

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
Escola de Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Samara Salomé de Oliveira

**PRÁTICAS DA EQUIPE DA UNIDADE HOSPITALAR NO  
PROCESSO DE TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS  
PALIATIVOS À PESSOA IDOSA DO AMBIENTE  
HOSPITALAR PARA O DOMICÍLIO**

Belo Horizonte  
2022

Samara Salomé de Oliveira

**PRÁTICAS DA EQUIPE DA UNIDADE HOSPITALAR  
RELACIONADAS AO PROCESSO DE TRANSIÇÃO DOS  
CUIDADOS PALIATIVOS À PESSOA IDOSA DO AMBIENTE  
HOSPITALAR PARA O DOMICÍLIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como critério para obtenção do título de mestre.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Isabela Silva Cancio Velloso

Belo Horizonte  
2022

OL48p Oliveira, Samara Salomé de.  
Práticas da equipe da unidade hospitalar no processo de transição dos cuidados paliativos à pessoa idosa do ambiente hospitalar para o domicílio [recursos eletrônicos]. / Samara Salomé de Oliveira. - - Belo Horizonte: 2022.  
124f.: il.  
Formato: PDF.  
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Isabela Silva Cancio Velloso.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Cuidados Paliativos. 2. Idoso. 3. Hospitais. 4. Cuidado Transicional. 5. Dissertação Acadêmica. I. Velloso, Isabela Silva Cancio. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WB 310

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

#### ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

#### ATA DE NÚMERO 701 (SETECENTOS E UM) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA SAMARA SALOMÉ DE OLIVEIRA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 27 (vinte e sete) dias do mês de junho de dois mil vinte e dois, às 14:00 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "PRÁTICAS DA EQUIPE DA UNIDADE HOSPITALAR NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS À PESSOA IDOSA DO AMBIENTE HOSPITALAR PARA O DOMICÍLIO", da aluna **Samara Salomé de Oliveira**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Isabela Silva Cancio Velloso (orientadora), Isabel Yovana Quispe Mendoza e Marina Celly Martins Ribeiro de Souza, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, **Andréia Nogueira Delfino**, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 27 de junho de 2022.

Profª. Drª. Isabela Silva Cancio Velloso  
Orientadora (EE/UFMG)

Profª. Drª. Isabel Yovana Quispe Mendoza  
(EE/UFMG)

Profª. Drª. Marina Celly Martins Ribeiro de Souza  
(College of New Jersey)

Andréia Nogueira Delfino  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

#### MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **SAMARA SALOMÉ DE OLIVEIRA**.

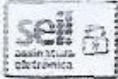
As modificações foram as seguintes:

Profª. Drª. Isabela Silva Cancio Velloso  
Profª. Drª. Isabel Yovana Quispe Mendoza  
Profª. Drª. Marina Celly Martins Ribeiro de Souza

HOMOLOGADO em reunião do CPO  
em 04/07/2022



Documento assinado eletronicamente por **Isabela Silva Cancio Velloso, Professora do Magistério Superior**, em 28/06/2022, às 13:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Isabel Yovana Quispe Mendoza, Professora do Magistério Superior**, em 28/06/2022, às 15:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Marina Cally Martins Ribeiro de Souza, Usuária Externa**, em 28/06/2022, às 15:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 28/06/2022, às 16:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1552649** e o código CRC **22F78B8E**.

HOMOLOGADO em reunião de CPG  
Em 04.07.2022

Dedico este trabalho ao meu Pai, Virgílio [*In memoria*], meu maior exemplo de caráter, inteligência e perseverança. Hoje, mesmo na eternidade, me deixou a melhor herança do mundo: a honestidade. Foi meu grande incentivador e entusiasta, comemorando cada vitória. Essa conquista dedico a ele, que é minha maior saudade.

Obrigada!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por me ter dado forças, saúde e sabedoria para a realização deste trabalho.

Ao meu marido, o amor da minha vida, Jean, pelo incentivo, companheirismo e paciência. Ele é o melhor companheiro desse mundo e eu o agradeço por acreditar em mim. Agradeço a uma das minhas principais razões de viver, minha filha Helena, por ser minha força e coragem quando o mundo se tornou tão difícil nessa pandemia. E por sempre me ensinar que a vida pode e deve ser muito mais leve. Ela é o meu coração e eu a amo.

Aos meus pais por serem meu alicerce, meus exemplos de caráter e de força. Eles (Sônia e Virgílio [*in memoria*]), sempre me apoiaram com amor e sabedoria; e me ofereceram o melhor cuidado, mesmo diante de grandes desafios na vida. .

À minha orientadora, Profa. Isabela, por toda dedicação, orientação e conhecimentos proporcionados durante a realização do trabalho, pelo seu belo exemplo e profissionalismo. Obrigada por me acolher de forma gentil e sensível.

Aos meus queridos irmãos: Virgílio Jr., Naiara e Marco Túlio, pela amizade e carinho. Ao Bernardo, meu sobrinho/afilhado e à minha sobrinha Beatriz, por deixarem os meus dias mais alegres. Eu os amo. A todos os meus familiares (famílias Salomé, Oliveira e Emiliano) pelo apoio e orações durante toda esta trajetória.

Às minhas queridas amigas Valéria e Fabrícia, que foram meu grande apoio, escuta, acolhimento e incentivo durante essa jornada. As admiro muito e sou grata pela nossa amizade (e pela “terapia diária”). Às minhas queridas amigas Tamiris, Nayara, Patrícia e Luany que, desde a faculdade, me acompanham e incentivam nessa profissão.

À Profa. Carolina Caram e colegas do NEPSE, pelas ricas discussões e ensinamentos durante a realização do estudo. Em especial, à Aline, minha colega de mestrado que tornou-se uma grande amiga, com quem pude contar.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG pelos aprendizados durante o desenvolvimento do trabalho.

Agradeço, ainda, à equipe multiprofissional da instituição em que foi realizado o estudo, pelo acolhimento, pela receptividade e disponibilidade em contribuir para esta pesquisa.

A todos aqueles que, de alguma forma, estiveram presentes durante a caminhada. O conhecimento e o crescimento não se fazem sozinhos. Obrigada!

## RESUMO

Os Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida. Com o envelhecimento da população mundial, o aumento da incidência de câncer e outras doenças crônicas, aliado ao recente surgimento da doença da Covid-19, há uma necessidade urgente de atendimento especializado para aliviar o sofrimento humano e suporte ao luto. Diante disso, existe uma demanda crescente por serviços de saúde, que tem como resultado a escassez de recursos, pois a pessoa idosa consome cada vez mais dos serviços de saúde que as outras faixas etárias. Esta é a razão pela qual é preciso construir o processo de transição do cuidado de forma humanizada, respeitando o usuário e sua família. Portanto, é necessário o desenvolvimento de um sistema de desospitalização com o objetivo de reduzir a pressão sobre o sistema de saúde e reinserir o paciente no ambiente familiar. Desta forma, entender a organização das práticas da equipe que assiste o paciente idoso em cuidados paliativos no contexto hospitalar, poderá contribuir para qualificação da assistência e atenuar o sofrimento. O presente estudo teve como objetivo analisar as práticas de cuidados paliativos da equipe no ambiente hospitalar, tendo como foco a articulação do processo de transição destes cuidados para o domicílio. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado em um hospital público de Belo Horizonte. Os participantes foram 18 profissionais da equipe multiprofissional. Realizou-se a coleta de dados por meio de observação participante e entrevistas com os profissionais da equipe. Submeteram-se os dados à análise de conteúdo e foram construídas três categorias: I: A “Percepção da equipe multidisciplinar acerca dos CPs no ambiente hospitalar” identificou como a equipe percebe os cuidados paliativos ofertados na unidade hospitalar. II: A “Atuação e estratégias dos profissionais no preparo da família e/ou cuidador para a alta hospitalar do paciente idoso” foi possível identificar como a equipe atua no processo da desospitalização do paciente. III: “Potencialidades e fragilidades da Rede de atenção à saúde no processo de transição de cuidados paliativos” foi possível identificar as potencialidades e as fragilidades da RAS no processo de desospitalização dos pacientes idosos. Conclui-se que as práticas de CP na instituição mostraram-se como medidas voltadas para a promoção de melhor qualidade de vida do idoso e de seus familiares. Práticas voltadas para o controle da dor e de medidas voltadas para conforto dos idosos. São necessárias melhorias para inserção dos CPs na RAS por meio de ações que contemplem e assegurem a dignidade humana dos idosos em CPs.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos; Hospital; Idosos; Atendimento Domiciliar.

## ABSTRACT

Palliative Care consists of assistance provided by a multidisciplinary team, which aims to improve the quality of life of patients and their families, in the face of a life-threatening disease. With the world's population aging, the increasing incidence of cancer and other chronic diseases, coupled with the recent emergence of the Covid-19 disease, there is an urgent need for specialized care to alleviate human suffering and support grieving. In view of this, there is a growing demand for health services, which results in a scarcity of resources, as the elderly person increasingly consumes health services than other age groups. Therefore, it is necessary to build the care transition process in a humanized way, respecting the user and his family. Therefore, it is necessary to develop a dehospitalization system with the objective of reducing the pressure on the health system and reintegrating the patient into the family environment. In this way, understanding the organization of the practices of the team that assists the elderly patient in palliative care in the hospital context can contribute to the qualification of care and alleviate suffering. The present study aimed to analyze the palliative care practices of the team in the hospital environment, focusing on the articulation of the process of transition of this care to the home. This is a qualitative study carried out in a public hospital in Belo Horizonte. The participants were 18 professionals from the multidisciplinary team. Data collection was carried out through participant observation and interviews with team professionals. Data were submitted to content analysis and three categories were constructed: I: "Perception of the multidisciplinary team about palliative care in the hospital environment" identified how the team perceives the palliative care offered in the hospital unit. II: "Performance and strategies of professionals in preparing the family and/or caregiver for the hospital discharge of the Elderly patient" it was possible to identify how the team acts in the process of de-hospitalization of the patient. III: "Potentialities and weaknesses of the health care network in the palliative care transition process" it was possible to identify the strengths and weaknesses of RAS in the process of de-hospitalization of elderly patients. It is concluded that the palliative care practices in the institution proved to be measures aimed at promoting a better quality of life for the elderly and their families. With practices aimed at pain control and measures aimed at the dignity and comfort of the elderly. Improvements are needed for the insertion of palliative care in the RAS through actions that contemplate and ensure the human dignity of the elderly in palliative care.

**Keywords:** Palliative care; Hospital; Seniors; Qualitative Research, Home care.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Quadro 1 – Legislações sobre Cuidados Paliativos no âmbito do SUS.....	34
Quadro 2 – Legislações sobre Cuidados Paliativos nos Estados Brasileiros.....	37

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	-	Descrição dos participantes da pesquisa.....	45
----------	---	--	----

## LISTA DE SIGLAS

ABCP	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
AD	Atenção Domiciliar
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
AMB	Associação Médica Brasileira
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COVID-19	Doença por Coronavírus 2019
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CFM	Conselho Federal de Medicina
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
HP	Hipodermólise
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
IAHPC	International Association for Hospice and Palliative Care
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>19</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>20</b>
<b>3.1</b>	<b>A transição do cuidado no âmbito da Rede de Atenção à Saúde .....</b>	<b>20</b>
<b>3.2</b>	<b>Cuidados Paliativos: aspectos histórico-conceituais.....</b>	<b>25</b>
<b>3.3</b>	<b>Cuidados paliativos no mundo.....</b>	<b>29</b>
<b>3.4</b>	<b>Cuidados paliativos no Brasil: histórico, regulamentação e organização das práticas.....</b>	<b>31</b>
<b>3.5</b>	<b>Regulamentação das Práticas de Cuidados Paliativos no Brasil.....</b>	<b>33</b>
<b>3.6</b>	<b>Histórico de Normativas Federais e Estaduais.....</b>	<b>33</b>
<b>3.7</b>	<b>Equipe Multidisciplinar em Cuidados Paliativos.....</b>	<b>37</b>
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>42</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de Estudo.....</b>	<b>42</b>
<b>4.2</b>	<b>Cenário do Estudo.....</b>	<b>42</b>
<b>4.3</b>	<b>Participantes do Estudo.....</b>	<b>44</b>
<b>4.4</b>	<b>Coleta de Dados.....</b>	<b>46</b>
<b>4.5</b>	<b>Análise de Dados.....</b>	<b>47</b>
<b>4.6</b>	<b>Aspectos Éticos.....</b>	<b>50</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>51</b>
<b>5.1</b>	<b>Percepção da equipe multidisciplinar acerca dos CPs no ambiente hospitalar.....</b>	<b>51</b>
<b>5.2</b>	<b>Atuação e estratégias dos profissionais no preparo da família e/ou cuidador para a alta hospitalar do paciente Idoso.....</b>	<b>61</b>
<b>5.3</b>	<b>Potencialidades e fragilidades da Rede de atenção à saúde no processo de transição de cuidados paliativos.....</b>	<b>80</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>90</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>92</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>110</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>113</b>

## **APRESENTAÇÃO**

O interesse pelo tema desse estudo surgiu como resultado dos atravessamentos da minha trajetória pessoal, acadêmica e profissional. Ao término do curso de graduação, em 2015, busquei um conhecimento maior na área de emergência, através de uma especialização em Urgência, Emergência e Trauma, que possibilitou suprir algumas carências que tive durante o curso na graduação. Durante a conclusão desta pós-graduação, atuei na Unidade de Clínica Cirúrgica, em um hospital universitário da cidade de Belo Horizonte.

A prática na área hospitalar me fez entrar em contato com algo que ia além do adoecimento, dos diagnósticos e da possibilidade de cura/tratamento. Foi minha primeira aproximação com Cuidados Paliativos (CP), já que hora ou outra prestamos assistência a esse perfil de paciente. Esse hospital possuía uma unidade especializada em paliativismo, então, era frequente o contato com essa equipe e transferência de pacientes.

Quando um pesquisador cria um estudo, ele revela suas preocupações, interesses e desejos pessoais. O interesse e vontade de aprender só aumentaram após minha admissão em unidade de cuidados neurológicos. Pacientes com prognósticos ruins e com definição de suporte com “ênfase em conforto” representavam uma parcela considerável. As mortes se tornaram frequentes. A falta de conhecimento começou a me angustiar a ponto de me paralisar. Desse momento em diante meus olhos se abriram para os CP e às aplicações na minha prática de trabalho.

Na tentativa de aprender mais sobre o tema e reconhecer qual o meu papel como enfermeira, fui surpreendida com o adoecimento de um ente querido: meu pai. Entre exames, cirurgia, procedimentos invasivos, idas e vindas ao Centro de Terapia Intensiva, os medos e incertezas revelaram-se. Entendi na pele a necessidade de discutir CP.

Então, conhecer as atividades de CPs realizadas diariamente pelos profissionais de saúde, principalmente no contexto da atenção hospitalar, permitiu identificar lacunas e oportunidades para contribuir e promover o cuidado humanizado em saúde e reformular minha prática assistencial.

Deste então o tema transborda minha prática assistencial e me dedico a aprender mais sobre a área. Sigo trilhando o caminho do conhecimento que me permite a cada dia melhorar minha prática assistencial e a minha visão sobre minha atuação profissional.

## 1 INTRODUÇÃO

A primeira definição de Cuidados Paliativos (CP) proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é definida como o cuidado ativo integral para pacientes cuja doença não responde ao tratamento curativo, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e familiares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990).

Complementando esse conceito, preconiza-se que a assistência seja prestada por uma equipe multidisciplinar com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente e de sua família, por meio da detecção precoce, avaliação precisa e tratamento da dor e outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Cicely Saunders, assistente social, enfermeira e médica inglesa que começou a desenvolver conhecimentos e práticas para melhor cuidar de pessoas que estavam morrendo na década de 1950, foi pioneira no conceito moderno de CP (GOMES; OTHERO, 2016). As ideias de Saunders chegaram ao Brasil na década de 1980 e tiveram um crescimento significativo a partir do ano 2000, com a consolidação dos serviços existentes e a criação de novos (MARCUCCI *et al.*, 2016).

No entanto, a necessidade desse tipo de abordagem de cuidado está crescendo rapidamente em todo o mundo. Esse aumento está relacionado ao envelhecimento populacional associado a pessoas que convivem com condições de saúde mais complexas em decorrência do aumento do número de pessoas que convivem com doenças crônicas e neoplasias (MATSUMOTO, 2012).

O envelhecimento humano é um tema de grande interesse nos meios acadêmicos, pois a busca por um envelhecimento digno, ativo e saudável é um fator importante para a sociedade e os diversos cenários em que o idoso está inserido (DAWALIBI, 2013; PRADO, 2006).

Já que parte dos idosos podem ser acometidos por condições patológicas como doenças osteomusculares e neurológicas crônicas, por exemplo, resultando assim em dependência funcional, que, somado ao declínio da saúde, necessitam de CPs (COSTA, *et al.*, 2016). Assim, é fundamental reconhecer que o processo de envelhecimento pode fazer emergir sentimentos de mortalidade, tanto na família quanto na equipe profissional (FRUMI; CELICH, 2006).

Nesse contexto, os CP propõem uma alternativa para preencher uma lacuna no cuidado aos idosos em fase final de vida nos mais diversos níveis de atenção à saúde

(WPCA, 2014; COSTA, *et al.*, 2016). Sendo que a demanda por esse tipo de abordagem de cuidado está crescendo em todo o mundo. Com o envelhecimento da população mundial, o aumento da incidência de câncer e outras doenças crônicas, aliado ao recente surgimento da doença do Coronavírus 2019 (Covid - 19), há uma necessidade urgente de atendimento especializado para aliviar o sofrimento humano e suporte ao luto (CONNOR *et al.*, 2020).

No mundo, a expectativa de vida chegou a 72,8 anos em 2019, porém existe uma previsão na média global de cerca de 77,2 anos em 2050 (ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS, 2022). No Brasil, o envelhecimento tem sido associado também a uma diminuição significativa das taxas de fecundidade e ao aumento da esperança de vida, bem como à diminuição da mortalidade infantil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA, 2020). E assim, a expectativa de vida dos brasileiros chegou aos 76,6 anos em 2019. Entre os idosos essa taxa aumentou em 8,3 anos de 1940 a 2019 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA, 2020).

Diante desse cenário, é importante compreender que o idoso tem particularidades e vivenciam condições de saúde mais complexas com doenças crônicas e fragilidades que limitam sua funcionalidade e causam maior dependência, e por vezes com mais custos, menos recursos familiares e financeiros (VERAS; OLIVEIRA, 2018). A partir disso, destaca-se a importância de trabalhar para a manutenção da funcionalidade, visto que ela é considerada um fator chave de QV (qualidade de vida) entre idosos em CP (MATSUMOTO, 2012; SANVEZZO; MONTANDON; ESTEVES, 2018).

Além das fragilidades e consequentes limitações, a pandemia de Covid-19 afetou diretamente a população idosa, aumentando a mortalidade nessa população, e desacelerando a taxa de crescimento esperado para os próximos anos. Acredita-se que seus sobreviventes estão sobrecarregando ainda mais os serviços de saúde com as sequelas provenientes da doença (CAMARANO, 2021; 2022).

Portanto, o envelhecimento populacional é uma realidade, e existe uma demanda crescente por serviços de saúde, que tem como resultado a escassez de recursos, pois a pessoa idosa consome cada vez mais dos serviços de saúde do que outras faixas etárias (BARBOSA *et al.*, 2019).

O tema vem recebendo atenção devido à vulnerabilidade dos idosos e à necessidade de reconstruir as relações com essa população, pois a autonomia e a independência do idoso são essenciais para um processo de envelhecimento saudável (PRADO; SAYD, 2006; DAWALIBI *et al.*, 2013; LIMA; CHICONE, 2021).

Neste panorama do envelhecimento e perda da funcionalidade, estima-se que mais

de 56,8 milhões de pessoas em todo o mundo necessitem de CP todos os anos, sendo que a maioria (67,1%) são adultos com mais de 50 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020; CONNOR *et al.*, 2020). De acordo com o *Global Atlas of Palliative Care*, o Oceano Pacífico, a África e o Sudeste Asiático respondem por mais de 64% dos pacientes adultos que necessitam de CP, enquanto a Europa e as Américas respondem por 30% e o Oriente Médio por 4% (CONNOR *et al.*, 2020).

Em alguns países, como Norte da Europa, Reino Unido, Estados Unidos e Áustria, existem serviços de CP altamente desenvolvidos que prestam cuidados precoces aos pacientes e suas famílias em vários níveis de atenção (CONNOR *et al.*, 2020). Na América Latina o crescimento dos serviços de CP ocorre de forma mais lenta, e as equipes estão concentradas em sua maioria no ambiente hospitalar, o que pode comprometer a assistência integral prestada a esses pacientes e suas famílias (PASTRANA *et al.*, 2021).

O primeiro país latino americano a criar um serviço paliativo, foi a Colômbia, em 1980, seguido da Argentina, em 1982 e do Uruguai, em 1985 (PASTRANA *et al.*, 2021). No Brasil, o primeiro serviço para essa especialidade se deu em 1996 com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) (ASSOCIAÇÃO LATINO-AMERICANA DE CUIDADOS PALIATIVOS NA AMÉRICA LATINA, 2012).

O Ministério da Saúde (MS), reconhecendo a necessidade de fortalecer e implementar políticas que fortaleçam a organização dos CPs no Brasil, publicou a Resolução nº 41/2018 (BRASIL, 2018), que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos CPs à luz dos cuidados continuados integrados no âmbito do SUS.

A partir desta Resolução foram assegurados alguns objetivos para organização e implementação dos CPs na sociedade, como: incentivar o trabalho da equipe multidisciplinar; melhorar qualidade de vida dos pacientes; ofertar educação permanente em CPs para os trabalhadores da saúde; disseminar informações sobre os CPs na sociedade; ofertar medicamentos para o controle dos sintomas dos pacientes, dentre outros (BRASIL, 2018).

Essas ações são resultados do investimento do SUS em políticas públicas e em planejamento que visam preencher uma lacuna de cuidado e promover mais qualidade de vida para a população, proporcionando o cuidado qualificado em outros ambientes que não exclusivamente o hospitalar (OLARIO *et al.*, 2018).

A interação do CP com a Atenção Domiciliar (AD) permite que o domicílio se torne o principal local de atendimento ao paciente, levando em consideração a garantia de cuidado qualificado e seguro no controle dos sintomas de forma efetiva, além de

proporcionar à família uma vivência humanizada do luto (BRASIL, 2018). Uma estratégia necessária, já que o uso excessivo do ambiente hospitalar é prejudicial para o paciente, para o governo e para os planos de saúde, gerando um alto custo aos sistemas (SILVA; SENA; CASTRO, 2018).

Por isso, é preciso construir o processo de transição do cuidado de forma dialógica, humanizada, respeitando a vida do usuário e da família (OLIVEIRA; GARANHANI, M. L. GARANHANI, M. R., 2011). Sendo, portanto, necessário o desenvolvimento de um sistema de desospitalização com o objetivo de reduzir a pressão sobre o sistema de saúde e reinserir o paciente no ambiente familiar, e ocorreu como apoio da reforma sanitária e da mudança do modelo assistencial na área de saúde mental, com a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2002).

Tornando-se essa estratégia primordial para viabilizar a desospitalização, já que os serviços de AD ofertam atendimento de equipes multiprofissionais para continuidade dos cuidados hospitalares na residência do paciente, de forma integrada com a RAS (WIEGAND; MEIRELES, 2018).

Dessa forma, os serviços hospitalares integrados ao SUS têm como um de seus princípios norteadores a busca de estratégias para a efetivação da atenção integral e de qualidade, bem como a efetiva integração dos hospitais com outros RAS, com foco na continuidade do cuidado e fomento para a desospitalização (GOMES, 2021).

Desospitalizar, portanto, vai além da simples retirada de um paciente do hospital, é visto como um passo para a continuidade das atividades intra-hospitalares, bem como para a manutenção da articulação da rede de forma integrada e humanizada (FEUERWERKER; MERHY, 2008; OLÁRIO *et al.*, 2018; SILVA; SENA; CASTRO, 2018).

A formulação de estratégias para a implementação do processo de desospitalização teve início no SUS com a Regulamentação da Assistência Domiciliar (AD) por meio da Lei nº 10.424 (BRASIL, 2002). Considerando a necessidade de um acompanhamento ao longo da sua evolução clínica, com articulação entre serviços e fluxos bem definidos, que proporcionem uma assistência integral (PESSALACIA; ZOBOLI; RIBEIRO, 2006).

O foco dessas ações é desenvolver a autonomia do paciente e da família, permitindo que eles lidem com o adoecimento de uma maneira que exige menos cuidados pelos profissionais de saúde e serviços de saúde (BAHIA, 2018). No entanto, a continuidade do cuidado é essencial para melhorar a experiência do paciente e reduzir internações desnecessárias, o que pode ser difícil para os pacientes e seus cuidadores. (PESTRANA *et al.*, 2021).

Dessa maneira, o processo de desospitalização evidencia a necessidade de estratégias de integração dos CPs para fortalecer as atividades em rede de modo coordenado e integrado, de forma que os pacientes e seus familiares não sejam negligenciados (SOUZA *et al.*, 2015). Desospitalizar significa utilizar uma tecnologia voltada para o processo de trabalho, de modo a trazer benefícios para a gestão do cuidado, da família e da equipe (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Sendo fundamental compreender melhor as lacunas nas expectativas e experiências dessas transições de cuidado (ISENBERG *et al.*, 2021). E assim, assimilar essa articulação, requer um exame dos elementos do cuidado hospitalar que podem influenciar o CP no domicílio, bem como a interação entre os profissionais envolvidos e os familiares, além do reconhecimento dos recursos disponíveis pela equipe do hospital, da articulação desta equipe com equipes de atenção domiciliar e da APS (BRASIL, 2017).

Além disso, entender a organização das práticas da equipe que assiste o paciente idoso em CPs no contexto hospitalar, pode contribuir para a identificação de elementos que possam ser redimensionados a fim de qualificar a assistência e atenuar o sofrimento do indivíduo e sua família (PEREIRA; CUNHA BELLINATI; SILVA *et al.*, 2021; NEVES; GOUVEA; SOUZA, 2020).

Segundo Foucault (1979), até o século XVIII, religiosos e trabalhadores leigos nos hospitais não buscavam curar os doentes com suas práticas, mas sim garantir a sua própria eterna salvação por meio de atos de bondade.

Na realidade, as práticas têm uma 'razão' própria, elas são organizadas a partir de formas específicas de racionalidade, levando em conta códigos de conhecimento específicos e regras de conduta que definem sua forma e conferem elegibilidade e acessibilidade, ao mesmo tempo em que organizam os princípios e estratégias que justificam eles (FOUCAULT, 1991, p.75).

Neste estudo, o conceito de práticas adotado é o proposto por Foucault (1991), que pontua que as práticas são compreendidas como os lugares onde o que é dito e o que é feito, regras impostas e razões alegadas, o que é planejado e o que se admite se encontram e se interconectam.

Desta forma, as práticas de CPs vêm se tornando cada vez mais necessárias, pois quando não existe possibilidade de cura as pessoas continuam necessitando de cuidados para aliviar seu sofrimento e o de sua família (CORDEIRO, 2017). Essa ação não irá trazer a cura para o doente, mas vai proporcionar-lhe uma maior qualidade de vida, menos sofrimento e, possivelmente, uma morte digna.

Compreender sua forma de organização e sua razão no contexto das práticas, significa entender muito mais do que as práticas da equipe, mas assume a importância de dar significado a diferentes sujeitos que se interrelacionam nos diversos cenários onde atuam os profissionais de saúde (VELLOSO *et al.*, 2010).

Assim, neste estudo, parte-se do pressuposto de que a transferência do CP do ambiente hospitalar para o domicílio requer que o paciente e a família passem por um processo de preparo tanto técnico, quanto emocional, a fim de se garantir a continuidade desse cuidado. Diante disso, esta pesquisa faz o seguinte questionamento: como estão organizadas as práticas da equipe que presta CPs ao paciente idoso no ambiente hospitalar, tendo como foco a transição desses cuidados para o domicílio?

Cabe ressaltar ainda que este estudo é um subprojeto da pesquisa intitulada “Transição de CPs à pessoa idosa do ambiente hospitalar para a atenção primária à saúde: resolubilidade e efetividade da organização dos CPs no âmbito do SUS”, desenvolvida por pesquisadores do Núcleo de Estudos sobre Práticas em Saúde e em Enfermagem (NEPSE), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

## **2 OBJETIVO**

- Analisar as práticas de cuidados paliativos da equipe no ambiente hospitalar, tendo como foco a articulação do processo de transição destes cuidados para o domicílio.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 A transição do cuidado no âmbito da Rede de Atenção à Saúde

A continuidade do cuidado é um desafio para os sistemas de saúde em todo o mundo, pois os pacientes estão cada vez mais sendo atendidos por diferentes categorias profissionais dentro da rede, necessitando de integração do cuidado ao longo do tempo (UTZUMI *et al.*, 2018). Por isso é importante reconhecer que os pacientes podem estar mais vulneráveis e ter um cuidado fragmentado quando transitam entre diferentes serviços de saúde (ACOSTA *et al.*, 2020).

A transição de cuidados são ações destinadas a garantir a coordenação e continuidade dos serviços de saúde durante a transferência de pacientes entre diferentes serviços de saúde ou diferentes unidades dentro do mesmo estabelecimento (COLEMAN; BOULT, 2003). Essas transições são parte da jornada do sujeito em todo o atendimento no sistema de saúde (SOUSA *et al.*, 2019).

O debate sobre a transição dos cuidados surgiu nas últimas décadas como resposta ao crescimento de doenças crônicas e envelhecimento da população (HESSELINK *et al.*, 2013). Atividades estas desenvolvidas desde a admissão, decorrendo a internação e o atendimento imediato pós-hospitalização, tem como objetivo fornecer informações relevantes sobre os cuidados de um paciente, tratamento, condição atual e mudanças recentes em seu estado de saúde (COLEMAN; BOULT, 2003; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016; COSTA *et al.*, 2020).

O interesse acerca da transição do cuidado no âmbito internacional está em ascensão (WEBER, 2017). A OMS justificou a assistência domiciliar como uma necessidade frente aos cuidados de longa duração para doenças crônicas, que têm aumentado nos últimos anos devido às mudanças demográficas e epidemiológicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). No Brasil, a temática tem estreita relação com os princípios do SUS, tais como universalidade de acesso aos serviços de saúde, hierarquização da rede de serviços de saúde e integralidade da atenção (BRASIL, 1988).

A transição do cuidado do hospital para o domicílio ou desospitalização é um processo que deve incluir a participação do paciente e da família na tomada de decisão na construção do plano de cuidados (OLARIO *et al.*, 2018). E assim, as incertezas podem diminuir contribuindo para a otimização das ações do cuidar em saúde (BRASIL, 2012;

SILVIA; SENA; CASTRO, 2019). Pode ser considerado um processo complexo com muitos elementos e etapas, a começar pela comunicação efetiva, orientação ao paciente e família, responsabilização de todos os envolvidos e planejamento da internação (URBANETTO; GERHARDT, 2013).

