

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM EMERGÊNCIAS
CLÍNICAS E TRAUMA**

Thais Soares Alves da Silva

***HABITUS* PROFISSIONAL E MULTIPROFISSIONAL SOBRE O
CUIDADO PALIATIVO**

São Paulo

2016

THAIS SOARES ALVES DA SILVA

***HABITUS* PROFISSIONAL E MULTIPROFISSIONAL SOBRE O
CUIDADO PALIATIVO**

Monografia vinculada ao Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Emergências Clínicas e Trauma, da Universidade de Santo Amaro (UNISA), como requisito parcial para obtenção do título de residente.

Orientador: Ms. Isaac Rosa Marques

**São Paulo
2016**

THAIS SOARES ALVES DA SILVA

***HABITUS* PROFISSIONAL E MULTIPROFISSIONAL SOBRE O
CUIDADO PALIATIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Residência Multiprofissional em Emergências Clínicas e Trauma da Universidade de Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Residente
Orientador: Prof. Ms. Isaac Rosa Marques

São Paulo, ____ de _____ de 2016

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. Marlene de Almeida Ataíde

Enf^a Jéssica Almeida Batista

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos ...

Primeiramente a Deus por minha vida;

A minha família, pelo amor, incentivo e apoio incondicional;

Ao meu orientador Isaac Rosa Marques, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho;

Aos meus amigos, companheiros de trabalho e irmãos na amizade que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida, com certeza;

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

“Ninguém pode voltar a trás e fazer um novo começo. Mas qualquer um pode recomeçar e fazer um novo fim.”

Chico Xavier

RESUMO

Introdução: Define-se como palição toda medida que resulte em um alívio do sofrimento do doente; e ação paliativa qualquer medida terapêutica, sem intenção curativa, que visa diminuir, em ambiente hospitalar ou domiciliar, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar do paciente. O Cuidado Paliativo, é mais que um método, é uma filosofia do cuidar. **Objetivos:** Este estudo teve como objetivos: identificar as percepções da equipe multiprofissional a respeito dos Cuidados Paliativos e caracterizar a assistência prestada pela equipe multiprofissional ao paciente que necessita do atendimento de Cuidados Paliativos. **Método:** Tratou-se de uma pesquisa com método qualitativo do tipo etnográfico realizada no Hospital Geral do Grajaú – SP com um total de quinze profissionais da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos e assistentes sociais) que convivem com pacientes em Cuidados Paliativos. Tendo duas etapas de análise dos dados sendo a primeira observacional e a segunda a realização de entrevista semiestruturada obtida por meio de grupos focais com as equipes multiprofissionais. Os dados foram interpretados à luz do conceito de *habitus* de Pierre Bourdieu. **Resultados:** Devido à demanda dos setores e o quadro reduzido da equipe multiprofissional, a tendência é de que os profissionais venham a direcionar maior atenção aos pacientes mais solicitantes, ou ainda, que apresentam prognósticos positivos. Porém verificou-se que de todas as ações realizadas aos pacientes com prognóstico fechado de Cuidados Paliativos, essas seguem conforme o foco nas medidas de conforto. Os profissionais apontaram a necessidade de protocolos para regular o Cuidado Paliativo. Quanto ao *habitus* multiprofissional, verificou-se que os profissionais entendem Cuidados Paliativos pela oferta de conforto aos pacientes fora de possibilidade terapêutica. Embora haja comunicação efetiva entre os pares profissionais, o estudo apontou que a mesma eficiência não ocorre na equipe multidisciplinar. **Considerações Finais:** A ausência de protocolos e formação específica foi a descoberta mais contundente do presente estudo, pois os grupos sentem a necessidade de ter algo para norteá-los e também a criação de grupos para facilitar o entendimento de todos.

Descritores: Cuidados Paliativos; Prática profissional; Pessoal de saúde.

