

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL  
INOVAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**

**Andreia Aparecida Alves**

**ENSINO DE CUIDADOS PALIATIVOS NOS CURSOS DE  
GRADUAÇÃO EM SAÚDE: ANÁLISE DOCUMENTAL**

**São Caetano do Sul  
2021**

**ANDREIA APARECIDA ALVES**

**ENSINO DE CUIDADOS PALIATIVOS NOS CURSOS DE  
GRADUAÇÃO EM SAÚDE: ANÁLISE DOCUMENTAL**

**Trabalho Final de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.**

**Área de Concentração: Inovação no Ensino Superior em Saúde**

**Linha de pesquisa: Ensino em saúde nos contextos de prática do SUS**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia**

**São Caetano do Sul  
2021**

## FICHA CATALOGRÁFICA

ALVES, Andreia Aparecida

Ensino de Cuidados Paliativos nos cursos de graduação em saúde: análise documental / Andreia Aparecida Alves. – São Caetano do Sul: USCS, 2021.

185 p.: il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia

Dissertação (mestrado) – USCS, Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde, 2021.

1. Cuidados Paliativos (CP). 2. Finitude/Morte. 3. Cursos de graduação (ensino em saúde). 4. Análise documental (grades curriculares). 5. Formação profissional em saúde. I. Título. II. Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

**Reitor da Universidade Municipal de São Caetano do Sul**  
**Prof. Dr. Leandro Campi Prearo**

**Pró-reitora de Pós-Graduação e Pesquisa**  
**Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria do Carmo Romeiro**

**Gestão do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde**  
**Prof. Dr. Carlos Alexandre Felício Brito**

Trabalho Final de Curso defendido e aprovado em 03/06/2021 pela Banca Examinadora constituída pelos professores:

Prof<sup>a</sup>. Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia (USCS)

Prof. Dr. Celso Machado Júnior (USCS)

Prof<sup>a</sup>. Dra. Áurea Eleotério Soares Barroso (PUC-SP)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por me colocar nesse caminho para o mestrado permeado de muitos desafios, especialmente nesse contexto tão assustador que fomos envolvidos em 2020.

À minha família, filhos e marido (Karla, Vinicius e Bruno), que me estimularam para a conclusão desse projeto.

Agradeço a minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia, que com paciência e competência me conduziu à finalização deste trabalho.

À minha amiga, Sueleni, por estar sempre atenta às minhas necessidades, e por me ajudar sempre que solicitada.

À minha amiga, Maria Aparecida Xavier Moreira da Silva, que tanto me ajudou na formatação e finalização deste trabalho.

Ao meu amigo Dr. Vanderley Rosa, por ter aberto essa porta, tão importante para a minha formação acadêmica.

*O próprio viver é morrer, porque não temos um dia a mais na nossa vida que não tenhamos, nisso, um dia a menos nela.*

*(Fernando Pessoa)*

## RESUMO

**Introdução:** A morte é uma situação inerente a todo ser humano e que promove experiências emocionais, distinguindo os seres humanos de objetos. Faz parte do ciclo vital do homem. A forma de pensar na morte e no morrer vem sendo modificada através dos tempos, promovendo alteração no comportamento de como lidar com a vida de um paciente em que não há mais possibilidades de cura. Os cuidados paliativos vêm sendo a resposta para cuidados de pacientes terminais onde não existe mais a viabilidade terapêutica. A equipe de saúde deve ter formação adequada com base nos cuidados paliativos para atender as necessidades de cuidados de tais pacientes. **Objetivos:** identificar a oferta de disciplinas relacionadas à temática de finitude e cuidados paliativos nas grades curriculares dos cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social, ofertados no Brasil, e propor a elaboração de um manual interdisciplinar de boas práticas de cuidados paliativos, norteador para profissionais de saúde, com enfoque na atuação hospitalar. **Método:** Foi realizada pesquisa documental, exploratória, descritiva, por meio de análise da grade curricular, plano de disciplina e/ou o projeto político pedagógico em sítios eletrônicos das Instituições de Ensino Superior sediadas no Brasil, públicas ou privadas, que ofertassem curso de graduação em bacharelado de Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social. **Resultados:** Foram avaliados 139 cursos, sendo 30 de Enfermagem (21,6%), 35 de Fisioterapia (25,2%), 46 de Psicologia (33,1%) e 28 de Serviço Social (20,1%), ofertados em 95 instituições de ensino superior, sendo 5 (5,3%) na região Norte do Brasil, 8 (8,4%) na região Centro Oeste, 18 (18,9%) na região Sul, 22 (23,2%) na região Nordeste e 42 (44,2%) na região Sudeste. Com relação à natureza das instituições de ensino, 43,2% dos cursos estão sediados em universidades federais, 46,3% em instituições privadas e 10,5% em universidades estaduais. Observou-se que 95 cursos (71,2%) não ofertavam disciplinas com a abordagem de Cuidados Paliativos, sendo 17 de Enfermagem, 26 de Fisioterapia, 28 de Psicologia e 28 de Serviço Social. Dentre os 40 cursos que ofertavam a disciplina, 13 são de Enfermagem, 9 de Fisioterapia e 18 de Psicologia, sendo que 14 cursos ofertavam a disciplina na modalidade regular obrigatória e 26 como disciplina optativa/eletiva. **Considerações Finais:** O presente estudo mostrou a escassez da oferta de disciplinas, principalmente na modalidade regular, que abordem especificamente a temática de cuidados paliativos, Tanatologia e finitude. A falta de disciplinas teóricas obrigatórias nas instituições de ensino superior resulta em dificuldades no aprendizado. A oferta da disciplina na modalidade optativa é apenas uma alternativa para complementar essa defasagem, porém, não consegue abranger e gerar interesse sobre o tema para todos os alunos. Tal deficiência na formação do aluno pode gerar repercussões diretas no despreparo do profissional para lidar com a morte de pacientes e de instituir práticas de cuidados paliativos. Como produto, está sendo elaborado um manual intitulado “Guia de Orientações para Profissionais de Saúde no Manejo dos Cuidados Paliativos em Ambiente Hospitalar”.

**Descritores:** Finitude. Cuidados Paliativos. Formação Profissional em Saúde. Ensino em Saúde. Práticas de Cuidado.



## ABSTRACT

**Introduction:** Death is a situation inherent to every human being and that promotes emotional experiences, distinguishing human beings from objects. It is part of man's life cycle. The way of thinking about death and dying has been modified over time, promoting changes in the behavior of how to deal with the life of a patient in which there is no more possibility of cure. Palliative care has been the answer to care for terminally ill patients where therapeutic viability no longer exists. The health team must have adequate training based on palliative care to meet the care needs of such patients. **Objectives:** to identify the offer of disciplines related to the theme of finitude and palliative care in the curriculum of undergraduate courses in Nursing, Physiotherapy, Psychology and Social Work, offered in Brazil and to propose the elaboration of an interdisciplinary manual of good palliative care practices, guiding for health professionals, with a focus on hospital performance. **Method:** Documentary, exploratory, descriptive research was carried out by analyzing the curriculum, discipline plan and / or the pedagogical political project on public or private websites of Higher Education Institutions based in Brazil, offering undergraduate courses. in Bachelor of Nursing, Physiotherapy, Psychology and Social Work. **Results:** 139 courses were evaluated, being 30 of Nursing (21.6%), 35 of Physiotherapy (25.2%), 46 of Psychology (33.1%) and 28 of Social Work (20.1%), offered in 95 higher education institutions, 5 (5.3%) in the North region of Brasil, 8 (8.4%) in the Midwest region, 18 (18.9%) in the South region, 22 (23.2 %) in the Northeast region and 42 (44.2%) in the Southeast region. Regarding the nature of educational institutions, 43.2% of courses are located in federal universities, 46.3% in private institutions and 10.5% in state universities. It was observed that 99 courses (71.2%) did not offer disciplines with the Palliative Care approach, being 17 for Nursing, 26 for Physiotherapy, 28 for Psychology and 28 for Social Work. Among the 40 courses that offered the discipline, 13 are in Nursing, 9 in Physiotherapy and 18 in Psychology, with 14 courses offering the discipline in the mandatory regular modality and 26 as an optional / elective discipline. **Final Considerations:** this study showed the scarcity of the offer of disciplines, mainly in the regular modality, that specifically address the theme of palliative care, Thanatology and finitude. The lack of mandatory theoretical subjects in higher education institutions results in learning difficulties. The offer of the discipline in the optional modality is only an alternative to complement this gap, however, it fails to cover and generate interest on the topic for all students. Such deficiency in the education of the student can generate direct repercussions on the professional's lack of preparation to deal with the death of patients and to institute palliative care practices. As a product, a manual is being prepared entitled "Guide for Guidelines for Health Professionals in the Management of Palliative Care in Hospital Settings".

**Descriptors:** Finitude. Palliative care. Professional Training in Health. Health Teaching. Care Practices.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Distribuição das IES que ofertavam os cursos analisados, conforme região geopolítica e natureza jurídica (n = 86). São Caetano do Sul, 2021. ....	46
<b>Figura 2</b> - Distribuição dos cursos de graduação analisados (n = 139), de acordo com a região geopolítica brasileira. São Caetano do Sul, 2021. ....	47
<b>Figura 3</b> - Cursos de bacharelado em Enfermagem, distribuídos de acordo com as regiões geopolíticas brasileiras e a natureza jurídica das IES. São Caetano do Sul, 2021. ....	50
<b>Figura 4</b> - Cursos de graduação em Enfermagem, distribuídos de acordo com a natureza jurídica e o período mínimo de integralização. São Caetano do Sul, 2021. ....	51
<b>Figura 5</b> - Cursos de bacharelado em Fisioterapia, distribuídos de acordo com as regiões geopolíticas brasileiras e a natureza jurídica das IES. São Caetano do Sul, 2021. ....	55
<b>Figura 6</b> - Cursos de graduação em Fisioterapia, distribuídos de acordo com a natureza jurídica e o período mínimo de integralização. São Caetano do Sul, 2021. ....	56
<b>Figura 7</b> -- Cursos de graduação bacharelada em Psicologia, distribuídos de acordo com as regiões geopolíticas brasileiras e a natureza jurídica das IES. São Caetano do Sul, 2021. ....	59
<b>Figura 8</b> - Cursos de graduação bacharelada em Serviço Social, distribuídos de acordo com as regiões geopolíticas brasileiras e a natureza jurídica das IES. São Caetano do Sul, 2021. ....	62
<b>Figura 9</b> - Distribuição dos cursos de Serviço Social, conforme a natureza jurídica da IES e duração mínima para integralização do curso. São Caetano do Sul, 2021. ....	63
<b>Figura 10</b> - Versão Preliminar da Capa do Guia de Orientações para Profissionais de Saúde no Manejo dos Cuidados Paliativos em Ambiente Hospitalar .....	79

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1-</b> Etapas do processo de análise documental .....	41
<b>Quadro 2</b> - Distribuição das IES de acordo com a região geopolítica, natureza jurídica, integralização do curso, modalidade e nome da disciplina de CP e afins dos Cursos de Graduação em Enfermagem. São Caetano do Sul, 2021.....	52
<b>Quadro 3</b> - Distribuição das IES de acordo com a região geopolítica, natureza jurídica, integralização do curso, modalidade e nome da disciplina de Cuidados CP e afins nos Cursos de Graduação em Fisioterapia. São Caetano do Sul, 2021...	57
<b>Quadro 4</b> - Distribuição das IES de acordo com a região geopolítica, natureza jurídica, integralização do curso, modalidade e nome da disciplina de Cuidados CP e afins nos Cursos de Graduação em Psicologia. São Caetano do Sul, 2021. ....	60

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Características da IES pesquisadas (n = 139). São Caetano do Sul, 2021. .....	45
<b>Tabela 2</b> - Distribuição dos cursos analisados (n = 139), de acordo com a natureza das IES. São Caetano do Sul, 2021.....	46
<b>Tabela 3</b> - Distribuição dos cursos pesquisados, de acordo com a oferta e a modalidade de disciplinas de Cuidados Paliativos e afins - São Caetano do Sul, 2021. ....	48
<b>Tabela 4</b> - Distribuição das disciplinas de Cuidados Paliativos e afins, nos cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Psicologia, de acordo com a modalidade da disciplina, natureza da IES que oferta a disciplina e região geopolítica da IES. São Caetano do Sul, 2021.....	49

## LISTA DE ABREVIATURAS

ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CES	Câmara de Educação Superior
CNE	Conselho Nacional de Educação
COVID-19	Coronavírus disease - ano 2019
CP	Cuidados Paliativos
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EAPC	Associação Europeia de Cuidados Paliativos
ICES	Instituições Comunitárias de Ensino Superior
IES	Instituição de Ensino Superior
IES	Instituições de Ensino Superior
IES-CO	Instituição de Ensino Superior do Centro Oeste
IES-N	Instituição de Ensino Superior do Norte
IES-NE	Instituição de Ensino Superior do Nordeste
IES-S	Instituição de Ensino Superior do Sul
IES-SE	Instituição de Ensino Superior do Sudeste
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PPP	Projeto Político Pedagógico
REUNI	Programa de Apoio aos Planos de Expansão e Reestruturação das Universidades federais
SDRA	Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization
WPCA	Worldwide Palliative Care Alliance

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>20</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>24</b>
3.1 Geral .....	24
3.2 Específicos.....	24
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>25</b>
4.1 Breve contextualização histórica dos Cuidados Paliativos.....	25
4.2 Princípios dos Cuidados Paliativos .....	29
4.3 Caracterização das Diretrizes Curriculares dos Cursos da Saúde.....	32
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	<b>40</b>
5.1 Tipo do Estudo .....	40
5.2 Aspectos éticos .....	42
5.3 Objeto de Estudo .....	42
5.4 Análise de dados.....	42
6.1 Caracterização das IES .....	45
6.2 Caracterização dos cursos analisados.....	46
6.3 Caracterização das disciplinas sobre Cuidados Paliativos e afins .....	47
6.4 Caracterização dos cursos de bacharelado em Enfermagem.....	50
6.5 Caracterização dos cursos de bacharelado em Fisioterapia.....	54
6.6 Caracterização dos cursos de bacharelado em Psicologia.....	58
6.7 Caracterização dos cursos de bacharelado em Serviço Social.....	61
<b>7 DISCUSSÃO</b> .....	<b>65</b>
<b>8 PRODUTO</b> .....	<b>72</b>
<b>8.1 Cenário para Aplicabilidade do Produto</b> .....	<b>74</b>
<b>8.2 Objetivos</b> .....	<b>76</b>
<b>8.3 Metodologia</b> .....	<b>76</b>
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>80</b>
<b>10 REFERÊNCIAS</b> .....	<b>82</b>

<b>APÊNDICE A – Relação das Instituições de Ensino Superior (IES) que foram pesquisadas.....</b>	<b>90</b>
<b>APÊNDICE B – Guia de Orientações para Profissionais da Saúde no Manejo dos Cuidados Paliativos em Ambiente Hospitalar .....</b>	<b>94</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A morte é uma das experiências emocionais mais profundas que pode ser vivenciada pelos seres humanos. É o que assinala nossa condição de ser-homem e nos distingue de objetos, sendo uma das propriedades do ciclo vital do homem e a única certeza que temos e, mesmo assim, fugimos dela (HEIDEGGER, 1997; PESSINI; BERTACHINI, 2004).

Segundo Santana *et al.* (2009), ao longo da história evolutiva da humanidade, o estado de perceber a morte e o morrer foi se modificando e tornando-se progressivamente diferencial no comportamento do homem. Antigamente, se concebia o processo de morte e morrer como uma condição natural do ciclo evolutivo, no qual pessoas morriam em casa com a assistência de seus familiares. Com o advento da medicina, a criação de hospitais, o desenvolvimento profissional em outras áreas da saúde e o avanço tecnológico, essa incumbência foi transferida para as instituições de saúde.

A preocupação com essa mudança de comportamento transcendeu aos questionamentos sobre o que fazer pelo doente quando não há mais possibilidade de curar a doença, ou se, diante da inviabilidade terapêutica, deve-se desistir ou, insistir em demasia por todos os procedimentos que podem prolongar a vida a qualquer custo, ainda que causando ao paciente mais desconforto e distanciamento dos profissionais e até mesmo de sua família (SANTANA *et al.*, 2009).

Apesar da formação do profissional de saúde, que o capacita para avaliar, fazer diagnósticos e tratar a partir de evidências científicas, há defasagem em relação aos aspectos emocionais, aos fatores psicossociais que permeiam o processo de adoecimento e finitude. Da mesma forma, são relegadas as crenças, a religiosidade e a espiritualidade do paciente, e tudo aquilo que compõe a sua história, a sua biografia, que poderiam, e muito, auxiliar paciente e familiares no processo de enfrentamento da doença (FIGUEIREDO; STANO, 2013).

Para Matsumoto (2012, p. 23), a “ameaça ao ideal de cura e preservação da vida está associada à demanda crescente de pacientes idosos, portadores de síndromes demenciais das mais variadas etiologias ou com graves sequelas neurológicas”, que estão constantemente sendo atendidos pelas instituições de saúde, e frente a esse desafio, a autora enfatiza a necessidade da conscientização



sobre os cuidados necessários a esses pacientes, propondo a implantação de ações efetivas que possam promover melhoria no processo assistencial e aponta os Cuidados Paliativos (CP) como uma escolha terapêutica para concretizar uma assistência ativa que atenda às necessidades dos cuidados desses pacientes.

O termo Cuidados Paliativos (CP), é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma abordagem que visa promover a melhora da qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que encaram dificuldades em virtude de doenças que ameaçam a vida, por meio de prevenção e do alívio do sofrimento, através de técnicas para identificação precoce, avaliação de excelência e tratamento da dor, e dos problemas advindos de aspectos espirituais, psicossociais e físicos (WHO, 2018).

Os CP apresentam como seus principais objetivos a reafirmação sobre a importância da vida, considerando a morte como um processo natural que promove um cuidado que não acelere sua chegada, nem a prolongue com medidas desproporcionais, porém, propicie o alívio da dor e de sintomas graves, além de integrar os aspectos psicológicos e espirituais na estratégia de promover o cuidado. Como resultado, é oferecido um sistema de apoio para os familiares, a fim de enfrentar a doença do paciente e sobreviver ao período de luto (HERMES; LAMARCA, 2013).

Complementando a definição da OMS, a *Worldwide Palliative Care Alliance* (WPCA, 2014) ressalta os benefícios dos CP em pacientes com condições crônicas, além daqueles que possuem doenças que ameaçam ou limitam a vida. Essa afirmação pode revolucionar o cuidado em saúde, quando se pensa em alívio do sofrimento e da dor crônica, ou ainda quando se desenvolve um olhar ampliado aos efeitos sociais, psíquicos, emocionais, físicos e funcionais das comorbidades crônicas, que não tem cura, apenas podem ser controladas e acompanhadas.

Uma questão fundamental apontada pela WPCA (2014) é que não existe tempo ou limite de prognóstico para se iniciar a prestação de CP. Tem sido amplamente defendido que os CP devem ser ofertados com base na necessidade, não no diagnóstico ou prognóstico. Resta saber se os olhares dos profissionais estão voltados às necessidades do paciente ou se ainda estão fixados em padrões que desconsideram a individualidade do(s) sofrimento(s) de cada ser humano e da integralidade do cuidado.

A WPCA (2014) aponta, ainda, que os CP não se limitam a serviços especializados de cuidados paliativos, mas inclui cuidados de nível primário e secundário. Há realmente uma concepção errônea (entre a população, mas também entre os profissionais de saúde) de que os CP só podem ser prestados em serviços de atenção terciária, dotados de arsenal médico de retaguarda, em virtude da complexidade das condições de saúde (ou de doenças) que esses pacientes apresentam. No entanto, os CP podem e devem ser prestados no domicílio, na atenção primária, na atenção especializada e obviamente na atenção terciária, bem como nos hospícios.<sup>1</sup>

Em 2014, a OMS publicou dados afirmando que cerca de 40 milhões de pessoas em todo o mundo necessitavam de CP, sendo que 78% vivem em países de baixa e média renda, e apenas 14% receberam tratamentos adequados que necessitavam. Frente aos processos epidemiológicos e demográficos, esta necessidade continua a crescer (GONÇALVES, 2019).

Diante da magnitude e da importância frente ao contexto internacional, foi elaborada e efetuada uma avaliação do desenvolvimento dos processos e serviços de CP em toda a Europa, sendo publicada pela Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC), como Atlas de Cuidados Paliativos na Europa, em 2013. A avaliação apontou que os maiores acréscimos dos serviços de CP foram efetuados na Bélgica, Irlanda e Islândia, acompanhado pela Áustria e pelos países baixos como Suécia, Polônia e Reino Unido (CENTENO *et al.*, 2013).

Outro fato relevante demonstra que o número crescente de países europeus tem reconhecido a medicina paliativa como sendo uma especialidade ou subespecialidade, certificada e validada, que reconhece a competência e habilidade do profissional que possui uma certificação oficial anterior como especialista em uma área específica de atuação (CENTENO *et al.*, 2013).

Para Matsumoto (2012) e Gomes e Othero (2016), os cuidados paliativos são indicados para o curso evolutivo de diversas doenças e seus agravos. Tais

---

<sup>1</sup>O termo hospício é derivado do latim (*hospitium*) e significa “hospedagem, hospitalidade”, ou seja, local onde se faz o acolhimento e se realiza o cuidado. Historicamente os hospícios foram concebidos para disseminar a filosofia dos cuidados paliativos, promovendo “controle de sintomas; qualidade de vida; participação de voluntários, programas de cuidado baseados na comunidade; cuidado na fase do luto; atenção à família; e trabalho na perspectiva da interdisciplinaridade” (SILVA *et al.*, 2015, p. 370).

condições levam à perda de vidas e sofrimento aos familiares, bem como, impactam na dinâmica de uma sociedade como um todo. Nesse contexto, pode-se citar as crises humanitárias como coadjuvantes do caos frente às perdas de inúmeras vidas e à necessária abordagem dos CP para enfrentamento, pois, segundo a OMS,

crises humanitárias são eventos de grandes proporções que afetam populações ou sociedades, causando consequências difíceis e angustiantes, como a perda maciça de vidas, interrupção dos meios de subsistência, colapso da sociedade, deslocamento forçado e ainda graves impactos políticos, econômicos com efeitos sociais, psicológicos e espirituais (WHO, 2018, p. 9).

A pandemia por COVID-19 (coronavírus disease – ano 2019) se caracteriza como um fator gerador de uma crise humanitária aliada a uma crise sanitária de grande proporção. Segundo Lima *et al.* (2020, p.1), a pandemia do COVID-19 “evidenciou uma profunda mudança nas relações entre espaço, tempo e doenças infecciosas”, promovendo um movimento social no mundo inteiro em busca de estratégias para o enfrentamento da doença. Os países desenvolvidos com mais recursos financeiros e tecnológicos apresentam melhor estrutura e organização para o enfrentamento, em contrapartida, os países com menores recursos enfrentam a crise sanitária pautada no déficit das políticas públicas voltadas para a “saúde, ciência e educação”.

Em 26.02.2020, foi registrado o primeiro caso da COVID-19 no Brasil e em 15.03.2020 ocorreu o primeiro óbito. Foi um hospital privado que notificou o primeiro paciente infectado, no entanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi sobrecarregado de casos, em virtude de ser exclusivamente responsável pela assistência à saúde de cerca de 75% dos brasileiros, além das responsabilidades atinentes à saúde pública em todo o território nacional (SANTOS; LOPES, 2021).

Diante da crise humanitária e sanitária causada pelo COVID-19, Santos *et al.* (2020), salientam a importância da implementação dos princípios dos CP frente aos agravos da doença, principalmente à população de risco, como portadores de câncer e outras doenças crônicas pré-existentes, pois a COVID-19 gera,

sofrimento ao ser humano em todas as dimensões. O compromisso humanitário lança o olhar não apenas para as necessidades da pessoa como indivíduo, mas para o contexto em que ela vive, elaborando recursos que assegurem direitos humanos básicos, como a dignidade. Em uma época de pandemia, devemos entender que é nosso papel lutar para salvar vidas, porém, não menos importante do que isso, é nosso papel também aliviar o sofrimento dos pacientes, dos familiares e da equipe que cuida (SANTOS et al., 2020, p.46).

Conforme a publicação da WPCA (2014), estima-se que 20,4 milhões de pessoas demandam CP em seu processo de finitude. A maioria são idosos com 60 anos ou mais (69%), seguido das pessoas com idades entre 15 a 59 anos (25%) e crianças (6%).

As internações relacionadas a diagnóstico de câncer avançado ainda continuam, de modo proporcional, classificando a abordagem ao cuidado como sendo peça fundamental para assistência à saúde. Dados fornecidos pelo Sistema de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no Brasil, apontam o diagnóstico do câncer e o estadiamento tumoral como sendo um dos problemas mais relevantes que permeia a atenção a esse tipo de paciente, sendo grande parte dos casos diagnosticada em fase avançada, propiciando um pior prognóstico, com menor sobrevida e maiores riscos de recidivas e metástases (BRASIL, 2014).

A OMS expõe quatro barreiras que podem contribuir para o progresso no que tange ao acesso aos CP, tais como: pouco conhecimento da população sobre o tema; a falta de competência e habilitação dos profissionais de saúde; o excesso de regulamentações que restringem ao uso de analgésicos opioides e aos obstáculos culturais e sociais como crenças a respeito da dor e da morte (WHO, 2018).

Frequentemente, o profissional enfermeiro e demais membros da equipe multiprofissional se deparam com CP em diversos cenários da prática clínica assistencial, mesmo não se tratando especificamente da área da oncologia. No entanto, esse cenário prático pode acarretar algumas limitações por falta específica de experiências, conhecimentos e aprendizagens que viabilizem uma prática pautada numa assistência qualificada, de modo que promovam qualidade de vida, alívio do sofrimento e da dor no que tange à proximidade da finitude da vida (HERMES; LAMARCA, 2013).

Considerando a premissa de que a elaboração do projeto político pedagógico de um curso de graduação fundamenta-se nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), em específico, dos cursos de graduação da área da saúde, espera-se que o referido documento norteador faça alusão e preconize a inserção nos currículos de disciplinas relacionadas à finitude e aos CP, entendendo a morte como algo inerente a todo e qualquer ser humano (BRASIL, 2001b; SANTANA, 2019; RIBEIRO *et al.*, 2019).

## 2 JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa foi instigada pela situação vivenciada pela autora no Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos, local em que é enfermeira colaboradora, à época da pandemia de COVID-19. O hospital destacou-se pelas atividades de ensino e pesquisa, com atenção voltada ao atendimento de pacientes com COVID-19, aceitando profissionais médicos e de enfermagem, último anistas, recrutados pelo programa BRASIL PARA TODOS.

O Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos é uma instituição pública, que atua sob administração direta da Secretaria do Estado da Saúde do Governo de São Paulo, do município de São Paulo, credenciado para atendimento de média complexidade, proveniente do Sistema Único de Saúde (SUS).

A instituição dispõe de 236 leitos, distribuídos nas unidades de especialidades (Unidade de Internação, Unidade Clínica de Emergência e Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Clínica, Cirúrgica e Neonatal/ Pediátrica), além de outros setores, como Ambulatório, Seção de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutico, Laboratórios de Pesquisa.

Considerando este espaço apropriado para a autora apontar os motivos que a levaram a realizar pesquisa científica nessa temática, discorre-se nos parágrafos seguintes o relato da pesquisadora a respeito da situação vivida durante o período em que atendeu pacientes acometidos por infecção por COVID-19.

Nesse período de COVID-19, o dito popular “cuidar da vida, que a Morte é certa”, foi uma das frases com maior significado para a equipe de enfermagem. O dia já começava com orações. Até quem não tinha afinidade com religião, nesses tempos, preferiu solicitar ajuda aos céus a desdenhar dos anjos.

A tecnologia, ponteiros e luzes que monitoram as funções, foram colocados à disposição, a fim de se evitar a morte, mas o convívio com o paciente, ouvir seus sentimentos e suas emoções, ficaram nesse momento relegados a segundo plano diante da batalha a favor da vida.

Cuidar da vida que a morte é certa, nada mais é do que oferecer ao paciente o conforto, a qualidade no atendimento (SILVA, 2002; KOVÁCS, 2003). Nessa época de COVID-19, parece até que voltamos à época da lepra, hoje conhecida como hanseníase. Os afetados foram isolados, tirados de suas famílias, lançados a

um isolamento social, hospitalar, frio. Acreditava-se que o isolamento era a melhor forma de evitar a contaminação. Sim, o isolamento evitou a contaminação em massa em curto tempo, mas condenou muitos ao isolamento, ao sofrimento psíquico, à incerteza de não saber se iriam ou não conseguir fugir da tão temida morte. De acordo com Pereira *et al.* (2020) o isolamento social adotado para o controle da pandemia do novo coronavírus causou muitos impactos na vida das pessoas, principalmente no contexto da saúde mental, alterando comportamentos que refletem no cotidiano das pessoas, principalmente nas suas relações sociais e de trabalho.

Dentre os impactos causados pelo isolamento social, Pereira *et al.* (2020) afirmam que vários sentimentos foram identificados tais como angústia, medo e insegurança, sentimentos que podem permanecer presentes nos indivíduos por longo tempo.

A equipe de profissionais da saúde, durante a assistência aos pacientes internados, em muitos momentos se deparou com o risco iminente da morte, e parece que não adiantou ofertar tratamento adequado a alguns desses pacientes, não adiantou tecnologia de ponta. A batalha era perdida em minutos, o dia começava bem, mas até o final, o número de baixas era alto. O aspecto psicológico da equipe era abalado, ao ver que os cuidados dispensados a cada paciente perdido não foram suficientes (SALUM JUNIOR, 2021).

Procurou-se, nesses momentos, aliviar o sofrimento de forma mais humanizada, já que a tecnologia não surtiu efeito. Intensificar os cuidados, como ajudar o paciente a caminhar dentro do seu quarto; fazê-lo mudar de posição na cama para aliviar a pressão nos pulmões; a verificação dos sinais vitais, e a implementação de uma nova forma de promover a troca de informações com o paciente, como a chamada de vídeo com o familiar, aliviavam a angústia da solidão.

Para Redman (2021), que é psicólogo de uma instituição de saúde no Estado do Amazonas, a implantação do programa “visita virtual” na instituição promoveu o acolhimento de familiares de pacientes internados com COVID-19, favorecendo a comunicação entre o paciente e seus familiares, e o processo se dá por intermédio do psicólogo que acolhe o familiar e visita o paciente na unidade de internação e, com o consentimento do paciente e médico, é realizada a vídeo-chamada, aliviando as angústias, pois, esses pequenos cuidados por vezes fizeram diferença para o paciente e seu familiar.

Para o profissional de saúde o cuidado foi deficiente porque não havia um mais preparado do que o outro, todos estavam com medo, e ao se reportarem à medicina do trabalho, também não tinham o tratamento adequado. Foi possível perceber que cada profissional, com sua forma de enxergar a doença, a enfrentou, se paramentando, chorando, às vezes sorrindo, de vez em quando sendo hostilizado por outros profissionais, que não gostavam de estar próximos aos colegas que atendiam pacientes de COVID-19 (SALUM JUNIOR, 2021).

Dentre as complicações da infecção por COVID-19, descritas pela OPAS (2020), há que se ressaltar o desenvolvimento de condições crônicas causadas pelas sequelas do COVID-19 nos sistemas, como as encefalopatias, acidente vascular encefálico, ansiedade, depressão, bem como o desenvolvimento da Síndrome de Guillain-Barré.<sup>2</sup>

O CP foi muito praticado, expresso na arte do cuidar (e não do curar), aliada ao conhecimento científico, em que a associação da ciência à arte proporcionou o alívio do sofrimento, relacionado ou não à doença. Por ser parte fundamental da prática clínica, ocorreu de forma paralela às terapias destinadas à cura e ao prolongamento da vida (ANCP, 2012).

Atualmente, há que se pensar em cuidados paliativos em pacientes que desenvolvem complicações advindas do COVID-19, pois, segundo o OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) os pacientes de risco à doença são aqueles que já possuem comorbidades como os idosos, fumantes e aqueles com comorbidades subjacentes, como hipertensão, obesidade, diabetes, doença cardiovascular, doença pulmonar crônica (por exemplo, doença pulmonar obstrutiva crônica e asma), doença renal crônica, doença hepática crônica, doença cerebrovascular, câncer e imunodeficiência (OPAS, 2020).

---

<sup>2</sup> A síndrome de Guillain-Barré, conhecida como SGB, é uma disfunção que ocorre de forma simultânea em vários nervos, caracterizando-se em uma “polineuropatia inflamatória aguda” e que evolui progressivamente de forma severa em um período de até um mês. Sua etiologia está relacionada com o sistema autoimune e pode ser precedida por quadros infecciosos com focos nos “sistemas respiratório e gastrointestinal”. Os principais sintomas estão relacionados com a fraqueza dos nervos periféricos que acometem os membros superiores, inferiores, a musculatura respiratória, podendo evoluir para quadros de arritmias cardíacas, hipotensão arterial e até óbito (CASTILHO et al., 2020, p. 453).

Na sua prática, o profissional de saúde lidará com vida, mas também com morte; no entanto, questiona-se se ele é instrumentalizado para lidar com ela. Diante de pacientes com diagnósticos que ameaçam a vida, é necessário identificar o que o profissional aprende sobre cuidados paliativos, finitude e tanatologia.

Essas indagações motivaram a realização do presente estudo, que teve por objetivo identificar a oferta de disciplinas relacionadas à temática de finitude e cuidados paliativos nas grades curriculares dos cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social, ofertados no Brasil.

A escolha por esses cursos se deu pelo fato de termos esses profissionais, além de profissionais médicos, presentes nos cuidados paliativos no Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos, porém, o Curso de Graduação em Medicina não foi incluído neste estudo por, em análise preliminar, se evidenciar que a abordagem da temática sobre os cuidados paliativos nos cursos de medicina segue uma abrangência diferente em relação aos demais cursos aqui citados, podendo influenciar com viés os resultados.



## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 Geral**

Identificar a oferta de disciplinas relacionadas à temática de finitude e cuidados paliativos nas grades curriculares dos cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social, ofertados no Brasil.

### **3.2 Específicos**

Propor a elaboração de um manual interdisciplinar de boas práticas de cuidados paliativos, norteador para profissionais de saúde, com enfoque na atuação hospitalar.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta o referencial teórico, composto por breve contextualização histórica dos Cuidados Paliativos, pelos princípios e indicações dos cuidados paliativos e pela caracterização das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da Saúde: Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social.

### 4.1 Breve contextualização histórica dos Cuidados Paliativos

De acordo com Matsumoto (2012), historicamente, o CP teve início na Europa, em meados do século XVII, porém, se faz menção de que o conceito tenha sido confundido com a palavra Hospice, que significa hospedaria, abrigo, termo utilizado desde o começo da era cristã quando os cuidados eram realizados por religiosos (católicos e protestantes) às pessoas peregrinas.

O relato mais antigo sobre esse tipo de cuidado remonta ao século V, onde Fabíola, discípula de São Jerônimo, cuidava de viajantes vindos da Ásia, África e dos países do leste, no Hospice do Porto de Roma. Há relatos de que muitas instituições de caridade foram criadas na Europa nessa época com o objetivo de abrigar os pobres, crianças órfãs e pessoas doentes (HERME; LAMARCA, 2013).

Floriani e Schramm (2010) apontam que os CP já eram praticados nessa época, mencionando os achados descritos no livro “Euthanasia, or Medical treatment in aid of an easy death”, escrito por William Munk em 1888, contendo orientações sobre os cuidados de pessoas moribundas. Os autores referem que tais cuidados não eram muito diferentes dos cuidados apresentados na literatura contemporânea sobre CP.

Ainda segundo Matsumoto (2012), essa prática de cuidado se:

propagou [...], e no século XIX passaram a ter características de hospitais. As Irmãs de Caridade Irlandesas fundaram o “Our Lady’s Hospice of Dying” em Dublin em 1879 e a Ordem de Irmã Mary Aikenheads abriu o “St Joseph’s Hospice” em Londres em 1905 (MATSUMOTO, 2012, p. 24).

Para Floriani e Schramm (2010) ainda é incerto a origem exata dos hospices, contudo mencionam dados relacionados ao suposto primeiro hospice fundado em Londres no ano de 1893; outro relato divergente foi o fundado pelas “Irmãs da Congregação de São Vicente de Paulo” como anexo ao *St. Vincent’s Hospital* em

1830, na cidade de Sidney-Austrália, com o objetivo de cuidar dos pacientes que estavam morrendo.

Outro Hospice mencionado, porém, sem data registrada pelos autores, foi o fundado em Paris por Madame Jeanne Garnier. Em 1879, a instituição britânica *Our Lady's Hospice for the Dying* foi a primeira a utilizar o nome Hospice e após esta, várias outras instituições são citadas pelos autores, na Grã-Bretanha: “[...] no terço final do século XIX: *St. Columba's Hospital*, ou *Home of Peace* (Londres, 1889); *The Hostel of God*, também conhecido como *Free Home for the Dying* (Londres, 1891); *St. Luke's House* (Londres, 1893); e o *St. Joseph's Hospice for the Dying* (Londres, 1905) (FLORIANI; SCHRAMM, 2010, p. 166).

A origem e o desenvolvimento do movimento internacional de Hospice e Cuidados Paliativos, o nascimento da Medicina Paliativa como uma nova especialidade médica e a preocupação com a redução do sofrimento em torno do mundo se deve grandemente ao trabalho precursor da inglesa Cicely Saunders, médica, assistente social e enfermeira. Foi a primeira médica a dedicar toda sua carreira profissional ao cuidado de pacientes em fim de vida (CLARK, 2002).

O movimento Hospice Moderno foi idealizado por Cicely Saunders que segundo Floriani e Schramm (2010, p. 166) foi um movimento de caráter social que objetivou o cuidado de pacientes com doença em estado avançado e em processo de finitude. Teve origem na Inglaterra em 1960 e conduz dois programas de atendimento, sendo o primeiro relacionado aos CP e o segundo ao “cuidado hospice”, que é realizado em ambientes especialmente estruturados para atender a demanda de pacientes que estão em fase de finitude, com pouco tempo de sobrevida, sendo esses ambientes denominados hospices.

Em 1958, Cicely Saunders assumiu o cargo de pesquisadora da Escola *St. Mary's Medicine*, desenvolvendo trabalhos de pesquisa no *St. Joseph's Hospice*, em Hackney, East London. Foi onde estabeleceu os fundamentos básicos dos cuidados paliativos modernos, desenvolvendo uma abordagem sistemática para o controle da dor em doentes terminais, prestando atenção às suas necessidades sociais, emocionais e espirituais, e ensinou o que ela aprendeu a outras pessoas (SAUNDERS, 2011).

Essa médica, que tinha formação humanística, conversava com seus pacientes sobre os sintomas, os sofrimentos, as famílias e foi a partir dessas narrativas que surgiu uma nova filosofia e prática de cuidados. A inovação, ao final

da década de 1950, foi a afirmação de que havia novas possibilidades de fazer tudo, em detrimento à premissa de que não havia mais nada que podia ser feito (CLARK, 1998).

De acordo com Matsumoto (2012, p. 24), Saunders havia se formado em Serviço Social e estava cursando Enfermagem, quando em 1947 conheceu David Tasma, de 47 anos, com diagnóstico de carcinoma retal inoperável, tratado paliativamente com uma colostomia. Desde então, eles conversavam todos os dias e ao falecer, Tasma lhe deixa uma herança, justificando com a seguinte frase: “Eu serei a janela na sua casa”.

Saunders estabelece nesse momento, uma nova forma de cuidar e em 1967 funda o *St. Christopher's Hospice*, local de assistência aos pacientes, bem como de oportunidades para ensino e pesquisa. O hospice sediou o primeiro estudo sistemático sobre CP, realizado com 1100 pacientes com câncer avançado, no período entre 1958 e 1965 (CLARK, 1998).

Essa grande estudiosa e militante das boas práticas de cuidado das doenças e agravos que ameaçam a vida, consolidou em 1964 o conceito de “dor total”. De acordo com Saunders, há que se considerar, avaliar, intervir e cuidar dos vários tipos de dor: física, psíquica, social, espiritual, familiar, financeira, em geral, indissociáveis. Ora, isso significa que no processo de doença ocorre uma complexidade de sentimentos dolorosos no paciente, não bastando medicar apenas a dor física, é necessário olhar e cuidar de todas as dores e sintomas que afligem o ser humano em seu processo de finitude (TWYGCROSS, 2003; CARVALHO, 2009, p. 324).

Floriani e Schramm (2010, p. 170) ressaltam que os profissionais de enfermagem e do serviço social, motivados por Saunders devido sua formação, aliados aos cuidados realizados pelas religiosas, fundamentaram o modelo do movimento hospice moderno, estruturando uma assistência ampliada, com visão holística, tendo como base o conceito de “dor total”.