O trabalho em saúde, aqui definido como aquele realizado por diversos sujeitos, profissionais e trabalhadores em geral com formação na área e caracterizado pelo ato de cuidar, com o objetivo de curar, reabilitar ou amenizar o sofrimento e promover o bem-estar, tem sido o assunto de significativas transformações complexas e intensas no mundo moderno (SANT'ANNA; HENNINGTON, 2011).

Enquanto as práticas realizam-se por meio do processo de trabalho em saúde, concretiza-se a contribuição do trabalho com diferentes saberes e práticas para a efetivação e consolidação do SUS, e constitui como uma prática social (FRACOLLI; BERTOLOZZI, 2008.). E essas práticas, são realizadas por meio do processo de trabalho em saúde, concretiza-se a contribuição do trabalho com diversas habilidades e práticas para a eficácia e consolidação do SUS, com o objetivo final de defender a vida individual e coletiva (ASSIS; ALVES; SANTOS, 2008).

Para tanto, os serviços de saúde envolvidos na desospitalização devem se organizar e se articular com as diversas especialidades que atuam dentro e fora do hospital, para promover o processo de alta hospitalar seguro com a atuação em rede (BRASIL, 2020; CORDEIRO, 2017). Por isso, a desospitalização deve ser almejada desde o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, até sua transição entre os diferentes níveis de atenção à saúde, e deve ocorrer de forma responsável, segura, humanizada e multidisciplinar. (BRASIL, 2020; VASCONCELLOS *et al.*, 2015)

Nessa perspectiva, é preciso considerar a singularidade e a multidimensionalidade que permeiam a desospitalização e a palição. Faz-se necessária a construção do processo de transição do cuidado humanizado, que considere as necessidades do paciente e familiares (BRASIL, 2020).

A Portaria nº 4.279 (BRASIL, 2010) estabelece diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS. As RAS estão organizadas por meio locais onde são ofertados serviços de saúde que determinam a estruturação dos pontos de atenção secundária e terciária (MENDES, 2014).

Os CPs, na perspectiva da RAS, devem ser ofertados em qualquer ponto da Rede, seja na Atenção Básica, seja na Atenção Domiciliar (AD), na Atenção Ambulatorial, Urgência e Emergência ou na Atenção Hospitalar (BRASIL, 2018). As RAS são arranjos

organizativos de ações e serviços de densidades tecnológicas variadas que, quando integrados por meio de suporte técnico, logística e sistemas de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Além disso, os especialistas em CPs que atuam na RAS podem servir como referências e potenciais matriciadores para os demais serviços da rede, que podem ser realizados tanto presencialmente quanto através de tecnologias de comunicação à distância (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

No Brasil, a política pública mais recente, proposta pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 963 (BRASIL, 2013), foi a organizadora do Programa Melhor em Casa. Somado a isso, a Portaria nº 825 (BRASIL, 2016) redefiniu o cuidado domiciliar no contexto do SUS, estimulando uma ampliação do debate sobre a transição do cuidado em outros níveis de atenção para o cuidado domiciliar (BRASIL, 2016).

A atenção domiciliar é oferecida como alternativa diante da internação, com atividades voltadas à promoção, reabilitação e promoção da saúde no ambiente domiciliar (BRASIL, 2016). O processo de desospitalização reduz o risco de contrair infecções, produz economia nos custos de hospitalização, racionaliza os salários, reduz o custo da assistência prestada, oferece mais conforto ao paciente e familiares, além de humanizar o cuidado oferecido nos hospitais (FEUERWERKER; MERHY, 2008)

Segundo estudos, transições inadequadas de cuidados entre os diferentes pontos da rede de saúde, podem ter consequências desfavoráveis que vão desde efeitos adversos, erros de medicação, baixa adesão ao tratamento e baixa qualidade de vida (KANAAAN *et al.*, 2013; TROMPETER *et al.*, 2014; KRIPALANI *et al.*, 2009; COUZNER; RATCLIFFE; CROTTY, 2012).

Em estudo realizado por Werner *et al.* (2017), que analisava as principais barreiras para a alta hospitalar, foram identificadas nove barreiras da alta hospitalar, sendo elas: falta de comunicação; necessidades do paciente; políticas/padrões; alta não é prioridade; financeiro; linguagem; ensino ao paciente; planejamento/gestão; e falta de conhecimento.

Durante o processo de transição de internação para o domicílio, a orientação pela equipe multidisciplinar pode contribuir para a qualidade da assistência e reduzir o número de internações (ABARJE *et al.*, 2010).

Além disso, uma transição do cuidado adequada entre os diferentes níveis de assistência é fundamental para reduzir os efeitos adversos dos medicamentos, aumentar a confiança na realização dos cuidados necessários após a alta, compreender as condições de saúde, agregar as preferências do paciente e do cuidador ao plano de cuidados (ACOSTA

*et al.*, 2020).

A literatura aponta, ainda, que existe associação positiva entre a satisfação do paciente com a transição do cuidado e o tempo de permanência no serviço (ROLDÁN-CHICANO *et al.*, 2018). A qualidade das transições do cuidado tem sido utilizada como um dos componentes para avaliação de desempenho de hospitais (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2013; WEBER *et al.*, 2017).

A OMS aponta que uma transição inadequada entre serviços de saúde pode estar relacionada à maior mortalidade e eventos adversos; atraso no tratamento adequado; aumentos de insatisfação, bem como maior sofrimento físico e emocional dos pacientes e dos familiares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016; KEEPING-BURKE *et al.*, 2013).

Um modelo de ponte contendo de Desospitalizar significa z pilares de sustentação no processo de transição de cuidados na alta hospitalar, que são planejamento da alta; comunicação de informações; a organização, clareza e disponibilidade de informações; segurança da medicação; educação do paciente; o suporte social; o planejamento antecipado de metas terapêuticas; a coordenação do cuidado entre membros da equipe de saúde; monitoramento de sintomas no pós alta; além do adequado acompanhamento ambulatorial (KEEPING-BURKE *et al.*, 2013).

Para os idosos, em especial, o sucesso da transição do cuidado depende do planejamento da alta hospitalar, dos cuidados pós-alta e suporte domiciliar (COSTA *et al.*, 2020; FORSTER; *et al.*, 2003). Além da redução de eventos adversos evitáveis como erros de medicação, quedas, infecções pós-operatórias e redução nas taxas de reinternações (COSTA *et al.*, 2020). A ausência de planos de alta ou ao menos um planejamento adequado aumenta a probabilidade de interrupção e fracasso da estratégia terapêutica (KEEPING-BURKE *et al.*, 2013).

O foco no paciente e em sua família permite que os valores pessoais orientem as decisões de tratamento, garantindo que as transições entre profissionais e serviços de saúde sejam respeitadas, eficientes e eficazes (TRAJKOVSKI *et al.*, 2012). A família desempenha um papel importante nesse cuidado, por isso precisa ser preparada e apoiada por profissionais de saúde para o enfrentamento dessa situação (COSTA; CASTRO; ACIOLI, 2015).

A questão social das famílias também é determinante no processo de desospitalização e continuidade do cuidado (SILVA; SENA; CASTRO, 2018). A literatura aponta que a assistência no domicílio pode minimizar custos hospitalares, porém pode

aumentar os custos do cuidado em saúde na família, o que pode afetar a desospitalização de forma negativa (SIMÃO; MIOTO, 2016).

Alguns outros fatores como a falta de recursos materiais ou a necessidade de adaptações ao ambiente doméstico, podem limitar a capacidade de cuidar no domicílio, que nem sempre é possível, a ausência de integração entre a equipe do hospital, do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) e a Atenção Básica de Saúde (ABS) (FERREIRA *et al.*, 2021).

Segundo a World Health Organization, (2016), o desenvolvimento de uma transição segura requer algumas intervenções, como a implementação de práticas eficazes de reconciliação medicamentosa; acompanhamento adequado, incluindo telefonemas e visitas domiciliares; melhorias na eficiência e disponibilidade de transferências clínicas; estabelecimento de uma linha direta entre os cuidados de saúde primários e os serviços de urgência hospitalar; atribuição de coordenação de cuidados ou gestão de casos com necessidades complexas; educação e apoio a indivíduos, familiares e cuidadores.

O idoso quando permanece em um ambiente familiar, com riscos diminuídos e assistência integral, tem uma contribuição importante para a melhora e manutenção de sua qualidade de vida (FALLER *et al.*, 2016). A promoção dos CPs no domicílio permite que os idosos continuem a receber cuidados no domicílio de uma equipa multidisciplinar, como apoio e orientação aos familiares e/ou cuidadores, evitando internações frequentes e por vezes desnecessárias (FALLER *et al.*, 2016; VASCONCELOS; PEREIRA, 2018).

A assistência no domicílio com o apoio da família promove uma assistência pautada nos princípios de CPs, e dão suporte para que a família possa auxiliar nos cuidados à doença e atuar no luto (FRIPP, 2009).

Nesse processo de desospitalização, os serviços devem priorizar as especificidades e singularidades da população idosa, o que inclui: acolhimento, cuidado humanizado, exercício da escuta, responsabilização e resolutividade (CHACCHIO, 2020). E a qualidade dos CPs no domicílio está diretamente relacionada ao processo de desospitalização (VASCONCELOS; PEREIRA, 2018).

Nesse contexto é importante considerar que os pacientes podem estar vulneráveis a danos imediatos no pós-alta, por falta ou orientações inadequadas; problema no acesso a profissionais de saúde que tenham conhecimento de seu plano de cuidado; nas informações incorretas, além de ausência de sistema integrado no atendimento à saúde do paciente (BARNSTEINER, 2005; COLEMAN; *et al.*, 2006; BAYLEY *et al.*, 2007; MARQUES, 2013).

Portanto, desospitalizar compreende um ato de continuidade das ações iniciadas no

ambiente intra-hospitalar, bem como a manutenção da articulação em rede, de forma integrada e humana (OLÁRIO *et al.*, 2018). E assim, a transição envolve o paciente, familiares, cuidadores e os profissionais que realizam a assistência, com o objetivo de dar continuidade ao cuidado, se configurando como um processo complexo que exige dos profissionais adequada comunicação, conhecimento, experiência, competência e habilidades (COSTA *et al.*, 2019).

### 3.2 Cuidados Paliativos: aspectos histórico-conceituais

A cultura do cuidado não é algo novo, bem como não é nova a ideia de CPs, e a filosofia do CP começou com as primeiras definições de cuidar (MATSUMOTO, 2012). Durante a Idade Média, era comum encontrar hospícios (hospedarias, em português) em mosteiros, que abrigavam não apenas doentes, mas também pessoas vulneráveis (MACIEL, 2008). Esse tipo de hospitalidade enfatizava a proteção, bem como o alívio do sofrimento, mais do que a busca pela cura (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021).

Em uma perspectiva mais moderna, o surgimento dos CPs ocorreu no final da década de 1950 e início da década de 1960 (CAPELAS *et al.*, 2014). Foi fundada por Dame Cicely Saunders, uma inglesa nascida em 1918 (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2019). Em 1967, Saunders fundou o "St. Christopher's Hospice" em Londres, cuja estrutura permite não só a assistência médica, mas também o avanço do ensino e da pesquisa, com a participação de estudantes de vários países (PESSINI, 2005).

Esse tipo de cuidado não ficou restrito apenas à Inglaterra, e na década de 70 o movimento foi levado aos EUA por Elisabeth Kubler-Ross, psiquiatra e autora de diversos livros e que havia tido aproximação com alguns trabalhos de Saunders (AFONSO; MINAYO, 2013). Entre 1974 e 1975, foi fundado um *hospice* na cidade de Connecticut (Estados Unidos) e, o resultado dessa proposta disseminou-se, passando a integrar os cuidados a pacientes fora de possibilidade de cura em vários países (MATSUMOTO, 2012).

Em 1982, o Comitê de Câncer da Associação Médica Mundial estabeleceu um grupo de trabalho para desenvolver políticas para alívio da dor e CPs para pacientes com câncer que seriam recomendados em todos os países (MACIEL, 2008). Além de iniciar o programa *Cancer Pain and Palliative Care*, editou importantes documentos, tais como *Cancer Pain Relief and Palliative Care* e o *Palliative Cancer Care* (WORLD HEALTH

ORGANIZATION, 1990).

O termo CPs, que antes era usado no Canadá, foi adotado pela OMS devido à dificuldade de traduzir a expressão “Hospice” para alguns idiomas (MACIEL, 2008). Em 1990, a OMS definiu, pela primeira vez, em 90 países e 15 idiomas, o conceito e princípios dos CPs (GOMES; OTHERO, 2016). Inicialmente, essa definição foi direcionada aos pacientes com câncer, antecipando suas necessidades de cuidado integral e visando o cuidado em fim de vida (GOMES; OTHERO, 2016).

Em conjunto com prevenção, diagnóstico e tratamento, os CPs estão se tornando um dos pilares fundamentais da assistência ao paciente com câncer (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Em 2002, o conceito foi atualizado para incluir a assistência a outras doenças como AIDS, doenças cardíacas e renais, doenças degenerativas e doenças neurológicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Os CPs consistem na assistência prestada por uma equipe multidisciplinar com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares diante de uma doença que ameace a vida, por meio da detecção precoce e tratamento da dor e outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Em 2004, a OMS divulgou um novo documento intitulado *The Solid Facts - Palliative Care*, que reiterou a importância da inclusão dos CPs como parte da atenção integral à saúde no tratamento de todas as doenças crônicas, incluindo programas para idosos (DAVIES *et al.*, 2004).

Além disso, o trabalho de uma equipe de CPs deve ser regido por princípios claros que possam ser aplicados a todas as atividades que estão sendo desenvolvidas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990; 2002; 2004). Nestes princípios estão incluídos o uso de medidas de conforto por uma equipe de saúde, com o objetivo de promover o alívio de sintomas desagradáveis e até incapacitantes, como dor, dispneia e constipação, que são causados pela progressão de uma doença e/ou por seu tratamento (MATSUMOTO, 2012; FONSECA; GEOVANINI, 2013).

Em 2017, a International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) desenvolveu uma definição global, levando em consideração o cuidado holístico ativo para pessoas de todas as idades que sofrem de doenças graves e, em particular, pessoas próximas ao fim de suas vidas (LIMA *et al.*, 2017). Tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes, familiares e também dos cuidadores (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) atualizou seu conceito publicado anteriormente, definindo a CP como uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e seus familiares que lidam com questões relacionadas a doenças que ameaçam a vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

É uma estratégia que prevê e alivia o sofrimento pela detecção precoce, avaliação e tratamento da dor e outras questões físicas, psicológicas e espirituais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). É fundamental enfatizar que os CPs não devem ser usados para substituir os cuidados curativos adequados, mas prevê uma melhor e mais precoce integração dos CPs com o tratamento ativo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Nesse sentido, é importante reconhecer os avanços da tecnologia médica moderna, no entanto, deve haver uma transição gradual e equilibrada entre os últimos esforços para manter a vida, quando há chances realistas de recuperação, e os CP através do controle dos sintomas sem nunca perder de vista a dimensão humana do cuidado (PESSINI; BERTACHINI, 2011).

Os CP se apresentam como uma filosofia de assistência, segundo a qual se encara a morte como um processo natural e individual onde se busca o conforto de sintomas biológicos, psíquicos, sociais e espirituais e qualidade de vida (CARDOSO *et al.*, 2013; GOMES; OTHERO, 2016; REIS, 2021).

É importante a mudança do paradigma do cuidado, associado ao treinamento técnico específico durante a graduação e pós-graduação, para uma população que está envelhecendo e sofrendo diante de doenças crônicas muitas vezes incuráveis (REIS, 2021).

A evolução conceitual dos CP demonstra amadurecimento e incorporação da filosofia deste cuidar, que vai além da terminalidade. Entretanto, essa prática ainda está carente de ações que evidenciem coerência e respeito aos princípios éticos, ofertando dignidade tanto na vida quanto na morte dos pacientes, familiares e cuidadores (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021).

Os serviços de CPs devem ser responsáveis por acompanhar pacientes, seja ambulatorial ou domiciliar, para aqueles com necessidades de manejo menos complexas, particularmente aqueles com sintomas físicos que requerem intervenções modestas (UGARTE, 2014). Para que essa proposta seja efetiva, é preciso avançar na política educacional e no acesso a medicamentos, principalmente opióides (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

A OMS divide os países em quatro grupos com base em seu nível de desenvolvimento em CPs (GOMES; OTHERO, 2016). Sendo que o Nível 1: nenhuma

atividade detectada; o Nível 2: em capacitação; no Nível 3a: provisão isolada; no Nível 3b: provisão generalizada; no Nível 4a: integração preliminar; Nível 4b: Integração avançada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; GOMES; OTHERO, 2016). Tendo em vista esta classificação, o Brasil encontra-se incluído no nível 3a, junto com Rússia, México e países do Sudeste Asiático (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) determina que esforços devem ser feitos para garantir a implementação da política em um sentido mais amplo, a fim de garantir acesso ao cidadão (MENDES *et al.*, 2017). A RAS deve contar com vários modelos de atendimento com o objetivo de conferir atenção integral e humanizada às necessidades desses pacientes (BRASIL, 2014).

Os CP podem ser prestados de diversas formas, mas a melhor forma é que os serviços operem numa rede de planos terapêuticos personalizados e únicos apresentados na terceira edição do Manual de CPs da ANCP (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021), que são os seguintes:

- Times hospitalares de interconsulta: Os serviços de interconsulta ainda são a forma mais comum de prestação de CPs no Brasil. A equipe recebe solicitações de avaliação ou acompanhamento, os pacientes são avaliados em seus próprios leitos, e as condutas são sugeridas pelo interconsultor (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021).
- Assistência domiciliar (*home hospice*): É uma modalidade de cuidado fundamental que é pouco desenvolvida em CPs. Os times de *home hospice* são responsáveis pela assistência dos pacientes com doenças terminais que tenham demandas específicas passíveis de resolução em domicílio (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021).
- Ambulatórios especializados: A rede ambulatorial desempenha um papel significativo. Este modo deve matriciar casos de alta complexidade de uma rede não especializada, além de acompanhar de forma horizontal os pacientes egressos das modalidades de maior complexidade, monitorando sua piora e a indicação de transição para assistência domiciliar, *hospice* ou hospital (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021).
- Enfermarias Hospitalares: São parte da estrutura de um hospital secundário ou terciário. Um paciente pode também estar internado em um quarto individual na estrutura hospitalar. Sendo assim, a internação nessas unidades deve ser justificada pela necessidade de utilização de alguma estrutura específica do hospital, seja centro cirúrgico, de hemodiálise, procedimentos invasivos ou outra propedêutica.

Nessa modalidade é possível aprofundar o plano terapêutico e dar mais horizontalidade ao cuidado (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021).

- Hospice: No Brasil é um serviço pouco desenvolvido, mas em perspectiva de crescimento. É responsável por receber pacientes com demanda de cuidados que não são passíveis de ser ofertados em assistência domiciliar, porém não exigem uma internação hospitalar. Apresentam custos menores, com uma internação com experiência superior ao hospital. São considerados um elo da alta complexidade em CP, conectando hospitais e assistências domiciliares e ambulatoriais (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021).
- Outras modalidades: A coordenação do cuidado faz parte do desenvolvimento das linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde no Brasil. Os CPs em rede devem ter por base a inclusão e o protagonismo da APS (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021).

O fluxo de pacientes para uma unidade de CPs, a necessidade de pesquisas diagnósticas e o acompanhamento do paciente durante sua permanência em casa devem fazer parte de uma rede integrada e bem articulada, a fim de proporcionar segurança em todas as fases da doença e em relação às decisões previamente acordadas para o fim da vida (UGARTE, 2014).

Considerando a morte como um processo e não apenas como um acontecimento, é fundamental promover a substituição e a desinstitucionalização dos cuidados hospitalares para a produção de maneiras mais efetivas e humanas de cuidar (BARBI, 2011).

### **3.3 Cuidados paliativos no Mundo**

Em 2014, o *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life* publicou uma ampliação da definição de cuidados paliativos da OMS, enfatizando, inicialmente, que os cuidados paliativos são necessários tanto em condições críticas quanto naquelas que ameaçam ou limitam a vida (WPCA, 2014).

A publicação afirma que adultos com uma ampla gama de doenças crônicas foram identificados como beneficiários de cuidados paliativos e intervenção precoce, antes da fase final, que está se tornando cada vez mais reconhecida como crucial (WPCA, 2014).

A necessidade de CPs nunca foi tão grande e está crescendo em ritmo acelerado como resultado do envelhecimento da população global, do aumento do câncer e de outras doenças não transmissíveis e do recente surgimento da COVID-19. Até 2060, espera-se que a necessidade de CP cresça mais que o dobro (CONNOR, 2020). Espera-se que o

mundo tenha mais de um bilhão de idosos até 2030, com aumento mais acentuado desse grupo etário nos países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Mais de 100 milhões de pessoas necessitam de CPs a cada ano, incluindo familiares, cuidadores e pacientes, porém apenas 8% têm acesso a esses serviços, de acordo com a *Palliative Care Alliance World* (CONNOR *et al.*, 2020).

Os CPs são praticados em diversas regiões do mundo. Segundo o Atlas Global de CPs, alguns países da América do Norte, Europa e Austrália possuem um bom nível de desenvolvimento de CPs. Por outro lado, há países onde, sequer, há algum serviço de CP, como por exemplo, no Afeganistão, Líbia, Guiana Francesa (CONNOR *et al.*, 2020).

Para avaliar a acessibilidade a este cuidado, o periódico “The Economist”, em 2015, realizou uma pesquisa com 80 países no *The Economist Intelligence Unit*. O Brasil ocupa a 42ª posição, atrás de países da América latina como Equador e Chile, levando-nos a crer na dificuldade em transpor o modelo biomédico. Sendo que, na América Latina, o Uruguai é o melhor colocado em 25º lugar (THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2015).

Segundo a última publicação do Atlas de CP da América Latina, houve um crescimento no número de equipes de CPs, com 2,6 equipes/serviços por milhão de habitantes, que continuam sendo insuficientes para a crescente necessidade da população (PASTRANA *et al.*, 2021). Um dos maiores desafios dos países latino-americanos é a necessidade de melhoria da educação (THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2015).

As sociedades da Região Europeia também estão envelhecendo, e isso traz uma necessidade não apenas de melhorar a saúde prevenindo doenças e deficiências, mas também de melhorar a qualidade de vida que permanece permitindo que as pessoas vivam bem e, quando chegar a hora, morram com dignidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Para ajudar no desenvolvimento de uma abordagem de CP e na sua promoção, a OMS designou centros colaboradores da OMS para CPs, dentre eles a Catalunha (Espanha) e o Reino Unido, que são bons exemplos de como os CPs podem ser efetivamente integrados aos sistemas de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Ainda assim, a demanda atual é insuficientemente atendida, e possui inúmeras barreiras, dentre elas estão: as políticas; a disponibilidade e acesso a medicamentos opióides; a implantação de serviços que prestam esse tipo de atendimento; e necessidade de educação da sociedade (BRENNAN, 2007; WORLD HEALTH ORGANIZATION,

2014). E, sem dúvidas, esses desafios precisam ser superados para que de fato sejam ofertados com um direito humano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Considerando o cenário de saúde mundial, é impossível ignorar a percepção de um atraso significativo na forma como são realizados os tratamentos para pacientes em terminalidade e adoecimento, resultando em um procedimento realizado apenas para prolongar a vida do paciente sem preocupação com a qualidade de vida do paciente (CORREA; ZAGANELLI, 2020).

### **3.4 Cuidados paliativos no Brasil: histórico, regulamentação e organização das práticas**

O envelhecimento da população brasileira tem sido acompanhado por avanços tecnológicos nas áreas diagnóstica e terapêutica, que resultaram na transformação de muitas doenças fatais em doenças crônicas, prolongando a vida de seus portadores (BRASIL, 2011). Essa realidade é visível no cotidiano do SUS, com pacientes não elegíveis ao tratamento curativo que sobrecarregam o sistema de saúde, recebendo estes cuidados e, por vezes, submetidos a distanásia (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2006).

Iniciativas e discussões isoladas sobre CPs são vistas no Brasil desde a década de 70, porém, apenas na década de 90 que surgiram os primeiros serviços organizados no país, ainda que de forma experimental (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021; MATSUMOTO, 2012). A primeira tentativa de congregação dos paliativistas aconteceu com a criação da Associação Brasileira de CPs – ABCP pela psicóloga Ana Georgia de Melo, em 1997 (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021).

A ABPC propunha práticas de divulgação da filosofia dos CPs no Brasil (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2019). Associação profissional sem fins lucrativos dedicada à promoção de cuidados paliativos em doenças crônicas e progressivas no Brasil por meio da formação de profissionais de saúde, assistência e desenvolvimento de pesquisas (HERMES; LAMARCA, 2013).

Em 2004, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) instituiu a Comissão Permanente de Cuidados Paliativos (PY *et al.*, 2010). A partir desse ano, surgem várias iniciativas de criação de serviços ou de grupos de interesse em CPs por todo o país (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2015).

Foi criada em 2005 a Academia Nacional de CPs (ANCP), composta

majoritariamente por médicos, que são os profissionais que têm o direito de compor a diretoria da instituição (CORDEIRO, 2017). Os sócios fundadores foram 30 médicos de várias especialidades clínicas e cirúrgicas, e a ANCP atualmente coordena e lidera as discussões em torno do fim da vida no país. (FLORIANI; SCHRAMM, 2006).

É uma associação científica, que congrega profissionais de nível superior, técnico e acadêmico, devidamente inscritos em seus respectivos Conselhos de Classe e interessados no desenvolvimento científico, na educação e na implantação dos CPs no Brasil (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2019).

Houve avanços na regulamentação da profissão paliativista brasileira, com padrões de qualidade para os serviços de CPs estabelecidos. As definições precisas do que é e o que não é CP, foram determinadas levando essa discussão para o Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Conselho Federal de Medicina – CFM e Associação Médica Brasileira – AMB (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Apesar da evolução gradual no país, com revisão das políticas públicas que indicam maior consciência da importância de mudança do paradigma e cuidado integral, não há marcos específicos e as metas são vagas levando a um crescimento comedido (THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2015).

Diversos fatores impedem a disseminação dos CPs no Brasil, sendo alguns deles relacionados às dimensões continentais do país e às diferenças socioeconômicas; a formação cartesiana em cursos de saúde; e resistência profissional ao paradigma do cuidar quando não há mais cura; a falta de inclusão na atenção básica; a falta de regulamentação para o atestado de óbito quando este ocorre em domicílio; a distribuição de medicamentos analgésicos (GOMES; OTHERO, 2016).

De acordo com o Atlas Global de CPs, 56,8 milhões de pessoas necessitam de CPs, sendo os adultos responsáveis por 67,1% do total (CONNOR *et al.*, 2020). Nas Américas, a taxa de necessidade do cuidado em fim de vida é de 3,53 a 3,65 por 1.000 habitantes na população geral, onde não são atendidas nem metade dessa demanda (PASTRANA *et al.*, 2021).

Em outro estudo, publicado em 2015, realizado com serviços brasileiros, foi identificado que metade dos serviços de CPs do país estão localizados no estado de São Paulo (GOMES; OTHERO, 2016; MATSUMOTO, 2012). A pesquisa aponta que o modelo de atendimento prevalente é o do tipo ambulatorial, à população típica é mista, isto é, oncológicos e não oncológicos, prevalece a assistência a adultos e idosos, e o modelo de financiamento mais comum é o público (GOMES; OTHERO, 2016).

Isso foi reafirmado pelo levantamento da ANCP, dos serviços identificados à maioria concentram-se preferencialmente no Sudeste, e o menor número está no Norte do país (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2019). Proporcionalmente a população brasileira de 210 milhões de pessoas deveria haver um serviço de CP para cada 1,33 milhão de usuários do SUS e de um serviço para cada 496 mil usuários do sistema suplementar (SANTOS; FERREIRA; GUIRRO, 2020). Cabe destacar que o Cuidado Paliativo não deve estar isolado dos demais serviços de saúde que caracterizam a atenção global ao paciente (UGARTE, 2014).

### **3.5 Regulamentação das Práticas de Cuidados Paliativos no Brasil**

O CP iniciou sua organização no Brasil com a aprovação da Portaria nº 2.439 (BRASIL, 2005) que instituiu a Política Nacional de Oncologia por meio da promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e CPs, a ser implantada a nível federal e respeitando as competências das três esferas de gestão, sendo crucial para a cuidado integral ao indivíduo na oncologia.

Foi instituída, a rede de atenção às pessoas com doenças crônicas no eixo temático do câncer, através da Portaria nº 140 (BRASIL, 2014), que utiliza todos os serviços iniciando-se com a ordenadora Atenção Básica, seguindo pela Atenção Domiciliar, Atenção Especializada Ambulatorial, Atenção Especializada Hospitalar - CACON (Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia), UNACON (Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) e Complexos - Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar, Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar, Sistemas de Apoio, Regulação dos Sistemas Logísticos e Governança.

Como resultado, diferentes iniciativas estão em vigor em alguns estados; no entanto, a falta de regulamentação federal limita a expansão da oferta de atendimento em CPs a todos os brasileiros (SANTOS; FERREIRA; GUIRRO, 2020). Mesmo após a Resolução 41 (BRASIL, 2018), que estabelece as diretrizes para a organização dos CPs no contexto do SUS, as legislações não foram eficientes na criação e apoio de toda a população com doença grave e progressiva.

### **3.6 Histórico de Normativas Federais e Estaduais**

O SUS foi instituído com a Lei Orgânica da Saúde, que rege as condições para a

promoção, proteção e recuperação da água, bem como a organização e operação dos serviços de saúde brasileiros (ANDRADE; CRUZ, 2021). Determina que a saúde é um direito fundamental do ser humano e que cabe ao Estado prover as condições para seu pleno exercício através da formulação e execução de políticas públicas (BRASIL, 1990).

O sistema de saúde está fundamentado em princípios e diretrizes que incluem o acesso universal aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, bem como a integração da assistência, entendida aqui como um grupo ações articuladas e contínuas em todos os níveis de complexidade do sistema, e a preservação da autonomia das pessoas (BRASIL, 1990).

Nesse cenário os CPs podem ser considerados uma garantia de direitos já previstos na Política de Humanização da Atenção e da Gestão, na Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS e no Programa Nacional de Assistência à Dor e CPs, tratados não apenas como programas nacionais, mas também como parte da política sanitária brasileira (BRASIL, 2002; 2007; 2013).

A construção de uma política pública de CPs depende de políticas que reconheçam e incentivem a integração dos CPs na estrutura e financiamento do Sistema Nacional de Saúde; que promova a formação dos profissionais de saúde, que garanta a disponibilidade dos medicamentos essenciais para o manejo da dor no final da vida (UGARTE, 2014).

