



Artículo Original

Percepções da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos e assistência ao paciente

Renata Silva Oliveira¹, Juliana da Silva Oliveira², Washington da Silva Santos³, Rudval Souza da Silva⁴, Daiane Brito Ribeiro⁵, Roberta Laíse Gomes Leite Morais⁶

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Brasil, <https://orcid.org/0000-0003-1177-8961>

² Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Brasil, <https://orcid.org/0000-0002-8233-5802>

³ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Brasil, <https://orcid.org/0000-0002-7775-3487>

⁴ Universidade do Estado da Bahia, Senhor do Bonfim, Brasil, <https://orcid.org/0000-0002-7991-8804>

⁵ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Brasil, <https://orcid.org/0000-0002-0987-3874>

⁶ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Brasil, <https://orcid.org/0000-0002-8804-4619>

Información del artículo

Recibido: 06-08-2025

Aceptado: 11-09-2026

DOI: 10.15517/jh02s183

Correspondencia

Renata Silva Oliveira

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

sorenata@outlook.com

RESUMO

Introdução: Com o aumento populacional e os avanços tecnocientíficos na área da saúde, as doenças crônicas não-transmissíveis e degenerativas tornaram-se crescentes. No entanto, os cuidados paliativos ainda são pouco integrados ao Sistema Único de Saúde, refletindo a baixa adesão desse serviço nos hospitais, além da escassez de profissionais qualificados para essa área, dificultando a assistência adequada aos pacientes.

Objetivo: Este estudo tem por objetivo descrever a percepção da equipe multiprofissional sobre o serviço de cuidados paliativos e a assistência aos pacientes em palição.

Métodos: Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa, realizado entre dezembro de 2022 e fevereiro de 2023, envolvendo a gestão, a equipe consultora e multiprofissional que estão envolvidas no atendimento aos pacientes em cuidados paliativos de um hospital do interior da Bahia. A análise foi conduzida pelo IRAMUTEQ, através da Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

Resultados: Partindo-se da ideia central sobre descrever a percepção da equipe multiprofissional sobre a implantação do núcleo de cuidados paliativos e a assistência aos pacientes em cuidados paliativos, após tratamento dos resultados, denominou-se as quatro classes em: desafios da atuação da equipe multiprofissional em cuidados paliativos; exclusão ou inclusão: onde cuidar?; implantação da comissão de cuidados paliativos: história contada pela equipe gestora e consultora; e o fazer: atuação da equipe multiprofissional em cuidados paliativos.

Conclusão: Identificaram-se desafios como a escassez de leitos exclusivos, falta de conhecimento por parte dos profissionais; igualmente a sobrecarga de trabalho enfrentada pela equipe consultora, dentre outros, acabam refletindo negativamente na qualidade e alcance do conceito inerentes aos CP.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Equipe de Assistência ao Paciente; Instituições de saúde.

RESUMEN

Percepciones del equipo multidisciplinario sobre cuidados paliativos y atención al paciente

Introducción: Con el crecimiento poblacional y los avances tecnológicos y científicos en el área de la salud, las enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas se han vuelto cada vez más comunes. Sin embargo, los cuidados paliativos aún están poco integrados en el Sistema Único de Salud, lo que se refleja en la baja utilización de este servicio en los hospitales, además de la escasez de profesionales cualificados en esta área, lo que dificulta brindar una asistencia adecuada a los pacientes.

Objetivo: Este estudio tiene como objetivo describir la percepción del equipo multidisciplinario sobre el servicio de cuidados paliativos y la asistencia a los pacientes en cuidados paliativos.

Métodos: Se trata de un estudio exploratorio descriptivo, con abordaje cualitativo, realizado entre diciembre de 2022 y febrero de 2023, que involucró al equipo directivo, consultor y multidisciplinario que actúa en la atención a pacientes en cuidados paliativos en un hospital del interior de Bahía. El análisis fue realizado mediante IRAMUTEQ, a través de la Clasificación Jerárquica Descendente (CJD).

Resultados: Con base en la idea central de describir la percepción del equipo multidisciplinario acerca de la implementación del centro de cuidados paliativos y la asistencia a los pacientes en cuidados paliativos, luego del tratamiento de los resultados, se denominaron cuatro clases: desafíos de la actuación del

equipo multidisciplinario en cuidados paliativos; exclusión o inclusión: ¿dónde cuidar?; implementación del comité de cuidados paliativos: historia contada por el equipo directivo y consultor; y haciendo: actuación del equipo multidisciplinario en cuidados paliativos.

Conclusión: Se identificaron desafíos como la escasez de camas exclusivas y la falta de conocimiento por parte de los profesionales. Asimismo, la sobrecarga de trabajo que enfrenta el equipo consultor, entre otros aspectos, termina reflejándose negativamente en la calidad y el alcance del concepto inherente a los cuidados paliativos.

Palabras clave: Cuidados paliativos; Equipo de atención al paciente; Instituciones de salud.

ABSTRACT

Perceptions of the multidisciplinary team regarding palliative care and patient care

Introduction: With population growth and technological and scientific advances in the health field, chronic non-communicable and degenerative diseases have become increasingly common. However, palliative care is still poorly integrated into the Unified Health System, reflecting the low utilization of this service in hospitals, in addition to the shortage of qualified professionals in this area, which makes it difficult to provide adequate care to patients.

Objective: This study aims to describe the perception of the multidisciplinary team regarding the palliative care service and the care provided to patients receiving palliative care.

Methods: This is an exploratory descriptive study with a qualitative approach, conducted between December 2022 and February 2023, involving the management team, consulting team, and multidisciplinary team involved in the care of patients receiving palliative care at a hospital in the interior of Bahia. The analysis was conducted using IRAMUTEQ through Descending Hierarchical Classification (DHC).

Results: Based on the central idea of describing the multidisciplinary team's perception regarding the implementation of the palliative care center and the care provided to patients receiving palliative care, four classes were identified after processing the results: challenges faced by the multidisciplinary team in palliative care; exclusion or inclusion: where to provide care?; implementation of the palliative care committee: the story as told by the management and consulting team; and practice: the role of the multidisciplinary team in palliative care.

Conclusion: Challenges were identified, including a shortage of dedicated beds and a lack of knowledge among professionals. In addition, the workload faced by the consulting team, among other factors, negatively affects the quality and scope of the concept inherent to palliative care.

Keywords: Palliative care; Patient Care Team; Health institutions.