ABSTRACT

Introduction: It is defined as palliation any measure resulting in a relief of the patient's suffering; and any action that heads palliative therapeutic measure without curative intent, which aims to reduce, in a hospital or home environment, the negative impact of the disease on the patient's well-being. Palliative care is more than a method; it is a philosophy of care. **Objectives:** This study aimed at identifying the perceptions of the multidisciplinary team regarding palliative care and to characterize the assistance provided by the multidisciplinary team to the patient who needs the palliative care. **Method:** A qualitative research of ethnographic type was carried out with a total of fifteen professionals of the multidisciplinary team (physicians, nurses, physiotherapists, nutritionists, pharmacists and social assistants) who assess patients in palliative care. Having two stages of data analysis, the first was observational and the second conducting semi-structured interviews obtained through focus groups with multidisciplinary teams. Data were interpreted on the concept of *habitus* of Pierre Bourdieu. **Results:** Due to the demand of the sectors and the reduction of professionals of the multidisciplinary team, the trend is that professionals direct more attention to patients with positive prognosis, but it was found that all the actions undertaken to more complainant patients or with positive prognosis. However, it was verified that all the care actions are focused on comfort measures. All professionals pointed the need for protocols to regulate palliative care. Regarding to the professional *habitus*, it was verified that professionals understand palliative care by the offer of comfort to the terminally-ill patients. Although there is effective communication between professional peers, the study found that the same efficiency does not occur in the multidisciplinary team. **Conclusion:** The absence of protocols and specific training was the most striking finding of this study because the groups feel the need to have something to head them and the formation of groups to facilitate the their understanding.

Keywords: Palliative Care; Professional practice; Health personnel.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 Apresentação do Tema	10
1.2 Contextualização do Tema de Pesquisa	12
1.3 Problema de Pesquisa	13
1.4 Hipótese	13
2. OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Primário	14
2.2 Objetivo Secundário	14
3. REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 Bourdieu – Pensamentos Centrais	15
3.2 Sobre o Conhecimento Praxiológico	15
3.3 Habitus	16
3.4 Habitus profissional	17
4. MÉTODO	19
4.1 Desenho	19
4.2 Cenário da Pesquisa	19
4.3 População e Composição Amostral	19
4.4 Instrumento de Coleta de Dados	20
4.5 Procedimentos de Coleta de Dados e Aspectos Éticos	21
4.6 Interpretação dos Dados	22
4.7 Riscos	22
4.8 Benefícios	22
5. RESULTADOS	23
5.1 Relatório de observações de Campo	23
5.2 Caracterização dos Participantes	24
5.3 <i>Habitus</i> por Grupo Profissional	25
5.3.1 Profissionais da Nutrição	25
5.3.2 Profissionais da Enfermagem	27
5.3.3 Profissionais Médicos	28
5.3.4 Profissionais da Fisioterapia	32

5.3.5 Profissionais Farmacêuticos	33
5.3.6 Profissionais Assistentes Sociais	35
5.4 <i>Habitus</i> Multiprofissionais	37
6. DISCUSSÃO	42
6.1 Formação Profissional e <i>Habitus</i> Profissional	42
6.2 Organização do Cuidado Paliativo e <i>Habitus</i> Multiprofissional	44
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	49
ANEXOS	53
Parecer consubstanciado – CEP UNISA	54
Parecer consubstanciado – CEP HGG	56
Parecer Ad Hoc	58
APÊNDICES	59
Instrumento de Coleta de Dados	60
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	61

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação do Tema

Para os nossos antepassados, a morte era percebida como uma fase natural da vida e ao longo da evolução humana, a percepção da morte foi se transformando e tomando uma proporção diferenciada na vida das pessoas. O processo morte/morrer era assistido pelos familiares, permitindo o conforto e a presença dos entes queridos no final. Houve, portanto, uma transição de conceitos e percepções; a morte que era consumada e constatada nas residências dos doentes, passa a acontecer nas casas de saúde; e a família que assumia os cuidados começa a transferi-los aos profissionais de saúde ⁽¹⁾.

Com os avanços da medicina tem-se conseguido estender os limites da vida e torna-se necessário aprender a lidar com as perdas em um contexto de doença sem prognóstico ⁽¹⁾. Neste sentido uma pessoa fora de possibilidades terapêuticas pode se tornar cada vez mais comum, sendo necessário tratar daquele paciente, para o qual a ciência não possui recursos para deter o avanço fatal da doença, trazendo interrogações para a equipe de saúde, familiares e para o próprio indivíduo ^(2,3).