Uma revisão da legislação federal vigente estabelece alguns parâmetros regulamentadores da questão dos CPs no âmbito do SUS, conforme descrição abaixo:

Quadro 1 – Legislações sobre Cuidados Paliativos no âmbito do SUS

(Continua)

Portaria	Data	Objetivo
Portaria n.º 19/GM/MS	<b>03 de janeiro de 2002</b>	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, SUS, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos.
Resolução da ANVISA - RDC n.º 202.	<b>18 de julho de 2002</b>	Esta determina que a Notificação de Receita "A" não será exigida para dispensação de medicamentos à base das substâncias morfina, metadona e codeína, ou de seus sais, a pacientes em tratamento ambulatorial, cadastrados no Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, do Sistema Único de Saúde, publicado na Portaria n.º 19 GM/MS, de 3 de janeiro de 2002.
Portaria n.º 1.319 GM/MS	<b>23 de julho de 2002</b>	Cria no âmbito do Sistema Único de Saúde, os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica.

Quadro 1 – Legislações sobre Cuidados Paliativos no âmbito do SUS

(Continuação)

<b>Portaria</b>	<b>Data</b>	<b>Objetivo</b>
Portaria nº 472 SAS/MS	<b>24 de julho de 2002</b>	Aprova as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica
Portaria nº 859 SAS/MS	<b>04 de novembro de 2002</b>	Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Uso de Opiáceos no Tratamento da Dor Crônica – Codeína, Morfina, Metadona
Resolução CFM n. 1.805	<b>09 de novembro de 2006</b>	Dispõe sobre a ortotanásia.
Portaria nº 3.150 MS/GM	<b>12 de dezembro de 2006</b>	A Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos, com o objetivo da plena estruturação das <b>Diretrizes Nacionais de Atenção em Cuidados Paliativos e Controle da Dor Crônica</b>
Portaria nº 2.029 GM/MS	<b>24 de agosto de 2011</b>	Redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS, definiu, entre outras questões, modalidades de atenção domiciliar que inclui a necessidade de cuidados paliativos como um dos critérios de elegibilidade para admissão de pacientes pelas equipes multiprofissionais de atenção domiciliar.
Portaria SAS/MS n. 1.083	<b>02 de outubro de 2012</b>	Dispõe sobre o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da dor crônica
Resolução CFM n. 1995	<b>09 de agosto de 2012</b>	Prevê o uso das diretivas antecipadas de vontade (de saúde).
Portaria nº 874 GM/MS	<b>17 de maio de 2013</b>	Define cuidados paliativos como conjunto de ações interdisciplinares, associado ao tratamento oncológico, promovido por uma equipe de profissionais da saúde voltado para o alívio do sofrimento físico, emocional, espiritual e psicossocial de doentes com prognóstico reservado, acometidos por neoplasias malignas em estágio irreversível, que se dão em forma de assistência ambulatorial (incluindo fornecimento de opiáceos), internações por intercorrências (incluindo procedimentos de controle da dor), internações de longa permanência e assistência domiciliar.
Portaria nº 963 GM/MS	<b>27 de maio de 2013</b>	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)- como nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.
Portaria Nº 483	<b>1º de abril de 2014</b>	Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado e cita os cuidados paliativos como uma das ações da rede compondo as linhas de cuidado definidas para cada doença crônica.

Quadro 1 – Legislações sobre Cuidados Paliativos no âmbito do SUS

(conclusão)

Portaria	Data	Objetivo
Recomendação da 67 <sup>a</sup> Assembleia da Organização Mundial da Saúde.	<b>2014</b>	Recomendação para o desenvolvimento, o fortalecimento e a implantação de políticas de cuidados paliativos baseadas em evidências.
Portaria n° 825	<b>25 de abril de 2016</b>	Redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS. A atenção domiciliar tem sido proposta como uma possibilidade e alternativa às hospitalizações.
Resolução CFM n. 2.156/2016.	<b>17 de novembro de 2016</b>	Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva.
Portaria GM/MS n. 2/2017	<b>2017</b>	Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS.
Portaria de Consolidação GM/MS n. 3/2017	<b>2017</b>	Estabelece a organização dos cuidados prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências e demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde do SUS.
Portaria de Consolidação GM/MS n. 5/2017	<b>2017</b>	Trata do atendimento e da internação domiciliares.
Portaria de Consolidação GM/MS n. 6/2017.	<b>2017</b>	Trata do financiamento do componente básico e especializado da assistência farmacêutica
Resolução n° 41	<b>31 de outubro de 2018</b>	Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: Elaborado pela autora

Em consonância com o movimento mundial de crescimento dos CP no mundo, o Brasil avançou em termos de legislações como vimos no quadro anterior, em especial no SUS com a Resolução n° 41 (BRASIL, 2018; VASCONCELOS *et al.*, 2021). Esta Resolução vem apoiada na integração dos CPs, na estrutura do SUS (SCHAEFER, 2020).

O principal mérito está justamente em reconhecer os impactos das transformações epidemiológicas e biotecnológicas sobre o processo de morrer; afirmar a autonomia do paciente sobre suas escolhas existenciais e garantir o acesso a essa escolha em toda a rede pública de saúde (SCHAEFER, 2020).

O artigo 1º, parágrafo único, da Resolução 41 determina que os CPs deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito do SUS (BRASIL, 2018). Tendo assim o objetivo de estabelecer as diretrizes da inserção dos CPs nas políticas, mas não se limita a determinar a desospitalização (atenção domiciliar) do paciente (SCHAEFER, 2020).

Com a implementação da Resolução nº 41 (BRASIL, 2018) surgiu um movimento pela regulamentação nos estados pelo território nacional. Com exceção do Estado de Goiás, que assumiu pioneirismo e, desde 2017, publicou uma Lei que instituiu a Política Estadual de CPs. Nos demais Estados, apenas após a Resolução nº 41 surgiram outras legislações. Segue em destaque no QUADRO a seguir:

Quadro 2 – Legislações sobre Cuidados Paliativos nos Estados Brasileiros

Legislações Estaduais	Data	Estado
LEI Nº 15.277	31 de janeiro 2019	Rio Grande do Sul
LEI Nº 8425	1º de julho de 2019	Rio de Janeiro
Projeto de Lei 883/2020	24 de março de 2020	Espírito Santo
Lei nº 17.292	13 de outubro de 2020	São Paulo
Lei nº 23.938	23 de setembro de 2021	Minas Gerais

Fonte: Elaborado pela autora

Ignorar os CPs como política pública de saúde e como um dos instrumentos para alcançar a autonomia e a dignidade do paciente, o priva não apenas do direito fundamental à autonomia e à morte digna, mas também do sentimento de autocontrole (MACIEL, 2012).

Com isso, a ressignificação da morte e do processo de morrer passa a ser um componente necessário para garantir a autonomia do paciente sobre seu próprio corpo e a qualidade de sua vida até o fim, como evidencia o significado da Resolução nº 41/2018 para o SUS (SCHAEFER, 2020).

Normativas internacionais de Direitos Humanos legitimam a abordagem dos CPs como direito humano internacional, e mesmo que o Brasil ainda tenha muito a avançar em termos de políticas públicas para garantir o acesso, já se observa um movimento para mudar (DE VASCONCELOS *et al.* 2021).

### 3.7 Equipe Multidisciplinar em Cuidados Paliativos

CP é um conjunto de ações multiprofissionais que têm por objetivo efetuar o controle dos sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social, que afligem o homem na finitude que dele se aproxima (TAQUEMORI; SERA, 2008).

De acordo com o Manual de CPs da ANCP, a equipe interdisciplinar em CPs é

composta por médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, assistente espiritual e dentista (MATSUMOTO, 2012; CARVALHO; PARSONS, 2012).

Essa equipe multidisciplinar consiste em um grupo de trabalho altamente efetivo, coeso, constituído por profissionais de diversas áreas que atuam juntos em busca de uma tarefa comum, o bem-estar do paciente. (BIFULCO; FERNANDES JÚNIOR, 2010). São profissionais que controlam os sintomas do corpo (médico, enfermeira, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional), da mente (psicólogo, psicoterapeuta, psicanalista, psiquiatra), do espírito (padre, pastor, rabino, guru, sacerdotes das diferentes crenças religiosas professadas pelos pacientes), do social (assistente social, voluntário) (SANTOS *et al.*, 2017).

Além de realizar as estratégias assistenciais da forma mais humana possível, deve se empenhar em executar medidas com o objetivo de aliviar o sofrimento tanto físico, emocional, quanto aspectos sociais e espirituais (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

A humanização das práticas em todas as dimensões é fundamental para o cuidado ao paciente e à família, compreendendo o sujeito em toda a sua integralidade (COSTA *et al.*, 2020). E assistir o paciente integralmente requer complementação de saberes, partilha de responsabilidades, onde demandas diferenciadas se resolvem em conjunto (HERMES; LAMARCA, 2013). Além do cuidado cultural, em que se deve respeitar a cultura do paciente, considerando os objetivos, valores e preferências do mesmo em relação à terminalidade (KLARARE *et al.*, 2013).

Dessa forma, a compreensão multidimensional do adoecimento proporciona à equipe uma atuação ampla e diversificada que se dá através da observação, análise, orientação, tendo como foco a identificação dos aspectos relevantes para a evolução de cada caso. Para isso, cada membro da equipe exerce um papel nesse processo (CRUZ *et al.*, 2021).

A avaliação do tratamento é importante para a assistência ao paciente, pois eventuais complicações podem ser resolvidas por meio do diálogo entre os profissionais envolvidos (PULGA *et al.*, 2019). Portanto, as discussões entre os membros da equipe de saúde, relacionadas aos objetivos do tratamento, devem ser avaliadas cuidadosamente em cooperação com os pacientes e seus familiares (COELHO; YANKASKAS, 2017).

Entre os profissionais está o assistente social, que coleta as informações do paciente e as distribui para o paciente, família e equipe (MATSUMOTO, 2012; PACHECO; GOLDIM, 2019). O psicólogo, por outro lado, dá apoio emocional à família e trabalha nos

distúrbios psicológicos. Para o enfermeiro são cuidados inerentes à sua prática cotidiana, e lidar com o processo de morte e morrer constitui uma necessidade natural diante da vida na atuação profissional (PRADO *et al.*, 2019; PACHECO; GOLDIM, 2019).

A morte e o adoecimento é, portanto, fenômeno complexo que causa impactos, no cotidiano de trabalho dos profissionais da saúde, mais rigorosamente, os da equipe de enfermagem, tendo em vista o tempo e a proximidade desses profissionais com os pacientes sob cuidados de saúde em CPs (PRADO *et al.*, 2019). Sendo que o suporte e conforto é dever dos profissionais de enfermagem, atuando nos cuidados básicos e fisiopatológicos do paciente (HERMES; LAMARCA, 2013).

O médico contribui fornecendo esclarecimentos sobre diagnósticos e prognósticos, orientando a equipe, mantendo uma comunicação com os demais profissionais, para que o paciente tenha dignidade nos últimos dias de sua vida (PACHECO; GOLDIM, 2019).

Ao fonoaudiólogo cabe avaliar a qualidade do processo de deglutição de alimentos, líquidos, secreções orais, saliva e medicações desde o seu controle oral até o nível faríngeo, tendo sua atuação limitada nos casos de alterações esofágicas (MACDONALD; ARMSTRONG, 2004).

O nutricionista é responsável por proporcionar ao paciente o retardamento da síndrome anorexia-caquexia, dando novo significado ao alimento. Já o fisioterapeuta fornece suporte para que os pacientes, de forma ativa, de acordo com suas capacidades, possam sempre, objetivando, atingir o conforto do mesmo (SEVALHO, 2017).

O terapeuta ocupacional possibilita a construção de brechas de vida, potência, criação e singularidade, em um cotidiano por vezes empobrecido e limitado pela doença. Já para o dentista, faz se importante o controle das infecções buco-dentais através de prevenção ou tratamento curativo (MATSUMOTO, 2012; CASTILHO; SILVA; PINTO, 2020)

E por último, o capelão oferece o atendimento espiritual permitindo ao beneficiado expressar seus sentimentos e emoções conversando abertamente sobre a morte e morrer e ajudando-o a participar de todas as decisões referentes ao seu tratamento e aos seus desejos finais (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2020).

A equipe multidisciplinar deve proporcionar um cuidado a cada idoso individualizado, a fim de considerar sempre a singularidade e a necessidade de cada paciente que se encontra em situação de dependência (CRUZ *et al.*, 2021). A comunicação se torna, nesse contexto de cuidado, uma estratégia fundamental em saúde, porque possibilita identificar e acolher, empaticamente, as necessidades do indivíduo

(ALCANTARA *et al.*, 2018).

Os profissionais priorizam o conforto do paciente durante as rotinas de trabalho realizando pequenas intervenções conforme necessário para promover o conforto do paciente (ZADEH *et al.*, 2018). Tendo como objetivo central a promoção da qualidade de vida do paciente (HERMES; LAMARCA, 2013).

A partir da Análise Situacional a ANCP propõe recomendações para a estruturação de programas de CPs no Brasil, com uma proposta, embasada nas diretrizes da OMS, engloba três níveis: Abordagem de CPs, CP Geral e Equipes de CPs Especializados (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018).

Sendo eles o 1º nível em que existe uma integração de métodos e procedimentos de CPs em ambientes não especializados; já o 2º nível é compreendido por profissionais que não têm o CP como foco principal de seu trabalho, mas que utilizam conhecimentos, habilidades e competências na sua prática profissional (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018). E no 3º nível temos equipes com a atividade de assistência, educação e o desenvolvimento de CP (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018; ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018; SANTOS; FERREIRA; GUIRRO, 2020).

Essas equipes de 3º nível são subdivididas em 3 subcategorias: a equipe de CP especializados de grau I, uma equipe presta assistência em pelo menos um dos quatro regimes de atendimento (ambulatorial, internação hospitalar, atendimento domiciliar e internação em unidade especializada em CP/*hospice*) (SANTOS; FERREIRA; GUIRRO, 2020; CASTILHO; SILVA; PINTO, 2020). Com equipe mínima: médico e enfermeiro (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2020).

As equipes especializadas em CP de grau II são equipes multidisciplinares e especializadas em CP, prestando atenção integral ao paciente e sua família (CASTILHO; SILVA; PINTO 2020; SANTOS; FERREIRA; GUIRRO, 2020).

A Equipe de CP especializados de grau III são referência, multidisciplinares e capacitadas para atender integralmente o paciente e seus familiares; atendem e orientam situações complexas em CPs; estão integradas a RAS, com a necessária integração à atenção primária e domiciliar (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2020).

A equipe multiprofissional que assiste os pacientes em CPs no hospital compreende o cuidado de diversas formas, pois sua casa é construída e reconstruída ao longo de sua trajetória profissional (CARDOSO *et al.*, 2013). Para obter melhores resultados na regulação de sintomas físicos como dor, bem como sofrimento psíquico, é fundamental que

as equipes sejam especializadas ou treinadas, e essa capacitação deve ser priorizada pelos profissionais de saúde (HIGGINSON; EVANS, 2010).

Para atingir esse objetivo, é fundamental que o profissional adote uma postura reflexiva em relação às práticas assistenciais, para que os hospitais vejam a dignidade e a integralidade do ser humano (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009; SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).

Na unidade de internação, os profissionais prestam os cuidados incentivando o familiar a atuar no cuidado e preparando o mesmo para proceder o auxílio ao paciente fora do hospital (MONTEIRO *et al.*, 2020). Afinal os familiares desempenham um papel importante na recuperação da saúde, bem como na convivência com a doença e suas consequências, em especial, em CP (MARCHI *et al.*, 2016).

## **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que tem como característica a busca pela compreensão de um fenômeno em seu ambiente natural, no qual estes ocorrem e do qual fazem parte (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015).

O objetivo da pesquisa qualitativa não é a quantificação, mas o desenvolvimento de estudos que busquem respostas que permitam às pessoas compreender, descrever e interpretar os dados (PROETTI, 2018). Em busca de uma compreensão comum das conexões entre elementos invisíveis, buscando conhecer a vida dos sujeitos e as representações de suas experiências, e buscando compreender como o objeto de estudo ocorre ou se manifesta (TURATO, 2005).

Essa abordagem enfoca os significados das ações e relações humanas, resultando em uma compreensão mais profunda dos fenômenos, processos e relações (MINAYO, 2017). Como resultado da ação humana, ele trabalha com a vida, a experiência, o cotidiano e a compreensão de estruturas e instituições (MINAYO, 2016).

A pesquisa qualitativa ocupa um lugar reconhecido entre as inúmeras possibilidades de estudo dos fenômenos que incluem o ser humano e suas relações sociais, que se estabeleceram em diversos cenários (GODOY, 1995)

A análise de conteúdo utilizada se fundamenta na hermenêutica. As abordagens hermenêuticas geralmente são uma fonte importante para o desenvolvimento da metodologia de pesquisa qualitativa. Estas análises pretendem formular regras de interpretação, e com isso, a análise ganha objetividade (GADAMER, 2006). Nesses casos, o objetivo é dar interpretações de textos sempre no sentido de entender as reais intenções dos autores do texto (SIDI; CONTE, 2017).

Isso nos remete ao fato de que a compreensão do texto não é um processo automático de contagem de elementos de texto. Por outro lado, a Análise de Conteúdo qualitativa inclui etapas sistemáticas. Dessa forma, a etapa central de atribuir em categorias e partes do material de texto não é uma técnica automática, mas um ato reflexivo de interpretar conteúdos no texto em estudo (MAYRING, 2014).

### **4.2 Cenário do Estudo**

O cenário da pesquisa irá abranger uma unidade de CPs de uma instituição hospitalar na cidade de Belo Horizonte/Minas Gerais. A instituição é 100% SUS, filantrópica, porta aberta 24 horas/dia. Além de ser referência para a Região Norte da cidade e para os municípios da região metropolitana de Belo Horizonte.

A área física é composta por um prédio e edificações anexas dentro de um mesmo complexo. O hospital possui mais de 380 leitos, seis salas cirúrgicas e Ambulatório de egressos e de RNI.

O modelo assistencial é baseado em 4 Linhas de Cuidado definidas conforme as demandas de saúde da população atendida: Cuidado Clínico, Cuidado Cirúrgico, Cuidado Materno-Infantil e Cuidado Intensivo. Sendo a unidade de CP parte da Linha de Cuidado Clínico.

A necessidade de uma equipe que atendesse às demandas de pacientes em finitude surgiu conforme o perfil dos pacientes atendidos no hospital mudava. Nesse cenário de envelhecimento populacional e aumento de doenças crônicas não transmissíveis foi fundada a Equipe de CPs em abril de 2009.

Desde então, a modalidade assistencial de CP da instituição consolidou-se como uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional. A forma de atendimento se estruturava apenas por interconsulta e o paciente era acompanhado pela equipe no setor em que estivesse internado.

Com o crescimento de demandas para a equipe e maior consolidação do trabalho, em 2015 foi inaugurada a Unidade de CPs (UCP) com 6 leitos próprios localizados na unidade de AVC.

No segundo semestre de 2017, foi inaugurada uma ala própria e específica para a internação dos pacientes com perfil para CP. Concomitante a isso ampliou-se de maneira gradual o quantitativo de leitos, passando de 6 para 8 em julho e em agosto para 16 leitos. Atualmente, a UCP está localizada no 6º andar, ala A e conta com 08 leitos destinados à internação de Idosos Frágeis e 16 leitos para o CP, totalizando 24 leitos. A equipe também continua atendendo às interconsultas solicitadas pelos profissionais dos diversos setores do hospital.

Desde o início da atuação da equipe de CP, essa modalidade de atendimentos se organizou por meio da solicitação de interconsultas direcionadas à equipe. As ICs são solicitadas pelos profissionais das diversas linhas de cuidado presentes na instituição através do sistema eletrônico. Tais pedidos são atendidos em tempo hábil, avaliados e

discutidos entre os interconsultores para auxiliar na definição de conduta juntamente com os profissionais assistentes.

A avaliação dos pacientes na interconsulta possibilita à equipe fazer sugestões de medidas para o controle de sintomas; auxiliar na elaboração de um planejamento terapêutico proporcional ao paciente; realizar ajuste de comunicação com paciente e/ou família; bem como elencar as prioridades dos usuários com indicação para serem transferidos à UCP.

A equipe ainda faz busca ativa na sala de emergências clínicas e participa das reuniões clínicas do pronto-atendimento e das enfermarias da clínica médica e clínica cirúrgica (quatro reuniões semanais) para identificar pacientes com perfil para acompanhamento pelo CP.

A ordem de prioridade para ocupação dos leitos vagos da unidade é definida diariamente pela equipe interconsultora e comunicada à gestão de leitos do hospital, provenientes das demandas surgidas nos acompanhamentos das interconsultas. As prioridades normalmente buscam seguir a seguinte ordem:

- Pacientes com impressão de morte iminente;
- Pacientes do setor de urgência e emergência com perfil para cuidado paliativo predominante/exclusivo – no momento da definição de proporcionalidade terapêutica;
- Pacientes provenientes do CTI;
- Pacientes com demanda para controle de sintomas;
- Pacientes com perfil de CP crônico que estejam sendo acompanhados nas alas de enfermaria da CLM.

Integram a equipe da instituição mais de 2.400 trabalhadores nas áreas administrativa, de apoio e assistenciais. Na assistência, o paciente conta com equipes multiprofissionais para um cuidado integral.

### **4.3 Participantes do estudo**

Os participantes são 18 profissionais da equipe multiprofissional de saúde da unidade, seguindo os seguintes critérios de inclusão: estar lotado no setor e prestar cuidados a idosos em CPs na unidade. Os critérios de exclusão foram os profissionais em gozo de férias ou afastados de suas atividades por motivo de doença ou licença no momento da coleta de dados.

As entrevistas foram encerradas obedecendo ao critério de saturação, que não é sustentada por critérios numéricos e de que nela não há, em primeiro momento, limitação no número de entrevistados para o estudo (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Considerou-se ideal para uma amostra capaz de refletir todas as suas várias dimensões (MINAYO, 2010).

Por meio dos dados obtidos nos formulários de identificação, traçou-se as características dos 18 profissionais participantes da pesquisa. Assim, os participantes do estudo foram 18 profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional da unidade e que participaram das duas fases de coleta de dados (observação participante e entrevista). A idade dos participantes variou entre 26 e 50 anos.

Os participantes do estudo são descritos segundo as variáveis: sexo, idade, estado civil, categoria profissional e escolaridade que estão representados na TAB. 1 – Descrição dos participantes da pesquisa.

Tabela 1 – Descrição dos participantes da pesquisa

VARIAVEIS	AMOSTRA
<b>SEXO</b>	
FEMININO	15
MASCULINO	03
<b>IDADE</b>	
20 A 29	03
30 A 39	10
40 A 49	03
50 A 59	02
<b>ESTADO CIVIL</b>	
SOLTEIRO	07
CASADO/UNIÃO ESTÁVEL	07
SEPARADO/DIVORCIADO	04
<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>	
ASSISTENTE SOCIAL	01
ENFERMEIRO	07
FONOAUDIÓLOGO	01
MÉDICO	05
NUTRICIONISTA	01
TERAPEUTA OCUPACIONAL	01
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	02
<b>ESCOLARIDADE</b>	
CURSO TÉCNICO	03
CURSO SUPERIOR	13
ESPECIALIZAÇÃO	14
MESTRADO	02

Fonte: dados da pesquisadora

#### 4.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado face a face ou por meio eletrônico, conforme disponibilidade dos participantes. O roteiro de entrevista semiestruturado direciona a entrevista com questões chave para a abordagem do tema de pesquisa, proporcionando estrutura e facilitando a comunicação, com o objetivo de obter uma melhor compreensão dos fatos e relações a partir das percepções dos sujeitos (MINAYO, 2013).

No que se refere à observação, trata-se de parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa (MINAYO, 2013). A observação permite o contato pessoal e próximo do investigador com o fenômeno em estudo, tendo, como objetivo, registrar informações que devem ser controladas e sistematizadas (MARCONI; LAKATOS, 2009).

O primeiro contato com a unidade para o desenvolvimento da pesquisa foi com a enfermeira da interconsulta que, após tomar conhecimento do conteúdo do estudo, disponibilizou informações sobre a unidade e logística dos plantões diurnos e noturnos, para planejamento do cronograma das entrevistas. A partir disso contamos também com a receptividade do coordenador médico, que autorizou a execução da pesquisa na unidade.

A unidade contava, à época da coleta de dados, com 16 leitos distribuídos em 07 enfermarias, além de 08 leitos para internação de pacientes com perfil para Idoso Frágil. Compõem a estrutura do serviço salas de Secretaria; do Serviço Social e Psicologia; da supervisão de enfermagem; de prescrição médica; de prescrição de enfermagem; Sala do Cuidado Paliativo, também destinada à realização de conferências familiares e atendimento ambulatorial; sala de descanso da equipe de enfermagem; sala de materiais e equipamentos, copa, lavabo para higienização das mãos em cada enfermaria, com dispenser de álcool gel; bancadas de suporte e lavatórios, arsenal, depósito de materiais de limpeza (DML) e expurgo, além de uma sala para acolhimento familiar.

A equipe multiprofissional é responsável pelo acompanhamento diário (avaliação, discussão dos casos com os residentes, evolução e prescrição) dos pacientes internados na unidade. A atuação na modalidade de interconsulta possibilita à equipe avaliação de pacientes internados nos diferentes setores do hospital; discussão de casos com as equipes assistentes de pacientes que ainda não foram ou, por algum motivo, não serão transferidos à UCP; e sugestão de condutas assistenciais no manejo desses casos. Os membros da equipe também são responsáveis pela realização de reuniões com pacientes e familiares, tanto daqueles internados quanto dos de interconsultas.

Além disso, os profissionais da equipe participam das seguintes reuniões semanais: Reunião multidisciplinar uma vez por semana; reunião clínica com coordenadores do serviço uma vez por semana - sobre pendências/previsões de alta; reuniões e corridas de leitos para selecionar pacientes com perfil para unidade; atividade teórica uma vez por semana (aulas, seminários, exposição de mídias; discussão de casos clínicos). Durante o período de observação na unidade foi possível acompanhar e participar de diversas atividades da equipe.

A observação de campo permitiu compreender gradativamente a organização do trabalho, a rotina dos profissionais e as práticas de trabalho desenvolvidas pela equipe na unidade. Associado à observação, foram realizadas as entrevistas com as equipes, que foram realizadas individualmente, respeitando-se a privacidade dos profissionais.

Na observação foi utilizado um roteiro previamente estabelecido, e os dados obtidos foram registrados em diário de campo, recebendo a denominação de Notas de Observação (NO), no qual foram pontuados resultados de conversas informais e impressões pessoais. A observação ocorreu na instituição no período de 15 dias, totalizando 50 horas de observação, durante o período de 01 de setembro a 15 de setembro de 2021.

A apresentação e a discussão dos resultados desta pesquisa estão organizadas da seguinte forma: Perfil dos participantes da pesquisa e as discussões das categorias advindas da análise de conteúdo.

#### **4.5 Análise dos Dados**

Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo Temática de Laurence Bardin (BARDIN, 2011), para interpretar o significado das entrevistas individuais dos participantes, observações e o conteúdo dos documentos utilizados. Para a realização da análise dos dados foram utilizadas as entrevistas transcritas na íntegra, bem como as NO registradas no diário de campo.

A Análise de Conteúdo, segundo Bardin (2011), é um conjunto de técnicas para analisar as comunicações estabelecidas entre o pesquisador e os participantes, com o objetivo de obter a essência dos relatos por meio de procedimentos organizados com o objetivo de descrever o conteúdo das mensagens.

Em termos gerais, a análise de conteúdo conecta estruturas semânticas (significado) com estruturas sociológicas (significado) do enunciado e articula a superfície descrita e analisada dos textos com os fatores que determinam suas características, quais sejam:

variáveis psicológicas, contexto cultural, contexto, e processo de produção de mensagens (MINAYO, 2013).

Esta análise permite compreender os pensamentos do entrevistado sem interferência, permitindo obter ideias coerentes e rigorosas (BARDIN, 2011). O pesquisador se dedica à análise de conteúdo e apreender significados de natureza psicológica, sociológica, política, histórica, dentre outros (BARDIN, 1977). Portanto, a Análise de Conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça (BARDIN, 2011).

Assim, para a realização dessa análise, procedeu-se à organização em três etapas: *pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados; inferência e interpretação* (BARDIN, 2011).

A *pré-análise* é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais (BARDIN, 2011).

No que se refere ao *corpus* documental da pesquisa, foi concebido pelas transcrições das entrevistas com os profissionais e as NO. Em seguida, esses documentos foram inseridos no *software* ATLAS.ti 9.0, compondo uma unidade com 10 documentos em Word.

Vale ressaltar que o software auxilia no gerenciamento da informação e na codificação de textos, sendo, portanto, utilizado como ferramenta operacional de organização e análise de dados, beneficiando a indexação, a busca e a teoria (BRITO *et al.*, 2017).

A organização acontece através de quatro etapas: leitura flutuante que estabelece o contato com os documentos da coleta de dados e conhecimento dos dados; com escolha dos documentos com a demarcação do que será analisado; formulação das hipóteses e dos objetivos; elaboração de indicadores que envolve a determinação de indicadores (BARDIN, 2011).

A etapa *de exploração do material* consistiu no desmembramento do texto em códigos - *codes* – que foram agrupados, formando categorias. A codificação é realizada por meio de recorte, agregação e enumeração dos dados do texto e permite a representação do conteúdo ou de sua expressão (BARDIN, 2011).

A correspondência entre o conteúdo dos documentos e as unidades identificadas (unidade de registro) foi realizada durante o processo de codificação. Em seguida, as unidades de registro foram identificadas por uma seção da mensagem que fazia sentido para ele, ou pela combinação de unidades de contexto, resultando na representação do

conteúdo e sua expressão.

No programa ATLAS.ti 9.0®, as unidades de registro são chamadas de *codes* e as unidades de contexto são os *quotations*. Os códigos, então, foram criados e reelaborados inúmeras vezes até atingirem o objetivo da pesquisa. No ATLAS.ti, a categorização foi feita por meio da organização de *codes* com base em características semelhantes ou relevantes, resultando no que se denomina *family*, que auxiliou na formação das categorias. A fase de categorização, que define os resultados, foi realizada na presença de dois critérios primários: repetição e relevância, com o objetivo de produzir uma representação dos dados que serão interpretados posteriormente. (TURATO, 2005).

A terceira fase refere-se ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação, onde ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2011).

A inferência foi a etapa em que os dados foram deduzidos pelo raciocínio, que atribuiu significado aos dados com base em estudos anteriores. Em seguida, os dados foram interpretados em busca do que está oculto além do que é mostrado nos dados. Um ponto importante a ser lembrado nessa etapa de análise dos dados é evitar julgar os resultados, pois eles são uma expressão do sujeito e não podem ser definidos como corretos ou incorretos pelo pesquisador.