INTRODUÇÃO

Estima-se que, anualmente, 56,8 milhões de pessoas careçam de cuidados paliativos (CP), abrangendo 25,7 milhões em fase terminal, o que reflete a elevada demanda global por esse tipo de assistência. No entanto, apenas cerca de 14% dos indivíduos que necessitam desses cuidados os recebem, evidenciando uma lacuna significativa no acesso, especialmente em países de baixa e

média renda, onde se concentra a maior parte dessa população.¹

Ressalta-se, ainda, que a demanda global por cuidados paliativos tende a aumentar progressivamente, impulsionada pelo envelhecimento populacional e pela crescente carga de doenças não transmissíveis, bem como de determinadas doenças transmissíveis.¹

No Brasil, aproximadamente, um milhão de mortes acontecem, sendo que mais de 650 mil

são oriundos das patologias de caráter crônico demandando uma maior necessidade dos serviços de atenção em CP. Porém a realidade é que, repetindo o que acontece a nível mundial, poucos pacientes são contemplados com essa assistência.² A saber, dentro de um comparativo entre 81 países, o Brasil ocupa a 79ª posição, sendo classificado como o terceiro pior país para morrer, demonstrando a fragilidade no que tange a ausência de recursos financeiros que priorize os CP.³

Reconhecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990 e reformulados em 2002, os CP visam promover qualidade de vida a pacientes com doenças crônicas e seus familiares.⁴ Conforme a Política de Cuidados Paliativos do Brasil, os CP consistem em ações para aliviar dor, sofrimento e outros sintomas em condições que ameaçam ou limitam a vida.⁵ Embora seu foco seja o cuidado integral ao longo de todo o processo saúde-doença, ainda são vistos, de modo geral, como cuidados exclusivos do fim da vida.⁶

O manejo do sofrimento ultrapassa o controle de sintomas físicos, incorporando dimensões psicossociais, emocionais e práticas, por meio de uma abordagem multidisciplinar — incluindo médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas, voluntários, entre outros — que também contempla orientação para o luto e apoio contínuo aos cuidadores.¹

Para atender a essa demanda, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil, por meio da Resolução nº 41/2018, dispõe que o serviço de CP deverá ser implementado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), como parte dos cuidados assegurados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, em todo âmbito de atendimento ao indivíduo, na atenção básica, domiciliar, hospitalar, ambulatorial, urgência e emergência.⁷

Dessa forma, é fundamental capacitar profissionais para oferecer CP adequados, com formação específica que aborde a complexidade

da dor, dos sintomas físicos e psicossociais.⁸ Também é essencial desenvolver habilidades de comunicação para tratar de prognósticos e apoiar pacientes e familiares. O cuidado ideal envolve toda a equipe multidisciplinar, promovendo uma abordagem holística.⁹

Embora as diretrizes nacionais e internacionais reforcem a importância de uma abordagem integral, centrada no paciente e em sua família, a oferta e a organização dos serviços de CP ainda apresentam desafios significativos nos diferentes níveis de atenção. Nesse contexto, a equipe multiprofissional desempenha papel fundamental na construção de um cuidado qualificado, humanizado e alinhado às necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais dos pacientes em palição.

No entanto, a efetividade dessa assistência depende diretamente da forma como os profissionais compreendem o serviço de cuidados paliativos, seus princípios, suas estratégias de atuação e suas potencialidades. Conhecer a percepção da equipe multiprofissional torna-se, portanto, um elemento crucial para identificar fragilidades, potencialidades, lacunas de formação e aspectos estruturais que influenciam o cuidado prestado. Tal compreensão, também permite subsidiar o aprimoramento dos processos de trabalho, fortalecer práticas colaborativas e orientar gestores na implementação de ações que promovam uma assistência mais qualificada e alinhada às necessidades reais dos usuários.

Nesse sentido, este estudo tem por objetivo descrever a percepção da equipe multiprofissional sobre o serviço de CP e a assistência aos pacientes em palição.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, no qual é possível entender relações, valores, atitudes, crenças, hábitos e representações, uma vez que, a partir desse conjunto de fenômenos, torna-se viável a

compreensão e interpretação da realidade.¹⁰ Adotou-se as diretrizes do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)¹¹ para construção do estudo.

A pesquisa foi realizada em um hospital público de referência regional no interior da Bahia, que atende mais de 600 mil habitantes de 27 municípios, oferecendo serviços de média e alta complexidade em diversas especialidades, além de contar com a Comissão de Cuidados Paliativos(CCP).¹² Participaram do estudo três grupos: gestores, equipe consultora de CP (médico, psicóloga, fisioterapeuta, enfermeira, fonoaudióloga e assistente social) e equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, psicólogo, farmacêutico, fonoaudiólogo e nutricionista), responsável pela assistência aos pacientes em CP na unidade.

Para a coleta de dados utilizou-se roteiro semiestruturado o qual foi previamente elaborado pelos pesquisadores. O roteiro foi submetido ao estudo piloto sendo realizado adequações necessárias. Assim, os instrumentos foram compostos por dois blocos, a saber: o primeiro relacionado à caracterização sociodemográfica e formação profissional; e o segundo composto por questões disparadoras, objetivando responder ao objetivo do estudo, como as metas e objetivos do Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP); como aconteceu a inclusão do serviço de NCP; qual é a função da equipe consultora, da equipe gestora e multiprofissional, entre outras.

Visando manter a fidedignidade dos dados, a pesquisadora recorreu a um gravador digital de áudio, utilizado a partir da permissão dos entrevistados através da assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), ficando uma via com o participante e outra com a pesquisadora. Estabeleceram-se os critérios de inclusão conforme grupos: de gestores, a condição de ser gestor, gerente ou coordenador da unidade

hospitalar; equipe consultora, fazer parte do grupo de profissionais integrantes da CCP; e para a equipe multiprofissional, profissionais de saúde que estavam atuando diretamente na assistência aos pacientes em CP, independentemente do tempo de atuação profissional, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, fonoaudiólogos ou nutricionistas. Como critérios de exclusão adotou-se: os profissionais que se encontravam de férias, licença prêmio, licença maternidade, atestado e que não estiveram na unidade durante o período da coleta de dados por quaisquer outros motivos.