Define-se como palição toda medida que resulte em um alívio do sofrimento do doente; e ação paliativa qualquer medida terapêutica, sem intenção curativa, que visa diminuir, em ambiente hospitalar ou domiciliar, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar do paciente ⁽⁴⁾. O Cuidado Paliativo, é mais que um método, é uma filosofia do cuidar ⁽⁵⁾.

O Cuidado Paliativo se confunde historicamente com o termo *hospice*, que definia abrigos (hospedarias) destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes. O relato mais antigo remonta ao Século V de Roma, ao longo dos anos várias instituições de caridade surgiram na Europa no século XVII, abrigando pobres, órfãos e doentes. Essa prática se propagou e no século XIX, passaram a ter características de hospitais. O Movimento *Hospice* moderno surgiu inicialmente na Inglaterra e Estados Unidos, no final dos anos 1960 e início dos 1970 e foi introduzido pela inglesa Cicely Saunders— enfermeira, assistente social e médica —, que em 1967 fundou o *St. Christopher's Hospice*, a primeira instituição especificamente destinada a

proporcionar conforto e amparo aos moribundos. Em encontro com a psiquiatra norte-americana Elizabeth Kluber-Ross, se fez crescer o movimento no Estados Unidos ^(6,7).

Em 1982, o Comitê de Câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS) criou um grupo de trabalho responsável por definir políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo *hospice* que fossem recomendados em todos os países para pacientes com câncer. O termo Cuidados Paliativos, já utilizado no Canadá, passou a ser adotado pela OMS devido à dificuldade de tradução adequada do termo *hospice* em alguns idiomas ⁽⁶⁾.

A OMS publicou sua primeira definição de Cuidados Paliativos em 1990 que foi revisada em 2002, como cuidados que melhoram a qualidade de vida dos doentes e de suas famílias, abordando os problemas associados às doenças que ameaçam a vida, prevenindo e aliviando o sofrimento através da identificação precoce e avaliação minuciosa da dor e outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais ⁽⁸⁾. E para direcionar os Cuidados Paliativos na prática, a OMS estabeleceu nove princípios que regem os Cuidados Paliativos: Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida; não acelerar nem adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte; oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e o luto; oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; iniciar o mais precocemente possível o Cuidado Paliativo, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes ⁽⁶⁾.

Tendo este entendimento, o acesso aos Cuidados Paliativos é uma obrigação legal, como é reconhecida pelas convenções das Nações Unidas, e tem sido reclamado como um direito humano por associações internacionais, baseando-se no direito ao mais alto nível possível de saúde física e mental ⁽⁸⁾.

Para os doentes que apresentam dor intensa, a não disponibilização de Cuidados Paliativos, por parte dos governos, pode considerar-se como um tratamento cruel, desumano ou degradante ⁽⁸⁾.

O Cuidado Paliativo é uma abordagem terapêutica que envolve uma equipe multidisciplinar, incluindo várias especialidades médicas, enfermeiras, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, conselheiros espirituais. Todos esses profissionais são importantes, uma vez que a Medicina paliativa objetiva identificar e diminuir os problemas relacionados à internação, na esfera física, psicológica, espiritual ou social. Neste cenário, uma boa comunicação entre os envolvidos é fundamental. Os Cuidados Paliativos devem integrar todos os setores de cuidados em saúde: emergências, unidades de terapia intensiva (UTI), enfermarias ⁽⁵⁾.

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos, em 2006 elaborou um documento no qual a quantificação das necessidades de Cuidados Paliativos no Brasil hoje não pode ser precisa. Porém a necessidade do Cuidado Paliativo vem aumentando com o passar dos anos, a evolução do ser humano contribui para com o aumento das doenças crônicas degenerativas, as pessoas passam a viver mais ⁽⁴⁾. Com base nos problemas de saúde do nosso país, o Ministério da Saúde publicou a portaria GM/MS nº19, de 03 de janeiro de 2012 na qual instituiu o Programa Nacional de Assistência a Dor e Cuidados Paliativos, possibilitando novos debates acerca da temática e da capacitação profissional, além de rever posturas pertinentes ao cuidado do paciente portador de doença crônico-degenerativa ou em fase final de vida e aos seus familiares ⁽²⁾.