A partir da análise dos dados, foram identificadas as seguintes categorias de análise: **I** “Percepção da equipe multidisciplinar acerca dos CPs no ambiente hospitalar”; **II** “Atuação e estratégias dos profissionais no preparo da família e/ou cuidador para a alta hospitalar do paciente Idoso”; **III** “Potencialidades e fragilidades da Rede de atenção à saúde no processo de transição de CPs”.

Os participantes foram identificados utilizando a letra inicial maiúscula E, de entrevistado e o número correspondente à ordem da entrevista. As conversas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para análise e interpretação dos discursos constituídos a partir das falas dos autores, de forma a garantir a totalidade e fidedignidade das informações com auxílio de um aluno bolsista sob orientação e supervisão do pesquisador.

O material coletado será organizado, para fins de análise, como texto. A transcrição das entrevistas será convertida em textos e as notas de campo em formato de textos de observação que possibilita a análise a partir das práticas de CPs.

#### 4.6 Aspectos Éticos

A respeito dos aspectos éticos da pesquisa, o estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG e das instituições participantes da pesquisa, conforme recomendação da Resolução n. 466/12 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde sob parecer nº 4.864.961 e CAAE nº 37611120.4.0000.5149.

Com o parecer substanciado do COEP em mãos, os gestores ou responsáveis pela instituição hospitalar foram consultados quanto à participação da instituição na pesquisa. Tal aceite está documentado por meio de assinatura de Carta de Anuência, cujo modelo encontra-se em anexo.

Foram garantidos os princípios éticos para proteção dos participantes como o direito à privacidade, o sigilo da identidade de todos os participantes, com a garantia do anonimato dos entrevistados.

Os participantes do estudo assinaram o TCLE, de forma voluntária, após esclarecimento da proposta do estudo em todas as etapas, para o sigilo absoluto das informações, assim como a privacidade e anonimato dos participantes. Somente foram incluídos na pesquisa, os participantes que concordaram em participar, após leitura e assinatura do TCLE, disponibilizado em duas vias.

A participação não trouxe riscos físicos porque não foi um estudo que colocou em prática qualquer nova intervenção ou procedimento. O caráter de convívio da coleta de dados envolve possibilidade de desconforto, que foram minimizados pela relação do pesquisador com os participantes, além da liberdade para retirar o consentimento de participação a qualquer momento e sem prejuízos.

É crucial notar que o estudo não trouxe benefícios diretos aos participantes, mas tem potencial de trazer benefícios à RAS no sentido de organizar os CPs nos diversos níveis de atenção, promovendo a integração do cuidado.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Percepção da equipe multidisciplinar acerca dos CPs no ambiente hospitalar

Nesta categoria foi possível identificar como a equipe percebe os cuidados ofertados na unidade hospitalar relacionado ao processo de transição dos mesmos. Para que os CPs sejam uma estratégia consistente e complementar ao tratamento, é primordial a atuação de uma equipe multidisciplinar capacitada.

A maioria dos participantes revelou que a temática dos CPs não fez parte da sua formação profissional. Explicitaram, inclusive, que o CP foi introduzido no decorrer de sua prática profissional por meio de vivências na prestação de assistência em saúde na instituição.

Dessa forma, é fundamental entender como à equipe de saúde se entrega esse cuidado que não cura, mas que busca o alívio do sofrimento promovendo assim qualidade de vida para o paciente e à família. Os CPs preocupam-se com a qualidade de vida dos pacientes que sofrem de uma doença crônica para a qual não há terapêuticas para a cura da doença (BORGES *et al.*, 2020).

Os entrevistados refletem que este cuidado deve ser oferecido desde o momento do diagnóstico até o período de luto.

[...] a gente encontra pacientes em fim de vida. Acho que, às vezes, as pessoas têm essa ideia de que cuidado paliativo “é aquele paciente que já está morrendo”, e não é isso. E então, às vezes, num diagnóstico de uma doença incurável, esse paciente já pode estar iniciando essa abordagem de cuidado paliativo com uma equipe que vai dar um suporte também ao longo da trajetória, ao longo do avançar da doença. E11

Dessa forma, conceber a experiência dos CPs, pela equipe de saúde, é considerar as condições que permitem um determinado posicionamento diante do adoecimento do sujeito, em detrimento de tantos outros existentes, considerando, para tanto, o contexto histórico, social e cultural que constrói os profissionais de saúde como sujeito dessas condições (DANTAS *et al.*, 2019).

Em meio à fase de observação, durante atendimentos da equipe de interconsulta, sala de emergência do pronto socorro, foi possível acompanhar a organização das tais, junto à equipe emergencista. Em uma pequena sala, bem apertada e de forma ágil, discutem os casos para atendimento da IC de CPs. Fica evidente que a equipe era esperada e foi bem recebida, com certa “urgência”, a demanda por atendimento daquele setor. Brevemente

apontaram as prioridades no *escore* das interconsultas, qual a percepção diante da fragilidade dos pacientes e a importância de estabelecer essa comunicação otimizando a rotatividade dos leitos no pronto socorro (NO).

Quando questionados sobre qual é o conceito de CPs, os participantes os definiram como conforto, alívio da dor e promoção da qualidade de vida para pessoas com doenças sem prognóstico de cura.

O foco dessa abordagem é avaliar e identificar precocemente todos os tipos de desconforto e sofrimento e todas as suas esferas para gente tentar oferecer maior qualidade de vida e conforto para esse paciente e suas famílias. E2

[...] é uma abordagem que a gente visa o trabalho multidisciplinar, visa... o trabalho com o paciente... não é relacionado sempre com a questão da morte, mas são aqueles pacientes com doenças incuráveis relacionadas à questão do conforto não só físico, mas espiritual [...]. E11

No trecho da entrevista 2 identificamos a definição dos CPs e o destaque dado pelo profissional na identificação precoce dos sintomas em descontrole, o que possibilita atuar também precocemente para a promoção do conforto e qualidade de vida dos pacientes.

Cabe considerar que o foco precoce em cuidados voltados para melhorar a qualidade de vida pode aumentar a satisfação do paciente, reduzir a depressão e ansiedade, além de possibilitar cuidados mais compatíveis com as preferências dos pacientes (HIGGINSON; EVANS, 2010).

Os CPs, em sua definição atual, reiteram a inclusão desses como algo necessário na assistência integral à saúde, sendo, atualmente, um conceito ampliado, que é compreendido como uma abordagem que tem como objetivo a prevenção e o alívio do sofrimento e a promoção de dignidade (TRITANY; FRANCO; MENDONÇA, 2021).

É crucial que os profissionais mantenham uma postura proativa e reconheçam que, para proporcionar conforto, é necessário identificar o sofrimento físico ou existencial da pessoa por meio de avaliações e diálogos e, dessa forma, identificar quais as intervenções necessárias e individualizadas para a construção do plano de cuidados.

É recorrente nas entrevistas a expressão “controle de sintomas” ao se referirem à definição de CPs. Como pode ser visto nos relatos de E3 e E4, a noção de CPs, como um cuidado voltado para a promoção da dignidade humana, é destacada pelos participantes do estudo. Reafirmando a definição dos CPs, comprovando que sabem do que se trata essa modalidade de cuidado.

Acho que é um cuidado que deveria ser ofertado para todos os pacientes em diferentes níveis de proporcionalidade de atenção, mas entendo que “cuidado paliativo” significa focarmos muito em pacientes em fim de vida, mas não apenas

isso. Acho também que qualquer controle de sintomas, qualquer conforto, qualquer dignidade em qualquer fase de tratamento, independente da doença, é uma forma de ofertar cuidados paliativos. E3

Aí chega o paciente com dor, chega o paciente com lesão mal cuidada, porque eles não entenderam que aquele paciente não precisa da cura, mas ele precisa do cuidado, do controle do sintoma, da dor, do cui... da dignidade, manter a dignidade dele até o fim, esse é o nosso papel. E4

Nestes trechos, evidencia-se que, para os profissionais, o termo "dignidade" é repleto de significados e tem estreita relação com CPs. Os profissionais trazem a reflexão de que cuidar de uma forma adequada que atenda às necessidades do paciente é responsabilidade da equipe.

Sendo fundamental em qualquer fase do tratamento, inclusive diante da terminalidade. Assim, as dúvidas e os questionamentos sobre sofrimento, dor, doença e morte não dizem respeito apenas à prevenção do adoecimento, mas também à importância do papel do profissional de saúde, que deve aliviar o desconforto, aliviar a dor e, por vezes, promover a cura.

Durante o atendimento ambulatorial a partir das queixas da paciente e escuta ativa da cuidadora foi traçado um plano de cuidados com ênfase na qualidade de vida da paciente idosa, parcialmente dependente de cuidados, que vivencia a fragilidade após internação na unidade. São feitas orientações durante todo atendimento, ajuste nos medicamentos da prescrição e solicitação de exames.

Questionada sobre o acesso ao posto de saúde para realização de exames, a filha relata dificuldade em acessar a atenção básica pela falta de profissionais e pela reorganização da pandemia. Por vezes, era perceptível a dificuldade dos profissionais em alinhar o tratamento proposto pelo hospital e o ofertado no domicílio. (NO).

A fragilidade na continuidade dos cuidados em domicílio frequentemente surgia nos atendimentos no ambulatório de egressos. Diante dessa realidade, os profissionais reformulavam plano de cuidados e, por vezes, alguns exames e procedimentos eram realizados na unidade a fim de adiar/evitar uma reinternação. Ainda que não houvesse um espaço físico adequado e pessoal exclusivo para executar os procedimentos definidos da consulta ambulatorial diante da urgência em evitar uma nova internação (NO).

Como resultado disso, é fundamental enfatizar que os CPs devem ser iniciados precocemente em pacientes com doenças potencialmente fatais, não apenas nas últimas semanas ou dias de vida (LEMOS *et al.*, 2017). A partir do diagnóstico de uma doença incurável e progressiva, os CPs devem ser aplicados ao paciente de forma contínua, com

os demais tratamentos indicados individualmente (BURLÁ; PY, 2014).

Cuidados ao Fim da Vida são uma parte importante dos CPs, referindo-se à assistência que um paciente deve receber durante a última etapa de sua vida, a partir do momento que recebe o diagnóstico de uma doença que ameaça a vida (WATSON *et al.*, 2019). Nesta mudança de paradigma, o objetivo é eliminar os sintomas que prejudicam a qualidade de vida, integrando intervenções médicas, de enfermagem, psicológicas, nutricionais, sociais, espirituais e de reabilitação que influenciam o tipo de morte que o paciente irá vivenciar (SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

Além desse aspecto, observamos nas falas dos participantes relação com a falta de conhecimento por parte dos profissionais sobre os cuidados indicados ao paciente em CPs, já que não estamos falando em cura, mas sim, no cuidado que promove qualidade no tempo de vida que o paciente tem, e em controle dos sintomas. A sensibilidade da equipe multiprofissional demonstra a humanização no processo de cuidar e a importância da integralidade do cuidado. A sensibilidade da equipe multiprofissional, destacada pelo entrevistado E5, demonstra a importância do cuidado holístico e da humanização no processo de cuidar.

Assim sendo, eu acho que, além de tudo, o cuidado paliativo traz dignidade à pessoa. E4

Eu vejo que o cuidado paliativo é um cuidado realizado com carinho. Com, sei lá, se colocar no lugar do outro, ter aquela compaixão do paciente né?! E5

Conforme apontado nos trechos, o CP repercute na qualidade de vida dos pacientes e na dignidade, mesmo diante do adoecimento e da terminalidade. Isso exige que o profissional que assume esse cuidado tenha a habilidade de cuidar e fazer um trabalho de qualidade. Porém, em alguns casos, isso se torna difícil, e é com essa possibilidade que se deve construir, constantemente, diante da finitude de um paciente para se posicionar como profissional de saúde sem se perder como sujeito.

No entanto, o trabalho da equipe de CPs com pacientes terminais pode torná-los mais vulneráveis ao desenvolvimento de fadiga por compaixão, com alterações físicas, fadiga crônica, além de situações de esgotamento, irritabilidade, medo de ir trabalhar e tristeza, o que pode comprometer a qualidade da assistência prestada. (RODRIGUES *et al.*, 2021).

Durante a observação na unidade e nas entrevistas não foram vivenciadas situações e experiências que apontassem para desgaste profissional ou relação com sofrimento pelo

perfil de pacientes. Os profissionais demonstravam que compreendiam o trabalho desempenhado e a importância de ele ser executado com qualidade (NO).

Nos atendimentos da interconsulta, reuniões da equipe e atendimento no ambulatório, foi possível observar que a equipe demonstrava boa relação e entrosamento durante as atividades da unidade e entre os demais setores visitados, inclusive no CTI- local em que os CPs ainda precisa avançar na instituição, conforme relato dos profissionais (NO).

Frente à necessidade de cuidar, este cuidado deve atender aos diferentes aspectos que compõem sua complexidade, ou seja, físico, espiritual, psíquico e social (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Deve envolver toda a equipe com o objetivo de identificar precocemente o sofrimento humano para aliviar ou tratar os sintomas em descontrolado.

O cuidado paliativo é uma área de atuação, é... Responsável por cuidar de pacientes em sofrimento, né? Que têm doenças graves, principalmente aqueles que têm doenças que ameaçam a vida, é... em todas as fases da doença, né? E16

[...] é um cuidado com aquele paciente que tá com uma doença, que o prognóstico ele não é como a gente gostaria... esperava... de cura, mas que ele demanda assim de um acompanhamento de perto, de um cuidado de perto, de uma atenção diferenciada, para... aliviar esse momento pesado da vida dele... Então para mim, é essa definição maior, assim. E13

Em seu discurso, E6 fala sobre a possibilidade do alívio do sofrimento de um paciente diante do adoecimento, e aponta para a importância do profissional atuar de forma próxima e acolhedora, já que este pode ser um momento delicado para o paciente. A área de atuação em CP pode melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam uma doença ameaçadora da vida, através da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

O controle dos sintomas de forma impecável requer conhecimento baseado nas melhores evidências científicas, o que exige aprimoramento e capacitação por parte dos profissionais no cuidado paliativo.

Em observação na unidade ficou evidente o uso de estratégias e ferramentas para proporcionar uma assistência qualificada. Dentre elas estão os grupos de discussão, treinamentos na unidade visavam a atualização dos profissionais, bem como a discussão das melhores evidências para o cuidado ao longo da execução do trabalho. Os residentes participaram ativamente dessas discussões, inclusive apontando temas relevantes e conduzindo algumas discussões. Inclusive é ofertado, anualmente, um curso sobre CP na

instituição, aberto aos profissionais que se interessem pelo tema, ministrado pelos profissionais da unidade (NO).

Os espaços de discussão e ensino são necessários para avançar e qualificar os CPs nos hospitais e demais serviços de saúde. Em CP é fundamental que a equipe se instrumentalize para identificar, de forma precoce, sinais e sintomas e coloque, no plano de cuidado, intervenções voltadas para a manutenção do controle dos sintomas existentes e a identificação e controle de sintomas novos (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

Cuidar, de fato, é um dos princípios fundamentais dos CPs, servindo de alicerce da estrutura de conhecimento de quem atua nesse campo (OLARIO *et al.*, 2018).

[...] então ele é um cuidado que visa mais um conforto do paciente do que... é... um tratamento intervenção invasão, ele é mais para conforto, melhora da qualidade de vida, no restante de vida do paciente. E12

O cuidado paliativo, o que eu acho interessante dele, é principalmente ser um cuidado muito individualizado. E14

Ele é um cuidado assim, que dá conforto ao paciente, para melhorar a perspectiva de vida dele, o restante da vida que ele tem. E12

Em seu discurso, E14 fala sobre a individualidade que o CP deve oferecer ao paciente, já que é importante valorizar os desejos e crenças do paciente. O cuidado deve ser diferenciado e individualizado, levando em consideração a singularidade e a demanda de cada pessoa que possui uma condição de dependência (COSTA *et al.*, 2016).

Os profissionais ainda associam o cuidado ofertado a conforto, alívio dos sintomas e dignidade humana no processo de adoecimento. A equipe que assiste pacientes em terminalidade no hospital tem como objetivo prestar assistência efetiva, qualificar a assistência e valorizar a dignidade humana (MATSUMOTO, 2012).

Dessa forma, a atuação da equipe vai trazer benefícios durante todo o curso da doença, garantindo, segundo os profissionais, uma melhor perspectiva e qualidade de vida pelo tempo que for. A qualidade de vida é mencionada diversas vezes nas entrevistas.

Com o objetivo da gente melhorar a qualidade de vida e minimizar o sofrimento do paciente e dos familiares, né, envolvidos nesse processo, idealmente com o acompanhamento até o luto [...]. E16

Ele é um cuidado assim, que dá conforto para o paciente, para melhorar a perspectiva de vida dele, o restante da vida que ele tem. E12

Então eu acho que além de tudo, o cuidado paliativo traz dignidade à pessoa. E4

E16 aponta para a importância de melhorar a qualidade de vida do paciente e dos familiares. Isto é semelhante ao que encontramos na literatura, já que o plano de cuidados e o planejamento terapêutico tem como objetivo sempre a melhora da qualidade de vida do enfermo e de seus familiares (VIANNA; SILVA, 2016).

Em seus discursos, E12 e E4 refletem sobre a necessidade de oferecer conforto e dignidade ao paciente pelo tempo de vida que houver. Isso nos dá a ideia de que, para examinar a integralidade do ser e o cuidado espiritual no fim da vida, é preciso considerar a pessoa que está doente, e não a própria doença, com um olhar sobre a saúde, a qualidade de vida, e conforto (ARRIEIRA *et al.*, 2018). Por isso, a oferta de CPs deve considerar não apenas a pessoa, mas todos os envolvidos no cuidado (JUSTINO *et al.*, 2020).

Os pontos escolhidos pelos profissionais estão em consonância com os princípios dos CPs, que incluem: promover o alívio da dor e outros sintomas que causam desconforto; afirmam a vida e consideram a morte como um processo normal da vida; não acelerar nem adiar a morte; integrar aspectos psicológicos e espirituais no cuidado a paciente (MOURA *et al.*, 2017). Além disso, os CPs permitem aos profissionais oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença e o luto.

Os profissionais entrevistados pontuam como promover a dignidade humana é um dos objetivos do cuidado ofertado no ambiente hospitalar. Tal qual um direito dos pacientes. A pessoa tem direito à vida e à dignidade, e estas referem-se aos cuidados necessários que devem ser garantidos pela sociedade, em termos de zelar pela vida dos indivíduos. Estes direitos são consagrados como direitos fundamentais, um bem a defender, condicionando todos os demais direitos da pessoa. A vida é um direito imprescindível, não significando apenas estar vivo, mas também ter garantida a dignidade, de acordo com a condição humana (CARVALHO, 2022).

Além da fragilidade do acesso aos CPs, em alguns trechos das entrevistas fica evidente o desconhecimento e o preconceito como dificultadores da assistência do paliativista no ambiente hospitalar.

Porque, assim, eles não entendem isso né, acha assim: "Ah é paliativo mesmo então não tem que fazer nada". E4

Hum... (pausa) talvez o preconceito com a palavra cuidado paliativo ou paliativo, o desconhecimento. E2

E quando a gente fala em paliativo... muitas vezes as pessoas entendem que está já no fim. E7

Então eu vejo uma fragilidade maior é do entendimento lá da proposta do que que realmente é o cuidado paliativo. E10

[...] a gente encontra pacientes em fim de vida né, acho que às vezes as pessoas têm essa ideia muito de cuidado paliativo é aquele paciente que já está morrendo e não é isso né, então às vezes num diagnóstico de uma doença incurável, esse paciente né, já pode estar iniciando né essa abordagem de cuidado paliativo né com uma equipe que vai dar esse suporte também ao longo da trajetória ao longo do avançar da doença. E11

É necessário desmascarar a noção de que os CPs só devem ser utilizados quando não houver outras opções de tratamento disponíveis e o paciente estiver em estado terminal. No discurso de E4 é possível perceber que existe essa ideia equivocada de que CP está relacionado apenas no fim de vida, quando não há mais o que ser feito.

Isto fica evidente com alguns princípios dos CPs, dentre eles: afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural; não acelerar nem adiar a morte e oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte (RODRIGUES, 2012).

No relato de E10, o profissional aponta como maior fragilidade a compreensão sobre o que de fato é CP e como suas práticas valorizam a vida e promovem qualidade de vida. São cuidados destinados à vida de quem sofre. A mudança do paradigma entre a cura e o cuidado paliativo é um processo que depende dos profissionais atuantes na área assistencial e nas instituições de ensino, bem como do conhecimento profissional para essa interface do cuidado.

Necessita, portanto, ser uma prática alicerçada na capacitação profissional regida por princípios científicos (BALIZA *et al.*, 2015).

No relato de E11 pode se perceber como é importante que o profissional detenha conhecimento adequado sobre CP. Ele pontua sobre a importância do acompanhamento precoce tal qual o paciente tem o diagnóstico. Além de trazer a ideia de que a equipe seguirá ao lado do paciente durante todo o processo.

Portanto, conhecer as concepções e princípios relacionados aos CPs, assim como o processo de finitude, possibilita aos profissionais uma melhor compreensão desse cuidado, e assim lidar melhor com pacientes e familiares que estariam nessa situação (SILVEIRA *et al.*, 2016). Neste sentido, a inserção de formação, desde a graduação pode ampliar a formação de futuros profissionais da saúde, e contribuir também com a uma assistência de qualidade a pacientes que necessitam dos CPs.

Assim como nos dados deste estudo, a literatura demonstra que as equipes que atendem pacientes em serviços de CPs especializados ou qualificados obtêm melhores

resultados no controle de sintomas físicos como dor e sofrimento psicossocial; e a qualificação desses profissionais deve ser prioridade nos serviços de saúde (HIGGINSON; EVANS, 2010). E é exatamente o que o profissional E5 pontua sobre o cuidado oferecido na unidade com o objetivo de dar conforto e uma assistência de qualidade.

Acho que assim todos nós temos familiares, tem alguém que a gente identifica né, às vezes um lembra a mãe, lembra um familiar, acho assim o máximo a gente poder dar esse conforto, esse cuidado mesmo, passar assistência com qualidade, com atenção, nos mínimos detalhes [...]. E5

A fala anterior ressalta a importância de prestar uma assistência com um olhar humanizado e integrá-la por meio da sensibilização e orientação dos profissionais envolvidos nessa difícil e necessária dinâmica assistencial.

Assim, o termo "humanização" tem a implicação de cuidar e valorizar o ser humano, da relação interpessoal que deve ser estabelecida entre paciente, profissional e família, para desenvolver uma relação de cuidado com o próximo paciente (PALMEIRA; SCORSOLINI-COMIN; PERES, 2011). Na abordagem de CPs, a equipe multidisciplinar, o paciente e a família formam uma relação de confiança e, juntos, desenvolvem um plano estratégico de cuidado integrado e contínuo no qual o paciente é participante ativo do tratamento.

Durante a fase de observação do estudo, em especial nas consultas do ambulatório, foi possível vivenciar o quanto esse tipo de acolhimento pode envolver o paciente ativamente. A cada consulta o paciente e seu familiar, ali presente, poderia discorrer sobre o período pós-alta, quais as maiores dificuldades, quais queixas eles traziam, o que poderia ser ajustado no aspecto medicamentoso e de suporte no domicílio. Essa escuta do profissional tinha o objetivo de manutenção do controle de sintomas e adiar o quanto fosse possível uma nova internação (NO).

Em diversos atendimentos, sempre que possível, a equipe evitava uma internação, priorizando o atendimento no ambulatório, mesmo sem uma sala com espaço adequado e suporte de outras categorias profissionais. Em uma das consultas acompanhadas, um paciente com hipotensão foi tratado na unidade. O paciente foi conduzido a um leito vago, e recebeu atendimento do médico do ambulatório e enfermeira da unidade.

O objetivo da internação é fornecer suporte clínico aos pacientes que estão em casa ou em atendimento ambulatorial. Neste atendimento não houve necessidade de internação nesse caso, mas o retorno foi agendado com intervalo mais curto que o previsto e o telefone

da unidade foi disponibilizado para contato se necessário (NO).

É importante enfatizar que os CPs podem e devem ser realizados em conjunto com os cuidados curativos, pois auxiliam na prevenção e tratamento do sofrimento do paciente e de seus familiares.

Por isso, a família também deve ser assistida pela equipe multiprofissional (FLORIANI; SCHRAMM, 2006). Conforme essa visão, estabelecer uma relação atenciosa e competente entre equipe-paciente-família é fundamental nos CPs (VARGAS *et al.*, 2013).

Ter uma unidade especialmente organizada e preparada para receber pacientes em CPs, já demonstra uma ideia diferente daquela que organiza os outros espaços hospitalares. Um ponto relevante da unidade em estudo é a reunião semanal com a equipe multiprofissional da unidade onde eles se reúnem para conversar, discutir as atitudes tomadas em relação ao atendimento ao paciente, e para compreender o paciente como um todo. Cada membro da equipe tem espaço para fazer suas colocações e contribuir para o plano de cuidados e para a desospitalização (NO).

As reuniões de equipe podem ser consideradas uma estratégia de qualificação da assistência prestada, e cumprem o papel de formação permanente (VARGAS *et al.*, 2013). A equipe de saúde de fato necessita ser capacitada para realizar um cuidado qualificado, em que tenha conhecimento das técnicas mais adequadas, com respeito, empatia, prestando informações, tendo uma escuta adequada do paciente e familiar, como forma de individualizar seu cuidado.

Assim, a equipe pode caminhar junto ao paciente e familiares estimulando sua autonomia diante das decisões necessárias ao tratamento. Em alguns momentos na fase de observação foi possível acompanhar questionamentos sobre os desejos do paciente, quando possível, senão de como os familiares definiriam em nome deles, durante a observação pude acompanhar, tanto nas unidades de internações de outras especialidades, quanto nos atendimentos ambulatoriais discussão sobre Diretivas Antecipativas de Vontades (DAV).

Por vezes, essas conversas ocorriam à beira do leito e através de reunião familiar. Os profissionais se preocupam com o local para a conversa, com o tempo necessário para esclarecer dúvidas e indicações clínicas, bem como o momento mais indicado para que acontecessem (NO). Nesses encontros era necessário questionar aos familiares sobre suas dúvidas, sobre sua compreensão, estabelecendo uma boa comunicação e uma relação de confiança com a família e cuidadores.

A enfermeira da interconsulta participava ativamente desses momentos pontuando

a importância de conhecer essa família desde a chegada ao hospital e acompanhar durante a internação quando era possível. Isto poderia contribuir para a confiabilidade do processo, bem como alinhar os desejos dos pacientes às indicações da equipe (NO).

A chegada ou transferência do paciente para a unidade de CP poderia representar uma grande mudança no projeto terapêutico, daí a importância desta mudança ser desejada e compreendida pelo paciente e sua família. Em especial nos casos em que o paciente estava saindo do CTI para uma enfermaria. De certa forma, os profissionais estariam ressignificando o papel da tecnologia e das relações de cuidado.

Ao final da observação e conforme os resultados apresentados, foram observados discursos e práticas que contribuem para a qualidade da assistência prestada na unidade. Além de evidenciar que a compreensão da equipe está alinhada com as informações e recomendações da literatura. Uma reflexão que de fato amplia as discussões da equipe e qualifica a atuação desse grupo de profissionais.

## **5.2 Atuação e estratégias dos profissionais no preparo da família e/ou cuidador para a alta hospitalar do paciente idoso**

Nessa categoria foi possível identificar como a equipe atua no processo da desospitalização do paciente, que é um momento importante para a transição do cuidado para o domicílio. Etapa esta que requer uma organização e envolvimento de toda equipe multidisciplinar.

A alta hospitalar é considerada como uma transição que garante a continuidade dos cuidados no domicílio. O planejamento da alta hospitalar recebeu destaque entre os profissionais entrevistados neste estudo.

Acho que tentar identificar o que vai ser difícil no domicílio e organizar antes, com antecedência que, aí a gente facilita. Desde o início entender... acho que quando desde o início é muito claro para gente o tempo que esse paciente precisa ficar aqui, qualquer diagnóstico final dele facilita para a gente, sabe?! E3

Primeiro a gente tem que ter um conhecimento real do quadro do paciente, não adianta você planejar alta, se você não tem consciência disso, então o preparo técnico é fundamental, é... essas possibilidades têm que ser reais e a gente tem que fazer tudo com muita antecedência então quando eu estou pensando no plano terapêutico ali, eu estou pensando naquilo que precisa ser feito imediatamente pra ver se vai se adaptar para alta, né? E6

O discurso da E3 aponta para a importância de identificar os fatores complicadores para a desospitalização ainda durante a internação, já que isso favorece a organização do

processo podendo reduzir o tempo de internação.

A literatura traz evidências de que a assistência domiciliar favorece a redução dos custos operacionais dos serviços, resultando na redução do tempo médio de permanência em instituições, na redução do número de reinternações e na redução do número de infecções que ocorrem e aumento da adesão ao tratamento (FEUERWERKER; MERHY, 2008; SILVA *et al.*, 2010).

Na fala de E6, é possível identificar a preocupação em conhecer as necessidades do paciente, quais as adaptações necessárias e qual o preparo técnico para a construção do plano de cuidados. Como resultado, a equipe de saúde deve traçar um plano terapêutico com a coordenação dos profissionais diretamente envolvidos, em colaboração com os serviços comunitários (FLESCH; ARAUJO, 2014).

A instituição conta com uma equipe multiprofissional que inclui fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, dentre outros que realizam intervenções individuais e coletivas visando ao auxílio no controle de sintomas que geram sofrimento para o paciente.

Dentre as ações coletivas está a reunião de equipe que conta normalmente com presença da coordenadora médica da unidade, dos Médicos assistentes clínicos/paliativistas, geriatra, da enfermeira da interconsulta, da enfermeira da unidade, dos residentes de enfermagem- R1/R2; dos residentes médicos-paliativistas/geriatria, do fisioterapeuta, do representante do EMAD, da terapeuta ocupacional, da assistente social, da nutricionista e da farmacêutica. Não há na equipe fixa da unidade psicólogo e capelão (NO).

Na reunião, um a um são apresentados os pacientes, pontuadas as principais prioridades durante a internação, as necessidades de ajustes de comunicação com familiares, se há previsão de alta e quais são as pendências assistenciais e/ou sociais da internação. Ocorre uma articulação importante entre os cuidados ofertados no cenário hospitalar e os cuidados que devem ser continuados em domicílio visando promover qualidade de vida ao idoso (NO).

Nas entrevistas fica evidente que os profissionais valorizam o planejamento da alta hospitalar por meio das ações da equipe de saúde que assiste o paciente, visando a continuidade do cuidado em domicílio.