Somente depois de 1967, com a construção do *St. Christopher's Hospice*, é que a medicina passou a legitimar a área acadêmica, aprofundando o conhecimento da “clínica e do ensino nos cuidados dedicados ao fim da vida, aliando-os ao forte caráter assistencial já vigente, o que diferenciaria o moderno movimento das atividades rotineiramente realizadas nos hospices, até então” (FLORIANI; SCHRAMM, 2010, p. 170).

No hospice, Saunders criou uma equipe multiprofissional, com médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, religiosos, voluntários e outros profissionais. Quando os pacientes eram considerados fora de possibilidade terapêutica, os cuidados nos hospices eram intensificados, visando aliviar ao máximo a dor e o sofrimento. Os pacientes recebiam informações e tinham oportunidade de participar da tomada de decisão. Escuta e acolhimento de suas dificuldades, medos, esperanças, crenças e valores eram providos. Os cuidados eram executados pela enfermagem, com orientação médica diária e atividades sociais realizadas pelas religiosas, que também atuavam junto às famílias dos pacientes (CARVALHO, 2009).

Outro ponto histórico importante é que a transposição do conceito dos CP foi sendo realizada por profissionais, após vivenciarem a prática dos cuidados no *St. Christopher's Hospice* para os países de sua origem natal. Com o propósito de expandir o movimento denominado Hospice, nos anos 70, Cicely Saunders se reuniu com Elisabeth Klüber-Ross e em 1982, por meio do Comitê de Câncer da Organização Mundial de Saúde (OMS), fundou um grupo de trabalho para definir políticas de alívio da dor e cuidados para pacientes com câncer, a serem adotados em todos os países (CLARK, 2002).

Destarte, os CP foram estruturados, inicialmente, para pacientes com câncer, e suas diretrizes foram disseminadas mundialmente, sendo o conceito publicado pela primeira vez pela OMS em 1990, a saber:

Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva ao tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares (MATSUMOTO, 2012, p.25).

Com o aumento dos casos de câncer e o aumento da população no mundo devido ao envelhecimento, tornou-se necessária a abordagem frente aos cuidados paliativos (WHO, 2018).

Gomes e Othero (2016, p. 157) reforçam os aspectos históricos dos CP, quando descrevem que o conceito foi revisado e ampliado em 2002 para a inclusão da assistência a outras doenças que também evoluem para a finitude humana, como “AIDS, doenças cardíacas e renais, doenças degenerativas e doenças neurológicas”, bem como seus agravos, levando os pacientes às condições crônicas.

O termo Cuidados Paliativos (CP), é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como uma abordagem que visa promover a melhora da qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que encaram dificuldades em virtude de doenças que ameaçam a vida, por meio de prevenção e do alívio do sofrimento, por meio de técnicas para identificação precoce, avaliação de excelência e tratamento da dor, e dos problemas advindos de aspectos espirituais, psicossociais e físicos (WHO, 2018).

A OMS publicou o documento *The solid facts - Palliative Care em 2004*, e

reitera a necessidade de incluir os cuidados paliativos como parte da assistência completa à saúde, no tratamento a todas as doenças crônicas, inclusive em programas de atenção aos idosos. O conceito atual da OMS amplia o horizonte de ação dos cuidados paliativos, podendo ser adaptado às realidades locais, aos recursos disponíveis e ao perfil epidemiológico dos grupos a serem atendidos (GOMES; OTHERO, 2016, p.157-158).

Desde 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) envereda esforços para disseminar princípios e conceitos em Cuidados Paliativos, detalhados a seguir (GOMES; OTHERO, 2016).

#### **4.2 Princípios dos Cuidados Paliativos**

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ACNP (2012), em seu manual, preconiza como princípios dos CP a promoção do alívio da dor e de quaisquer outros sintomas desagradáveis; afirmação da vida e consideração da morte como um processo natural do curso de vida; não adiar e também não acelerar a morte (isso significa definitivamente que praticar CP não é praticar a eutanásia); integração das dimensões psicológicas e espirituais (o que pode justamente constituir um desafio para profissionais de saúde); promover meios de suporte que favoreçam que o paciente viva ativamente o maior tempo possível até o momento de sua morte.

A dor é permitida constantemente, ou seja, nada é feito para evitá-la, cada vez que o paciente pedir algo para aliviar sua dor, isso contribui para piorar seu medo, sua tensão, além de que ele se lembra da dependência de medicamentos e dos profissionais que os prescrevem (CLARK, 2002).

De acordo com a ANCP (2012), outros princípios dos CP são: ofertar sistemas de suporte e apoio para auxiliar familiares durante o processo de

adoecimento e também no luto (reconhecendo portanto o paciente e a família como unidade de cuidados e não apenas considerando o paciente em si); promover abordagem multiprofissional focada nas necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; contribuir para melhoria da qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; iniciar o mais precocemente possível o CP, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

Complementando a definição da OMS, a WPCA (2014) ressalta os benefícios dos CP em pacientes com condições crônicas, além daqueles que possuem doenças que ameaçam ou limitam a vida. Essa afirmação pode revolucionar o cuidado em saúde, quando se pensa em alívio do sofrimento e da dor crônica, ou ainda quando se desenvolve um olhar ampliado aos efeitos sociais, psíquicos, emocionais, físicos e funcionais das comorbidades crônicas, que não tem cura, apenas podem ser controladas e acompanhadas.

Ponto fundamental apontado pela WPCA (2014) é que não existe tempo ou limite de prognóstico para se iniciar a prestação de CP. Tem sido amplamente defendido que os CP devem ser ofertados com base na necessidade, não no diagnóstico ou prognóstico, propondo transformação na forma como os profissionais de saúde olham para as necessidades do paciente, abandonando crenças e considerando a individualidade do(s) sofrimento(s) de cada ser humano e da integralidade do cuidado.

A WPCA (2014) preconiza que os CP não se limitam a serviços especializados, mas incluem cuidados de nível primário e secundário. Há realmente uma concepção errônea (entre a população, mas também entre os profissionais de saúde) de que os CP só podem ser prestados em serviços de atenção terciária, dotados de arsenal médico de retaguarda, em virtude da complexidade das condições de saúde (ou de doenças) que esses pacientes apresentam. No entanto, os CP podem e devem ser prestados no domicílio, na atenção primária, na atenção especializada e obviamente na atenção terciária, bem como nos hospícios.

Os princípios dos CP se aplicam a todas as faixas etárias e a várias situações. Que no tratamento para com o outro, sejamos simples e certos, simples no cuidar, no tratar. Devemos fazer o que nos cabe, da melhor maneira possível. Isso é entregar para o próximo profissional, seja ele da mesma categoria

ou de outra, um indivíduo cuidado, no que lhe compete, é já adiantar para o colega de profissão, quais são os reais problemas do paciente, os anseios, os medos, as necessidades. O paciente e os familiares querem ser ouvidos, entendidos e terem resolvidas suas angústias, ainda que a solução seja momentânea (KOVÁCS, 2003).

Para Gomes e Othero (2016, p. 159) um dos princípios dos CP é a comunicação, que deve ser feita de forma “aberta e ativa, em um processo de confiança e vínculo com o paciente e a família [...], que deve ser feita em equipe interdisciplinar, propiciando a real melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares”.

Corroborando, a Política Nacional de Cuidados Paliativos (BRASIL, 2018, p. s/n), por meio da Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, em seu artigo 4º, inciso X, descreve que a comunicação é um dos princípios dos CP, devendo ser “sensível e empática, com respeito à verdade e à honestidade em todas as questões que envolvem pacientes, familiares e profissionais”. Dessa forma, entende-se que o envolvimento do profissional com paciente-família é muito importante, para que possamos juntos dar resolutividade às questões e anseios vivenciados por todos, paciente, família e profissionais, e a comunicação é uma ferramenta que favorece esse desfecho.

A Resolução número 41, de 31 de outubro de 2018, dispõe sobre as diretrizes para a organização dos CP, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e, diante dessa Resolução, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, está se organizando para que os hospitais do Estado constituam comissão de CP, composto por equipe multidisciplinar, que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio de prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (BRASIL, 2018).

Nos estudos apontados por Cruz *et al.* (2021), a equipe multidisciplinar de abordagem dos CP é formada por vários profissionais, sendo mencionados médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistente espiritual e dentistas, dentre outros. No entanto, os autores ressaltam que alguns profissionais não desenvolveram o conhecimento sobre a abordagem dos CP em



sua formação acadêmica, tendo participado somente de cursos de atualização focados no processo de comunicação.

A Tanatologia é uma palavra de origem grega (Thanatos-morte) e (logos-estudo), sendo conceituada como a ciência interdisciplinar a qual se debruça sobre a morte, sobre o processo das perdas relacionadas ao luto. A Tanatologia surgiu nos Estados Unidos, sendo definida como o estudo ou “ciência” da morte e do morrer (WOGGIN,2007). Já a finitude, pode ser definida como o processo de morte e morrer, a fase em que a morte se aproxima (KÜBLER-ROSS, 2005).

De acordo com Rego e Palácios (2006), os cuidados no fim da vida constituem um conjunto de teorias e práticas que tem por núcleo central o processo de morrer, devendo compor um dos principais marcos no processo de formação de todos os profissionais de saúde, e não apenas de especialistas que se voltam para esta temática. A qualidade de morte, ou qualidade do fim da vida, exige cuidados humanizados específicos de vários profissionais, sendo esse um processo que permeia todas as idades e gêneros, podendo ocorrer em crianças e adolescentes, assim como nos indivíduos adultos e idosos.

### **4.3 Caracterização das Diretrizes Curriculares dos Cursos da Saúde**

O currículo pode ser definido como a composição de práticas, teorias, compartilhamento de fundamentos e reflexões comuns e conjuntas ao professor e aos alunos, contribuindo para a construção ativa do conhecimento, imprescindível ao exercício da profissão escolhida pelo aluno, extrapolando a transmissão de conteúdo e trazendo à tona, a função socializadora do currículo (SACRISTAN, 1998). Conforme Freire (2016), o professor, ao ensinar, também aprende, e o aluno pode enriquecer esse processo a partir daquilo que traz consigo, de suas experiências e conhecimento prévio.

A partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação LDB 9.394/96, considerando a necessidade de reformulação das bases curriculares para adequação dos egressos ao mercado de trabalho, e mediante ao atendimento das necessidades assistenciais do SUS, em 2001 foram aprovadas, por meio do Parecer do Conselho Nacional de Educação (CNE)/Câmara de Educação Superior (CES) nº 1.133, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em

Enfermagem, Medicina e Nutrição, reforçando a articulação da “Educação Superior com a Saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea [...]” (BRASIL 1996; BRASIL, 2001c, p. 2).

A expansão do ensino superior desenvolveu-se de forma desregulada e provocou inúmeras consequências na educação. Entre os principais problemas, sobre a mercantilização da educação superior no Brasil, podemos destacar o baixo planejamento, diminuição na qualidade do ensino e desequilíbrios entre áreas de conhecimento e entre regiões geográficas (MACEDO *et al.*, 2005).

Para Silva *et al.* (2011), o processo de formação do enfermeiro vem ao encontro dos modelos de atenção à saúde propostos pelo SUS, promovendo mudanças nas DCN dos Cursos de Graduação em Enfermagem. Para as autoras, a Lei nº 9.394/96 que dispõe sobre as Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) proporcionou aos Cursos de Enfermagem uma mudança na perspectiva da formulação curricular, permitindo a autonomia das IES na elaboração dos seus PPP, com base nos eixos principais como requisitos para a descrição de disciplinas obrigatórias do currículo e as disciplinas complementares, promovendo ao processo de ensino-aprendizagem a interação da teoria à prática executada em estágio desenvolvido em áreas específicas de saúde (BRASIL, 1996).

A Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, que institui as DCN para o Curso de Graduação em Enfermagem, estabelece que o graduando em enfermagem deve desenvolver, ao longo de seu processo de ensino-aprendizagem, seis competências gerais, sendo: 1- atenção à saúde, 2- tomada de decisão, 3- comunicação, 4- liderança, 5- administração e gerenciamento e, 6- educação permanente, sendo sua “formação generalista, humanista, crítica e reflexiva”. Determina trinta e três competências específicas, sendo que a formação deve atender as “necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento” (BRASIL, 2001d, p. 1).

Ainda de acordo com a Resolução CNE/CES nº 3/2001, o conteúdo do Curso de Graduação em Enfermagem deve “estar relacionado com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade

epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem” e contemplar os eixos temáticos: Ciências Biológicas da Saúde, Ciências Humanas e Sociais, Ciências da Enfermagem (BRASIL, 2001d, p.4).

No eixo Ciências Biológicas e da Saúde os temas a serem abordados devem estar relacionados às bases “moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem” (BRASIL, 2001d, p.4).

No eixo das Ciências Humanas e Sociais o conteúdo deve abranger as “dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença”, enquanto no eixo das Ciências da Enfermagem o curso deve abordar as temáticas: Fundamentos de enfermagem, assistência de Enfermagem, contemplando as etapas do ciclo vital que envolve os cuidados prestados “à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes socioculturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença”, administração de Enfermagem e o ensino de enfermagem (BRASIL, 2001d, p.4).

A Fisioterapia surgiu no Brasil a partir de 1929, por meio da criação do primeiro curso técnico na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (PEREIRA; ALMEIDA, 2006). O principal motivo para sua criação foi o aumento no número de portadores de sequelas da poliomielite com distúrbios do aparelho locomotor e o aumento de acidentes de trabalho na época.

No país, a formação do acadêmico de fisioterapia cresceu de forma lenta durante as décadas de 1970 e 1980, elevando consideravelmente o número de cursos e de vagas na década de 1990 e atingiu acelerada expansão a partir de 1997 (BISPO JÚNIOR, 2009).

O Curso de Graduação em Fisioterapia, também em 2001, foi contemplado com a reformulação das DCN, desenhadas para definir a formação de profissionais na área da saúde. O Parecer CNE/CES nº 1.210, de 12 de novembro de 2001, propõe as diretrizes curriculares para os Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, e por meio da Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002, estabelece as DCN para o Curso de Graduação em Fisioterapia, que a partir dessa data se fazem valer nas propostas curriculares das

IES para a formação do profissional fisioterapeuta, com “formação generalista, humanista, crítica e reflexiva [...]” (BRASIL, 2001a, p. 4; BRASIL, 2002a, p. s/n).

De acordo com a Resolução CNE/CES nº 4/2002, o Curso de Graduação em Fisioterapia “tem como perfil do formando egresso/profissional o Fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual”, promovendo o desenvolvimento de 33 competências, sendo as seis primeiras, as mesmas competências gerais mencionadas nas diretrizes dos Cursos de Graduação em Medicina e em Enfermagem e as outras vinte e sete competências específicas para a área do saber em fisioterapia. O currículo do Curso de Graduação em Fisioterapia deve contemplar em seu conteúdo os eixos: Ciências Biológicas e da Saúde, Ciências Sociais e Humanas, Conhecimentos Biotecnológicos e Conhecimentos Fisioterapêuticos (BRASIL, 2002a, p. s/n).

Nos eixos Ciências Biológicas e da Saúde e, Ciências Sociais e Humanas as recomendações das DCN para o Curso de Graduação em Fisioterapia são idênticos aos descritos para o curso na área de Enfermagem. Já no eixo Conhecimentos Biotecnológicos os conteúdos devem permear pelos “avanços biotecnológicos utilizados nas ações fisioterapêuticas que permitam incorporar as inovações tecnológicas inerentes à pesquisa e à prática clínica fisioterapêutica” e no eixo dos “Conhecimentos Fisioterapêuticos - compreende a aquisição de amplos conhecimentos na área de formação específica da Fisioterapia” (BRASIL, 2002a, p. s/n).

Já, para o Curso de Graduação em Psicologia foi apresentada, por meio do Parecer nº 1.314, de 7 de novembro de 2001 e do Parecer CNE/CES nº 0062, de 19 de fevereiro de 2004, a proposta para a elaboração das DCN com base na mudança de um currículo tradicional, incorporando à nova concepção curricular o desenvolvimento de competências e habilidades com foco na promoção da qualidade de vida e prevenção de doenças e agravos. O perfil profissional desenhado nessa proposta se desmembra em três processos de formação: Bacharel em Psicologia, Professor em Psicologia e Psicólogo (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2004b).

A grade curricular mínima para o curso de Bacharelado e Licenciatura em Psicologia, compreende a obrigatoriedade de disciplinas como, Estatística, Psicopatologia Geral, Fisiologia, Psicologia Geral e Experimental, Psicologia da

Personalidade, entre outras não incluindo como obrigatórias as disciplinas relacionadas aos Cuidados Paliativos (JAPUR, 1996).

O Curso de Graduação em Psicologia teve as DCN estabelecidas por meio da Resolução CNE/CES nº 8, de 7 de maio de 2004, conforme a descrição do Art. 3º, descreve que o objetivo está centrado na “formação do Psicólogo voltado para a atuação profissional, para a pesquisa e para o ensino de Psicologia [...]” (BRASIL, 2004a, p. 1).

As DCN para o Curso de Graduação em Psicologia preveem o desenvolvimento das mesmas competências e habilidades gerais que foram mencionadas anteriormente para os cursos de Graduação em Enfermagem e Fisioterapia (BRASIL, 2004a). No contexto do desenvolvimento de competências específicas, os currículos devem contemplar os seguintes eixos:

- a) Fundamentos epistemológicos e históricos que permitam ao formando o conhecimento das bases epistemológicas presentes na construção do saber psicológico, desenvolvendo a capacidade para avaliar criticamente as linhas de pensamento em Psicologia;
- b) Fundamentos teórico-metodológicos que garantam a apropriação crítica do conhecimento disponível, assegurando uma visão abrangente dos diferentes métodos e estratégias de produção do conhecimento científico em Psicologia;
- c) Procedimentos para a investigação científica e a prática profissional, de forma a garantir tanto o domínio de instrumentos e estratégias de avaliação e de intervenção, quanto a competência para selecioná-los, avaliá-los e adequá-los a problemas e contextos específicos de investigação e ação profissional;
- d) Fenômenos e processos psicológicos, que constituem classicamente objeto de investigação e atuação no domínio da Psicologia, de forma a propiciar amplo conhecimento de suas características, questões conceituais e modelos explicativos construídos no campo, assim como seu desenvolvimento recente;
- e) Interfaces com campos afins do conhecimento para demarcar a natureza e a especificidade do fenômeno psicológico e percebê-lo em sua interação com fenômenos biológicos, humanos e sociais, assegurando uma compreensão integral e contextualizada dos fenômenos e processos psicológicos;
- f) Práticas profissionais voltadas para assegurar um núcleo básico de competências que permitam a atuação profissional e a inserção do graduado em diferentes contextos institucionais e sociais, de forma articulada com profissionais de áreas afins (BRASIL, 2004a, p. 2).

Desde a regulamentação do curso como profissão, a Psicologia tem passado por diversas mudanças significativas em sua grade curricular, diretamente associadas à aplicação do psicólogo na sua área de trabalho (SEIXAS *et al.*, 2006).

Nos Cursos de Psicologia, Lisboa; Gonçalves (2009) evidenciaram uma grande insatisfação a respeito da formação do psicólogo brasileiro, sendo vista

como extremamente deficiente, em relação à formação técnica e principalmente, à formação epistemológico-científica do estudante. Foi verificada uma crescente defasagem entre o que é ensinado e aprendido em IES no Brasil.

Ainda é necessário o estabelecimento de diretrizes no campo psicológico para a disciplina de CP, bem como a melhoria das práticas do profissional de psicologia como membro integrante da equipe multiprofissional, que dá o suporte necessário para se estabelecer, dentro do possível, a qualidade de vida de pacientes (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011).

Melo; Valero; Menezes (2013), destacam as diversas aplicabilidades de atuação voltadas para a psicologia no âmbito dos CP, podendo ocorrer em equipes multidisciplinares e em serviços especializados.

O Curso de Serviço Social também teve, em 2001, a formulação das DCN para direcionamento das IES na construção do currículo desse curso. O primeiro documento a ser elaborado foi o Parecer CNE/CES nº 492, de 03 de abril de 2001, que descreve as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Filosofia, História, Geografia, Serviço Social, Comunicação Social, Ciências Sociais, Letras, Biblioteconomia, Arquivologia e Museologia (BRASIL, 2001e).

Para o Curso de Graduação em Serviço Social, as DCN, aprovadas pela Resolução CNE/CES 15, de 13 de março de 2002 e Parecer CNE/CES nº 492/2001 descrevem o perfil do futuro egresso como o “profissional que atua nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas de intervenção para seu enfrentamento, com capacidade de promover o exercício pleno da cidadania e a inserção criativa e propositiva dos usuários do Serviço Social no conjunto das relações sociais e no mercado de trabalho” (BRASIL, 2002; BRASIL, 2001e, p. 11).

Dentre as competências descritas, há a menção do desenvolvimento de competências gerais que giram em torno de sua “capacitação teórico-metodológica e ético-política, compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social; utilização dos recursos da informática” (BRASIL, 2001e, p. 11).

No campo do desenvolvimento de competências específicas estão descritas:

- elaborar, executar e avaliar planos, programas e projetos na área social;
- contribuir para viabilizar a participação dos usuários nas decisões institucionais;

- planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais;
- realizar pesquisas que subsidiem formulação de políticas e ações profissionais;
- prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública, empresas privadas e movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais e à garantia dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- orientar a população na identificação de recursos para atendimento e defesa de seus direitos;
- realizar visitas, perícias técnicas, laudos, informações e pareceres sobre matéria de Serviço Social (BRASIL, 2001e, p. 11).

Percebe-se, então, que a partir da reformulação das DCN para a formação de profissionais na área da saúde, o processo de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento de competências e habilidades gerais deve ocorrer no mesmo contexto, com base nas políticas públicas de saúde, tendo como diferencial os eixos estruturantes de cada área de atuação que serão desenhados conforme a especificidade de cada área, sendo aqui integradas nas bases curriculares como competências e habilidades específicas de cada curso (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2001b; BRASIL, 2001d; BRASIL, 2002a; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b).

Frossard *et al.* (2020) ressaltam que a profissão do Serviço Social permeia pelas áreas das ciências sociais e humanas e se contextualiza nos campos sociais, políticos e intervencionistas. Buscando trabalhar com as questões sociais que envolvem as desigualdades, vulnerabilidades, violências e outras situações que traduzem a quebra dos direitos sociais. A atuação do Serviço Social na abordagem dos CP se firma na singularidade do paciente e sua família, envolvendo também o cuidador.

Para Simão *et al.* (2010), apesar da formação acadêmica na área de Serviço Social não fornecer subsídios adequados para a atuação com pacientes em processo de finitude, esses profissionais desenvolvem competências e habilidades no decorrer da prática profissional.

De acordo com Hermes e Lamarca (2013), o papel do Assistente Social, no contexto dos CP, está focado principalmente no processo de comunicação e no intercâmbio das relações entre o paciente, a família e a equipe de saúde. No desempenho do processo de comunicação cabe a esse profissional prover a equipe de saúde com informações do tipo biográficas sobre o paciente (quem ele é, onde mora, como é o núcleo familiar, quais as condições sociais e outros dados) que subsidiam o planejamento e a tomada de decisão quanto à terapêutica a ser instituída e, no campo das relações, esse profissional é quem promove a interação,

fortalecendo a participação do paciente-família nas discussões sobre o seu processo saúde-doença, fortalecendo o vínculo entre eles.

Corroborando, Cavalcanti *et al.* (2019, p. 3) descrevem que o(a) Assistente Social também faz parte da equipe multidisciplinar de saúde, cabendo a este o direcionamento dos pacientes, quando indicados para os protocolos de CP, fortalecendo a relação entre os pacientes, seus familiares e equipe multidisciplinar, além de promover aos pacientes a garantia de direitos quanto “qualidade de vida, seja no respeito às suas crenças e vontades relacionadas à condução do seu tratamento e da sua vida”.

O próximo capítulo traz a descrição do método utilizado para o desenvolvimento desse estudo.



## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Tipo do Estudo

Foi realizada uma pesquisa documental, exploratória, descritiva, transversal, utilizando-se uma amostra coletada por conveniência, não representativa e não probabilística, por meio de busca das grades/matrizes curriculares, dos planos de disciplina e/ou do projeto político pedagógico (PPP) dos cursos de graduação em bacharelado em Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social, em sítios eletrônicos das IES sediadas no Brasil, públicas ou privadas.

No presente estudo, foram consideradas públicas as IES que oferecem cursos gratuitos e foram consideradas privadas, as IES que cobram mensalidades dos estudantes, independentemente da natureza (privadas sem fins lucrativos, confessionais, comunitárias etc.).

O documento é objeto de investigação da pesquisa documental e da pesquisa bibliográfica. Há que se ressaltar o conceito de documento extrapolando o formato de textos escritos e/ou impressos, incluindo manifestações não escritas (fotografias, filmes, vídeos etc.). Essa documentação pode informar, clarificar e constituir fonte de informação para esclarecer perguntas de pesquisa ou para comprovar fatos, hipóteses, conforme o escopo do pesquisador (FIGUEIREDO, 2007).

A pesquisa documental incrementa temporalidade à compreensão do contexto social, propiciando o olhar para o processo de evolução de grupos populacionais, de indivíduos específicos e do próprio conhecimento, de um determinado preceito, comportamento, cultura, práticas etc. (CELLARD, 2008).

Nesse tipo de pesquisa, utiliza-se de materiais que ainda não foram analisados de forma sistemática. Cabe, portanto, ao pesquisador identificar, priorizar, analisar e interpretar o documento, buscando entender a relação com sua origem, com o escopo e o problema de pesquisa. Esse método promove o detalhamento e a especificidade do tratamento dos dados, incrementando a significância da pesquisa (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015).

De acordo com Sabbag (2013), conforme apresentado no Quadro 1, a análise documental deve ser estruturada em duas etapas:

1. Etapa analítica - nesse processo o pesquisador irá realizar o contato com o documento e efetuar a identificação dos pontos importantes e relevantes a serem analisados. Está dividido:
  - a. Leitura Técnica do Documento
  - b. Identificação dos conceitos
2. Etapa sintética – consiste no processo de síntese do material a ser analisado e está dividido em:
  - a. Seleção de conceitos
  - b. Condensação documentária
  - c. Representação documental

Quadro 1- Etapas do processo de análise documental

Etapa Analítica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Leitura técnica do documento:</b> em que o documentalista adentra na estrutura do documento, buscando tomar contato com as partes que revelem maior conteúdo temático, valendo-se, para tanto, de um conjunto de estratégias metacognitivas.</li> <li>- <b>Identificação de conceitos:</b> uma vez identificadas as partes mais significativas tematicamente, aplica-se ao documento um conjunto de categorias conceituais, visando à construção de enunciados de assunto.</li> </ul>
Etapa Sintética	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Seleção de conceitos:</b> os enunciados de assunto são, então, categorizados em principais, secundários e periféricos, e ordenados logicamente, tendo como parâmetros a estrutura, a função e os usos (tipo de busca informacional a que se presta o documento).</li> <li>- <b>Condensação documentária:</b> redução do documento original a um microdocumento (resumos)</li> <li>- <b>Representação documental:</b> tradução do conteúdo temático do documento em linguagem de indexação, representando-o por meio de índices.</li> </ul>

Fonte: adaptado de SABBAG, 2013.

No presente estudo, foram utilizadas apenas as etapas pertinentes ao escopo, valorizando-se a etapa analítica.

## **5.2 Aspectos éticos**

Dispensou-se a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa por tratar-se de uma pesquisa documental, que analisou dados de domínio público, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016.

## **5.3 Objeto de Estudo**

Foram objetos de estudo as IES que ofertam cursos de graduação de bacharelado em Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia e Serviço Social e seus respectivos projetos político pedagógicos, planos de disciplina, grades ou matrizes curriculares. A busca foi feita eletronicamente. Ao localizar o sítio eletrônico de cada IES, foram procurados os documentos acima listados, sendo feita a coleta e análise de dados dos documentos encontrados. Os resultados foram distribuídos em uma planilha do Microsoft Excel®.

Foram excluídas as IES que não disponibilizaram eletronicamente os referidos documentos, impedindo a concretização das etapas da análise documental. Após a coleta dos documentos publicados, foi realizada leitura detalhada dos planos de disciplinas da grade, semestre a semestre, em busca de disciplinas específicas que abordassem a temática de cuidados paliativos, ou tanatologia, ou finitude.

## **5.4 Análise de dados**

Quando os documentos permitiram a coleta das informações, foram identificados: 1) nome da instituição; 2) natureza da instituição; 3) unidade federativa; 4) nome do curso e 5) duração do curso em semestres; 6) existência ou não de disciplinas relacionadas aos cuidados paliativos; 7) nome da disciplina (caso existisse); 8) característica da oferta da disciplina (regular ou optativa) e, 9) endereço eletrônico para acessar os documentos consultados.

Após o levantamento documental, os dados foram analisados independentemente por duas pesquisadoras, e planilhados, utilizando-se do software Microsoft Excel®.

Os dados foram apresentados por meio de gráficos e tabelas, contendo números absolutos e percentuais, utilizando-se da estatística descritiva. Em seguida, os dados foram analisados conforme a configuração da oferta, a região do país e a natureza da IES (APÊNDICE A).

Os dados obtidos foram agrupados em categorias para análise, sendo elas: *Caracterização das IES; Caracterização dos cursos analisados; Caracterização das disciplinas sobre Cuidados Paliativos e afins; Caracterização dos cursos de bacharelado em Enfermagem; Caracterização dos cursos de bacharelado em Fisioterapia; Caracterização dos cursos de bacharelado em Psicologia e, Caracterização dos cursos de bacharelado em Serviço Social.*

No próximo capítulo encontra-se a descrição dos resultados do estudo.

## 6 RESULTADOS

Os resultados apresentados neste capítulo expressam uma amostra não representativa, não probabilística, coletada por conveniência, considerando a disponibilidade de informações nos sítios eletrônicos das IES. As autoras ressaltam que os resultados obtidos não expressam a realidade dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social no Brasil e sim apenas a realidade dos cursos analisados.

Mais de 300 sites de IES foram visitados, em busca de informações, no entanto, encontraram-se os seguintes cenários: a) sites que não disponibilizavam nenhuma informação sobre matriz curricular, disciplinas ou projeto político pedagógico (PPP); b) sites que disponibilizavam a matriz curricular do curso, no entanto, apenas o título da disciplina não permitiu afirmar se havia ou não conteúdo específico da temática de CP; e não havia acesso aos planos de disciplina e/ou PPP, que permitissem a consulta e análise documental sobre a temática; c) sites que disponibilizavam o PPP do curso de forma parcial ou resumida, não sendo disponibilizados no arquivo do PPP os planos de disciplinas (geralmente só havia a matriz curricular), o que impediu a análise documental pretendida no presente estudo; d) sites que disponibilizavam a documentação necessária para a análise documental e portanto, foram incluídos no estudo.

Visando preservar a identidade das IES, apesar de serem utilizados dados de domínio público, os nomes foram mantidos no anonimato e as IES foram codificadas com a abreviatura da região, seguida de um número arábico sequencial, dessa forma, a codificação das IES por região geopolítica:

- IES da região Sudeste: IES-SE1; IES-SE2; IES-SE3...
- IES da região Nordeste: IES-NE1; IES-NE2; IES-NE3...
- IES da região Sul: IES-S1; IES-S2; IES-S3...
- IES da região Norte: IES-N1; IES-N2; IES-N3...
- IES da região Centro Oeste: IES-CO1; IES- CO2; IES- CO3...

Foram encontrados 139 cursos de graduação em bacharelado de Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia e Serviço Social que disponibilizavam o projeto político pedagógico, a matriz curricular com planos de disciplina ou

documento similar que permitiu a análise da estrutura curricular, preenchendo, portanto, os critérios de inclusão para a pesquisa documental.

### 6.1 Caracterização das IES

Os 139 cursos analisados eram ofertados por 95 diferentes Instituições de Ensino Superior (IES), sendo 10 estaduais (10,5%), 41 federais (43,2%), totalizando 53,7% de IES públicas, ou seja, que fornecem ensino gratuito aos alunos e 44 privadas (46,3%), conforme mostra a Tabela 1. No presente estudo, foram consideradas IES privadas, aquelas que cobram mensalidade dos alunos, ainda que a natureza da IES seja filantrópica, particular, comunitária etc.

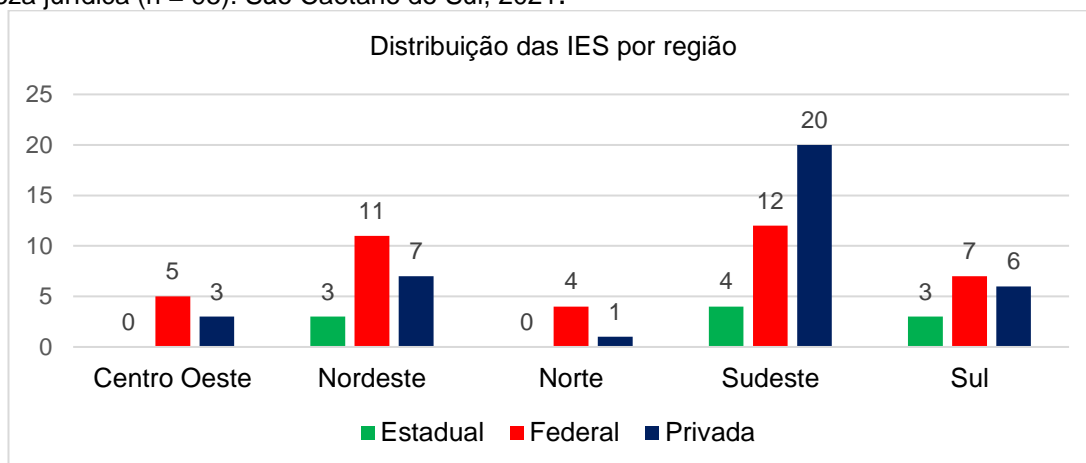
Tabela 1 - Características da IES pesquisadas (n = 139). São Caetano do Sul, 2021.

Natureza jurídica das IES pesquisadas	Qtde	(%)
Estadual	10	10,5
Federal	41	43,2
Privada	44	46,3
Total	95	100,0

Fonte: dados de pesquisa

Considerando a distribuição das 95 IES de acordo com a região geopolítica, foram analisadas 42 IES na região sudeste (44,2% do total de IES), 22 na região nordeste (23,2%), 18 IES na região sul (18,9%), 8 IES na região centro oeste (8,4%) e 5 na região Norte (5,3%). A Figura 1 mostra a distribuição das IES conforme a região geopolítica e a natureza jurídica. Observa-se predomínio de IES públicas em todas as regiões, exceto na região sudeste, em que há predomínio de IES privadas.

Figura 1 – Distribuição das IES que ofertavam os cursos analisados, conforme região geopolítica e natureza jurídica (n = 95). São Caetano do Sul, 2021.



Fonte: dados de pesquisa

## 6.2 Caracterização dos cursos analisados

Dentre os 139 cursos de graduação em bacharelado analisados, 30 (21,6%) eram de Enfermagem, 35 (25,2%) de Fisioterapia, 46 (33,1%) de Psicologia e 28 (20,1%) de Serviço Social. Considerando a natureza jurídica das IES para cada um dos quatro cursos de graduação, Enfermagem e Psicologia apresentaram predomínio de instituições públicas (estaduais ou federais), a saber, 73,3% e 63%, respectivamente. O Curso de Fisioterapia apresentou discreta predominância de instituições privadas (54,3%) e houve distribuição equivalente de IES que ofertavam Curso de Serviço Social (50% públicas e 50% privadas), conforme a Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos cursos analisados (n = 139), de acordo com a natureza das IES. São Caetano do Sul, 2021.

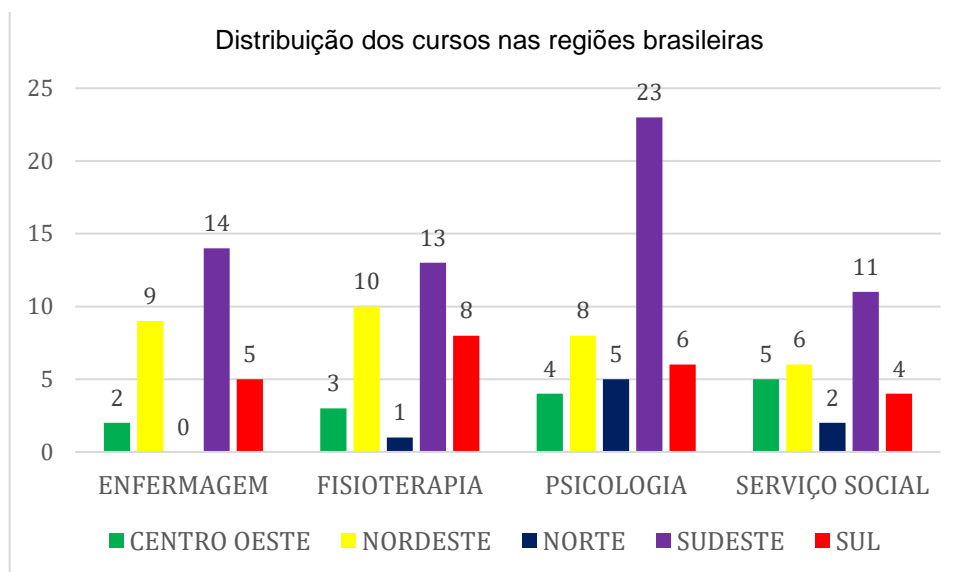
CURSO	Total de Cursos analisados		Natureza das IES					
			Estadual		Federal		Privada	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Enfermagem	30	21,6	4	13,3	18	60,0	8	26,7
Fisioterapia	35	25,2	5	14,3	11	31,4	19	54,3
Psicologia	46	33,1	2	4,3	27	58,7	17	37,0
Serviço Social	28	20,1	2	7,1	12	42,9	14	50,0
<b>TOTAL*</b>	<b>139</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>9,4</b>	<b>68</b>	<b>48,9</b>	<b>58</b>	<b>41,7</b>

\*Todos os resultados percentuais dessa linha estão relacionados aos acessos aos sites eletrônicos das IES (n = 139) e resultados de (n) são somatórias de suas respectivas colunas

Fonte: dados de pesquisa

Considerando a distribuição dos cursos por região geopolítica, observou-se que a região sudeste sedia a maior parte dos cursos analisados, a saber: 46,7% dos cursos de Enfermagem analisados, 37,1% dos cursos de Fisioterapia, 50% dos cursos de Psicologia e 39,3% dos cursos de Serviço Social. A Figura 2 mostra a distribuição dos quatro cursos analisados de acordo com as regiões geopolíticas brasileiras.

Figura 2 - Distribuição dos cursos de graduação analisados (n = 139), de acordo com a região geopolítica brasileira. São Caetano do Sul, 2021.



Fonte: dados de pesquisa

### 6.3 Caracterização das disciplinas sobre Cuidados Paliativos e afins

A existência de disciplinas de CP, finitude ou tanatologia foi encontrada em 40 (representando 28,8% da amostra) dos 139 cursos analisados, distribuídas da seguinte forma: 13 no curso de Enfermagem, 9 no curso de Fisioterapia e 18 no curso de Psicologia. Isso significa que 45% das disciplinas de CP e afins estão inseridas em grades curriculares do curso de Psicologia, 32,5% no curso de Enfermagem e 22,5% no curso de Fisioterapia. Nenhum dos 28 cursos de Serviço Social apresentou disciplina de CP e afins.

Vale ressaltar que as 40 disciplinas de CP e afins foram encontradas uma única vez em cada curso, ou seja, nenhum curso apresentou mais de uma disciplina de CP e afins. Isso significa que a presença de disciplinas de CP e afins implica na



referência de um único curso de graduação, ou seja, foram analisadas 40 disciplinas de CP e afins em 40 diferentes cursos. A Tabela 3 apresenta a distribuição dos cursos de acordo com a presença de disciplinas de CP e afins, bem como a modalidade ofertada.

Tabela 3 - Distribuição dos cursos pesquisados, de acordo com a oferta e a modalidade de disciplinas de Cuidados Paliativos e afins - São Caetano do Sul, 2021.

