

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA - EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

CAROLINE TESSINARI PUPIM

**CUIDADOS PALIATIVOS EM GERIATRIA: CONCEPÇÃO DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL**

VITÓRIA
2018

CAROLINE TESSINARI PUPIM

**CUIDADOS PALIATIVOS EM GERIATRIA: CONCEPÇÃO DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Carlota de Rezende Coelho

Vitória

2018

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

P984c Pupim, Caroline Tessinari.
Cuidados paliativos em geriatria : concepção da equipe multiprofissional / Caroline Tessinari Pupim. Vitória: EMESCAM, 2018.
62 f.: il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Carlota de Rezende Coelho.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2018.

1. Cuidados paliativos - geriatria. 2. Equipe multiprofissional - geriatria. 3. Saúde do idoso. 4. Paciente idoso – cuidados paliativos. I. Coelho, Maria Carlota de Rezende. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD: 362.175

CAROLINE TESSINARI PUPIM

**CUIDADOS PALIATIVOS EM GERIATRIA: CONCEPÇÃO DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL**

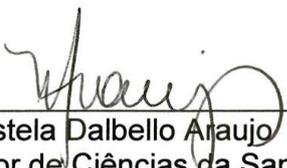
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 19 de novembro de 2018.

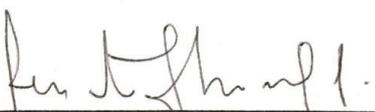
BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Maria Carlota de Resende Coelho
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCM
Orientadora



Profª Drª Maristela Dalbello Araujo
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCM



Prof Dr Renato Lirio Morelato
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo milagre da vida.

Ao meu querido esposo pelo constante incentivo à minha profissão e aos meus estudos apesar da maternidade.

Ao pequeno Artur que foi gerado e nasceu durante o mestrado. Ele me impulsiona ser alguém melhor e mais comprometido com o mundo.

Aos meus pais e minha irmã que me ajudaram nas ausências como mãe.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Maria Carlota de Rezende Coelho, meu reconhecimento pelos ensinamentos, sugestões e paciência nesse percurso. Você lançou o desafio de um estudo qualitativo que foi extremamente enriquecedor para minha formação.

Agradeço ao Prof. Dr. Renato pelo exemplo de comprometimento com a saúde do idoso. A Prof.^a Dr.^a Maristela pelas orientações na condução da metodologia da pesquisa. A disponibilidade de vocês é impagável.

Por fim e não menos importante a todos os profissionais de saúde que lutam pelo respeito à dignidade do ser humano até o seu fim. Praticar cuidados paliativos no Brasil não é uma tarefa fácil, porém motivadora para a produção do conhecimento. Ainda há muito que ser feito!

Morremos como mortais que somos,
E vivemos como se fôssemos imortais.
(Sêneca, 2006)

RESUMO

Nas últimas décadas temos assistido a um envelhecimento progressivo da população assim como o aumento da prevalência das neoplasias e de outras doenças crônicas. No Brasil, os idosos portadores de doenças ameaçadoras da vida tem uma qualidade de morte ruim uma vez que os cuidados paliativos não são disponíveis ou quando disponíveis são realizados de maneira tardia. Além disso, observa-se que há uma dificuldade da equipe multiprofissional em compreender a finitude como um processo natural da vida. Os objetivos desse estudo foram identificar a concepção dos profissionais de saúde da equipe multiprofissional da urgência e emergência de um hospital da rede pública na Grande Vitória - ES sobre cuidados paliativos em geriatria, caracterizar esses profissionais de saúde além de contextualizar os cuidados paliativos e a integralidade no bojo da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. O estudo é descritivo de abordagem qualitativa que utilizou como técnica a análise de conteúdo segundo Laurence Bardin. Os participantes foram os profissionais da equipe multiprofissional atuantes nos setores de urgência e emergência. O instrumento de pesquisa foi uma entrevista semiestruturada com questões abertas e fechadas. A organização dos dados, após a transcrição das entrevistas realizadas, culminou com a construção das unidades de registro, de contexto e as categorias analíticas. Quarenta e dois profissionais de saúde participaram do estudo dentre eles médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, fisioterapeutas e psicólogo. Foi observado que para esses participantes os cuidados paliativos em idosos estão associados apenas aos cuidados de fim de vida e que apesar da morte ser uma condição inerente à vida, há dificuldade em aceitá-la diante da formação profissional que tiveram. Os cuidados paliativos em geriatria remetem a qualidade de vida, dignidade e conforto para o grupo estudado cuja maioria não tem conhecimento sobre a regulamentação dessa prática. Com essa pesquisa pôde-se perceber que os profissionais de saúde da equipe multiprofissional compreendem a real necessidade de se ofertar um cuidado humanizado aos pacientes idosos portadores de doenças ameaçadoras da vida. Fatores como a formação profissional focada na cura, dificuldade em visualizar o ser humano além da dimensão física, impossibilidade de elaboração do luto diante da morte de um paciente e a falta de políticas de saúde para

melhor estruturação dos serviços são limitadores para a boa prática dos cuidados paliativos.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Idoso. Equipe de assistência ao paciente.

ABSTRACT

In the last decades we have witnessed a progressive aging of the population as well as the increase in the prevalence of neoplasia's and other chronic diseases. In Brazil, the elderly with life threatening diseases have a poor quality of life, since palliative care is not available or when it is available late. Furthermore, it is noted that there is a difficulty of the health professionals' team in understanding the end of life as a natural process. The objectives of this study were to identify the design of the health professionals' team of the emergency of a public hospital in Grande Vitória - ES on palliative care in elderly, characterize these health professionals in addition to contextualizing palliative care and integrality in the context of the National Health Policy of the Elderly. The study is descriptive of a qualitative approach that used as a technique content analysis according to Laurence Bardin. The participants were professionals from the health team working in the emergency sectors. The research instrument was a semi-structured interview with open and closed questions. The organization of the data, after the transcription of the interviews carried out, culminated in the construction of the registration units, context and analytical categories. Forty-two health professionals participated in the study among them doctors, nurses, nursing technicians, social workers, physiotherapists and psychologists. It was observed that for these participants palliative care in the elderly is associated only with end-of-life care, that although death is an inherent condition of life, it is difficult to accept it in face of the professional training they had. Palliative care in elderly refers to quality of life, dignity and comfort for the group studied, most of whom are not aware of the regulation of this practice. With this research it was realized that the health professionals team understand the real need to offer a humanized care to the elderly patients with life threatening diseases. Factors such as professional training focused on healing, difficulty in visualizing the human being beyond the physical dimension, impossibility of mourning in the face of a patient's death, and lack of health policies for better structuring of services are limiting to the good practice of palliative care.

Key words: Palliative care. Elderly. Patient care team.

LISTA DE SIGLAS

CFM	Conselho Federal de Medicina
EICP	Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNI	Política Nacional do Idoso
PS	Pronto Socorro
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	13
3 METODOLOGIA.....	14
4 CAPÍTULO 1 - O IDOSO BRASILEIRO: LEGISLAÇÃO, CONQUISTA DE DIREITOS E QUALIDADE DE VIDA.....	18
5 CAPÍTULO 2 - CUIDADO PALIATIVO: UMA OPÇÃO DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO NA SUA INTEGRALIDADE.....	24
5.1 CUIDADOS PALIATIVOS: CONCEITOS, PRINCÍPIOS, ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	25
5.2 REPENSANDO A MORTE E O MORRER NO IDOSO.....	28
5.3 OS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL CARECEM DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	30
6 CAPÍTULO 3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
6.1 CONHECIMENTO SOBRE O SERVIÇO COMO FACILITADOR DO PROCESSO.....	36
6.2 CONTROLE SOBRE A VIDA E A MORTE	38
6.3 AÇÕES DIFERENTES SOBRE O SOFRIMENTO HUMANO.....	40
6.4 CONHECIMENTO SOBRE A REGULAMENTAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	43
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS.....	48
APÊNDICES.....	52
APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	53
APÊNDICE B - Carta de Anuência.....	54
APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista.....	56
ANEXOS	57
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	58

1 INTRODUÇÃO

O objeto do presente estudo trata da concepção dos profissionais de saúde da equipe multiprofissional de um hospital da rede pública na Grande Vitória - Espírito Santo (ES) sobre cuidados paliativos em geriatria. Portanto, um objeto alinhado à área de concentração Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local, uma vez que a noção de saúde pretende ultrapassar as Ciências Biomédicas, guardando relações com as determinações históricas, econômicas, políticas, sociais e culturais. Terá como eixos a interdisciplinaridade e a integralidade. Por discutir a integralidade no cuidado interdisciplinar com o idoso, insere-se na linha de pesquisa Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

Nas últimas décadas temos assistido a um envelhecimento progressivo da população, assim como ao aumento da prevalência das neoplasias e de outras doenças crônicas. É notado que o aumento da expectativa de vida no Brasil não acompanhou a melhoria da qualidade de vida do idoso.

O avanço tecnológico alcançado, em especial a partir da segunda metade do século XX, associado ao desenvolvimento da terapêutica, fez com que muitas doenças mortais se transformassem em doenças crônicas, levando os portadores dessas doenças à longevidade (MATSUMOTO, 2012).

Apesar dos esforços dos pesquisadores e do conhecimento acumulado, a morte continua sendo uma certeza, ameaçando o ideal de cura e preservação da vida, para o qual nós, profissionais da saúde, somos treinados.

O cuidado paliativo é uma área de atuação da medicina que cuida de pacientes portadores de doenças que ameaçam a vida, cujo objetivo é prevenir, identificar e aliviar o sofrimento humano em diferentes dimensões, por uma abordagem multidisciplinar, possibilitando, assim, preservar a dignidade do ser humano no processo de finitude.

No cenário do presente estudo, temos esse tipo de assistência e dados do primeiro ano de atuação da Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos (EICP) mostraram que a maioria dos pacientes avaliados e com indicação de cuidados paliativos eram idosos e estavam nas unidades de urgência e emergência: Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) e Pronto Socorro (PS).

A prática paliativa no Brasil teve seu início na década de 1980 e conheceu um crescimento significativo a partir do ano 2000, com a consolidação dos serviços já existentes, alguns deles pioneiros, e a criação de outros não menos importantes. O acesso aos cuidados paliativos é restrito no nosso país, uma vez que os serviços se encontram limitados a hospitais de maior complexidade (MARCUCCI et al., 2016). E isso reflete na qualidade de morte dos pacientes.

O que se observa especificamente no cenário do estudo, assim como em outras grandes instituições, é que os cuidados paliativos estão sendo ofertados de maneira tardia. Em geral, os pacientes idosos portadores de doenças fora de possibilidade de cura estão recebendo um tratamento desproporcional ao que necessitam e tendo uma qualidade de morte ruim.