Ah então eu acho que o processo de alta aqui ele é meio trabalhado assim, é se a gente comparar né com outros... outros hospitais, porque os outros hospitais não têm unidade de cuidado paliativo, unidade de idoso frágil, então se a gente

comparar um cuidado do paciente idoso aqui no hospital, eu acho que ele é um paciente mais bem cuidado assim[...]. E12

[...] a desospitalização a gente tem que programar... é ... com muita antecedência. Então quando você tem a possibilidade de que um paciente vai ter condições de alta, a equipe já é acionada no ponto de multi para cada um já fazer a sua... as suas avaliações e relatórios e ver o que que esse paciente vai precisar para alta. E14

Os entrevistados reconhecem que é necessário programar a desospitalização e que de fato a instituição demonstra interesse em agilizar o processo, como descrito por E12 em seu discurso, ao destacar que o processo de planejamento de alta tem atenção especial na instituição. A fala de E14 destaca ainda que o processo é discutido em equipe e cada parte envolvida atua com antecedência de forma favorável à desospitalização.

A desospitalização precisa ser avaliada levando em consideração o período que antecede a alta hospitalar, com diálogos entre equipe e familiares, com objetivo de ofertar os treinamentos necessários para a manutenção no domicílio (CARVALHO, 2019). Como destacado nos trechos anteriores, essa troca de informações otimiza o processo de cuidar, garantindo esclarecimentos de dúvidas e detecção precoce de complicações.

Durante a observação, percebeu-se haver questionamentos sobre programação de alta, envolvimento dos familiares no cuidado; inclusive, identificando desde o momento da chegada na unidade quem seria o cuidador principal. Essa avaliação contava com auxílio do Serviço Social e buscava elencar as condições sociais do paciente que poderiam ou não comprometer a desospitalização. Na reunião da equipe, os profissionais pontuaram como estava o plano de cuidados e qual a perspectiva de alta hospitalar, bem como as contribuições que o hospital poderia oferecer ao paciente (NO).

A desospitalização está associada à humanização, por isso é importante a atuação da equipe para racionalizar a utilização dos leitos dos hospitais e oferecer uma recuperação mais rápida em casa. Portanto, é considerada um dos eixos centrais da AD (ZEM-MASCARENHAS; BARROS, 2009). Antecedendo a alta hospitalar, algumas intervenções no domicílio podem ser realizadas com foco em adaptar o ambiente e melhorar o desempenho de atividades básicas e treinar o cuidador (LANNIN *et al.*, 2007).

Portanto, é relevante assimilar que o planejamento de alta é um processo melindroso e multidisciplinar que envolve a troca de informações de forma ágil, entre a equipe multidisciplinar, a família e o paciente (WERNER, 2017). A preparação da alta na instituição em estudo tem início com a entrada do usuário na enfermaria para a identificação de possíveis demandas e necessidades de saúde que possam interferir no processo de

recuperação no domicílio.

E, de fato, nos trechos a seguir destaca-se a importância dada ao planejamento de alta hospitalar e desospitalização na instituição.

Acho o [...] um hospital muito importante no quesito de que ele não dá alta sem, acho que em todo hospital isso né, não no paliativo, mas ele é um hospital que sempre tenta vincular o paciente à algum serviço, organizar minimamente essa alta do paciente né?! E1

Eu acho que isso é uma preparação que envolve toda a equipe, né?! Acho que da parte médica cabe a gente organizar, por exemplo, a prescrição, orientar um pouco os cuidados que esse paciente, provavelmente, vai precisar. E2

Na fala de E1, surge a importância de vincular o paciente à rede no processo de alta e desospitalização, como parte importante da transição dos cuidados. E segundo o trecho de E2 cabe a toda equipe se articular e pontuar que a equipe médica organiza os documentos, como prescrição com as medicações necessárias em domicílio. Durante a etapa de observação na unidade, nas consultas do ambulatório ocorriam ajustes na prescrição dos pacientes que receberam alta da unidade e um cuidado de avaliar as condições financeiras para compra ou disponibilidade na rede. Por vezes, eram feitas trocas a fim de reduzir o custo e alcançar o objetivo terapêutico (NO).

A interface com o serviço social assume caráter fundamental na busca pela história e construção social desse sujeito. Informações obtidas pelo serviço social definem as prioridades e as possibilidades reais de cuidado em domicílio. Essa categoria profissional atua continuamente nessa construção do plano de cuidados, como observamos na fala de E3:

Identificando isso, a gente faz essa interface aqui dentro com o serviço social que tem esse panorama de fora e consegue auxiliar e, algumas outras questões se encaixam em difícil, às vezes a gente tem muitas medicações disponíveis no hospital e que no domicílio não vai ter, o paciente ou vai ter que comprar ou, não tem na rede né. E3

Acho que é isso, tentar organizar o que a gente consegue adiantar aqui, às vezes é um paciente que precisa de um oxigênio domiciliar, a gente tenta já deixar tudo organizado para conseguir, a gente tenta facilitar ao máximo nessa desospitalização. E3

Garantir o acesso de pacientes que precisam de medicamentos para controle dos sintomas é fundamental, e em CP não é diferente. A fala de E3 é de total importância para proporcionar qualidade de vida aos seus dias, sendo necessário eliminar os entraves que bloqueiam o acesso a esses medicamentos. Dessa forma, tão logo a medicação seja introduzida no tratamento, sua necessidade e se haverá continuidade e uso precisa ser

questionada, já que pode haver problemas.

É importante acompanhar as medicações usadas na internação que serão mantidas em domicílio, inclusive, no segundo trecho do discurso da fala de E3 ele aponta para outra demanda recorrente em CP: o uso de O2 complementar contínuo.

Nesse contexto é preciso viabilizar com antecedência a indicação e agilizar a instalação e disponibilidade do material. A “desospitalização” é uma alta responsável que deve ser planejada com antecedência e requer articulação entre a equipe multidisciplinar do hospital, a unidade familiar e a rede do território do domicílio do paciente/usuário (OLARIO *et al.*, 2018).

Um dos pilares da desospitalização e do direito à saúde é o princípio da integralidade (CECÍLIO, 2011). A alta hospitalar responsável é, portanto, parte importante do processo de desospitalização, sendo a identificação dos que dela necessitam e a preparação da alta, etapas a serem realizadas de forma atenta e proativa. Observa-se ainda que são muitos os desafios para uma transição do cuidado do ambiente hospitalar à pessoa idosa para o cuidado domiciliar, em especial em relação aos idosos.

O SUS tem uma Portaria no 2.528 Ministério da Saúde que reconhece: "escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso do SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio" (BRASIL, 2006, p. 4).

Na fase da observação, os profissionais apontam para essa fragilidade da nossa rede de saúde; em especial, as dificuldades da atenção básica e da equipe domiciliar atenderem as demandas desse perfil de paciente na atenção domiciliar. Os entrevistados reconhecem os avanços e melhorias da unidade hospitalar, porém enfatizam suas preocupações e as fragilidades percebidas em alguns municípios em dar continuidade no plano de cuidados definido durante a internação.

Ah eu acho que, a gente considero que a gente avança muito... avançou muito em termos de unidade, mas eu considero também que precisa de... de melhorar um pouco esse processo de... da desospitalização, no sentido de trabalhar mais para fortalecer essa rede, porque alguns casos flui muito bem, mas determinados territórios não fluem muito bem, aí esse paciente volta com dois dias, três dias, porque às vezes intercorrer com uma desidratação uma prostração, que às vezes lá poderia ter sido resolvido, né. E10

Em Belo Horizonte... a gente não tem um local adequado onde esse paciente possa continuar os cuidados, às vezes ele não precisaria ficar no hospital, às vezes não é o melhor ambiente pra ele, e ... a gente sabe, né? Que a desospitalização não vai acontecer por falta de condição mesmo, em casa ou de ter um outro ambiente, né. E16

Os trechos acima apontam para o fato de que alguns municípios próximos a Belo Horizonte, atendidos pela instituição, possuem maiores dificuldades que a capital no processo de desospitalização. Consideram inseguro a assistência e o suporte ofertado aos pacientes em domicílio.

Um ponto relevante no planejamento da alta hospitalar, segundo os profissionais entrevistados, está na comunicação estabelecida pelos relatórios elaborados durante a internação. Também são importantes as orientações à beira-leito para pacientes e familiares, e os encaminhamentos para serviços da RAS.

Orientações diárias né?! Normalmente, as orientações ficam muito por conta dos enfermeiros da ala, mas em alguns pontos quando eu vejo que o pessoal está muito atarefado aqui, ou então, tem algumas coisas mais pontuais por isso vão demorar mais, o pessoal da equipe pede e eu faço um vínculo na interconsulta com a família, então eu acabo fazendo alguns relatórios, principalmente, relatórios. E1

Preparar a família para os possíveis desfechos que esse paciente pode ter, seja o surgimento de um novo sintoma, seja um agravamento no quadro clínico com risco de óbito, seja a possibilidade de uma reabilitação e até manutenção do quadro estável por um algum tempo. E2

Em seu discurso, E1 destaca que os enfermeiros da ala ficam responsáveis pelas orientações no dia a dia. A literatura afirma que os enfermeiros desenvolvem um papel relevante na alta hospitalar, pois muitas das informações que os pacientes recebem são por meio destes profissionais. As orientações e preparo da alta hospitalar auxiliam para um melhor cuidado do paciente e seus familiares, prevenindo possíveis complicações (AUZANI; RISSO; GARCIA, 2019).

As orientações no geral são individuais e construídas para o paciente de forma personalizada, isso melhora a compreensão e atende as demandas do paciente e familiares.

Durante a observação na unidade foi possível acompanhar algumas orientações aos pacientes pela equipe da ala. De forma constante e gradual conforme as prioridades impostas pelo plano de cuidados. Ocorriam à beira-leito, em reuniões familiares, nos atendimentos do ambulatório, durante os atendimentos diários ou quando solicitado pelos envolvidos. Os profissionais se mostravam dispostos a adequar a linguagem para facilitar a compreensão e adequar conforme as dúvidas e colocações fossem surgindo. Os enfermeiros e os residentes atuavam frequentemente nessas ações de orientações (NO).

Os relatórios e as orientações para a alta hospitalar são necessários a fim de dar mais segurança para o processo e informar. A fala de E2 coloca a importância de orientar os

familiares e cuidadores sobre os possíveis desfechos e surgimento de sintomas. Isso auxilia a família na compreensão da evolução da doença e diminui a ansiedade. A alta hospitalar é o momento em que se utiliza do processo de educação em saúde envolvendo paciente e família, compartilhando informações de maneira efetiva, com diferentes recursos de comunicação, certificando-se de que as dúvidas e os problemas foram esclarecidos e solucionados (GUZINSKI *et al.*, 2019).

Eu acho que a maior ferramenta que a gente tem hoje são os relatórios bem feitos, também as orientações, essa comunicação com o paciente. E3

Então, esses cuidados também na hora de fazer o relatório para explicar o porquê, porque senão o paciente vai voltar pelo menos problema, às vezes. E também não é culpa do colega, você não explicou para ele e ele não sabe o que aconteceu, né? E16

Então, o que eu faço, habitualmente, é tentar fazer os relatórios mais detalhados possíveis, orientar a família e o paciente, né? Onde levar cada relatório, fazer uma ponte inicial e pedir o serviço social sempre para ligar “como é que é esse Centro de Saúde? E16

A construção do plano de cuidado deve ocorrer no dia a dia do trabalho dos profissionais junto aos pacientes e familiares para garantir a segurança do processo de alta. Uma alta segura pode garantir um cuidado adequado ao paciente que contribui positivamente para sua permanência no domicílio (COSTA *et al.*, 2020). Em alguns momentos foi possível acompanhar a equipe fazendo ajustes no plano de cuidados, como forma de unificar as ações e minimizar a fragmentação do cuidado. Alinhando, por exemplo, o receituário aos medicamentos disponíveis na rede para amenizar os gastos e garantir o uso regular.

Em estudo, quando foi feita a comparação entre um grupo de controle de pacientes, os pacientes geriátricos do grupo de alta tiveram 30% menos internações em 30 dias, por isso é importante reconhecer a complexidade da transição hospital-domicílio, especialmente para o paciente idoso (JACK *et al.*, 2009). Considerar as potenciais fragilidades do cuidado pode garantir uma alta mais segura e um plano de cuidado que faça jus à realidade do paciente e familiares.

[...] porque ele recebeu alta, mesmo assim a gente não vira as costas, a gente chega e dá ainda aquele acolhimento necessário para ele para que ele saia tendo aquela confiança de que se um dia ele voltar, o que a gente não espera, espera que ele esteja bem em casa, mas ele saindo daqui com a confiança de que se ele voltar ele vai ser bem acolhido. E8

É acho que o que às vezes dá um pouco mais de segurança às vezes até para o

médico, para a equipe poder dar alta... acho que é isso, poder dizer que "olha, quando vocês forem para casa também, né... às vezes existe um cuidado, existe né uma... uma equipe de apoio né que gente vai referenciar. E11

A alta ela só pode ser dada com segurança, senão o paciente tem que permanecer na enfermaria mais tempo. E14

Então essas reuniões, essas conferências familiares, elas são fundamentais nesse aspecto para alinhar a alta, para ver se tá todo mundo seguro. E14

Os profissionais preocupam-se em orientar os familiares no hospital antes da alta hospitalar, a fim de proporcionar segurança no cuidado em casa. Isto ocorre desde que a equipe atende a interconsulta até, efetivamente, ocorrer a alta. Mas quando o paciente é recebido na unidade, isso ocorre de forma mais organizada com reuniões familiares e atendimento diário. A equipe é toda envolvida no processo e tem espaço para discutir e fazer sugestões no plano de cuidados.

Essa conduta requer atuação de todos os profissionais da equipe que estão oferecendo assistência ao usuário e à família. Mas assegurando ainda a família que o hospital deve ser um local de referência nos casos em que seja necessário, mas que é possível garantir o mesmo cuidado no domicílio. Isto pode ser observado nos trechos a seguir.

[...] então a gente às vezes dá uma alta quando a família tá bem orientada, quando tá tudo organizado, deixando as portas abertas para quando a coisa ficar fora do controle e poder voltar, porque às vezes o final de vida desse paciente vai ser aqui, com a equipe manejando de perto. E3

Mas a gente orienta muito a questão de prevenção de quedas, estratégias para favorecer, por exemplo, a organização das atividades no ambiente domiciliar  
Então a gente vai orientando com o passar do tempo com a medida que a gente vai acompanhando esse paciente. E15

Porque às vezes eles acham assim "Ah! Tá no hospital, chegar em casa não vou dar conta!" Mas a gente mostra que é possível, que tem aquele jeitinho, que vai dar certo! E17

As orientações devem ser feitas ao cuidador principal, como forma de garantir que esta pessoa tenha a oportunidade de tirar dúvidas e de expor as maiores dificuldades em assumir esse cuidado. Envolver o cuidador no processo de internação é muito importante, assim como na desospitalização e na alta hospitalar.

A equipe de saúde deve priorizar o compartilhamento de informações para o binômio cliente-familiar cuidador como forma de otimizar a possibilidade da recuperação do paciente (SCHILLER *et al.*, 2015).

Identificar de forma adequada quem é o cuidador se torna muito importante no

processo de desospitalização. Essa identificação é particularmente importante, uma vez que, este familiar pode repassar aos profissionais de saúde informações relevantes sobre o idoso, como por exemplo sobre a funcionalidade e grau de dependência (SALETTI-CUESTA *et al.*, 2016). O que de fato foi apontado pelos profissionais do estudo nos discursos que se seguem.

[...] a gente pode melhorar isso né, cercar melhor quem que é o principal cuidador, orientar de novo, perguntar se teve dúvida a gente costuma assim é orientar e até fornecer um pouco assim, do... quando a gente fala das lesões, a gente coloca esse caminho dentro do processo para ele cuidar pra ele participar saber o que que ele tem que fazer [...] E10

Então a gente sempre gosta de que venha a pessoa que vai ser responsável pelo cuidado para gente poder orientar, uma, duas, vinte vezes [...] E11

De chamar o familiar e orientar esse cuidado, acho que um tempo maior para você tá orientando, já que você já sabe a alta, acho que fica mais fácil da pessoa entender e absorver aquilo né. E5

[...] deixo orientações que caso eles necessitem de um retorno ou de algo de ficou pendente para que eles tenham o acesso sempre, eu procuro manter o acesso sempre o mais próximo o possível. E8

Outro aspecto identificado refere-se ao cuidador principal, como destacado na fala de E10. Envolver o cuidador no processo de doença para que possa se organizar no dia a dia para atender as necessidades do paciente. A literatura aponta que o cuidador tem as funções de cuidar, auxiliar, responsabilizar-se pelo suporte e cuidados diários ao paciente (FLORIANI; SCHRAMM, 2006; MELO; RODRIGUÊS; SCHMIDT, 2009).

A participação do cuidador em conjunto com a equipe de saúde é necessária para a efetiva implementação e operacionalização do cuidado domiciliar. Portanto, o cuidador tem papel de destaque para a garantia do sucesso do atendimento domiciliar, pois assume e mantém a assistência necessária ao paciente em sua casa.

Nas falas de E5 e E11 fica evidente a preocupação dos profissionais em orientar os familiares e cuidadores de forma a garantir uma alta segura. O discurso de E8, destaca a importância de se manter próximo aos cuidadores como forma de atuar frente às demandas e dúvidas.

Frente a essa atuação da equipe, o papel do serviço social recebeu destaque nessa categoria, caracterizando-se como peça fundamental na equipe no processo de transição dos cuidados hospitalares para o domicílio. Em alguns trechos é possível verificar o protagonismo desta categoria na articulação com a RAS.

[...] a alta é construída com o serviço social também, para entender como que é o acesso a moradia muitos pedem tempo para reformar a casa, para

poder passar a cadeira de rodas na casa, para colocar os apoios do banheiro, pra conseguir cama hospitalar, então a gente sempre desenha muito bem essa alta assim E4

Então, serviço social, será que a gente consegue indicar alguma instituição que eles possam conseguir uma... essas camas emprestadas, oxigênio domiciliar, levar para secretaria de saúde, a família tem ou não tem condição de alugar até chegar da secretaria? E16

Conforme o discurso de E4, a alta é construída junto com o serviço social. E durante a observação, acompanhei algumas intervenções do serviço social. No decorrer da coleta de dados foi perceptível a atuação da assistente social. Os profissionais desta categoria buscam ativamente identificar as fragilidades, as potencialidades e as limitações sociais do paciente e familiares.

O trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nas equipes de saúde tem um olhar alinhado ao princípio da integralidade, percebendo o usuário como sujeito histórico, social, familiar e político (SEIBERT; MANGINI; KOCOUREK, 2019). Na fala de E16, o serviço social auxilia na organização do domicílio, na aquisição de insumos e equipamentos de suporte em domicílio.

O assistente social deve construir uma relação de confiança com o usuário, para em conjunto com os demais profissionais da instituição, reconhecer as condições sociais, suas necessidades e demandas do paciente-família (FREIRIA *et al.*, 2021).

Portanto, a alta hospitalar é uma questão que precisa ser refletida, reconhecendo o trabalho dos profissionais do Serviço Social, já que acompanha os usuários e/ou família para avaliar a necessidade de intervenção no processo de alta. Tanto a alta médica quanto a alta social devem acontecer simultaneamente (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2009).

É relevante compreender quais são as condições de recuperação existentes ao paciente fora do hospital, e dessa forma poder assegurar a continuidade dos cuidados na comunidade da pessoa atendida. As dificuldades econômicas e de recursos podem comprometer o cuidado.

De acordo com a literatura, por um lado, o atendimento domiciliar pode reduzir os custos hospitalares, por outro, pode aumentar os custos do cuidado em saúde na família, o que pode causar uma dificuldade na desospitalização (SIMÃO; MIOTO, 2016). Foi possível identificar semelhanças nos relatos dos profissionais na instituição em estudo, como a seguir:

Então, acho que essa seria a maior dificuldade, conseguir uma pessoa-cuidador considerando todo esse contexto econômico da maior parte das

famílias que a gente acompanha aqui. E2

Segundo que às vezes é só uma pessoa para cuidar e a demanda de um cuidador é enorme né, te dedicar atenção integral, uma pessoa que antes trabalhava, de repente não tem como trabalhar, não tem como pagar um cuidador. E3

No discurso de E2, destaca-se a dificuldade do idoso ter um cuidador. A fala de E3 ainda aponta que a demanda de cuidados desse perfil de paciente é grande, o que dificulta ainda mais em conseguir um cuidador. E o fato de cuidar de um idoso dependente pode ser estressante para o cuidador.

Em diversos momentos durante a pesquisa, na fase de observação, era evidente a dificuldade dos familiares e cuidadores em lidar com as mudanças na rotina, com a falta de suporte dos serviços de atenção domiciliar, bem como dos sentimentos experimentados durante a oferta de cuidados ao familiar adoecido e fragilizado (NO).

E, de fato, a vivência de perdas e de angústia prolongada, somada às altas demandas dos idosos e às vulnerabilidades do próprio cuidador, pode comprometer sua funcionalidade e aumentar o risco de doenças, pois pode provocar grande impacto em sua vida (CERQUEIRA: OLIVEIRA, 2002).

Um aspecto levantado pelos entrevistados é que existem fragilidades sociais no público atendido pelo hospital que exerce influência negativa nesse processo de desospitalização. Se considerarmos que o cuidado domiciliar exige apoio e recursos (pessoais, físicos, financeiros) esta população sofre efeitos direto da vulnerabilidade social no planejamento da alta hospitalar (NO).

Fato evidenciado diversas vezes durante a fase de observação da pesquisa, já que a população assistida pela unidade tinha limitações financeiras e de acesso aos serviços de saúde que demandam acompanhamento pelo serviço social desde o momento da internação até a alta hospitalar.

E a gente lida com diferentes dificuldades aqui de desospitalização por às vezes não têm, o paciente não tem, tem uma fragilidade social. E3

E também o perfil socioeconômico dos nossos pacientes. Então a gente sabe que são pacientes que moram em área de risco, que as vezes nem o pessoal dos postos, às vezes está proibido de... de ir a esse local E4

Nas falas de E3 e E4, percebemos que a fragilidade social da população recebe destaque e está diretamente relacionada ao processo de desospitalização. A vulnerabilidade social deve ser reconhecida como multidimensional, afetando indivíduos e, por vezes, resultando em aposentadoria, diminuição de renda, discriminação, isolamento social e

familiar e deficiência nas políticas públicas para suporte desses idosos (MAIA, 2011).

Então é a fragilidade social mesmo dos nossos pacientes e a rede que não é tão engajada com os cuidados paliativos são as minhas maiores preocupações fora do hospital. E4

[ ] são pacientes durante a vida, na vida, tiveram menos acesso a tudo, qualquer coisa que você imaginar ele teve menos acesso [...] acho que situação do país como um todo vai ter um reflexo muito importante que é a população está empobrecendo está perdendo recursos sociais né. E6

As falas de E4 e E6 evidenciam as fragilidades da rede de serviços de saúde em relação à oferta de CP. Além de apontar para a precariedade no acesso a serviços de saúde de qualidade ao longo de toda a vida da população atendida na instituição hospitalar. E, de fato, o SUS não está totalmente apto para atender as demandas deste novo perfil populacional, mantendo vínculos com práticas curativas e centradas no hospital (PESSALACIA; ZABOLI; RIBEIRO, 2016).

Portanto, cuidar de idosos dependentes em tempo integral, por vezes exige que o familiar se afaste do trabalho para oferecer os cuidados, porém isso pode interferir nas condições socioeconômicas da família, o que pode acarretar impacto na renda e nos materiais necessários para o cuidado domiciliar, bem como atrasar o retorno e a manutenção do idoso no domicílio (FLESCHE; ARAUJO, 2014).

Porque a gente ter um recurso econômico a família às vezes não tem aquela pessoa específica que é um responsável para ficar junto, mas ele tem condições de pagar alguém e monitorar e até capacitar alguém para ficar né, que é muito diferente, é uma distância enorme. E6

Eu acho que o desafio do idoso é ainda maior, porque a dependência né, às vezes a família com a situação financeira precária né [...]. E9

Porque às vezes não tem essa assistência que deveria ter, muita das vezes não tem, ah é a gente orienta qualquer efeito, a gente também tem um cenário de dificuldade financeira que impacta um pouco né? E10

O discurso de E6 traz a importância de ter um cuidador responsável pelo cuidado. Estas pessoas são familiares dos idosos, especialmente, mulheres, que, geralmente, residem no mesmo domicílio e se tornam as cuidadoras de seus maridos, pais e até mesmo filhos. Não é só no Brasil que as mulheres são as principais cuidadoras dos idosos, isto ocorre em diversos países pelo mundo (KINSELLA; TAEUBER, 1992).

Nas falas de E9 e E10, temos destaque para as condições econômicas dos cuidadores

que podem comprometer o cuidado. O papel de cuidador pode limitar a vida profissional (redução da jornada de trabalho ou demissão), pois a maioria dos pacientes necessita de cuidados em período integral de forma contínua (DUARTE; FERNANDES; FREITAS, 2013).

É importante o enfrentamento das DCNT com uma articulação intersetorial que visa reduzir as desigualdades a fim de melhorar a qualidade de vida ao idoso, com atuação nos determinantes e condicionantes da situação de saúde (BRASIL, 2014).

Os idosos que apresentam perda da funcionalidade e maior dependência, apresentam menor desempenho nas funções sociais e de autonomia, o que gera prejuízos para os mesmos e para seus familiares, que devem mobilizar mais tempo e recursos financeiros para suprir suas necessidades e melhorar a capacidade do cuidador para resolução de problemas (GOLÇALVES, 2020). E, de fato, as questões sociais recebem destaque nos trechos abaixo:

Que tem pacientes aqui com questões sociais tão importantes, de abandono... (pessoa entra na sala) de abandono, de... já teve casos que o paciente está em condição de alta, e a família simplesmente informa que não tem condição de levar. [...] eu vejo essa dificuldade muito social, financeira, compreensão de cuidados mínimos, na logística familiar desse paciente ele às vezes volta com um grau de dependência muito grande. E10

[...] são famílias que muitas vezes têm condição de pagar uma outra pessoa para ter o auxílio é, às vezes é um idoso cuidando de outro idoso. E11

A fala de E11 destaca que é frequente um idoso assumir os cuidados de outro idoso. Essa situação é comum, onde idosos cuidam de idosos, nem sempre com a qualidade necessária devido a uma fragilidade dupla, mas de fato os dados mostraram, que 39,3% de cuidadores, entre 60 e 80 anos, cuidavam de 62,5% de pacientes da mesma faixa etária (KARSCH, 2003).

As limitações físicas ou incapacidades funcionais referem-se à dificuldade ou incapacidade de realizar tarefas diárias, e estão relacionadas com a perda da autonomia, risco maior de hospitalização, institucionalização e morte (CRUZ; BELTRAME; DALLACOSTA, 2019).

No público que a gente atende acho que é a questão social e econômica, né, que já é muito complicado, porque se já é difícil você fazer essa assistência, né, com os recursos apropriados, então a gente ainda tem esse dificultador. E14

Do país, da cidade onde a gente vive, eu acho que isso é o mais difícil, sabe? Porque aí a gente lida com muitas situações que... de muita injustiça social, né? Mas eu tento colocar na minha cabeça assim “o que passou não tem como

mudar, né? ”. E16

[...] você tem duas opções: ou você contrata um cuidador, e aí você vai ter que trabalhar, ou você fica em casa, e aí você precisa de uma renda. E16

Então, assim, porque é uma população muito carente né?! Então a gente vê que às vezes sobrevive com aposentadoria Então falta [...]. E17

A sobrecarga do cuidador resulta do acúmulo de atividades de cuidado aliadas às tarefas domésticas, que podem ser de natureza física e /ou psicológica (BOCCHI, 2004). O idoso dependente nas atividades básicas exige do cuidador tanto emocional quanto fisicamente. Em muitas situações, a desospitalização é impedida ou adiada pela inexistência de um cuidador que possa assumir efetivamente a continuidade do cuidado no domicílio.

[...] a família às vezes não tem aquela pessoa específica que é um responsável para ficar junto, mas ele tem condições de pagar alguém e monitorar e até capacitar alguém para ficar né, que é muito diferente, é uma distância enorme. E6

Então, eu acho muito complicado, porque nem toda família tem alguém disponível para cuidar do idoso né. Então tem... tem idoso aqui que tem um parente que fica por conta, que tem um cuidador, mas tem idoso aqui que não tem ninguém sabe? E12

É complicado! Porque eu vejo assim, alguns filhos trabalham, tem filhos. Às vezes o pai é doente, mas a mãe também é idosa! E17

Nesse processo de internação e na transição dos cuidados domiciliares é de suma importância que o paciente tenha alguém para o acompanhar. Por cuidador, a Portaria nº 963 (BRASIL, 2013) entende a pessoa, com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o sujeito do cuidado em suas necessidades e atividades da vida cotidiana. O cuidador deve ser orientado pela equipe de profissionais e envolvido nos cuidados para exercer atividades de cuidado à saúde da pessoa admitida no programa de assistência domiciliar (SIMÃO; MIOTO, 2016).

Os entrevistados apontam para a dificuldade de definir quem de fato vai assumir esse papel, e há ainda os casos em que o paciente não tem familiares ou pessoas com vínculo suficiente para assumir esse papel. O que de fato dificulta a organização da desospitalização. Cuidar de uma pessoa doente pode ser percebido como uma tarefa que pode levar ao desequilíbrio, estresse físico, emocional, social e econômico, apesar do desejo e da satisfação que advém do trabalho (RIBEIRO; SOUZA, 2010).

A atuação da equipe não é só no sentido de educar o cuidador, mas na compreensão das mudanças que ocorrem em sua vida e do impacto do cuidado, para planejar estratégias

facilitadoras da rotina e que permitam minimizar a sobrecarga (MELO; RODRIGUÊS SCHMIDT, 2009).

Por isso devemos destacar que a atuação da equipe determina a segurança do cuidador nos cuidados domiciliares. Em consonância com a literatura, os profissionais compreendem a importância de orientações aos cuidadores como estratégia relevante na segurança da alta hospitalar.

Então, eu acho que esse cuidado mais de preparar um pouco mais o familiar, um pouco antes, a gente né, ter essa percepção, oh ele vai sair daqui 15 dias, dá tempo de a gente planejar o cuidado né?! Contudo, eu acho que fica mais fácil, a pessoa fica mais segura com o familiar, eu acho. E5

A família tem que ser envolvida muito nesse processo de orientação principalmente se a gente for pensar no momento da alta, né? E15

Então, a gente vai orientando, sempre que a gente puder, o familiar. Então, desde que a gente começa a atender o paciente, a gente vai dando orientação para os familiares. E15

Então explicar como é que são essas coisas também e quando, por que voltar, né? E tentar abarcar isso antes do paciente voltar: “você está com serviço de Atenção Domiciliar? Procura um serviço de Atenção Domiciliar primeiro. E16

Às vezes um paciente que vai precisar ser sondado em casa, é um paciente que precisa cuidar de uma ferida. Então a minha importância de orientação dessa família é muito importante. E18

Com base nos achados das entrevistas profissionais deste estudo, constata-se que os pacientes podem ser desospitalizados se tiverem capacidade de manter a continuidade e a integralidade dos cuidados no domicílio.