A coleta de dados foi conduzida por uma única pesquisadora durante os meses de dezembro de 2022 a fevereiro de 2023, a qual não possuía contato prévio com os participantes do estudo. Após contato com a coordenação da unidade hospitalar, a qual forneceu os nomes dos profissionais conforme divisão dos grupos selecionados previamente, agendaram-se os encontros sendo realizados em uma sala privativa no próprio serviço, de modo a reduzir as interferências durante as entrevistas, as quais tiveram uma duração média de 12 minutos.

As entrevistas foram revisitadas pelas gravações e transcritas na íntegra no editor de texto *Word* 2016, mantendo a integridade e fidedignidade dos relatos, para que fossem finalmente organizadas em um corpus textual para a realização do tratamento dos dados. Visando preservar o anonimato dos participantes, estes foram identificados conforme grupo, seguido do número de sua entrada nesta pesquisa, assim denominadas: gestão (G1, G2...), equipe consultora (C1, C2...) e equipe multiprofissional (EM1, EM2...).

Para análise utilizou-se o *Software Interface de R pour les Analyses Multimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ). Neste estudo, adotou-se a classificação hierárquica descendente (CHD) para geração de um

dendograma, de onde emergiram quatro classes de categorias de discussão. O programa utiliza para a criação das classes de palavra o teste qui-quadrado (χ^2), que infere a associação entre as palavras e a sua respectiva classe sendo consideradas estatisticamente significante as palavras que apresentaram um $\chi^2 > 3,84$ e um p valor $< 0,05$.¹³

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), respeitando as questões éticas da Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

Foram realizadas 23 entrevistas: 3 com gestores, 5 com a equipe consultora e 16 com a equipe multiprofissional. A idade variou entre 25 e 58 anos (média = 38,09). A maioria se autodeclarou não branca (60,9%), possuía ensino superior completo (91,3%) e concluiu a

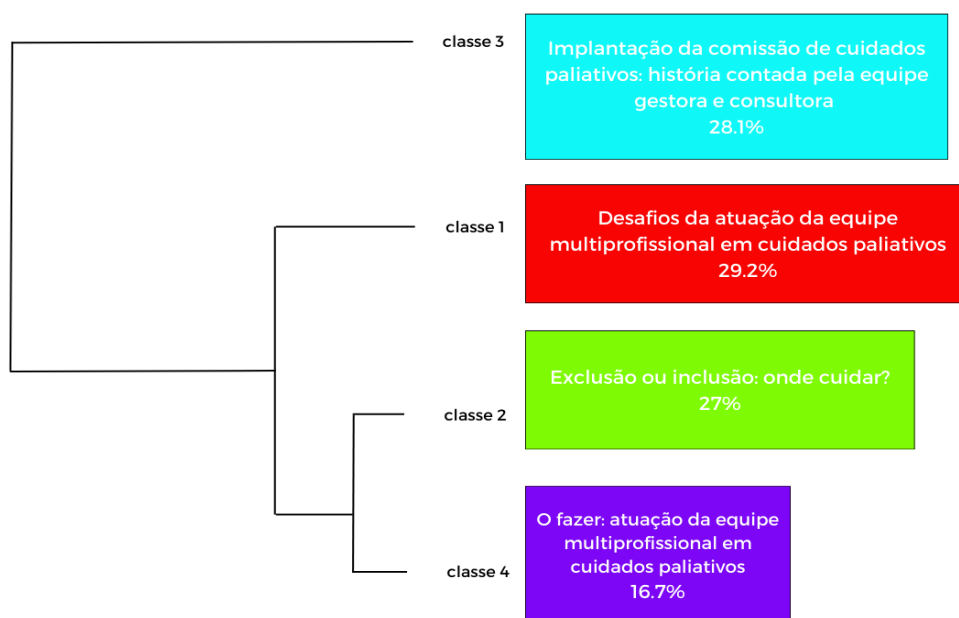
graduação há mais de 6 anos em instituição privada (60,9%). As profissões incluíram: enfermeiros (21,7%), fisioterapeutas, médicos e psicólogos (13% cada), nutricionistas, farmacêuticos e técnicos de enfermagem (8,7% cada), além de dentista, fonoaudiólogo e assistente social (4,3% cada).

Quanto ao perfil social, 73,9% residem em Jequié; 52,2% vivem com 3 a 5 pessoas; 56,5% têm companheiro(a) e filhos. Em relação à renda, 60,9% têm renda individual > 3 salários-mínimos e 91,3% renda familiar > 4 salários. A maioria atua no serviço há 1 a 5 anos (65,2%) e é estatutária (60,9%).

O corpus da pesquisa foi composto por 946 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 82,66% (782 ST), originando 32.827 ocorrências, das quais 1.877 são palavras distintas e 896 são hápax. A análise lexical gerou quatro classes temáticas: Classe 1 (29,16%), Classe 2 (26,98%), Classe 3 (28,13%) e Classe 4 (15,73%).

Figura 1

Dendograma com composição percentual das classes sobre a avaliação da implantação do núcleo de cuidados paliativos em um hospital regional do sudoeste da Bahia. Jequié, Bahia, Brasil, 2023.