Tendo em vista a mudança do perfil epidemiológico da mortalidade aliada ao envelhecimento progressivo da população, torna-se de fundamental importância a identificação dos pacientes idosos portadores de doenças ameaçadoras da vida (BURLÁ; AZEVEDO; PY, 2016).

Assim, as contribuições do estudo para os profissionais de saúde voltam-se para ampliar conhecimento sobre os benefícios e as questões legais que amparam as práticas dos cuidados paliativos a partir da divulgação dos resultados. Espera-se que idosos candidatos a cuidados paliativos não tenham prolongamento de vida com intenso sofrimento.

A motivação para a realização do estudo se dá em função de que a pesquisadora, além de geriatra, tem formação em cuidados paliativos e vem observando a dificuldade da equipe multiprofissional em compreender a finitude como um processo natural da vida.

Portanto, o pressuposto dessa investigação é que os profissionais da equipe multiprofissional de um hospital da rede pública na Grande Vitória - ES têm dificuldades inerentes ao conhecimento sobre cuidados paliativos e sobre esse serviço em funcionamento no hospital.

2 OBJETIVOS

Identificar a concepção dos profissionais de saúde da equipe multiprofissional da urgência e emergência de um hospital da rede pública na Grande Vitória - ES sobre cuidados paliativos em geriatria.

Caracterizar os profissionais de saúde da equipe multiprofissional dos serviços de urgência e emergência de um hospital da rede pública na Grande Vitória - ES.

Contextualizar os cuidados paliativos e a integralidade no bojo da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

3 METODOLOGIA

Estudo descritivo de abordagem qualitativa que utilizou como técnica a análise de conteúdo segundo Laurence Bardin (2011).

A abordagem qualitativa foi escolhida para a análise do objeto proposto por entender que ela nos permite descrever a complexidade de nosso pressuposto, apresentar contribuições no processo de mudança e até mesmo a interpretação das particularidades dos comportamentos ou das atitudes dos indivíduos, no caso os profissionais de saúde.

Conforme Minayo (1997), entende-se por concepção social a ideia que fazemos a partir das experiências vivenciadas em sociedade, uma vez que o homem, ao mesmo tempo em que cria cultura, simboliza suas vivências, sendo capaz de expressá-las. Essa manifestação, constituída de elementos consistentes e inconsistentes, é que compõe a representação social.

A análise de conteúdo é uma investigação de significados que pode ser utilizada em pesquisas qualitativas e quantitativas cujo principal objetivo é desvendar o crítico. É uma forma de descrição objetiva, sistemática e quantitativa das ideias extraídas das comunicações e sua respectiva interpretação. Uma metodologia que se aplica a discursos muito diversificados (BARDIN, 2011).

A EICP do hospital cenário do presente estudo é composta por um médico e recebe auxílio de outros membros da equipe multidisciplinar como enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, capelães e farmacêuticos, conforme a demanda. Ela nasceu de uma necessidade institucional que presta assistência a muitos pacientes portadores de doenças oncológicas, cardiovasculares e degenerativas.

Em seu primeiro ano de atuação, 72,5% das solicitações de avaliação foram originadas das UTIs e do PS. A maioria desses pacientes eram idosos - média de 68,1 anos.

A dinâmica para o atendimento do serviço do hospital em estudo, em linhas gerais, segue aquela dos demais serviços de cuidados paliativos. Dentro de um ambiente hospitalar, os membros dessa equipe dirigem-se até onde o paciente está, conforme a solicitação da equipe assistente. Não é assumida a coordenação dos cuidados, mas é oferecido um suporte na orientação das condutas de acordo com o tipo de sofrimento que o paciente apresenta: físico, psíquico, social e/ou espiritual.

Essa maior demanda nos setores de urgência e emergência nos chamou a atenção, pois, são locais alheios à prática dos cuidados paliativos e os pacientes ficam longe de seus familiares. Além disso, foi observada uma grande dificuldade na adesão da equipe multidisciplinar às sugestões propostas pela EICP, ou seja, um cuidado focado no paciente e não na doença.

Os cenários do estudo foram as duas UTIs e o PS. Fazem parte do quadro da equipe multiprofissional dessas unidades 48 médicos, 27 enfermeiros, 87 técnicos de enfermagem, 02 fisioterapeutas, 02 assistentes sociais, 01 psicólogo, totalizando 167 profissionais. Os participantes foram identificados pela profissão e por um número que correspondeu à sequência das entrevistas.

Participaram da pesquisa todas as categorias de profissionais da saúde com o objetivo de representação do coletivo. Para as categorias compostas por um número de maior de profissionais foram estabelecidos alguns critérios que de certa forma interferem na concepção do objeto de estudo, tais como: idade, religião, tempo de exercício profissional, tempo de atuação nas unidades de urgência e emergência, formação prévia em cuidados paliativos.

Foram excluídos os profissionais que se recusaram a participar, estavam de férias, de licença médica ou qualquer outro tipo de afastamento durante o período de coleta dos dados.

Os profissionais da equipe multiprofissional que aceitaram participar da pesquisa (42) só foram inclusos como participantes após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Foi solicitada à instituição cenário do estudo uma

autorização na forma de Carta de Anuência para realização da pesquisa (APÊNDICE B).

O instrumento utilizado na pesquisa (APÊNDICE C) foi um roteiro de entrevista semiestruturado com questões fechadas para caracterização dos participantes e com questões abertas, as consideradas perguntas-guias, que estimularam os participantes a falarem da sua compreensão sobre o objeto de estudo.

Para a formulação do roteiro de entrevista utilizaram-se artigos prévios que analisaram o conhecimento da equipe multidisciplinar sobre cuidados paliativos, além da percepção do pesquisador diante de algumas dúvidas e comportamentos desses profissionais durante a atuação prática na EICP.

As questões fechadas do instrumento foram organizadas em tabelas para registro da frequência na caracterização da equipe. As questões abertas foram gravadas e transcritas na íntegra.

O depoimento do participante, obtido durante a entrevista, constituiu-se na matéria-prima deste trabalho, sendo, portanto, revelador das condições de vida, trabalho, expressão de valores e crenças, além de transmitir o que pensa esse grupo dentro das mesmas condições que o pesquisador.

A análise dos dados qualitativos foi, a princípio, realizada por uma leitura flutuante para a elaboração das hipóteses a partir dos depoimentos sobre a percepção dos participantes em relação ao objeto. Em seguida, os dados foram codificados e identificadas quatro unidades de registro: conhecimento sobre o serviço de cuidados paliativos; compreensão sobre finitude e enfrentamento da morte de idosos; compreensão sobre cuidados paliativos e regulamentação da prática de cuidados paliativos.

Na sequência, as unidades de registro foram circunstanciadas como unidades de contexto e a partir disso surgiram as categorias analíticas que tratam do significado da mensagem, cuja aplicabilidade se concretizou a partir de adequada interpretação.

Para uma organização adequada do material adquirido que norteará a interpretação final, é importante observar alguns aspectos tais como: exaustividade, sugerindo-se esgotar todo o assunto sem omissão de nenhuma parte; representatividade, preocupando-se com amostras que representem o universo; homogeneidade, de maneira que os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem coletados por meio de técnicas iguais e indivíduos semelhantes; pertinência, sendo necessário que os documentos sejam adaptados aos objetivos da pesquisa; e exclusividade, na qual um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria (SANTOS, 2012).

Os depoimentos foram arquivados no computador pessoal da pesquisadora e serão excluídos após cinco anos. Foi garantido o anonimato dos entrevistados cujos nomes serão mantidos em sigilo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) sob o parecer número 2.299.139 (ANEXO A).

A pesquisa foi estruturada em três capítulos. O primeiro visa contextualizar os direitos assegurados ao idoso brasileiro no bojo da PNSPI. O segundo, já publicado como capítulo do livro *Desafios das Políticas Públicas na Atenção à Pessoa Idosa* que foca aspectos relacionados aos cuidados paliativos como opção de assistência ao idoso na sua integralidade. O terceiro contemplou os resultados e as análises do estudo que, no início, caracterizou os participantes de pesquisa da equipe multiprofissional dos serviços de urgência e emergência do hospital cenário do estudo e, por fim, trouxe a percepção dos mesmos sobre cuidados paliativos em geriatria.

4 CAPÍTULO 1 - O IDOSO BRASILEIRO: LEGISLAÇÃO, CONQUISTA DE DIREITOS E QUALIDADE DE VIDA

O envelhecimento populacional apresenta-se como um fenômeno de grande relevância em todo o mundo, uma vez que à medida que as sociedades envelhecem os problemas de saúde entre idosos desafiam os sistemas de saúde e de seguridade social.

No presente, temos em torno de 26 milhões de idosos no Brasil. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a prevalência da população acima de 60 anos em relação à total aumentou de 9,8% em 2005 para 14,3% em 2015. A perspectiva é que chegue a 66,5 milhões em 2050, que corresponderá a 30% da população brasileira.

Vivemos uma verdadeira revolução da longevidade. O envelhecimento é um triunfo da humanidade que deve ser comemorado. Entretanto, pela velocidade com que vem ocorrendo na América Latina e no Brasil, é acompanhado de novas demandas e necessidades a serem conhecidas e respondidas (CENTRO INTEGRADO DE LONGEVIDADE BRASIL, 2015).

Importante discernir que as políticas de cuidados à pessoa idosa devem ser baseadas nos direitos, nas necessidades, preferências e habilidades dessa população e devem incluir uma perspectiva de curso de vida que reconheça a relevante influência das experiências de vida para a maneira com que os indivíduos envelhecem (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Além disso, a construção de políticas públicas de direitos que protejam as pessoas idosas em suas necessidades deve garantir sua participação e reduzir as desigualdades. Ao contrário dos países desenvolvidos que se tornam ricos antes de envelhecer, os países em desenvolvimento estão envelhecendo antes de se tornarem ricos. Em consequência, os avanços na incorporação tecnológica ainda não são acessíveis à população de forma homogênea e a idade avançada exacerba outras desigualdades associadas à raça, etnia e gênero (KALACHE, 2008).

A Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã pela grande abertura política e participação da sociedade, foi o primeiro passo para o reconhecimento dos direitos dos idosos brasileiros. Em seu artigo 1º ampara o direito à cidadania e à dignidade da pessoa humana e no artigo 3º a construção de uma sociedade livre e solidária além da promoção do bem-estar de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988).

O idoso está contemplado, de modo específico, em seis artigos dessa constituição. O artigo 14 faculta aos maiores de 70 anos o exercício do voto, salientando que a pessoa idosa deve exercer seus direitos e deveres de cidadã como forma de demonstrar à sociedade seu poder. Os artigos 203 e 204 preconizam a prestação da assistência social a quem dela necessitar (família, maternidade, infância, adolescência, velhice, pessoa portadora de deficiência). No artigo 226 garante que o Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações (BRASIL, 1988).