CURSO	Total de Cursos pesquisados		Disciplina de Cuidados Paliativos ou Tanatologia ou Finitude				Modalidade das disciplinas ofertadas			
			Sim		Não		Obrigatória		Optativa	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Enfermagem*	30	21,6	13	43,3	17	56,7	6	46,2	7	53,8
Fisioterapia*	35	25,2	9	25,7	26	74,3	5	55,6	4	44,4
Psicologia*	46	33,1	18	39,1	28	60,9	3	16,7	15	83,3
Serviço Social*	28	20,1	0	0,0	28	100,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL**	139	100,0	40	28,8	99	71,2	14	10,1	26	18,7

\*Resultados frente ao (n) de cada curso avaliado

\*\*Comparação dos resultados com o n<sup>o</sup> total de acessos aos cursos pesquisados (n= 139)

Fonte: dados de pesquisa

Considerando as 40 disciplinas encontradas, verificou-se que 14 eram ofertadas na modalidade regular obrigatória, ou seja, devendo ser cursada por todos os alunos matriculados no semestre em que a disciplina era ofertada (representando 10,1% dos 139 cursos analisados) e 26 na modalidade optativa ou eletiva (representando 18,7% da amostra total), ou seja, o aluno poderia escolher cursar essa ou outras disciplinas ao longo do curso de graduação. Essa modalidade optativa não garante a formação nessa temática dos alunos em sua totalidade, e sim apenas daqueles que escolheram cursar a disciplina. Deste modo, 35% das disciplinas sobre CP e afins eram ofertadas na modalidade regular e obrigatória e 65% eram ofertadas na modalidade optativa.

Dentre as 40 disciplinas de CP e afins analisadas, as 14 disciplinas ofertadas em modalidade regular obrigatória estavam assim distribuídas: 6 no curso de Enfermagem (42,9% das disciplinas obrigatórias), 5 no curso de Fisioterapia (35,7%) e 3 no curso de Psicologia (21,4% das disciplinas obrigatórias). Considerando as 26 disciplinas ofertadas na modalidade optativa/eletiva, verificou-

se que 7 pertenciam aos cursos de Enfermagem (correspondendo a 26,9% das disciplinas optativas), 4 sediavam-se no curso de Fisioterapia (15,4%) e 15 encontravam-se no curso de Psicologia (perfazendo 57,7% das disciplinas optativas).

Portanto, das 40 disciplinas encontradas, a maioria das disciplinas de CP e afins ofertadas na modalidade regular obrigatória está concentrada nos cursos de Enfermagem (42,9% das disciplinas obrigatórias) e a maioria das disciplinas ofertadas na modalidade optativa está sediada nos cursos de Psicologia (57,7% das disciplinas optativas), conforme aponta a Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição das disciplinas de Cuidados Paliativos e afins, nos cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Psicologia, de acordo com a modalidade da disciplina, natureza da IES que oferta a disciplina e região geopolítica da IES. São Caetano do Sul, 2021.

CURSO	Disciplina de Cuidados Paliativos e afins				Natureza da IES				Região Geopolítica				
	Obrigatória		Optativa		Pública		Privada		CO	NE	N	SE	S
	(n)	(%)*	(n)	(%)*	(n)	(%)*	(n)	(%)*	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)
Enfermagem	6	42,9	7	26,9	11	39,3	2	16,6	1	4	0	5	3
Fisioterapia	5	35,7	4	15,4	4	14,3	5	41,7	0	3	0	6	0
Psicologia	3	21,4	15	57,7	13	46,4	5	41,7	1	4	1	9	3
TOTAL	14	100,0	26	100,0	28	100,0	12	100,0	2	11	1	20	6

\*percentagem correspondente ao total dos valores absolutos da coluna esquerda

Fonte: dados de pesquisa

Considerando a natureza das IES dos 40 cursos que apresentavam disciplinas de CP e afins, observou-se que 12 (30% do total de disciplinas de CP e afins) eram IES privadas e 28 eram IES públicas (70% do total). Dentre as 26 disciplinas optativas, 22 estavam sediadas em cursos ofertados por IES públicas (correspondendo a 84,6% das disciplinas optativas). Dentre as 14 disciplinas regulares obrigatórias, 8 eram ofertadas em IES privadas (correspondendo a 57,1% das disciplinas regulares obrigatórias) e 6 estavam sediadas em IES públicas (Tabela 4). Observou-se, portanto, predominância de IES públicas que ofertavam disciplinas optativas e predominância de IES privadas que ofertavam disciplinas regulares obrigatórias.

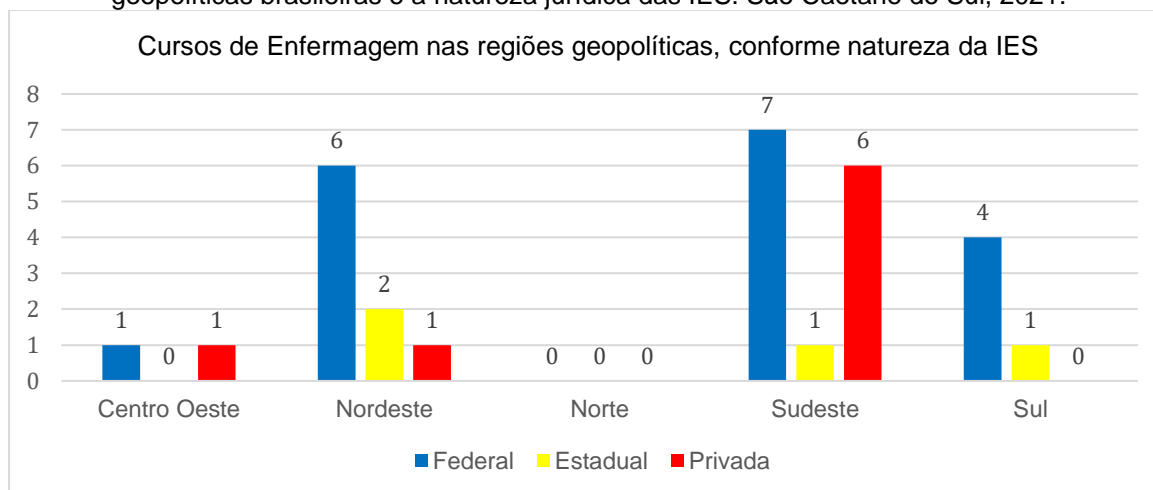
Quanto à região geopolítica, as 40 disciplinas estão distribuídas da seguinte forma: predomínio na região Sudeste, com 20 disciplinas (correspondendo a 50% do total de disciplinas de CP e afins), 11 na região Nordeste (27,5%), 6 na região Sul (15%), 2 na região Centro Oeste (5%) e 1 na região Norte (2,5% do total de disciplinas de CP e afins).

A seguir, seguem os resultados distribuídos por cursos.

#### 6.4 Caracterização dos cursos de bacharelado em Enfermagem

Dentre os 139 cursos analisados, 30 (21,6% da amostra) correspondiam à graduação bacharelada em Enfermagem, distribuídos da seguinte forma quanto à natureza jurídica das IES em que estavam sediados: 4 estaduais (correspondendo a 13,3% do total dos cursos de Enfermagem), 18 federais (60%) e 8 privadas (26,7%). Observa-se predomínio das IES públicas (73,3%) em detrimento às privadas. A Figura 3 apresenta a distribuição dos cursos de Enfermagem, de acordo com a natureza jurídica da IES e a região geopolítica.

Figura 3 - Cursos de bacharelado em Enfermagem, distribuídos de acordo com as regiões geopolíticas brasileiras e a natureza jurídica das IES. São Caetano do Sul, 2021.



Fonte: dados de pesquisa

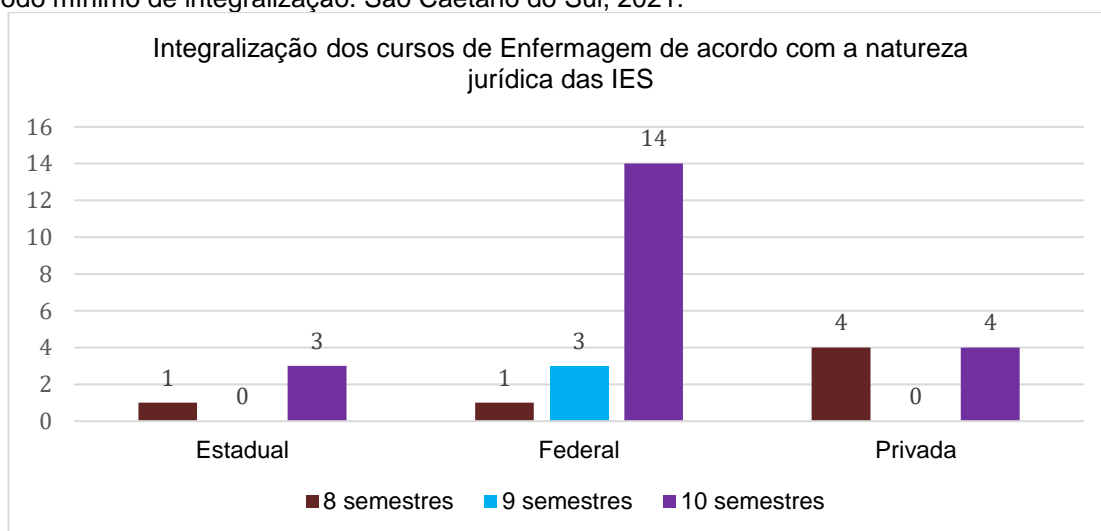
Verificou-se que não foram analisados cursos de Enfermagem na região Norte, havendo prevalência de cursos sediados na região Sudeste (46,7% dos cursos de Enfermagem), seguidos da região Nordeste (30,0%) e da região Sul (16,7%) e da região Centro Oeste (6,6% dos cursos de Enfermagem). Vale ressaltar que apesar de existirem cursos de graduação em Enfermagem sediados na região

Norte, não foram encontrados, no momento da pesquisa, dados disponíveis nos sítios eletrônicos das IES acessadas, que permitissem a análise documental proposta neste estudo.

Quanto à integralização dos cursos, o tempo mínimo para conclusão do curso foi de 8 semestres em 6 IES (20,0% dos cursos de Enfermagem), 9 semestres em 3 IES (10,0%) e 10 semestres em 21 IES (70,0%), observando-se maior prevalência entre os cursos de Enfermagem com integralização mínima em 5 anos.

Analisando a natureza jurídica das 30 IES que sediavam os cursos de Enfermagem em questão, em relação à integralização, a figura 4 aponta o predomínio da duração mínima de 10 semestres nos cursos de Enfermagem de IES federais, enquanto nas IES privadas, há predomínio de cursos com duração mínima de 8 semestres. Dentre as 22 instituições públicas (estaduais e federais), 17 tem duração mínima de 10 semestres (correspondendo a 56,7% do total de cursos de Enfermagem analisados), 3 são integralizadas em 9 semestres (10,0%) e 2 têm duração de 8 semestres (6,7%). Considerando as 8 IES privadas, há uma distribuição equitativa entre os cursos com duração mínima de 10 semestres e 8 semestres (correspondendo a 13,3% do total de cursos de Enfermagem, cada um).

Figura 4 - Cursos de graduação em Enfermagem, distribuídos de acordo com a natureza jurídica e o período mínimo de integralização. São Caetano do Sul, 2021.



Fonte: dados de pesquisa

Foram analisados documentos de 30 Cursos de Graduação em Bacharelado de Enfermagem, sendo que 17 (56,7%) não possuíam a disciplina de Cuidados Paliativos ou temáticas afins em sua grade curricular e 13 (43,3% do total de cursos

de Enfermagem analisados) contemplavam tal disciplina. Considerando a amostra total de cursos analisados (n = 139), o número de cursos de Enfermagem que ofertava disciplinas de CP e afins representa 9,3% da amostra.

O Quadro 2 apresenta as características dos 13 cursos de Graduação em Enfermagem, que possuíam disciplinas de CP e afins, quanto à natureza jurídica da IES, região geopolítica, integralização e modalidade e nome da disciplina. Vale lembrar que para preservar o anonimato da IES, foram atribuídas siglas, de acordo com a região geopolítica em que a IES estava sediada. Por exemplo, a IES-SE 3 constituiu a terceira IES, sediada na região Sudeste (SE), analisada na pesquisa documental. O Quadro 2 contém apenas as IES que ofertavam disciplinas de CP e afins, por isso a numeração das IES não é consecutiva.

Quadro 2 - Distribuição das IES de acordo com a região geopolítica, natureza jurídica, integralização do curso, modalidade e nome da disciplina de CP e afins dos Cursos de Graduação em Enfermagem. São Caetano do Sul, 2021.

<b>Região Geopolítica – Cursos de Enfermagem</b>	<b>Natureza da IES</b>	<b>Integralização mínima do curso</b>	<b>Modalidade da disciplina de CP e afins</b>	<b>Nome da Disciplina</b>
IES-SE 3	Privada	8 semestres	Obrigatória	Cuidados Paliativos
IES-SE 5	Estadual	8 semestres	Optativa	Assistência de Enfermagem em Cuidados Paliativos na Área de Oncologia
IES-SE 10	Privada	10 semestres	Obrigatória	Cuidados Paliativos
IES-SE 11	Federal	10 semestres	Optativa	Cuidados Paliativos
IES-SE 12	Federal	9 semestres	Optativa	Enfermagem Oncológica
IES-NE 2	Federal	10 semestres	Obrigatória	Enfermagem na Atenção à Saúde do Idoso
IES-NE 4	Federal	10 semestres	Optativa	Enfermagem em Oncologia e Avaliação e Controle da dor
IES-NE 5	Federal	10 semestres	Obrigatória	Cuidados Paliativos
IES-NE 7	Federal	10 semestres	Obrigatória	Cuidados Paliativos
IES-CO 2	Federal	10 semestres	Optativa	Morte no Contexto Humano
IES-S 2	Federal	10 semestres	Optativa	Enfermagem em Gerontogeriatría

IES-S 3	Federal	10 semestres	Optativa	Fundamentos para o Cuidar em Enfermagem na Assistência ao Paciente Onco/Hematológico
IES-S 4	Federal	10 semestres	Obrigatória	Assistência de Enfermagem nas Afecções Oncológicas

Fonte: dados de pesquisa

Quanto à caracterização por região geopolítica, os cursos de Enfermagem com disciplinas de CP e afins estavam assim distribuídos: 5 dos 14 cursos analisados na região Sudeste ofertavam disciplinas de CP e afins, 4 dos 9 cursos na região Nordeste, 3 dos 5 cursos analisados na região Sul e 1 dos dois cursos na região Centro Oeste ofertava tal disciplina. Apesar da predominância de cursos de Enfermagem na região Sudeste, observou-se presença de disciplinas de CP e afins em IES de todas as regiões em que os cursos foram analisados.

Considerando a natureza jurídica das IES, o Quadro 2 aponta predomínio de IES públicas, principalmente as IES federais, que ofertavam disciplinas de CP e afins nos cursos de Enfermagem, a saber: 10 das 18 IES federais analisadas apresentavam tal disciplina, 1 das 4 IES estaduais possuíam a disciplina e 2 das 8 IES privadas ofertavam a disciplina. Observando-se a proporção de disciplinas ofertadas em relação à natureza jurídica das IES dos cursos analisados, nota-se que 55,5% (10/18) dos cursos de Enfermagem em IES federais contemplavam a disciplina de CP e afins na matriz curricular, 25% (1/4) das IES estaduais e 25% (2/8) das IES privadas.

Dentre as 13 disciplinas de CP e afins, 6 eram ofertadas na modalidade regular obrigatória, sendo 4 em cursos de IES federais e 2 em cursos de Enfermagem de IES privadas. Já, as 7 disciplinas ofertadas na modalidade optativa/eletiva estavam contempladas em 6 cursos sediados em IES federais e 1 sediada em IES estadual.

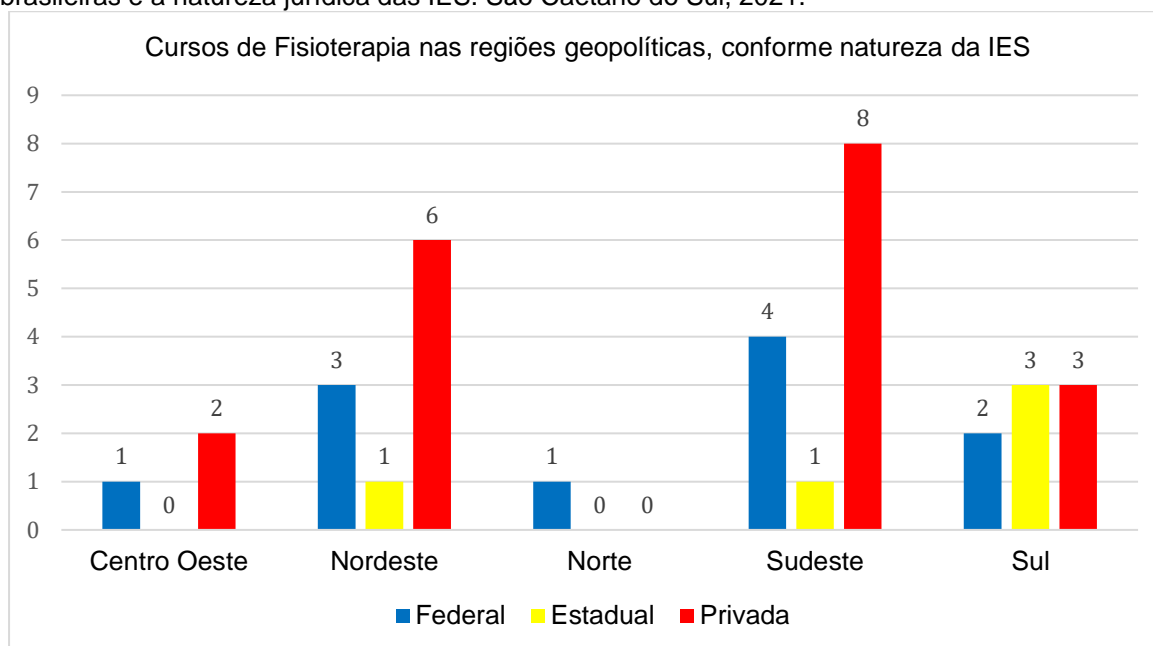
Vale ressaltar que os únicos dois cursos de Enfermagem de IES privadas que ofertavam disciplinas de CP e afins, inseriram-nas em matrizes curriculares na modalidade regular obrigatória, em detrimento à modalidade optativa, contemplando a totalidade de alunos matriculados no semestre em que a disciplina está alocada.

Cuidados Paliativos foi o nome atribuído a 5 das 13 disciplinas encontradas nos cursos de Enfermagem, conforme aponta o Quadro 2. Já em outras 5 disciplinas, a temática de Cuidados Paliativos foi atrelada à oncologia, direcionando essa modalidade de cuidado aos pacientes com câncer (Assistência de Enfermagem em Cuidados Paliativos na Área de Oncologia; Enfermagem Oncológica; Enfermagem em Oncologia e Avaliação e Controle da dor; Fundamentos para o Cuidar em Enfermagem na Assistência ao Paciente Onco/Hematológico; e Assistência de Enfermagem nas Afecções Oncológicas). Os CP foram contemplados em 2 disciplinas direcionadas para a atenção ao paciente idoso (Enfermagem na Atenção à Saúde do Idoso; e Enfermagem em Gerontogeriatría), enfatizando desse modo a atuação de CP apenas na população geriátrica. Finalmente, uma disciplina abordou os cuidados paliativos a partir da morte (Morte no Contexto Humano).

### **6.5 Caracterização dos cursos de bacharelado em Fisioterapia**

Considerando os 139 cursos analisados, 35 (25,2% da amostra) correspondiam à graduação bacharelada em Fisioterapia, distribuídos da seguinte forma quanto à natureza jurídica das IES em que estavam sediados: 5 estaduais (correspondendo a 14,3% do total dos cursos de Fisioterapia), 11 federais (31,4%) e 19 privadas (54,3%). A Figura 5 apresenta a distribuição dos cursos de Fisioterapia, de acordo com a natureza jurídica da IES e a região geopolítica.

Figura 5 - Cursos de bacharelado em Fisioterapia, distribuídos de acordo com as regiões geopolíticas brasileiras e a natureza jurídica das IES. São Caetano do Sul, 2021.



Fonte: dados de pesquisa

Dentre os 35 cursos de Fisioterapia analisados, 13 estavam sediados na região Sudeste (37,1% dos cursos de Fisioterapia), 10 na região Nordeste (28,6%), 8 estavam sediados na região Sul (22,8%), 3 na região Centro Oeste (8,6% dos cursos de Fisioterapia) e 1 na região Norte (2,9%). Diferentemente dos outros cursos analisados no presente estudo, houve predominância de IES privadas em detrimento às IES públicas no curso de Fisioterapia, destacando-se as regiões Sudeste e Nordeste.

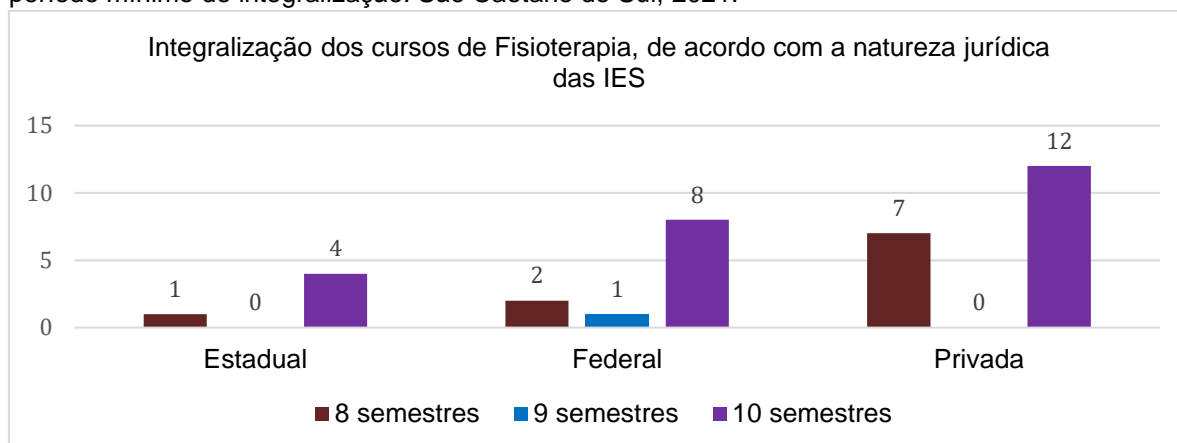
Considerando a integralização do curso de Fisioterapia, o tempo mínimo estabelecido para conclusão do curso foi de 8 semestres em 10 IES (28,6% dos cursos de Fisioterapia), 9 semestres em 1 IES (2,8%) e 10 semestres em 24 IES (68,6%), observando-se maior prevalência entre os cursos de Fisioterapia com integralização mínima em 5 anos.

Analisando a natureza jurídica das 35 IES que sediavam os cursos de Fisioterapia em questão, em relação à integralização, a Figura 6 aponta o predomínio da duração mínima de 10 semestres nas IES das três naturezas jurídicas. Dentre as 16 instituições públicas (estaduais e federais), 12 tinham duração mínima de 10 semestres (correspondendo a 34,3% do total de cursos de Fisioterapia analisados), 1 era integralizada em 9 semestres (2,8%) e 3 tinham duração de 8 semestres (8,6%). Considerando as 19 IES privadas, 12 tinham



duração mínima de 10 semestres (correspondendo a 34,3% do total de cursos de Fisioterapia analisados) e 7 possuíam duração de 8 semestres (20%). Não houve cursos com duração mínima de 9 semestres nas IES privadas e nas IES estaduais analisadas neste estudo.

Figura 6 - Cursos de graduação em Fisioterapia, distribuídos de acordo com a natureza jurídica e o período mínimo de integralização. São Caetano do Sul, 2021.



Fonte: dados de pesquisa

Foram analisados documentos de 35 cursos de Graduação em Bacharelado de Fisioterapia, sendo que 26 (74,3%) não possuíam a disciplina de Cuidados Paliativos ou temáticas afins em sua grade curricular e 9 (25,7% do total de cursos de Fisioterapia analisados) contemplavam disciplinas de CP e afins. Considerando a amostra total de cursos analisados ( $n = 139$ ), o número de cursos de Fisioterapia que ofertava disciplinas de CP e afins representa 6,5% da amostra.

O Quadro 3 apresenta as características dos 9 cursos de Graduação em Fisioterapia, que possuíam disciplinas de CP e afins, quanto à natureza jurídica da IES, região geopolítica, integralização do curso, modalidade e nome da disciplina. Vale lembrar que para preservar o anonimato da IES, foram atribuídas siglas, de acordo com a região geopolítica em que a IES está sediada. O Quadro 3 contém apenas as IES que ofertavam disciplinas de CP e afins, por isso a numeração das IES não é consecutiva.

Quadro 3- Distribuição das IES de acordo com a região geopolítica, natureza jurídica, integralização do curso, modalidade e nome da disciplina de Cuidados CP e afins nos Cursos de Graduação em Fisioterapia. São Caetano do Sul, 2021.

<b>Região Geopolítica – Fisioterapia</b>	<b>Natureza da IES</b>	<b>Integralização mínima do curso</b>	<b>Modalidade da disciplina CP e afins</b>	<b>Nome da disciplina</b>
IES-SE 21	Federal	10	Obrigatória	Fisioterapia em saúde da mulher II
IES-SE 29	Privada	10	Obrigatória	Fisioterapia em Oncologia e Cuidados Paliativos
IES-SE 30	Federal	10	Optativa	Saúde mental, violência e morte
IES-SE 31	Privada	8	Obrigatória	Fundamentos de fisioterapia oncológica
IES-SE 32	Privada	10	Obrigatória	Fisioterapia Oncofuncional
IES-SE 33	Estadual	10	Optativa	Dor e Cuidados Paliativos – Medidas conservadoras não farmacológicas
IES-NE 4	Federal	10	Optativa	Cuidados Paliativos
IES-NE 6	Privada	10	Optativa	Tanatologia
IES-NE 16	Privada	10	Obrigatória	Fisioterapia em Oncologia e Cuidados Paliativos

Fonte: dados de pesquisa

O Quadro 3 aponta a concentração dos cursos de Fisioterapia que ofertavam disciplinas de CP e afins nas regiões Sudeste, que sediava 6 dos 9 cursos de Fisioterapia com tais disciplinas e na região Nordeste, que sediava 3 cursos. Apesar do número absoluto de cursos de Fisioterapia ser superior ao de Enfermagem, não foram encontradas disciplinas de CP e afins nos cursos de Fisioterapia sediados nas regiões Norte, Sul e Centro Oeste, diferentemente dos cursos de Enfermagem, em que todas as regiões analisadas sediavam cursos com tais disciplinas.

Considerando a natureza jurídica das IES dos cursos de Fisioterapia que ofertavam disciplinas de CP e afins, verificou-se que 5 das 19 IES privadas analisadas apresentavam tal disciplina, 1 das 5 instituições estaduais possuíam a disciplina e 3 das 11 IES federais ofertavam disciplinas de CP e afins. Observando-se a proporção de disciplinas ofertadas em relação à natureza jurídica das IES dos cursos analisados, nota-se que 26,3% (5/19) dos cursos de Fisioterapia em IES privadas contemplavam a disciplina de CP e afins na matriz curricular, 20% das IES estaduais (1/5) e 27,3% (3/11) das IES federais.

Quanto ao tempo mínimo para integralização do curso, o Quadro 3 aponta que 8 dos 9 cursos de Fisioterapia que ofertavam disciplinas de CP e afins possuíam

duração mínima de 10 semestres e apenas 1 curso era integralizado em 8 semestres.

Dentre as 9 disciplinas de CP e afins, 5 eram ofertadas na modalidade regular obrigatória, sendo 4 em cursos de IES privadas e 1 em curso de Fisioterapia de IES federal. Já as 4 disciplinas ofertadas na modalidade optativa/eletiva estavam contempladas em 2 cursos sediados em IES federais, 1 sediada em IES estadual e 1 sediada em IES privada.

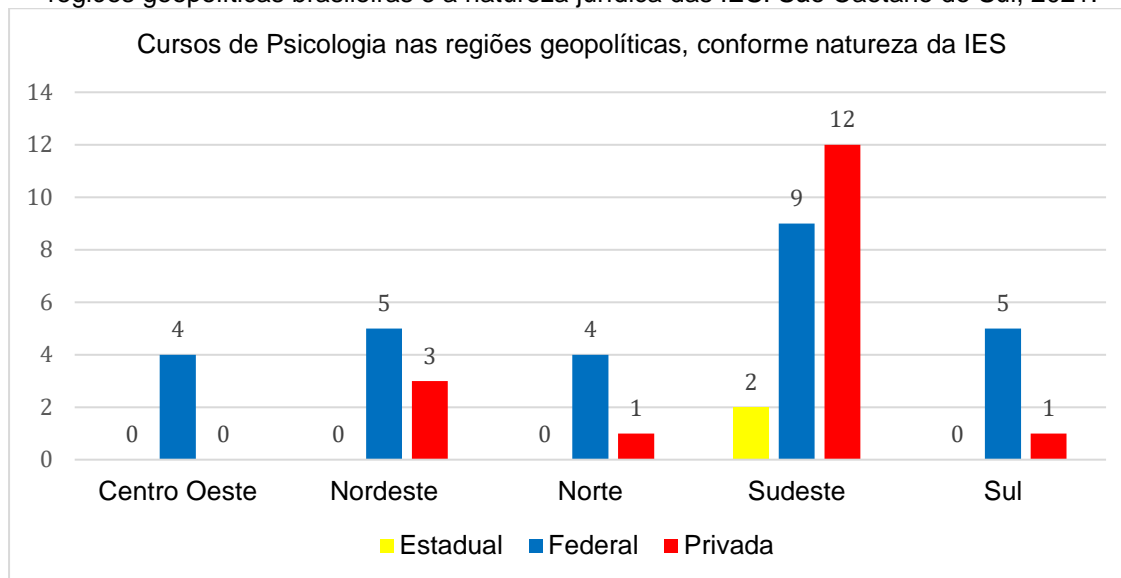
Quando analisadas frente ao total de disciplinas regulares ( $n = 14$ ), as 5 encontradas no Curso de Graduação em Fisioterapia correspondem a 35,7% e as 4 optativas representam 15,4% de um total de 26 disciplinas optativas.

Observando o Quadro 3, nota-se que o termo CP aparece em 4 das 9 disciplinas. A temática de Cuidados Paliativos foi atrelada à oncologia em 4 disciplinas, direcionando essa modalidade de cuidado aos pacientes com câncer (Fisioterapia em Oncologia e Cuidados Paliativos; Fundamentos de fisioterapia oncológica; Fisioterapia Oncofuncional; Fisioterapia em Oncologia e Cuidados Paliativos). Os CP foram contemplados em 2 disciplinas (Cuidados Paliativos; Dor e Cuidados Paliativos – Medidas conservadoras não farmacológicas). Outras duas disciplinas abordaram a temática da morte (Tanatologia; Saúde mental, violência e morte). Em outro curso, a temática de CP foi abordada como conteúdo da disciplina Fisioterapia em saúde da mulher II.

## **6.6 Caracterização dos cursos de bacharelado em Psicologia**

Considerando os 139 cursos analisados, 46 (33,1% da amostra) correspondiam à graduação bacharelada em Psicologia, distribuídos da seguinte forma quanto à natureza jurídica das IES em que estavam sediados: 2 estaduais (correspondendo a 4,3% do total dos cursos de Psicologia), 27 federais (58,7%) e 17 privadas (37,0%). Observa-se predomínio das IES públicas (63%) em detrimento às privadas. A Figura 7 apresenta a distribuição dos cursos de Psicologia, de acordo com a natureza jurídica da IES e a região geopolítica.

Figura 7 -- Cursos de graduação bacharelada em Psicologia, distribuídos de acordo com as regiões geopolíticas brasileiras e a natureza jurídica das IES. São Caetano do Sul, 2021.



Fonte: dados de pesquisa

A Figura 7 mostra a prevalência de cursos sediados na região Sudeste (50,0% dos cursos de Psicologia), seguidos da região Nordeste (17,4%), da região Sul (13,0%), da região Norte (10,9%) e da região Centro Oeste (8,7 % dos cursos de Psicologia). Excetuando-se a região Sudeste, houve prevalência das IES públicas analisadas, em detrimento às IES privadas nas outras quatro regiões geopolíticas brasileiras.

Todos os cursos de Psicologia analisados possuíam tempo mínimo de 10 semestres para integralização do curso, independentemente da natureza jurídica das IES e da região geopolítica.

Dentre os 46 cursos de Graduação em Bacharelado de Psicologia, 28 (60,9%) não possuíam a disciplina de Cuidados Paliativos ou temáticas afins em sua grade curricular e 18 (39,1% do total de cursos de Psicologia analisados) contemplavam tal disciplina. Considerando a amostra total de cursos analisados ( $n = 139$ ), o número de cursos de Psicologia que ofertava disciplinas de CP e afins representa 12,9% da amostra.

O Quadro 4 apresenta as características dos 18 cursos de Graduação em Psicologia, que possuíam disciplinas de CP e afins, quanto à natureza jurídica da IES, região geopolítica, integralização e modalidade e nome da disciplina. O Quadro 4 contém apenas as IES que ofertavam disciplinas de CP e afins, por isso a numeração das IES não é consecutiva.

Quanto à caracterização por região geopolítica, os cursos de Psicologia com disciplinas de CP e afins estavam assim distribuídos: 9 dos 23 cursos analisados na região Sudeste ofertavam disciplinas de CP e afins, 4 dos 8 cursos na região Nordeste, 3 dos 6 cursos analisados na região Sul, 1 dos 5 cursos na região Norte e 1 dos 4 cursos na região Centro Oeste ofertavam tal disciplina. Apesar da predominância de cursos de Psicologia na região Sudeste, observou-se presença de disciplinas de CP e afins em IES de todas as regiões geopolíticas em que os cursos foram analisados.

Quadro 4 - Distribuição das IES de acordo com a região geopolítica, natureza jurídica, integralização do curso, modalidade e nome da disciplina de Cuidados CP e afins nos Cursos de Graduação em Psicologia. São Caetano do Sul, 2021.

<b>Região geopolítica - IES Psicologia</b>	<b>Natureza da IES</b>	<b>Integralização mínima do curso</b>	<b>Modalidade da disciplina de CP e afins</b>	<b>Nome da disciplina</b>
IES-SE 4	Privada	10 semestres	Obrigatória	Psicologia da vida adulta e velhice
IES-SE 5	Estadual	10 semestres	Obrigatória	Psicologia da Morte
IES-SE 10	Privada	10 semestres	Obrigatória	Maturidade, Envelhecimento e Morte
IES-SE 21	Federal	10 semestres	Optativa	Tanatologia
IES-SE 28	Federal	10 semestres	Optativa	Idade Avançada
IES-SE 41	Federal	10 semestres	Optativa	Psicologia Hospitalar
IES-SE 43	Federal	10 semestres	Optativa	Tanatologia
IES-SE 44	Estadual	10 semestres	Optativa	Psicologia da Morte
IES-SE 46	Privada	10 semestres	Optativa	Cuidados Paliativos
IES-NE 19	Federal	10 semestres	Optativa	Psicologia do Envelhecimento
IES-NE 20	Privada	10 semestres	Optativa	Tanatologia
IES-NE 22	Federal	10 semestres	Optativa	Psicologia e Processo de Envelhecimento
IES-NE 23	Federal	10 semestres	Optativa	Psicologia do adoecimento e da morte
IES-N 3	Federal	10 semestres	Optativa	Tanatologia
IES-CO 8	Federal	10 semestres	Optativa	Psicologia da Morte
IES-S 2	Federal	10 semestres	Optativa	Psicologia da Morte
IES-S 3	Federal	10 semestres	Optativa	Psicologia do Luto
IES-S 16	Privada	10 semestres	Optativa	Psicologia do Luto

Fonte: dados de pesquisa

Considerando a natureza jurídica das IES, o Quadro 4 aponta predomínio de IES públicas, principalmente as IES federais, que ofertavam disciplinas de CP e afins nos cursos de Psicologia, a saber: 11 das 27 IES federais analisadas

apresentavam tal disciplina, as duas únicas IES estaduais analisadas possuíam a disciplina e 5 das 17 IES privadas ofertavam a disciplina. Observando-se a proporção de disciplinas ofertadas em relação à natureza jurídica das IES dos cursos analisados, nota-se que 40,7% (11/27) dos cursos de Psicologia em IES federais contemplavam a disciplina de CP e afins na matriz curricular, 100% (2/2) das IES estaduais e 29,4% (5/17) das IES privadas.

Dentre as 18 disciplinas de CP e afins, ministradas em cursos de graduação em Psicologia, 3 (16,7%) grades curriculares ofertavam disciplinas regulares e 15 (83,3% do total de disciplinas de CP e afins) correspondiam a disciplinas optativas. Considerando as 3 disciplinas ofertadas na modalidade regular obrigatória, 2 situam-se em cursos de IES privadas e 1 em curso de Psicologia de IES estadual. Já as 15 disciplinas ofertadas na modalidade optativa/eletiva estavam contempladas em 11 cursos sediados em IES federais, 3 em IES privadas e 1 sediada em IES estadual.

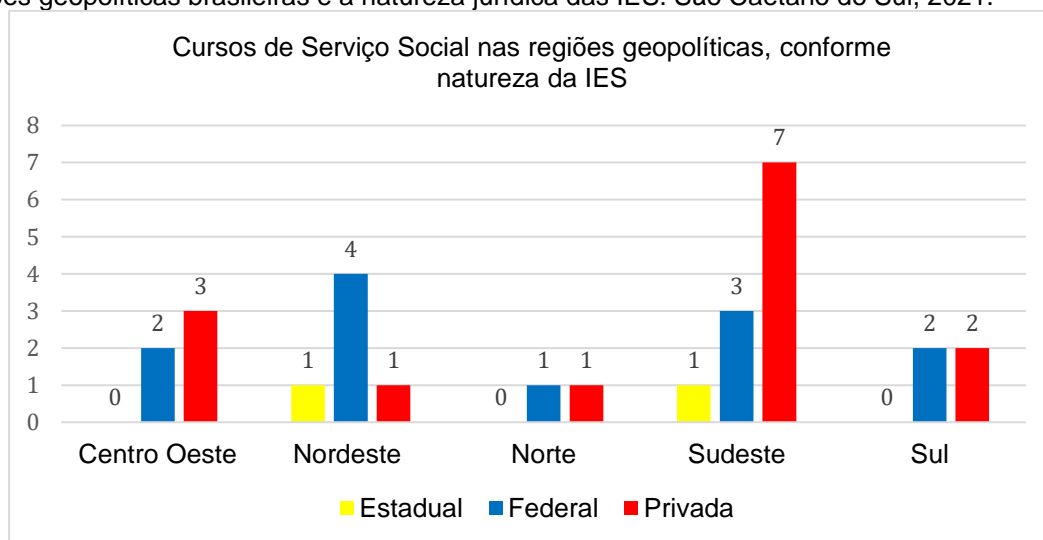
Tanatologia foi o nome atribuído a 4 das 18 disciplinas encontradas nos cursos de Psicologia, conforme aponta o Quadro 4. A temática da Psicologia da morte foi abordada em outras 5 disciplinas. Observou-se, ainda, que em 5 disciplinas, as temáticas de Cuidados Paliativos e Tanatologia foram atreladas ao envelhecimento, direcionando essa modalidade de cuidado, bem como a finitude à velhice (Psicologia da vida adulta e velhice; Idade Avançada; Maturidade, Envelhecimento e Morte; Psicologia do Envelhecimento; Psicologia e Processo de Envelhecimento). Duas disciplinas abordaram especificamente a temática do luto (Psicologia do Luto). Uma disciplina foi nomeada CP e uma outra disciplina tratava do assunto direcionando-o ao contexto hospitalar (Psicologia Hospitalar).

## **6.7 Caracterização dos cursos de bacharelado em Serviço Social**

No presente estudo, foram pesquisadas 64 IES que ofertam o Curso de Graduação em Serviço Social, no entanto, seguindo os critérios de exclusão, foram desconsideradas as IES que não disponibilizavam no site, os documentos necessários para a análise da matriz curricular. Desse modo, a amostra para esse curso foi de 28 IES.

Considerando os 139 cursos analisados, 28 (20,1% da amostra) correspondiam à graduação bacharelada em Serviço Social, distribuídos da seguinte forma quanto à natureza jurídica das IES em que estavam sediados: 2 estaduais (correspondendo a 7,1% do total dos cursos de Serviço Social), 12 federais (42,8%) e 14 privadas (50,0%). Observa-se que a quantidade de IES públicas e de IES privadas analisadas foi semelhante (50,0% cada uma). A Figura 8 apresenta a distribuição dos cursos de Serviço Social, de acordo com a natureza jurídica da IES e a região geopolítica.

Figura 8 - Cursos de graduação bacharelada em Serviço Social, distribuídos de acordo com as regiões geopolíticas brasileiras e a natureza jurídica das IES. São Caetano do Sul, 2021.