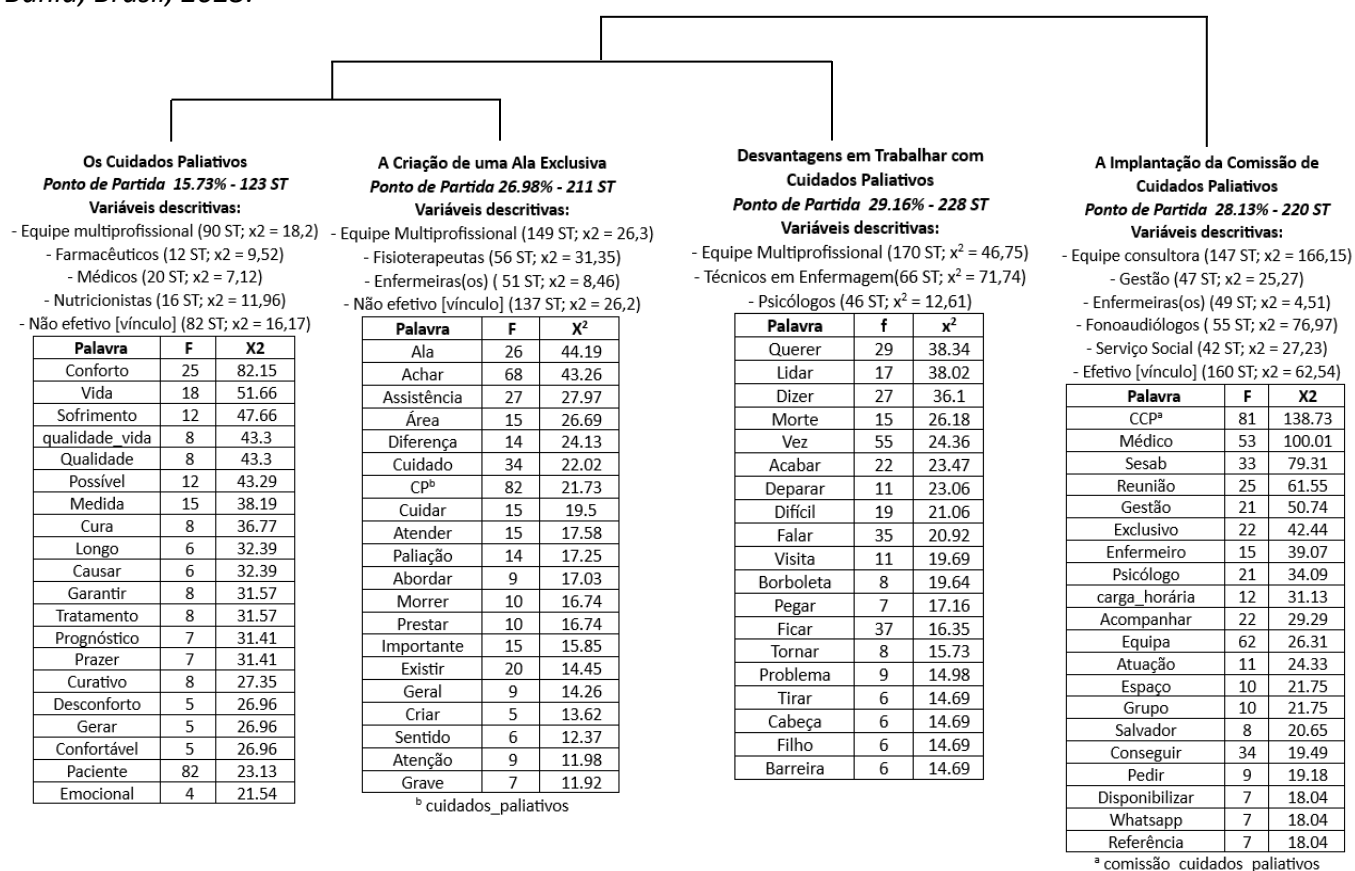
Fonte: Elaborado pelos autores.

A ordem de formação das classes pode ser visualizada no dendrograma (Figura 1), cuja análise indica que se faça a leitura de cima para baixo. As classes foram divididas em subcorpus A, que foi composto pela classe 3 denominado

de Comissão de Cuidados Paliativos: sob o olhar da equipe gestora e consultora e o subcorpus B denominado de A equipe multiprofissional e os cuidados paliativos que contém a classe 1, e as classes 2 e 4.

Figura 2

Dendrograma representativo com composição frequência e qui-quadrado das classes sobre a avaliação da implantação do núcleo de cuidados paliativos em um hospital regional do sudoeste da Bahia. Jequié, Bahia, Brasil, 2023.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Partindo-se da ideia central sobre descrever a percepção da equipe multiprofissional sobre a implantação do NCP e a assistência aos pacientes em CP, após tratamento dos resultados, denominou-se as classes: Classe 1: *Desafios da atuação da equipe multiprofissional em cuidados paliativos*, Classe 2: *Exclusão ou inclusão: onde cuidar?*, Classe 3:

Implantação da comissão de cuidados paliativos: história contada pela equipe gestora e consultora, e Classe 4: *O fazer: atuação da equipe multiprofissional em cuidados paliativos*.

Subcorpus A e Classe 3: Comissão de Cuidados Paliativos: sob o olhar da equipe gestora e consultora

Os segmentos de texto desta classe revelam como a gestão e a equipe consultora percebem o processo de implantação e funcionamento da CCP.

O subcorpus A, correspondente à Classe 3, reuniu 220 segmentos de texto (28,13%), com destaque para contribuições da equipe consultora (147 ST; $x^2 = 166,15$) e da gestão (47 ST; $x^2 = 25,27$). As palavras mais frequentes foram: Comissão de Cuidados Paliativos ($x^2 = 138,73$), médico, SESAB, reunião, gestão e exclusivo. A análise pela estrutura do dendrograma indicou um possível discurso vinculado mais fortemente ao vínculo estatutário, idade entre 34 e 58 anos, nível superior, formação em instituição pública e graduação há mais de seis anos nesta classe lexical, o que sugere um nicho discursivo específico dentre os participantes da pesquisa.

A criação da CCP pela SESAB, durante a pandemia, demonstra o compromisso com a ampliação e qualificação da assistência paliativa. *Com a pandemia, a SESAB conseguiu implantar uma CCP, e aí ela começou a construir um plano estadual de implantação. (...) O planejamento é mais a nível estadual da SESAB de lá pra cá, então é da gestão estadual. (C1)*

(...) montando esse pequeno grupo antes da CCP ser instalada, a gente já entrou em contato com alguns médicos e a gente tomava algumas medidas, mas sem formalidade nenhuma. Hoje já existe a CCP instalada e a SESAB nos assiste. (C3)

Para consolidar a implementação dos CP, a SESAB solicitou a formação de uma equipe consultora, prontamente aprovada pela gestão local. Foram definidos médico, assistente social, psicólogo e enfermeiro para compor a CCP; contudo, nem todos possuem carga horária exclusiva, o que os leva a dividir-se entre múltiplas demandas, comprometendo, em alguns

casos, a qualidade da assistência aos pacientes em CP.

E aí esses gestores da SESAB entraram em contato com a gestão aqui do hospital e exigiram um médico, um enfermeiro, uma assistente social e um psicólogo para implantar a CCP aqui (...) atualmente, a gente só tem a médica e a fisioterapeuta que são exclusivas da CCP (C1).

Observa-se que houve o apoio do NCP da SESAB na promoção da discussão tanto no âmbito da implantação como referente à assistência para a CCP. Nessa perspectiva, durante o processo de implementação, foram realizadas reuniões semanais envolvendo a equipe de gestão do hospital, a equipe consultora e membros do NCP, com o intuito de discutir os casos atendidos e elucidar as dúvidas dos profissionais concernentes às condutas adotadas, contribuindo para aquisição de novos conhecimentos e segurança para a atuação da referida comissão.