Além desses, vale salientar a importância dos artigos 229 o qual determina que os filhos tenham o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade e 230 que institui que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, como forma de efetivar o mandamento constitucional do direito à saúde como um direito de todos e dever do Estado. Está organizado em todo território nacional como uma política de bem-estar social, universal e gratuita. Estrutura-se de modo interfederativo no âmbito municipal, estadual e federal e é nos territórios locais que se produzem os processos de cuidados nos vários pontos de atenção das redes de serviços de saúde (BRASIL, 1988).

Apesar do envelhecimento populacional e do aumento das condições crônicas, o modelo brasileiro de atenção à saúde ainda se encontra bastante impregnado ao

modelo biológico, baseado na cura das condições agudas, constituídos no saber médico especializado, centrado no hospital, com alta incorporação tecnológica.

Segundo Camarano (2004), a heterogeneidade do grupo de idosos, seja em termos etários, de local de moradia ou socioeconômicos, acarreta demandas diferenciadas, o que tem rebatimento na formulação das políticas públicas. Outro fato importante a ser considerado é que saúde para a população idosa não se resume apenas ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física e a mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social.

O Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, publicado pela Organização Mundial da Saúde (2015), indica a necessidade da transformação dos sistemas de saúde baseado em modelos curativos centrados na doença. Sugere a implantação de cuidados integrais centrados no idoso incluindo cuidados de longa duração, bem como uma resposta coordenada de diversos setores e níveis de governo, além de permanente monitoramento dos níveis de saúde dos idosos. Aponta que uma ação de saúde pública abrangente é uma necessidade urgente e que exigirá importantes mudanças, não apenas no que fazemos, mas em como pensamos o envelhecimento e a capacidade funcional, possibilitando aos idosos viver com melhor qualidade de vida. Reafirma a diversidade e a pluralidade que existe na população idosa e a importância de desconstruir os estereótipos sobre a velhice. São muitas velhices!

O referido relatório da OMS elenca três ações para a promoção do envelhecimento saudável e a promoção da capacidade funcional: o alinhamento dos sistemas de saúde às necessidades dos idosos; o desenvolvimento de sistemas de cuidados de longa duração, a criação de ambientes amigáveis aos idosos e a ampliação do conhecimento e monitoramento das condições de saúde dos idosos.

No Brasil, o marco das políticas públicas de direitos à pessoa idosa foi a Política Nacional do Idoso (PNI) - Lei nº 8.842/1994, e o Estatuto do Idoso - Lei nº 10.741/2003, que representam as principais leis ordinárias de proteção da pessoa longeva (BRASIL, 2003). A ideia do Estatuto do Idoso surgiu da crítica em relação à falta de efetividade e não realização de inúmeras medidas de proteção e ações previstas na PNI.

A PNI, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, é uma das primeiras legislações a dar visibilidade ao segmento idoso. Ela objetiva assegurar direitos, inclusive o direito à saúde, criando condições para promover a autonomia, a integração e a participação efetiva da pessoa anciã na sociedade, por meio de ações governamentais. Reafirma o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS a todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos de idade ou mais (BRASIL, 1994).

A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos desses indivíduos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção, ainda incipiente, das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da PNSPI em 2006.

São diretrizes da PNSPI:

[...] promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006, p. 7).

A PNSPI indica a importância da independência e autonomia como centralidade do regime. Traduz a classificação de risco e vulnerabilidade na atenção básica, fundamentada no conhecimento geriátrico-gerontológico como importante estratégia no acolhimento das pessoas idosas que contribuem na indicação de respostas baseadas em necessidades e exigem diferentes mapas, redes e linhas de cuidado a serem construídos de forma compartilhada e em cogestão.

Alcântara (2016) conclui que embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. O Brasil possui inúmeras legislações que asseguram direitos às pessoas idosas, no entanto, há poucos avanços nas ações propostas. É gritante o pouco compromisso dos

governos em efetivar as políticas públicas destinadas a essa população que aumenta de maneira surpreendente.

Transcorridas quase três décadas da redemocratização do país e de todo esse labor legislativo pró-idoso, as políticas públicas para o envelhecimento ainda não foram efetivadas. Uma rápida leitura da Política Nacional do Idoso e o do Estatuto do Idoso demonstra uma dívida do Estado com esse segmento populacional, restando às famílias a grande responsabilidade e o ônus de cuidar de seus longevos.

Há um desafio de se ampliar o olhar e o acesso a um cuidado continuado e humanizado que, com o foco no usuário, respeite as singularidades, compartilhe decisões e amplie sua autonomia. É importante viver muito, mas é fundamental viver bem. Preservar a independência funcional das pessoas idosas deve ser a meta em todos os níveis de atenção.

Segundo Kalache e Kickbush (1997), envelhecimento bem-sucedido pode ser entendido a partir de seus três componentes: menor probabilidade de doença; alta capacidade funcional física e mental; e engajamento social ativo com a vida.

Esse processo pode ser ameaçado não só pela insuficiência na assistência à saúde, mas também por uma doença comprometedora, não passível de cura, muito comum nessa faixa etária mediante a vulnerabilidade e a baixa reserva orgânica dos mais velhos. Nesse momento é imperiosa a discussão acerca da mortalidade e finitude humanas.

A filosofia do cuidado humanizado e integral ao idoso reconhece que existe uma transição gradual e necessidade de equilíbrio entre as tentativas legítimas de prolongar a vida quando há chances reais de recuperação e gestão paliativa dos sintomas aliada à aceitação de um processo que não tem mais cura. Isso é muito verdadeiro no cuidado de pacientes em estágios avançados de doenças, tais como Alzheimer, Parkinson, neoplasias, entre outras.

Muitos idosos portadores de doenças crônicas estão sofrendo desnecessariamente por falta de uma avaliação generalizada. O olhar geriátrico diz respeito não só à

sobrevivência, mas, à busca de forma assertiva por meio dos problemas tratáveis ao aprimoramento da qualidade de vida e seu funcionamento, enfatizando que o fundamento de tudo é o paciente, em sua humanidade e dignidade.

Não é por estar na última fase da vida que o idoso perde o direito de ser cuidado de forma digna. Semanticamente, dignidade é a qualidade moral que infunde respeito, consciência do próprio valor, honra; o modo de alguém proceder ou de se apresentar que inspira respeito aos próprios sentimentos.

Propiciar uma vida digna é respeitar o ser humano que há além do biológico, do corpo. É tratar a pessoa por sua biografia, estatura moral e não como um conjunto de órgãos, sistemas e aparelhos que compõe o corpo físico.

Os cuidados paliativos são uma opção de garantia de qualidade de morte como estratégia de valorização da vida assegurada constitucionalmente.

Permitir uma morte com dignidade é dar ao paciente o direito de participar da decisão de estabelecer o que são métodos adequados de tratamento e os limites nos quais as medidas terapêuticas prolongariam a vida de forma fútil. Tal atitude envolve julgar não apenas os potenciais resultados e malefícios inerentes à abordagem terapêutica, mas também as expectativas em relação à vida que se tem e àquela desejada.

5 CAPÍTULO 2 - CUIDADOS PALIATIVOS: UMA OPÇÃO DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO NA SUA INTEGRALIDADE

A melhoria das condições de vida associada ao avanço tecnológico nas últimas décadas levou a um aumento da expectativa de vida dos brasileiros. O envelhecimento progressivo da população é marcado por uma vulnerabilidade orgânica ao surgimento de doenças consideradas ameaçadoras da vida, como as cardiovasculares, demências e neoplasias.

No ano de 2011, 1.170.498 pessoas faleceram no Brasil. Se avaliarmos apenas os óbitos decorrentes de doenças de evolução crônica ou degenerativa e neoplasias teremos um montante de mais de 800 mil pessoas (MALTA et al., 2014). A maior parte desses óbitos ocorreu em hospitais.

Em todo o mundo, a longevidade aliada à maior prevalência das doenças crônicas vem acarretando problemas imediatos nas políticas de saúde e apontando para importantes questões sociais, econômicas e éticas. Idosos acometidos por uma doença ameaçadora da vida percorrem um longo processo que tem como consequência a fragilidade e dependência. Esse contexto leva a profundas mudanças na organização familiar. A morte desses pacientes não deve ser vista como um inimigo a ser temido e combatido, mas como um evento previsível.

A revista *The Economist Intelligence Unit* (2015) avaliou o índice de qualidade de morte que classificou a disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos cuidados de fim de vida em 80 países. O Brasil ficou na 42ª posição, atrás de países com PIB muito menor, tais como: Costa Rica, Jordânia, África do Sul, Cuba, Mongólia e Uganda.

Esse cenário levou ao alerta feito pela OMS: em países desenvolvidos e em desenvolvimento, pessoas estão vivendo e morrendo sozinhas e cheias de medo, com suas dores não mitigadas, sintomas físicos não controlados e as questões psicossociais e espirituais não atendidas. A doença crônica em fase adiantada faz com que a morte seja inevitável e qualquer terapêutica curativa instituída pode ser

considerada fútil e não razoável. Portanto, reconhecer o processo de morrer é tão importante quanto diagnosticar uma patologia.

5.1 CUIDADOS PALIATIVOS: CONCEITOS, PRINCÍPIOS, ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O desconhecimento a respeito dos conceitos, princípios e benefícios dos cuidados paliativos, além da dificuldade em lidar com a finitude do ser humano, faz com que essa prática seja temida e carecida de políticas para o seu desenvolvimento.

O significado da palavra paliar, derivado do latim *pallium*, é proteger. Proteger alguém é uma forma de cuidado tendo como objetivo amenizar o sofrimento em todas suas dimensões. Em 2002, a OMS definiu cuidados paliativos da seguinte forma:

Uma abordagem voltada para a qualidade de vida tanto dos pacientes quanto de seus familiares frente a problemas associados a doenças que põem em risco a vida. A atuação busca a prevenção e o alívio do sofrimento, através do reconhecimento precoce, de uma avaliação precisa e criteriosa e do tratamento da dor e de outros sintomas, e das demandas quer física, quer psicossocial ou espiritual (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, p. 15).

Dois pontos fundamentais precisam ser destacados no conceito acima. O primeiro deles é a inclusão dos familiares como também beneficiados dessa prática. E o segundo é que o foco do cuidado passa a ser o paciente e não a doença ameaçadora da vida. Sendo assim, o controle de sintomas físicos, psíquicos, sociais e espirituais passa a ser o principal objetivo a ser alcançado para uma melhor qualidade de vida.

Cuidado paliativo não deve ser confundido com cuidado ao fim da vida. Os cuidados paliativos devem ser aplicados em continuidade com outros tratamentos pertinentes ao seu caso, desde a definição de uma doença incurável e progressiva. Os cuidados ao fim da vida são parte importante dos cuidados paliativos, uma das últimas etapas a partir do momento em que se torna claro o declínio progressivo e inexorável do

paciente (WATSON et al., 2009). A última etapa dessa forma de cuidado é a assistência ao luto.