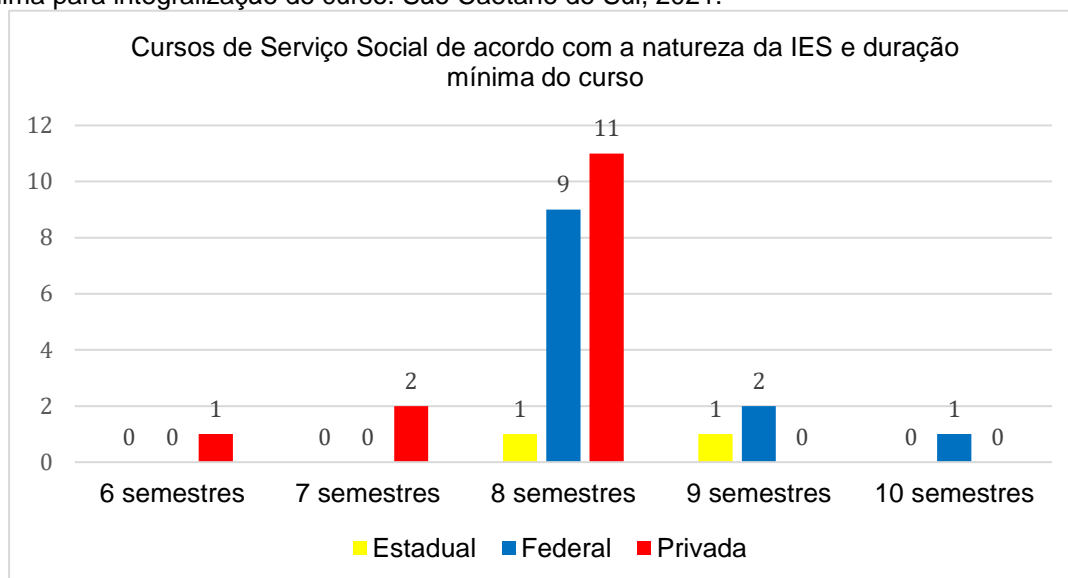


Fonte: dados de pesquisa

Observou-se predomínio de IES analisadas para o curso de Serviço Social na região Sudeste (39,3%), seguida de 7 (25,0%) na região nordeste, 5 (17,9%) na região sul, 3 (10,7%) na região centro oeste e 2 (7,1%) localizadas na região norte, conforme mostra a Figura 8.

Assim como nos cursos de Fisioterapia e Psicologia, no curso de Serviço Social foi possível analisar cursos de IES localizados nas cinco regiões brasileiras. Quanto ao tempo mínimo para integralização, houve variabilidade entre 6 a 10 semestres, conforme aponta a Figura 9.

Figura 9 - Distribuição dos cursos de Serviço Social, conforme a natureza jurídica da IES e duração mínima para integralização do curso. São Caetano do Sul, 2021.



Fonte: dados de pesquisa

Observa-se, na Figura 9, predominância de cursos de Serviço Social com duração mínima de 8 semestres (21 dos 28 cursos analisados, correspondendo a 75,0% desses cursos). Cursos com tempo de integralização mais longo foram encontrados em IES públicas, sendo 3 com duração mínima de 9 semestres (10,7%) e 1 com duração mínima de 10 semestres (3,6%). Por outro lado, os cursos com duração mais curta foram concentrados nas IES privadas, sendo 2 com integralização mínima de 7 semestres (7,1%) e 1 com duração mínima de 6 semestres (3,6%).

Dentre as 28 IES analisadas, que ofertavam o Curso de Graduação em Serviço Social, nenhuma das grades curriculares, projetos pedagógicos ou planos de disciplinas disponíveis dos referidos cursos, havia alocação de disciplinas obrigatórias ou eletivas/optativas que abordassem a temática de CP e afins. Essa situação ocorreu inclusive nas IES que ofertavam cursos com maior período de integralização, ou seja, a duração mínima do curso não interferiu na oferta de disciplinas de CP e afins, na amostra estudada.

Percebe-se, com esses resultados, que existe uma lacuna no processo de ensino-aprendizagem dos profissionais enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais no contexto do ensinamento dos CP. De acordo com o referencial teórico, as DCN apresentadas para cada um dos cursos de graduação, aqui citados, permite que as IES construam seus projetos políticos pedagógicos



com autonomia de acordo com as realidades regionais, e que devem estar alinhados com as políticas públicas de saúde, lembrando que os cuidados paliativos fazem parte dessas políticas.

## 7 DISCUSSÃO

A prevalência de IES públicas analisadas no presente estudo pode ser justificada pela maior disponibilidade de dados nas universidades públicas em detrimento às privadas, em virtude das leis vigentes no país, que preconizam a transparência e a obrigatoriedade da divulgação das informações.

Além disso, nas últimas décadas vêm ocorrendo um incremento no número de IES federais, que por natureza jurídica, são públicas. O decreto federal nº 6.096, de 24 de abril de 2007, criou o Programa de Apoio aos Planos de Expansão e Reestruturação das Universidades federais – REUNI, com o principal escopo de proporcionar condições para ampliação do acesso e permanência do aluno no ensino superior, assim como a otimização da estrutura física e dos recursos humanos das universidades federais. Foi proposta a elevação gradual da taxa dos cursos presenciais de 72% para 90%, e do aumento da relação professor/aluno de dez para dezoito alunos por professor nos cursos presenciais, no prazo de cinco anos, a partir da vigência de cada plano, e do aumento médio das matrículas em 20% (BRASIL, 2007).

A predominância de disciplinas de CP e afins ofertadas na modalidade optativa/eletiva nas universidades públicas, pode ser justificada em virtude da maior flexibilidade de carga horária e maior possibilidade de oferta de disciplinas optativas, também por haver maior disponibilidade de docentes para ministrar as disciplinas, considerando que geralmente os docentes das IES públicas trabalham sob o regime integral, não havendo ônus para a instituição mediante a oferta de disciplinas optativas (SILVA; FREITAS; LINS, 2013).

Cruz *et al.* (2016) afirmam que ainda com pequeno crescimento, há uma oferta de cuidados paliativos no Brasil. Contudo, as universidades, cursos de graduação e pós-graduação devem apresentar em suas grades curriculares disciplinas que abordem essa temática.

As neoplasias são consideradas como um relevante problema de saúde pública, e se associarmos à estimativa do diagnóstico tardio, o prognóstico pode ser ruim, elevando o número de óbitos no Brasil, sendo essa uma questão que assola alguns locais no país. Nessa perspectiva, a intervenção em CP abre precedentes a uma modalidade a ser implementada pela equipe multiprofissional, e sendo o

enfermeiro o profissional que está ligado diretamente à frente dos cuidados que visam estratégias que viabilizam a prática assistencial direta a esses pacientes e seus familiares, cabe a ele utilizar suas habilidades para promover alívio ao processo de sofrimento (ALVES et al., 2017; FERNANDES, 2013).

Devido à importância da disciplina de “Cuidados Paliativos”, ocorre a tendência, ainda que lenta e gradual, de mudanças nas grades curriculares nas instituições de ensino formadoras de profissionais da saúde, principalmente a enfermagem, com a inserção da humanização. Essa alteração promove a busca pela ampliação do ensino voltado aos Cuidados Paliativos (OLIVEIRA; FERREIRA; REZENDE, 2013).

Alves (2016) realizou a análise documental das matrizes curriculares e dos projetos político pedagógicos (PPP) de 49 IES que ofertavam curso de graduação bacharelado em enfermagem no Brasil. O autor verificou que 59,2% não ofertavam a temática de CP e afins em disciplinas obrigatórias ou optativas, corroborando o presente estudo, em que houve porcentagem muito semelhante de IES (57%). Nota-se ausência de avanço no processo de alteração das DCN e conseqüentemente nos PPP nos últimos quatro anos, período de intervalo entre as investigações.

Alves (2016) observou uma distribuição desigual dessas disciplinas nos cursos sediados nas diferentes regiões do país. Por exemplo, não houve IES na região norte que ofertasse a disciplina em qualquer formato, ou seja, à época da coleta de dados, nenhuma das IES estudadas da região norte ensinava CP para seus graduandos em enfermagem, corroborando o presente estudo, em que não foi possível analisar cursos de bacharelado em enfermagem sediados em IES na região norte do país. Ainda que venha ocorrendo a expansão do acesso ao ensino superior, há carência na formação de CP. Desse modo, há que se questionar: como é tratado na região norte o paciente que necessita de CP? Como é o processo de morte e finitude para o morador da região norte do Brasil? Como e por quem é cuidado? Essas indagações podem, inclusive, fomentar o desenvolvimento de novas pesquisas sobre a temática.

Alves (2016) demonstrou a importância e a urgência da revisão das DCN do curso de Enfermagem e de se inserir nesse documento a obrigatoriedade de inclusão de disciplina que aborde especificamente a temática de CP “com objetivos claros, realísticos, mensuráveis e coerentes”, advertindo que toda a família deve ser

incluída na atenção ao paciente submetido aos CP, assim como preconizam Machado; Pessini; Hossne (2007).

A falta de disciplinas teóricas curriculares nas instituições de ensino resulta em dificuldades no aprendizado sobre Cuidados Paliativos. A criação de disciplina como optativa é apenas uma alternativa para complementar essa defasagem, porém não consegue abranger e gerar interesse sobre o tema para todos os alunos de graduação, corroborando Figueiredo (2006).

Ainda que as DCN valorizem em seu texto alguns dos princípios dos cuidados paliativos, por se tratar de um documento norteador para criação e normatização dos cursos de graduação em enfermagem, esperava-se que houvesse orientações explícitas e específicas a respeito da necessidade e até mesmo da obrigatoriedade de inserção de disciplinas que abordem diretamente essas temáticas, e não apenas que fossem apresentadas ao discente como parte de uma disciplina, que em geral, não é suficiente para gerar conhecimento e aprendizagem.

Somente assim, é possível garantir, aos pacientes em final de vida e a seus familiares, que o processo de morrer ocorra com todos os direitos assegurados (COSTA; POLES; SILVA, 2016).

A falta de preparo dos profissionais da área da saúde para enfrentar situações de comunicação e suporte aos pacientes em fase final de vida leva a um grande prejuízo na relação profissional de saúde-paciente (COSTA; POLES; SILVA, 2016).

O aprofundamento e a aderência de competências voltadas aos CP constituem uma demanda necessária, considerando a taxa exponencial de pessoas com doenças que ameaçam a continuidade da vida com qualidade, sendo preciso cuidados que estendam sua abrangência ao controle de sintomas apresentados, a assistência psicossocial e a atenção devida aos seus familiares próximos (CALDAS; MOREIRA; VILAR, 2018).

Segundo Figueiredo (2006), as universidades que ofertam cursos de graduação e pós-graduação deveriam ter em suas grades, disciplinas obrigatórias que abordem a temática dos Cuidados Paliativos para o discente. No entanto, isso não acontece, e na maioria dos casos a experiência é promovida apenas na prática, o que dificulta o trabalho de equipes médicas de uma maneira geral. Muitos médicos e outros profissionais de saúde ainda se sentem receosos ao tratar do assunto,

tendo em vista que podem ser mal interpretados, ou confundidos com praticantes de eutanásia, situação essa corroborada por Machado; Pessini; Hossne (2007).

O presente estudo corrobora Figueiredo (2006), reforçando a apresentação optativa da temática e agravando ainda mais a aquisição de competências profissionais para atuação em CP, para comunicar más notícias, para lidar com a morte e a finitude.

Malta; Rodrigues; Priolli (2018) realizaram um estudo de coorte para comparar o comportamento de graduandos de um curso de Medicina diante da morte e do processo de morrer, a partir do contato teórico e/ou prático com a disciplina de CP durante sua formação médica, por meio da aplicação de questionários de Tanatofobia e Autoeficácia em CP. Os autores referiram que há diminuição da ansiedade vinculada à prática profissional a partir da reflexão teórica ( $p < 0,05$ ). Ora, sabemos que ao debruçar-se em leituras, debates, discussões de caso e outras metodologias de ensino em sala de aula, o aluno é oportunizado a refletir a respeito da temática, de seu modo de pensar e de produzir cuidado em saúde, reforçando a importância do oferecimento obrigatório da disciplina nas grades curriculares dos cursos de graduação da área da saúde.

Do mesmo modo, o grupo que recebeu capacitação teórica e prática associada às competências para comunicação e multidisciplinaridade em CP apresentou melhor desempenho em relação aos grupos que vivenciaram somente atividades teóricas ou somente aprendizado em serviço ( $p < 0,05$ ). Os autores concluíram que a disciplina auxilia no enfrentamento de medos ocasionados pela eminência da morte, diminuindo a ansiedade do aluno quando se trata de CP, principalmente no que se refere à comunicação de más notícias (MALTA; RODRIGUES; PRIOLLI, 2018), corroborando Freire (2016) e Delors (2003) no relatório da UNESCO, que preconiza os pilares da educação, a saber: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser.

Simão *et al.* (2010, p. 360) descrevem que desde 1990 a área da saúde tem incorporado o Assistente Social na equipe de saúde, cabendo a esses profissionais importantes papéis, como a comunicação dos processos de alta, transferências, óbitos, resultados de exames, dentre outros, atuando inclusive nas equipes de saúde que gerenciam os CP. Porém, salientam que esses profissionais enfrentam grandes desafios ao acessar o mercado de trabalho, pois, de acordo com os autores, no processo de ensino-aprendizagem há um déficit sobre a abordagem de

CP, não os preparando para lidar com “doenças terminais e morte”, mas, a formação promove o desenvolvimento de competências e habilidades como a “capacidade de escuta e de entendimento de questões objetivas e subjetivas envolvidas nas situações que atendem”.

Em seu estudo Côbo *et al.* (2019, p. 230) identificaram três situações que contextualizam a formação dos profissionais da equipe multidisciplinar que atuam com a abordagem dos CP: 1) foi percebido que os profissionais entrevistados apresentaram um déficit no conhecimento teórico e nas políticas públicas de saúde para a abordagem dos CP; 2) algumas categorias profissionais apresentaram maior conhecimento que outras, mas, foi evidente que no contexto da entrevista, alguns profissionais não conseguiram responder às questões relacionadas aos “cuidados específicos, integrais e amplos como os propostos pelos CP” e; 3) as unidades de saúde, locais de atuação desses profissionais entrevistados, possuem estreita relação com a IES.

Frente a esses dados, Côbo *et al.* (2019) afirmam que essa deficiência no processo de formação dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar pode repercutir, de forma direta, na qualidade da assistência prestada ao paciente/família que se encontra em CP, pois, muitos construíram suas percepções, crenças e valores relacionados aos CP a partir de uma vivência prática, mas, não adquirida por conhecimento científico advindo da sua formação. Conforme os autores, existe uma lacuna que distancia a teoria (ciência) da prática, mesmo quando há uma relação entre os entes envolvidos, tal qual evidenciado entre a instituição de saúde e a de ensino.

Para Côbo *et al.* (2019), essa é uma problemática que impõe diversos desafios a serem enfrentados como a falta de conhecimento específico dos profissionais de saúde sobre CP que inviabilizam a prática de todas as ações preconizadas de acordo com a Política Nacional de Cuidados Paliativos, adequação de recursos, efetivação do processo de comunicação, que também implica no acolhimento, na efetivação do vínculo e estabelecimento de limites e corresponsabilização do cuidado, bem como na transmissão efetiva de informações, dentre outros.

Nos últimos anos, os CP vêm se destacando gradualmente nas grandes áreas voltadas para a saúde, embora esteja sendo oferecido de forma fragmentada ou em disciplinas optativas. Sem a devida padronização formal dos conteúdos a

serem abordados, a disciplina é transmitida de forma insuficiente, impedindo a aquisição pelo estudante de conhecimentos minimamente necessários e adequados para desenvolver competências e habilidades no âmbito profissional (TOLEDO, 2012).

Uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros profissionais da área de saúde, tem a responsabilidade de proporcionar o melhor cuidado para o paciente, capacitados para lidar adequadamente com os medos, angústias e sofrimentos do paciente e da família que estão constantemente presentes, agindo com respeito e ética frente à realidade da finitude humana e às necessidades do indivíduo doente (MACHADO; PESSINI; HOSSNE, 2007).

A equipe multiprofissional tem o objetivo principal de unir esforços para oferecer um cuidado o mais abrangente e completo possível, aplicando todos os recursos diagnósticos necessários para a melhor compreensão e manejo dos sintomas, apresentando sempre o foco da melhora da qualidade de vida que pode influenciar positivamente no modo como o paciente lida com as questões relacionadas ao processo de adoecer (ANCP, 2007; JUVER, 2007; SOUZA; CARPIGIANI, 2010).

Desse modo questiona-se: se não há formação em CP e finitude, como os enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais chegam ao mercado de trabalho e como desfrutam de condições para atuarem em unidades de CP ou até mesmo de implementarem serviços de CP em equipamentos de saúde nas várias esferas de atenção à saúde? Essas indagações fundamentam um dos objetivos específicos do presente estudo, que é a elaboração de um guia de orientações sobre o manejo dos CP para profissionais de saúde.

Similarmente, Duarte; Almeida; Popim (2015) corroboram o presente e os demais estudos, afirmando que o ensino de Cuidados Paliativos é pouco abordado no currículo da graduação dos profissionais de saúde. Assim, para que os futuros profissionais apresentem uma visão humanística acerca das necessidades dos pacientes fora de possibilidades da melhora clínica, é necessário que ocorra uma modificação no currículo dos cursos de graduação, priorizando conteúdo específico sobre CP.

Ainda, a disciplina de CP se faz necessária, em que se pese proporcionar a inclusão da cultura na discussão entre indivíduo e sociedade, possibilitando que o

aluno consiga compreender adequadamente a relevância da cultura nos modos de vida, e como ela pode determinar as práticas de cuidado em saúde. Deve-se estimular, cada vez mais, o ensino teórico e prático na grade curricular da área da saúde sobre CP, além de incentivar pesquisas científicas que promovam o aprimoramento dessa formação (PORTES; MÁXIMO, 2010).

A partir dos resultados obtidos na presente pesquisa, que indicaram a deficiência na formação profissional das áreas analisadas, o que traz repercussões diretas no desenvolvimento de competências e habilidades para que o profissional avalie, indique, trate e acompanhe o paciente sob Cuidados Paliativos, foi proposto como produto desta dissertação, a elaboração de um material educativo sobre a temática, direcionado à equipe de profissionais do Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos, local onde a autora exerce suas funções laborais como enfermeira e como membro da Comissão de Cuidados Paliativos do referido hospital.



## 8 PRODUTO

O Programa de Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde, Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), propõe o desenvolvimento de competências baseado nos principais problemas identificados na formação de profissionais de saúde, que segundo a USCS podem estar associados à:

falta de articulação entre ensino e serviço, ausência de formação pedagógica junto aos preceptores, desmotivação dos estudantes com o cenário de prática atenção primária, resistência dos docentes à utilização de metodologias ativas de ensino aprendizagem em currículo integrado e necessidade da reformulação dos programas à luz das propostas das recentes Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da saúde (USCS, 2020).

Fundamentado nessa informação e guiado pela escolha da Linha de Pesquisa 2- *Ensino em Saúde nos Contextos de Prática do SUS*, o Produto, sendo um dos requisitos do Programa de Mestrado Profissional, se justifica mediante a necessidade de promover maior conhecimento sobre a atuação dos profissionais de saúde no manejo dos Cuidados Paliativos.

Os resultados obtidos na realização da Dissertação apontaram escassez da oferta de disciplinas, principalmente na modalidade regular, que abordem especificamente a temática de Cuidados Paliativos, da Tanatologia e da finitude, nos cursos de graduação em enfermagem, fisioterapia, psicologia e serviço social. Tal deficiência na formação do profissional pode gerar repercussões diretas no despreparo para lidar com a morte de pacientes e de instituir práticas de cuidados paliativos em serviços de atenção à saúde.

Essa irregularidade na formação dos profissionais de saúde, evidenciada por este estudo, motivou a elaboração de uma proposta de intervenção na Prática de Educação Permanente, uma vez que a pesquisadora trabalha em uma Instituição de Saúde (IS), atuando na área assistencial e como membro da Comissão de Cuidados Paliativos, recentemente implantada na IS.

Os CP abrangem um caráter interdisciplinar, o que envolve diferentes profissionais e suas variadas competências na prestação de serviços ao paciente (ALVES, 2016). Dessa forma, o produto elaborado em formato de “Guia de Orientação”, foi construído com base nos resultados da pesquisa (Dissertação),

tendo como referencial teórico a Política Nacional de Cuidados Paliativos (BRASIL, 2018) as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 2001c, 2011d), Fisioterapia (BRASIL, 2002a), Psicologia (BRASIL, 2001b, 2004, 2004a) e Serviço Social (BRASIL, 2001e, 2002b), bem como se buscou na literatura, as DCN para os Cursos de Graduação em Medicina, Nutrição, Fonoaudiologia, Farmácia e Terapia Ocupacional, que são as áreas da saúde que não foram contempladas na pesquisa, porém, foram incluídas ao “Guia de Orientação”, por se entender que esses profissionais fazem parte da equipe multidisciplinar para abordagem adequada dos Cuidados Paliativos.

O Produto intitulado “Guia de Orientações para Profissionais de Saúde no Manejo dos Cuidados Paliativos em Ambiente Hospitalar” está estruturado em quatro capítulos e seus subtítulos:

- *Capítulo 1 – Contextualização dos Cuidados Paliativos*
  - *Histórico dos Cuidados Paliativos*
  - *Desmistificação dos cuidados paliativos x eutanásia*
  - *Bases Fundamentais da Política Nacional de Cuidados Paliativos*
  - *Atribuições da Comissão de Cuidados Paliativos*
  - *Organização, elegibilidade e fluxo para atendimento de pacientes em Cuidados Paliativos*
- *Capítulo 2 – Competências e Atuação dos Profissionais em Cuidados Paliativos*
  - *Multi e Interdisciplinaridade nas Ações de Cuidados Paliativos*
  - *Competências e Atuação dos Médicos em Cuidados Paliativos*
  - *Competências e Atuação dos Enfermeiros em Cuidados Paliativos*
  - *Competências e Atuação dos Fisioterapeutas em Cuidados Paliativos*
  - *Competências e Atuação dos Assistentes Sociais em Cuidados Paliativos*
  - *Competências e Atuação dos Psicólogos em Cuidados Paliativos*
  - *Competências e Atuação dos Nutricionistas em Cuidados Paliativos*
  - *Competências e Atuação dos Farmacêuticos em Cuidados Paliativos*
  - *Competências e Atuação dos Fonoaudiólogos em Cuidados Paliativos*

- *Competências e Atuação dos Terapeutas Ocupacionais em Cuidados Paliativos*
- *Capítulo 3 – Estratégias para o Fortalecimento das Ações e Princípios dos Cuidados Paliativos*
  - *Visão humanística acerca da necessidade do paciente/família*
  - *Acolhimento e vínculo*
  - *A comunicação como ferramenta essencial na abordagem dos Cuidados Paliativos*
  - *Relação interpessoal profissional-paciente/família*
- *Capítulo 4 – Estratégias para o Enfrentamento do Luto*
  - *Estruturas de apoio ao paciente/família para o enfrentamento do luto*
  - *Estruturas de apoio ao profissional de saúde para o enfrentamento do luto*
  - *Estratégias e ações de fortalecimento para o enfrentamento do luto*

### **8.1 Cenário para Aplicabilidade do Produto**

O cenário escolhido para a aplicabilidade do produto é o Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos – Dr. Osiris Florindo Coelho, localizado no Município de Ferraz de Vasconcelos, São Paulo. Essa IS é uma instituição de gestão pública, que atua sob a administração direta da Secretaria do Estado da Saúde do Governo de São Paulo, credenciada para atendimento de média complexidade, proveniente do Sistema Único de Saúde (SUS).

A instituição dispõe de 236 leitos, distribuídos nas unidades de especialidades (Unidade de Internação, Unidade Clínica de Emergência e Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Clínica, Cirúrgica e Neonatal/ Pediátrica), além de outros setores, como Ambulatório, Seção de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutico, Laboratórios de Pesquisa.

Neste período em que se vivencia o enfrentamento da pandemia causada pelo coronavírus, o Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos – Dr. Osiris Florindo Coelho passou a ser referência para atendimento de pacientes com

COVID-19 e, nesse cenário, a equipe de profissionais da saúde, durante a assistência aos pacientes internados, em muitos momentos se deparou com o risco iminente da morte, e parece que não adiantou ofertar tratamento adequado a alguns desses pacientes, não adiantou tecnologia de ponta. A batalha era perdida em minutos, o dia começava bem, mas até o final, o número de baixas era alto. O aspecto psicológico da equipe era abalado, ao ver que os cuidados dispensados a cada paciente perdido não foram suficientes (SALUM JUNIOR, 2021).

Dentre as complicações da infecção por COVID-19, descritas pela OPAS (2020), há que se ressaltar o desenvolvimento de condições crônicas causadas pelas sequelas do COVID-19 nos sistemas, como as encefalopatias, acidente vascular encefálico, ansiedade, depressão, bem como o desenvolvimento da Síndrome de Guillain-Barré.

O CP foi muito praticado, expresso na arte do cuidar (e não do curar) aliada ao conhecimento científico, em que a associação da ciência à arte proporcionou o alívio do sofrimento, relacionado ou não à doença. Por ser parte fundamental da prática clínica, ocorreu de forma paralela às terapias destinadas à cura e ao prolongamento da vida (ANCP, 2012).

Atualmente, há que se pensar em cuidados paliativos em pacientes que desenvolvem complicações advindas do COVID-19, pois, segundo o OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) os pacientes de risco à doença são aqueles que já possuem comorbidades como os idosos, fumantes e aqueles com comorbidades subjacentes, como hipertensão, obesidade, diabetes, doença cardiovascular, doença pulmonar crônica (por exemplo, doença pulmonar obstrutiva crônica e asma), doença renal crônica, doença hepática crônica, doença cerebrovascular, câncer e imunodeficiência (OPAS, 2020).

Gomes; Othero (2016) relataram que no Brasil, a maior parte das instituições hospitalares não possui uma diretriz sobre como cuidar de seus pacientes que estejam em processo de finitude, assim como não há informações sistematizadas.

Essa situação também é vivenciada no Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos – Dr. Osiris Florindo Coelho e corroborada por outros estudos (ALVES, 2016; JAFARI *et al.*, 2015; SANTANA, 2019; MOURA *et al.*, 2018; RIBEIRO *et al.*,

2019), que fizeram análises semelhantes e também identificaram rarefação de oferta de disciplinas regulares e/ou optativas abordando CP.

A partir desta constatação do despreparo e até desconhecimento de profissionais dessa temática, os resultados desse estudo subsidiaram a elaboração de um manual educativo para instrumentalizar a prática profissional na atuação em Cuidados Paliativos no Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos – Dr. Osiris Florindo Coelho, denominado “Guia de Orientações para Profissionais de Saúde no Manejo dos Cuidados Paliativos em Ambiente Hospitalar”.

## **8.2 Objetivos**

Instrumentalizar a prática profissional na atuação em Cuidados Paliativos no Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos – Dr. Osiris Florindo Coelho, promovendo a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos na assistência de pacientes em Cuidados Paliativos.

Disseminar o conhecimento sobre Cuidados Paliativos e, conseqüentemente, promover assistência focada no paciente/família, com qualidade, respeito e dignidade, auxiliando-os no enfrentamento do processo da morte, do morrer e do luto.

## **8.3 Metodologia**

A elaboração do produto intitulado “Guia de Orientações para Profissionais da Saúde no Manejo dos Cuidados Paliativos em Ambiente Hospitalar”, como já dito anteriormente, se fundamentou na Política Nacional dos Cuidados Paliativos e nas DCN dos Cursos de Graduação na Área da Saúde, na perspectiva de que esse manual educativo possa guiar/orientar os diversos profissionais da saúde que darão assistência, direta ou indireta, a pacientes elegíveis aos Cuidados Paliativos.

Para a implantação e implementação desse produto no Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos – Dr. Osiris Florindo Coelho serão realizadas várias estratégias como: reuniões e roda de conversa que serão realizadas por etapas.

Primeira etapa: já realizada, se deu pela iniciativa de uma equipe multidisciplinar, da qual a pesquisadora faz parte, juntamente com outros profissionais da equipe de saúde e, com o apoio institucional, foi criar a Comissão de Cuidados Paliativos, a qual foi formalizada no Diário Oficial do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2021).

**Segunda etapa:** reunião com a equipe multidisciplinar da Comissão de Cuidados Paliativos para a apresentação da proposta do produto “Guia de Orientações para Profissionais da Saúde no Manejo dos Cuidados Paliativos em Ambiente Hospitalar”.

- **Objetivo:** sensibilizar a equipe quanto à necessidade do manual educativo para orientar, instrumentalizar a prática da abordagem dos Cuidados Paliativos.
- **Meta:** obter a aceitação da equipe multidisciplinar e agendar novo encontro para discutir a adequação do manual educativo de acordo com a realidade vivenciada de cada profissional mediante sua área de competência.
- **Intervenções:** apresentação do produto, discussão sobre a proposta, orientação para leitura do manual e apresentação de propostas de melhoria para o próximo encontro.

**Terceira etapa:** roda de conversa. Tendo alcançado a meta da segunda etapa, nesse encontro serão discutidas as propostas para melhoria do manual educativo, de acordo com as competências de cada área do saber (medicina, enfermagem, fisioterapias e outras).

- **Objetivo:** pontuar os itens merecedores de melhorias para posterior adequação do instrumento.
- **Meta:** adequar o manual educativo “Guia de Orientações para Profissionais da Saúde no Manejo dos Cuidados Paliativos em Ambiente Hospitalar” de acordo com a realidade do Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos – Osiris Florindo Coelho, tornando-o específico para essa instituição.

- **Intervenções:** apresentação das sugestões de cada profissional, membro da equipe da Comissão de Cuidados Paliativos.

**Quarta etapa:** edição do manual educativo e apresentação aos membros da equipe multidisciplinar da Comissão de Cuidados Paliativos

- **Objetivo:** apresentação do produto à equipe multidisciplinar, como o instrumento que subsidiará a prática de cada profissional na abordagem dos Cuidados Paliativos.
- **Meta:** implementar o “Guia de Orientações para Profissionais da Saúde no Manejo dos Cuidados Paliativos em Ambiente Hospitalar” no Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos – Dr. Osiris Florindo Coelho.
- **Intervenções:** apresentação do manual educativo, agendamento da data de oficialização da sua implementação e elaboração do cronograma de treinamento para apresentação do produto aos demais profissionais de saúde da instituição.

**Quinta etapa:** Treinamento dos demais profissionais de saúde

- **Objetivos:** apresentação do produto aos profissionais de saúde da instituição (todas as unidades potenciais para atendimento de pacientes em Cuidados Paliativos) para sensibilização e orientação da prática na abordagem de Cuidados Paliativos; fortalecer a cultura institucional quanto à abordagem dos Cuidados Paliativos.
- **Meta:** Sensibilizar os profissionais quanto à abordagem dos Cuidados Paliativos, padronizando condutas de acordo com as necessidades de atendimento dos pacientes em cuidados paliativos.
- **Intervenções:** apresentação do manual educativo.

O produto será apresentado à recém-criada Comissão de Cuidados Paliativos para direcionamento dos profissionais que irão atuar na abordagem dos CP, principalmente à equipe da Comissão de Cuidados Paliativos do Hospital

Regional de Ferraz de Vasconcelos, com o intuito de auxiliá-los na organização, implementação e manutenção dos cuidados e intervenções específicas de cada área, para que o Cuidado Paliativo seja realizado a partir dos princípios da interdisciplinaridade.

O produto desta dissertação se justifica pela particularidade do referido hospital, que atualmente encontra-se em fase incipiente de implantação do serviço de Cuidados Paliativos. Apesar de existirem outros manuais de CP, a intenção da elaboração do produto é atender às lacunas observadas no serviço, bem como propor um fluxo para organização da avaliação, indicação e acompanhamento de pacientes sob CP.

O “Guia de Orientações para Profissionais da Saúde no Manejo dos Cuidados Paliativos em Ambiente Hospitalar” (APÊNDICE A), no que concerne à descrição dos princípios, ações, condutas, procedimentos e ao desenho das práticas assistenciais a serem desenvolvidas pelos profissionais foi elaborado com base no Manual de Cuidados Paliativos, publicado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2020 e nas DCN dos Cursos de Graduação da Área da Saúde, em sua versão preliminar, norteará as boas práticas profissionais no manejo dos Cuidados Paliativos.

Portanto, o produto desta dissertação visa contribuir para a prática dos profissionais da equipe multiprofissional e contribuirá no direcionamento quanto à atuação qualificada em CP, na proporção em que o conhecimento seja adquirido frente aos aspectos que permeiam o contexto assistencial, com ênfase para questões sobre como lidar com a finitude da vida e a prevenção da dor e do sofrimento, empoderando-se da filosofia do cuidado paliativo.



## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa mostrou, na amostra estudada, a escassez da oferta de disciplinas, principalmente na modalidade regular, que abordem especificamente a temática de Cuidados Paliativos, da Tanatologia e da finitude. Tal deficiência na formação do profissional pode gerar repercussões diretas no despreparo para lidar com a morte de pacientes e de instituir práticas de cuidados paliativos em serviços de atenção à saúde.

As autoras reconhecem como limitação deste estudo, a ausência de representatividade da amostra, em decorrência das dificuldades encontradas durante a pesquisa documental nos sítios eletrônicos das IES, traduzidas na ausência de livre acesso e disponibilização dos documentos necessários à análise documental, principalmente o projeto político pedagógico e os planos de disciplinas dos cursos estudados.

No entanto, a literatura corrobora os resultados da presente pesquisa, apontando a carência da formação técnica e teórica na temática de CP e afins, em acadêmicos dos cursos de graduação das profissões da área da saúde.

Desse modo, torna-se necessária a revisão das DCN dos cursos de graduação da área da saúde, principalmente dos cursos estudados, para que tais disciplinas se tornem obrigatórias, considerando a morte como condição humana e certa e a necessidade de promover qualidade e dignidade no processo de morte e morrer.

Espera-se que este estudo possibilite a busca de ações que facilitem aprender, conhecer, saber, fazer e aprimorar o cuidado paliativo. Trata-se de uma temática relevante e atual, que busca discutir questões inovadoras no cenário da assistência integral à saúde, podendo direcionar e impulsionar, futuramente, práticas humanizadas e qualificadas, fundamentais a esses pacientes e seus familiares.

A conclusão do produto proposto, após a análise dos resultados desta pesquisa e sua ampla divulgação junto aos profissionais do Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos, bem como dos demais profissionais que atuam em outros equipamentos hospitalares da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, pode

constituir um dos primeiros passos na implementação e estruturação de serviços de CP nos referidos equipamentos.

Novos estudos devem ser realizados, contemplando a totalidade dos cursos de graduação na área da saúde, ofertados no Brasil; assim como podem ser investigadas as dificuldades enfrentadas pelos egressos dos cursos de graduação da área da saúde ao se depararem com a temática da morte e da finitude em sua atuação profissional.

## 10 REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. Rio de Janeiro: Diagraphic. 2007.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2012.

ALVES, M. A. **O Ensino de Cuidados Paliativos nas Faculdades Públicas Federais de Graduação em Enfermagem no Brasil: Uma Análise da Situação Atual Através dos Currículos**. (Dissertação). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto, 2016.

ALVES, M. O.; MAGALHÃES, S. C. M.; COELHO, B. A. A regionalização da saúde e a assistência aos usuários com câncer de mama. **Saúde e Sociedade [online]**. v. 26, n. 1, p. 141-154, 2017.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2006.

BISPO JÚNIOR, J. P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p. 655-668, 2009.

BRASIL. **Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007**. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais Reuni. Brasília, 24 de abril de 2007.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Publicado no Diário Oficial da União em 23 de dezembro de 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES n.º 0062**, de 19 de fevereiro de 2004. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia. Diário Oficial da União. Brasília, 12 abr. 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES n.º 492**, de 03 de abril de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Filosofia, História, Geografia, Serviço Social, Comunicação Social, Ciências Sociais, Letras, Biblioteconomia, Arquivologia e Museologia. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de julho de 2001 - Seção 1e, 2001e, p. 50.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES n.º 1.210**, de 12 de setembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia,

Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Diário Oficial da União. Brasília, 10 dez. 2001a; Seção 1, p. 22.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES n.º 1.314**, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia. 2001b.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES n.º 1.133**, de 7 de agosto de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Diário Oficial da União. Brasília, 3 out. 2001c; Seção 1E, p.131.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n.º 3**, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov., 2001d; Seção 1, p. 37.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n.º 4**, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Diário Oficial da União. Brasília, 4 mar. 2002a; Seção 1, p.11.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução n.º 8**, de 7 de maio de 2004. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia. Diário Oficial da União. Brasília, 18 de maio de 2004a; Seção 1, p. 16 e 17.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n.º 15**, de 13 de março de 2002. Estabelece as Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de abril de 2002b - Seção 1, p. 33.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro/Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução n.º 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). Diário Oficial da União. Brasília, 23 de novembro de 2018; Seção 1, p. 276.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**. 2014.

BRASIL. **Resolução nº 510 do Conselho Nacional de Saúde**, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Diário Oficial da União 2016.

CALDAS, G.H.O.; MOREIRA, S.N.T.; VILAR, M. J. **Cuidados paliativos: Uma proposta para o ensino da graduação em Medicina. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro, v.21, n.3, p. 269-280, 2018.

CARVALHO, Maria Margarida M. J. A dor do adoecer e do morrer. **Boletim Academia Paulista de Psicologia.** São Paulo, v. 29, n. 2, p. 322-328, dez. 2009.

CASTILLO, A. G. B.; PIROLA, I. G.; GARCIA, J. M. T.; PAIVA, G. P. Síndrome de Guillain-Barré: relato de caso. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 9, n. 5, p. 453-456, 28 set. 2020.

CAVALCANTI; Patrícia Barreto; SATURNINO, Clara Isabel Nóbrega; MIRANDA, Ana Paula Rocha Sales de. Serviço Social e Cuidados Paliativos. **Serviço Social e Saúde.** Campinas - SP, v. 18 1-28 e019005 2019 e-ISSN 2446-5992.

CENTENO, C., LYNCH T., DONEA O., ROCAFORT J., CLARK D. **EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2013** – cartographic edition. Milan: E. Press; 2013. ISBN: 978-88-98472-02-4

CLARK, D. **Cicely Saunders – founder of the hospice movement. Selected letters 1959–1999.** Oxford University Press. 2002

CLARK, D. Originating a Movement: Cicely Saunders and the development of St. Christopher's Hospice 1957-1967. **Mortality** v. 3, n. 1, pp. 43-63, 1998.

COBO, Viviane de Almeida *et al.* Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos profissionais de saúde. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 39, n. 97, p. 225-235, dez. 2019. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2019000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2019000200008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 18 fev. 2021.

COSTA, Á. P.; POLES, K.; SILVA, A. E. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. **Interface. Botucatu**, v. 20, n. 59, p. 1041-1052, 2016.

CRUZ, R. A. O.; ARRUDA, A. J. C. G.; AGRA, G.; COSTA, M. M. L.; NÓBREGA, V. K. M. Reflexões Acerca Dos Cuidados Paliativos no Contexto da Formação em Enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, Recife, v.10, n. 8, p. 3101-3107, 2016.

DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir.** 2ed. São Paulo: Cortez. 2003.

DUARTE, A. C.; ALMEIDA, D. V.; POPIM, R. C. A morte no cotidiano da graduação: um olhar do aluno de medicina. **Interface.** v.19, n. 55, p. 1207-1219, 2015.

FERNANDES, M. A. *et al.* Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2589-2596, Set. 2013.

FERREIRA, A. P. Q.; LOPES, L. Q. F.; MELO, M. C. B. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 85-98, 2011.

FIGUEIREDO, M. G. M. C. A.; STANO, R. C. M. T. O Estudo da morte e dos cuidados paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 37, p. 2, p. 298-307, 2013.

FIGUEIREDO, M. T. A. Reflexões sobre os Cuidados Paliativos no Brasil. **Revista Prática Hospitalar**. v. 8, n. 47, p. 36-40, 2006.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospícios modernos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 1, pág. 165-180, julho de 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Ed. Paz Terra, 2016.

FROSSARD, Andrea Georgia de Souza; SCHAEFFER, Marli; SIMÕES, Alessandra Gomes. Competências do Serviço Social em Cuidados Paliativos: Notas Preliminares. Zeppelini Publishers. 2020. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.1071.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Revista Estudos Avançados**. São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, Dec. 2016.

GONÇALVES, R. G. Ensino dos cuidados paliativos na graduação de enfermagem. **Revista Rene (On-line)**, v. 20, n. 1, p. e39554-e39554, 2019.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 2013.

