todo que tem para oferecer. Tem todos os profissionais, mas é necessário se comunicar mais. Talvez pelo contexto da EMA, alguma rotina ou processo que necessite mudar; isso é um desafio. A4

É válido ressaltar também, que apareceu na pesquisa questões relacionadas a precarização do trabalho e o esgotamento do profissional de saúde nesse contexto, principalmente devido ao período de pandemia vivenciado.

Aumentar o número de profissionais e reduzir a carga de trabalho de cada um desses profissionais envolvidos. Todos os profissionais da emergência estão sobrecarregados, não existem exceções. Além do estresse psicológico, a sobrecarga de trabalho gera uma série de situações, desde o estresse físico, que aumenta o risco de lesões de trabalho, lesões repetitivas, até chegar num burnout ou coisas similares. O ideal seria ajustar a capacidade da emergência à demanda necessária. A demanda é muito maior que a capacidade. A6

Diante disso, a articulação em busca das melhorias do SUS também impactam diretamente no cuidado ofertado aos pacientes e seus familiares. Entende-se que os profissionais de saúde que atuam em CP precisam estar aptos a lidar com adversidades emocionais pessoais e dos pacientes/familiares durante todo o tempo, bem como com as diversas fases do luto, uma vez que acompanham todo o processo de uma patologia crônica, progressiva e fatal (Borba et al., 2020 apud Silva, 2022, p.12).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar a percepção dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional do Serviço de Emergência, acerca do atendimento de pacientes e suas famílias em Cuidados Paliativos. A partir do processo de análise, foi possível, ao final deste percurso, dizer que o atendimento aos usuários em CP na emergência apresenta limites, dificuldades de compreensão, e ao mesmo tempo um reconhecimento dos profissionais acerca da importância deste cuidado.

Como principais limites pode-se apontar o espaço físico do ambiente da emergência, assim como, a rotatividade de profissionais e de pacientes, o que pode prejudicar o vínculo e a comunicação. A pesquisa elucidou lacunas de conhecimento sobre a temática, sendo um fator limitante para um cuidado integral aos pacientes e seus familiares que se encontram no serviço de emergência. Com relação aos aspectos que mostram a importância e

potencialidades podemos apontar a possibilidade de fortalecimento das equipes multiprofissionais, principalmente através do Programa de Residência Multiprofissional, que proporciona uma equipe horizontal e mais presente nas escalas de plantão. Outro ponto destacado, é a necessidade de proporcionar espaços de educação permanente aos profissionais do serviço de emergência, através da construção de protocolos e espaços de discussões coletivas.

Estudos como este podem ser importantes ferramentas de base para processos de educação permanente envolvendo a temática dos CP dentro dos serviços de emergência, pois demonstram iminência de qualificar o cuidado em saúde ofertado em um espaço marcado por tantos desafios.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M.M.T. SILVA, M. J. P. **O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos.** Revista Textos e Contextos Enfermagem, Florianópolis, v. 21, 2012, p. 121-9.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Edições 70, São Paulo, 2011.
- BORBA et al. **Pacientes sob cuidados paliativos em fase final de vida: vivência de uma equipe multiprofissional.** Revista de Pesquisa (Online): Cuidado é Fundamental. Rio de Janeiro, v.12, 2020, p. 1227-1232.
- BRASIL. **Lei no 8.080 de 19 de setembro de 1990 e suas alterações posteriores.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, DF, 1990.
- BRASIL. **Lei n. 9.656 de 3 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF, 1998.
- BRASIL. **Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010.
- BRASIL. **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). Brasília, DF: Presidência da República, 2018.
- CAMPOS, G. W. S. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000, p. 219-230.
- CECÍLIO, L. C. O. MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** In: PINHEIRO, Roseni. MATTOS, Ruben A. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. IMS/ABRASCO, Rio de Janeiro, 2007. p.197-210.
- CEZAR et al. **Educação Permanente em Cuidados Paliativos: uma proposta de pesquisa ação.** Revista de Pesquisa (Online): Cuidado é Fundamental. Rio de Janeiro, v. 11, 2019, p. 324-332.
- COELHO, M. E.; FERREIRA, A. **Cuidados paliativos: narrativas do sofrimento na escuta do outro.** Revista Bioética, Brasília, v. 23, n. 2, 2015, p. 340-348.