Tinha reunião semanal com o médico coordenador do NCP do estado. Eram discutidos pacientes daqui do hospital e eram definidas condutas. (...) Então, muitas vezes a reunião é pelo WhatsApp. Já fizemos por ligação telefônica e pessoalmente (...) além das reuniões que eles fazem com a gestão, eles fazem reuniões online também com essa CCP de Salvador. (C5)

Os dados produzidos pelos atendimentos são alimentados por um profissional da CCP e são passados para a SESAB, para que eles acompanhem em gráficos a quantidade de pacientes que a gente acompanha aqui. (C3)

Atualmente, a CPP não assume a coordenação direta dos cuidados de cada paciente, em vez disso, ela atua mais especificamente como um recurso de apoio, ou seja, fornecendo orientações e promovendo discussões sobre as condutas a serem adotadas

pelos equipos asistenciais em cada setor do hospital.

(...) nós acompanhamos, fazemos a avaliação dos pacientes que são elegíveis para cuidados paliativos e a partir daí, fazemos todo o acompanhamento (C5).

Subcorpus B: A equipe multiprofissional e os cuidados paliativos

A subcategoria B indicou 562 ST, significando 71.87% do corpus, distribuído entre as classes 1, 2 e 4, expressando as evocações descritas pela equipe multiprofissional, podendo ser observado a partir da frequência de quadrado em cada subgrupo, sendo eles: classe 1 (170 ST; $\chi^2 = 46,75$); classe 2 (149 ST; $\chi^2 = 26,3$) e classe 4 (90 ST; $\chi^2 = 18,2$).

Classe 1: Desafios da atuação da equipe multiprofissional em cuidados paliativos.

A classe ora descrita exibiu uma somatória de 228 ST, o que retrata 29.16% do corpus. Desse modo, as características relevantes de tal subgrupo são: técnicos de enfermagem (66 ST; $\chi^2 = 71,74$); equipe multiprofissional (170 ST; $\chi^2 = 46,75$); nível de escolaridade média (66 ST; $\chi^2 = 91,54$); formação em instituição privada (154 ST; $\chi^2 = 15,55$) e renda familiar mensal inferior a quatro salários-mínimos (18 ST; $\chi^2 = 4,56$).

As palavras das quais mais emergiram nesse conjunto foram: querer ($\chi^2 = 38,34$); lidar ($\chi^2 = 38,02$); dizer ($\chi^2 = 36,01$); morte ($\chi^2 = 26,18$); vez ($\chi^2 = 24,36$); acabar ($\chi^2 = 23,47$); deparar ($\chi^2 = 23,06$); e difícil ($\chi^2 = 21,06$).

Trabalhar com CP na percepção da equipe multiprofissional é apontado como desafiador, devido a diversos contextos vivenciados cotidianamente tanto com os pacientes quanto com a família.

Os meus plantões são 24 horas, então eu passo 24 horas com o paciente. Aí no outro

plantão eu volto e me deparo com aquele paciente com uma borboletinha, já não tá mais bem como eu deixei. A gente sofre, a gente quer entender. (M9)

(...)Às vezes vendo ele cada dia que passa piorando... Você acaba ficando triste com aquela situação. (M1)

(...)o dilema dos familiares que não sabem como lidar e muitas vezes, a gente acaba perdendo o manejo com isso, porque a gente é humano e acaba que se envolve também. A equipe às vezes acaba não sabendo lidar com isso, então acaba ficando um pouco hostil com o familiar, porque o familiar acaba sempre ficando muito em negação, tanto a equipe quanto os familiares. (...) então é uma elaboração de luto o tempo todo como também lidar com a morte muito próxima. (M8)

Também, é imprescindível frisar a existência de adversidades como resistência por parte da equipe multiprofissional em não se propor a compreender a relevância do tema e da atuação da CCP, desencadeando também relutância em investir no cuidado paliativo, o que realça ainda mais a necessidade de capacitação entre a equipe multiprofissional.

Então existe resistência também em orientações, então a partir do momento que esses profissionais foram designados isso se tornou mais fácil porque era um problema de fazer intervenções em CP quando a equipe que dá assistência digamos muitas vezes não entendia a proposta. (C5)

Além disso, quando a gente tem um paciente de CP em um setor a comissão faz questão de estar lá explicando para a equipe por que muitas vezes a equipe acaba falando que o paciente não vai ser investido. (M6)

Contudo, esses comportamentos podem ser devido à falta de preparo durante a formação profissional para realizar a assistência ao paciente em CP.

(...) infelizmente na graduação não tive preparo. Eu acho de fato que todos os cursos na verdade deveriam ter, porque faz com que a equipe tenha um olhar diferente para esses pacientes, enxerguem a morte de uma forma diferente, enxerguem esse processo de internamento de uma forma diferente. Então acredito que isso deveria existir na grade curricular e na grade da faculdade mesmo. (M6)

Então, eu digo que precisa todos estarem capacitados, instruídos a respeito daquilo, a respeito dos CP. Não é fácil, não é fácil, porque a gente está ali lidando com a morte. É o fim da vida. (M8)

Classe 2: Exclusão ou inclusão: onde cuidar?

A classe 2 obteve um somatório de 211 ST, o que configura 26,98% do corpus. Deste modo, verificou-se as posteriores especificidades desse grupo: equipe multiprofissional (149 ST; $\chi^2 = 26,3$), fisioterapeutas (56 ST; $\chi^2 = 31,35$); enfermeiras(os) (51 ST; $\chi^2 = 8,46$), idade predominantemente entre 25 e 33 anos (110 ST; $\chi^2 = 17,65$), tempo de serviço menor que 5 anos (135 ST; $\chi^2 = 27,85$) e tipo de vínculo terceirizado (137 ST; $\chi^2 = 26,2$).

Observou-se que as palavras com maior evidência nessa categoria, sendo elas, respectivamente: "ala" ($\chi^2 = 44,19$), "achar" ($\chi^2 = 43,26$), "assistência" ($\chi^2 = 27,97$), "área" ($\chi^2 = 26,69$), "diferença" ($\chi^2 = 24,13$) e "cuidado" ($\chi^2 = 22,02$).

As palavras apresentam o reflexo dos segmentos do texto que discorre sobre convergências e divergências quanto a necessidade de criação de uma ala exclusiva para pacientes sob CP. Aqueles que defendem a ideia, citam a importância de um ambiente tranquilo,

com leitos exclusivos, onde os profissionais possam otimizar o atendimento.