JAFARI M., RAFIEI H., NASSEHI A., SOLEIMANI F., ARAB M., NOORMOHAMMADI M. R. Caring for Dying Patients: Attitude of Nursing Students and Effects of Education. **Indian Journal of Palliative Care / May-Aug 2015 / Vol 21 / Issue 2**

JAPUR, M. Formação em Psicologia: **Análise dos Aspectos Estruturais de um Curso de Graduação**. Paidéia, 1996.

KUBLER-ROSS E. **Sobre a morte e o morrer**. Rio de Janeiro: Editora Martins Fontes; 1985.

KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. São Paulo: Martins Fontes. (2005).

LIMA, N. T. *et al.* A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. **Cadernos de Saúde Pública**. v.36, n.7:e00177020, 2020.

LISBOA, L.S.; GONÇALVES, A.J. Formação em Psicologia no Brasil: Um Perfil dos Cursos de Graduação. **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 29, n. 4, p. 718-737, 2009.

MACEDO, A. R. et al. Educação superior no século XXI e a reforma universitária brasileira. **Ensaio: Avaliação, Políticas Públicas e Educação**, Rio de Janeiro, v.13, n.47, p.127-148. 2005.

MACHADO, K. D. G.; PESSINI, L.; HOSSNE, W. S. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. **Revista BioEthikos - Centro Universitário São Camilo**, v. 1, n. 1, p. 34-42, 2007.

MALTA, Regina; RODRIGUES, Bruna; PRIOLLI, Denise Gonçalves. Paradigma na Formação Médica: Atitudes e Conhecimentos de Acadêmicos sobre Morte e Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Brasília, v. 42, n. 2, pág. 34-44, jun. 2018.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: **Manual de Cuidados Paliativos ANC** Ampliado e atualizado 2ª edição, ago. 2012.

MELO, A. C.; VALERO, F. F.; MENEZES, M. A Intervenção Psicológica em Cuidados Paliativos. **Psicologia, Saúde e Doenças**. v.14, n. 3, p. 452-469, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Cuidados Paliativos** / Coord. Maria Perez Soares D'Alessandro, Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte ... [et al.]. – São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde; 2020. 175p.

MOURA LVC, PASSOS ECS, SANTOS RMM, SANTA ROSA DO, NASCIMENTO SOBRINHO CL. Ensino da tanatologia nos cursos de graduação em enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**. 2018; 32: e20888.

OLIVEIRA, J. R.; FERREIRA, A. C.; REZENDE, N. A. Ensino de bioética e cuidados paliativos nas escolas médicas do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 37, n. 2, p. 285-90, 2013.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. **Alerta Epidemiológico Complicações e sequelas da COVID-19**. 12 de agosto de 2020, Washington, D.C.: PAHO/WHO; 2020.

PEREIRA, L. A.; ALMEIDA, M. Fisioterapia. In: Fundação Oswaldo Cruz. **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil**: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde. p.171-184. 2006.

PESSINI, L; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. Ed. Loyola, São Paulo, Brasil, 2004.

PORTES, J. R.M.; MÁXIMO, C. E. **Formação do Psicólogo para Atuar no SUS**: Possíveis Encontros e Desencontros entre as Diretrizes Curriculares Nacionais e as Matrizes Curriculares de um Curso de Psicologia. *Barbarói*. Santa Cruz do Sul, n. 33, ago./dez. 2010.

REDMAN, Henrique. Familiares fazem 'visita virtual' a pacientes internados com Covid-19 no Hospital 28 de Agosto. Publicado em 15 jan. 2021. **Portal do Amazonas – Governo do Estado**. Disponível em: <http://www.amazonas.am.gov.br/2021/01/familiares-fazem-visita-virtual-a-pacientes-internados-com-covid-19-no-hospital-28-de-agosto/>. Acesso em: 18 fev. 2021.

REGO, S., PALÁCIOS, M. A finitude humana e a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1755-1760, 2006.

RIBEIRO B. S., COELHO T. O., BOERY R. N. S. O., VILELA A. B. A., YARID S. D., SILVA R. S. Ensino dos Cuidados Paliativos na Graduação em Enfermagem do Brasil. **Revista Enfermagem em Foco**. v. 10, n. 6, p. 131-136, 2019.

SABBAG, D. M. A. **Análise documental em textos narrativos de ficção**: subsídios para o processo de análise. Tese (Doutorado em Ciência da Informação/Informação, Tecnologia e Conhecimento) – Faculdade de Filosofia e Ciência, Universidade Estadual Paulista, 2013, 160f.

SACRISTAN J. G. **O currículo**: uma reflexão sobre a prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

SALUM JUNIOR, G. A. A Saúde Mental dos Profissionais de Saúde em tempos da pandemia da Covid-19. In: SANTOS, A. O., LOPES, L. T. (org.). **Profissionais de saúde e Cuidados Primários**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. 346 p. (Coleção Covid-19; v. 4).

SANTANA, J. C. B; PAULA, K. F.; CAMPOS, A. C. V.; DUTRA, B. S.; BALDESSARI, C. E. F. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. **Bioethikos**. Centro Universitário São Camilo, v. 3, n.1, p. 77-86, 2009.

SANTOS, C.G. *et al.* Cuidado paliativo renal e a pandemia de Covid-19. **Brazilian Journal of Nephrology**. v. 42, n. 2 (Supl. 1), p. 44-46, 2020.

SANTOS, A. O., LOPES, L. T. (org.). **Principais Elementos**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. 338 p. (Coleção Covid-19; v. 1).

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Serviços de Saúde. Hospital Regional Dr. Osíris Florindo Coelho – Ferraz de Vasconcelos. Portaria do Diretor Técnico de Departamento nº 003/2021 de 19/01/2021, que constitui a Comissão de Cuidados Paliativos desta Unidade Hospitalar. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 30 jan. 2021. Seção II, p.77.

SAUNDERS C. **Velad conmigo, Inspiración para una vida en Cuidados Paliativos**. Primera edición en castellano, International Association for Hospice and Palliative Care, 2011.



SEIXAS, P. S.; COSTA, A. L. F.; OLIVEIRA, A. M.; COSTA, J. P.; YAMAMOTO, O. H. As políticas sociais nas disciplinas dos cursos de graduação em Psicologia no Brasil. **Psicologia em Pesquisa**. v. 10, n. 1, p. 9-16, 2016.

SILVA, A. E.; GUIMARÃES, E. A. A. Cuidados paliativos de enfermagem: perspectivas para técnicos e auxiliares. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. v. 2, n. 3, p. 376-393, 2012.

SILVA, M. J.; SOUSA, E. M.; FREITAS, C. L. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 64, n. 2, p. 315-321, Abr. 2011.

SILVA, R. L.; FREITAS, F. C. H. P.; LINS, M. T. G. A implantação do Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais/REUNI: um estudo de caso. **Revista Gestão Universitária na América Latina - GUAL**, v. 6, n. 4, 2013, pp. 147-170.

Silva, Marcelle Miranda da et al. Visitando hospices na Alemanha e no Reino Unido na perspectiva dos cuidados paliativos. Escola Anna Nery [online]. 2015, v. 19, n. 2 [Acessado 15 Agosto 2021], pp. 369-375. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150051>>. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150051>.

SIMÃO, Andréa Branco *et al.* A atuação do Serviço Social junto a pacientes terminais: breves considerações. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 102, p. 352-364, Jun. 2010.

SOUZA, K. C.; CARPIGIANI, B. D. Não ditos e entreditos: a comunicação em cuidados paliativos. **Psicologia: Teoria e Prática**. v. 12, n. 1, p. 97-108, 2010.

TAQUETTE, S. R.; MINAYO, M. C. S. Ensino-Aprendizagem da Metodologia de Pesquisa Qualitativa em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 60-67, Mar. 2015.

TOLEDO, A. P.; PRIOLLI, D. G. Cuidados no Fim da Vida: O Ensino Médico no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.36, n. 1, p.109-117, 2012.

TWYXCROSS, R. **Introducing palliative care**. 4. ed. Radcliff Med Press, 2003. p. 4-8.

WOGGIN C. **Professional issues and thanatology**. In: **Balk D. Handbook of thanatology: the essential body of knowledge for the study of death, dying, and bereavement**. Northbrook. IL: Association for Death Education and Counseling, p. 371 - 386, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global atlas of palliative care at the end of life** [Internet]. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises" 2018**.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative Care**. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programs. Module 05. Genève, 2007.

WPCA: WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. 2014.

## APÊNDICE A – Relação das Instituições de Ensino Superior (IES) que foram pesquisadas

QTDE	IES PESQUISADAS	NATUREZA DA IES	CIDADE / ESTADO
1	Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN)	Privada	Dourados / MS
2	Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU)	Privada	São Paulo / SP
3	Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA)	Privada	Anápolis / GO
4	Centro Universitário do Norte (UniNorte)	Privada	Manaus / AM
5	Centro Universitário FMABC	Público-Privada	Santo André / SP
6	Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz (FAG)	Privada	Cascavel / PR
7	Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves (UNIPTAN)	Privada	São João Del-Rei / MG
8	Centro Universitário Salesiano de São Paulo (UNISAL)	Privada	Americana / SP
9	Centro Universitário São Camilo	Privada	São Paulo / SP
10	Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO)	Público-Privada	Teresópolis / RJ
11	Centro Universitário UniDomBosco (UniDBSCO)	Privada	Curitiba / PR
12	Centro Universitário UniSãoMiguel (UNISÃO MIGUEL)	Privada	Recife / PE
13	Faculdade Adventista da Bahia (FADBA)	Privada	Cachoeira / BA
14	Faculdade das Américas (FAM)	Privada	São Paulo / SP
15	Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR)	Privada	Vitória da Conquista / BA
16	Faculdade Santa Marcelina (PASM)	Privada (Filantrópica)	São Paulo / SP
17	Instituto Baiano de Ensino Superior (IBES)	Privada	Salvador / BA
18	Instituto de Ensino Superior da Grande Florianópolis (IESGF)	Privada	São José / SC
19	Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC GOIÁS)	Privada (Confessional)	Goiânia / GO
20	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC MINAS GERAIS)	Privada (Confessional)	Belo Horizonte (MG)
21	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC SÃO PAULO)	Privada (Confessional)	São Paulo / SP
22	Universidade Federal do Paraná	Federal	Curitiba / PR
23	Universidade Anhembi Morumbi	Privada	São Paulo / SP
24	Universidade Castelo Branco (UCB)	Privada	Rio de Janeiro / RJ

25	Universidade Cidade de São Paulo (UNICID)	Privada	São Paulo / SP
26	Universidade de Araraquara (UNIARA)	Privada	Araraquara / SP
27	Universidade de Brasília (UNB)	Federal	Brasília / DF
28	Universidade de Caxias do Sul (UCS)	Privada (ICES)	Caxias do Sul / RS
29	Universidade de Fortaleza (UNIFOR)	Privada	Fortaleza / CE
30	Universidade de Franca (UNIFRAN)	Privada	Franca / SP
31	Universidade de Integração Internacional de Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)	Federal	Redenção / CE
32	Universidade de Pernambuco (UPE)	Estadual	Recife / PE
33	Universidade de São Paulo (USP - Unidade: Ribeirão Preto)	Estadual	São Paulo / SP
34	Universidade de São Paulo (USP)	Estadual	São Paulo / SP
35	Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)	Estadual	Florianópolis / SC
36	Universidade do Estado do Rio de Janeiro - (UERJ)	Estadual	Rio de Janeiro / RJ
37	Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC)	Privada (ICES)	Criciúma / SC
38	Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC)	Privada (ICES)	Joaçaba / SC
39	Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL)	Privada (ICES)	Tubarão / SC
40	Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS)	Privada	Pouso Alegre / MG
41	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL)	Estadual	Maceió / AL
42	Universidade Estadual de Londrina (UEL)	Estadual	Londrina / PR
43	Universidade Estadual do Ceará (UECE)	Estadual	Fortaleza / CE
44	Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP)	Estadual	Jacarezinho / PR
45	Universidade Estadual Paulista (UNESP)	Estadual	São Paulo / SP
46	Universidade Federal da Bahia (UFBA - Unidade: Vitória da Conquista)	Federal	Vitória da Conquista / BA
47	Universidade Federal da Bahia (UFBA)	Federal	Salvador / BA
48	Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)	Federal	Dourados / MS
49	Universidade Federal da Paraíba (UFPB)	Federal	João Pessoa / PB
50	Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL)	Federal	Alfenas / MG
51	Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)	Federal	Campina Grande / PB

52	Universidade Federal de Goiás (UFG)	Federal	Goiânia / GO
53	Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)	Federal	Juiz de Fora / MG
54	Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)	Federal	Pampulha / MG
55	Universidade Federal de Pelotas (UFEPel)	Federal	Pelotas / RS
56	Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)	Federal	Recife / PE
57	Universidade Federal de Roraima (UFRR)	Federal	Boa Vista / RR
58	Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	Federal	Florianópolis / SC
59	Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR)	Federal	São Carlos / SP
60	Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ)	Federal	São João Del-Rei / MG
61	Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP - Unidade: Baixada Santista)	Federal	Santos / SP
62	Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)	Federal	São Paulo / SP
63	Universidade Federal de Uberlândia (UFU)	Federal	Uberlândia / SP
64	Universidade Federal do Amazonas (UFAM)	Federal	Manaus / AM
65	Universidade Federal do Ceará (UFC)	Federal	Fortaleza / CE
66	Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)	Federal	Vitória / Espírito Santo
67	Universidade Federal do Maranhão (UFMA)	Federal	São Luís / MA
68	Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT)	Federal	Cuiabá / MT
69	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS)	Federal	Campo Grande / MS
70	Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA)	Federal	Bagé / RS
71	Universidade Federal do Paraná (UFPR)	Federal	Curitiba / PR
72	Universidade Federal do Piauí (UFPI)	Federal	Teresina / PI
73	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)	Federal	Cruz das Almas / BA
74	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	Federal	Rio de Janeiro / RJ
75	Universidade Federal do Rio Grande (UFRG)	Federal	Rio Grande / RS
76	Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)	Federal	Natal / RN
77	Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	Federal	Porto Alegre / RS
78	Universidade Federal do Sul e do Sudeste do Pará (UNIFESSPA)	Federal	Marabá / PA

79	Universidade Federal do Tocantins (UFT)	Federal	Palmas / TO
80	Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)	Federal	Uberaba / MG
81	Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF)	Federal	Petrolina / PE
82	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)	Federal	Teófilo Otoni / MG
83	Universidade Federal Fluminense (UFF)	Federal	Niterói / RJ
84	Universidade Feevale	Privada (ICES)	Porto Alegre / RS
85	Universidade Ibirapuera (UNIB)	Privada	São Paulo / SP
86	Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES)	Privada	Santos / SP
87	Universidade Nove de Julho (UNINOVE)	Privada	São Paulo / SP
88	Universidade Paulista (UNIP)	Privada	São Paulo / SP
89	Universidade Potiguar (UnP)	Privada	Natal / RN
99	Universidade Presbiteriana Mackenzie (MACKENZIE)	Privada	São Paulo / SP
91	Universidade Santa Cecília (UNISANTA)	Privada	Santos / SP
92	Universidade Santo Amaro (UNISA)	Privada	São Paulo / SP
93	Universidade São Francisco (USF)	Privada	Bragança Paulista / SP
94	Universidade São Judas Tadeu (USJT)	Privada	São Paulo / SP
95	Universidade Tiradentes (UNIT)	Privada	Aracajú / SE

## APÊNDICE B – Guia de Orientações para Profissionais da Saúde no Manejo dos Cuidados Paliativos em Ambiente Hospitalar



Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos Dr. Osiris Florindo Coelho  
Organizadoras  
Andreia Aparecida Alves  
Rosamaria Rodrigues Garcia

---

**Universidade Municipal de São Caetano do Sul**

**Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde**

**Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo**

**Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos – Dr. Osiris Florindo Coelho**

**Comissão de Cuidados Paliativos**



---

*Guia de Orientações para Profissionais de Saúde no  
Manejo dos Cuidados Paliativos em Ambiente Hospitalar*

**Organização e Elaboração**

**Andreia Aparecida Alves**

**Enfermeira**

**Mestre em Ensino em Saúde pela Universidade Municipal de São Caetano do Sul pelo Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde**

**Rosamaria Rodrigues Garcia**

**Fisioterapeuta**

**Mestre e Doutora em Saúde Pública, pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo**

**Docente permanente do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde**

**Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**

---

## FICHA CATALOGRÁFICA

Alves, Andreia Aparecida; Garcia, Rosamaria Rodrigues

Guia de orientações para profissionais de saúde no manejo dos cuidados paliativos em ambiente hospitalar / Andreia Aparecida Alves e Rosamaria Rodrigues Garcia. – São Caetano do Sul: USCS, 2021.

90 p. : il.

Produto final, parte integrante do Trabalho Final de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

1. Cuidados Paliativos (CP). 2. Finitude/Morte. 3. Ensino em saúde. 4. Humanização do cuidado. 5. Formação profissional em saúde. I. Alves, Andreia Aparecida. II. Garcia, Rosamaria Rodrigues. III. Universidade de São Caetano do Sul. IV. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo.

---

## SUMÁRIO

<b>Capítulo 1 - Contextualização dos Cuidados Paliativos .....</b>	<b>5</b>
Histórico dos Cuidados Paliativos .....	6
Desmistificação dos cuidados paliativos x eutanásia .....	10
Bases Fundamentais da Política Nacional de Cuidados Paliativos .....	15
1. Definição .....	15
2. Objetivos .....	15
3. Princípios dos Cuidados Paliativos .....	15
Atribuições da Comissão de Cuidados Paliativos .....	17
Organização, elegibilidade e fluxo para atendimento de pacientes em Cuidados Paliativos .....	19
<b>Capítulo 2 - Competências e Atuação dos Profissionais em Cuidados Paliativos .....</b>	<b>27</b>
Multi e Interdisciplinaridade nas Ações de Cuidados Paliativos .....	28
Competências e Atuação dos Médicos em Cuidados Paliativos .....	31
Competências e Atuação dos Enfermeiros em Cuidados Paliativos .....	37
Competências e Atuação dos Fisioterapeutas em Cuidados Paliativos .....	40
Competências e Atuação dos Assistentes Sociais em Cuidados Paliativos .....	45
Competências e Atuação dos Psicólogos em Cuidados Paliativos .....	48
Competências e Atuação dos Nutricionistas em Cuidados Paliativos .....	53
Competências e Atuação dos Farmacêuticos em Cuidados Paliativos .....	57
Competências e Atuação dos Fonoaudiólogos em Cuidados Paliativos .....	60
Competências e Atuação dos Terapeutas Ocupacionais em Cuidados Paliativos .....	63
<b>Capítulo 3 - Estratégias para o Fortalecimento das Ações e Princípios dos Cuidados Paliativos .....</b>	<b>68</b>
Visão humanística acerca da necessidade do paciente/família .....	69
Acolhimento e vínculo .....	73
A Comunicação como ferramenta essencial na abordagem dos Cuidados Paliativos .....	75
Relação interpessoal profissional-paciente/família .....	82
<b>Capítulo 4 - Estratégias para o Enfrentamento do Luto .....</b>	<b>84</b>
Estruturas de apoio ao paciente/família para o enfrentamento ao luto .....	85
Estrutura de apoio ao profissional de saúde para o enfrentamento ao luto .....	87
Estratégias e Ações de Fortalecimento para o Enfrentamento do Luto .....	89

---

*Capítulo 1 - Contextualização dos Cuidados  
Paliativos*



---

## Histórico dos Cuidados Paliativos

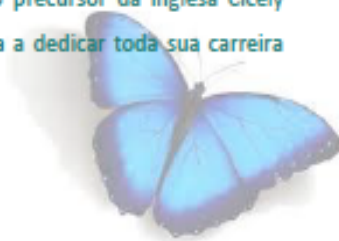
A morte é uma das experiências emocionais mais profundas que pode ser vivenciada pelos seres humanos. É o que assinala nossa condição de ser-homem e nos distingue de objetos, sendo uma das propriedades do ciclo vital do homem e a única certeza que temos e, mesmo assim, fugimos dela (HEIDEGGER, 2007; PESSINI; BERTACHINI, 2004).

Para Matsumoto (2012, p. 23), a “ameaça ao ideal de cura e preservação da vida está associada à demanda crescente de pacientes idosos, portadores de síndromes demenciais das mais variadas etiologias ou com graves sequelas neurológicas”, que estão constantemente sendo atendidos pelas instituições de saúde, e frente a este desafio, a autora enfatiza a necessidade da conscientização sobre os cuidados necessários a estes pacientes, propondo a implantação de ações efetivas que possam promover melhoria no processo assistencial e aponta os Cuidados Paliativos (CP) como uma escolha terapêutica para concretizar uma assistência ativa que atenda às necessidades dos cuidados desses pacientes.

De acordo com Matsumoto (2012, p.24), historicamente, o CP teve seu início na Europa, em meados do século XVII, porém, se faz menção de que o conceito tenha sido confundido com a palavra Hospice, que significa hospedaria, abrigo, termo utilizado desde o começo da era cristã quando os cuidados eram realizados por religiosos (católicos e protestantes) às pessoas peregrinas.

Floriani e Schramm (2010) apontam que os CP já eram praticados nessa época, mencionando os achados descritos no livro “Euthanasia, or Medical treatment in aid of an easy death”, escrito por William Munk em 1888, contendo orientações sobre os cuidados de pessoas moribundas. Os autores referem que tais cuidados não eram muito diferentes dos cuidados apresentados na literatura contemporânea sobre CP.

A origem e o desenvolvimento do movimento internacional de Hospice e Cuidados Paliativos, o nascimento da Medicina Paliativa como uma nova especialidade médica e a preocupação com a redução do sofrimento em torno do mundo se deve grandemente ao trabalho precursor da inglesa Cicely Saunders, médica, assistente social e enfermeira. Foi a primeira médica a dedicar toda sua carreira profissional ao cuidado de pacientes em fim de vida (CLARK, 2002).



---

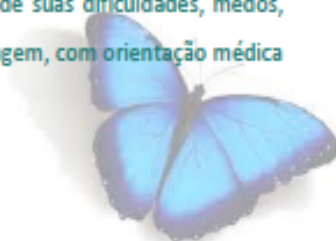
Em 1958, Cicely Saunders assumiu o cargo de pesquisadora da Escola St. Mary's Medicine, desenvolvendo trabalhos de pesquisa no St. Joseph's Hospice, em Hackney, East London. Foi onde estabeleceu os fundamentos básicos dos cuidados paliativos modernos, desenvolvendo uma abordagem sistemática para o controle da dor em doentes terminais, prestando atenção às suas necessidades sociais, emocionais e espirituais, e ensinou o que ela aprendeu a outras pessoas (SAUNDERS, 2011).

Essa médica, que tinha formação humanística, conversava com seus pacientes sobre os sintomas, os sofrimentos, as famílias e foi a partir dessas narrativas que surgiu uma nova filosofia e prática de cuidados. A inovação, ao final da década de 1950, foi a afirmação de que havia novas possibilidades de fazer tudo, em detrimento à premissa de que não havia mais nada que podia ser feito (CLARK, 1998).

Esta grande estudiosa e militante das boas práticas de cuidado das doenças e agravos que ameaçam a vida, consolidou em 1964 o conceito de "dor total". De acordo com Saunders, há que se considerar, avaliar, intervir e cuidar dos vários tipos de dor: física, psíquica, social, espiritual, familiar, financeira, em geral, indissociáveis. Ora, isso significa que no processo de doença ocorre uma complexidade de sentimentos dolorosos no paciente, não bastando medicar apenas a dor física, é necessário olhar e cuidar de todas as dores e sintomas que afligem o ser humano em seu processo de finitude (TWYXCROSS, 2003; CARVALHO, 2009).

Somente depois de 1967, com a construção do St. Christopher's Hospice é que a medicina passou a legitimar a área acadêmica, aprofundando o conhecimento da "clínica e do ensino nos cuidados dedicados ao fim da vida, aliando-os ao forte caráter assistencial já vigente, o que diferenciaria o moderno movimento das atividades rotineiramente realizadas nos hospices até então" (FLORIANI; SCHRAMM, 2010, p. 170).

No hospice, Saunders criou uma equipe multiprofissional, com médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, religiosos, voluntários e outros profissionais. Quando os pacientes eram considerados fora de possibilidade terapêutica, os cuidados nos hospices eram intensificados, visando aliviar ao máximo a dor e o sofrimento. Os pacientes recebiam informações e tinham oportunidade de participar da tomada de decisão. Eram providos escuta e acolhimento de suas dificuldades, medos, esperanças, crenças e valores. Os cuidados eram realizados pela enfermagem, com orientação médica



---

diária e atividades sociais realizadas pelas religiosas, que também atuavam junto às famílias dos pacientes (CARVALHO, 2009).

Destarte, os CP foram estruturados, inicialmente, para pacientes com câncer, e suas diretrizes foram disseminadas mundialmente, sendo o conceito publicado pela primeira vez pela OMS em 1990, a saber: "Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva ao tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares" (MATSUMOTO, 2012, p.25).

Gomes e Othero (2016) reforçam os aspectos históricos dos CP, quando descrevem que o conceito foi revisado e ampliado em 2002 para a inclusão da assistência a outras doenças que também evoluem para a finitude humana, como "AIDS, doenças cardíacas e renais, doenças degenerativas e doenças neurológicas", bem como seus agravos, levando os pacientes às condições crônicas.

Desde 2002, o termo Cuidados Paliativos (CP), é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como "uma abordagem que visa promover a melhora da qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que encaram dificuldades em virtude de doenças que ameaçam a vida, por meio prevenção e do alívio do sofrimento, através de técnicas para identificação precoce, avaliação de excelência e tratamento da dor, e dos problemas advindos de aspectos espirituais, psicossociais e físicos" (WHO, 2018).

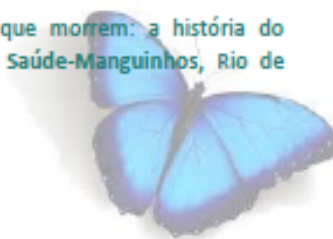
## REFERÊNCIAS

CARVALHO, Maria Margarida M. J. A dor do adoecer e do morrer. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*. São Paulo, v. 29, n. 2, p. 322-328, dez. 2009.

CLARK, D. *Cicely Saunders – founder of the hospice movement. Selected letters 1959–1999*. Oxford University Press. 2002.

CLARK, D. Originating a Movement: Cicely Saunders and the development of St. Christopher's Hospice 1957-1967. *Mortality* v. 3, n. 1, pp. 43-63, 1998.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospices modernos. *Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 1, pág. 165-180, jul. 2010.



---

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. *Revista Estudos Avançados*. São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, Dez. 2016.

HEIDEGGER, Martin. A questão da técnica. *Revista Scientiae Studia* [online]. 2007, v. 5, n. 3, pp. 375-398. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1678-31662007000300006>>. Epub 15 Mar 2010. ISSN 2316-8994. <https://doi.org/10.1590/S1678-31662007000300006>.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: *Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado 2ª edição*, ago. 2012.

PESSINI, L; BERTACHINI, L. Humanização e cuidados paliativos. Ed. Loyola, São Paulo, Brasil, 2004.

SAUNDERS C. *Velad conmigo, Inspiración para una vida en Cuidados Paliativos*. Primera edición en castellano, International Association for Hospice and Palliative Care, 2011.

TWYLCROSS, R. *Introducing palliative care*. 4. ed. Radcliff Med Press, 2003. p. 4-8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises*". 2018.





---

## Desmistificação dos cuidados paliativos x eutanásia

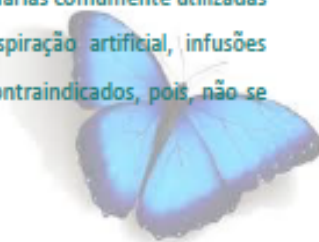
O termo Cuidados Paliativos (CP), é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma abordagem que visa promover a melhora da qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que encaram dificuldades em virtude de doenças que ameaçam a vida, por meio prevenção e do alívio do sofrimento, através de técnicas para identificação precoce, avaliação de excelência e tratamento da dor, e dos problemas advindos de aspectos espirituais, psicossociais e físicos (WHO, 2018).

Com o avanço da ciência e das tecnologias de pesquisas, tratando-se da área médica, tornou-se possível o acesso a novos medicamentos, procedimentos cirúrgicos e outras importantes intervenções colaborando com o tratamento de diversas doenças. Mas apesar de tais avanços, existem doenças que continuam sem perspectiva de cura e isso faz com que muitos pacientes necessitem de Cuidados Paliativos, para amenizar seu sofrimento e criar uma melhor aceitação do seu estado (EICH et al., 2018).

Os CP apresentam como seus principais objetivos a reafirmação sobre a importância da vida, considerando a morte como um processo natural que promove um cuidado que não acelere sua chegada, nem a prolongue com medidas desproporcionais, porém, propicie o alívio da dor e de sintomas graves, além de integrar os aspectos psicológicos e espirituais na estratégia de promover o cuidado. Como resultado, é oferecido um sistema de apoio para os familiares, a fim de enfrentar a doença do paciente e sobreviver ao período de luto (HERMES; LAMARCA, 2013).

Corroborando, Girond e Waterkemper (2006, p. 259) afirmam que, embora não sejam utilizadas medidas para prolongar ou encurtar a vida de um paciente em terminalidade, a equipe multiprofissional desenvolve várias estratégias para “ajudar os pacientes a levar uma vida ativa, até a chegada da morte”, ofertando suporte à família e ao paciente, fortalecendo desta forma o enfrentamento da doença, do processo da morte e do morrer, bem como, do luto. De acordo com as autoras, para pacientes com doenças terminais, o cuidado paliativo tem como principal objetivo promover qualidade, conforto e dignidade à pessoa por meio de um tratamento adequado.

Para pacientes em fase de terminalidade as terapias e medidas primárias comumente utilizadas em pacientes com doenças agudas como “reanimação cardíaca, a respiração artificial, infusões intravenosas, antibioticoterapia e outros procedimentos invasivos” são contraindicados, pois, não se



---

consolidam em respostas positivas para o restabelecimento da saúde, sendo portanto, “considerado uma má conduta” (GIROND; WATERKEMPER, 2006, p. 259).

Para Eich, et al. (2018), os CP permitem que as pessoas em estágios terminais tenham todo o amparo, em termos técnico-científicos e humanos que os conduza a uma morte menos dolorosa e sofrida. Tratando-se desses recursos, identifica-se a sedação paliativa (SP), tornando-se uma opção que deve ser tratada com os profissionais envolvidos e com os familiares do paciente.

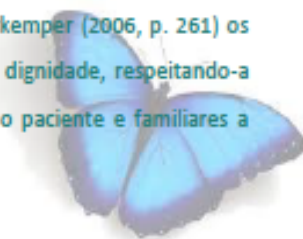
Já o termo eutanásia, como proposta de alívio ao sofrimento, surgiu em 1605 e foi criado por Francis Bacon. A palavra de origem grega, onde “eu” significa “bem” e “thánatos” tem o significado de “morte”. Desta forma, o termo eutanásia tem sido traduzido como “boa morte” ou “morte apropriada”.

Na Grécia antiga acreditava-se “que o sofrimento originado de uma doença dolorosa justificava o suicídio. Na Europa, esta proposta justificava a eliminação de deficientes, pacientes terminais e portadores de doenças considerados indesejáveis - um instrumento de higienização social” (GIROND; WATERKEMPER, 2006, p. 260).

Para Girond e Waterkemper (2006, p. 261) a eutanásia pode ser classificada em:

- a) Eutanásia de duplo efeito: a morte ocorre em decorrência das terapêuticas médicas utilizadas para alívio do sofrimento do paciente com doença em fase terminal.
- b) Eutanásia voluntária: a morte ocorre com o consentimento do paciente.
- c) Eutanásia involuntária: a morte é provogada sem o consentimento do paciente.
- d) Eutanásia terapêutica, também chamada de ortotanásia: se caracteriza como um processo de humanização da morte, onde se trata os sintomas indesejáveis, com a dor, não se promove ações ou intervenções que possam prolongar ou causar maior sofrimento ao paciente.
- e) Suicídio assistido, também é um termo dado à eutanásia: quando o paciente solicita ajuda de outra pessoa para abreviar a sua vida.

Comparando-se os propósitos dos CP e da Eutanásia percebe-se que ambos possuem objetivos distintos, não podendo ser comparados um ao outro. Para Girond e Waterkemper (2006, p. 261) os princípios dos cuidados paliativos levam em consideração “a pessoa e sua dignidade, respeitando-a como ser humano, valorizando sua dor”. Essa ciência se foca em “ajudar o paciente e familiares a



---

vivenciarem a última etapa da doença e a chegada da morte”, condicionando a terapêutica para o manejo adequado de sinais e sintomas e, a eutanásia conduz as ações para a promoção ou aceleração da morte, não se importando com a dignidade humana e qualidade de vida daquele que sofre por estar passando pelo processo da finitude humana.

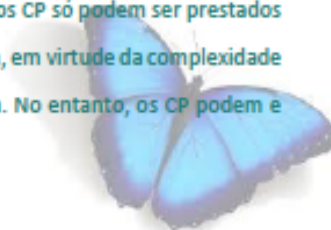
A sedação paliativa (SP), conforme descrito por Eich et al. (2018), é uma ação discutida por todos os profissionais que cuidam de pacientes em fases terminais, é considerada como um recurso dos CP visando auxiliar esses pacientes e confortar a família devido a sensibilidade da situação.

Conforme Eich et al. (2018), esse conceito de SP surgiu em 1991, criado por Robert E. Enck e citado no artigo *Drug-induced Terminal Sedation for Symptom Control*, surgindo a partir daí um debate importante sobre usar ou não a eutanásia. Em decorrência desse debate surgiu então o termo “Sedação Paliativa”, apresentado por Broeckaert, no artigo *Palliative Sedation Defined or why and when terminal Sedation is not Euthanasia*.

Os autores também salientam que na visão de alguns profissionais a prática da SP envolve apenas as questões técnicas como prescrição/administração de medicamentos nesses casos em que não há chance de vida. Mas se contrapõe a essa ideia, pois acreditam que a SP – também é recurso para minimizar o sofrimento e humanizar a morte passando, porém, por uma decisão técnica diante de um problema clínico, sendo fundamental agir eticamente diante dos fatos, valores e princípios (EICH et al., 2018).

Com base nesses pressupostos, salienta-se que, de acordo com a *Worldwide Palliative Care Alliance* (WPCA, 2014), os benefícios dos CP se estendem à pacientes com condições crônicas, além daqueles que possuem doenças que ameaçam ou limitam a vida. Esta afirmação pode revolucionar o cuidado em saúde, quando se pensa em alívio do sofrimento e da dor crônica, ou ainda quando se desenvolve um olhar ampliado aos efeitos sociais, psíquicos, emocionais, físicos e funcionais das comorbidades crônicas, que não tem cura, apenas podem ser controladas e acompanhadas.

A WPCA (2014) aponta, ainda, que os CP não se limitam a serviços especializados de cuidados paliativos, mas inclui cuidados de nível primário e secundário. Há realmente uma concepção errônea (entre a população, mas também entre os profissionais de saúde) de que os CP só podem ser prestados em serviços de atenção terciária, dotados de arsenal médico de retaguarda, em virtude da complexidade das condições de saúde (ou de doenças) que estes pacientes apresentam. No entanto, os CP podem e



---

devem ser prestados no domicílio, na atenção primária, na atenção especializada e obviamente na atenção terciária, bem como nos hospícios.

De acordo com Rego e Palácios (2006) a qualidade de morte ou qualidade do fim da vida, exige cuidados humanizados específicos de vários profissionais, sendo este um processo que permeia todas as idades e gêneros, podendo ocorrer em crianças e adolescentes, assim como nos indivíduos adultos e idosos.

Corroborando, Cruz *et al.* (2016) ressaltam que a equipe multidisciplinar de abordagem dos CP é formada por vários profissionais, sendo mencionados médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistente espiritual e dentistas, dentre outros.

De acordo com o exposto pode-se considerar que os CP se fundamentam em ciência, se constrói na multidisciplinaridade, tendo como foco o indivíduo / família, auxiliando-os no enfrentamento da finitude, seja por meio de ações e medidas que possam aliviar a dor, em toda a sua dimensão, e demais sintomas indesejáveis, permeando pelos princípios da benevolência, respeito, dignidade humana e qualidade de vida. Desta forma, desmistifica-se a concepção de que cuidados paliativos se traduz em eutanásia.

#### REFERÊNCIAS

CRUZ, R. A. O.; ARRUDA, A. J. C. G.; AGRA, G.; COSTA, M. M. L.; NÓBREGA, V. K. M. Reflexões Acerca Dos Cuidados Paliativos no Contexto da Formação em Enfermagem. *Revista de Enfermagem - UFPE [online]*, Recife, v.10, n. 8, p. 3101-3107, 2016.

GIROND, Juliana Balbinot Reis; WATERKEMPER, Roberta. SEDAÇÃO, EUTANÁSIA E O PROCESSO DE MORRER DO PACIENTE COM CÂNCER EM CUIDADOS PALIATIVOS: COMPREENDENDO CONCEITOS E INTER-RELAÇÕES. *Revista Cogitare Enfermagem*, [S.l.], v. 11, n. 3, dez. 2006.

EICH, Melisse et al. Princípios e valores implicados na prática da sedação paliativa e a eutanásia. *Revista Interface - Comunicação, Saúde e Educação*. 2018. DOI: 10.1590/1807-57622016.0853

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Revista Ciência & Saúde coletiva [online]*, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>.

REGO, S., PALÁCIOS, M. A finitude humana e a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1755-1760, 2006.



---

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises* 2018.

WPCA: WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. 2014.



---

## Bases Fundamentais da Política Nacional de Cuidados Paliativos

A Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), conforme descrita pela 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) (BRASIL, 2018).

Podemos considerar como bases fundamentais da PNCP:

### 1. Definição

Art. 2 - Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

### 2. Objetivos

A PNCP descreve, dentre outros, os seguintes objetivos (Art. 3):

- ✦ Integrar os cuidados paliativos na rede de atenção à saúde.
- ✦ Promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.
- ✦ Incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar.
- ✦ Promover a disseminação de informação sobre os cuidados paliativos na sociedade.
- ✦ Ofertar medicamentos que promovam o controle dos sintomas dos pacientes em cuidados paliativos.

### 3. Princípios dos Cuidados Paliativos

São princípios da PNCP (MATSUMOTO, 2012):

- ✦ Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis.



- 
- ✦ Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida.
  - ✦ Não acelerar nem adiar a morte.
  - ✦ Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente.
  - ✦ Oferecer um sistema de suporte que possibilite o viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte.
  - ✦ Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto.
  - ✦ Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto.
  - ✦ Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença.
  - ✦ Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com tratamentos modificadores da doença. Incluir toda a investigação necessária para compreender qual o melhor tratamento e manejo dos sintomas apresentados

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro/Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 23 de novembro de 2018; Seção 1, p. 276.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado 2ª edição, ago. 2012.



---

## Atribuições da Comissão de Cuidados Paliativos

O Ministério da Saúde (2018) por meio da Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos CP, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS) descreve, no art. 2º, que “cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar”, desta forma uma Comissão de Cuidados Paliativos deve ser constituída por profissionais de diversas áreas de competências e estar muito bem treinada sobre os princípios dos Cuidados Paliativos (CP).

Para atendimento do paciente em CP, a equipe multidisciplinar deve ser constituída minimamente por médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social. Maciel (2012), ainda refere que uma equipe multidisciplinar completa contempla, além dos profissionais já citados, a participação de fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e nutricionista, podendo se estender a outros profissionais conforme a demanda de necessidades de atendimento do paciente/família.

Para Maciel (2012) os princípios de atuação de uma equipe de Cuidados Paliativos são:

- ✦ Reconhecimento e alívio da dor e de outros sintomas, qualquer que seja sua causa e natureza.
- ✦ Reconhecimento e alívio do sofrimento psicossocial, incluindo o cuidado apropriado para familiares ou círculo de pessoas próximas ao doente.
- ✦ Reconhecimento e alívio do sofrimento espiritual/existencial.
- ✦ Comunicação sensível e empática entre profissionais, pacientes, parentes e colegas.
- ✦ Respeito à verdade e honestidade em todas as questões que envolvem pacientes, familiares e profissionais.
- ✦ Atuação sempre em equipe multiprofissional, em caráter interdisciplinar.

De acordo com o MS (2020, p. 33) para que o cuidado seja efetivo no atendimento das necessidades dos paciente é necessário que os profissionais assumam o comportamento de:

- ✦ Aceitar a história do indivíduo, seus sentimentos e dificuldades;
- ✦ Ter curiosidade e interesseem saber o que o paciente conta;
- ✦ Ser empático;





- 
- ✦ Aprender a ouvir, acolher e respeitar os valores dos pacientes/familiares, que sejam diferentes do profissional;
  - ✦ Expressar emoções de maneira suave e conectada, buscando prazer na relação com o cuidado.

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro/Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 23 de novembro de 2018; Seção 1, p. 276.