1.2 Contextualização do Tema de Pesquisa

Nesse sentido, o Cuidado Paliativo surge quando se esgotam todas as possibilidades terapêuticas para a cura da pessoa doente, porém ainda tem uma vida e acredita-se que os Cuidados Paliativos estão constituindo um corpo de conhecimento que vem se tornando objetivo do trabalho dos profissionais, tendo em vista o aumento da sobre vida do paciente portador de doença crônica ^(9,10).

Faz-se necessário para a realização dos Cuidados Paliativos e segundo o Ministério da Saúde a atuação de uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistente social, fisioterapeutas e farmacêuticos que atuem sob a perspectiva interdisciplinar. Devem ser reconhecidos e valorizados igualmente, trabalhando em sintonia, de forma a contemplar a

autonomia do paciente e de sua família ⁽²⁾.

1.3 Problema de Pesquisa

Devido à mudança significativa da pirâmide etária, na qual mostra que a população está ficando cada vez mais velha e estão aprendendo a conviver com doenças crônicas. Várias iniciativas têm surgindo e estudos alertam para a necessidade de implementação em todos os níveis de atenção à saúde, no sentido de implementar esta filosofia de cuidado, pois ainda há muito a fazer para consolidar esta abordagem terapêutica. O difícil acesso aos serviços de assistência, as falhas nas diretrizes das políticas de saúde, a deficiência na formação de profissionais e, principalmente, a falta de informação ao paciente, nos confrontam com a necessidade de controlar a dor, aliviar os sintomas, e promover uma melhor qualidade de vida para estas pessoas ⁽²⁾.

Atualmente torna-se relevante identificar como está a percepção dos profissionais de saúde quanto aos Cuidados Paliativos, pois a discussão e aplicação dessa forma de cuidado tem acontecido em várias instituições hospitalares, e mostra que mesmo com toda tecnologia disponível e aplicada no sentido do curar, ou prolongar a vida, encontramos uma diversidade de pacientes que não se beneficiam dessa medicina avançada. Portanto, tem sido um obstáculo ao paciente que vivência sua terminalidade a formação dos profissionais de saúde adequada para tratar desse tipo de paciente. O estudo pretende assim conhecer os desafios e barreiras existentes no atendimento a um paciente com Cuidados Paliativos para assim permitir avaliar a atuação destes profissionais. A partir disto, propor estratégias de melhoria contínua do serviço, como um cuidado mais específico para os pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura.

1.4 Hipótese

Embora seja um estudo com método qualitativo por meio de história oral, no qual não há necessariamente uma hipótese a ser testada, nesse estudo pretende-se evidenciar se o Cuidado Paliativo, quando indicado, está devidamente esclarecido/claro para os profissionais que assistem o paciente.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Primário

- Desvelar as percepções dos profissionais que compõe a equipe multiprofissional sobre os Cuidados Paliativos.

2.2 Objetivo Secundário

- Conhecer o *habitus* profissional e multiprofissional que move a abordagem e assistência ao paciente que necessita atendimento de Cuidados Paliativos.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Bourdieu – Pensamentos Centrais

Pierre Felix Bourdieu (1930-2002), pertenceu ao grupo de filosofia da *École Normale Supérieure*^a de Paris e vivera o conjunto de ritos de tal escola, “destinados a produzir uma convicção íntima e uma adesão inspirada, que o constitui filósofo” ⁽¹¹⁾.

Bourdieu interessou-se pela sociologia de maneira que fez da mesma sua vocação. Sua vivência acadêmica, foi dotada de marcas de trabalhos científicos de sistematização e polêmica. Sua primeira formação deu-se na área da Filosofia na década de 1950, na Escola Normal Superior de Paris, todavia a partir do período que viveu na Argélia (1955-1960), dirigiu-se para o campo das Ciências Sociais – Sociologia e Antropologia. “A mudança em direção às Ciências Sociais” parece estar ligada a sua origem social modesta e provinciana, fato que não lhe propiciava as disposições exigidas à época para o exercício da disciplina rainha na França ⁽¹²⁾.