Eu acho que deveria ter uma ala somente CP com certeza, porque eu acredito que quando você tem uma área para CP com profissionais que tem uma visão que entendem o que é palição, o atendimento é otimizado. (C4)

Eu acho que seria muito importante criar uma ala só para CP, porque como eu te falei às vezes o paciente chega em uma observação e não tem leito para ele. (M6)

Outros segmentos de textos apresentam posicionamento contrário, sob o argumento da possibilidade de surgirem estereótipos associados a ala de CP, mais as possíveis questões que envolvem temas éticos e sociais, os quais, conforme os participantes, poderiam resultar na segregação dos pacientes.

É meio complicado, porque a gente vai estar discriminando o paciente "ah tá indo para aquela ala ali que vai morrer", é assim que eles vão referir então, é complicado você formar só uma ala para CP. (M2)

[...] não deveria criar uma ala só para CP, porque a gente não pode estereotipar aquele tipo de paciente, entende? (M8)

Classe 4: O fazer: atuação da equipe multiprofissional em cuidados paliativos

No que diz respeito a classe enunciada, esta foi composta por 123 ST, o que equivale a 15,73% do corpus. Destarte, as variáveis caracterizadoras deste subgrupo: a equipe multiprofissional (90 ST; $\chi^2 = 18,2$), farmacêuticos (12 ST; $\chi^2 = 9,52$), médicos (20 ST; $\chi^2 = 7,12$), nutricionistas (16 ST; $\chi^2 = 11,96$); faixa etária entre 25 e 33 anos (72 ST; $\chi^2 = 20,83$); tempo de serviço menor que 5 anos (80 ST; $\chi^2 = 16,06$); e vínculo não efetivo (82 ST; $\chi^2 = 16,17$).

Os lexemas que se sobressaíram significativamente nessa condição foram: conforto ($x^2= 82.15$); vida ($x^2= 51.66$); sofrimento ($x^2= 47.66$); e qualidade de vida ($x^2= 43.3$).

Nesse contexto, os profissionais de saúde demonstram compreensão alinhada aos princípios dos CP, como o alívio da dor e de sintomas desconfortáveis, a neutralidade quanto ao prolongamento da vida, a integração de aspectos psicológicos e espirituais no cuidado e o suporte aos familiares durante a doença e o luto.

(...) é um cuidado multiprofissional em que é proposto a paciente com uma doença crônica, que não tem uma perspectiva de cura, mas que tem que ter uma abordagem que abrange o cuidado com os sintomas físicos, psíquicos, emocionais. (C2)

(...) é uma forma de abordagem para qualquer tipo de paciente em que a gente coloca o paciente como centro do tratamento e não a doença, de forma a amenizar algum sofrimento ou qualquer coisa que venha a causar sofrimento físico, mental ou emocional. (M14)

A equipe reconhece a magnitude da assistência multiprofissional, pois é sabido que a mesma possui uma responsabilidade essencial no cuidado ao paciente, uma vez que leva em consideração todos os aspectos biopsicossociais e suas dimensões.

Mas para promover o conforto dele vem toda a equipe. Geralmente, vem a assistente social também vem, vem o psicólogo, tudo vem junto, quando tem paciente paliativo para o conforto familiar e o conforto do paciente. (M9)

(...) dentro da nutrição clínica, a gente trabalha muito em relação, conjunto com a fonoaudióloga. Porque, às vezes, é um paciente que fica internado em um período prolongado. Então, a gente tenta, dentro da nutrição, dar como se fosse uma medida de conforto ou prazer

para esse paciente. Então, assim, a gente tenta ofertar alguma coisa que ele quer se alimentar naquele momento. (M7)

Além disso, a equipe já promoveu algumas ações voltadas para o bem-estar dos pacientes, como flexibilização do horário de visitas, visitação de animais de estimação, chá de fraldas, dieta de conforto, batizado e até emissão da carteira de identidade como ações para o atendimento biopsicosocioespiritual do paciente e família.

Na realização de desejos nesse período hospitalar, que é onde a gente consegue trabalhar com o paciente, né? Então, são desejos simples como alimentação, banho, ver o sol, sabe? São coisas bem simples nisso. (M6)

Antes disso, já é definido, juntamente com a equipe, o plano terapêutico do paciente. Então, o que era que trazia paz, conforto e felicidade para esse paciente? Um cheiro que ele gostava, uma música, algum sabor, se for possível, para o paciente, né? Degustar alguma coisa, alguma comida que ele gosta. As visitas são flexibilizadas para esse paciente. É... deixa eu ver o que mais, a gente gosta muito de colocar retratos no quarto das pessoas com quem ele tem uma vinculação mais próxima. Como também fazer videochamadas. (M8)

DISCUSSÃO

Em meio à pandemia de 2020, a OMS publicou o documento Clinical management of COVID-19, que incluiu um capítulo específico sobre CP, com orientações para o alívio de sintomas como dispneia e suporte social.¹⁴ Nesse contexto, a SESAB implantou, no mesmo ano, o NCP em 14 hospitais da Bahia, instituindo uma CCP em cada unidade, composta por, no mínimo, um médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo.¹⁵

Desde então, a CCP do hospital pesquisado atua como equipe consultora,

orientando a tomada de decisões no tratamento de pacientes em CP, identificando casos e realizando busca ativa, além de auxiliar no manejo de sintomas físicos e nas repercussões psicológicas, sociais e espirituais de pacientes e familiares.