MACIEL, Maria Goretti Sales. Organização de Serviços de Cuidados Paliativos. IN: Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado 2ª edição, ago. 2012.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. IN: Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado 2ª edição, ago. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Cuidados Paliativos / Coord. Maria Peres Soares D'Alessandro, Carina TischelerPires, Daniel Neves Forte.. (et al.) – São Paulo: Hospital Sírio Libanês, Ministério da Saúde; 2020, 175p.



---

## Organização, elegibilidade e fluxo para atendimento de pacientes em Cuidados Paliativos

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) os Cuidados Paliativos (CP) devem ser organizados em “uma assistência pautada em conceitos e princípios e adaptada à realidade de cada país ou região” (MACIEL, 2012).

A Comissão de Cuidados Paliativos, de acordo com Maciel (2012) deve ter por objetivos:

- ✦ A resolução ágil de uma intercorrência no curso de uma doença avançada.
- ✦ O cuidado pertinente à fase final da vida.
- ✦ O cuidado prolongado a doentes incapacitados.
- ✦ A reabilitação de pacientes gravemente incapacitados após acidente vascular ou traumático recente, em fase pós-crítica, mas, de grande vulnerabilidade.
- ✦ O cuidado a doentes com falência funcional avançada, com períodos de instabilidade clínica e necessidades de intervenções proporcionais.

Corroborando, Brasil (2018) descreve no art. 3º que “a organização dos cuidados paliativos deverá ter como objetivos”:

- I- Integrar os cuidados paliativos na rede de atenção à saúde;
- II- Promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes;
- III- Incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar;
- IV- Fomentar a instituição de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos no ensino de graduação e especialização dos profissionais de saúde;
- V- Ofertar educação permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS;
- VI- Promover a disseminação de informação sobre os cuidados paliativos na sociedade;
- VII- Ofertar medicamentos que promovam o controle dos sintomas dos pacientes em cuidados paliativos; e



---

VIII- Pugnar pelo desenvolvimento de uma atenção à saúde humanizada, baseada em evidências, com acesso equitativo e custo efetivo, abrangendo toda a linha de cuidado e todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, domiciliar e integração com os serviços especializados.

De acordo com o art. 2º, parágrafo único, “será elegível para cuidados paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição” (BRASIL, 2018). Porém, para Marucci et al. (2016, p. 146), a elegibilidade de pacientes para CP consiste em um grande “desafio para os serviços de saúde”, apontando que vários estudos sugerem “como uma opção para indicação de CP a avaliação do grau de capacidade e de dependência funcional, utilizando, por exemplo, a Escala de Performance de Karnofsky (EPK), na qual indivíduos com escore de 50% ou menos são considerados com alto risco de terminalidade”, recomendam também a utilização da “ferramenta Palliative Care Screening Tool (PCST), que, além de utilizar um componente de avaliação funcional, associa a presença de doenças primárias, secundárias e de outras condições que indicam a necessidade de CP”.

A Escala de Performance de Karnofsky (EPK) é uma escala que avalia “o desempenho dos pacientes por meio da capacidade física e da autossuficiência, com pontuação variando entre 10% a 100%”, onde a maior pontuação aponta pacientes sem limitações e a pontuação menor a 50% “alto risco de morte, classificando o paciente para a terminalidade, sendo indicados para os Cuidados Paliativos (CABIANCA et al., 2017, p.3; MARCUCCI et al., 2016).

Corroborando, Gomes e Santos (2016) referem que a EPK é uma escala de avaliação que pode ser utilizada para indicar pacientes para elegibilidade de CP, sem se preocupar com a patologia do paciente.

De acordo com Silva (2018), a EPK deve ser interpretada de acordo com as condições do paciente, contudo, deve ser utilizada com muito cuidado. Os dados coletados podem ser subjetivos e não quantificando de forma adequada a condição do paciente, necessitando de uma discussão multidisciplinar com foco na abordagem clínica do paciente para subsidiar a conduta terapêutica. O Quadro 1 apresenta os critérios avaliados pela EPK e suas respectivas pontuações.



Quadro 1 – Estrutura da Escala de Performance de Karnofsky (EPK)

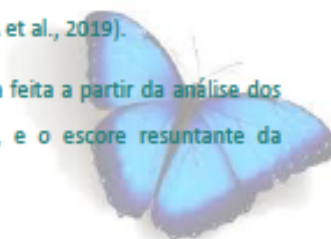
Gradação (%)	Interpretação (significado)
100	Sem sinais ou queixas; sem evidência de doenças.
90	Realiza atividades habituais; poucos sinais e sintomas da doença.
80	Realiza atividades habituais com esforço. Alguns sinais e sintomas da doença.
70	Cuida de si mesmo. Ainda é capaz de trabalhar.
60	Requer assistência ocasional, não é capaz de realizar atividades habituais ou trabalhar.
50	Necessita de cuidados frequentes e assistência médica.
40	Incapaz de realizar qualquer atividade; requer cuidados e assistência médica especiais.
30	Extremamente incapacitada, necessita hospitalização, sem sinal de morte iminente.
20	Muito doente, necessita de medidas de suporte, hospitalização necessária.
10	Moribundo, morte iminente.
0	Morte.

Fonte: Silva, Alexandre Ernesto. Critérios de elegibilidade para cuidado paliativo à pessoa adulta. Belo Horizonte: Nescor/UFMG, 2018.

Para Clara et al. (2019, p.2), a escala Palliative Care Screening Tool (PCST) desenvolvida pelo Center to Advance Palliative Care (CAPC) é utilizada para a indicação ou não de pacientes para cuidados paliativos seguindo os seguintes critérios de avaliação: "doença de base, doenças associadas, condição funcional do paciente e condições pessoais do paciente", que ao final tem como resultado a necessidade ou não de cuidados paliativos".

Para os autores a escala PCST pode avaliar com mais precisão a elegibilidade de pacientes para os CP por ser uma escala mais abrangente, sua indicação de utilização permite na indicação do CP que o paciente não sofra por excesso de terapias desnecessárias, objetivando desta forma, um cuidado paliativo direcionado às necessidades do paciente em sua finitude (CLARA et al., 2019).

De acordo com Clara et al. (2019) a utilização da escala PCST é feita a partir da análise dos quatro critérios apresentandos, conforme apresentado no Quadro 2, e o escore resuntante da



somatória destes critérios é o que irá determinar a elegibilidade do paciente para os CO, sendo que escores iguais ou maior que quatro pontos elegem o paciente para os CP. Porém, os autores ressaltam que escores iguais a três pontos devem ser considerados, devendo a equipe multidisciplinar manter o paciente em constante observação das suas condições clínicas, atentando-se para agravamentos.

Quadro 2 – Escala Palliative Care Screening Tool (PCST) para elegibilidade de pacientes para Cuidados Paliativos

Critérios	Avaliação	Pontuação
Doenças de Base	1. Câncer-metástase ou recidiva	2
	2. Doença pulmonar obstrutiva crônica DPOC avançada- repetidas exacerbações.	2
	3. Sequela de acidente vascular cerebral (AVC) - decréscimo de função motora maior ou igual 25%.	2
	4. Insuficiência renal grave – clearance de creatinina <10ml/min.	2
	5. Insuficiência cardíaca grave – insuficiência cardíaca congestiva (ICC) com fração de ejeção (FE) do ventrículo esquerdo FE< 25%, miocardiopatia ou insuficiência coronariana significativa.	2
	6. Outras doenças limitantes à vida do paciente	2
Doenças Associadas	1. Doença hepática	1
	2. Doença renal moderada – clearance de creatinina < 60ml/min.	1
	3. DPOC moderada – quadro clínico estável	1
	4. ICC moderada - quadro clínico estável	1
	5. Outras doenças associadas – o conjunto delas vale 1 ponto	1
Condição Funcional do paciente	1. Condição funcional do paciente – Esse critério avalia o grau de deficiência do paciente, levando em consideração a capacidade de realizar atividades habituais do cotidiano, atos de cuidados pessoais e número de horas confinado ao leito ou à cadeira de rodas.	
	2. Pontua-se 0 (paciente totalmente independente, ativo, que não possui restrições) até 4 (completamente dependente, necessita de ajuda em período integral, confinado à cama ou ao cadeirante).	
	Paciente totalmente independente, ativo, que não possui restrições.	0
	Paciente que requer assistência ocasionalmente, apresenta poucas restrições.	1
	Paciente que requer auxílio com frequência, apresenta restrições para realizar suas atividades habituais.	2
	Paciente que necessita de assistência, muito limitado ao leito e/ou cadeira.	3
Paciente totalmente dependente da assistência, totalmente restrito ao leito.	4	



Critérios	Avaliação	Pontuação
Condições pessoais do paciente	1.Necessita de ajuda para decisões complexas de tratamento e questões psicológicas ou espirituais não definidas.	1
	2.Histórico de internações recentes em serviços de emergências.	1
	3.Hospitalizações frequentes por descompensação da doença de base.	1
	4.Internações prolongadas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou paciente já internado em UTI com mau prognóstico.	1

Fonte: Quadro adaptado pelo autores a partir de Clara et al. (2019).

Uma outra escala utilizada para avaliação da capacidade funcional é a Escala Performance Status do Eastern Cooperative Oncology Group (PS-ECOG). Segundo Pereira et al. (2014) a escala PS-ECOG foi elaborada por Oken et al. em 1982 com o objetivo de avaliar como o paciente realiza suas atividades habituais de vida a partir do impacto causado pela doença. É uma escala que pontua de 0 (zero) a 5 (pontos), sendo que zero caracteriza o paciente totalmente ativo e 5 o classifica como morto, conforme se apresenta no Quadro 3.

Quadro 3 – Escala de Performance Status do Eastern Cooperative Oncology Group (PS-ECOG) para avaliação da capacidade funcional.

Índice	Avaliação da Capacidade Funcional
0	Totalmente ativo, capaz de continuar todo o desempenho de pré-doença, sem restrição
1	Restritos para atividade física extenuante, porém capazes de realizar um trabalho de natureza leve ou sedentária.
2	Completamente capaz para o autocuidado, mas incapaz de realizar quaisquer atividades de trabalho; fora do leito por mais de 50% do tempo.
3	Capacidade de autocuidado limitada, restrito ao leito ou à cadeira mais de 50% do tempo de vigília.
4	Completamente limitado, não pode exercer qualquer autocuidado; restrito ao leito ou à cadeira)
5	Morto.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de Pereira et al. (2014).



De acordo com Mauriz et al. (2014) vários são os critérios utilizados para elegibilidade de pacientes para os Cuidados Paliativos, conforme demonstrado no quadro 4, podendo classificar por grupos de condições a serem avaliadas, tais como: as condições do paciente e doenças de base.

Quadro 4 – Critérios utilizados para elegibilidade de pacientes para os Cuidados Paliativos a partir das condições do paciente e doenças de base.

DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES DO PACIENTE	1. Doença progressiva, incurável e avançada	
	2. Poucas possibilidades de resposta às terapêuticas curativas ou quando as complicações decorrentes destas forem inaceitáveis	
	3. Evolução clínica oscilante, caracterizada pelo surgimento de várias crises de necessidades ou reagudizações recorrentes	
	4. Grande impacto emocional ou social para o doente e sua família, relacionado de maneira explícita ou não à proximidade da morte	
	5. Prognóstico de vida reservado (estimado em menos de seis meses)	
6. Necessidade de adequação terapêutica ou das ações de investigação clínica		
7. Internação prolongada sem evidência de melhora		
8. Ser portador de uma doença progressiva e incurável e preferir não ser submetido a tratamento de prolongamento da vida		
DE ACORDO COM AS DOENÇAS DE BASE	DOENÇAS ONCOLÓGICAS	- Qualquer paciente com câncer metastático ou inoperável
	DOENÇAS CARDÍACAS	- Classe funcional NYHA IV - Fração de ejeção < 20% - Refratariedade ao tratamento otimizado, incluindo vasodilatadores - Outros fatores de mal prognóstico: arritmia sintomática resistente, história de parada cardíaca, embolia cardiogênica, história de acidente vascular cerebral.
	DOENÇAS PULMONARES	- Dispneia incapacitante - VEF1 < 30% - Cor pulmonale - Hipoxemia em oxigenioterapia com retenção de CO2 - Perda de peso não intencional
	SINDROMES DEMENCIAIS	- Incapacidade de andar (restrito ao leito ou cadeira) - Dependência considerável ou completa para atividades de vida diária - Incontinências - Impossibilidade de comunicação (menos de seis palavras inteligíveis) - Comprometimento nutricional a despeito de suporte adequado - Albumina sérica < 2,5 mg/dl - Visitas frequentes à emergência por sintomas de descompensação clínica



DE ACORDO COM AS DOENÇAS DE BASE	<b>SINDROME DE FRAGILIDADE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confinamento ao leito</li> <li>- Úlceras de pressão</li> <li>- Perda de peso não intencional</li> <li>- Albumina sérica &lt; 2,5 mg/dl</li> <li>- Visitas frequentes à emergência por sintomas de descompensação clínica</li> </ul>
	<b>ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (FASE AGUDA)</b>	<p>Paciente comatoso, com pelo menos um dos seguintes critérios (a partir do 3º dia de coma):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respostas de tronco cerebral anormais</li> <li>- Resposta verbal anormal</li> <li>- Ausência de retirada a estímulo doloroso</li> <li>- Creatinina sérica &gt; 1,5mg/dL</li> </ul>
	<b>ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (FASE CRÔNICA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baixo status funcional PPS &lt; 40%</li> <li>- Inabilidade de manter hidratação e oferta calórica com pelo menos um dos seguintes: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Perda de peso &gt;10% nos últimos 6 meses ou &gt;7,5% nos últimos 3 meses</li> <li>* Albumina sérica &lt; 2,5g/dL</li> <li>* História atual de pneumonia aspirativa não responsiva a intervenções de fonoterapia</li> <li>* Disfagia severa a ponto de impedir o paciente de receber fluidos ou alimentação necessários para sustentar a vida (sem receber nutrição ou hidratação artificial)</li> </ul> </li> <li>- Outros fatores de mal prognóstico: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Declínio funcional progressivo nos últimos 12 meses com complicações médicas frequentes;</li> <li>* Pneumonia aspirativa;</li> <li>* Pielonefrite;</li> <li>* Úlcera de pressão refratária estágio</li> <li>* Febre recorrente após antibióticos.</li> </ul> </li> </ul>
	<b>ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EXAMES DE IMAGEM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AVC hemorrágico não traumático: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Volume extenso: infratentorial &gt;20ml ou supratentorial &gt;50ml</li> <li>* Extensa inundação ventricular</li> <li>* Envolvimento cerebelar &gt;30% da área de superfície</li> <li>* Desvio de linha média &gt;1,5cm</li> <li>* Hidrocefalia obstrutiva em paciente com declínio do estado geral, ou que não seja candidato a derivação ventriculoperitoneal</li> </ul> </li> <li>- AVC trombótico ou embólico: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Infarto anterior extenso com envolvimento cortical e subcortical</li> <li>* Infarto bihemisférico extenso</li> <li>* Oclusão da artéria basilar</li> <li>* Oclusão bilateral da artéria vertebral</li> </ul> </li> </ul>
	<b>DOENÇAS RENAIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recusa de transplante renal ou procedimento dialítico</li> <li>- Clearance de creatinina &lt;15ml/min</li> <li>- Creatinina sérica &gt; 8mg/dl (6mg/dl se DM tipo II)</li> </ul>

(continua)



DE ACORDO COM AS DOENÇAS DE BASE	<b>PACIENTES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Admissão de paciente portador de uma ou mais condições crônicas limitantes, proveniente de instituições de longa permanência</li> <li>- Tempo prolongado de ventilação mecânica ou falhas repetidas nas tentativas de desmame</li> <li>- Falência múltipla de órgãos</li> <li>- Câncer metastático</li> <li>- Encefalopatia hipóxica</li> <li>- Sofrimento familiar que comprometa a tomada de decisões</li> </ul>
-------------------------------------	---	---

Fonte: Adaptado de Mauriz et al. (2014).

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro/Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 23 de novembro de 2018; Seção 1, p. 276.

CLARA, Maykel Gonçalves Santa et al. The Palliative Care Screening Tool as an instrument for recommending palliative care for older adults. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]. 2019, v. 22, n. 05 [Acessado 11 Junho 2021], e190143.

MACIEL, Maria Goretti Sales. Organização de Serviços de Cuidados Paliativos. In: Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado 2ª edição, ago. 2012.

MARCUCCI, Fernando Cesar Iwamoto et al. Identificação de pacientes com indicação de Cuidados Paliativos na Estratégia Saúde da Família: estudo exploratório. Cadernos Saúde Coletiva [online]. 2016, v. 24, n. 2, pp. 145-152.

MAURIZ, Patrícia et al. Protocolo Cuidados Paliativos. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar. 2014, disponível em:  
<[https://www.isgh.org.br/intranet/images/Servicos/Protocolos/isgh\\_protoco\\_cuidado\\_paliativo.pdf](https://www.isgh.org.br/intranet/images/Servicos/Protocolos/isgh_protoco_cuidado_paliativo.pdf)>

PEREIRA, Esdras Edgar Batista; SANTOS, Nadia Barreto dos; SARGES, Edilene do Socorro Nascimento Falcão. Avaliação da capacidade funcional do paciente oncogeriátrico hospitalizado. Revista Pan-Amazônica de Saúde (RPAS), Ananindeua, v. 5, n. 4, p. 37-44, dez. 2014.

SILVA, Alexandre Ernesto. Critérios de elegibilidade para cuidado paliativo à pessoa adulta. Biblioteca Virtual (BV) do Nescon - UFMG, Belo Horizonte, 2018.



---

*Capítulo 2 - Competências e Atuação dos  
Profissionais em Cuidados Paliativos*



---

## Multi e Interdisciplinaridade nas Ações de Cuidados Paliativos

Atualmente o Brasil vem vivenciando um crescimento na população idosa em decorrência de alterações nos “perfis demográfico e epidemiológico” populacionais. Nesse contexto há de se atentar “que a velhice é fator de risco para o desenvolvimento de doenças e que o avanço tecnológico, algumas vezes, pode acarretar condições inadequadas na vida das pessoas” (SILVEIRA et al., 2014, p. 8).

Embora o avanço tecnológico possa produzir vários efeitos positivos na assistência à saúde, ressalta-se também, que o seu uso pode acarretar na despersonalização das pessoas, sobretudo daquelas pessoas que estão em risco iminente de morte. A tecnologia pode parecer perfeita, mas, nem sempre esse é o resultado que se traduz, pois, segundo Silveira et al (2014), o avanço tecnológico pode causar um esfriamento humano, uma ausência de cuidado humanizado.

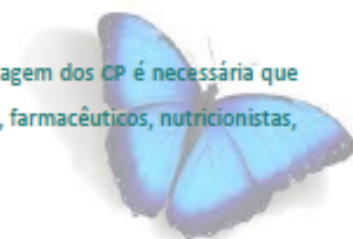
As pessoas enfermas ficam vulneráveis, expostas e dependentes de resultados terapêuticos provenientes do uso de máquinas, porém, tal tecnologia não supre a necessidade emocional/espiritual/psicológica inerente ao ser humano. E nessa perspectiva, Silveira et al. (2014) descrevem que nos cuidados paliativos (CP) o cuidado é o ponto central que objetiva o manejo dos sintomas que promovem o comprometimento da “qualidade de vida”, sendo muito importante a integração das ações de uma equipe multidisciplinar (SILVEIRA et al., 2014, p. 9).

Corroborando, Cruz et al. (2021, p. 417) reforçam que os CP objetivam “minimizar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam os problemas associados a doenças que ameaçam a vida”, envolvendo uma abordagem que contempla desde o diagnóstico precoce até o manejo da “dor e outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais”.

As intervenções, de acordo com Cruz et al. (2021), realizadas por meio desta abordagem estão classificadas em três níveis:

- ✦ Estado Físico: são utilizadas intervenções para manejo de sintomas como dor e náuseas;
- ✦ Estado Psicossocial: intervenções para identificação e manejo de medos, preocupações;
- ✦ Estado Espiritual: intervenções no campo da espiritualidade.

De acordo com Cruz et al. (2021, p. 417), para uma plena abordagem dos CP é necessária que haja o envolvimento de profissionais, tais como: “médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas,



---

assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, capelão, fonoaudiólogo, dentista e terapeuta ocupacional”, desta forma, os CP deverão ser conduzidos por uma equipe multiprofissional para o alcance da excelência na assistência paliativa.

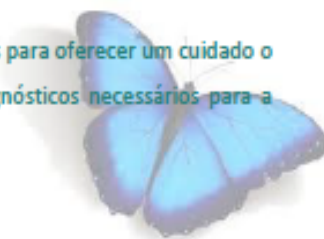
A Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA, 2014) ressalta os benefícios dos CP em pacientes com condições crônicas, além daqueles que possuem doenças que ameaçam ou limitam a vida. Esta afirmação pode revolucionar o cuidado em saúde, quando se pensa em alívio do sofrimento e da dor crônica, ou ainda quando se desenvolve um olhar ampliado aos efeitos sociais, psíquicos, emocionais, físicos e funcionais das comorbidades crônicas, que não tem cura, apenas podem ser controladas e acompanhadas.

Dando suporte aos CP, Brasil (2018) propõem por meio da Resolução número 41, de 31 de outubro de 2018, as diretrizes para a organização dos CP, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS) e, diante dessa Resolução, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, vem se organizando para que os hospitais do Estado constituam comissões de CP, compostas por equipe multidisciplinar, que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio de prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Para Picollo e Fachini (2018) é de suma importância que todos os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar estejam capacitados pra atender o paciente-família, transmitindo a estes segurança frente ao tratamento proposto, pois, por meio desta conduta pode-se obter melhores resultados na assistência paliativa.

Uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros profissionais da área de saúde, tem a responsabilidade de proporcionar o melhor cuidado para o paciente, capacitados para lidar adequadamente com os medos, angústias e sofrimentos do paciente e da família que estão constantemente presentes, agindo com respeito e ética frente à realidade da finitude humana e às necessidades do indivíduo doente (MACHADO; PESSINI; HOSSNE, 2007).

A equipe multiprofissional tem o objetivo principal de unir esforços para oferecer um cuidado o mais abrangente e completo possível, aplicando todos os recursos diagnósticos necessários para a



melhor compreensão e manejo dos sintomas, apresentando sempre o foco da melhora da qualidade de vida que pode influenciar positivamente no modo como o paciente lida com as questões relacionadas ao processo de adoecer (ANCP, 2007; SOUZA; CARPIGIANI, 2010).

Corroborando, Picollo e Fachini (2018, p. 90) enfatizam “sobre a importância de o atendimento ser realizado de forma integral, envolvendo todos os membros da equipe interdisciplinar e contemplando o paciente em sua totalidade”, entendendo que este atendimento deve ser realizado com qualidade abrangendo a sua “totalidade”, por meio do saber de cada profissional, sendo este capacitado para a abordagem dos CP e que cada profissional deve levar para discussão, compartilhando com a equipe multidisciplinar seus saberes para se “obter um resultado final satisfatório”.

#### REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil. Rio de Janeiro: Diagraphic. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro/Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 23 de novembro de 2018; Seção 1, p. 276.

CRUZ, Nayara Alves Oliveira da; NOBREGA, Matheus Rodrigues; GAUDÊNCIO, Marianne Ribeiro Barboza; FARIAS, Talinny Zubisarrânia Teoclaudyanny Teotônio de Farias; PIMENTA, Talita Saraiva; FONSECA, Rachel Cavalcanti. O papel da equipe multidisciplinar nos cuidados paliativos em idosos: Uma revisão integrativa. Revista Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.1, p. 414-434, jan. 2021.

MACHADO, K. D. G.; PESSINI, L.; HOSSNE, W. S. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. Revista BioEthikos - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 34-42, 2007.

PICOLLO, Daiana Paula; FACHINI, Mérlim. A atenção do enfermeiro ao paciente em cuidado paliativo. Revista de Ciências Médicas, Campinas, v. 27, n. 2, maio-jun. 2018.

SILVEIRA, Maria Helena; CIAMPONE, Maria Helena Trench; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online] (RBGG), Rio de Janeiro, v. 17, n. 01, p. 7-16, 2014.

SOUZA, K. C.; CARPIGIANI, B. D. Não ditos e entreditos: a comunicação em cuidados paliativos. Revista Psicologia: Teoria e Prática. v. 12, n. 1, p. 97-108, 2010.

WPCA: WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. 2014.



---

## Competências e Atuação dos Médicos em Cuidados Paliativos

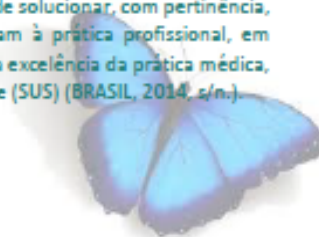
Para Pinelli et al. (2016, p. 541) o conceito de cuidados paliativos (CP), apresentado em 2014 pela Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA), se estende no objetivo de tratar de pessoas tanto em condições limitantes de vida quanto à pessoas que têm doenças crônicas tendo como foco as necessidades de cuidados dos pacientes e não a estimativa de tempo de vida ou prognóstico. Sendo necessária para esta abordagem a formação de uma equipe constituída por profissionais altamente capacitados para atender a demanda de pacientes nos “três níveis de complexidade: (i) conceitos gerais na formação de todos profissionais da área da saúde; (ii) conhecimentos básicos para atuação de médicos generalistas envolvidos na Atenção Primária à Saúde; (iii) formação de especialistas para assistência de casos de alta complexidade”.

Na formação do profissional médico a temática sobre o “processo de morrer” é abordado nas propostas curriculares com certa insipiência quanto ao preparo deste profissional para uma abordagem mais ampla no contexto dos cuidados paliativos, embora, na prática médica o “lidar e o cuidar de pacientes na fase final de vida” seja “um evento recorrente”. É certo afirmar que o desenvolvimento do conhecimento, habilidades e competências são inerentes à prática médica, tanto quanto na abordagem dos CP (PINELLI et al., 2016).

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2014, as competências do médico se fundamentam na formação generalista, “humanista, crítica, reflexiva e ética” assumindo um “compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana” permeando pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) como a universalidade, equidade e integralidade para atendimento de pessoas em estado de vulnerabilidade (BRASIL, 2014, s/n.)

De acordo com as DCNs de 2014, no Capítulo II – Das Áreas de Competência da Prática Médica, Art. 8º, parágrafo único:

[...] competência é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014, s/n.)

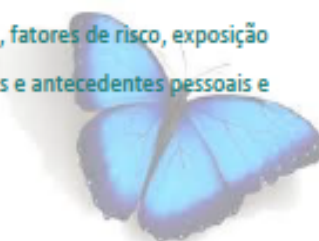


---

Dentre as inúmeras competências descritas nas DCNs para a formação do médico, conforme apresentado por Brasil (2014), podemos destacar:

#### 1. REALIZAÇÃO DA HISTÓRIA CLÍNICA

- a) Estabelecimento de relação profissional ética no contato com as pessoas sob seus cuidados, familiares ou responsáveis;
- b) Identificação de situações de emergência, desde o início do contato, atuando de modo a preservar a saúde e a integridade física e mental das pessoas sob cuidado;
- c) Orientação do atendimento às necessidades de saúde, sendo capaz de combinar o conhecimento clínico e as evidências científicas, com o entendimento sobre a doença na perspectiva da singularidade de cada pessoa;
- d) Utilização de linguagem compreensível no processo terapêutico, estimulando o relato espontâneo da pessoa sob cuidados, tendo em conta os aspectos psicológicos, culturais e contextuais, sua história de vida, o ambiente em que vive e suas relações sociofamiliares, assegurando a privacidade e o conforto;
- e) Favorecimento da construção de vínculo, valorizando as preocupações, expectativas, crenças e os valores relacionados aos problemas relatados trazidos pela pessoa sob seus cuidados e responsáveis, possibilitando que ela analise sua própria situação de saúde e assim gerar autonomia no cuidado;
- f) Identificação dos motivos ou queixas, evitando julgamentos, considerando o contexto de vida e dos elementos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e a investigação de práticas culturais de cura em saúde, de matriz afro-indígena-brasileira e de outras relacionadas ao processo saúde-doença;
- g) Orientação e organização da anamnese, utilizando o raciocínio clínico-epidemiológico, a técnica semiológica e o conhecimento das evidências científicas;
- h) Investigação de sinais e sintomas, repercussões da situação, hábitos, fatores de risco, exposição às iniquidades econômicas e sociais e de saúde, condições correlatas e antecedentes pessoais e familiares; e



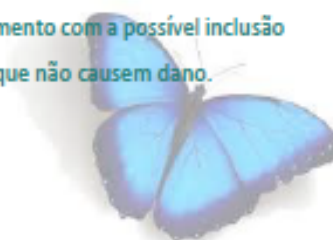
- 
- i) Registro dos dados relevantes da anamnese no prontuário de forma clara e legível.

## 2. REALIZAÇÃO DO EXAME FÍSICO

- a) Esclarecimento sobre os procedimentos, manobras ou técnicas do exame físico ou exames diagnósticos, obtendo consentimento da pessoa sob seus cuidados ou do responsável;
- b) Cuidado máximo com a segurança, privacidade e conforto da pessoa sob seus cuidados;
- c) Postura ética, respeitosa e destreza técnica na inspeção, apalpação, ausculta e percussão, com precisão na aplicação das manobras e procedimentos do exame físico geral e específico, considerando a história clínica, a diversidade étnico-racial, de gênero, de orientação sexual, linguístico-cultural e de pessoas com deficiência;
- d) Esclarecimento, à pessoa sob seus cuidados ou ao responsável por ela, sobre os sinais verificados, registrando as informações no prontuário, de modo legível.

## 3. FORMULAÇÃO DE HIPÓTESES

- a) Estabelecimento de hipóteses diagnósticas mais prováveis, relacionando os dados da história e exames clínicos;
- b) Prognóstico dos problemas da pessoa sob seus cuidados, considerando os contextos pessoal, familiar, do trabalho, epidemiológico, ambiental e outros pertinentes;
- c) Informação e esclarecimento das hipóteses estabelecidas, de forma ética e humanizada, considerando dúvidas e questionamentos da pessoa sob seus cuidados, familiares e responsáveis;
- d) Estabelecimento de oportunidades na comunicação para mediar conflito e conciliar possíveis visões divergentes entre profissionais de saúde, pessoa sob seus cuidados, familiares e responsáveis; e
- e) Compartilhamento do processo terapêutico e negociação do tratamento com a possível inclusão das práticas populares de saúde, que podem ter sido testadas ou que não causem dano.





---

#### 4. PROMOÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA

- a) Proposição e explicação, à pessoa sob cuidado ou responsável, sobre a investigação diagnóstica para ampliar, confirmar ou afastar hipóteses diagnóstica [...];
- b) Solicitação de exames complementares, com base nas melhores evidências científicas, conforme as necessidades da pessoa sob seus cuidados, avaliando sua possibilidade de acesso aos testes necessários;
- c) Avaliação singularizada das condições de segurança da pessoa sob seus cuidados, considerando-se eficiência, eficácia e efetividade dos exames;
- d) Interpretação dos resultados dos exames realizados, considerando as hipóteses diagnósticas, a condição clínica e o contexto da pessoa sob seus cuidados; e
- e) Registro e atualização, no prontuário, da investigação diagnóstica, de forma clara e objetiva.

#### 5. AVALIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE PLANOS TERAPÊUTICOS

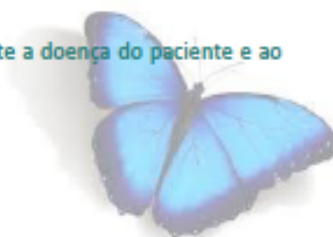
- a) Estabelecimento, a partir do raciocínio clínico-epidemiológico em contextos específicos, de planos terapêuticos, contemplando as dimensões de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação;
- b) Discussão do plano, suas implicações e o prognóstico, segundo as melhores evidências científicas, as práticas culturais de cuidado e cura da pessoa sob seus cuidados e as necessidades individuais e coletivas;
- c) Promoção do diálogo entre as necessidades referidas pela pessoa sob seus cuidados ou responsável, e as necessidades percebidas pelos profissionais de saúde, estimulando a pessoa sob seus cuidados a refletir sobre seus problemas e a promover o autocuidado;
- d) Estabelecimento de pacto sobre as ações de cuidado, promovendo a participação de outros profissionais, sempre que necessário;
- e) Implementação das ações pactuadas e disponibilização das prescrições e orientações legíveis, estabelecendo e negociando o acompanhamento ou encaminhamento da pessoa sob seus cuidados com justificativa;



- 
- f) Informação sobre situações de notificação compulsória aos setores responsáveis;
  - g) Consideração da relação custo-efetividade das intervenções realizadas, explicando-as às pessoas sob cuidado e familiares, tendo em vista as escolhas possíveis;
  - h) Atuação autônoma e competente nas situações de emergência mais prevalentes de ameaça à vida;
  - i) Exercício competente em defesa da vida e dos direitos das pessoas.
  - j) Acompanhamento e avaliação da efetividade das intervenções realizadas e consideração da avaliação da pessoa sob seus cuidados ou do responsável em relação aos resultados obtidos, analisando dificuldades e valorizando conquistas;
  - k) Favorecimento do envolvimento da equipe de saúde na análise das estratégias de cuidado e resultados obtidos;
  - l) Revisão do diagnóstico e do plano terapêutico, sempre que necessário;
  - m) Explicação e orientação sobre os encaminhamentos ou a alta, verificando a compreensão da pessoa sob seus cuidados ou responsável; e
  - n) Registro do acompanhamento e da avaliação do plano no prontuário, buscando torná-lo um instrumento orientador do cuidado integral da pessoa sob seus cuidados.

Para Pinelli et al. (2016, p. 543), além das competências apresentadas por Brasil (2014) para o desempenho do papel do médico, para uma efetiva abordagem dos CP, os médicos devem:

1. Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis;
2. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida;
3. Não acelerar nem adiar a morte;
4. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
5. Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte;
6. Oferecer um sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e ao enfrentar o luto;



- 
7. Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;
  8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
  9. Iniciar o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Resolução CNE/CES 3/2014. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11.

PINELI, Paula Pereira et al. Cuidado Paliativo e Diretrizes Curriculares: Inclusão Necessária. *Revista Brasileira de Educação Médica* [online], Brasília, v. 40, n. 4, pp. 540-546. 2016.



---

## Competências e Atuação dos Enfermeiros em Cuidados Paliativos

A assistência em cuidados paliativos (CP) abre precedentes a uma modalidade de cuidados a ser implementada pela equipe multiprofissional e, sendo o enfermeiro o profissional que está ligado diretamente à frente dos cuidados que visam estratégias que viabilizam a prática assistencial direta a estes pacientes e seus familiares, cabe a ele utilizar suas habilidades para promover alívio ao processo de sofrimento (ALVES et al., 2017; FERNANDES, 2013).

Para Silva et al. (2011), o processo de formação do enfermeiro vem de encontro aos modelos de atenção à saúde propostos pelo SUS, promovendo mudanças nas DCNs dos Cursos de Graduação em Enfermagem, onde ao longo de seu processo de ensino-aprendizagem, o futuro enfermeiro deve desenvolver seis competências gerais, sendo: 1- atenção à saúde, 2- tomada de decisão, 3- comunicação, 4- liderança, 5- administração e gerenciamento e, 6- educação permanente, sendo sua "formação generalista, humanista, crítica e reflexiva" e, trinta e três competências específicas, sendo que a formação deve atender as "necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento" (BRASIL, 2001).

Segundo Picollo e Fachini (2018) a abordagem dos CP nos leva a refletir sobre a qualidade e humanização do atendimento com o objetivo de promover a qualidade de vida aos pacientes sob este cuidado. Promover a qualidade de vida aos pacientes é dar-lhes a oportunidade de exercer sua autonomia e participar das tomadas de decisões além de ter a garantia do controle da dor e o uso de terapêuticas que não prolonguem o seu sofrimento, preservando a sua dignidade.

Nesse processo de humanização da assistência o papel do enfermeiro é de suma importância, pois, de acordo com Picollo e Fachini (2018), a dinâmica de trabalho vivenciada pela equipe de enfermagem permite maior tempo e aproximação com o paciente/família proporcionando ao enfermeiro "uma facilidade maior para a criação de vínculo". O vínculo, como descrito pelos autores, é uma das intervenções necessárias para que a autonomia possa ser um direito respeitado e, e utilizar a escuta ativa para a criação e fortalecimento do vínculo com o paciente/família.



---

Outra habilidade e competência que o enfermeiro pode utilizar para a aproximação com o paciente/família é a empatia. Para Picollo e Fachini (2018, p.89), a empatia pode ajudar o enfermeiro no entendimento das “angústias apresentadas pelo paciente duante o tratamento”.

Markus et al. (2017) descrevem que o enfermeiro presta assistência de enfermagem desde o atendimento das necessidades do paciente por meio de orientações e realização de procedimentos, bem como, na abordagem com a família que os acompanha no tratamento.

O enfermeiro atua diretamente na assistência ao paciente em CP, promovendo conforto; qualidade de vida; apoio ao paciente/família; assistência humanizada; comunicação efetiva; bem-estar e carinho por meio de uma relação fundamentada no respeito, na humanização e na confiança (MARKUS et al., 2017).

Para atuação no manejo dos CP é necessário que os profissionais de saúde desenvolvam habilidades no campo da compreensão da “morte como um processo natural da vida”, devendo dar apoio tanto para o paciente quanto para a família proporcionando-lhes todas as informações sobre a terapêutica dos CP e, desta forma, gerenciar os conflitos provenientes dos tabus existentes em torno da abordagem dos CP (FLORIANO BRABO; LAPRANO, 2018).

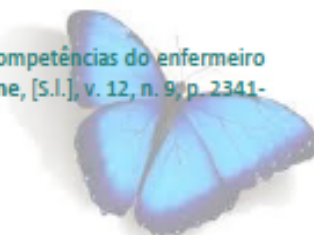
#### REFERÊNCIAS

ALVES, M. O.; MAGALHÃES, S. C. M.; COELHO, B. A. A regionalização da saúde e a assistência aos usuários com câncer de mama. *Saúde e Sociedade* [online]. v. 26, n. 1, p. 141-154, 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União*. Brasília, 9 nov., 2001d; Seção 1, p. 37.

FERNANDES, M. A. et al. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2589-2596, Set. 2013.

FLORIANO BRABO, Bruna Christine; GOMES GROSSI LAPRANO, Manoela. Competências do enfermeiro para o cuidado paliativo em cardiologia. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, [S.l.], v. 12, n. 9, p. 2341-2348, Set. 2018.



---

MARKUS, Lucimara Andréia et al. A atuação do enfermeiro na assistência ao paciente em cuidados paliativo. *Revista Gestão & Saúde*, v. 17, supl. 1, p. 71-81, 2017.

SILVA, M. J.; SOUSA, E. M.; FREITAS, C. L. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 64, n. 2, p. 315-321, Abr. 2011.



---

## Competências e Atuação dos Fisioterapeutas em Cuidados Paliativos

De acordo com as recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o Curso de Graduação em Fisioterapia descritas no eixo Conhecimentos Biotecnológicos, os conteúdos para a formação do profissional fisioterapeuta devem permear pelos “avanços biotecnológicos utilizados nas ações fisioterapêuticas que permitam incorporar as inovações tecnológicas inerentes a pesquisa e a prática clínica fisioterapêutica” e no eixo dos “Conhecimentos Fisioterapêuticos - compreende a aquisição de amplos conhecimentos na área de formação específica da Fisioterapia” (BRASIL, 2002, s/n.).

Os cursos para formação de profissionais de saúde, em sua grande maioria, não contemplam a abordagem das “necessidades dos pacientes terminais como pessoas e sim como estados patológicos, resultando em profissionais que se baseiam em evidências plenas com resultados controlados significantes, mas que não conseguem realizar boa anamnese por não dar crédito ao que o paciente relata”, priorizando uma formação voltada para a “qualidade técnica e científica” (REIS JUNIOR; DOS REIS, 2007).

Os pacientes/famílias que se encontram no enfrentamento de doenças que “ameaçam a vida” apresentam inúmeras necessidades decorrentes do seu processo de saúde-doença, sendo o controle da dor e o sofrimento físico, bem como “psicossocial e espiritual” as necessidades mais prevalentes. Tais necessidades demandam a implementação de intervenções e ações de uma equipe multidisciplinar, onde destacamos o profissional fisioterapeuta (OLIVEIRA et al., 2019, 428).

Para Reis Júnior e Dos Reis (2018, p. 132), o papel do fisioterapeuta, dentro da equipe multidisciplinar se estabelece, além das intervenções técnicas, nas ações de “ajudar o paciente a manter sua identidade; apoiá-lo na manutenção de vida ativa até a morte; gerar conforto; treinar habilidades remanescentes; promover atividade corporal; manter a autonomia dos pacientes; incentivar a convivência com a família e amigos; orientar os cuidadores”.