Os dados mostram que o maior desafio é a organização familiar e determinar quem será o responsável pelos cuidados no domicílio. Os profissionais mencionaram que os usuários e familiares recebem orientações sobre os procedimentos que podem ser realizados em domicílio em condição mais estável e segura. As orientações são essenciais para que os cuidadores familiares proporcionem a integralidade e a continuidade do cuidado no domicílio.

Os profissionais listam as dificuldades enfrentadas pelos familiares. Dentre as muitas questões apontadas pelos profissionais está a sobrecarga dos cuidadores.

Outros estão sozinhos, ta... são sozinhos, então a gente sabe que o cuidado, necessita de cuidado vinte e quatro horas e a família é... às vezes não dá conta, às vezes não tem gente com quem revezar, então às vezes a gente tem até umas interações sociais nesse contexto[...]. E4

Eu acho que vem muito a questão da sobrecarga porque muitas vezes é um paciente que demanda muito de cuidado. E15

Então, assim, sobrecarrega bastante, sabe?! Mas assim, mesmo com essa sobrecarga eles ficam doidos para levar o paciente para a casa. E17

Os familiares então, recebem ao longo da internação orientações para prestar cuidados aos usuários em suas casas após a desospitalização. As orientações referem-se ao manuseio do cuidado com os usuários durante banho, mudança de decúbito, realização de curativos, alimentação, cuidados com a sonda nasointestinal, aspiração e manipulação da traqueostomia. São diversos os cuidados que devem ser ofertados pelos cuidadores, que variam conforme o grau de dependência, dispositivos utilizados, recursos e suporte em domicílio.

De fato, os profissionais dão destaque para as dificuldades vivenciadas pelo cuidador que assume o cuidado.

Eu acho que o maior desafio é esse, sabe? A falta de preparo, que essas pessoas não têm, o medo né, ou do óbito. E5

Então aqueles cuidados básicos de banho, alimentação e medicação, há acompanhantes que possuem uma certa fobia. Um grande medo, sabe? De não dar conta. De não conseguir cuidar desse paciente. E7

Então assim, é... é o grau de dependência do nosso paciente é. É o perfil nosso de ter paciente de alto grau de dependência, aí às vezes a gente da alta e... às vezes o familiar muitos trabalham, são idosos, têm os filhos todos trabalhando [...]. E4

Na fala de E5 é possível identificar o medo nos familiares e a falta de preparo para lidar com os cuidados básicos ao idoso. O discurso de E7 também evidencia que mesmo os cuidados mais básicos podem trazer sentimentos negativos aos cuidadores, como medo, por exemplo. A pessoa de fato assume a maior responsabilidade pelo cuidado, encarregando-se das tarefas rotineiras como higiene, alimentação, medicação. E nem todos estão preparados para assumir o papel de cuidador.

A fala de E4 associa essa insegurança com o grau de dependência dos pacientes, e a necessidade de acompanhamento que nem sempre é uma realidade possível para esses idosos. Muitas vezes, as famílias não estão preparadas para lidar com essa situação, o que pode complicar ainda mais o processo de envelhecimento. Por isso, um dos objetivos das orientações é transmitir segurança para a família receber o usuário no domicílio.

Isso pode ser percebido durante a observação, já que os profissionais atuavam

próximos à família e cuidadores a fim de definir e atuar sobre as prioridades no plano de cuidados. A interação entre profissionais e familiares é importante para oferecer segurança a todos que estão envolvidos no cuidado ao usuário. Nesse processo, também é importante o papel dos familiares, sendo essencial que todos os atores possam estar em um diálogo produtivo para que, assim, a decisão possa ser tomada da melhor maneira possível (LIMA; REGO; SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

Então às vezes a família ". Nossa, mas eu vou ter que dar banho nele na cama?"  
Aí o paciente desenvolve lesão "Nossa eu vou ter que cuidar dessa lesão" aí  
"Nossa eu tenho que bater comida" aí quando é sonda "Nossa dar comida na  
sonda?". E4

Teve um caso recente de um curativo que o acompanhante Ela chegava a suar  
frio  
(dá toque na testa demonstrando) na hora de fazer o curativo. E7

Como lidar com uma secreção, por exemplo, com uma ferida, isso é uma  
dificuldade muito grande que a gente tem. Tem algumas pessoas que falam "eu  
não dou conta", "não dou conta de mexer numa lesão sacral", "não dou conta de  
lidar com uma traqueostomia". E16

São vários sentimentos que estão envolvidos nesse processo, segundo os entrevistados. O cuidar de idosos dependentes apresenta efeitos importantes no aspecto emocional dos familiares que cuidam dos mesmos (PINTO *et al.*, 2009). Sentimentos que possuem relação com o cuidador e por vezes a insegurança com a possibilidade de fazê-los no domicílio.

O convívio com um idoso dependente exige diversas adaptações e aprendizados. Isso não ocorre apenas com os familiares e cuidadores, se formos analisar os recursos disponíveis na rede de saúde em nosso país, perceberemos que esta também está tentando se estruturar à medida em que a temática de envelhecimento e CPs estão ganhando espaço.

Conforme encontramos na análise dos dados deste estudo, observa-se que os sentimentos vivenciados pelos familiares e cuidadores ganham destaque nesse processo de desospitalização. Durante os atendimentos e treinamento os profissionais lidam com as fragilidades deles.

Então aqueles cuidados básicos de banho, alimentação, a medicação tem  
acompanhante que tem uma certa fobia. Um medo grande sabe? De não dar  
conta. De não conseguir cuidar desse paciente. E7

Se ele vai sair amanhã, a pessoa às vezes fica insegura né, como que é em um  
dia eu vou aprender e vou ter que fazer isso tudo, medicar, passar pela sonda,  
entendeu? E5

Porque emocionalmente essa fami... Esse familiar fica abalado né? Porque assim  
você tem uma pessoa que exige... que não tem uma funcionalidade né? Cognitiva

bacana mantendo a sua independência, não tem nada. E você vê definhar aos poucos. E você ter que ficar o tempo todo com ela abala. Entendeu? E7

Aí às vezes as famílias aceitam, mas só que, é o que a gente percebe as vezes que também quando o paciente já está nessa fase, quando o médico chega para dar alta no paciente a família já fica receosa de levá-lo para casa. E8

No retorno ao domicílio, a família encontra-se fragilizada e os cuidadores familiares prestam os cuidados, muitas vezes, de forma intuitiva (OLIVEIRA; GARANHANI, M. L.; GARANHANI, M. R., 2011). O despreparo dos cuidadores que, por vezes, vem acarretar sobrecargas pessoais, mudanças na rotina, no modo de viver.

É fundamental observar que os cuidadores são motivados por um misto de emoções como retribuição, amor e realização, além de medo, culpa, nervosismo e incapacidade, ao cuidar de idosos que antes possuíam independência e autonomia (LAVINSKY; VIEIRA, 2004).

Em relação ao cuidado ofertado no domicílio podem existir falhas decorrentes tanto da ausência ou lacunas de orientações recebidas no hospital, como pelo pouco tempo para apropriação das orientações. Por isso, é fundamental um preparo adequado no ambiente hospitalar a fim de reduzir os riscos e inseguranças na desospitalização.

Eu tive momentos também de pacientes que tiveram alta aqui, é de ligar para o setor às vezes com dúvidas que assim, que às vezes a gente até esclareceu, mas também não teve entendimento entre a família [...]. E10

Considerando ainda que este processo gera muitos sentimentos e receios nos cuidadores, conforme apontado pelos entrevistados, os profissionais podem e devem atuar ativamente sob as lacunas com treinamentos e orientações. Para isso, deve ter a habilidade e a sensibilidade de perceber a capacidade da pessoa enferma e de seus familiares de compreender as informações, de enfrentar a situação vivenciada, uma vez que comunicar uma verdade de forma inadequada pode ser tão prejudicial como ocultá-la (CAVALCANTE *et al.*, 2018).

Ao lado de todas as dificuldades com a mudança na rotina, acrescenta-se a dificuldade de aceitação da dependência. Identificar a dependência do familiar, antes ativo, desempenhando papel provedor da família, assim como consequências de sua dependência no cotidiano, fez aflorar sentimentos de descontentamento e impotência:

[...] aquele paciente que às vezes era um pouco mais funcional e sai do hospital com uma funcionalidade menor, mais dependente, acho que é muito

difícil, porque às vezes a pessoa tem que dar conta do... do pai, do filho, é uma família grande ou às vezes é uma pessoa só. E11

[...] desestrutura mesmo de dentro do... da casa, no sentido "como que eu vou dar conta?" né de cuidar de uma sonda, muitas vezes, desse cuidado desse paciente que sai muito fragilizado e às vezes com várias demandas né de cuidado... de curativo, de cuidar de sonda, de... da questão da funcionalidade né. E11

Se piorar" acho que isso também é um receio "será que eu vou dar conta de cuidar? Porque antes ele era assim, agora ele ta assim. E11

As questões apresentadas pelos entrevistados confirmam que as orientações realizadas à família de pessoas sob CPs significam um elemento importante para o cuidado prestado. Ademais, os avanços no estabelecimento de relações interpessoais entre a equipe e familiares ou cuidadores podem permitir uma comunicação mais efetiva e o compartilhamento de significados e experiências, o que pode contribuir para maior qualidade na assistência prestada, oferecida pela equipe de saúde (NO).

O profissional que atua nessa equipe faz um levantamento das principais necessidades e fragilidades a fim de atuar na melhoria da compreensão dos familiares e na construção de um plano de cuidados que atenda às demandas mais pertinentes para o cliente e para a família (NO). Portanto os cuidadores e familiares dos pacientes em processo de terminalidade, precisam de mais suporte e informação dos profissionais de saúde.

O manejo de sintomas no domicílio representa um grande desafio para doentes, famílias e profissionais. Os entrevistados falam sobre como os familiares vivenciam a possibilidade de levar um doente para casa e como é uma decisão complicada, porque as necessidades de cuidado afetam o cotidiano da família, como vemos a seguir:

Assim, muitas vezes o paciente fala claramente que quer, “eu quero falecer em casa” e a família não está preparada psicologicamente, né? É, tem gente que não dá conta... “ah, como é que eu vou dormir no mesmo quarto que o meu marido morreu, vou ficar com essa lembrança. E16

E se esse paciente intercorre e não dá tempo de chegar alguém para minimizar os sintomas desse paciente, é. Então essas todas são dificuldades que os familiares trazem para a gente, né? Quando a gente pensa em desospitalizar. E16

As questões levantadas pelos profissionais são pertinentes e de fato precisam ser pontuadas, já que para que o paciente permaneça no domicílio em segurança é necessário um suporte adequado. Os familiares precisam ser orientados sobre as ocorrências e prováveis desfechos em relação à saúde dos seus familiares. Ao fazer essas orientações, a equipe deve considerar que a maior parte das intercorrências podem ser atendidas no

domicílio.

O cuidador familiar de idosos precisa ser orientado sobre como proceder nas situações mais difíceis e receber em casa visitas regulares de profissionais da equipe de saúde, como, por exemplo, o médico, a equipe de enfermagem e a fisioterapia.

Entretanto, no Brasil, a inserção nos serviços de saúde pelos CPs, ainda é limitado e por isso é necessário difundir suas potencialidades para os profissionais de saúde e estruturar políticas para ampliar sua aplicação (FLORIANI; SCHRAMM, 2007). A ampliação das práticas de CP no atual contexto da saúde pública pode simbolizar a conquista de uma atenção integral e otimizada ao idoso, respeitando sua multidimensionalidade (CRUZ; BELTRAME; DALLACOSTA, 2019).

A OMS sugere aos países-membros o incentivo à inserção e à ampliação do suporte em CP nas políticas públicas de saúde, além de considerá-lo como um direito (GÓMEZ-BATISTE; CONNOR, 2012). Por isso é relevante refletir o quanto a inclusão dos CPs e sua padronização melhora a “qualidade da morte”, e que isso pode significar um ganho imenso para a qualidade do sistema público de saúde brasileira (GOUVEA, 2020).

Entretanto, ainda pouca responsabilidade é de fato do estado, o que determina que a família assuma uma responsabilidade maior nos cuidados ao idoso dependente e fragilizado. É necessário uma reflexão de como o envelhecimento e a figura do cuidador tem exigido novas formas de assistência, e um olhar mais atento pelo SUS e pelos governos.

### **5.3 Potencialidades e fragilidades da Rede de atenção à saúde no processo de transição de cuidados paliativos**

Nesta categoria foi possível identificar as potencialidades e as fragilidades da RAS no processo de desospitalização dos pacientes idosos hospitalizados.

A organização de uma alta e processo de transição de cuidados para o domicílio exige a preparação da família/cuidador para retorno ao domicílio, esclarecendo dúvidas sobre os cuidados do paciente, possíveis direitos e recursos sociais disponíveis na RAS, entre outras coisas. Para isso é necessário que se faça a articulação com a rede de saúde do território do paciente, para identificação e pactuação da continuidade do cuidado.

No Brasil, a organização do SUS está sob os moldes de redes de atenção e tem sido apontada como estratégia para consolidação de seus princípios: universalidade, integralidade e equidade (MENDES *et al.*, 2011).

A integração de sistemas de saúde é a melhor estratégia para garantir atenção contínua, efetiva e eficaz às populações assistidas, com a capacidade de construir pontes de cooperação e solidariedade entre as equipes e os níveis de gestão do sistema de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2005).

A estrutura operacional das RAS expressa alguns componentes principais: centro de comunicação (Atenção Primária à Saúde); pontos de atenção (secundária e terciária); sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica, de teleassistência e de informação em saúde); sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e sistema de governança (da rede de atenção à saúde) (MENDES, 2010). Nas RAS o centro de comunicação é a APS, sendo esta a estruturadora do cuidado.

Tanto no Brasil, quanto no cenário mundial, em resposta às mudanças demográficas e epidemiológicas, vêm tomando lugar para atender à necessidade pela busca de uma proposta de cuidado que promova maior bem-estar aos usuários e às suas famílias, como forma de diminuir as iniquidades em saúde a atenção domiciliar tem sido ampliada (SEIXAS *et al.*, 2014).

A AD é definida como uma modalidade de atenção à saúde que envolve ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e palição em domicílio, de forma integrada com as RAS (BRASIL, 2016). Sendo composta também por serviços substitutivos ou complementares às esferas hospitalar e ambulatorial, que têm como objetivo a continuidade do cuidado e integração às RAS (BRASIL, 2011).

Todo o contexto de organização das RAS, atualmente, favorece a desinstitucionalização dos pacientes e a possibilidade de continuidade desse cuidado na atenção domiciliar. O que torna imprescindível o gerenciamento do cuidado, idealizando uma assistência interdisciplinar focada na promoção e na proteção à saúde (SILVA *et al.*, 2010).

Nos dados analisados, os profissionais consideram os relatórios de alta um documento importante por ser instrumento de encaminhamento e comunicação entre a assistência hospitalar e a atenção domiciliar.

Mas quando a gente referência para atenção primária é por meio dos relatórios de alta mesmo né, para o EMAD também é relatório de alta. E1

Porque quando o paciente sai daqui a gente tenta fazer, né? Relatórios para poder direcioná-los para a rede de Atenção Básica para dar sequência [...]

E13

[...] o ponto da rede que vai e seria adequado ou indicado fazer esse acompanhamento, é a atenção primária, é esse serviço de atenção domiciliar que a gente vê que hoje tem funcionado bem. E2

O centro de saúde teria condições de acompanhar, precisaria de um acompanhamento por essa equipe de atenção domiciliar. E2

Em alguns dos trechos percebemos que os profissionais direcionam e referenciam os pacientes por meio de relatórios para a atenção domiciliar. Desta forma, eles se comunicam com outro ponto da rede e direciona os aspectos que foram abordados durante a internação, podendo até sinalizar quais os cuidados serão necessários e justificáveis ao encaminhar os pacientes.

Os profissionais reconhecem a importância da transição do cuidado, bem como a importância da interface entre o hospital e a atenção básica.

Então, assim, atenção primária, os postos de saúde têm que fazer esse acompanhamento do paciente. E17

[...] a nossa interface com a rede de Atenção Básica, ela é muito grande né, então ela é fundamental. E14

[...] então acho que em comparação ao atendimento em outros hospitais, é um hospital que se preocupa mais com a Atenção primária do que eu vi em outros lugares. E12

Os profissionais enfatizam que na rotina de trabalho na instituição existe um cuidado e valorização na continuidade dos cuidados oferecidos aos pacientes no retorno ao domicílio. Segundo os dados a comunicação entre os pontos da RAS é importante no processo da desospitalização do paciente.

E a gente tem essa interface com o EMAD também, porque se precisar de uma interface hospitalar, o nosso paciente retorna e a gente fica nesse processo, né? E14

Então, é um conjunto né?! O hospital trabalha junto com a atenção primária. E17

Apesar dos profissionais apontarem um trabalho em rede que ocorre em conjunto, o modelo de desospitalização que é empregado em nosso país ainda apresenta fragilidades. Sendo que a resolução dos problemas vivenciados no âmbito da RAS exige dos profissionais mais destreza. Em alguns atendimentos ambulatoriais os familiares

apontavam dificuldades em dar continuidade às orientações e prescrições fornecidas durante a internação. Os motivos iam desde a falta do medicamento na rede até a incompreensão por parte dos profissionais da AD ou EMAD (NO).

Os profissionais enfatizam que o trabalho executado pela equipe no hospital é parte do que será feito em domicílio. Existem evidências de que a integração dos pontos de atenção à saúde, especialmente entre a APS com a atenção especializada e a atenção hospitalar contribuiu para a redução nas internações hospitalares (DOUGHTY *et al.*, 2002). Portanto essa comunicação deve ocorrer com qualidade, já que tem impacto direto na organização dos serviços.

Os pontos de atenção passam a ser entendidos como espaços em que são oferecidos alguns serviços de saúde, sendo todos igualmente importantes para o cumprimento dos objetivos da rede de atenção (MENDES, 2010). Por isso, cada ponto da rede tem sua complexidade e é igualmente importante na assistência ao paciente.

Quando refletimos sobre o processo de desospitalização e sua complexidade é fundamental considerar a transição dos cuidados. Conforme Veras e Oliveira (2018), o Cuidado de Transição se apresenta quando a alta hospitalar é bem planejada pela equipe de saúde e tem como propósito manter a continuidade dos cuidados em domicílio de maneira efetiva, envolvendo a educação do paciente e da família, com a integração do serviço de saúde comunitário.

Diante da necessidade de planejamento para a efetividade e continuidade dos cuidados, os profissionais apontam para as fragilidades encontradas fora do hospital.

Eu acho que a fragilidade da atenção domiciliar, nesse caso mesmo que eu dei de exemplo aí, é o que me salta aos olhos mais assim primeiro porque o idoso não tem condições de ficar colocando ele em um carro, e a atenção domiciliar é muito importante, justamente, para esse tipo de coisa. E1

Então, imagino que o ideal seria que eles fossem acompanhados boa parte em casa. E aí, acho que a maior dificuldade é essa assim, saber para quem é qual esfera solicitar nesse acompanhamento. E2

Mas você vê que perde, eu via uma fragilidade externa, esse paciente retorna para o serviço, o que não precisaria se tudo funcionasse ok lá (Atenção Domiciliar) né. E3

[...] a questão do atendimento domiciliar, que o sus ele... eu tenho esperança que ele chegue numa gestão melhor né, principalmente de que o tratar da saúde não é somente dentro de um hospital, o tratar da saúde é domiciliar. E8

E aí acaba que diante dessa estrutura lá fora que ainda é frágil em algumas coisas, o ambiente hospitalar se torna talvez mais seguro para esse paciente mesmo né. E6

Eu acho que a porta lá fora (do hospital) do SUS é difícil. E7

Em alguns trechos é possível observar que os profissionais apontam para a necessidade do suporte domiciliar principalmente para paciente idoso que diante de suas limitações físicas e financeiras precisa que o cuidado chegue no domicílio. Os profissionais refletem sobre a importância desse cuidado extrapolar o nível hospitalar. Nos trechos a seguir observamos que por vezes as reinternações estão associadas à falta do suporte em domicílio.

Mas as vezes o paciente volta porque a ferida... A lesão está infectada. Se o posto de saúde tivesse ido lá, tivesse orientado, continuado.... Teria um curativo bacana. Esse paciente não voltava com sepse. E7

[ ] para promoção de saúde dele há casos que isso acontece e infelizmente o paciente dá uma rescindida, ele entra novamente lá no hospital para... um recomeço no seu tratamento porque aquele em domicílio ele não teve acesso. E8

É algo externo, porque ele vai sair daqui ele vai sair nas suas plenas condições, os nossos pacientes são muito debilitados, mas ele tem que sair com uma qualidade lá tem que se manter, se piorar, vai ter que voltar mesmo, mas a gente fala que a atenção primária tem que ser 70% resolutive nas coisas, então assim, tem coisa que às vezes, é [...]. E10

Os entrevistados argumentam que a falta de cuidados favorece o retorno do paciente ao hospital e que, por vezes, pode ter relação com uma descontinuidade da assistência em domicílio. Portanto a AD contribui também para o cumprimento da ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da atenção à saúde, se inserindo nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades da pessoa, reduzindo a fragmentação da atenção à saúde.

Um exemplo importante de cuidado que pode limitar a desospitalização, bem como o controle medicamentoso da dor é o uso da Hipodermóclise (HP) na atenção domiciliar. Como podemos observar no trecho abaixo:

[...] porque a gente é uma unidade especialista, mas quando ele vai para a rede a gente encontra dificuldade, equipe da tensão primária que não consegue compreender a proposta, equipe da tensão primária que não consegue fazer a visita da forma que ela tem que ser atendendo a demanda as dificuldades técnicas também, de manuseio de HP de entendimento às vezes é uma dieta, porque que está suspenso ou não, o entendimento mesmo da compreensão né. E10

A HP é conhecida também como a administração de fluidos pela via subcutânea, e tem como objetivo a reposição hidroeletrólítica e/ou a terapia medicamentosa (BRUNO,

2015). Essa prática tem sido utilizada em pacientes que apresentam diagnósticos de desidratação moderada em razão de quadros de disfagias severas, demências, obstrução do intestino por conta de neoplasias e sonolência (BRUNO, 2015). Há ainda a possibilidade de administração de medicamentos para aqueles pacientes que não apresentam condições para se puncionar um acesso venoso periférico (BRUNO, 2015; FERREIRA; SANTOS, 2009; TAKAKI; KLEIN, 2010).

Apesar da indicação, baixo custo, técnica simples e altamente eficaz ainda é pouco difundida, porém aqui no Brasil, essa técnica vem ganhando seu espaço para uso em pacientes que se encontram em CPs ou naqueles bastante idosos e debilitados. Na AD, a administração de medicamentos por essa via pode ser realizada pelo cuidador familiar, mediante capacitação e acompanhamento pelas equipes de saúde (MARTINS *et al.*, 2020). Entretanto, o que se vê na prática aponta para uso restrito a alguns ambientes, dentre eles o hospitalar majoritariamente.

Essas limitações deixam o processo inseguro e fragiliza a relação do paciente com a rede de atenção à saúde. Os entrevistados elencaram algumas situações do cuidado que demonstram a precariedade da assistência domiciliar.

É algo externo, porque ele vai sair daqui ele vai sair nas suas plenas condições, os nossos pacientes são muito debilitados, mas ele tem que sair com uma qualidade lá tem que se manter, se piorar, vai ter que voltar mesmo, mas a gente fala que a tensão primária tem que ser 70% resolutiva nas coisas, então assim, tem coisa que às vezes, é [...]. E10

Mas, é difícil, eu acho assim por exemplo, às vezes a gente orienta fazer um curativo para pessoa continuar em casa, porque a gente sabe que às vezes o posto não vai dar atenção necessária, então a gente tenta orientar, para fazer. E12

É... a gente percebe claramente, assim, que às vezes quando a gente faz essa transição de cuidados, às vezes pra Atenção Primária, muitas vezes eles não conseguem sustentar até mesmo porque o paliativo é uma especialidade difícil, que exige muita presença, né... é. muita disponibilidade do profissional, então eu vejo esse tipo de dificuldade assim, com a Atenção Básica mesmo. E14

Ainda que a atenção primária tenha uma ampla gama de serviços e possibilidades de cuidados, os profissionais enfatizam a insegurança em manter o paciente no domicílio. Em especial, quando esse cuidado é direcionado ao paciente em CPs.

Quando a gente fala assim: quando o senhor for para casa o senhor vai no posto ver essa ferida. Geralmente a maioria reclama do posto. E18

[...] para promoção de saúde dele há casos que isso acontece e infelizmente o paciente dá uma rescindida, ele entra novamente lá no hospital pra... um recomeço no seu tratamento porque aquele em domicílio ele não teve acesso. E8

Existem fragilidades em todos os pontos da rede, e em algumas situações é difícil manter o idoso livre de internações prolongadas, pois tamanha é sua fragilidade.

Então o que me desmotiva, não sei se esse vínculo com a atenção primária né, com a rede seria uma desmotivação, mas é o que me salta aos olhos assim, que me vem à cabeça de que eu acho que deixa frágil né, esse segmento que até o próprio SUS fala né, que tem que se integrar em todas suas esferas aí e suas nuances da rede. E1

Os profissionais experimentam diversos sentimentos negativos quando falamos sobre a assistência aos pacientes encaminhados para suporte domiciliar. Apontam para desmotivação de ambas as partes, tanto dos pacientes quanto dos próprios profissionais.

[...] a negligência mesmo, de não cuidar da forma que tem que ser, de não assistir porque não dá tempo, não tem profissional para fazer esse acompanhamento, e a questão multidisciplinar ela se perde, ela se perde sabe? E10

Nossa, o que eu percebo como fragilidade, é que a rede de atenção à saúde ela não funciona direito, como deveria, sabe? E12

Embora talvez não funcione como eu gostaria que funcionasse, mas é ela (AD) que nos sustenta. E14

[...] a atenção domiciliar ter um pouco mais de, acho que pode ser volume também né, de pacientes, de usuários que eles precisam atender, mas a atenção domiciliar entender que é um pouco mais lento, principalmente, nos casos dos pacientes idosos, eles flutuam, eles mudam de um dia para o outro né, e eles que são a primeira porta, deveriam ser a porta de procura do paciente porque quando o idoso interna, cada internação do idoso é um degrau a menos que ele desce um degrau, que ele desce. E1

Segundo os dados apresentados, os profissionais sentem que em alguns casos o cuidado desenvolvido pela equipe multidisciplinar no hospital se perde em diversos pontos da AD. E esta é uma preocupação pertinente tendo em vista que ações primárias que podem ser desenvolvidas em domicílio com ênfase nas funções cognitivas e na funcionalidade do idoso podem evitar complicações e reinternações (SHEINER, 2004).

Diante da fragilidade do paciente idoso é fundamental estabelecer ainda na internação qual será o suporte da rede e como serão feitos os encaminhamentos para o cuidado em domicílio. A Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD surge

nas entrevistas como importante estratégia de cuidado e que viabiliza uma alta hospitalar segura. Diante do perfil de pacientes atendidos na unidade fica evidente sua importância.

Como o paliativo, a maioria dos pacientes são fragilizados né, e aí geralmente vai através do EMAD. E9

Aqui os pacientes do hospital saem muito com o encaminhamento para o EMAD. E15

A nossa interface é muito boa, porque os EMADs aqui em BH já estão mais capacitados para o atendimento de cuidado paliativo e são eles que fazem as nossas desospitalização e realmente bancam esses pacientes em casa. E14

Durante o período de observação pude acompanhar a participação da equipe do EMAD nas reuniões de equipe que ocorriam na unidade. Em parte, essa participação estava relacionada ao processo de desospitalização, já que nesse encontro eram pontuados os casos que mereciam atenção do EMAD e ali eram feitos os pedidos de interconsulta. Em cada reunião que acompanhei eram dadas ao representante da equipe do EMAD algumas informações relevantes sobre o paciente e quais as demandas de cuidado seriam necessárias no pós-alta.

Em Belo Horizonte, a EMAD, o Programa Maior Cuidado (PMC) e a parceria da Prefeitura com as instituições de longa permanência para idosos (ILPI), são modalidades de serviços públicos que englobam as redes de assistência ao idoso.

Portanto os cuidados ofertados pelo EMAD são considerados como um facilitador no processo de desospitalização e um importante aliado dos profissionais que atuam no hospital, por isso participavam ativamente do processo de desospitalização.

[...] como o EMAD já assume, já tem esse contato direto, mas quando tem algum caso que eu sei que tem uma fragilidade familiar, o EMAD vai assumir por um período depois ele referência para unidade. E9

E da nossa parte aqui, paciente vai ter alta, se for o EMAD a gente fica mais tranquilo porque o EMAD está aqui dentro, ele então ele tem acesso às informações, todos os cuidados foram feitos aqui, já com eles mesmos processam esse atendimento. E4

Então eu tento me preparar nesse sentido sempre comunicar ao EMAD e posicioná-los assim quando eu preciso, ou... ou... ou outros caminhos que eu vou usar né...E6

Os profissionais apontam para a importância de um bom vínculo da equipe do EMAD com os pacientes que serão assistidos no pós-alta. Isto é, recebe um destaque como um facilitador, já que a EMAD representa uma interface importante com a RAS.

E o EMAD né, a gente tem o EMAD que faz também um vínculo bom, a gente tem uma equipe aqui que já acompanha alguns pacientes, consegue também fazer uma comunicação. E3

Então eu acho que lá fora, ainda a gente tem uma equi... a gente já tem equipe de EMAD de cuidados paliativos, a gente já tem uma ou duas aqui em Belo Horizonte. E4

[...] agora em relação ao EMAD, é ...a interface com o EMAD simplesmente ela é fundamental! E14

[...] quando é para o EMAD a gente já entrega para a equipe do hospital Que é direto, né? Então, para o EMAD eu vejo que é mais facilitado, né? Essa referência... eu entrego direto para a equipe que vai direcionar... eu entrego diretamente para a equipe que o paciente vai. E13

Apesar do destaque dado pelos profissionais ao suporte oferecido pelo EMAD no processo de desospitalização, os entrevistados apontam para uma importante fragilidade: a cobertura do EMAD.

Mas o problema do EMAD é que nem toda região está coberta. E4

[ ] por exemplo EMAD, alguns aqui tem outros dependendo da região não tem, aí fica um pouco meio assim, a cargo da tensão primária cuidar, fazer esse acompanhamento muitos voltam, e a gente tem o ambulatório também, mas não sei se acolhe todos por causa da região que a gente atende, a gente tem paciente aqui até de outros municípios. E10

Além da questão apontada em relação às áreas de cobertura do EMAD, os profissionais apontam que nem sempre o acompanhamento faz jus às necessidades dos pacientes, por vezes compromete sua permanência no domicílio.

[ ] aqui até que tem mais do que em outros lugares por exemplo, que o paciente ele é encaminhado, vai para o EMAD e tudo só que por exemplo o cuidado do EMAD, o EMAD vai lá uma vez por semana, às vezes não olha direito, as vezes é um paciente que precisa de curativo, curativo não é tão bem realizado. E12

Ressalta-se que o serviço de atenção domiciliar ainda necessita de maior distribuição e expansão de suas equipes a nível municipal, estadual e pelo território nacional, em especial nos municípios em que há maior concentração de idosos, que é o caso do município de Belo Horizonte, uma vez que a população de pessoas idosas tem aumentado ano a ano.