FERREIRA, J. M.G. NASCIMENTO, J. L. SÁ, F. C. de. **Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia.** Revista Brasileira de Educação Médica, Brasília, v. 42, p. 87-96, 2018.

FORMENTIN et al. **Barreiras ao cuidado no final de vida em um serviço de urgência e emergência.** Revista Uruguaya de Enfermería, v. 16, n. 1, 2021, p. 1-13.

FORTE, D. N. KAWAI, F. COHEN, C. A. **A bioethical framework to guide the decision-making process in the care of seriously ill patients.** BHM Med Ethics, United Kingdom, v. 19, 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** Editora Atlas, São Paulo, 6 ed., 2008.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. **Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, 2013, p. 2577-2588.

JACOBOWSKI, R; FERRO, L. F. **Educação permanente em Saúde e Metodologias Ativas de ensino: uma revisão sistemática integrativa.** Research, Society and Development, São Paulo, v. 10, n. 3, 2021.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer.** Editora Martins Fontes, 8ª ed., São Paulo, 1998.

LIMA, M. A.; CASTILHO, C. M. **Bioética, cuidados paliativos e libertação: contribuição ao “bem morrer”.** Revista Bioética, v. 29, n. 2, 2021, p. 268-278.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Orgs). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. CEPESC/UERJ, Rio de Janeiro, 8 ed, 2009.

MARTINELLI, M. L. **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio.** Editora Veras, São Paulo, 1999.

MARCONI, M; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** Editora Atlas, São Paulo, 2003.

MEDEIROS et al. **Cuidados paliativos na emergência: revisão integrativa.** Revista Bioética, Brasília, v. 29, n. 2, p. 416-26, 2021.

MERHY, E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.** In: MERHY, E. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - Reescrevendo o Público. Editora Xamã, São Paulo, 1998.

MINAYO, M.C.S. **Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias.** Revista Pesquisa Qualitativa, São Paulo, v. 5, n. 7, 2017, p. 01-12.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Cuidados Paliativos.** Hospital Sírio Libanês, São Paulo, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Princípios do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <[Sistema Único de Saúde — Português \(Brasil\)](#)>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria. MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor dá outras providências. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, 2004.

MORITZ et al. **Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva, São Paulo, v. 29, 2008, p. 422-428.

NETO, O. C. **O trabalho de campo como descoberta e criação.** In: DESLANDES, S. F; GOMES, R; MINAYO, M. C. S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Editora Vozes, Petrópolis, 21 ed., 2002, p. p. 51-66.

OUVERNEY, A. P. S. **SUS e Cuidados Paliativos: reflexões sobre a dependência de trajetória de uma ação em saúde.** Anais do 16º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais, Brasília, 2019.

PAIM, J. S; SILVA, L. M V. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS.** Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, v. 12, n. 2, 2010.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia.** Revista Saúde Pública. São Paulo, 2001; 35 (1):103-9.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, 2020; 18(s1).

PESSINI, L. **Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira.** Revista Bioética, Brasília, v. 12, n. 1, 2004, p. 39-60.

PONTE, A.C. S.L. RIBEIRO, J. L. P. **O bem-estar do doente seguido em cuidados paliativos (CP): comparação entre a perspectiva do doente e da família.** Revista Psicologia, Saúde & Doenças, Lisboa, v. 15, 2014, p. 97-110.

REIS, R. D. R. ANDRADE, A. M. G. SILVA, J. V. **Cuidados paliativos a pessoa idosa com demência: sentimentos emergentes com reflexões bioéticas.** Revista Iberoamericana de Bioética, Madrid, n. 12, 2020, p. 01-11.

SILVA, et al. **Cuidados paliativos e espiritualidade: uma revisão integrativa.** GepNews, Maceió, v. 6, n. 1, 2022, p. 13-19.

SILVA JÚNIOR, et al. **Conforto nos momentos finais da vida: a percepção da equipe multidisciplinar sobre cuidados paliativos.** Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, ed. 27, 2019.