A Figura 1, adaptada da OMS, esboça claramente que, durante o curso da doença que ameaça a vida, a necessidade do tratamento modificador da doença é reduzida, aumentando-se a necessidade dos cuidados paliativos.

Figura 1 – Cuidados paliativos no curso da doença ameaçadora da vida



Fonte: Adaptado de World Health Organization (2007).

Visando ao alívio do sofrimento em todas suas dimensões, é evidente a necessidade de uma equipe multiprofissional com dinâmica de ação transdisciplinar onde todos precisam trabalhar em sintonia e desenvolver uma linguagem comum para atender os mesmos objetivos de cuidados. Essa equipe deve ser hábil para ajudar o paciente e a família a adaptar-se às mudanças de vida impostas pela doença e promover a reflexão necessária para o enfrentamento dessa condição.

Os cuidados paliativos baseiam-se em conhecimentos inerentes às diversas especialidades. Em 2002, a OMS revisou e reafirmou os princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional de cuidados paliativos: promover o alívio da dor e

outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural da vida; não antecipar nem postergar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver de maneira tão ativa quanto possível até o momento da sua morte; abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; melhorar a qualidade de vida e influenciar de forma favorável o curso da doença e ser iniciado o mais precocemente possível (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Se o objetivo primeiro da medicina é a preservação e restauração da saúde, a morte deveria ser entendida e esperada como o último resultado desse esforço, implícito e inerente desde o começo (PESSINI, 1996). O que se observa, entretanto, é uma luta desenfreada pela vida que impede ou retarda o processo inevitável da morte, o que denominamos distanásia. Essa é caracterizada por uma morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento.

Um dos princípios dos cuidados paliativos é não acelerar nem adiar a morte, prática essa denominada ortotanásia. Para isso, é fundamental um diagnóstico objetivo e bem embasado, o conhecimento da história natural da doença, um acompanhamento mais ativo, acolhedor e respeitoso e uma relação empática com o paciente e seus familiares.

As questões em torno da morte constituem ainda um tema pouco falado. No Brasil, a Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM) foi considerada o primeiro passo em busca de uma solução ética para o debate sobre a terminalidade da vida. Em seu artigo primeiro, a referida Resolução define:

É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave, incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006, p. 169).

Após a edição da Resolução nº 1.805/2006, o CFM, no uso de suas atribuições legais, editou o novo Código de Ética Médica, proibindo a prática da distanásia e legitimando, à distanásia e a total aprovação da ortotanásia, cuja prática há de ser estimulada.

5.2 REPENSANDO A MORTE E O MORRER NO IDOSO

O envelhecimento é um fenômeno natural caracterizado por um processo de diminuição das funções orgânicas e funcionais, não decorrente de doença, constituindo-se fato inevitável com o passar do tempo (ERMINDA, 1999).

Também conhecida como a última etapa da vida, esse período possui suas particularidades a partir do estabelecimento dos ciclos natural e social do ser idoso em sua totalidade. Comumente falando, idoso é todo aquele que, de alguma forma, já viveu ou cumpriu sua jornada na vida terrena.

No envelhecer, o adoecimento e a perda de independência são condições muito encontradas mediante o aumento da fragilidade e vulnerabilidade, podendo ser a morte uma consequência.

Para Negrini (2014) o morrer vem se transformando com o decorrer do tempo. Com o desenvolvimento tecnológico é possível retardar, atenuar, diminuir a dor do indivíduo terminal. A morte tem deixado de ser um episódio para se tornar um processo.

Aries (1981) em seus estudos sobre a morte do ocidente enfatiza que na idade média a morte era vista como natural e justa. O doente era o protagonista da cena e, momentos antes de falecer, era de fundamental importância que os amigos e familiares, incluindo crianças, estivessem presentes. Dos séculos XVI ao XIX, diante das mudanças na concepção de família que se torna mais fundada no afeto e união, a morte passa a ser encarada como inimiga, uma violação que arranca o indivíduo do seu seio familiar. Já no século XX a morte deve ser escondida a qualquer custo. O luto nesse período é cada vez mais discreto, e as formalidades para enterrar o corpo são cumpridas com brevidade, como se houvesse uma ânsia por fazer desaparecer e

esquecer tudo o que pode restar do corpo. O indivíduo que antes morria junto aos seus familiares, passa a morrer em centros médicos, compreendidos como os locais mais apropriados.

Ter consciência da própria morte segundo Kóvacs (2005) é determinante para a construção dos seres humanos, estes motivados por uma convicção objetiva, concreta e incontente. Mesmo presente no dia-a-dia, a morte é vista pelo homem como algo a ser dominado, buscando-se cada vez mais a imortalidade. A finitude experimenta uma variação essencial na relação humana, contudo, sua representação é, de certa forma, alterada de acordo com a cultura vivida por cada indivíduo.

Ao tomarem conhecimento da finitude diante de uma doença grave, muitos indivíduos reagem mal com o primeiro estágio do processo de morte. Esse comportamento pode auxiliá-los a se prepararem para a aceitação posterior do seu fim, levando-os a terem força e motivação para lutar pela vida, deixando de lado a realidade do mau prognóstico, defesa esta relacionada com a cultura da imortalidade (CASSORLA, 2009).

Um misto de sentimento é vivenciado pelo ser humano quando colocado no limite de sua existência. Bifulgo e Caponero (2016) salientam que sentimentos inexplorados como raiva, revolta e demais ressentimentos são, muitas vezes, observados por familiares e profissionais, cabendo aos mesmos apoiar e manter um diálogo sobre o curso da doença enfrentada com empatia e resiliência, a fim de contribuir, de forma positiva, no processo de morte e morrer deste ser.

A aceitação da morte retratada por Araújo e Silva (2012), muitas vezes atingida pelos pacientes que recebem subsídio para o seu enfrentamento, dará espaço a uma realidade antes não vista. Seus sentimentos, exteriorizados com facilidade, favorecerão um espaço de acolhida final.

Temer a morte aniquila todos os fatores intrínsecos no ser humano, uma vez que é natural pensar que nasceremos, envelheceremos e, como consequência, morreremos. Todavia, há uma constante busca pela necessidade de satisfazer os próprios desejos antes da morte.

Portanto, reconhecer a fase final de vida do idoso é primordial para a construção de uma ação terapêutica pertinente durante os cuidados paliativos. A boa morte presume a vitalidade que objeta o ofício do esmero provável. Assim a essência da dor, ocasionada pelo sofrimento enfrentado no percurso da doença, entrelaça o horizonte de emoções. O envelhecimento traduz a possibilidade da individualidade na finitude retratada de forma surpreendente para o paciente, a família e os profissionais de saúde.

A filosofia da morte contemporânea ainda é recente, e será necessário um bom tempo para se estruturar, não somente na sociedade brasileira, mas no mundo como um todo. Lidar com a vida é tão importante quanto saber lidar com a morte, evento este de primo valor na vida humana. Carece de um despertar para o desconhecido e de gratidão por ter vivenciado as maravilhas e lástimas de um ser único e especial em sua totalidade.

5.3 OS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL CARECEM DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Em 2001, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e um de seus objetivos era estimular a organização de serviços de saúde e equipes multidisciplinares para a assistência a pacientes que necessitam de cuidados paliativos. Um ano depois, houve ampliação da inserção dos cuidados paliativos com a elaboração do Programa Nacional de Assistência à Dor e aos Cuidados Paliativos. O referido Programa tem como objetivos articular as iniciativas dedicadas ao desenvolvimento de uma cultura de assistência à dor, além da educação continuada de profissionais de saúde e de educação comunitária para a prática dos cuidados paliativos.

Porém, o que se observa na prática é que esse tipo de assistência ainda é muito restrito no Brasil. Em países desenvolvidos da Europa e América do Norte, e até em alguns da América do Sul, políticas, legislações e instituições de ensino já foram estabelecidas e desenvolvidas, consolidando as chamadas políticas nacionais em cuidados paliativos. Graças a isso, um grande número de leitos denominados

hospices encontra-se disponível para esse perfil de paciente, além da assistência domiciliar ser mais abrangente e acessível, o que não ocorre no Brasil.

A terapia ainda pouco discutida e até mesmo negligenciada pela equipe de saúde prevê uma determinação político-social com introdução de práticas de bem-estar e qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos, com a necessidade de criação de políticas públicas de assistência integral, fazendo-se necessária a superação da ação mecanicista e a abertura de espaço à essência humanizada do cuidado prestado pelos profissionais da saúde à população idosa (PAIVA; ALMEIDA JUNIOR; DAMÁSIO, 2014).

Pessini e Bertachini (2005) classificam os cuidados paliativos como uma questão de grande relevância para a saúde pública brasileira, visto que retrata a dignidade do paciente em sua totalidade, uma vez perdida diante de todo o sofrimento causado pelas doenças e sua terminalidade.

O rápido crescimento da população idosa tem modificado o percurso da epidemiologia das doenças crônicas no Brasil. Essa modificação atinge as ações de saúde dos diversos seguimentos profissionais, evidenciando a necessidade de adaptações tecnológicas em saúde objetivando as demandas de um novo cenário epidemiológico (ALVES et al., 2015).

As políticas públicas definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos, traduzem a orientação política do estado visando regular a ação governamental relacionada às tarefas de interesse público. Do ponto de vista social, elas são integradas ao estado e orientadas para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes, sendo estes natural, social e do trabalho. Sua ação específica na saúde consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde de forma coletiva (LUCHESSSE, 2004).

Ainda segundo Luchesse (2004), as políticas públicas de saúde no Brasil, inseridas no contexto do SUS e promulgadas pela Constituição Federal de 1988, trazem em destaque os princípios de universalidade, equidade, descentralização e integralidade. Visam garantir de forma contínua a assistência do sujeito brasileiro em todo o território

nacional, permitindo, assim, o acesso a todos os serviços inseridos na rede sanitária, ficando a cargo do estado o dever de garantir a saúde do cidadão brasileiro.

A história das políticas públicas de saúde baseada no modelo curativo, culturalmente observado na sociedade onde o cuidado é centralizado na assistência médica e tendo como referência o ambiente hospitalar, tem gerado um grande desafio na área médica em relação à importância do cuidado ativo do paciente quanto aos cuidados paliativos. É importante compreender o aumento da população de pacientes nessa modalidade a fim de traçar ações que beneficiem o público citado. Deste modo, analisar a percepção da equipe multiprofissional quanto aos cuidados paliativos é de extrema importância, uma vez que implicará a qualidade de vida, de maneira significativa, colaborando para uma morte digna e humanizada (FROSSARD, 2016).

É tempo de reconhecer a necessidade de inserção dos cuidados paliativos na rede pública de saúde. É imprescindível o aumento de estudos voltados à temática apresentada, visto que há uma carência quanto às pesquisas relacionadas, cabendo ao estado incentivo à pesquisa e apoio ao ensino de formação em cuidados paliativos.