Para Reis Júnior e Dos Reis (2007, p. 132), quanto às intervenções técnicas, o profissional fisioterapeuta pode atuar:



---

1. Na identificação, controle e melhora dos sintomas causados por “fadiga; dispneia; déficit de locomoção; perda da funcionalidade; ansiedade; espasmo muscular; dor; fraqueza; acúmulo de secreção; úlcera por pressão; perda do equilíbrio; contratura; constipação; depressão; edema”.

2. As intervenções fisioterapêuticas que podem contribuir para a melhora do conforto e qualidade de vida dos pacientes são:

- ✦ Massagem de conforto;
- ✦ Movimentação passiva, ativo-assistida e ativas;
- ✦ Posicionamento e transferência;
- ✦ Mudança de decúbito;
- ✦ Infravermelho;
- ✦ Estimulação elétrica transcutânea;
- ✦ Compressão e elevação;
- ✦ Vibrocompressão;
- ✦ Drenagem postural;
- ✦ Respiração diafragmática;
- ✦ Estímulo à tosse;
- ✦ Aspiração;
- ✦ Prescrição de auxílio para marcha;
- ✦ Treino de deambulação

O fisioterapeuta desempenha papel de suma importância, dentro da equipe multiprofissional, na abordagem dos cuidados paliativos (CP), pois, auxilia na promoção do controle “dos sintomas, maximiza as habilidades funcionais remanescentes, promove educação e orientação aos cuidadores, mantém a autonomia dos pacientes, seu senso de identidade em meio a ambientes às vezes inóspitos e propicia e incentiva uma convivência maior com a família e os amigos queridos” (REIS JÚNIOR; DOS REIS, 2007, p. 132).





Corroborando, Oliveira et al. (2019, p. 429), afirmam que as competências e habilidades do fisioterapeuta, na abordagem de pacientes em CP, se estabelece nas “principais intervenções fisioterapêuticas” com destaque para o uso de:

- ✦ Métodos analgésicos: uso do TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation – Neuroestimulação Elétrica Transcutânea); crioterapia (utilização de baixas temperaturas para controle de processos inflamatórios) e terapia manual;
- ✦ Intervenções nos sintomas psicofísicos, como depressão e estresse: utilização de técnicas de relaxamento e atividade física (técnicas de relaxamento e atividade física);
- ✦ Intervenções para complicações osteomioarticulares: promoção de exercícios resistidos, aeróbicos e com descarga de peso),
- ✦ Intervenções para complicações linfáticas: utilização de drenagem linfática manual, eletroterapia, aparelhos de compressão pneumática, bandagens elásticas e mobilização passiva e ativa;
- ✦ Manejo para controle e melhora da fadiga: uso de exercícios físicos e técnicas de conservação de energia);
- ✦ Intervenções para controle e melhoria da função pulmonar: exercícios de controle respiratório, técnicas de conservação de energia, técnicas de higiene brônquica, posicionamento, técnicas de relaxamento, oxigenoterapia, ventilação mecânica invasiva e não invasiva),
- ✦ Manejo para controle e prevenção de úlceras de pressão e as particularidades do tratamento pediátrico.

Tais atribuições são concernentes com as competências e habilidades das DCNs descritas para o Curso de Graduação em Fisioterapia, que, de acordo com a Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002, em seu art. 5º, aponta que o profissional fisioterapeuta, dentre outras competências, deve:

- I. Respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;
- II. Atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;



Corroborando, Oliveira et al. (2019, p. 429), afirmam que as competências e habilidades do fisioterapeuta, na abordagem de pacientes em CP, se estabelece nas “principais intervenções fisioterapêuticas” com destaque para o uso de:

- ✦ Métodos analgésicos: uso do TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation – Neuroestimulação Elétrica Transcutânea); crioterapia (utilização de baixas temperaturas para controle de processos inflamatórios) e terapia manual;
- ✦ Intervenções nos sintomas psicofísicos, como depressão e estresse: utilização de técnicas de relaxamento e atividade física (técnicas de relaxamento e atividade física);
- ✦ Intervenções para complicações osteomioarticulares: promoção de exercícios resistidos, aeróbicos e com descarga de peso),
- ✦ Intervenções para complicações linfáticas: utilização de drenagem linfática manual, eletroterapia, aparelhos de compressão pneumática, bandagens elásticas e mobilização passiva e ativa;
- ✦ Manejo para controle e melhora da fadiga: uso de exercícios físicos e técnicas de conservação de energia);
- ✦ Intervenções para controle e melhoria da função pulmonar: exercícios de controle respiratório, técnicas de conservação de energia, técnicas de higiene brônquica, posicionamento, técnicas de relaxamento, oxigenoterapia, ventilação mecânica invasiva e não invasiva),
- ✦ Manejo para controle e prevenção de úlceras de pressão e as particularidades do tratamento pediátrico.

Tais atribuições são concernentes com as competências e habilidades das DCNs descritas para o Curso de Graduação em Fisioterapia, que, de acordo com a Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002, em seu art. 5º, aponta que o profissional fisioterapeuta, dentre outras competências, deve:

- I. Respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;
- II. Atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;



- 
- XII. Manter a confidencialidade das informações, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral;
  - XIII. Encaminhar o paciente, quando necessário, a outros profissionais relacionando e estabelecendo um nível de cooperação com os demais membros da equipe de saúde;
  - XIV. Manter controle sobre a eficácia dos recursos tecnológicos pertinentes à atuação fisioterapêutica garantindo sua qualidade e segurança.

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Diário Oficial da União. Brasília, 4 mar. 2002a; Seção 1, p.11.

OLIVEIRA, Talita de; BOMBARDA; Tatiana Barbieri; MORIGUCHI, Cristiane Shinohara. Fisioterapia em cuidados paliativos no contexto da atenção primária à saúde: ensaio teórico. *Cadernos Saúde Coletiva* [online]. v. 27, n. 4, p. 427-431. 2019.

REIS JÚNIOR, Luiz Carlos dos; DOS REIS, Paula Elisa Avelar Maia. CUIDADOS PALIATIVOS NO PACIENTE IDOSO: o papel do fisioterapeuta no contexto multidisciplinar. *Revista Fisioterapia em Movimento*, [S.l.], v. 20, n. 2, ago. 2017. ISSN 1980-5918.



---

## Competências e Atuação dos Assistentes Sociais em Cuidados Paliativos

O Assistente Social é o profissional que trabalha no âmbito da Seguridade Social, elaborando e promovendo intervenções para enfrentamento das necessidades sociais, tendo como enfoque a promoção do “exercício pleno da cidadania”, a inserção dos usuários nos programas assistenciais e a garantia dos direitos sociais comum a quer cidadão, principalmente, no âmbito das políticas sociais como educação, saúde e outras (BRASIL, 2001, s/n.).

As competências e habilidades descritas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), por Brasil (2001), para a formação do Assistente Social são, dentre outras:

- I. Identificar as demandas presentes na sociedade, visando a formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social;
- II. Elaborar, executar e avaliar planos, programas e projetos na área social;
- III. Contribuir para viabilizar a participação dos usuários nas decisões institucionais;
- IV. Planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais;
- V. Prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública, empresas privadas e movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais e à garantia dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- VI. Orientar a população na identificação de recursos para atendimento e defesa de seus direitos;
- VII. Realizar visitas, perícias técnicas, laudos, informações e pareceres sobre matéria de Serviço Social.

A atuação do Assistente Social como membro da equipe multidisciplinar na abordagem dos cuidados paliativos (CP) vem sendo discutida como destaque frente a necessidade de organizar as ações, aprimorando a assistência mediante a demanda de pacientes e família, nortendo desta forma a qualidade desta assistência com foco nos direitos de liberdade e respeito (SILVA; MIRANDA, 2019).

Para Silva e Miranda (2019) as intervenções realizadas pelo Assistente Social frente a abordagem dos CP estão relacionadas aos contextos:



- 
- ✦ Trabalho interdisciplinar: o Assistente Social é o elo entre o paciente/família e equipe multidisciplinar, devendo estabelecer uma relação fundamentada nos princípios da confiabilidade, segurança, veracidade e respeito, utilizando a ferramenta da comunicação para o fortalecimento deste elo;
  - ✦ Identificação e análise das condições sociais do paciente/família: identificar e avaliar as condições sociais reais e a relação destas frente as propostas terapêuticas apresentadas pela equipe multidisciplinar, tornando de fácil entendimento, para ambos (equipe multidisciplinar e paciente/família) os pontos que podem fortalecer ou serem barreiras para as garantias dos direitos sociais;
  - ✦ Contribuir com o compartilhamento dos saberes, das responsabilidades e ações advindas dos CP, com os demais profissionais possibilitando a articulação e complementação dos conhecimentos provenientes de cada profissional e suas respectivas competências técnicas;
  - ✦ Atuar como interlocutor entre a instituição de saúde, a equipe multiprofissional e o paciente/família, articulando as ações assistenciais na rede de atenção à saúde, fortalecendo a integralidade da assistência ao paciente em CP;
  - ✦ Participar da elaboração do plano terapêutico, estabelecendo as intervenções de cunho sociais;
  - ✦ Fornecer informações à equipe multiprofissional sobre os dados do paciente, que podem caracterizar-se como problemas de ordem social, emocional, econômico, direcionando-os a tomadas de decisões terapêuticas mais assertivas;
  - ✦ Ter visão holística sobre as condições dos pacientes/famílias, para identificação de suas necessidades, para elaboração de ações estratégicas que permitam dar resolutividade às angústias advindas do processo saúde-doença;
  - ✦ Promover a escuta ativa, o acolhimento e a criação do vínculo;
  - ✦ Promover aconselhamento e assistência para o enfrentamento do luto;
  - ✦ Avaliar a situação previdenciária e trabalhista do paciente; para levantamento de dados que indiquem a necessidade de suporte aos serviços jurídicos como consulta ao Ministério Público, Defensoria Pública e outros;
  - ✦ Promover apoio ao paciente/família mediante indicação de assistência domiciliar;



- 
- ✦ Dar suporte para integralidade da assistência ao paciente/família frente à necessidade de transporte , estadia e/ou alimentação mediante ao tratamento referenciado fora do município de residência;
  - ✦ Realizar visitas domiciliares para avaliar os contextos sociais, emocionais e assistenciais, identificando as necessidades e mediante as informações com a equipe multiprofissional;
  - ✦ Identificar e considerar os fatores Determinantes Sociais de Saúde (DSS), estabelecendo suas relações sociais na qualidade de vida dos pacientes/família e, a partir destes resultados estabelecer um plano de ação que permita dar suporte assistencial, emocional e social aos envolvidos na abordagem do CP, para melhor enfrentamento das respostas humanas frente ao processo da morte e do morrer.

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n.º 492, de 03 de abril de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Filosofia, História, Geografia, Serviço Social, Comunicação Social, Ciências Sociais, Letras, Biblioteconomia, Arquivologia e Museologia. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de julho de 2001 - Seção 1e, 2001e, p. 50.

SILVA, Cristiana Carla da. Análise da Produção do Conhecimento Sobre o Trabalho do Serviço Social em Cuidados Paliativos. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Cuidados Paliativos) – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. Paraíba. 37 fls, 2019.



---

## Competências e Atuação dos Psicólogos em Cuidados Paliativos

Doenças como o câncer em estágio avançado, acidentes vasculares encefálicos, doenças degenerativas e outras doenças consideradas crônicas podem evoluir progressivamente, não sendo mais possível estabelecimento de uma cura e, diante dessa realidade, aos pacientes/famílias que se encontram em processo de doença terminal ou em finitude são referenciados aos Cuidados Paliativos (CP) (MARTINHO et al., 2015).

Para Martinho et al. (2015), na abordagem dos CP a assistência se firma no manejo dos sinais e sintomas (físicos, emocionais, psicológicos etc), na comunicação efetiva e no plano terapêutico focado no auxílio, cuidados ao paciente/família e no trabalho executado pela equipe multidisciplinar.

No contexto do trabalho da equipe multidisciplinar, Martinho et al. (2015, p. 2) ressaltam o papel do psicólogo e sua importância para a “prevenção e alívio do sofrimento do doente e família num processo de doença”, principalmente, se estabelecendo nas interfaces da comunicação, sendo o facilitador do processo que envolve o apoio psicológico, a redução dos riscos psicossociais e o enfrentamento do luto.

Segundo Viegas et al. (2018) as competências do psicólogo no contexto dos CP estão relacionadas aos campos da orientação e comunicação como bases fundamentais para a realização das intervenções psicológicas e, que devem permear pelos princípios do respeito à individualidade, totalidade do ser humano e sua autonomia.

As intervenções realizadas pelo psicólogo, na abordagem dos CP, devem ser fundamentadas em referenciais teóricos, que segundo Viegas et al. (2018, p. 33), devem se apoiar na “psicanálise, psicologia analítica, psicologia social, análise do comportamento, fenomenologia, em outras”. A partir destes princípios, as principais intervenções são:

- ✦ Avaliar o paciente: identificando o contexto do seu núcleo familiar e sua relação;
- ✦ Compartilhar e apoiar a equipe multiprofissional na informação ao paciente/família sobre o diagnóstico, a proposta terapêutica e as ações para o enfrentamento do seu estado de saúde-doença.



- ✦ Proporcionar o apoio psicológico, respeitando a singularidade de cada paciente/família envolvida na assistência paliativa.
- ✦ Promover ações e estratégias que possam fortalecer o enfrentamento do processo saúde-doença, tais como o uso de técnicas de “visualização, relaxamento, meditação, reafirmação ou correção de padrões adaptativos e desadaptados de enfrentamento do paciente (reviver situações prazerosas, elaborar significados positivos, etc)” (VIEGAS et al., 2018, p. 34);

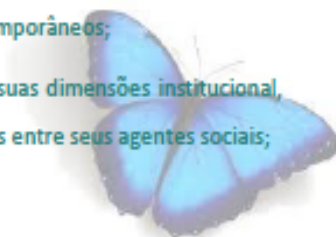
Porto e Lustosa (2010, p. 80) descrevem que “o processo de luto é um exemplo de morte em vida que se caracteriza por um conjunto de reações diante de uma perda. Falar de perda significa falar de vínculo que se rompe, ou seja, uma parte de si é perdida; por isso, fala-se da morte em vida” e, ressalta que em decorrência do avanço tecnológico na saúde, ainda é “difícil, nos tempos de hoje, encarar a morte como um fenômeno natural”.

Em decorrência das alterações que ocorrem no processo saúde-doença, o paciente que é hospitalizado se vê fragilizado física e psicologicamente, necessitando de assistência de um psicólogo. Nesse contexto, Porto e Lustosa (2010) descrevem o quanto é importante a contribuição da psicologia no âmbito hospitalar, pois, o psicólogo inserido na equipe de CP poderá dar suporte na assistência frente as dimensões psíquica, social e espiritual, inerentes à natureza humana, incluindo no seu atendimento, não somente o paciente, mas também , sua família.

Os resultados da assistência psicológica podem produzir efeitos positivos na adesão do paciente/família às medidas terapêuticas propostas pela equipe multiprofissional dos CP (PORTO; LUSTOSA, 2010).

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para a formação do psicólogo, descritas por Brasil (2018, s/n) por meio da Resolução nº 597, de 13 de setembro de 2018, no art. 9º , o profissional psicólogo deve ter “[...] domínio básico de conhecimentos psicológicos, em articulação com outros campos de saberes, e a capacidade de utilizá-los em diferentes contextos que demandam investigação, análise, avaliação, prevenção e intervenção em processos psicológicos e psicossociais e promoção da qualidade de vida”, devendo estar apto para:

- I. Analisar o campo de atuação profissional e seus desafios contemporâneos;
- II. Compreender o contexto em que atua profissionalmente em suas dimensões institucional, organizacional e cultural, explicitando a dinâmica das interações entre seus agentes sociais;





- 
- III. Analisar a diversidade teórico-prática da Psicologia, diferenciando e articulando suas bases epistemológicas e metodológicas;
  - IV. Refletir e considerar sua responsabilidade, suas competências e limitações no exercício profissional, reconhecendo a necessidade de supervisão, autocuidado e educação permanente;
  - V. Reconhecer a pessoa em sua integralidade, respeitando suas condições pessoais e os determinantes sociais, políticos, culturais e históricos intervenientes, para que suas decisões profissionais sejam tomadas com base na preservação dos direitos e no bem-estar do outro, considerados os padrões éticos e legais;
  - VI. Tomar decisões éticas e metodológicas quanto à seleção de instrumentos e procedimentos de coleta de dados em Psicologia, em prol da realização de pesquisa, diagnóstico e/ou avaliação de processos psicológicos de indivíduos, grupos, organizações, comunidades e de movimentos sociais, com base na pertinência e adequação à população-alvo;
  - VII. Relacionar-se com o outro de modo a propiciar o desenvolvimento de vínculos interpessoais requeridos na atuação profissional, sendo acessível aos usuários de serviços psicológicos e resguardando os princípios éticos no uso das informações que lhe forem confiadas, tanto na interação com outros profissionais como com o público em geral;
  - VIII. Avaliar fenômenos humanos de ordem cognitiva, comportamental, afetiva, perceptiva, comunicacional, cultural e social, em diferentes contextos de sua atuação;
  - IX. Identificar e analisar necessidades de natureza psicológica, diagnosticar, elaborar projetos, planejar e agir de forma coerente com referenciais teóricos e características da população-alvo;
  - X. Atuar profissionalmente em diferentes níveis de ação, com foco no indivíduo, na família e na comunidade, possibilitando uma atenção que abranja ações de promoção à saúde, prevenção de enfermidades e intervenções terapêuticas e psicoterapêuticas que colaborem para o cuidado de situações de sofrimento;
  - XI. Realizar acolhimento, orientação, aconselhamento psicológico, psicoterapia e mediação em situações de comunicação, considerando sempre a relação do indivíduo/grupo/comunidade/organização/instituição e seu entorno;



- 
- XII. Atuar como coordenador ou membro de equipe, oferecendo contribuições construtivas relacionadas à gestão, ao planejamento e à colaboração no trabalho, de acordo com sua função na equipe;
  - XIII. Coordenar e manejar processos grupais, considerando as diferenças individuais e socioculturais de seus membros, as demandas grupais e a promoção de autonomia e autogestão dos grupos, a partir de suas potencialidades;
  - XIV. Atuar inter e multiprofissionalmente, por meio do efetivo trabalho em equipe, em uma perspectiva colaborativa e de troca de saberes, com o intuito de promover a integralidade da atenção aos indivíduos, grupos, organizações e instituições;
  - XV. Elaborar registros documentais decorrentes da prestação de serviços psicológicos, tais como pareceres técnicos, laudos, relatórios e evolução em prontuários, de acordo com os preceitos éticos e legais;
  - XVI. Valorizar e contribuir para a elaboração, implementação, acompanhamento e avaliação de políticas públicas relacionadas à atuação profissional do psicólogo e promotoras de direitos e cidadania;
  - XVII. Atuar nas políticas públicas, de forma interdisciplinar, multiprofissional, interprofissional e intersetorial, contemplando as referências teórico-metodológicas do campo da Psicologia, as diretrizes das políticas públicas, as especificidades sócio-territoriais e os processos de cidadania, participação e controle social, comprometendo-se com a produção de conhecimento;
  - XVIII. Buscar e utilizar de forma crítica o conhecimento científico necessário à atuação profissional, assim como gerar conhecimento a partir da prática profissional;
  - XIX. Realizar investigação científica, de forma intencional e planejada, adequada ao problema em estudo, baseando-se para tal em critérios epistemológicos e metodológicos fundamentados e de acordo com os princípios da ética e da bioética;
  - XX. Divulgar e debater os saberes e práticas psicológicas, tendo como base os fundamentos teórico-metodológicos e éticos da Psicologia, e considerando os meios adequados a cada situação;



- 
- XXI. Compreender o papel e os efeitos dos recursos técnicos e tecnológicos no processo de trabalho do psicólogo e nos usuários de seus serviços, considerando os conhecimentos científicos sobre o tema e os preceitos éticos da profissão.

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 597, de 13 de setembro de 2018. Aprova o Parecer Técnico nº 346/2018 que dispõe sobre as Recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação Bacharelado em Psicologia. Diário Oficial da União. Brasília, 30 de novembro de 2018; Edição: 230, Seção 1, p. 199.

MARTINHO, Ana Raquel Sapeta; PILHA, Líliliana; SAPETA, Paula. Competências do psicólogo em cuidados paliativos. ResearchGate. Jan. 2015. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/311104391\\_Competencias\\_do\\_psicologo\\_em\\_cuidados\\_paliativos\\_Skills\\_of\\_psychologists\\_in\\_palliative\\_care\\_Doutorada\\_em\\_Enfermagem\\_e\\_Mestre\\_em\\_Sociologia\\_Coordenadora\\_do\\_mestrado\\_em\\_cuidados\\_paliativos\\_da\\_ESALD-IPCB](https://www.researchgate.net/publication/311104391_Competencias_do_psicologo_em_cuidados_paliativos_Skills_of_psychologists_in_palliative_care_Doutorada_em_Enfermagem_e_Mestre_em_Sociologia_Coordenadora_do_mestrado_em_cuidados_paliativos_da_ESALD-IPCB)

PORTO, Gláucia; LUSTOSA, Maria Alice. Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH), Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 76-93, jun. 2010.

VIEGAS, Meirylyaine Pereira Bezerra; MARINHO, Vinícius Lopes; SANTOS, Marta Azevedo dos; SILVA, Jeann Bruno Ferreira da Silva. Cuidados Paliativos: competências e intervenções do psicólogo. Revista Amazônia Science & Health, v.6, nº 4, p. 30-36, 2018.



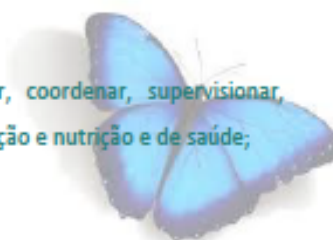
---

## Competências e Atuação dos Nutricionistas em Cuidados Paliativos

O profissional nutricionista desenvolve ações em todas as “áreas do conhecimento em que a alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida” (BRASIL, 2001).

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o Curso de Graduação em Nutrição, conforme descreve Brasil (2001) no art. 5º, são competências dos nutricionistas:

- I. Aplicar conhecimentos sobre a composição, propriedades e transformações dos alimentos e seu aproveitamento pelo organismo humano, na atenção dietética;
- II. Contribuir para promover, manter e ou recuperar o estado nutricional de indivíduos e grupos populacionais;
- III. Desenvolver e aplicar métodos e técnicas de ensino em sua área de atuação;
- IV. Atuar em políticas e programas de educação, segurança e vigilância nutricional, alimentar e sanitária, visando a promoção da saúde em âmbito local, regional e nacional;
- V. Atuar na formulação e execução de programas de educação nutricional; de vigilância nutricional, alimentar e sanitária;
- VI. Atuar em equipes multiprofissionais de saúde e de terapia nutricional;
- VII. Avaliar, diagnosticar e acompanhar o estado nutricional; planejar, prescrever, analisar, supervisionar e avaliar dietas e suplementos dietéticos para indivíduos sadios e enfermos;
- VIII. Planejar, gerenciar e avaliar unidades de alimentação e nutrição, visando a manutenção e/ou melhoria das condições de saúde de coletividades sadias e enfermas;
- IX. Realizar diagnósticos e intervenções na área de alimentação e nutrição, considerando a influência sócio-cultural e econômica que determina a disponibilidade, consumo e utilização biológica dos alimentos pelo indivíduo e pela população;
- X. Atuar em equipes multiprofissionais destinadas a planejar, coordenar, supervisionar, implementar, executar e avaliar atividades na área de alimentação e nutrição e de saúde;

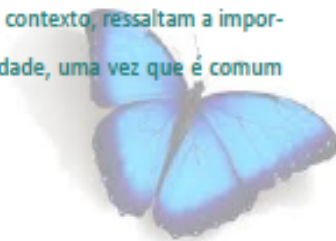


- 
- XI. Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
  - XII. Desenvolver atividades de auditoria, assessoria, consultoria na área de alimentação e nutrição;
  - XIII. Atuar em marketing de alimentação e nutrição;
  - XIV. Exercer controle de qualidade dos alimentos em sua área de competência;
  - XV. Desenvolver e avaliar novas fórmulas ou produtos alimentares, visando sua utilização na alimentação humana;
  - XVI. Integrar grupos de pesquisa na área de alimentação e nutrição; e
  - XVII. Investigar e aplicar conhecimentos com visão holística do ser humano, integrando equipes multiprofissionais.

Em se tratando de cuidados paliativos (CP), Magalhães et al. (2018, p. 5) aponta que, para uma abordagem de CP que promova qualidade de vida aos pacientes que enfrentam doenças “que ameaçam a vida”, é necessário haja a formação de uma equipe multiprofissional, “com inclusão de nutricionistas, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, dentistas, fonoaudiólogos, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, musicoterapeuta, capelão, entre outros profissionais a fim de que o paciente e seus familiares tenham conforto”.

O profissional nutricionista é responsável por promover o controle e o manejo de sintomas decorrentes de distúrbios gastrintestinais, que podem ser causados por respostas do organismo frente ao processo de doença ou em função dos efeitos indesejáveis da terapêutica medicamentosa, como “inapetência, perda ponderal, xerostomia, disgeusia, náuseas, vômitos, diarreia, constipação intestinal, desidratação e desnutrição” (MAGALHÃES et al., 2018, p. 5).

Para Silva et al. (2009, p. 361) a interdisciplinaridade promove uma assistência integral ao paciente, permeando-o no cuidado físico, psíquico, social e espiritual e, nesse contexto, ressaltam a importância do papel do nutricionista na assistência ao paciente em terminalidade, uma vez que é comum



---

estes pacientes apresentarem sintomas de “inapetência, desinteresse pelos alimentos e recusa aqueles de maior preferência, associado a sintomas indesejáveis relacionados à enfermidade e aos fármacos”.

Os pacientes em CP, em razão da doença e dos efeitos da terapia medicamentosa, apresentam inúmeras alterações que estão impactam na alimentação, tais como “a perda da habilidade sentir o sabor, deglutir e digerir os alimentos, absorver nutrientes e até eliminar as fezes de forma independente”. Tal situação pode produzir no paciente outras alterações como a “depressão” e o “isolamento social, além da perda de confiança e auto-estima” (SILVA et al., 2009, p. 361).

Desta forma, entende-se que, além das atribuições descritas por Brasil (2001), especificamente no campo dos CP, Silva et al. (2009) ressaltam que o nutricionista exerce um papel de suma importância dentro da equipe multiprofissional, promovendo a assistência alimentar e nutricional ao paciente, atendendo as necessidades nutricionais e solicitações alimentares objetivando resultados favoráveis à qualidade de vida do paciente por meio de uma alimentação / nutrição adequada, manejo dos sintomas provocados pela doença e pelos efeitos colaterais das medicações.

Corroborando, Magalhães et al. (2018) descrevem que o nutricionista, inserido na equipe multiprofissional de CP, desempenha importante papel que favorece a evolução do paciente, promove assistência à equipe, direcionando-a ao melhor planejamento do plano assistenciais relacionado à alimentação e nutrição do paciente, subsidiando-os com suas competências, conhecimentos e habilidades referentes à sua área do saber. Tais informações podem produzir respostas positivas para o manejo e controle das angústias vivenciadas pelo paciente, bem como, este profissional contribui para a criação do vínculo entre o paciente e a equipe.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 5, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. Diário Oficial da União Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 39.

MAGALHÃES, Eloá Siqueira; DE OLIVEIRA, Aline Estevanato Marques; CUNHA, Natália Baraldi. Atuação do nutricionista para melhora da qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Arquivos de Ciências da Saúde, [S.l.], v. 25, n. 3, p. 4-9, dez. 2018.



---

SILVA, Daisy Aparecida da; OLIVEIRA, Juliana Rodrigues de; SANTOS, Elizabete Alexandre dos; MENDES, Fernanda Salzani. Atuação do nutricionista na melhora da qualidade de vida de idosos com câncer em cuidados paliativos. *Revista O Mundo da Saúde, São Paulo*, v. 33, n. 3, p. 358-364, 2009.



---

## Competências e Atuação dos Farmacêuticos em Cuidados Paliativos

Para Brasil (2017, s/n.), o farmacêutico é o profissional que atua com foco nos “fármacos, nos medicamentos e na assistência farmacêutica, e, de forma integrada, com formação em análises clínicas e toxicológicas, em cosméticos e em alimentos, em prol do cuidado à saúde do indivíduo, da família e da comunidade”.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para a formação do farmacêutico, segundo Brasil (2017, s/n.), descreve as competências destes profissionais, devendo estar apto para realizar as seguintes intervenções:

- I. Acolhimento do indivíduo, verificação das necessidades, realização da anamnese farmacêutica e registro das informações referentes ao cuidado em saúde, considerando o contexto de vida e a integralidade do indivíduo;
- II. Avaliação e o manejo da farmacoterapia, com base em raciocínio clínico, considerando necessidade, prescrição, efetividade, segurança, comodidade, acesso, adesão e custo;
- III. Solicitação, realização e interpretação de exames clínico-laboratoriais e toxicológicos, verificação e avaliação de parâmetros fisiológicos, bioquímicos e farmacocinéticos, para fins de acompanhamento farmacoterapêutico e de provisão de outros serviços farmacêuticos;
- IV. Investigação de riscos relacionados à segurança do paciente, visando ao desenvolvimento de ações preventivas e corretivas;
- V. Identificação de situações de alerta para o encaminhamento a outro profissional ou serviço de saúde, atuando de modo que se preserve a saúde e a integridade do paciente;
- VI. Planejamento, coordenação e realização de diagnóstico situacional de saúde, com base em estudos epidemiológicos, demográficos, farmacoepidemiológicos, farmacoeconômicos, clínico-laboratoriais e socioeconômicos, além de outras investigações de caráter técnico, científico e social, reconhecendo as características nacionais, regionais e locais;





- 
- VII. Elaboração e aplicação de plano de cuidado farmacêutico, pactuado com o paciente e/ou cuidador, e articulado com a equipe interprofissional de saúde, com acompanhamento da sua evolução;
  - VIII. Prescrição de terapias farmacológicas e não farmacológicas e de outras intervenções, relativas ao cuidado em saúde, conforme legislação específica, no âmbito de sua competência profissional;
  - IX. Dispensação de medicamentos, considerando o acesso e o seu uso seguro e racional;
  - X. Rastreamento em saúde, educação em saúde, manejo de problemas de saúde autolimitados, monitorização terapêutica de medicamentos, conciliação de medicamentos, revisão da farmacoterapia, acompanhamento farmacoterapêutico, gestão da clínica, entre outros serviços farmacêuticos;
  - XI. Esclarecimento ao indivíduo, e, quando necessário, ao seu cuidador, sobre a condição de saúde, tratamento, exames clínico-laboratoriais e outros aspectos relativos ao processo de cuidado;
  - XII. Busca, seleção, organização, interpretação e divulgação de informações, que orientem a tomada de decisões baseadas em evidências científicas, em consonância com as políticas de saúde;
  - XIII. Promoção e educação em saúde, envolvendo o indivíduo, a família e a comunidade, identificando as necessidades de aprendizagem e promovendo ações educativas;
  - XIV. Realização e interpretação de exames clínico-laboratoriais e toxicológicos, para fins de complementação de diagnóstico e prognóstico;
  - XV. Prescrição, orientação, aplicação e acompanhamento, visando ao uso adequado de cosméticos e outros produtos para a saúde, conforme legislação específica, no âmbito de sua competência profissional;
  - XVI. Orientação sobre o uso seguro e racional de alimentos, relacionados à saúde, incluindo os parenterais e enterais, bem como os suplementos alimentares e de plantas medicinais fitoterápicas de eficácia comprovada;



---

XVII. Prescrição, aplicação e acompanhamento das práticas integrativas e complementares, de acordo com as políticas públicas de saúde e a legislação vigente.

Uma das ações principais na abordagem do cuidado paliativo (CP) é o manejo dos sintomas sendo normalmente realizado com o uso de terapia medicamentosa e, de acordo com Silva et al. (2020), nesse contexto assume um papel de extrema importância, pois, em conjunto com a equipe multidisciplinar promove o alívio e o conforto ao paciente a partir da elaboração de uma adequada terapêutica farmacológica.

#### REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 6, de 19 de outubro de 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 20 de outubro de 2017, Seção 1, p. 30.

SILVA, Carla Maria Lima; SOUZA, Josilene Nery de; SANTOS, Fernanda Almeida dos; GARDENGHI, Giuliano. Serviços farmacêuticos em cuidados paliativos. Revista Eletrônica Saúde e Ciência, v. 10, n. 2, p. 8-15, 2020.



---

## Competências e Atuação dos Fonoaudiólogos em Cuidados Paliativos

O profissional fonoaudiólogo, de acordo com Brasil (2002) desempenha as seguintes competências e habilidades:

- I. Compreender e analisar criticamente os sistemas teóricos e conceituais envolvidos no campo fonoaudiológico, que abrange o estudo da motricidade oral, voz, fala, linguagem oral e escrita e da audição, e os métodos clínicos utilizados para prevenir, avaliar, diagnosticar e tratar os distúrbios da linguagem (oral e escrita), audição, voz e sistema sensorio motor oral;
- II. Compreender a constituição do humano, as relações sociais, o psiquismo, a linguagem, a aprendizagem. O estudo deste processo como condição para a compreensão da gênese e da evolução das alterações fonoaudiológicas;
- III. Apreender as dimensões e processos fonoaudiológicos em sua amplitude e complexidade;
- IV. Avaliar, diagnosticar, prevenir e tratar os distúrbios pertinentes ao campo fonoaudiológico em toda extensão e complexidade;
- V. Apreender e elaborar criticamente o amplo leque de questões clínicas, científico-filosóficas, éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na atuação profissional do Fonoaudiólogo, capacitando-se para realizar intervenções apropriadas às diferentes demandas sociais;
- VI. Possuir uma formação científica, generalista, que permita dominar e integrar os conhecimentos, atitudes e informações necessários aos vários tipos de atuação em Fonoaudiologia;
- VII. Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- VIII. Desenvolver, participar e/ou analisar projetos de atuação profissional disciplinares, multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares;



---

## Competências e Atuação dos Fonoaudiólogos em Cuidados Paliativos

O profissional fonoaudiólogo, de acordo com Brasil (2002) desempenha as seguintes competências e habilidades:

- I. Compreender e analisar criticamente os sistemas teóricos e conceituais envolvidos no campo fonoaudiológico, que abrange o estudo da motricidade oral, voz, fala, linguagem oral e escrita e da audição, e os métodos clínicos utilizados para prevenir, avaliar, diagnosticar e tratar os distúrbios da linguagem (oral e escrita), audição, voz e sistema sensorio motor oral;
- II. Compreender a constituição do humano, as relações sociais, o psiquismo, a linguagem, a aprendizagem. O estudo deste processo como condição para a compreensão da gênese e da evolução das alterações fonoaudiológicas;
- III. Aprender as dimensões e processos fonoaudiológicos em sua amplitude e complexidade;
- IV. Avaliar, diagnosticar, prevenir e tratar os distúrbios pertinentes ao campo fonoaudiológico em toda extensão e complexidade;
- V. Aprender e elaborar criticamente o amplo leque de questões clínicas, científico-filosóficas, éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na atuação profissional do Fonoaudiólogo, capacitando-se para realizar intervenções apropriadas às diferentes demandas sociais;
- VI. Possuir uma formação científica, generalista, que permita dominar e integrar os conhecimentos, atitudes e informações necessários aos vários tipos de atuação em Fonoaudiologia;
- VII. Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- VIII. Desenvolver, participar e/ou analisar projetos de atuação profissional disciplinares, multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares;



- 
- ✦ Realizar exames para gerenciamento da disfagia;
  - ✦ Promover educação continuada para os familiares e para a rede de apoio ao paciente em CP.
  - ✦ Propor ações estratégicas compensatórias para promoção de uma deglutição segura;
  - ✦ Realizar o manejo do risco de broncoaspirações;
  - ✦ Promover o treinamento para uma comunicação adaptada;
  - ✦ Respeitar a autonomia do paciente, compartilhando com ele e família as tomadas de decisão;
  - ✦ Estimular a participação ativa do paciente/família nos processos terapêuticos.

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CNS nº 5, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 12.

MOREIRA, Márcio José da Silva et al. Contribuições da Fonoaudiologia nos cuidados paliativos e no fim da vida. Revista CoDAS – Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia [online], v. 32, n. 4, e20190202. 2020.



---

## Competências e Atuação dos Terapeutas Ocupacionais em Cuidados Paliativos

A abordagem dos cuidados paliativos (CP) traz como objetivos principais o manejo e controle da dor e sintomas indesejáveis, promovendo conforto ao paciente e possibilidade de viver de forma ativa o tempo de sobrevivência, bem como, dar suporte ao paciente e família para o enfrentamento da doença terminal e do luto (BALTAZAR et al., 2016).

Todo paciente elegível aos CP demandam da necessidade de uma assistência ampla para controle dos sintomas e promoção da qualidade de vida, preservando e/ou maximizando sua independência para a realização de suas atividades básicas de vida. Para que este processo ocorra de forma efetiva e com qualidade e segurança ao paciente/família é fundamental que se estabeleça um trabalho guiado por uma equipe formada por vários profissionais, pois, no campo da multidisciplinaridade as ações e estratégias utilizadas para a reabilitação do paciente e o enfrentamento da doença podem alcançar ótimos resultados.

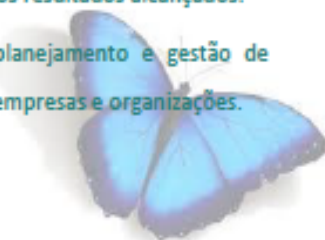
A área da Terapia Ocupacional atua nas atividades e ações que são “significativas para o cliente, desde uma atividade da vida diária, como o vestir, até uma atividade de lazer, como o viajar”. Assim sendo, o papel do terapeuta ocupacional se apresenta com sendo essencial para complementar as ações e estratégias discutidas e propostas pela equipe multidisciplinar e, contribui para ótimos resultados para a qualidade de vida do paciente até o seu “último momento de vida” (BALTAZAR et al., 2016, p. 263).

De acordo com Brasil (2002, s/n), as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, em seu Art 5º, descreve que o Terapeuta Ocupacional desempenha as seguintes competências e habilidades:

- I. Relacionar a problemática específica da população com a qual trabalhará, com os seus processos sociais, culturais e políticos e perceber que a emancipação e a autonomia da população atendida são os principais objetivos a serem atingidos pelos planos de ação e tratamento;
- II. Conhecer os fatores sociais, econômicos, culturais e políticos da vida do país, fundamentais à cidadania e a prática profissional;



- 
- III. Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
  - IV. Compreender as relações saúde-sociedade como também as relações de exclusão-inclusão social, bem como participar da formulação e implementação das políticas sociais, sejam estas setoriais (políticas de saúde, infância e adolescência, educação, trabalho, promoção social, etc) ou intersetoriais;
  - V. Reconhecer as intensas modificações nas relações societárias, de trabalho e comunicação em âmbito mundial assim como entender os desafios que tais mudanças contemporâneas virão a trazer;
  - VI. Inserir-se profissionalmente nos diversos níveis de atenção à saúde, atuando em programas de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, assim como em programas de promoção e inclusão social, educação e reabilitação;
  - VII. Explorar recursos pessoais, técnicos e profissionais para a condução de processos terapêuticos numa perspectiva interdisciplinar;
  - VIII. Compreender o processo de construção do fazer humano, isto é, de como o homem realiza suas escolhas ocupacionais, utiliza e desenvolve suas habilidades, se reconhece e reconhece a sua ação;
  - IX. Identificar, entender, analisar e interpretar as desordens da dimensão ocupacional do ser humano e a utilizar, como instrumento de intervenção, as diferentes atividades humanas quais sejam as artes, o trabalho, o lazer, a cultura, as atividades artesanais, o auto-cuidado, as atividades cotidianas e sociais, dentre outras;
  - X. Utilizar o raciocínio terapêutico ocupacional para realizar a análise da situação na qual se propõe a intervir, o diagnóstico clínico e/ou institucional, a intervenção 3 propriamente dita, a escolha da abordagem terapêutica apropriada e a avaliação dos resultados alcançados.
  - XI. Desempenhar atividades de assistência, ensino, pesquisa, planejamento e gestão de serviços e de políticas, de assessoria e consultoria de projetos, empresas e organizações.