Além disso, a AD está despontando como uma modalidade assistencial à saúde muito importante é responsável pela prevenção, promoção e educação de todos os membros da família, bem como pela continuidade dos cuidados conforme a necessidade em colaboração com uma equipe multidisciplinar.

Nessa situação, os CPs tornam-se uma necessidade, contribuindo para a promoção de alívio e conforto para os pacientes e seus familiares. Portanto, fazer este cuidado em casa traz vantagens em termos de segurança, conforto, preservação da autonomia e empoderamento dos idosos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo, algumas considerações devem ser feitas. É importante ressaltar que o desenvolvimento desse estudo possibilitou uma percepção mais ampla sobre a complexidade das práticas da equipe multidisciplinar que atua no ambiente hospitalar no processo de transição de cuidados dos pacientes idosos em CPs.

As práticas de CPs na instituição mostraram-se como medidas voltadas à promoção de melhor qualidade de vida do idoso e de seus familiares. Além disso, recebe destaque as práticas voltadas para o controle da dor e de outros sintomas, e a utilização de medidas voltadas para a dignidade e conforto dos idosos. Os participantes demonstraram ter a boa compreensão dos CPs como uma continuidade do cuidado voltado para a manutenção da vida e para a diminuição do sofrimento do paciente.

No processo de construção das práticas de CPs, foram encontradas dificuldades no que diz respeito ao entendimento dos profissionais em relação à temática. Alguns relatos destacam a relação dos CPs como um cuidado realizado apenas na fase final de vida, associado ao desconhecimento dessas práticas por colegas de outros setores, bem como pacientes e familiares. Tal colocação surge no estudo com um ponto de desmotivação pela equipe.

No desenvolvimento das práticas de CPs, observou-se a equipe multiprofissional como parte de destaque nas práticas de CPs da instituição. A inclusão de saberes dessa equipe mostrou-se relevante para essas práticas e em especial para o processo de desospitalização, bem como a transição dos cuidados para o domicílio.

A relação entre a AD com a rede hospitalar recebeu destaque no estudo e, de fato, é fundamental para promover a desospitalização, pois permite que os pacientes continuem seu tratamento em casa de forma segura e integrada, reduzindo o tempo de internação e potenciais complicações.

Entretanto, a desospitalização pode apresentar dificuldades e provocar inúmeras alterações na rotina da família. Dentre as adequações apontadas pelos profissionais destaca-se o impacto financeiro das famílias, a sobrecarga dos cuidadores e a fragilidade da assistência domiciliar.

Os profissionais apontam para a importância de envolver o paciente e os familiares no processo de tomada de decisões, inclusive no processo de desospitalização. Tendo em vista que a desospitalização inclui mais do que apenas uma internação, mas também a continuidade dos serviços de saúde fora do hospital, é fundamental construir esse processo

com o paciente e sua família. Para os idosos, o processo de transição de cuidados se torna imprescindível, já que pode reduzir o período de internação e evitar declínio na funcionalidade com aumento da dependência.

Torna-se necessário então identificar quais as dificuldades para a prestação dos cuidados no domicílio e orientar cuidadores e familiares sobre políticas e/ou recursos fornecidos pelo Estado, que possam atender algumas demandas e articular seu cuidado com os dispositivos existentes.

Os profissionais no estudo reconhecem que há um interesse da instituição em promover com segurança esse processo e contribuir para a redução das reinternações. E de fato a desospitalização deve ser um foco da instituição, já que está diretamente ligada à diminuição de custos da saúde pública e à racionalização de leitos. Diante da vulnerabilidade da população assistida e a demanda alta por atendimento, essa organização pode otimizar o atendimento no hospital.

A instituição possui um ambiente favorável para a realização das práticas de CPs, e demonstra ter recursos humanos, com as mais diversas categorias profissionais, recursos materiais e estrutura física. O ambiente institucional apresentou ser um local organizado.

A metodologia de análise de discurso, não é suscetível de generalização ou aplicabilidade a outros contextos. Este estudo tem várias limitações: foi realizado em uma única instituição hospitalar, e também é importante notar que a análise construída é parcial, não é nem completa, nem linear. Consiste em apenas um olhar, por isso não uma verdade absoluta. Uma outra fragilidade deste estudo foi ter feito análise apenas da percepção dos profissionais, excluindo a visão dos pacientes e familiares envolvidos nesse cuidado que busca a integralidade do sujeito.

Ressalta-se, assim, que esta pesquisa poderá contribuir para a identificação de possibilidades de práticas de CPs a serem desenvolvidas nos hospitais por profissionais que compõem a equipe multiprofissional destas instituições. Além de aprimorar as práticas de CPs que já existem na instituição. E ainda a importância de incluir outras instituições, o que pode auxiliar o aprofundamento do tema.

## REFERÊNCIAS

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006. 60p.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual, de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Análise Situacional e Recomendações da ANCP para Estruturação de Programas de Cuidados Paliativos no Brasil**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2018. Disponível em [https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL\\_ANCP-18122018.pdf](https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL_ANCP-18122018.pdf). Acesso em: 28 nov. 2020.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Estatuto ANCP**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2019. Disponível em: <https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/02/Estatuto-Social-Final-29112019.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2021.
- ACOSTA, A. M. *et al.* Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 41, n. esp. p. e20190155, 2020.
- AFONSO, S. B. C.; MINAYO, M. C. S. Uma releitura da obra de Elisabeth Kubler-Ross. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2729-2732, 2013.
- ALCANTARA, E. H. *et al.* Percepção dos profissionais da equipe de enfermagem sobre o cuidar de pacientes em cuidados paliativos. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, São João Del Rei, v. 8, 2018. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2673>. Acesso em: 25 nov. 2021.
- ANDRADE, G. P.; DE CRUZ, C. A. A normatização pós-implantação do Sistema Único De Saúde (SUS). **Revista de Estudos Interdisciplinares**, [S.l.], v. 3, n. 4, p. 17-31, 2021.
- ARBAJE, A. I. *et al.* The geriatric floating interdisciplinary transition team. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 58, n. 2, p. 364-370, 2010.
- ARRIEIRA, I. C. de Oliveira *et al.* Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, p. 1-12, 2018.
- ASSIS, M. M. A.; ALVES, J.; SANTOS, A. M. Políticas de recursos humanos e a (re)significação das práticas dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS): apontamentos para o debate. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, p. 7, 2008.
- ASSOCIAÇÃO LATINO-AMERICANA DE CUIDADOS PALIATIVOS NA AMÉRICA LATINA. **Atlas de Cuidados Paliativos na América Latina**. Houston: IAHP Press, 2012. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2014/1/Atlas%20Portugues.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2021.
- AUZANI, N.; RISSO, E. N.; GARCIA, R. P. O papel do enfermeiro na alta hospitalar. **Salão**

- Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, [S.l.], v. 11, n. 2, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unipampa.edu.br/index.php/SIEPE/article/view/104096>. Acesso em: 25 set. 2021.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. **Cartilha Cuidar em Casa**. Salvador: Serviço de Internação Domiciliar da Bahia, 2018. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Cuidar\\_Em\\_Casa\\_Cartilha.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Cuidar_Em_Casa_Cartilha.pdf). Acesso em: 24 maio 2021.
- BALIZA, M. F. *et al.* Factors influencing intensive care units nurses in end-of-life decisions. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 0572-0579, 2015.
- BARBI, M. Z. **A inserção dos cuidados paliativos no sistema único de saúde (SUS)**. Monografia (Especialista em Teoria, Pesquisa e Intervenção em Luto) – 4 Estações Instituto de Psicologia, 2011.
- BARBOSA, T. C. *et al.* Causas de internações hospitalares em idosos por regiões do Brasil. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Curitiba, v. 2, p. 70-81, 2019.
- BARDIN, L. **A sociales las tecnicas de investigación**. 7. ed. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, p. 229.
- BARNSTEINER, J. H. Medication reconciliation: transfer of medication information across settings - keeping it free from error. **American Journal of Nursing**, [S.l.], v. 105, n. 3, p. 31-36, 2005.
- BAYLEY, K. B. *et al.* Evaluation of patient care interventions and recommendations by a transitional care pharmacist. **Therapeutics and Clinical Risk Management**, Albany, v. 3, n. 4, p. 695-703, 2007.
- BIFULCO, V. A.; FERNANDES JÚNIOR, H. J. **Câncer: uma visão multiprofissional**. Rio de Janeiro: Manole, 2010.
- BOCCHI, S. C. M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 115-121, 2004.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em tese**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 68-80, 2005.
- BORGES, C. V. F. *et al.* Cuidados paliativos no paciente idoso. **Anais do Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 1-2, 2020. Disponível em: <http://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/congressogeriatria/article/view/2356>. Acesso em: 23 set. 2021.
- BRASIL, M. P. A. S. **Seminário Internacional de Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século**. Brasília, 2002. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv26230.pdf>. Acesso em: 23 set. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Convênio celebrado entre o Instituto Nacional de Câncer – INCA e o Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico – GESTO**. Brasília: Instituto Nacional do Câncer, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde**: Documento Base. 4. ed. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 28 maio 2013.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**, p. 88-88, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 19, de 03 de janeiro de 2002**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Brasília, 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019\\_03\\_01\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html). Acesso em: 25 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**: Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html). Acesso em: 14 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização**. Brasília, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em: 23 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desospitalização**: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional. Brasília, 2020. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao\\_reflexoes\\_cuidado\\_atuacao\\_multiprofissional.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao_reflexoes_cuidado_atuacao_multiprofissional.pdf). Acesso em: 05 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf). Acesso em: 14 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Melhor em casa**: a segurança do hospital no conforto do seu lar: Cadernos de Atenção Domiciliar. Brasília, 2012. v. 1. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad\\_vol1.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf). Acesso em: 16 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção

Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 abr. 2016. Seção 1, p. 33-38. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/do1-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/do1-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827). Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**, Brasília v. 183, n. 1, p. 68-68, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 25 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 9 dez 2005. Seção 1, p.80-81. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439\\_08\\_12\\_2005.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html). Acesso em: 23 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário oficial [da] União**. 28 mai. 2013. Brasília, 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html). Acesso em: 14 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710). Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. **Diário Oficial [da] União**. 19 out. 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html). Acesso em: 05 fev. 2021.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] União**, n. 204, p. 55-55, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 23 fev. 2021.

BRASIL. Portaria nº 2527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] União**. 28 out. 2011; Seção 1:44. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527\\_27\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html). Acesso em: 20 fev. 2021.

BRENNAN, F. Palliative care as an international human right. **Journal of pain and**

**symptom management**, [S.l.], v. 33, n. 5, p. 494-499, 2007.

BRITO, M. J. M. *et al.* Potentialities of Atlas: ti for data analysis in qualitative research in nursing. In: COSTA, A. P. *et al.* (ed.). **Computer supported qualitative research**. [S.l.]: Springer, 2017. p. 75-84.

BRUNO, V. G. Hipodermóclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica. **Einstein** São Paulo, v. 13, n. 1, p. 122-128, 2015

BURLÁ, C.; PY, L. Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 6, p. 1139-1141, 2014.

CAMARANO, A. A. **Os idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2022.

CAMARANO, A. A. **Vidas idosas importam, mesmo na pandemia**: notas de políticas social, [S.l.], n. 28, p. 510-537, 2021. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10821/1/BPS\\_28\\_nps1\\_vidas\\_idosas.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10821/1/BPS_28_nps1_vidas_idosas.pdf). Acesso em: 15 nov. 2021.

CAPELAS, M. L. *et al.* Desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos: visão nacional e internacional. **Cuid Paliat**, Praga, v. 1, p. 7-13, 2014. Disponível em: <https://ciencia.ucp.pt/pt/publications/desenvolvimento-hist%C3%B3rico-dos-cuidados-paliativos-vis%C3%A3o-nacional->. Acesso em: 15 nov. 2021.

CARDOSO, D. H. *et al.* Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1134-1141, dezembro de 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000400032&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400032&lng=en&nrm=iso). Acesso em 14 jan. 2021.

CARVALHO, J. P. de. **Satisfação do paciente no atendimento domiciliar após desospitalização**. 2019. 62f. Dissertação (Mestrado em Gestão) – Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2019. Disponível em: [https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/20037/1/Master\\_Jose\\_Perrota\\_Carvalho.pdf](https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/20037/1/Master_Jose_Perrota_Carvalho.pdf). Acesso em: 14 nov. 2021.

CARVALHO, O. G. M. G. **Dignidade humana e o doente em fim de vida: eutanásia e cuidados paliativos**. 2022. 106f. Tese (Mestrado em Teologia) – Faculdade de Teologia, Universidade Portuguesa, Lisboa 2022. Disponível e: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/36575/1/202909603.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2021.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (org.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. [S.l.:s.n.], 2012.

CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. **Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.

CAVALCANTE, A. E. S. *et al.* Percepção de cuidadores familiares sobre cuidados paliativos. **Arq. Ciênc. Saúde**, [S.l.], v. 25, n. 1, p. 24-28, 2018.

- CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011.
- CERQUEIRA, A. T. A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. de. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. **Psicologia Usp**, São Paulo, v. 13, p. 133-150, 2002.
- CHIACCHIO, F. B. B. **Cuidados paliativos com pessoas idosas: investigação em uma instituição de longa permanência**. 2020. 70f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência da Saúde) – Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2020.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- COELHO, C. B. T.; YANKASKAS, J. R. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 222-230, 2017.
- COLEMAN, E. A.; BOULT, C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. **Journal of the American Geriatrics Society**, [S.l.], v. 51, n. 4, p. 556-557, 2003.
- CONNOR, S. R. *et al.* **Global atlas of palliative care at the end of life**. 2. ed. London, 2020. Disponível em: <https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>. Acesso em: 24 nov. 2021.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: 2009. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude\\_-\\_versao\\_preliminar.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf). Acesso em: 23 out. 2021.
- CORDEIRO, F. R. **O retorno ao domicílio em cuidados paliativos: interface dos cenários brasileiro e francês**. 2017. 262f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Porto Alegre, 2017.
- CORRÊA, J. C. B.; ZAGANELLI, M. V. Derecho de acceso a los cuidados paliativos. **Derecho y Cambio Social**, [S.l.], n. 59, p. 116-129, 2020.
- COSTA FILHO, R. C. *et al.* Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 88-92, Mar. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2008000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000100014&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 5 mar. 2021.
- COSTA, M. F. B. N. A. *et al.* A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, p. e03477, 2019. Disponível em: [https://old.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0080-62342019000100441&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](https://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342019000100441&lng=es&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 2 maio 2021.
- COSTA, M. F. B. N. A. *et al.* Transição do cuidado da pessoa idosa internada para o domicílio: implementação de melhores práticas. **Revista Brasileira de Enfermagem**,

Brasília, v. 73, sup. 3, p. e20200187, 2020. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/003023563>. Acesso em: 23 maio 2021.

COSTA, R. S. *et al.* Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 170-177, 2016.

COSTA, S. R. D.; CASTRO, E. A. B.; ACIOLI, S. Nursing support for self-care of family caregivers/Apoio de enfermagem ao autocuidado do cuidador familiar/Apoyo de enfermería al autocuidado del cuidador familiar. **Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 197-203, 2015.

CRUZ, N. A. O. *et al.* O papel da equipe multidisciplinar nos cuidados paliativos em idosos. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 10, n. 8, p. e52110817433-e52110817433, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17433>. Acesso em: 23 maio 2022.

CRUZ, R. R.; BELTRAME, V.; DALLACOSTA, F. M. Envelhecimento e vulnerabilidade: análise de 1.062 idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1-6, 2019. Disponível em: [https://old.scielo.br/pdf/rbagg/v22n3/pt\\_1809-9823-rbagg-22-03-e180212.pdf](https://old.scielo.br/pdf/rbagg/v22n3/pt_1809-9823-rbagg-22-03-e180212.pdf). Acesso em: 13 dez. 2021.

DANTAS, M. M. F. *et al.* **A experiência dos cuidados paliativos na perspectiva da equipe de saúde e de familiares de pacientes**. 2019. 143f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2019.

DAVIES, E. *et al.* **Os fatos sólidos: cuidados paliativos**. Copenhagen: Escritório Regional da OMS para a Europa, 2004.

DAWALIBI, N. W. *et al.* Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 3, p. 393-403, 2013.

DOUGHTY, R. N. *et al.* Randomized, controlled trial of integrated heart failure management. The Auckland Heart Failure Management Study. **European heart journal**, Oxford, v. 23, n. 2, p. 139-146, 2002.

DUARTE, I. V.; FERNANDES, K. F.; FREITAS, S. C. Cuidados paliativos domiciliares: considerações sobre o papel do cuidador familiar. **Revista da SBPH**, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 73-88, 2013.

FALLER, J. W. *et al.* Perfil de idosos acometidos por câncer em cuidados paliativos em domicílio. **Revista Kairós: Gerontologia**, [S.l.], v. 19, n. Especial 22, p. 29-43, 2016.

FERREIRA, K. A.; SANTOS, A. C. Hipodermoclise e administração de medicamentos por via subcutânea: uma técnica do passado com futuro. **Prática Hosp**, [S.l.], v. 6, n. 65, p. 109-14, 2009. Disponível em: <https://docplayer.com.br/11214048-Hipodermoclise-e-administracao-de-medicamentos-por-via-subcutanea-uma-tecnica-do-passado-com-futuro.html>. Acesso em: 15 out. 2021.

FERREIRA, V.; MARTINS, W.; ANDRADE, J. Comunicação e orientação na transição do cuidado domiciliar em pacientes pós alta. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 11,

n. 8, p. e55611831341, 2022. Disponível em: [https://redib.org/Record/oai\\_articulo3875741-comunica%C3%A7%C3%A3o-e-orienta%C3%A7%C3%A3o-na-transi%C3%A7%C3%A3o-do-cuidado-domiciliar-em-pacientes-p%C3%B3s-alta](https://redib.org/Record/oai_articulo3875741-comunica%C3%A7%C3%A3o-e-orienta%C3%A7%C3%A3o-na-transi%C3%A7%C3%A3o-do-cuidado-domiciliar-em-pacientes-p%C3%B3s-alta). Acesso em: 15 set. 2021.

FEUERWERKER, L.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 24, p. 180-188, 2008.

FIGUEIREDO, J. F. *et al.* Qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, São João Del Rei, v. 8, p. 1-10, 2018. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/2638/1954>. Acesso em: 15 out. 2021.

FLESCHE, L. D.; ARAUJO, T. C. C. F. Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 19, n. 3, p. 227-236, 2014.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 527-534, 2006.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FONSECA, A.; GEOVANINI, F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. **Revista brasileira de educação médica**, Brasília, v. 37, p. 120-125, 2013.

FOUCAULT, M. Questions of method. In: Burchell G, Gordon C, Miller PM, editors. **The Foucault effect: studies in governmentality**. London: Harvester; 1991. p. 74-76.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **Estratégia saber e poder**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FRACOLLI, L. A.; BERTOLOZZI, M. R. **O trabalho em saúde e o processo de produção: uma questão para a enfermagem**. Emiko Yoshikawa Egry, p. 17, 2008.

FREIRIA, J. F. *et al.* **A atuação do serviço social no protocolo de alta hospitalar segura**. 2021. 40f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Serviço Social) - Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2021.

FRIPP, J. Ação prática do profissional de cuidados paliativos no domicílio. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual, de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. P. 245.

GADAMER, H. G. Classical and philosophical hermeneutics. **Theory, culture & society**, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 29-56, 2006.

GOMES, L. M. S. *et al.* Construção do DesHospitaliza-Plano para alta responsável de pacientes idosos com doenças crônicas. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 10, n. 2, p. e26510212429. Disponível em: [https://redib.org/Record/oai\\_articulo3075584-](https://redib.org/Record/oai_articulo3075584-)

constru%C3%A7%C3%A3o-do-deshospitaliza--plano-para-alta-respons%C3%A1vel-de-pacientes-idosos-com-doen%C3%A7as-cr%C3%B4nicas. Acesso em: 15 nov. 2021.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estud. av.**, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 abr. 2021.

GÓMEZ-BATISTE, X. *et al.* Identifying needs and improving palliative care of chronically ill patients: a community-oriented, population-based, public-health approach. **Current opinion in supportive and palliative care**, [S.l.], v. 6, n. 3, p. 371-378, 2012.

GÓMEZ-BATISTE, X.; CONNOR, S. (ed.). **Building Inte-grated Palliative Care Programms and Services**. [S.l.:s.n.], 2017. Disponível em: <https://www.thewhpc.org/resources/category/building-integrated-palliative-care-programs-and-services>. Acesso em: 20 jun. 2020.

GONÇALVES, E. **Dependência em Cuidados de Enfermagem de Reabilitação da Pessoa com Doença Respiratória na RAM**. 2020. Tese de Doutorado.

GOUVEA, M. P. G. A necessidade de cuidados paliativos para paciente com doenças crônicas: diagnóstico situacional em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 5, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/YTjcY9cfwRgN48fGtSGpw9J/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 out. 2021.

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

HESSELINK, G. *et al.* Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. **BMJ quality & safety**, London, v. 21, n. Suppl 1, p. i39-i49, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23118410/>. Acesso em: 23 nov. 2021.

HIGGINSON, I. J.; EVANS, C. J. What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? **The Cancer Journal**, [S.l.], v. 16, n. 5, p. 423-435, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2019**: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb\\_2019.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb_2019.pdf). Acesso em: 25 nov. 2021.

ISENBERG, S. R. *et al.* Going Home [Is] Just a Feel-Good Idea With No Structure: a qualitative exploration of patient and family caregiver needs when transitioning from hospital to home in palliative care. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 62, n. 3, p. e9-e19, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33631330/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

JACK, B. W. *et al.* A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial. **Annals of internal medicine**, Philadelphia, v. 150, n. 3, p. 178-187, 2009.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Transitions of Care: The need for collaboration across entire care continuum. **Hot Topics In Health Care**, [S.l.], v. 2, 2013.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Joint commission international accreditation: overview**. Oak Brook, 2010. Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/>. Acesso em: 14 out. 2021.

JUSTINO, E. T. *et al.* Cuidados paliativos en la atención primaria a la salud: scoping review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, p. 1-11, 2020.

KANAAN, A. O. *et al.* Adverse Drug Events After Hospital Discharge in Older Adults: Types, Severity, and Involvement of Beers Criteria Medications. **Journal of the American Geriatrics Society**, [S.l.], v. 61, n. 11, p. 1894–1899, 2013

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, 2003.

KEEPING-BURKE, L. *et al.* Bridging the transition from hospital to home: effects of the VITAL telehealth program on recovery for CABG surgery patients and their caregivers. **Research in nursing & health**, [S.l.], v. 36, n. 6, p. 540-553, 2013.

KINSELLA, K.; TAEUBER, C. M. **An Aging World II: International Population Reports**. Washington: Us Gov Print Off Us Bur Census, 1992.

KLARARE, A. *et al.* Team interactions in specialized palliative care teams: a qualitative study. **Journal of palliative medicine**, [S.l.], v. 16, n. 9, p. 1062-1069, 2013.

KRIPALANI, S. *et al.* Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists. **Journal of Hospital Medicine**, [S.l.], v. 2, n. 5, p. 314-323, 2007.

LANNIN, N. A. *et al.* Feasibility and results of a randomised pilot-study of pre-discharge occupational therapy home visits. **BMC health services research**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 1-8, 2007.

LAVINSKY, A. E.; VIEIRA, T. T. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. **Acta scientiarum. Health sciences**, Maringa, v. 26, n. 1, p. 41-45, 2004.

LEMOS, C. F. P. *et al.* Avaliação do conhecimento em cuidados paliativos em estudantes durante o curso de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 41, n. 2, p. 278-282, 2017.

LIMA, M. L. F.; REGO, S. T. A.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Processo de toma de decisão en los cuidados de fin de vida. *Revista Bioética*, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 31-39, 2015.

LIMA, A. B. L.; CHICONE, M. C. O impacto da pandemia na saúde e vida diária do idoso.

**Anais do Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 1-2, 2020. Disponível em:  
<http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/congressogeriatría/article/view/2674>. Acesso em: 23 set. 2021.

LIMA, L. *et al.* International association for hospice and palliative care position statement: euthanasia and physician-assisted suicide. **Journal of palliative medicine**, Larchmont, v. 20, n. 1, p. 8 -14, 2017.

MACDONALD, A.; ARMSTRONG, L. The contribution of speech and language therapy to palliative medicine. In: MACDONALD, A.; ARMSTRONG, L. **Oxford Textbook Of Palliative Medicine**. 3. ed. Oxford: Oxford University Press, 2004. p. 1057-1063.

MACIEL, M. G. S. Organização de serviços de cuidados paliativos. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. [S.l.], ANCP, 2012. p. 94-110.

MACIEL, M.G. S. Definições e princípios. **Cuidado paliativo**, v. 15, 2008.

MAIA, F. O. M. **Vulnerabilidade e envelhecimento: panorama dos idosos residentes no município de São Paulo-Estudo SABE**. 2011. 194f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

MARCHI, J. A. *et al.* Significado de ser-cuidador de familiar com câncer e dependente: contribuições para a palição. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 1-8, 2016. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/tce/a/tTpNTfdBCmpkvKSL4TdgQTF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 maio 2021.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. V. **Fundamentos de metodologia científica**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

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.

MARQUES, L. F. G. **Uso de medicamentos e a segurança do paciente na interface entre hospital, atenção básica e domicílio**. 2013. 198f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

MARTINS, S. B. *et al.* Percepções de cuidadores familiares sobre o uso da hipodermóclise no domicílio. **Enfermería Actual**, Costa Rica, n. 38, p. 103-120, 2020.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. [S.l.], ANCP, 2012.

MAYRING, P. **Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution**. [S.l.], 2014. Disponível em:  
[https://www.researchgate.net/publication/266859800\\_Qualitative\\_content\\_analysis\\_-](https://www.researchgate.net/publication/266859800_Qualitative_content_analysis_-)

\_theoretical\_foundation\_basic\_procedures\_and\_software\_solution. Acesso em: 15 out. 2021.

MELO, T. M.; RODRIGUES, I. G.; SCHMIDT, D. R. C. Caracterização dos cuidadores de pacientes em cuidados paliativos no domicílio. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S.l.], v. 55, n. 4, p. 365-374, 2009.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Saúde debate**, Osasco, v. 52, p. 38-49, 2014.

MENDES, E. C. *et al.* **Cuidados paliativos e câncer: uma questão de direitos humanos, saúde e cidadania**. 2017. Tese 266 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

MENDES, J. M. R. *et al.* Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 331-344, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 408p.

MONTEIRO, F. L. R. *et al.* Atuação da equipe multiprofissional em cuidados paliativos oncológicos na assistência domiciliar ao paciente e seus familiares. **Brazilian Journal of Development**, [S.l.], v. 6, n. 5, p. 31203-31216, 2020.

MOURA, I. M. S. *et al.* A Qualidade de vida para o idoso em Cuidados Paliativos Oncológicos: Contribuições da Enfermagem Gerontológica. **Revista Kairós-Gerontologia**, [S.l.], v. 20, p. 293-305, 2017.

NEVES, L. M. L.; GOUVÊA, M. V.; SOUZA, E. E. F. Cuidados paliativos oncológicos ou cuidados ao fim de vida? O desafio de uma equipe multiprofissional. **Saúde em Redes**, [S.l.], v. 6, n. 3, p. 25-37, 2020.

OLARIO, P. *et al.* Desospitalização em cuidados paliativos: perfil dos usuários de uma unidade no rio de janeiro/brasil. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 23, n. 2, p. e53787, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/53787/pdf>. Acesso em: 23 maio 2021.

OLIVEIRA, B. C.; GARANHANI, M. L.; GARANHANI, M. R. Cuidador de pessoa com acidente vascular encefálico: necessidades, sentimentos e orientações recebidas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 43-49, 2011.

OLIVEIRA, A. J. *et al.* Atuação das equipes de atenção domiciliar nos cuidados paliativos. **Percurso Acadêmico**, Belo Horizonte, v. 9, n. 18, p. 71-90, 2019.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La Renovación de la Atención Primaria de Salud em las Américas**. Geneva, WHO, 2005. Disponível em:

[https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion\\_Atencion Primaria\\_Salud\\_Americas-OPS.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf). Acesso em: 15 nov. 2021.

OLIVEIRA, A. J. *et al.* Atuação das equipes de atenção domiciliar nos cuidados paliativos. **Percorso Acadêmico**, Belo Horizonte, v. 9, n. 18, p. 71-90, 2019.

PALMEIRA, H. M.; SCORSOLINI-COMIN, F.; PERES, R. S. Cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa da literatura científica. **Aletheia**, Canoas, n. 35-36, p. 179-189, 2011.

PASTRANA, T. *et al.* **Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica 2020**. 2021. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/recursos/publicaciones/atlas-de-cuidados-paliativos-de-latinoamerica/>. Acesso em: 15 mar. 2021.

PESSALACIA, J. D. R.; ZOBOLI, E. L. C. P.; RIBEIRO, I. K. Equidade no acesso aos cuidados paliativos na atenção primária à saúde: uma reflexão teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, São João Del Rei, v. 6, n. 1, p. 2119-2139, 2016.

PESSALACIA, J. D. R.; ZOBOLI, E. L. C. P.; SILVA, A. E. **Cuidados paliativos na atenção primária à saúde**. Curitiba: Editora Prismas, 2017. 298p.

PESSINI, L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. **Prática Hospitalar**, [S.l.], v. 41, p. 107-112, 2005.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Espiritualidade e cuidados paliativos. *In*: MORITZ, R. D. **Conflitos bioéticos do viver e do morrer**. Brasília: CFM, 2011. p. 25-40.

PEREIRA, C. P. *et al.* Fragilidades e potencialidades da equipe multiprofissional no desenvolvimento dos cuidados paliativos em Unidade de Terapia Intensiva. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 10, n. 9, p. e22210917989, 2021. Disponível em: [https://redib.org/Record/oai\\_articulo3363522-fragilidades-e-potencialidades-da-equipe-multiprofissional-desenvolvimento-dos-cuidados-paliativos-em-unidade-de-terapia-intensiva](https://redib.org/Record/oai_articulo3363522-fragilidades-e-potencialidades-da-equipe-multiprofissional-desenvolvimento-dos-cuidados-paliativos-em-unidade-de-terapia-intensiva). Acesso em: 15 out. 2021.

PINTO, M. Fernanda *et al.* Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 652-657, 2009.

POUPART, J. P. *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológico e metodológico**. 2. ed. Petrópolis: Vozes. 2010. 464p.

PRADO, R. T. *et al.* Communication in the management of the nursing care before the death and dying process. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, 2019.

PRADO, S. D.; SAYD, J. D. A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 491-501, 2006.