6 CAPÍTULO 3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desse estudo 42 profissionais de saúde atuantes nos setores de urgência e emergência dos quais 10 eram médicos, 11 enfermeiros, 16 técnicos de enfermagem, 2 assistentes sociais, 1 psicólogo e 2 fisioterapeutas. A média de idade dos profissionais era de 35,3 anos, faixa etária entre 27 a 49 anos, 33 eram mulheres e 9 homens conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Categorização dos participantes da pesquisa

Características	Participantes (n = 42)	Médicos (n=10)	Enf. ¹ (n = 11)	T. Enf. ² (n = 16)	A. Social ³ (n = 2)	Psic. ⁴ (n = 1)	Fisio. ⁵ (n = 2)
Idade	35,5		33,7	36,5	40	27	34
Sexo							
Feminino	6	6	10	13	2	1	1
Masculino	4	4	1	3	0	0	1
Religião							
Sim	10	10	11	13	2	1	1
Não	0	0	0	3	0	0	1
Tempo de atuação (anos)							
< 5	3	3	2	0	1	1	1
5 – 10	3	3	7	9	1	0	0
> 10	4	4	2	7	0	0	1
Tempo de atuação na urgência e emergência (anos)							
< 5	3	3	2	2	1	1	1
5 – 10	4	4	6	8	1	0	0
> 10	3	3	3	6	0	0	1
Especialização geral							
Sim	10	10	10	9	1	1	1
Não	0	0	1	7	1	0	1
Especialização em Cuidados Paliativos							
Sim	1	1	0	0	0	0	0
Não	9	9	11	16	2	1	2
Ouviu falar em cuidados paliativos antes							
Sim	6	6	9	7	0	1	2
Não	4	4	2	9	2	0	0

Nota: ¹ Enfermeiros, ² Técnicos de Enfermagem, ³ Assistentes sociais, ⁴ Psicólogo, ⁵ Fisioterapeutas

Fonte: Elaborada pela autora.

Vinte profissionais tinham entre 5 a 10 anos de atuação em sua devida formação profissional e dezenove tinham entre 5 a 10 anos de atuação em serviços de urgência e emergência. Grande parte dos profissionais (n = 33) fez alguma especialização após a graduação ou curso técnico, a maioria relacionada à atual área de atuação. Apenas um fez especialização em cuidados paliativos.

Essas características foram questionadas uma vez que a formação do profissional de saúde é deficiente quando o processo de cura não é mais efetivo.

Fonseca e Geovanini (2013) enfatizam que ao longo da vida acadêmica o estudo do corpo humano é dividido em partes ou sistemas, dificultando a compreensão da totalidade do indivíduo. Aliado a isso temos a concepção positivista da sociedade atual levando a uma falsa ilusão de que tudo pode ser controlado ou moldado à nossa vontade.

Os profissionais atuantes no serviço de urgência e emergência desse estudo foram habilitados para assegurar a vida por meio de cursos e pós-graduações em primeiros socorros e suporte avançado de vida. Logo, quando a morte se consolida, isso pode ser visto como uma ineficiência, um despreparo, um fracasso e não como um processo inerente à finitude humana. Daí a dificuldade em assimilar a prática dos cuidados paliativos.

Segundo Kovács (2005) a diferença entre as pessoas em geral e os profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, psicólogos, é que, na vida destes, a morte faz parte do cotidiano, tornando-se companheira de trabalho. Negar a morte é uma das formas de não entrar em contato com as experiências dolorosas.

Apenas 4 profissionais disseram não possuir religião. A maioria dos que relatou seguir uma crença considera a prática religiosa importante na compreensão da morte de seus pacientes.

A busca pela religião pode representar uma atribuição de sentidos às demandas impostas pela vida cotidiana, inclusive da própria morte, tema tão delicado e controverso na história cultural da humanidade. No Brasil, o pluralismo religioso

oferece múltiplas vias para o indivíduo encontrar conforto diante de momentos cruciais. Dessa forma, é compreensível que para esses profissionais de saúde, treinados para garantir a sobrevivência, a religião seja facilitadora no processo de aceitação da morte (REZENDE et al., 2012).

De acordo com Puchalski et al. (2014) o cuidado espiritual é um componente fundamental de cuidados de saúde e é mais eficaz quando é reconhecido e refletido nas atitudes e ações de ambos os pacientes e prestadores de cuidados de saúde.

Fornazari e Ferreira (2010) salientam que a religiosidade e a espiritualidade constituem uma estratégia de enfrentamento importante diante de situações estressoras como o diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida e até mesmo a morte.

Dos 42 profissionais entrevistados, 17 referiram não ter ouvido falar sobre cuidados paliativos antes do surgimento da EICP do hospital.

A organização dos resultados dos dados, após transcrição das entrevistas realizadas, culminou com a construção das unidades de registro, de contexto e as categorias analíticas, como evidenciadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Unidades de registro, unidades de contexto e categorias analíticas segundo a técnica de Bardin

(continua)

Unidade de Registro	Unidade de Contexto	Categoria Analítica
Conhecimento sobre o serviço de cuidados paliativos de um hospital da rede pública na Grande Vitória.	Existência de uma equipe interconsultora com disponibilidade de avaliação e seguimento conjunto do paciente com doença avançada visando ao controle dos sintomas e auxiliando a comunicação entre os sujeitos desse processo (paciente, família, equipe assistente), garantindo, assim, uma morte digna.	Conhecimento sobre o serviço como facilitador do processo.

Tabela 2 - Unidades de registro, unidades de contexto e categorias analíticas segundo a técnica de Bardin

(conclusão)

Compreensão sobre finitude e enfrentamento da morte de idosos.	Diante do desenvolvimento tecnológico, a morte é vista como algo a ser dominado desconsiderando a finitude, vulnerabilidade e fragilidade do ser humano, inclusive dos idosos.	Controle sobre a vida e a morte.
Compreensão sobre cuidados paliativos.	Forma de assistência a alguém com doença ameaçadora da vida, visando à identificação e ao alívio do sofrimento humano nas mais diferentes dimensões. Não se restringe aos cuidados do fim de vida e o foco do cuidado é o paciente e não a doença.	Ações diferentes sobre o sofrimento humano.
Regulamentação da prática de cuidados paliativos.	Conhecimento sobre a Resolução nº 1.805/2006 do CFM e do artigo 41 do Código de Ética Médica de 2009 que autorizam o médico na limitação de procedimentos considerados desproporcionais em situações clínicas irreversíveis.	Conhecimento sobre a regulamentação de cuidados paliativos.

Fonte: Elaborada pela autora.

6.1 CONHECIMENTO SOBRE O SERVIÇO COMO FACILITADOR DO PROCESSO

Nessa categoria, a maioria dos participantes referiu ter conhecimento sobre a forma de atuação da EICP. Na fala dos participantes foi mencionada a importância de uma atuação multidisciplinar e a inclusão dos familiares no processo de assistência:

Psicóloga 38: (...) existe uma médica que é contratada para realizar cuidados paliativos. Ela recebe suporte de membros da equipe multidisciplinar como psicólogo e assistente social. A partir da demanda de pacientes com indicação de cuidados paliativos, a equipe faz acompanhamento dos pacientes e de seus familiares explicando os objetivos desse tipo de cuidado.

Alguns profissionais souberam caracterizar muito bem que o paciente é o foco do cuidado e não a doença ameaçadora da vida:

Técnico de enfermagem 11: (...) os pacientes que já estão com doenças crônicas e não têm mais opção de recurso para reverter à doença, para o próprio conforto do paciente e para que tenha uma vida momentânea melhor, a gente o coloca no cuidado paliativo estabelecendo vários critérios junto à família e ao próprio paciente.

Poucos profissionais relataram não conhecer o serviço e quando questionados como achavam que este deveria funcionar, foram categóricos em mencionar a importância da comunicação com os familiares e de um cuidado multidimensional.

O desconhecimento a respeito dos conceitos, princípios e benefícios dos cuidados paliativos faz com que a essa prática seja temida e carecida de políticas para o seu desenvolvimento. Daí a importância de se organizar os serviços de forma multidisciplinar, com sistema integrado de ações para que as mais diversas demandas dos pacientes e de seus familiares sejam atendidas.

As equipes de cuidados paliativos precisam efetivar uma comunicação clara com outros profissionais de saúde, pacientes e familiares com a finalidade de respeito à autonomia do paciente e sem ferir princípios éticos. Também é necessária habilidade para ajudar o paciente a adaptar-se às mudanças impostas pela doença.

A formação do profissional de saúde ainda é muito focada na cura, no imediatismo. Segundo Hermes e Lamarca (2013) há insatisfação profissional quanto à carência de disciplinas que envolvem os cuidados paliativos e o tema da morte na academia tornando-se indispensável à reformulação dos currículos de forma que permita ao profissional realizar ações mais eficazes, quando acionados para tratar de pacientes que estão à morte.

A necessidade de se propagar a prática dos cuidados paliativos é um cenário desafiador. Algumas iniciativas governamentais trouxeram a possibilidade de se construir uma rede de cuidados no fim da vida com a implementação de programas que incluem essa forma de assistência no SUS. Entretanto, o que se observa é que, quando existem, esses serviços estão presentes em grandes centros. Em geral os idosos com doenças ameaçadoras da vida estão falecendo em condições de abandono e intenso sofrimento.

6.2 CONTROLE SOBRE A VIDA E A MORTE

Essa categoria inclui dois questionamentos dirigidos aos participantes: a compreensão de finitude e o enfrentamento da morte dos pacientes idosos.

As trajetórias de morte foram modificadas com o advento da tecnologia médica, que a partir do século 20 passou a prolongar a vida. Hoje mortes rápidas e repentinas são raras e muitas vezes inconcebíveis. Observa-se um prolongamento da vida que reduz o ser humano meramente à dimensão biológica, gerando perda de autonomia e dependência nos idosos portadores de doenças crônicas. A morte que antes era um evento esperado nessa fase da vida torna-se um processo longo e doloroso.

A maioria dos participantes relatou não saber conceituar finitude, condição inerente a todo ser humano.

A finitude experimenta uma variação essencial na relação humana cuja representação é alterada de acordo com a cultura vivida por cada indivíduo. A grande dádiva da negação e da repressão da morte é permitir que se viva em um mundo de fantasia onde há ilusão da imortalidade. Para Kovács (2005) esse comportamento mascara uma fragilidade interna levando o ser humano a criar obras para não ser esquecido.

Dos que souberam conceituar finitude, muitos relataram que os anos de prática assistencial nos levaram a compreender melhor essa característica da vida:

Enfermeira (8): (...) é o ciclo da vida... Que a gente vai terminar, que a gente não fica aqui para sempre. Então tem onde a gente terminar, uma maneira de descansar, de terminar.

Medico (25): apesar de ter religião eu acho que tudo tem que ter um início, meio e fim. Então a vida é um ciclo. O problema é que não fomos criados para perder... Não fomos educados, a nossa cultura...