Conforme Rosoff (2006)¹⁶, os CP desempenharam um papel central no atendimento aos pacientes durante uma pandemia, visto que é compreendido nesse contexto como abordagem transversal. Logo, a sua implementação não contribui apenas no controle da sintomatologia, mas, também, possibilita um gerenciamento dos acompanhamentos de casos com previsões de óbito a curto e médio prazo, tal como oferece um suporte aos profissionais de saúde que estão na linha de frente.¹⁷

A equipe multiprofissional da CCP divide suas funções entre a assistência direta e o trabalho consultivo, exceto o médico, que possui carga horária exclusiva. Essa dinâmica impõe uma carga intensa de trabalho, exigindo atenção à saúde e ao bem-estar dos profissionais. A sobrecarga é um fator relevante no surgimento do sofrimento patológico, que ocorre quando a adaptação ao ambiente laboral é comprometida pela exaustão.⁹ A exposição constante ao sofrimento pode levar à exaustão emocional e comprometer a qualidade do cuidado, contrariando os princípios dos CP, centrados na humanização, no conforto e na qualidade de vida.¹⁸

Nesse âmbito, destaca-se a importância de adotar medidas direcionadas à promoção da saúde e à prevenção de problemas relacionados ao labor da equipe multiprofissional, por parte da gestão. A Política Nacional de Humanização (PNH) enfatiza que o cuidado humanizado ao paciente deve estar em sintonia com iniciativas que visam valorizar o serviço e melhorar a saúde dos profissionais, o que propõe uma transformação nos modelos de atenção e gestão, com o objetivo

de torná-los mais adaptados às necessidades específicas de cada esfera de trabalho.¹⁹

Salienta-se que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) atualmente representam a principal causa de mortalidade na população brasileira, resultando em mais de 700.000 óbitos por ano. Descarte, 50% da população possui pelo menos um diagnóstico de DCNT e 41,8% dessas ocorrências acontecem precocemente, ou seja, em indivíduos com idades entre 30 e 69 anos.²⁰ Perante esse cenário, a necessidade de implementar os serviços voltados para os CP torna-se ainda mais iminente, visando aliviar sintomas e, por conseguinte, prolongar a vida dos pacientes, a fim de manter a dignidade humana.²¹

No hospital pesquisado, não há uma ala específica para pacientes em CP, o que gerou opiniões divergentes entre os profissionais. A ausência deste setor faz com que a CCP atue de forma consultiva em todo o hospital, acionada pela equipe assistencial ou por seus próprios membros, o que, devido ao número limitado de profissionais, impede a avaliação de todos os pacientes elegíveis.

Estudo recomenda não apenas a existência de uma equipe consultora, mas de leitos dedicados a pacientes em CP e espaço de convivência para pacientes e familiares, como modelo de boas práticas.²² Além disso, a falta de leitos para internação prolongada contribui para a superlotação e o aumento dos custos, os quais poderiam ser reduzidos com uma unidade especializada em CP, por demandar menos recursos tecnológicos.²³

Possibilidade de ampliar unidades especializadas em CP como o "Hospice", deve ser discutido no âmbito nacional, haja vista que estes designam-se em uma instituição de média complexidade voltados aos CP, diferenciando-se de hospitais gerais devido ao espaço dedicado a atividades de convivência e cuidados, que envolvem não apenas os pacientes, mas também seus familiares. Ademais, a equipe especializada atua de maneira flexível para atender às

necessidades daqueles que enfrentam doenças sem prognóstico de cura.²⁴

Por outro lado, é evidente que existe um certo estigma em relação a esses pacientes, em virtude da falta de informações e discussões insuficientes sobre o tema. A maioria da população compreende os CP de forma negativa haja vista o desconhecimento quanto aos princípios e objetivos desses cuidados. Por isso, urge a necessidade da realização de disseminação do tema através de campanhas, palestras e programas de educação continuada visando reduzir os estigmas sobre os CP.²⁵

Dessa forma, a abordagem multiprofissional é essencial para garantir uma assistência integral e holística, conforme os princípios dos CP definidos pela OMS em 1986 e revisados em 2002. Entre eles, destacam-se: alívio da dor e dos sintomas; valorização da vida e aceitação da morte como processo natural; inclusão de aspectos psicoespirituais no cuidado; apoio para que o paciente viva de forma ativa; suporte à família ao longo de todo o processo; atuação conjunta da equipe multiprofissional; e início precoce dos CP para melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente no curso da doença.²⁶

Ainda, é fundamental a promoção de capacitação e treinamento da equipe multiprofissional através da educação permanente em serviço, com o intuito de assegurar um atendimento eficaz e compassivo aos familiares e pacientes inseridos neste contexto, sendo este um dos papéis cruciais da CCP.²⁵

Outrossim, os profissionais de saúde enfrentam desafios ao iniciar os CP em um paciente, sendo um deles a comunicação com os familiares. Em consonância com Campos e colaboradores²⁷, a interpretação e reação de cada indivíduo frente às más notícias são imprevisíveis, visto que a aceitação de um diagnóstico desfavorável não está absolutamente vinculada à qualidade da comunicação. Com base nisso,

compreende-se que tanto a família quanto o paciente apresentam complexidades internas, que funcionam como mecanismos de proteção da integridade mental, os quais influenciam intimamente no modo como enfrentam situações difíceis.

Para tanto, há outro obstáculo que afeta o desempenho da equipe, que é a relutância dos profissionais de saúde em adotar o plano de cuidados recomendado pela CCP, dado que essa resistência pode estar relacionada a formação dos profissionais de saúde, o qual é centrado num modelo médico-assistencial privatista, onde o paciente é abordado predominantemente em relação à doença, com uma ênfase persistente na busca pela cura.²⁸

Arelado a isto, muitos profissionais enfrentam adversidades ao lidar com pacientes em CP na prática, já que essa temática não foi abordada previamente durante a graduação. Do mesmo modo, em uma pesquisa objetivando compreender a percepção da equipe multiprofissional em relação a assistência para com os pacientes em CP, identificou-se que os profissionais de saúde só tiveram conhecimento dos CP no exercício do trabalho, com o advento da educação continuada ofertada no próprio local de atuação.²⁹

O número de profissionais capacitados para lidar com o tema, infelizmente, é escasso, uma vez que a formação profissional em questão considera predominantemente os aspectos técnicos com foco na cura.³² Entende-se que os CP devem ser ministrados de maneira sistemática, desde os primeiros anos de formação, trazendo assim, um desenvolvimento de profissionais com embasamento ampliado e esclarecido sobre os CP.⁸

CONCLUSÃO

Os resultados apontam que a ideia de estabelecer a CCP surgiu durante a pandemia de 2020, com o intuito de atender às necessidades de pacientes que possuíam diagnósticos graves e

potencialmente fatais de COVID-19, visando assim uma maior rotatividade de leito. Sob essa perspectiva, a escassez de leitos exclusivos, falta de conhecimento por parte dos profissionais, igualmente a sobrecarga de trabalho enfrentada pela equipe consultora, dentre outros, acabam refletindo negativamente na qualidade e alcance do conceito inerentes aos CP.