PULGA, G. *et al.* O trabalho da equipe multidisciplinar na melhoria da qualidade de vida de pacientes em estágio terminal com foco nos cuidados paliativos. **Unoesc & Ciência-ACBS**, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 163-168, 2019.

PY, L. *et al.* Cuidados paliativos e cuidados ao fim da vida na velhice. **Geriatrics & Gerontology**, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 90-106, 2010.

REIS, K. M. C. **O cuidado paliativo baseado no conforto**. 2021. 221f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2021.  
RIBEIRO, A. F.; SOUZA, C. A. O cuidador familiar de doentes com câncer. **Arq ciênc saúde**, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 22-6, 2010.

RODRIGUES, M. S. D. Fadiga por compaixão em profissionais de enfermagem no contexto dos cuidados paliativos: revisão de escopo. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 25, p. 1-13, 2021. Disponível em:  
<https://cdn.publisher.gn1.link/remee.org.br/pdf/e1386.pdf>. Acesso em: 15 out. 2021.

ROLDÁN-CHICANO, M. T. *et al.* Validación del cuestionario CTM-3-modificado sobre satisfacción con la continuidad de cuidados: un estudio de cohortes. **Aquichan**, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 9-19, 2018.

SALETTI-CUESTA, L. *et al.* Understanding patient and relative/carer experience of hip fracture in acute care: a qualitative study protocol. **International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing**, [S.l.], v. 25, p. 36-41, 2017.

SANT'ANNA, S. R. S.; HENNINGTON, E. A. Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.l.], v. 6, supl.1, p. 223-244, 2011.

SANTOS, A. F. J.; FERREIRA, E. A. L.; GUIRRO, U. B. P. **Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019**. [S.l.]: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2020. Disponível em:  
[https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS\\_2019\\_final\\_compressed.pdf](https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf). Acesso em: 15 set. 2021.

SANTOS, B. C. *et al.* A percepção dos enfermeiros de um hospital geral sobre os cuidados paliativos. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 6, p. 2288-2293, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23389>. Acesso em: 23 nov. 2021.

SANVEZZO, V. M. S.; MONTANDON, D. S.; ESTEVES, L. S. F. Instrumentos de avaliação de funcionalidade de idosos em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Brasília, v. 21, n. 5, p. 604-615, 2018.

SCHAEFER, F. A importância da implantação dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 26-50, 2020.

SCHILLER, C. *et al.* Words of wisdom—patient perspectives to guide recovery for older adults after hip fracture: a qualitative study. **Patient preference and adherence**, Auckland, v. 9, p. 57, 2015.

SEIBERT, D.; MANGINI, F. R. N.; KOCOUREK, S. Alta social como dispositivo de proteção integral na saúde: contribuições do serviço social. **Barbarói**, [S.l.], v. 1, n. 53, p. 272-290, 2019. Disponível em:  
<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/13716>. Acesso em: 23 mar. 2021.

SEIXAS, C. T. *et al.* Experiências de atenção Domiciliar em saúde no mundo: lições para o caso brasileiro. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar**, Brasília, p. 17, 2014. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/atencao\\_domiciliar\\_sus.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/atencao_domiciliar_sus.pdf). Acesso em: 15 maio 2021.

SEVALHO, G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 177-188, 2017.

SHEINER, L. **The effects of technology on the age distribution of health spending: a cross-country perspective**. 2004. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/5034963\\_The\\_Effects\\_of\\_Technology\\_on\\_the\\_Age\\_Distribution\\_of\\_Health\\_Spending\\_A\\_Cross-Country\\_Perspective](https://www.researchgate.net/publication/5034963_The_Effects_of_Technology_on_the_Age_Distribution_of_Health_Spending_A_Cross-Country_Perspective). Acesso em: 15 out. 2021.

SIDI, P.; CONTE, E. A hermenêutica como possibilidade metodológica à pesquisa em educação. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 12, n. 4, p. 1942-1954, 2017.

SILVA, D. M. *et al.* **O cotidiano de trabalho de profissionais da estratégia saúde da família na atenção à saúde do idoso**. 2018. 133f. Tese (Doutorado em: Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

SILVA, K. L. *et al.* Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 11, p. 166-176, 2010.

SILVA, K. L.; SENA, R. R.; CASTRO, W. S. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, p. 1-9, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/6PDdDj7TnQnrzS6tnnKWJdh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 maio 2021.

SILVEIRA, N. R. *et al.* Cuidado paliativo e enfermeiros de terapia intensiva: sentimentos que ficam. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 6, p. 1074-1081, 2016.

SILVEIRA, M. H.; CIAMPONE, M.H. T.; GUTIERREZ, B. A. O. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 7-16, 2014.

SIMÃO, V. M.; MIOTO, R. C. T. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. **Saúde em debate**, [S.l.], v. 40, n. 108, p. 156-169, 2016.

SIQUEIRA, K. M.; BARBOSA, M. A.; BOEMER, M. R. O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns desvelamentos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 605-611, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Vamos falar de Cuidados Paliativos**. Brasil: 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>. Acesso em: 15 set. 2021.

SOUSA, A. D. R. S.; SILVA, L. F.; PAIVA, E. D. Nursing interventions in palliative care in Pediatric Oncology: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 2, p. 531-540, 2019.

TAKAKI, C. Y. I.; KLEIN, G. F. S. Hipodermóclise: o conhecimento do enfermeiro em unidade de internação. **ConScientiae Saúde**, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 486-496, 2010.

TAQUEMORI, L. Y.; SERA, C. T. N. Interface intrínseca: equipe multiprofissional. **In: Cuidado paliativo**, p. 55, 2008. (Enfermagem :Maria Júlia Paes da Silva, Monica Trovo Araújo e Flávia Firmino).

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world**. [S.l.:s.n.], p. 71, 2015. Disponível em: <https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>. Acesso em: 14 out. 2021.

TRAJKOVSKI, S. *et al.* Neonatal nurses' perspectives of family-centred care: a qualitative study. **Journal of Clinical Nursing**, [S.l.], v. 21, n. 17-18, p. 2477-2487, 2012.

TRITANY, É. F.; FRANCO, T. B.; MENDONÇA, P. E. X. Panorama da produção científica sobre Cuidados Intermediários e Hospitais Comunitários: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 129, p. 481-500, 2021.

TRITANY, E. F.; SOUZA, B. A. B.; MENDONÇA, P. E. X. Fortalecer os Cuidados Paliativos durante a pandemia de Covid-19. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, sup. 1, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/KzYVJwppxwW4HFfBSgrjwWJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 out. 2021.

TROMPETER, J. M. *et al.* Medication Discrepancies during Transitions of Care: A Comparison Study. **Journal for Healthcare Quality**, [S.l.], v. 13, p 1-7, 2014.

TURATO, E. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507- 514. 2005.

UGARTE, O. A. **Contexto normativo dos cuidados paliativos no SUS**. 2014. 44f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasília, 2014.

UTZUMI, F. C. *et al.* Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 2, p. e4250016, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/zxmJdNC6gXQVYZxmDVrkvpb/?lang=pt>. Acesso em: 23 nov. 2021.

VARGAS, M. A. O. *et al.* Ressignificando o cuidado em uma unidade especializada em cuidados paliativos: uma realidade possível?. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 637-645, 2013.

VASCONCELOS, A. A. *et al.* **Cuidados Paliativos: aspectos jurídicos**. [S.l.]: Editora Foco, 2021.

VASCONCELOS, G. B.; PEREIRA, P. M. Cuidados paliativos em atenção domiciliar: uma revisão bibliográfica. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 18, n. 70, 2018. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/85/112>. Acesso em: 23 out. 2021.

VASCONCELLOS, J. F. *et al.* Desospitalização para cuidado domiciliar: impactos clínico e econômico da linezolida. **J Bras Econ Saúde**, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 110-5, 2015.

VELLOSO, I. S. C.; CECI, C.; ALVES, M. Reflexões sobre relações de poder na prática de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p.388-391, jun. 2010. Trimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/26.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2022.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018.

WEBER, L. A. F. *et al.* Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare enfermagem**. Curitiba. v. 22, n. 3, p. e47615, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47615>. Acesso em: 15 jul. 2021.

WERNER, S. M. **Proposta de um modelo de gestão para alta hospitalar baseado na abordagem Lean**. 2017. 173f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

WIEGAND, B. B.; MEIRELLES, J. M. L. Desospitalização e cuidados paliativos domiciliares no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Revista de Filosofia Moderna e Contemporânea**, [S.l.], v. 14, n. esp., p. 66-66, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer pain relief and palliative care**. Geneva, 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med.**, [S.l.], v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Home-Based Long-Term Care: Report of a WHO Study Group**. Geneva, 2000.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Better palliative care for older people: Europe**. 2004. Disponível em: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0009/9\\_8235/E82933.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/9_8235/E82933.pdf). Acesso em: 23 maio 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Knowledge into Action Palliative Care: cancer control**. Geneva, 2007. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44024/9241547345\\_eng.pdf;jsessionid=C3E11870D89E18DAED6CE04DC7C0D0FF?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44024/9241547345_eng.pdf;jsessionid=C3E11870D89E18DAED6CE04DC7C0D0FF?sequence=1). Acesso em: 10 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2008: Primary Health Care, now more than ever.** Geneva, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ensuring balance in national policies on controlled substances:** guidance for availability and accessibility of controlled medicines. Geneva, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Organization definition of palliative care.** Geneva, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Atlas of Palliative Care at the end of life.** Londres: WPCA, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative Care—Fact Sheet No. 402.** Geneva, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Transitions of Care:** Technical Series on Safer Primary Care. Geneva, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf>. Acesso em: 14 maio 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer Control: Knowledge Into Action: Guide for** Geneva, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics overview 2019:** monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva, 2019.

WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global Atlas of Palliative Care.** 2. ed. Geneva, 2020 2021. Disponível em: <https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>. Acesso em: 15 nov. 2021.

WATSON, M. *et al.* (ed.). **Oxford handbook of palliative care.** Oxford: Oxford University Press, 2019.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZADEH, R. S. *et al.* Strategies to improve quality of life at the end of life: interdisciplinary team perspectives. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**, [S.l.], v. 35, n. 3, p. 411-416, 2018.

ZEM-MASCARENHAS, S. H.; BARROS, A. C. T. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 45-54, 2009. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/26598166\\_O\\_cuidado\\_no\\_domicilio\\_a\\_visao\\_da\\_pessoa\\_dependente\\_e\\_do\\_cuidador](https://www.researchgate.net/publication/26598166_O_cuidado_no_domicilio_a_visao_da_pessoa_dependente_e_do_cuidador). Acesso em: 14 maio 2021.



## **APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezado (a), Convidamos você a participar da pesquisa intitulada “Transição de cuidados paliativos à pessoa idosa do ambiente hospitalar para a atenção primária à saúde: resolubilidade e efetividade da organização dos cuidados paliativos no âmbito do SUS”, sob coordenação da Prof<sup>a</sup>. Isabela Silva Cancio Velloso da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. A pesquisa tem como objetivo analisar resolubilidade e efetividade das diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde, no que tange à transição do cuidado paliativo à pessoa idosa do hospital para a Atenção Primária à Saúde. Sua participação na pesquisa consistirá em participar de entrevistas individual e coletiva (grupo focal) e, se não quiser, não é obrigado a participar. Se concordar em participar, tanto a entrevista individual quanto a coletiva serão gravadas em equipamento de áudio e o material será utilizado exclusivamente para essa pesquisa. Ainda será utilizada a observação do cotidiano de cuidado como ferramenta de obtenção de dados. O pesquisador observará o cotidiano que envolve o cuidado paliativo (recursos disponíveis, procedimentos realizados, sujeitos envolvidos, dificuldades enfrentadas, etc.), no ambiente hospitalar e no domicílio da pessoa idosa, ouvindo o que é dito e solicitando o esclarecimento de eventuais dúvidas. O objetivo desse procedimento é compreender o dia a dia desse tipo de cuidado, identificando sua forma de organização, dificuldades e potencialidades para sua operacionalização. A entrevista se realizará de forma presencial ou remota, por meio de plataforma digital e em horário pré-estabelecido pelo entrevistado. Caso sejam realizadas pessoalmente, acontecerão em seu local de trabalho, em sala reservada. Destaca-se que todos os cuidados sanitários serão tomados para a realização das entrevistas presencialmente (utilização de máscaras, distanciamento de um metro entre o participante e as pesquisadoras além da correta higienização das mãos com álcool gel ou água e sabão). A pesquisadora fornecerá máscara e álcool gel caso os participantes não possuam. Caso as entrevistas sejam realizadas via plataforma online, a pesquisadora garantirá a privacidade do local onde se encontrará para a realização da entrevista. Para se garantir a confiabilidade das informações, as entrevistas serão gravadas, com permissão prévia, transcritas na íntegra e os dados registrados serão arquivados, seguramente pela pesquisadora por um período mínimo de cinco anos. Seu nome não será divulgado ou conhecido por outras pessoas que não trabalham na pesquisa. Você correrá o risco de sentir-se desconfortável ou incomodado com a entrevista ou com a presença e observação do investigador. No entanto, poderá retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. Ao participar desta pesquisa, você não terá nenhum benefício direto, mas esperamos que o conhecimento produzido a partir dela possa contribuir para mudanças na organização dos cuidados paliativos em diferentes níveis de atenção à saúde, promovendo integralidade da atenção. Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você terá esclarecimento sobre qualquer aspecto do estudo que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, e a outra será entregue a você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores

tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos. Uma via do TCLE será enviada ao Sr (a) por e-mail e, caso não possua, será postado no seu endereço residencial informado nesta ligação. Essas informações também serão sigilosas e de posse apenas do pesquisador. Elas serão apagadas após envio do TCLE.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui informado(a) dos objetivos da pesquisa Transição de cuidados paliativos à pessoa idosa do ambiente hospitalar para a atenção primária à saúde: resolubilidade e efetividade da organização dos cuidados paliativos no âmbito do SUS, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via e-mail deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Local/data: \_\_\_\_\_ Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Eu, (*nome do pesquisador*), declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto para o participante.

Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP) pode ser contatado em caso de dúvidas éticas.

Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Belo Horizonte. Tel: (031) 3409-4592. E-mail: coep@prpq.ufmg.br Contato do pesquisador responsável: Isabela Silva Cancio Velloso. Email: isavelloso@ufmg.br Telefone: (031) 3409-9180. Universidade Federal de Minas Gerais, Avenida Alfredo Balena, 190, sala 516, Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte.

## ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Transição de cuidados paliativos à pessoa idosa do ambiente hospitalar para a atenção primária à saúde

**Pesquisador:** Isabela Silva Cancio Velloso

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 37611120.4.0000.5149

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.864.961

#### Apresentação do Projeto:

Trata da solicitação de emenda para o Projeto de Pesquisa intitulado "Transição de cuidados paliativos à pessoa idosa do ambiente hospitalar para a atenção primária à saúde", aprovado sob Parecer Consubstanciado número 4.487.11B. A Emenda se faz necessária pela necessidade de inclusão de instituição coparticipante na pesquisa e ampliação da estratégia de coleta de dados por meio virtual. Foram inseridos novos documentos na Plataforma Brasil para apreciação e validação.

O envelhecimento da população é hoje um fenômeno observado tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento. Esse aumento da expectativa de vida e conseqüente crescimento do índice de morbidade por doenças crônico-degenerativas configuram hoje, um dos maiores desafios para a saúde pública. Em 2006, foi instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) que como meta a atenção à saúde adequada e digna a todos os idosos brasileiros, com especial atenção àqueles, cujo processo de envelhecimento foi acompanhado por condições que imprimem limitações severas ao bem-estar do idoso. Assim, com uma população envelhecida que viverá e morrerá em condições mais complexas, a demanda por cuidados tende a aumentar, assim como o aumento da demanda por cuidados paliativos (CP). Os CP devem ser compreendidos como um direito básico dos indivíduos e um componente essencial da atenção integral e integrada ao longo da vida, inclusive no final da vida. Reconhecendo a necessidade de fortalecer e implantar políticas de cuidados paliativos no sistema de saúde, em todos os seus níveis, o Ministério da

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.864.981

Saúde publicou a Resolução nº41 que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos à luz dos cuidados continuados integrados no âmbito do SUS. No entanto, o que se observa é que a maior parte dos estudos relacionados aos CP têm se concentrado no ambiente hospitalar, os serviços que compõem a rede de atenção à saúde não são articulados e ainda prevalecem modelos curativistas e hospitalocêntricos, sendo necessários estudos que permitam ampliar o olhar do CP para além das instituições hospitalares, entendendo que esse tipo de cuidado precisa articular a Rede de Atenção à Saúde, para que o paciente seja atendido de forma integral. Para o desenvolvimento do estudo, será utilizado um método misto de caráter exploratório e descritivo, a ser aplicado em Unidade hospitalar e na Unidade Básica de Saúde (UBS), considerando a abrangência da cidade Belo Horizonte/Minas Gerais. A coleta dos dados quantitativos (secundário) envolverá sobre os atendimentos hospitalares e será aplicado um survey para conhecimento do perfil dos idosos. Para os dados qualitativos serão realizadas observação, entrevistas e grupo focal, seguindo roteiro semiestruturado a fim de agregar informações sobre os participantes e o contexto que estão inseridos a respeito do cuidado paliativo em idosos. Os dados quantitativos serão organizados em planilha Excel e tratados mediante análise estatística descrita com auxílio do software EPI.INFO e apresentados em tabelas de frequência e valores absolutos (n) e percentuais (%). A análise de dados da etapa qualitativa será realizada mediante Análise de Discurso (AD) com o auxílio do software ATLAS.ti para organização dos dados. Participarão do estudo idosos em cuidado paliativo, familiares, cuidadores formais e informais e profissionais da saúde envolvidos no cuidado paliativo desses idosos.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### **Objetivos Primários**

Analisar resolubilidade e efetividade das diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde, no que tange à transição do cuidado paliativo à pessoa idosa do hospital para a Atenção Primária à Saúde.

##### **Objetivos Secundários:**

- Conhecer o perfil dos usuários idosos em cuidados paliativos de uma unidade de cuidados paliativos de um hospital;
- Compreender a prática da equipe de saúde na entrega do cuidado paliativo à pessoa idosa hospitalizada;
- Analisar o processo de desospitalização do idoso em cuidados paliativos;

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coepi@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.864.961

- Analisar o papel da Atenção Primária na desospitalização do paciente idoso em cuidados paliativos;
- Compreender a prática da equipe de saúde na entrega do cuidado paliativo à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde;
- Descrever as dificuldades e potencialidades da operacionalização do cuidado paliativo da pessoa idosa no nível da Atenção Primária à Saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos identificados no desenvolvimento da pesquisa são mínimos e referem-se a possíveis desconfortos devido ao caráter interacional da coleta de dados.

O estudo poderá trazer benefícios para a Rede de Atenção à Saúde no que diz respeito aos cuidados paliativos em diferentes níveis de atenção à saúde, promovendo integralidade da atenção.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

As unidades de saúde condicionaram sua anuência à aprovação do CEP.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta TCLEs modificados: TCUD, informando que a autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Carta resposta ao CEP: as instituições condicionam sua anuência à aprovação do CEP.

Anuência do Hospital Risoleta Tolentino Neves.

As demais documentações exigidas pelas instituições serão providenciadas após parecer do CEP.

**Recomendações:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores:

Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005  
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.864.981

notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final)

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O pesquisador anexou o TCUD e o modelo de carta de anuência, TCLEs modificados. Portanto, aprova-se o protocolo.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_177324_3_E1.pdf	10/06/2021 23:08:19		Aceito
Outros	Carta_Anuencia.pdf	10/06/2021 23:05:31	SAMARA SALOME DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_completo_.pdf	10/06/2021 22:59:19	SAMARA SALOME DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Emenda.pdf	10/06/2021 22:52:03	SAMARA SALOME DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO.pdf	10/06/2021 22:44:09	SAMARA SALOME DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo.pdf	06/12/2020 18:10:42	Isabela Silva Cancio Velloso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCUD.pdf	06/12/2020 18:06:55	Isabela Silva Cancio Velloso	Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	04/12/2020 13:23:15	Isabela Silva Cancio Velloso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	Carta_de_anuencia.pdf	04/12/2020 13:19:55	Isabela Silva Cancio Velloso	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005  
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.864.961

Justificativa de Ausência	Carta_de_anuencia.pdf	04/12/2020 13:19:55	Isabela Silva Cancio Velloso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLs.pdf	04/12/2020 13:14:58	Isabela Silva Cancio Velloso	Aceito
Outros	SEI_UFGM_Aprov_Ad_Referendum.pdf	09/09/2020 16:38:12	Isabela Silva Cancio Velloso	Aceito
Outros	SEI_UFGM_0246218_Parecer.pdf	09/09/2020 16:36:01	Isabela Silva Cancio Velloso	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_PB_assinada.pdf	09/09/2020 10:04:18	Isabela Silva Cancio Velloso	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 24 de Julho de 2021

Assinado por:

Crissia Carem Paiva Fontainha  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad B1 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

## ANEXO B – PARECER DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM APLICADA

04/09/2020

SEI/UFMG - 0246218 - Parecer



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM APLICADA

**PARECER Nº** 10/2020/ENFERMAGEM-ENA  
**PROCESSO Nº** 23072.226090/2020-71

### PARECER

**Nome do Projeto de Pesquisa:** Transição de cuidados paliativos à pessoa idosa do ambiente hospitalar para a Atenção Primária à Saúde: resolubilidade e efetividade da organização dos cuidados paliativos no âmbito do SUS.

**Interessado:** Profa. Isabela Cância Velloso

**Instituição responsável:** Escola de Enfermagem da UFMG

**Relatora:** Profa. Maria José Menezes Brito

**Área Temática:** Área de Conhecimento Ciências da Saúde

### Histórico

Recebi em 04 de setembro de 2020 o projeto supracitado, enquanto professora do Departamento de Enfermagem Aplicada - ENA, para análise e emissão de parecer.

**Justificativa:** O envelhecimento da população é hoje um fenômeno observado tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento. O aumento da expectativa de vida e o alto índice de morbidade por doenças crônico-degenerativas configuram hoje um dos maiores desafios para a saúde pública. Em 2006, foi instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) que como meta a atenção à saúde adequada e digna a todos os idosos brasileiro, com especial atenção àqueles cujo processo de envelhecimento foi acompanhado por condições que imprimem limitações severas ao bem-estar do idoso. Assim, com uma população envelhecida que viverá e morrerá em condições mais complexas, a demanda por cuidados tende a aumentar, assim como o aumento da demanda por cuidados paliativos (CP). Os CP devem ser compreendidos como um direito básico dos indivíduos e um componente essencial da atenção integral e integrada ao longo da vida, inclusive no final da vida. Reconhecendo a necessidade de fortalecer e implantar políticas de cuidados paliativos no sistema de saúde, em todos os seus níveis, o Ministério da Saúde publicou a Resolução nº41 que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos à luz dos cuidados continuados integrados no âmbito do SUS. No entanto, o que se observa é que a maior parte dos estudos relacionados aos CP têm se concentrado no ambiente hospitalar, os serviços que compõem a rede de atenção à saúde não são articulados e ainda prevalecem modelos curativistas e hospitalocêntricos, sendo necessário estudos que permitam ampliar o olhar do CP para além das instituições hospitalares, entendendo que esse tipo de cuidado precisa articular a RAS para que o paciente seja atendimento de forma integral.

**Objetivo geral:** Analisar resolubilidade e efetividade das diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde, no que tange à transição do cuidado paliativo à pessoa idosa do hospital para a Atenção Primária à Saúde

**Objetivos específicos:** a) Conhecer o perfil dos usuários idosos em cuidados paliativos de uma unidade de cuidados paliativos de um hospital; b) Compreender a prática da equipe de saúde na entrega do cuidado paliativo à pessoa idosa hospitalizada; c) Analisar o processo de desospitalização do idoso em cuidados

paliativos; d) Analisar o papel da Atenção Primária na Desospitalização do paciente idoso em cuidados paliativos; e) Compreender a prática da equipe de saúde na entrega do cuidado paliativo à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde; f) Descrever as dificuldades e potencialidades da operacionalização do cuidado paliativo da pessoa idosa no nível da Atenção Primária à Saúde.

### **Materiais e Métodos**

**Tipo de estudo:** trata-se de um método misto de caráter exploratório e descritivo.

**Local do estudo:** Unidade hospitalar e a Unidade Básica de Saúde (UBS), considerando a abrangência da cidade Belo Horizonte/Minas Gerais.

**Coleta de dados:** A coleta de dados será delineada em etapa quantitativa e qualitativa. A Quantitativa envolverá a coleta de dados secundário sobre os atendimentos hospitalares e aplicação de um survey para conhecimento do perfil dos idosos. A qualitativa abrangerá a realização de observação, entrevistas e grupo focal, seguindo roteiro semiestruturado a fim de agregar informações sobre os participantes e o contexto que estão inseridos a respeito do cuidado paliativo em idosos.

**Análise dos resultados:** Os dados quantitativos serão organizados em planilha Excel e tratados mediante análise estatística descrita com auxílio do software EPI.INFO e apresentados em tabelas de frequência e valores absolutos (n) e percentuais (%). A análise de dados da etapa qualitativa será realizada mediante Análise de Discurso (AD) com o auxílio do software ATLAS.ti para organização dos dados.

**Amostra:** Os participantes serão idosos em cuidado paliativo, familiares, cuidadores formais e informais e profissionais da saúde envolvidos no cuidado paliativo desses idosos.

**Crítérios de inclusão:** Os critérios de inclusão dos participantes serão idosos acima de 60 anos e estar em cuidado paliativo, residir em Belo Horizonte, ter condições de responder o questionário, sendo aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para pacientes com déficit cognitivo, e disponibilidade e interesse para participar. Já os familiares, cuidadores e profissionais da saúde deverão ter acima de 18 anos e terem disponibilidade e interesse para participarem.

**Crítérios de exclusão:** Pessoas que discordarem em participar do estudo.

**Riscos:** Os riscos da pesquisa identificados no desenvolvimento da pesquisa são mínimos e referem-se a possíveis desconfortos devido ao caráter interacional da coleta de dados.

**Benefícios:** O projeto trará benefícios para a Rede de Atenção à Saúde no que diz respeito aos cuidados paliativos em diferentes níveis de atenção à saúde, promovendo integralidade da atenção.

**Questões éticas:** O projeto menciona o respeito à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a necessidade de assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes e os esclarecimentos aos participantes quantos aos riscos e benefícios e a natureza voluntária de sua participação.

**Cronograma:** O cronograma do projeto propõe a sua realização no prazo de 24 meses.

**Orçamento:** A pesquisa será submetida à edital PPSUS/FAPEMIG a fim de captar os recursos para custeio do projeto.

**Mérito:** Analisar a resolubilidade e efetividade das diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde, no que tange à transição do cuidado paliativo à pessoa idosa do hospital para a Atenção Primária à Saúde poderá trazer benefícios para o sistema e saúde brasileiro e para a população. Cabe salientar que a coordenadora do projeto possui pesquisas e publicações na área temática da presente proposta, além de atuar na Pós-graduação da Escola de Enfermagem na orientação de projetos nessa linha.

### **Conclusão**

04/09/2020

SEI/UFMG - 0246218 - Parecer

Considerando que o estudo é relevante na área da Saúde, Gestão e Enfermagem, considerando a sua contribuição para o sistema de saúde e para a população, sou, salvo melhor juízo da Assembleia do ENA, favorável à aprovação do projeto de pesquisa "Transição de cuidados paliativos à pessoa idosa do ambiente hospitalar para a Atenção Primária à Saúde: resolubilidade e efetividade da organização dos cuidados paliativos no âmbito do SUS".

Belo Horizonte, 04 de setembro de 2020.

Profa. Maria José Menezes Brito

Membro da Assembleia Departamental



Documento assinado eletronicamente por **Maria Jose Menezes Brito, Professora do Magistério Superior**, em 04/09/2020, às 13:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Janaina Soares, Subchefe de departamento**, em 04/09/2020, às 15:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticação deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0246218** e o código CRC **E1EDF479**.

Referência: Processo nº 23072.226090/2020-71

SEI nº 0246218

## ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA



RGU ACO Ver. 08/2019

**Risoleta**  
Hospital Risoleta Tolentino Neves

### Carta de Anuência Setorial

Declaro conhecer o projeto de pesquisa intitulado TRANSIÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS À PESSOA IDOSA DO AMBIENTE HOSPITALAR PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RESOLUBILIDADE E EFETIVIDADE DA ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO ÂMBITO DO SUS, sob a responsabilidade da pesquisadora Isabela Silva Cândia Velloso, a ser executado no Hospital Risoleta Tolentino Neves.

Estou de acordo com a sua execução, desde que o projeto seja aprovado pelo NEPE (Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão).

  
Dr.<sup>a</sup> Mônica Aparecida Costa  
CRM-MG: 18.254 - CPF: 551.596.086-48  
Diretora Clínica  
HRTN / UNMG / FUNDEF

Mônica Aparecida Costa  
Diretora Assistencial  
Hospital Risoleta Tolentino Neves

Belo Horizonte, 06 de abril de 2021.

Hospital Risoleta Tolentino Neves  
Rua das Gabirobas, 01 Vila Clória CEP 31744-012 Belo Horizonte – MG  
Telefone (31) 3459-3200 Fax: 34593229

## ANEXO D – PARECER DE PROJETO DE PESQUISA – INSTITUCIONAL



RDU/ACD Vol. 06/2019

### PARECER DE PROJETO DE PESQUISA Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão (NEPE) Hospital Risoleta Tolentino Neves

Belo Horizonte, 10 de agosto de 2021.

#### Processo Nº04/2021

**Título do Projeto:** Transição de cuidados paliativos à pessoa idosa do ambiente hospitalar para a atenção primária à saúde: resolubilidade e efetividade da organização dos cuidados paliativos no âmbito do SUS.

**Equipe de pesquisadores:** Isabela Silva Câncio Velloso; Carolina da Silva Caram; Meiriele Tavares Araújo; Samara Salomé de Oliveira; Ana Marília Cunha Oliveira (Enfermagem/EE/UFGM); Veronica Tiscar (Escola de Enfermagem de Vitoria, Espanha); Holly Simonds-Brown – (MacEwan University, Canadá);

**Instituições envolvidas:** Hospital Risoleta Tolentino; Unidades Básicas de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais; Escola de Enfermagem de Vitoria, Espanha; MacEwan University, Canadá.

#### Parecer

A Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa e Extensão (CAPPE/HRTN) posiciona-se favoravelmente à realização do projeto de pesquisa no Hospital Risoleta Tolentino Neves.

A coleta de dados poderá ser iniciada após aprovação do projeto no CEP/UFGM.

**VIGÊNCIA DO PARECER:** Este Projeto tem validade de 05 (cinco) anos a partir da data do parecer final. O Relatório final das atividades com as publicações e produções científicas geradas a partir deste estudo deverá ser encaminhado ao NEPE após a conclusão do mesmo.

Rafael Calvão Barbuto

Coordenador do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão  
HRTN/FUNDEP/UFGM