Medico (33): é um processo de evolução do ser humano. É um processo degenerativo do nosso organismo. Ele nasce com uma capacidade plena e vai se perdendo ao longo dos anos independentemente de doença ou não é um processo que vai evoluir como todo mundo.

Apesar da maioria não saber definir finitude, grande parte dos profissionais considerou a morte como um acontecimento pertencente à vida no caso do falecimento de pacientes idosos. Em muitas falas foi observada uma preocupação com os familiares desses pacientes:

Médica 36: encaro a morte de meus pacientes idosos muito tranquilamente e tento fazer com que a família também entenda que é um descanso, uma passagem, um conforto de uma vida inteira bem vivida ou mal vivida dependendo de como foi... Mas que é um descanso do corpo, da alma, de tudo.

Médica 32: eu encaro como uma coisa natural. O que eu tenho dificuldade é encarar isso junto aos familiares. Na grande maioria dos meus pacientes eu me sinto desconfortável diante das demandas da família.

Aceitar a morte envolve um processo de luto antecipatório na tríade família-paciente-profissional de saúde, processo este entendido e vivenciado de forma única e particular, percebido como um evento único e individual.

O sofrimento familiar faz parte da abordagem dos cuidados paliativos. Ao ser traçado o plano de cuidados para o paciente, as demandas familiares são incluídas como foco de cuidado e atenção. É importante compreender que a partir do adoecimento de um membro da família, esse perde tarefas antes exercidas, podendo ou não haver uma reestruturação familiar. Uma equipe que proporciona discurso franco e respeitoso, além de estar disponível para as dúvidas e angústias que surgirem ao longo do tempo, é de extrema importância para evitar conflitos quando a perda se consolida.

Ainda que o envelhecimento ser um período de maior vulnerabilidade, nem sempre o fato do paciente ser idoso faz a morte ser encarada por ele e/ou seus familiares de forma tranquila. Algumas experiências vividas podem não ter sido elaboradas e desencadeadoras de problemas sérios no período de enfermidade.

A despeito dos profissionais dos serviços de urgência e emergência, em especial, vivenciarem os limites da vida humana a cada dia, a morte de um paciente idoso pode ser encarada como uma desqualificação do cuidado para o qual o profissional foi instruído:

Técnica de enfermagem 26: para te falar a verdade, eu não aceito a morte ainda. Eu acho que enquanto você pode fazer, você tem como fazer. Muita gente desiste muito fácil. Então não acho que seja por aí, mesmo que seja um paliativo você consegue dar uma qualidade de vida enquanto se está vivo. Para mim, é difícil quando falece alguém no meu plantão, principalmente o idoso que eu acho muito vulnerável. Ele depende muito da gente.

Segundo Burlá e Py (2014) os profissionais de saúde são treinados para fazer todo o possível a fim de manter o paciente vivo e veem-se na perplexidade diante de um indivíduo com doença crônica em fase avançada, que já não responde a qualquer terapêutica curativa. Nessas situações, o conhecimento técnico é tão essencial quanto à competência humanitária no exercício da humildade para perceber o limite da vida.

Lutar contra a morte pode trazer uma ideia de força e controle, porém, quando a perda se consolida, sem possibilidade de expressão da dor ou tristeza, temos um luto mal elaborado que vem trazendo consequências graves aos profissionais de saúde como o adoecimento.

6.3 AÇÕES DIFERENTES SOBRE O SOFRIMENTO HUMANO

Essa categoria incluiu os questionamentos sobre compreensão do conceito de cuidados paliativos, se esses cuidados abreviam o sofrimento e se os profissionais de saúde aceitariam que um ente querido os recebesse em caso de indicação.

Os cuidados paliativos têm como essência a identificação precoce e o alívio do sofrimento humano nas suas mais diferentes dimensões, inclusive no luto.

Médica 37: é uma área de atuação da medicina que prioriza o cuidado do paciente, não necessariamente focando na sua doença, mas cuidando do paciente em si, levando em conta a sua individualidade, tratando de áreas que normalmente a medicina tradicional não trata (sofrimento psicológico, espiritual, social), ao invés de tratar só a doença dele.

Os termos *qualidade de vida*, *dignidade* e *conforto* foram bastante mencionados nessa categoria.

Segundo Forte e Achette (2018), durante a evolução da doença, os cuidados curativos e paliativos andam lado a lado, não sendo excludentes. Os diversos profissionais envolvidos no cuidado têm contribuições a propor para o conforto mediante o controle de sintomas, sejam eles físicos, emocionais e espirituais. Esse manejo multidimensional e interdisciplinar aperfeiçoa-se pela corresponsabilização entre paciente, família e equipe na tomada de decisões que promove a qualidade de vida e o respeito à dignidade humana.

Muitos profissionais de saúde caracterizaram os cuidados paliativos como cuidados de fim de vida e com o foco principal no sofrimento físico (controle de dor e deixar de fazer medidas do suporte artificial de vida).

Enfermeira 2: cuidados paliativos são para um paciente que chegou a um estágio da doença que não há mais prognóstico para ele. A gente não pode fazer mais nada de ação, de melhoria ao paciente. A única coisa que podemos promover é o conforto para que ele possa ter um fim de vida digno. Então esse é o trabalho paliativo, não é simplesmente deixar aquele paciente de lado só porque não tem mais o que fazer. É manter um cuidado específico para que ele tenha um fim digno.

Médico 9: são cuidados que visam principalmente o conforto do paciente em detrimento de medidas invasivas, de medidas desnecessárias e muitas vezes prejudiciais no intuito de alterar um desfecho muitas vezes inevitável.

Essa é uma ideia errônea. Pela própria definição da OMS, os cuidados paliativos devem ser ofertados desde o diagnóstico da doença potencialmente mortal de modo que o paciente seja assistido em diferentes momentos da evolução da doença, não sendo privado de recursos diagnósticos nem terapêuticos desde que os mesmos não tragam malefícios.

Os sintomas físicos como dor, dispneia, falta de apetite são muito frequentes nos pacientes com doenças que ameaçam a vida e um adequado controle é imprescindível para que outras dimensões sejam avaliadas.

Em especial, a dor é uma das causas mais comuns de procura por assistência em saúde, sendo hoje considerada um grave problema de saúde pública.

Peres et al. (2007) enfatizam que pacientes com dor crônica são difíceis de tratar. O bem-estar físico e emocional, assim como as relações sociais, familiares e de trabalho são extremamente afetados. A experiência da dor é mais bem entendida se uma construção multidimensional, incluindo aspectos físicos, biológicos, sociais, psicológicos e espirituais, for respeitada.

Logo, apesar de mais evidentes e relatados pelos pacientes e seus familiares, os sintomas físicos não são os únicos a serem investigados. Devem ser tratados a partir da investigação das outras dimensões humanas.

Foi-se o tempo que a única forma de tratar a dor era apenas com analgésicos. Hoje se sabe que quanto mais humanizada for a assistência, objetivando individualizar cada caso e enxergar o ser humano como algo além da matéria, mais próximo estaremos de um cuidado digno. Segundo Pessini e Bertachini (2004), humanizar é dar qualidade à relação profissional de saúde-paciente. É acolher as angústias dos seres humanos diante da fragilidade de corpo, mente e espírito. Um grande desafio para a medicina moderna, centrada na doença.

A maioria dos participantes referiu acreditar que essa prática alivia o sofrimento humano de uma forma geral. Os que não acreditam, justificaram o luto dos familiares e até mesmo da equipe assistente como algo não levado em consideração.

Algo que nos chamou atenção neste estudo é que quando questionados se gostariam que algum ente querido recebesse esse tipo de cuidado diante da devida indicação, alguns participantes disseram que só aceitariam dependendo do que seria oferecido. A principal justificativa era de que a visão sobre cuidados paliativos não é a mesma entre os diferentes profissionais de saúde e que diante do risco de alguns sofrimentos serem negligenciados, prefeririam não receber assistência paliativa.

Essas características evidenciadas por essa categoria nos levam a compreender o contexto acima pelo fato dos cuidados paliativos serem muito restritos no Brasil. Há, também, uma escassez de profissionais preparados para tal. Dessa forma, em muitos locais esse tipo de assistência acaba sendo oferecido quando todas as possibilidades terapêuticas foram tentadas, mas não como uma opção terapêutica.

Não se pode classificar como boa ou ruim a opção de ser encaminhado aos cuidados paliativos, mas como absolutamente necessária para viabilizar uma boa qualidade de vida na finitude humana. Se um dia formos diagnosticados com uma doença terminal, a única coisa que poderemos ter certeza é de que um sofrimento insuportável nos aguarda. Ter alguém que se importe com nosso sofrimento no fim da vida é uma das coisas que trazem paz e conforto para quem está morrendo e para seus familiares (ARANTES, 2016).

6.4 CONHECIMENTO SOBRE A REGULAMENTAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS

O único profissional de saúde que tinha conhecimento sobre a regulamentação da prática dos cuidados paliativos no Brasil foi o que fez a especialização na área. Todos os outros participantes não souberam definir qual respaldo é oferecido para se exercer os cuidados paliativos.

Esse dado era previamente esperado, pois, no cenário do estudo é observada uma insegurança dos profissionais de saúde ao seguir as orientações propostas pela EICP. Muitas vezes era questionado o respaldo legal da sugestão realizada.

Carvalho (2017) contextualiza que equívocos conceituais quanto à assistência paliativa leva à rejeição da prática de modo que os profissionais de saúde, treinados para combater a morte, sentem-se como se estivessem abreviando a vida ao ofertar um cuidado proporcional ao que um paciente com doença ameaçadora necessita.

Além disso, o respeito à autonomia do indivíduo é considerado uma prática ética e sempre desejável, promovendo informações completas e contextualizadas para que ele possa expressar-se em respeito à sua vontade sobre tratamentos e procedimentos no final da sua vida.

À luz da bioética, a medicina paliativa também é baseada no princípio da beneficência, ou seja, fazer o bem a fim de proporcionar o bem-estar do paciente, sendo

complementada pelo princípio da não maleficência, que é não oferecer um tratamento que provocará dano ao paciente.

De fato, as questões em torno da morte ainda é um tema pouco falado no Brasil. A Resolução nº 1.805/2006 do CFM foi considerada o primeiro passo em busca de uma solução ética para o debate sobre a terminalidade da vida. Em 2009, o mesmo órgão editou o novo Código de Ética Médica autorizando o médico a limitar alguns procedimentos em situações clínicas irreversíveis e terminais, dando-se preferência aos cuidados paliativos.

Em países desenvolvidos da Europa e América do Norte, e até em alguns da América do Sul, políticas, legislações e instituições de ensino já foram estabelecidas e desenvolvidas, consolidando as chamadas políticas nacionais em cuidados paliativos.