- 
- XII. Conhecer o processo saúde-doença, nas suas múltiplas determinações contemplando a integração dos aspectos biológicos, sociais, psíquicos, culturais e a percepção do valor dessa integração para a vida de relação e produção;
  - XIII. Conhecer e analisar a estrutura conjuntural da sociedade brasileira em relação ao perfil de produção e da ocupação dos diferentes indivíduos que a compõe;
  - XIV. Conhecer as políticas sociais (de saúde, educação, trabalho, promoção social e, infância e adolescência) e a inserção do terapeuta ocupacional nesse processo;
  - XV. Conhecer e correlacionar as realidades regionais no que diz respeito ao perfil de morbimortalidade e as prioridades assistenciais visando à formulação de estratégias de intervenção em Terapia Ocupacional;
  - XVI. Conhecer a problemática das populações que apresentam dificuldades temporárias ou permanentes de inserção e participação na vida social;
  - XVII. Conhecer a influência das diferentes dinâmicas culturais nos processos de inclusão, exclusão e estigmatização;
  - XVIII. Conhecer os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Terapia Ocupacional e seus diferentes modelos de intervenção;
  - XIX. Conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;
  - XX. Conhecer os princípios éticos que norteiam os terapeutas ocupacionais em relação as suas atividades de pesquisa, à prática profissional, à participação em equipes interprofissionais, bem como às relações terapeuta-paciente/cliente/usuário;
  - XXI. Conhecer a atuação inter, multi e transdisciplinar e transcultural pautada pelo profissionalismo, ética e equidade de papéis;
  - XXII. Conhecer os principais métodos de avaliação e registro, formulação de objetivos, estratégias de intervenção e verificação da eficácia das ações propostas em Terapia Ocupacional;
  - XXIII. Conhecer os principais procedimentos e intervenções terapêuticoocupacionais utilizados tais como: atendimentos individuais, grupais, familiares, institucionais, coletivos e comunitários;





- 
- XXIV. Desenvolver habilidades pessoais e atitudes necessárias para a prática profissional, a saber: consciência das próprias potencialidades e limitações, adaptabilidade e flexibilidade, equilíbrio emocional, empatia, criticidade, autonomia intelectual e exercício da comunicação verbal e não verbal;
- XXV. Desenvolver capacidade de atuar enquanto agente facilitador, transformador e integrador junto às comunidades e agrupamentos sociais através de atitudes permeadas pela noção de complementaridade e inclusão;
- XXVI. Conhecer, experimentar, analisar, utilizar e avaliar a estrutura e dinâmica das atividades e trabalho humano, tais como: atividades artesanais, artísticas, corporais, lúdicas, lazer, cotidianas, sociais e culturais;
- XXVII. Conhecer as bases conceituais das terapias pelo movimento: neuroevolutivas, neuro-fisiológicas e biomecânicas, psicocorporais, cinesioterápicas entre outras;
- XXVIII. Conhecer a tecnologia assistiva e acessibilidade, através da indicação, confecção e treinamento de dispositivos, adaptações, órteses, próteses e software;
- XXIX. Desenvolver atividades profissionais com diferentes grupos populacionais em situação de risco e ou alteração nos aspectos: físico, sensorial, percepto-cognitivo, mental, psíquico e social;
- XXX. Vivenciar atividades profissionais nos diferentes equipamentos sociais e de saúde, sejam hospitais, unidades básicas de saúde, comunidades, instituições em regime aberto ou fechado, creches, centros de referência, convivência e de reabilitação, cooperativas, oficinas, instituições abrigadas e empresas, dentre outros;
- XXXI. Conhecer a estrutura anátomo-fisiológica e cinesiológica do ser humano e o processo patológico geral e dos sistemas;
- XXXII. Conhecer a estrutura psíquica do ser humano, enfocada pelos diferentes modelos teóricos da personalidade;
- XXXIII. Conhecer o desenvolvimento do ser humano em suas diferentes fases enfocando por várias teorias;



---

XXXIV. Conhecer as forças sociais do ambiente, dos movimentos da sociedade e seu impacto sobre os indivíduos.

#### REFERÊNCIAS

BALTAZAR, Hugo Miguel Candeias; PESTANA, *Susana Cristina Costa*; SANTANA, *Maria Raquel Rodrigues*. Contributo da intervenção da terapia ocupacional nos Cuidados Paliativos. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional - UFSCar, São Carlos*, v. 24, n. 2, p. 261-273, 2016

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. *Diário Oficial da União, Brasília*, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 12.



---

*Capítulo 3 - Estratégias para o Fortalecimento das  
Ações e Princípios dos Cuidados Paliativos*



---

## Visão humanística acerca das necessidades do paciente/família

Os Cuidados Paliativos (CP) se apresentam como uma nova forma de tratamento para pacientes com doenças que ameaçam o ciclo natural da vida, objetivando uma assistência que promova qualidade de vida, tanto aos pacientes que enfrentam a doença quanto aos familiares que os acompanham nessa luta e está pautada nas ciências advindas das competências e habilidades de uma equipe multiprofissional (COSTA et al., 2016).

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP (2012), em seu manual, preconiza como princípios dos CP a promoção do alívio da dor e de quaisquer outros sintomas desagradáveis; afirmação da vida e consideração da morte como um processo natural do curso de vida; não adiar e também não acelerar a morte (isso significa definitivamente que praticar CP não é praticar a eutanásia); integração das dimensões psicológicas e espirituais (o que pode justamente constituir um desafio para profissionais de saúde); promover meios de suporte que favoreçam que o paciente viva ativamente o maior tempo possível até o momento de sua morte.

De acordo com a ANCP (2012), outros princípios dos CP são ofertar sistemas de suporte e apoio para auxiliar familiares durante o processo de adoecimento e também no luto (reconhecendo portanto o paciente e a família como unidade de cuidados e não apenas considerando o paciente em si); promover abordagem multiprofissional focada nas necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; contribuir para melhoria da qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; iniciar o mais precocemente possível o CP, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

Complementando a definição da OMS, a WPCA (2014) ressalta os benefícios dos CP em pacientes com condições crônicas, além daqueles que possuem doenças que ameaçam ou limitam a vida. Esta afirmação pode revolucionar o cuidado em saúde, quando se pensa em alívio do sofrimento e da dor crônica, ou ainda quando se desenvolve um olhar ampliado aos efeitos sociais, psíquicos, emocionais, físicos e funcionais das comorbidades crônicas, que não tem cura, apenas podem ser controladas e acompanhadas.



---

Nesse cenário, onde o foco da abordagem dos CP é voltado para o indivíduo/família, não tem como não falar da humanização da assistência mediante as suas necessidades de atendimento. Para Rios (2009, p. 254) a humanização na saúde pode ser interpretada como:

- ✦ Princípio de conduta de base humanista e ética;
- ✦ Movimento contra a violência institucional na área da saúde;
- ✦ Política pública para a atenção e gestão do SUS;
- ✦ Metodologia auxiliar para a gestão participativa;
- ✦ Tecnologia do cuidado na assistência à saúde.

De acordo com Rios (2009, p. 254), o processo de humanização na saúde “se fundamenta no respeito e valorização da pessoa humana”, objetivando o fortalecimento de uma “cultura institucional por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços”.

O aumento na demanda de atendimento e a oferta de assistência pautada por avanços tecnológicos ainda não propiciou, na mesma proporção, a efetividade de uma assistência à saúde com qualidade, evidenciando cada vez mais as quebras em direitos como o respeito, autonomia, solidariedade e dignidade humana. Para Rios (2009, p. 256) a assistência à saúde realizada de forma fragmentada “que vai do início ao fim da produção seja de bens, seja de serviços, deixando cada etapa do processo a cargo de um grupo de trabalhadores que acabam tendo apenas a visão da parte que lhes cabe e não do todo” proporciona um distanciamento da integralidade da assistência, acarretando “a naturalização do sofrimento e a diminuição do compromisso e da responsabilidade na produção da saúde”

Tal situação faz aumentar a “falta de sensibilidade e de valores humanísticos” contribuindo para assistência fria e desumana. A partir deste enfoque, vários movimentos discutiram a humanização como estratégia para recuperar, não somente a “saúde física” mas o resgate do respeito, da dignidade humana, da autonomia dos pacientes em seus processos de saúde- doença (RIOS, 2009, p. 256).



---

Em 2003 foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH), pautada nos princípios da transversalidade; Indissociabilidade entre atenção e gestão; Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. (BRASIL, 2013).

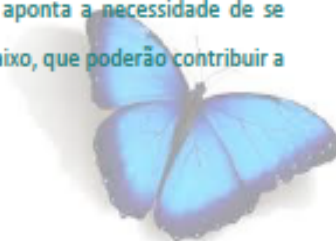
Para Brasil (2013) cada princípio se traduz em:

- ✦ **Transversalidade:** é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.
- ✦ **Indissociabilidade entre atenção e gestão:** trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva.
- ✦ **Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos:** Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.

De acordo com Rios (2009, p. 257), as diretrizes da PNH conduzem a assistência à saúde ao alcance das metas:

- ✦ Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo compromissos e responsabilidade;
- ✦ O fortalecimento do trabalho em equipe, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade;
- ✦ A utilização da informação, comunicação, educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo;
- ✦ A promoção do cuidado (pessoal e institucional) ao cuidador.

Dentre as estratégias para a “gestão participação”, Rios (2009) aponta a necessidade de se avaliar a realidade institucional para se propor as ações, mencionadas abaixo, que poderão contribuir a organização dos serviços para a realização de uma prática humanista:



- ✦ A criação de espaços de discussão para a contextualização dos impasses, sofrimentos, angústias e desgastes a que se submetem os profissionais de saúde no dia-a-dia pela natureza de seu trabalho;
- ✦ O pensar e decidir coletivamente sobre a organização do trabalho, envolvendo gestores, usuários e trabalhadores em grupos com diversas formações;
- ✦ A criação de equipes transdisciplinares efetivas que sustentem a diversidade dos vários discursos presentes na instituição, promovendo o aproveitamento da inteligência coletiva.

Além destas ações, Rios (2009) também apresenta várias ações relacionadas à prática da PNH para envolver os pacientes nas tomadas de decisão, tais como:

- ✦ A ouvidoria, que faz a mediação entre usuários e instituição para a solução de problemas particulares;
- ✦ As equipes de referência, que se compõem de profissionais que juntos acompanham pacientes comuns ao grupo;
- ✦ Os grupos de trabalho de humanização, que fazem a escuta institucional e criam dispositivos comunicacionais;
- ✦ As visitas abertas, que propiciam as parcerias com familiares para o cuidado de seus parentes.

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. Política Nacional de Humanização. 1. Edição, 1ª Reimpressão. Brasília – DF, 2013. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)>.

COSTA, Álvaro Percínio; POLES, Kátia ; SILVA, Alexandre Ernesto. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online], v. 20, n. 59, pp. 1041-1052, 2016.

RIOS, Izabel Cristina. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. Revista Brasileira de Educação Médica [online], v. 33, n. 2, pp. 253-261, 2009.



---

## Acolhimento e vínculo

O acolhimento é definido por Brasil (2004, p. 37) como “Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva”, bem como, promover a “a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário”.

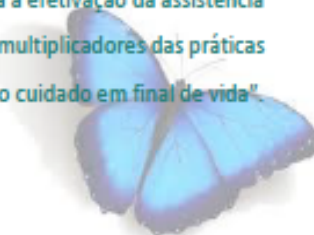
Para Soares et al. (2013, p. 358) o acolhimento advém das ações de “promoção de saúde que implica na responsabilização de todos os envolvidos, desde a porta de entrada até a porta de saída”, nesse processo se executa a escuta ativa, tornando possível a identificação das queixas dos pacientes, “suas angústias e preocupações” para se obter informações que poderão guiar o plano terapêutico, objetivando a resolutividade dos problemas de saúde.

Quando o acolhimento é realizado de forma organizada e pautado na comunicação efetiva, a relação paciente-profissional se estabelece, permitindo ao paciente que compartilhe junto ao profissional seus medos, ansiedades, dificuldades e sofrimentos. A relação paciente-profissional propicia a criação do vínculo, que fortalece a cooperação, a confiança e a adesão às terapêuticas propostas para pacientes em CP (SOARES et al., 2013).

Para Brasil (2004, p. 49) o vínculo se caracteriza com:

[...] a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro, este “ficar em frente um do outro”, um e outro sendo seres humanos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, onde um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Deste modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e moral entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos.

Corroborando, Alves et al. (2019, p. 11) ressaltam a importância do apoio de profissionais que compõem a equipe multidisciplinar a partir da escuta e do acolhimento para a efetivação da assistência humanizada, propondo uma capacitação aos profissionais para que sejam “multiplicadores das práticas paliativas, fortalecendo as políticas públicas e programas de humanização do cuidado em final de vida”.





---

## REFERÊNCIAS

ALVES, Railda Sabino Fernandes et al. Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão [online]*, v. 39, e185734, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Política Nacional de Humanização – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS [Série B. Textos Básicos de Saúde]*. 2.ª edição. Brasília – DF, 2004.

SOARES, Mayara Rosário et al. Sentimentos, Acolhimento e Humanização em Cuidados Paliativos às Crianças Portadoras de Leucemia. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 5, n. 3, pp. 354-363, jul./set., 2013.



---

## A Comunicação como ferramenta essencial na abordagem dos Cuidados Paliativos

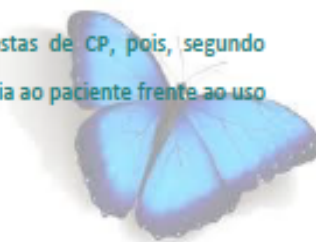
O paciente em cuidados paliativos (CP) é foco da atenção da equipe inter e multidisciplinar que objetiva atendê-lo na totalidade de suas necessidades, não priorizando apenas o atendimento para a sua doença. Desta forma, o paciente em CP demanda de uma assistência com ampla abordagem que vai além do tratamento curativo, estendendo as ações para suporte à família no enfrentamento do luto. Necessário, portanto, que a assistência seja humanizada e guiada pelos princípios que regem os CP, para que as necessidades do paciente/família sejam atendidas até o final da vida (ARAÚJO; SILVA, 2019).

Uma das ferramentas utilizadas para a efetivação das ações de humanização é a comunicação que é utilizada nas relações entre profissional-paciente/família, que, quando aplicada de forma correta contribui para a criação de vínculos e resultados positivos frente as medidas terapêuticas propostas pela equipe multidisciplinar (ARAÚJO; SILVA, 2019).

De acordo com Araújo e Silva (2019, p. 172) todo “ser humano em sua constituição é um ser biopsicossocial” e necessita de atenção para melhor conduzir seus sentimentos, angústias de dores, cabendo aos profissionais da equipe multidisciplinar, que fazem atendimento a esta pessoa, exercer esta função, atentando para suas queixas, promovendo informações sua situação de doença, por meio do uso de suas competências como empatia, comunicação, respeito e outras.

A comunicação é uma das competências apresentadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Saúde, descritas por Brasil (2001a; 2001b; 2001c; 2001d; 2001e; 2002; 2002a; 2002b; 2004, 2004a; 2018), como sendo uma das seis competências gerais (comuns a todos os profissionais de saúde) e que deverá ser desenvolvida ao longo do seu processo de ensino-aprendizagem, capacitando-os para serem acessíveis e manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. Desenvolver competências e habilidades no uso das mais variadas formas de comunicação (comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação)”.

O cuidado humanizado é um dos objetivos almejado nas propostas de CP, pois, segundo Veríssimo e Sousa (2014), vários são os problemas decorrentes da assistência ao paciente frente ao uso



---

de tecnologias, que causam distanciamento na relação entre profissionais-paciente/família e, produzem impactos nos direitos dos pacientes e na dignidade humana.

Para Veríssimo e Sousa (2014, p. 2846) a comunicação se apresenta como “uma ferramenta essencial à sustentabilidade das intervenções de enfermagem, uma vez que engloba todas as formas de intercâmbio de ideias, sentimentos e emoções” e se desenvolve de formas variadas em contato com o paciente, “pelo seu próprio olhar, pela expressão da sua face, pelos seus gestos e suas palavras, quer até pela forma como ocupam o seu ambiente”.

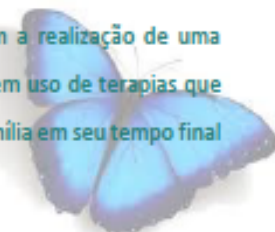
Nesse contexto, Veríssimo e Sousa (2014, p. 2851) depreendem que a comunicação verbal deve ser expressada com alegria de forma a promover no paciente pensamentos positivos para “alívio da tensão em um contexto de dor e sofrimento”, bem como, utilizar as técnicas da escuta ativa, da observação de expressões faciais e o uso de frases curtas proporcionam o entendimento da mensagem a ser transmitida entre o profissional da saúde-paciente.

Várias são as técnicas de comunicação que podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde na assistência à saúde de pacientes em CP, e Veríssimo e Sousa (2014, p. 2851-2852) apontam que, para a efetividade da comunicação é necessário que a equipe multidisciplinar faça “uso de estratégias comunicacionais” para que possam dar suporte ao paciente que se encontra em CP, utilizando técnicas como: escuta ativa, empatia, bom humor, respeito pelo silêncio, expressão facial, contato visual, explorar as vontades e necessidades do paciente e, fornecer informações claras.

#### Comunicação de más notícias

As doenças crônicas causam impacto na qualidade de vida dos pacientes e suas familiares, são condições que comprometem a vida e demandam de assistência médica. Essas doenças podem evoluir para a fase de terminalidade, onde a cura não é mais possível, e ser necessário se implementar os cuidados paliativos (CP) como única estratégia assistencial para promover qualidade de vida ao paciente, auxiliando-o no controle e enfrentamento de sintomas decorrentes do tratamento e da própria doença (LIMA et al., 2019).

Na abordagem dos CP são implementadas intervenções que permitem a realização de uma assistência integral e de forma contínua subsidiando o curso natural da vida, sem uso de terapias que prolonguem o sofrimento, mas, que permitam melhor qualidade ao paciente/família em seu tempo final



---

de vida. Nesse contexto, a comunicação como mecanismo de informação é utilizada pela equipe multiprofissional para informar ao paciente/família as condutas terapêuticas, resultados e até mesmo prognósticos. Para Lima et al. (2019) a comunicação abrange uma série de outras ações e exige dos profissionais muito desempenho e habilidades para que aos transmitir as informações, a mensagem seja compreendida por ambos os lados: profissional e paciente/família.

Os profissionais que trabalham na saúde são formados para atender as necessidades de cuidado dos pacientes, mesmo que estas necessidades se traduzam no enfrentamento da morte e do morrer. Nesse processo de cuidado, é comum ao profissional da saúde transmitir “más notícias” ao paciente/família, porém, Silva (2012, P. 50) relata que, até para o próprio profissional esta situação é de difícil enfrentamento, pois, nos faz “lembrar dos nossos próprios desafios e finitude”.

Segundo Silva (2012), comunicar a morte, o agramento da doença e/ou as limitações para a vida à alguém é sinônimo de má notícia, sendo necessário, portanto, que os profissionais de saúde desenvolvam habilidades de comunicação para comunicar-se com o outro de forma mais efetiva.

Lima et al. (2019) descrevem que na comunicação de más notícias, não se deve seguir de forma sistemática o processo pelo qual a informação será dada, mas, que é necessário que as instituições elaborem protocolos para o direcionamento de condutas a serem seguidas, partindo-se do pressuposto de que devem ser valorizados a particularidade de cada mensagem a ser repassada.

Transmitir más notícias ao paciente/família não é uma ação de fácil execução. Pereira et al. (2017) descrevem a importância de se elaborar, implantar e implementar protocolos de comunicação em instituições de saúde, que subsidiam a redução da ansiedade e angústias vivenciadas pelos profissionais de saúde, promovendo melhor desempenho na relação médico-paciente/família-equipe multidisciplinar.

De acordo com Pereira et al. (2017) a comunicação das “más notícias” é um ato médico e não pode ser designada á outro profissional, pois, dependendo como a informação é transmitida, os resultados podem repercutir de forma prejudicial ao quadro clínico em que o paciente se encontra.

Existem vários protocolos de comunicação internacionais que foram elaborados para auxiliar no processo de comunicação entre os profissionais e paciente, Pereira et al. (2017, p. 44-45) apresentam um protocolo elaborado por eles, para a realidade brasileira e que se intitula P.A.C.I.E.N.T.E. É composto por sete etapas:



---

✚ 1ª Etapa - PREPARO (P): consiste no preparo dos profissionais antes de transmitir a informação:

- Verificar a veracidade das informações diretamente no prontuário do paciente;
- Preparar o ambiente, para que o paciente usufrua do seu direito de privacidade e conforto;
- Posicionar-se de frente para o paciente, atentando-se para que não haja barreiras entre o profissional e o paciente;
- Garantir que não ocorra interrupção durante a comunicação entre o profissional e paciente/família.

✚ 2ª Etapa - AVALIE O QUANTO O PACIENTE SABE E QUANTO ELE QUER SABER (A)

- É importante avaliar o nível de conhecimento do paciente sobre o seu diagnóstico. Da mesma forma questione o nível de informações que o paciente gostaria de receber neste momento; ou se eles realmente não desejam ser informados de seu diagnósticos. Neste caso, o paciente pode indicar alguém que eles confiam para receber as informações em seu nome.

✚ 3ª Etapa – Convide o paciente para a verdade (C)

- Nesta etapa o paciente é informado da existência de más notícias. Use frases como: “Sinto muito, mas acredito que não tenho boas notícias”,
- Assim o paciente terá a possibilidade de mudar de ideia quanto ao fato de querer ou não ser informado. Em algumas situações, o paciente pode ficar quieto e não continuar ir além do “Convide o paciente para a verdade”.
- Esta atitude pode indicar que o paciente precisa de mais tempo para entender e processar o que lhe foi dito.

✚ 4ª Etapa – Informação (I)



- 
- A melhor estratégia é aguardar o tempo exigido pelo paciente e oferecer espaço para ele “convidar” o médico para que compartilhe as informações e pergunte diretamente sobre o seu diagnóstico, prognóstico ou resultados;
  - As informações relevantes sobre o estado de saúde do paciente pode então ser compartilhadas em quantidade, velocidade e qualidade suficientes, no tempo do paciente, para que ele possa tomar decisões sobre seu tratamento;
  - Evitar um relato preciso do prognóstico, pois, os médicos tendem a superestimar a expectativa de vida;
  - Ofereça informações de forma clara e honestamente, tentando manter as esperanças do paciente enquanto está sendo realista quanto às opções de tratamento;
  - Não use eufemismos, mas, escolha as palavras-chave corretas, como “câncer” e “metástase”, explicando seus significados.

#### ✚ 5ª Etapa – Emoções (E)

- Depois que a informação foi revelada, o paciente precisa de um tempo para entender e reagir às más notícias;
- Mantenha lenços próximo, permita que os pacientes se expressem. Use o toque como uma forma de comunicação e conforto;
- Esclareça as dúvidas do paciente, para que se sintam acolhidos e protegidos.

#### ✚ 6ª Etapa – Não abandone o paciente (N)

- Certifique-se de que seu paciente receberá acompanhamento médico.
- Assuma o compromisso de não abandoná-los, independentemente do resultado.

#### ✚ 7ª Etapa – Descreva uma estratégia (T - E)

- Planeje os cuidados a serem oferecidos e as opções de tratamento com o paciente.



- o Inclua cuidados interdisciplinares no plano terapêutico, quando possível.
- o Solicite monitoramento por outros médicos que pode auxiliar no controle dos sintomas.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, Renato Lima de; SILVA, Luciana Andrade da. Cuidados paliativos a comunicação como ferramenta no atendimento humanizado. *Revista Augustus*, v. 24, n. 48, 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n.º 0062, de 19 de fevereiro de 2004. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia. *Diário Oficial da União*. Brasília, 12 abr. 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n.º 492, de 03 de abril de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Filosofia, História, Geografia, Serviço Social, Comunicação Social, Ciências Sociais, Letras, Biblioteconomia, Arquivologia e Museologia. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 de julho de 2001 - Seção 1e, 2001e, p. 50.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n.º 1.210, de 12 de setembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. *Diário Oficial da União*. Brasília, 10 dez. 2001a; Seção 1, p. 22.

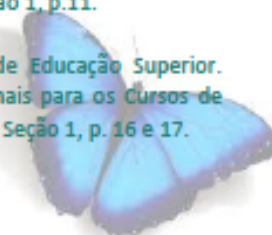
BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n.º 1.314, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia. 2001b.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n.º 1.133, de 7 de agosto de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. *Diário Oficial da União*. Brasília, 3 out. 2001c; Seção 1E, p.131.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União*. Brasília, 9 nov., 2001d; Seção 1, p. 37.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. *Diário Oficial da União*. Brasília, 4 mar. 2002; Seção 1, p.11.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.º 8, de 7 de maio de 2004. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia. *Diário Oficial da União*. Brasília, 18 de maio de 2004a; Seção 1, p. 16 e 17.



---

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 15, de 13 de março de 2002. Estabelece as Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de abril de 2002a - Seção 1, p. 33.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro/Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 23 de novembro de 2018; Seção 1, p. 276.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002b. Seção 1, p. 12.

LIMA, Keyssiane Maria de Alencar; MAIA, Anice Holanda Nunes; NASCIMENTO, Isabel Regiane Cardoso do. Comunicação de más notícias em cuidados paliativos na oncopediatria. Revista Bioética [online]. vol. 27, n.4, Brasília, Out./Dez. 2019.

PEREIRA, Carolina Rebello et al. The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. Revista da Associação Médica Brasileira [online], v. 63, n. 1, pp. 43-49, 2017.

SILVA, Maria Júlia Paes da. Comunicação de Más Notícias. Revista O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 36, n. 1, pp. 49-53, 2012.

VERÍSSIMO, Isabel Lopes; SOUSA, Patrícia Cruz-Pontífice. A comunicação como expressão do cuidado humanizado em fim de vida: revisão sistemática. Revista de Enfermagem UEPE on line, Recife, v.8, n.8, pp. 2845-53, ago., 2014.





---

## Relação interpessoal profissional-paciente/família

A comunicação está associada ao comportamento do homem, permeando por todas as atividades desempenhadas por este, e “compreendida como uma técnica de trocas e de compreensão de mensagens, emitidas e recebidas, mediante as quais as pessoas se percebem e partilham o significado de ideias, pensamentos e propósitos” (ANDRADE et al., 2013).

Na assistência ao paciente em cuidados paliativos (CP), a enfermagem utiliza a comunicação como estratégia para fortalecer a relação entre enfermeiro-paciente. Andrade et al. (2013, p. 2524) ressaltam “que a comunicação vai muito além das palavras e do conteúdo, uma vez que contempla a escuta atenta, o olhar e a postura, porquanto o emprego eficaz desse recurso é uma medida terapêutica comprovadamente eficiente para pacientes que dele necessitam, sobretudo os que se apresentam em fase terminal”.

De acordo com Andrade et al. (2013) a comunicação é a base fundamental para se estabelecer o vínculo entre profissional com o paciente/família, principalmente, em cuidados paliativos, salientando a importância do fortalecimento da relação interpessoal.

Em CP, tanto a comunicação quanto o relacionamento interpessoal “são elementos importantes para assegurar o respaldo total a pacientes e suas famílias” para promover ações e intervenções que possam complementar as terapêuticas médicas e os resultados do uso da tecnologia em saúde. Segundo Campos et al. (2019, p. 716), na relação entre os profissionais de saúde-paciente/família ocorrem várias formas de interação, que podem produzir um estado de dependência, proteção, expressões de afeto/amor e até mesmo autoritarismo, em razão do envolvimento de sentimentos de “ambivalentes (como amor e ódio)”, sendo necessário que se faça a distinção da “transferência positiva, que implica sentimentos ternos e amigáveis, e a negativa, ou seja, dos sentimentos hostis (agressividade, revolta, desconfiança, rejeição)”.

Campos et al. (2019, p. 716) descreve que geralmente ocorre a transferência positiva “quando o paciente se afeiçoa ao profissional e ultrapassa os limites da relação entre equipe e paciente. Nesses casos, a situação deve ser manejada com cuidado para não influenciar negativamente a terapêutica”.



---

Também podem ocorrer de forma contrária, a equipe demonstrar sentimentos pelo paciente, essa situação é chamada de contratransferência que se traduz nas “reações afetivas e da da própria subjetividade do profissional projetadas no enfermo (CAMPOS et al., 2019, p. 716).

Corroborando, Wolfart et al. (2020, s/n) descreve que o relacionamento interpessoal se desenvolve em todo momento frente as transformações que ocorrem nos seres humanos, principalmente nos campo das emoções e que se aprimora com o passar do tempo. No campo do trabalho, o relacionamento interpessoal se firma mediante “à conduta do profissional diante de crises, conflitos, superação de obstáculos e a forma com que ele lida com diferentes perfis”.

Wolfart et al. (2020, s/n) reforçam ainda que “quando as relações interpessoais enfraquecem em ambiente de trabalho, o clima organizacional torna-se negativo e desgastante, o profissional perde o foco e a produtividade, começam a surgir os desentendimentos, disputas internas e conseqüentemente perda do aproveitamento profissional”.

Diante do exposto, é necessário refletir em como o relacionamento interpessoal está sendo conduzido na unidade de atendimento de pacientes em cuida Wolfart et al. (2020, s/n) descrevem que é importante que o cuidado seja centrado no paciente e que se crie um ambiente apropriado, com atuação de profissional “empático, congruente e aceitando o outro tal qual esse se apresenta, transformando qualquer interação ou relação interpessoal em um encontro com qualidade”

#### REFERÊNCIAS

ANDRADE, Cristiani Garrido de; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; LOPES, Maria Emília Limeira. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, v. 18, n. 9, pp. 2523-2530, 2013.

CAMPOS, Vanessa Ferreira; SILVA, Jhonata Matos da; SILVA, Josimário João da. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. *Revista Bioética [online]*, v. 27, n. 4, pp. 711-718, 2019.

WOLFART, J. M.; SILVA, A. M. F. D. S. RELAÇÃO INTERPESSOAL EM AMBIENTE HOSPITALAR. *Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc, São Miguel do Oeste, [S. l.]*, v. 5, p. e27039, 2020.



---

*Capítulo 4 - Estratégias para o Enfrentamento do Luto*



---

## Estruturas de apoio ao paciente/família para o enfrentamento ao luto

O luto é um sentimento que afeta de modo individual as pessoas, não há como descrever de forma padronizada o conjunto de emoções e suas intensidades vivenciadas pelos indivíduos que passam por este momento doloroso e que representa a perda de entes em decorrência de morte (ACIOLE; BERGAMO, 2019).

De acordo com Cavalcanti et al. (2013, p. 88) o luto está associado à essência da “existência humana: a vida e a morte”, sendo definido “como uma perda de um elo significativo entre uma pessoa e seu objeto, portanto um fenômeno mental natural e constante durante o desenvolvimento humano”.

Desta forma, entende-se que o luto não está somente ligado à perda de uma pessoa (morte), mas, às perdas vivenciadas pelas pessoas ao longo de sua vida e, no paciente em fase terminal há o que se refletir em quais seriam suas perdas, dentre tantas, que o afete tanto, ao ponto dele vivenciar o seu próprio luto.

Para Suzaki et al. (2006) o paciente em fase terminal vivencia o luto a partir das reações humanas que se manifestam e são identificadas em cinco estágios que podem ocorrer de forma aleatória, não sequencial e que nem todos os pacientes vivenciam todas elas, sendo:

- ✦ 1º Estágio – Negação: o paciente nega a existência da doença.
- ✦ 2º Estágio – Raiva: o paciente manifesta sentimentos de revolta e ressentimentos.
- ✦ 3º Estágio – Barganha: o paciente faz negociação/promessas, geralmente com seu “Deus” para prolongamento da vida, cura da doença.
- ✦ 4º Estágio – Depressão: o paciente apresenta sentimentos de tristeza que evolui ao estado depressivo.
- ✦ 5º Estágio – Aceitação: o paciente aceita sua situação e seu destino.

Suzaki et al. (2006) destacam que estas etapas do luto são consideradas mecanismos de defesas que são utilizados no enfrentamento do processo do morrer, em que todos os sentimentos são exacerbados afetando não somente o paciente/família, mas também os profissionais da equipe de saúde.



---

Para que a equipe multiprofissional possa apoiar o paciente/família no enfrentamento do luto é importante levar em consideração “as culturas, as crenças, os contextos e as dinâmicas dos relacionamentos familiares, bem como identificar fatores que possam prejudicar o enfrentamento do luto, como a não manifestação dos sentimentos, o adiamento do processo ou a negação da perda”.

Magalhães e Melo (2015) ressaltam a importância de se ter de forma efetiva o serviço de Psicologia Hospitalar para dar suporte psicológico ao paciente/família, desta forma, por meio de acompanhamento ambos (paciente/família) poderão gerenciar os sentimentos frente ao processo de finitude e luto.

Corroborando, Aciole e Bergamo (2019, p. 815) reforçam a necessidade do “planejamento para implantar ações de cuidados de luto” para acolher e apoiar o familiar enlutado, frente a demanda de necessidade dessa assistência.

#### REFERÊNCIAS

ACIOLE, Giovanni Gurge; BERGAMO, Daniela Carvalho. Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. *Revista Saúde em Debate [online]*. v. 43, n. 122, pp. 805-818, 2019.

CAVALCANTI, Andressa Katherine Santos; SAMCZUK, Milena Lieto; BONFIM, Tânia Elena. O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. *Revista Psicólogo InFormação, São Paulo*, v. 17, n. 17, p. 87-105, dez. 2013.

MAGALHÃES, M. V.; MELO, S. C. de A. MORTE E LUTO: o sofrimento do profissional da saúde. *Revista Psicologia e Saúde em debate, [S. l.]*, v. 1, n. 1, p. 65–77, 2015.

SUSAKI, Tatiana Thaller; SILVA, Maria Júlia Paes da; POSSARI, João Francisco. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. *Revista Acta Paulista de Enfermagem [online]*, v. 19, n. 2, pp. 144-149, 2006.



---

## Estrutura de apoio ao profissional de saúde para o enfrentamento ao luto

A morte, como descrita por Magalhães e Melo (2015, p. 66), faz parte do ciclo evolutivo do homem e nos dias de hoje é entendida como “um fenômeno progressivo capaz de suscitar reações emocionais tanto no indivíduo que está morrendo como naqueles que estão a sua volta”, principalmente nos profissionais que prestam assistência e cuidados a este indivíduo.

Magalhães e Melo (2015) ressaltam que “o processo de morte gera um processo de luto” e o luto é uma resposta humana ao ato de “separação”. Em suas atividades laborais, os profissionais de saúde constantemente se deparam com o “processo de morte e, muitos deles, não estão preparados para lidar com os impactos emocionais significativos decorrentes desse fenômeno. Nesse sentido, tais profissionais assumem práticas e atitudes de negação da morte, evitando o contato com suas próprias emoções”.

Para entendimento do envolvimento dos profissionais no processo de morte e luto, faz-se necessário a apresentação da definição destes termos. Magalhães e Melo (2015, p. 67) descreve que os termos morte e morrer, embora, apareçam sempre juntos, possuem definições diferentes:

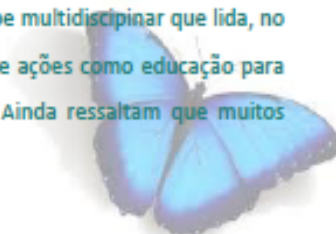
O morrer está acontecendo a qualquer momento de existência e conforme vive tem-se uma dificuldade intensa em lidar com esta terminalidade.

A morte é o final da vida material, a perda progressiva da força vital. O desenvolvimento do homem obedece ao percurso de nascer, crescer, amadurecer, envelhecer e morrer.

A morte é um instinto de sobrevivência humana em que se tende a esquivar de qualquer dor (MAGALHÃES; MELO, 2015, p. 67).

Magalhães e Melo (2015, p. 68) definem o luto como “o processo de reconstituição do sujeito após uma perda que pode durar dias, meses ou anos se não for bem elaborado. Caso não ocorra uma boa interpretação desta angústia promovida pela perda o mesmo pode se tornar patológico ou apresentar quadros de melancolia”.

Diante desse contexto, Magalhães e Melo (2015, p. 69) propõe que o serviço de Psicologia Hospitalar pode contribuir para o atendimento dos profissionais da equipe multidisciplinar que lida, no seu cotidiano, com o sofrimento, a morte e o luto do outro, por meio de ações como educação para equipe com a abordagem de como lidar com a morte e com o luto. Ainda ressaltam que muitos



---

“profissionais têm adoecido em função de uma carga excessiva de sofrimento sem a possibilidade que este seja elaborado. Não se trata de ocultar o assunto, mas de trazer a temática morte/ luto de forma humanizada”.

Corroborando, Faria e Figueiredo (2017) descrevem que muitos profissionais da área da saúde, principalmente enfermeiros, por não se encontrar preparado emocional e psicologicamente, ao lidar com pacientes em terminalidade acabam sofrendo impactos negativos que afetam suas habilidades como tomadas de decisão e interferem nos seus sentimentos, emoções, condições físicas e psicológicas.

Faria e Figueiredo (2017) ainda ressaltam que é difícil dissociar o lado profissional do lado humano, pois, por traz do profissional existe uma pessoa dotada de sentimentos, fraqueza e que, também sofrerá com o impacto da morte do paciente, uma vez que terá que lidar com as questões que envolve a finitude humana estando prestando assistência ao paciente e família no momento do luto.

De acordo com o exposto, a implantação e implementação de uma unidade de Psicologia Hospitalar passa a ser uma estratégia de apoio aos profissionais da equipe multidisciplinar que atua nos cuidados paliativos, promovendo educação em saúde sobre os processos da morte e do luto com objetivos de direcionar ações que possam conduzir ou fortalecer o enfrentamento do sentimento de pesar.

#### REFERÊNCIAS

FARIA, Simony de Sousa; FIGUEIREIDO, Jowilma de Sousa. Aspectos emocionais do luto e da morte em profissionais da equipe de saúde no contexto hospitalar. *Revista Psicologia Hospitalar (São Paulo)*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 44-66, jan. 2017.

MAGALHÃES, M. V.; MELO, S. C. de A. MORTE E LUTO: o sofrimento do profissional da saúde. *Revista Psicologia e Saúde em debate*, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 65-77, 2015.



---

## Estratégias e Ações de Fortalecimento para o Enfrentamento do Luto

Durante o período de internação, os de longa permanência, é comum evidenciar a criação de vínculos entre profissionais-paciente/família. Para Salum et al. (2017) os enfermeiros são os profissionais que mais vivenciam estas interações mediante a realização de cuidados diariamente, de forma integral e humanizada.

O processo do luto está presente nos processos no cotidiando de quem cuida, sendo definido "como uma perda de um elo significativo entre uma pessoa e seu objeto, portanto um fenômeno mental natural e constante durante o desenvolvimento humano". Na assistência ao paciente em cuidados paliativos (CP) os cuidados se estendem à família, principalmente quando se vivencia o processo do luto (CAVALCANTI et al., 2013, p. 88).

Salum et al. (2017, p. 531) afirmam que é necessária a ampliação dos cuidados aos familiares, "uma vez que a família vivencia junto ao paciente o processo de morte e morrer, mas por outro lado, a situação pode ter impacto negativo nas relações e estrutura familiar, considerando que em algumas circunstâncias as necessidades psicoespirituais dos familiares excedem as do paciente".

Para Ribeiro et al. (2017) o enfrentamento "é definido como as ações e estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas frente a situações estressantes provenientes de demandas internas ou externas, que são percebidas como sobrecarga aos recursos pessoais do indivíduo" e que as pessoas várias estratégias para enfrentamento do luto:

- ✦ Solução de problemas;
- ✦ Busca de informações;
- ✦ Incapacidade de se ajudar;
- ✦ Escape;
- ✦ Autoconfiança;
- ✦ Busca por suporte social;
- ✦ Delegação;
- ✦ Isolamento;
- ✦ Acomodação;
- ✦ Negociação;





---

✚ Submissão;

✚ Oposição.

Diante desta diversidade cabe aos profissionais da equipe multidisciplinar estabelecer um plano estratégico para elaborar as ações e estratégias que possam subsidiar o paciente e família no enfrentamento do luto.

#### REFERÊNCIAS

CAVALCANTI, Andressa Katherine Santos; SAMCZUK, Milena Lieto; BONFIM, Tânia Elena. O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. *Revista Psicólogo InFormação*, São Paulo, v. 17, n. 17, p. 87-105, dez. 2013.

RIBEIRO, Mariana dos Santos et al. Estratégias de enfrentamento de idosos frente ao envelhecimento e à morte: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (RBGG)*, Rio de Janeiro, v. 20, n. , pp. 880-888, 2017.

SALUM, Maria Eduarda Grams et al. Processo de morte e morrer: desafios no cuidado de enfermagem ao paciente e família. *Revista Rene*, Fortaleza, v. 18, n. 4, pp. 528-35, jul-ago, 2017.