É importante destacar a resistência de alguns profissionais em aderir aos planos de cuidado propostos pela CCP, o que representa uma barreira à assistência paliativa e impacta negativamente a vida dos pacientes. Diante disso,

é fundamental investir na capacitação profissional, inserindo a abordagem paliativista desde a formação, de modo a reduzir a predominância de intervenções curativas aplicadas de forma indiscriminada.

Superar esses desafios, irrefutavelmente, significa garantir o acesso adequado aos CP e a melhoria da qualidade de vida e do conforto dos pacientes, com enfoque na preservação da dignidade da vida humana. Cabe frisar sobre a necessidade de maior produção de evidências científicas sobre CP.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Palliative Care. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. Giacomini KC. Envelhecimento da população brasileira: projeções da demanda e dos custos de instituições de longa permanência para idosos. In: Noronha JC, Castro L, Gadelha P (Org). Doenças crônicas e longevidade: desafios para o futuro [Internet]. Rio de Janeiro: Edições Livres; Fundação Oswaldo Cruz; 2023. p.56-108. Disponível em: <https://portolivre.fiocruz.br/doencas-cronicas-e-longevidade-desafios-para-o-futuro>
3. Guirro UBP, Castilho RK, Crispim D, Lucena NC. Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2022. 1ª ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2023. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2024/1/Atlas-ANCP.pdf>
4. Gomes ALZ, Othello MB. Cuidados paliativos. Estudos Avançados. 2016; 30(88): 155–166. doi: 10.1590/S0103-40142016.30880011.
5. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2013; 18(9): 2577–2588. doi: 10.1590/S1413-81232013000900012.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html
7. Franco HCP, Stigar R, Souza SJP, Burci LM. Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. Revista Gestão & Saúde. 2017; 17(2): 48–61. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/files/revista/file56fb2faad065b8f7980ccdf2d0aa2da1.pdf>
8. Pinto KDC, Cavalcanti AN, Maia EMC. Princípios, desafios e perspectivas dos cuidados paliativos no contexto da equipe multiprofissional: revisão da literatura. Psicología, Conocimiento y Sociedad. 2020; 10(3): 226-257. doi: 10.26864/pcs.v10.n3.10.

9. Tashima Cid DP, Dias M, Benincasa M, Martins MDCF. Elos entre a psicologia e o trabalho humanizado na saúde: compreensão, formação e práticas. Semina: Ciências Sociais e Humanas. 2019; 40(1): 05-24. doi: 10.5433/1679-0383.2019v40n1p5.
10. Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. Pesquisa Social: Teoria, método e Criatividade [Internet]. 22ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>
11. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paulista de Enfermagem. 2021; 34: eAPE02631. doi: 10.37689/actaape/2021AO02631.
12. Apolônia K, Santos FS. Plano de ação de Cuidados Paliativos da SESAB para a pandemia da COVID-19. In: Paim MC. Revista Baiana de Saúde Pública. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. 2021; 45(1): 243-252. doi: 10.22278/2318-2660.2021.v45.N0.
13. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. Temas em Psicologia. 2013; 21(2): 513–518. doi: 10.9788/TP2013.2-16.
14. WHO. Clinical management of COVID-19: Living guideline [Internet]. Geneva: World Health Organization. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2022-1>
15. Finkelstein EA, Bhadelia A, Goh C, Baid D, Singh R, Bhatnagar S, Connor SR. Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2022; 63(4): e419-e429. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2021.12.015.
16. Rosoff PM. A central role for palliative care in an influenza pandemic. J Palliat Med. 2006; 9(5): 1051-1053. doi: 10.1089/jpm.2006.9.1051.
17. Tritany ÉF, Souza Filho BAB, Mendonça PEX. Fortalecer os Cuidados Paliativos durante a pandemia de Covid-19. Interface. 2021; 25(1): e200397. doi: 10.1590/Interface.200397.
18. Silva TM, O'Dwyer G. Avaliação da cobertura de cuidados paliativos na modalidade de equipe consultora em uma unidade da atenção hospitalar do Distrito Federal, Brasil. Comunicação em Ciências Saúde. 2024; 34(4). doi: 10.51723/ccs.v34i04.1400.
19. Kappaun, NRC, Gómez CM, Vasconcellos LCF. Assistência em cuidados paliativos: o trabalho em saúde no lidar com o processo de morrer. [Internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013. Disponível em: <https://arca.fiocruz.br/items/538d102c-6624-4473-8f65-cbb3b88f457a>
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Nota Técnica No 25/2023. Brasília: Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis; 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-25-2023-cgdant-daent-svsa-ms>
21. Silva AF, Silveira LM. Avaliação de dimensões do conhecimento, das experiências e da comunicação de profissionais da medicina e da enfermagem acerca dos Cuidados Paliativos. Revista Saúde em Redes. 2022; 8(3): 297-312. doi: 10.18310/2446-4813.2022v8n3p297-312.
22. Paes P, Ellershaw J, Khodabukus A, O'Brien B. Palliative care in acute hospitals – a new vision. Future Healthcare J. 2018; 5(1): 15-20. doi: 10.7861/futurehosp.5-1-15.
23. Prado CRS. Programa de cuidados paliativos no hospital das forças armadas: possibilidade ou idealização? Brasília: Universidade Católica de Brasília; 2020. Disponível em: <https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/handle/tede/2862>

24. Carvalho RT, Parsons HF (Org). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
25. Salgado YCS (Org). Cuidados paliativos: procedimentos para melhores práticas. 1ª ed. Ponta Grossa: Atena Editora; 2019. doi: 10.22533/at.ed.464192008.
26. Souza RP, Júnior EFP, Jomar RT, Silva AP, Gallasch CH, Gomes HF. Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre cuidados paliativos em unidades de internação clínica. Enfermagem em Foco. 2021; 12(3): 429-435. doi: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3335.
27. Campos VF, Silva JM, Silva JJ. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. Revista Bioética. 2019; 27(4): 711–718. doi: 10.1590/1983-80422019274354.
28. Ribeiro AL, Santos FGT, Cardoso LCB, Radovanovic CAT, Ferreira AMD, Miguel MEGB, Moraes NLG. Cuidados paliativos: percepção da equipe multiprofissional atuante em uma Unidade de Terapia Intensiva. Saúde e Pesquisa. 2021; 14(4): e8857. doi: 10.17765/2176-9206.2021v14n4e8857.
29. Guedes AKC, Pedrosa APA, Osório MO, Pedrosa TF. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: perspectivas de profissionais de saúde. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar. 2019; 22(2): 128-148. doi: 10.57167/Rev-SBPH.22.210.