Silva e Silveira (2015) revelam a importância da inserção dos cuidados paliativos como um tipo de modelo de atenção em saúde caracterizado por um cuidado integral ao paciente e a família. O Brasil tem, portanto, o desafio de assumir esta filosofia de cuidado e implementá-la adequadamente como forma de atenção em saúde, tanto em nível macro quanto em nível micro.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A rapidez com que vem ocorrendo o envelhecimento da população brasileira aliado ao aumento das doenças consideradas limitadoras da vida aumenta a necessidade de um cuidado integral ao paciente, de modo que sua autonomia e dignidade sejam respeitadas. O cuidado paliativo é uma forma de assegurar o idoso portador de doença que ameaça a continuidade da vida e precisa ser encarado pelos profissionais de saúde como uma opção na assistência.

O presente estudo nasceu pela percepção da falta de compreensão dos profissionais de saúde sobre a importância de se ofertar uma medicina focada no controle de sintomas e na boa comunicação de más notícias, sendo o paciente o principal objetivo de cuidado.

As entrevistas realizadas permitiram elucidar os limites desses profissionais atuantes na urgência e emergência, além dos seus anseios e vivências prévias. O fato da coleta de dados transcorrer nos horários de trabalho pode ter influenciado na disponibilidade para a pesquisa e, ao mesmo tempo, fator de estímulo para relatar a verdade vivenciada.

Ao longo da pesquisa foram prestados alguns esclarecimentos diante de dúvidas referentes à prática dos cuidados paliativos. Também foi possível conhecer as maiores dificuldades enfrentadas por esses profissionais no seu dia-a-dia.

De modo geral, a metodologia utilizada permitiu elucidar a dificuldade em aceitar os cuidados paliativos como forma de assistência ao idoso com doença avançada diante das características e vivências prévias dos participantes, a destacar: falta de conhecimento prévio sobre a prática, formação profissional focada na cura, associação de cuidados paliativos apenas com cuidados de fim de vida e falta de possibilidade para elaborar o luto diante da morte.

Observou-se que os profissionais da equipe multiprofissional compreendem a necessidade de se ofertar um cuidado humanizado aos pacientes idosos portadores de doenças ameaçadoras da vida.

A grande presença desse perfil de paciente nas unidades de urgência e emergência no cenário pesquisado foi relacionada com a ideia equivocada de se restringir cuidados paliativos aos cuidados de fim de vida. Foi também constatada dificuldade dos profissionais em compreender o ser humano como um todo, com várias dimensões além da física.

Para esses participantes, a morte é algo absolutamente esperado, mas o sentimento de perda diante dos familiares e até mesmo para o qual foram treinados ainda é vivenciado de uma forma complexa, de modo que não se abre espaço para a elaboração do luto.

O princípio da autonomia não pode deixar de ser esquecido no cuidado dos pacientes idosos. Isso envolve julgar não apenas os potenciais resultados e malefícios inerentes à abordagem terapêutica, mas as expectativas em relação à vida que se tem e a que se deseja.

Os resultados dessa pesquisa evidenciam a carência de discussões acerca da morte na formação profissional. O falecimento de um paciente portador de doença ameaçadora da vida não pode ser encarado pela equipe de saúde como sinal de negligência. Os cuidados paliativos são uma opção de garantia de qualidade de morte como estratégia de valorização da vida assegurada na Constituição Federal de 1988.

Há também uma escassez de profissionais habilitados para se praticar cuidados paliativos. Nesse estudo, apesar de lidarem com vida e morte no dia a dia, apenas um profissional de saúde tinha especialização na área. A difusão do tema e o aperfeiçoamento técnico são imprescindíveis para uma boa prática. É fundamental que médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, cuidadores não profissionais, fisioterapeutas, bem como os demais profissionais envolvidos no processo de terminalidade e nos cuidados paliativos, compreendam a filosofia da humanização.

Importante esclarecer que, apesar da preocupação na busca de um grupo representativo, os participantes entrevistados foram os que aceitaram fazer parte deste estudo. As características encontradas são peculiares aos profissionais do cenário do estudo, não podendo ser generalizadas. Cuidados paliativos em geriatria remetem a outros temas como morte, luto e finitude que precisam ser mais explorados na equipe de saúde. É notória a resistência do profissional de saúde ao se expressar sobre esses temas, sendo uma das limitações encontradas nesta pesquisa que se propôs a estudar a concepção em si.

Existem dois paradigmas vinculados à ação de saúde: o curar e o cuidar. No paradigma do curar, o investimento é na vida a qualquer preço, na qual a medicina de alta tecnologia se torna presente, e as práticas mais humanistas ficam em segundo plano. No paradigma do cuidar, há uma aceitação da morte como parte da condição humana, leva-se em conta a pessoa doente e não somente a doença; enfatiza-se a multidimensionalidade da doença, a dor total.

Embora a filosofia dos cuidados paliativos seja bem intencionada há ainda muito para ser feito. O país tem o desafio de estabelecer políticas de saúde e modelos de atenção em saúde voltados para os indivíduos com doenças avançadas, buscando-se um sistema justo e humanizado que entenda a morte como um processo natural e presente na sociedade. Assim, os serviços de cuidados paliativos serão consolidados por meio de uma atuação multiprofissional eficaz, iniciada desde o diagnóstico da doença grave como preconizado pela OMS, auxiliando pacientes, familiares e as equipes de saúde a conduzir a morte de uma forma mais natural e digna.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, A. O. Da política nacional do idoso ao estatuto do idoso: a difícil construção de um sistema de garantias de direitos da pessoa idosa. In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; CRISTIN, K. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 359-77.
- ALVES, R. F. et al. Cuidados paliativos: desafios para cuidadores e profissionais de saúde. **Fractal: Rev Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 165-76, maio/ago. 2015.
- Araújo, M. M. T.; Silva M. J. P. A. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 626-632, 2012.
- ARIES, P. **Sobre a história da morte no ocidente desde a idade média**. Lisboa: Teorema; 1981.
- ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.
- BIFULCO, V. A., CAPONERO, R. **Cuidados paliativos: conversas sobre a vida e a morte na saúde**. São Paulo: Manole, 2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção 1, p. 1.
- _____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o conselho nacional do idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 jan. 1994. Seção 1, p. 77.
- _____. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2011. Seção 1, p. 1.
- BURLÁ, C., AZEVEDO, D. L.; PY, L. Cuidados paliativos. In: FREITAS, E. V., PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 1198-1208.
- BURLÁ, C.; PY, L. Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1-3, 2014.
- CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CASSORLA, R. M. S. A negação e outras defesas frente à morte. In: SANTOS, F. S. **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer organizador. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 59-76.

CARVALHO, R. T. Legislação sobre terminalidade de vida no Brasil. In: CARVALHO, R. T. et al. **Manual da residência de cuidados paliativos**: abordagem multidisciplinar. São Paulo: Manole, 2017. p. 82-92.

CENTRO INTEGRADO DE LONGEVIDADE BRASIL. **Envelhecimento ativo**: um marco político em resposta à revolução da longevidade. Rio de Janeiro: ILC-Brasil, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.805 de 9 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 nov. 2006. Seção I, p. 169.

_____. **Código de ética médica**: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília, DF: CFM, 2010.

ERMINDA, J. G. Processo de envelhecimento. In: COSTA, M. A. M. et al. (Org.). **O idoso**: problemas e realidade. Coimbra: Formasau, 1999. p. 45-59.

FONSECA, A.; GEOVANINI, F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. **Rev Bras Educ Méd**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 120-5, 2013.

FORNAZARI, S. A.; FERREIRA, R. E. R. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psic: Teor Pesq**, Brasília, DF, v. 26, n. 2, p. 265-72, abr./jun. 2010.

FORTE, D. N.; ACHETTE, D. Cuidados paliativos no século 21. In: FUKUMITSU, K. O. **Vida, morte e luto**: atualidades brasileiras. São Paulo: Summus, 2018. p. 141-154.

FROSSARD, A. Os cuidados paliativos como política pública: notas introdutórias. **Cad EBAPE BR**, Rio de Janeiro, v. 14, Ed. Especial, p. 640-55, jul. 2016.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciêns Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 9, p. 2577-88, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**: 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciêns Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1107-11, 2008.

KALACHE, A.; KICKBUSCH, I. Mechanisms of ageing. In: EBRAHIMS, S.; KALACHE, A. (Org.). **Epidemiology in old age**. London: BMJ Publishing Group, 1997. P. 337.

KOVÁCS, M. J. Educação para a morte. **Psicologia: Ciência Profissão**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 484-97, 2005.

LUCHESSÉ, P. T. R. **Políticas públicas em saúde pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MALTA, D. C. et al. Chronic non-communicable disease mortality in Brazil and its regions, 2000-2011. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, DF, v. 23, n. 4, p. 599-608, 2014.

MARCUCCI, F. C. I. et al. Identification and characteristics of patients with palliative care needs in Brazilian primary care. **BioMed Central Palliative Care**, London, v. 15, n. 51, p. 1-10, Jun. 2016.

MATSUMOTO, D. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012, p. 23-30.

MINAYO, M. C. S. **Saúde: concepções e políticas públicas: saúde e doença como expressão cultural**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

NEGRINI, M. A significação da morte: um olhar sobre a finitude humana. **Sociais Humanas**, Santa Maria, v. 27, n. 01, p. 29-36, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento da saúde**. Genebra: OMS, 2015.

_____. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PAIVA, F. C. L.; ALMEIDA JUNIOR, J. J.; DAMÁSIO, A. C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Rev Bioét**, Brasília, DF, v. 22, n. 3, p. 550-60, 2014.

PERES, M. F. P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev Psiq Clín**, São Paulo, v. 34, supl 1, p. 82-7, 2007.

PESSINI, L. Distanásia: até quando investir sem agredir? **Rev Bioét**, Brasília, DF, v. 4, n. 1, p. 31-43, 1996.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. 4. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2004.

_____. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 29, n. 4, 491-509, dez. 2005.

PUCHALSKI, C. M. et al. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. **J Palliat Med**, New York, v. 17, n. 6, p. 642-56, Jun. 2014.

REZENDE, E. G.; LODOVICI, F. M. M.; CONCONE, M. H. V. B. A infinitude na religião: quando uma vida só não basta. **Rev Temática Kairós: Gerontol**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 48-65, 2012.

SANTOS, F. M. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. **Rev Eletrônica Educ**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 383-7, 2012.

SILVA, D. L. S.; SILVEIRA, D. T. Cuidados paliativos: desafio para a gestão e políticas em saúde. **Rev Eletrônica Gestão Saúde**, Brasília, DF, v. 6, n. 1, p. 501-13, 2015.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The 2015 quality of death index**: Ranking palliative care around the world. London: Lien Foundation, 2015.

WATSON, M. et al. **Oxford Handbook of Palliative Care**. 2. ed. Nova York: Oxford University Press, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer control**: knowledge into Action: WHO guide for effective programs: module 5: palliative care. Geneva: WHO, 2007.