SILVEIRA, M. H. CIAMPONE, M. H. T. GUTIERREZ, B. A. O. **Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 17, 2014, p. 7-16.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG). **Vamos falar de cuidados paliativos.** Academia Nacional de Cuidados Paliativos, São Paulo, 2014.

SOUZA, M. C. JARAMILLO, R. G. BORGES, M. S. **Conforto de pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa.** Revista Enfermería Global, Murcia, n. 61, 2021, p. 431-48.

TOFANI et al. **Construção da integralidade na Rede de Atenção às Urgências e Emergências: o cuidado para além dos serviços.** Revista Interface, Botucatu, v. 26, 2022.

TOMÉ, J. **Breves considerações sobre o sofrimento social.** Revista Ideação, Bahia, n. 45, 2020.

VIDAL et al. **Cuidados paliativos em um serviço de urgência e emergência.** In: MARTINS, R. H. G; SCHELLINI, S. A (Orgs). *Condutas em Urgências e Emergências da Faculdade de Medicina de Botucatu.* Editora Cultura Acadêmica, São Paulo, v. 1, p. 387-94, 2014.

WITTMANN-VIEIRA, R.; GOLDIM, R. **Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida.** Revista Acta Paulista de Enfermagem, Porto Alegre, v. 25, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines.** 2. ed. Geneva, 2002.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Perfil do Profissional:

Área Profissional:

Idade:

Identidade de Gênero: () mulher cisgênero () homem cisgênero () mulher transgênero () homem transgênero () não-binário () agênero

Raça/cor: () preto () pardo () branco () amarelo () indígena

Nível de Formação: () nível superior () especialização/ residência () mestrado () doutorado () pós-doutorado

Tempo de atuação no hospital:

Tempo de atuação na Emergência:

Roteiro de Entrevista:

1 - Qual sua percepção/entendimento sobre Cuidados Paliativos?

2 - Teve alguma formação durante a graduação sobre a temática?

3 - Durante seu tempo de atuação na Emergência do HCPA, você já teve alguma experiência de educação permanente sobre Cuidados Paliativos?

4 - Quais demandas emergem durante o atendimento de pacientes e familiares em Cuidados Paliativos no Serviço de Emergência do HCPA?

5 – Como se estabelece o trabalho entre a equipe multiprofissional com os Cuidados Paliativos?

6 - Quais os principais limites que encontra para o atendimento de pacientes e familiares em Cuidados Paliativos no Serviço de Emergência?

7 - Na sua visão, quais aspectos poderiam viabilizar a qualificação do atendimento dessa população durante a passagem pelo Serviço de Emergência?

8 - Cite um desafio e uma potencialidade no trabalho com pacientes em CP conforme sua experiência no Serviço de Emergência do HCPA:

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº CAAE 58478622.8.0000.5327

Título do Projeto: CUIDADOS PALIATIVOS: O OLHAR DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UMA EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar a percepção dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) acerca do atendimento de pacientes e suas famílias em Cuidados Paliativos.

Se você aceitar o convite, sua participação na pesquisa envolverá o fornecimento de entrevista com duração média de trinta e cinco minutos, composta por oito perguntas abertas e fechadas, onde serão gravadas mediante sua autorização. É importante destacar, que somente as pesquisadoras terão acesso às gravações, sendo preservada sua identificação enquanto participante, nomeado (a) de acordo com um respectivo número. Após a gravação das entrevistas, estas, serão transcritas e utilizadas exclusivamente para os fins da pesquisa.

Não são identificados riscos na sua participação, contudo, cabe salientar possíveis desconfortos, como o tempo de duração da entrevista, ou então, aspectos que envolvem o conteúdo das perguntas. A pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, porém possibilita a oportuna reflexão e expansão do conhecimento sobre a temática, bem como, fomenta a apreensão teórico-prática, na medida em que pode vir a elencar subsídios às práticas assistenciais tensionadas neste contexto de atuação.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao vínculo institucional que você possa estabelecer na instituição. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Rosana Maria de Lima, pelo telefone 51 995.980.611 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, e-mail cep@hcpa.edu.br ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para a pesquisadora.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