_____. **National cancer control programs**: policies and managerial guidelines, 2. ed. Geneva: WHO, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Por meio deste instrumento, venho dar ciência e convidá-lo a participar de minha pesquisa de mestrado a ser defendida na Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM com o título Cuidados paliativos em geriatria: concepção da equipe multiprofissional. Tem como objetivos: Contextualizar sobre os cuidados paliativos e a integralidade no bojo da política nacional de saúde da pessoa idosa; Caracterizar os profissionais de saúde da equipe multiprofissional do serviço de urgência e emergência de um hospital filantrópico da Região Metropolitana da Grande Vitória; Identificar a percepção dos profissionais de saúde da equipe multiprofissional da urgência e emergência de um hospital filantrópico da Região Metropolitana da Grande Vitória sobre cuidados paliativos em geriatria. Sua participação nessa pesquisa constituirá em responder um questionário semiestruturado. A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar o seu consentimento. Sua recusa não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em estudo. Não haverá nenhuma compensação ou reembolso financeiro por sua participação. Em relação aos riscos, compromete-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, garantindo o sigilo/anonimato bem como minimizando eventuais transtornos decorrentes das entrevistas as quais serão realizadas em lugares privativos, previamente agendadas com os participantes de pesquisa, caso necessário será disponibilizado suporte psicológico especializado. Os depoimentos serão arquivados no computador pessoal do pesquisador e excluídos após cinco anos. Sua participação nessa pesquisa contribuirá para a construção do conhecimento na área de Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local. Os resultados da pesquisa poderão constar em publicações em periódicos e eventos científicos. Esse termo possui duas vias. Você receberá uma via onde constam os contatos meu e de minha orientadora, caso queira tirar suas dúvidas sobre o projeto. Consta também o contato do comitê de ética, onde o projeto de pesquisa foi apresentado. A outra via ficará com o pesquisador. Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento. *Contatos: Mestranda: Caroline Tessinari Pupim. Rua Carlos Eduardo Monteiro de Lemos, 140/204, Jardim da Penha, Vitória, ES. CEP 29060-120. Cel: (27) 99231-5424. carolinepupim@hotmail.com. Orientadora: Maria Carlota de Rezende Coelho. Cel. (27) 98167-4433. maria.coelho@emescam.br. Comitê de Ética e Pesquisa da EMESCAM. Av. Nossa Sra. da Penha, 2190, Bela Vista, Vitória - ES, CEP 29027-502. Tel: (27) 3334-3586. comite.etica@emescam.br.*

Vitória, _____ de _____ 2017

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Participante da Pesquisa

APÊNDICE B - Carta de Anuência



Santa Casa
de Vitória

De: Caroline Tessinari Pupim, mestranda em Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local da EMESCAM

Para: Centro de Pesquisa Clínica do HSCMV
Dr. Charbel Jacob Junior

Prezado Doutor,

Eu, Caroline Tessinari Pupim, aluna do mestrado, pesquisadora e médica paliativista da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (SCMV), sob orientação da professora Doutora Maria Carlota de Rezende Coelho, solicito autorização Institucional para realização do meu projeto de pesquisa intitulado: “Cuidados paliativos em geriatria: concepção da equipe multiprofissional”, com os seguintes objetivos: Contextualizar sobre os cuidados paliativos e a integralidade no bojo da política nacional de saúde da pessoa idosa; Caracterizar os profissionais de saúde da equipe multiprofissional dos serviços de urgência e emergência da SCMV; Identificar a percepção dos profissionais de saúde da equipe multiprofissional dos serviços de urgência e emergência da SCMV sobre cuidados paliativos em geriatria. O estudo é observacional, transversal, descritivo, de abordagem qualitativa onde uma entrevista, baseada em um questionário semiestruturado, será aplicada aos profissionais da equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos e fisioterapeutas) dos setores de Unidade de Tratamento Intensivo e Pronto Atendimento necessitando, portanto, ter acesso aos profissionais desses locais. Aproveito a oportunidade para informar que esta pesquisa NÃO ACARRETARÁ ÔNUS PARA O HOSPITAL.

Atenciosamente,

Caroline Tessinari Pupim
.....
Caroline Tessinari Pupim - Mestranda (MÉS1718075) e
médica dos cuidados paliativos da SCMV

Contato: Rua Carlos Eduardo Monteiro de Lemos, 140/204, Jardim da Penha, Vitória, ES. CEP 29060-120. Cel: (27) 99231-5424. carolinepupim@hotmail.com.

(Para uso do HSCMV)

ANUÊNCIA:

Concordamos com a solicitação

Não concordamos com a solicitação

Declaro que estou ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizados nessa pesquisa, conforme me foi apresentado em projeto escrito e que a instituição possui a infraestrutura necessária para o desenvolvimento da pesquisa. Concordo em fornecer os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa;
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

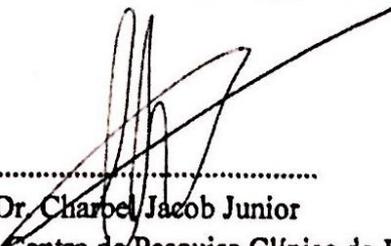
O referido projeto será realizado nos setores de Unidade de Tratamento Intensivo e Pronto Atendimento e poderá ocorrer somente a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Informo ainda, que para início do projeto esta direção deve ser informada da aprovação do CEP, pelo pesquisador, através do envio de cópia da carta de aprovação.

Pendência (s) para anuência:

.....
.....

Vitória, 12/09/14.



.....
Dr. Charbel Jacob Junior
Coordenador do Centro de Pesquisa Clínica do HSCMV

APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Profissão: _____ Religião: _____

Ano de formatura: _____

Tempo de atuação: _____

Tempo de atuação no serviço de urgência e emergência: _____

Especialização geral: _____

Especialização em cuidados paliativos: _____

Ouviu falar em cuidados paliativos antes de trabalhar no aqui? _____

1) Você conhece o serviço de cuidados paliativos do hospital?

Se sim, como funciona o serviço?

Se não, como você acha que deveria funcionar o serviço?

2) O que você compreende por finitude?

3) Como você encara a morte de pacientes idosos?

4) O que você compreende sobre cuidados paliativos?

5) Você acha que cuidados paliativos alivia o sofrimento? Fale mais sobre isso.

6) Você indicaria cuidados paliativos para algum familiar ou ente querido? Por quê?

7) Você conhece alguma regulamentação para a prática dos cuidados paliativos?
Qual?

ANEXOS

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cuidados paliativos em geriatria: concepção da equipe multiprofissional.

Pesquisador: Caroline Tessinari Pupim

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 76457817.7.0000.5065

Instituição Proponente: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VITORIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.299.139

Apresentação do Projeto:

Estudo observacional, transversal, descritivo com abordagem qualitativa. A análise qualitativa será utilizada para a análise do objeto proposto nesse estudo uma vez que nos permite descrever a complexidade de nosso pressuposto, apresentar contribuições no processo de mudança e até mesmo a interpretação das particularidades dos comportamentos ou das atitudes dos indivíduos. Os participantes do estudo serão 50 profissionais de saúde da equipe multidisciplinar que atuam nos serviços de urgência e emergência de um hospital filantrópico da Região Metropolitana da Grande Vitória, sendo eles: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, fisioterapeutas, e psicólogos. Os cenários do estudo serão: Unidades de Terapia Intensiva e de Pronto Atendimento dessa instituição que em estudos preliminares foram responsáveis pela solicitação de 68,5% dos pedidos de avaliação nos dez primeiros meses de atuação da equipe interconsultora de cuidados paliativos desse hospital. Esses dados nos chamaram a atenção, uma vez que são setores inadequados para a prática dos cuidados paliativos. Além disso, é observada dificuldade na aderência às sugestões propostas pela equipe interconsultora: um cuidado focado no paciente e não na doença. Fazem parte do quadro da equipe multiprofissional dessas unidades 48 médicos, 27 enfermeiros, 87 técnicos de enfermagem, 02 fisioterapeutas, 02 assistentes sociais, 01 psicólogo, totalizando 167 profissionais. O instrumento de pesquisa é um questionário semiestruturado com questões fechadas para caracterização dos participantes e com questões

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luzia

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.299.139

abertas que estimularão os participantes a falarem da sua compreensão sobre o objeto de estudo. As questões fechadas do instrumento serão organizadas em tabelas e as questões abertas serão gravadas, transcritas na íntegra. Para análise dos dados qualitativos, inicialmente será feita uma leitura flutuante identificando parte, das falas sobre percepção dos participantes em relação ao objeto. Os depoimentos serão arquivados no computador pessoal do pesquisador e excluídos após cinco anos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Contextualizar sobre os cuidados paliativos e a integralidade no bojo da política nacional de saúde da pessoa idosa. Caracterizar os profissionais de saúde da equipe multiprofissional do serviço de urgência e emergência de um hospital filantrópico da Região Metropolitana Grande Vitória. Identificar a percepção dos profissionais de saúde da equipe multiprofissional da urgência e emergência de um hospital filantrópico da Região Metropolitana Grande Vitória sobre cuidados paliativos em geriatria.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Em relação aos riscos, compromete-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, garantindo o sigilo/anonimato bem como minimizando eventuais transtornos decorrentes das entrevistas as quais serão realizadas em lugares privativos, previamente agendadas com os participantes de pesquisa, caso necessário será disponibilizado suporte psicológico especializado.

Benefícios:

O estudo poderá contribuir com a melhoria da prática de cuidados paliativos na instituição cenário do estudo e demais serviços. No que tange ao conhecimento o estudo a partir de sua publicação pretende ampliar conhecimento científico sobre cuidados paliativos em idosos. Para o sociedade espera-se que o estudo contribua para que idosos em cuidados paliativos não tenham prolongamento de vida com intenso sofrimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Espera-se que a partir da divulgação dos resultados desse estudo, os profissionais de saúde da equipe multiprofissional possam ampliar conhecimento e aderir as condutas definidas para

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -**



Continuação do Parecer: 2.299.139

cuidados paliativos em idosos contribuindo reduzir o sofrimento frente a terminalidade em idosos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto, TCLE e Carta de Anuência adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_944656.pdf	12/09/2017 17:01:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	12/09/2017 17:01:21	Caroline Tessinari Pupim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia.pdf	12/09/2017 17:00:24	Caroline Tessinari Pupim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo.pdf	04/09/2017 20:05:01	Caroline Tessinari Pupim	Aceito
Folha de Rosto	Rosto.pdf	04/09/2017 20:04:24	Caroline Tessinari Pupim	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Questionario.pdf	05/07/2017 16:28:59	Caroline Tessinari Pupim	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.299.139

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 26 de Setembro de 2017

Assinado por:

PATRICIA CASAGRANDE DIAS DE ALMEIDA
(Coordenador)

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luzia

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br