3.2 Sobre o Conhecimento Praxiológico

Ao desenvolver sua teoria para o campo da sociologia, Bourdieu ⁽¹³⁾ afirmou que apesar de aplicar o “modo de pensamento estrutural ou relacional na sociologia, resistiu com todas as forças às formas mundanas do estruturalismo”. Dessa maneira, a teoria sociológica no olhar de Bourdieu ⁽¹³⁾, possui por intuito o estabelecimento da “articulação dialética entre os indivíduos e as estruturas sociais”. O conhecimento praxiológico que Bourdieu propôs, percorre a procura do estabelecimento de relações dialéticas entre os conhecimentos de fenomenologia e objetividade na construção das teorias da prática ou maneiras de engendramento das práticas.

Para o Bourdieu, o conhecimento praxiológico não nega toda aquisição do conhecimento objetivista, porém vai adiante, de modo a integrar o que a postura objetivista abolira para a produção de cada formulação teórica sua. Para tanto, Bourdieu compreende que o estruturar de toda prática e da sociedade se realiza através da “dialética do processo interiorização da exterioridade e a exteriorização da interioridade” ⁽¹⁴⁾.

^a Escola Normal Superior de Paris. (<http://www.ens.fr/?lang=fr>)

Na teoria de Bourdieu, a metodologia praxiológica pode ser definida da seguinte forma:

O conhecimento que podemos chamar de praxiológico tem como objeto não somente o sistema das relações objetivas que o modo de conhecimento objetivista constrói, mas também as relações dialéticas entre essas estruturas e as disposições estruturadas nas quais elas se atualizam e que tendem a reproduzi-las; isto é, o duplo processo de interiorização da exterioridade e de exteriorização da interioridade: este conhecimento supõe uma ruptura com o modo de conhecimento objetivista, quer dizer um questionamento das questões de possibilidade e, por aí, dos limites do ponto de vista objetivo e objetivante que apreende as práticas de fora, enquanto fato acabado, em lugar de construir seu princípio gerador, situando-se no próprio movimento de sua efetivação ⁽¹⁵⁾.

3.3 *Habitus*

O conceito de *habitus* de Bourdieu ⁽¹⁶⁾ é um sistema de esquemas individuais, socialmente constituído de disposições estruturadas (no social) e estruturantes (nas mentes), adquirido nas e pelas experiências práticas, constantemente orientado para funções e ações do agir cotidiano. O conceito de *habitus* também busca romper com as interpretações deterministas e unidimensionais das práticas. Quer recuperar a noção ativa dos sujeitos como produtos da história de todo campo social e de experiências acumuladas no curso de uma trajetória individual. Os *habitus* individuais, produtos da socialização, são condições sociais específicas, por diferentes sistemas de disposições produzidos em condicionamentos e trajetórias diferentes, em espaços distintos como a família, a escola, o trabalho, os grupos de amigos e/ou a cultura de massa ⁽¹⁶⁾.

A conceituação de *habitus*, ainda que originária de estudos de ciências de natureza humana, já teve utilização por Aristóteles e, de forma posterior, por Durkheim. Se tornou conhecida em estudos educacionais por meio das pesquisas de Pierre Bourdieu.

Segundo Setton ⁽¹⁷⁾, Bourdieu desenvolvera tal conceito decorrente das necessidades de “apreender as relações de afinidade entre o comportamento dos agentes e as estruturas e condicionantes sociais”. Dentre esses pensadores, existe consenso de que os homens “são sempre sociais”, todavia, compreender toda relação

entre indivíduos e sociedade, de maneira mais específica, acerca de como o que se chama de “estrutura social” leva ao condicionamento de nossa subjetividade, ou ainda de nossa “forma de ser”, é matéria controversa entre distintos pensadores. De acordo com Bourdieu ⁽¹⁸⁾, *habitus* faz referência à toda disposição incorporada pelo sujeito social ao longo de seus processos de socializações. Ainda leva à integração de cada experiência passada, e à atuação similar matrizes de toda percepção, apreciação e ação. Esta matriz, ou conjunto de disposições, fornece-nos esquemas de grande valia para intervenções na vida cotidiana. Segundo trata o pensador, cada disposição não é fixa, não se apresenta como personalidades nem identidades de cada indivíduo: “*habitus* é um operador, uma matriz de percepção e não uma identidade ou uma subjetividade fixa” ⁽¹⁸⁾. Assim, conforme explicita o autor:

Sendo produto da história, o *habitus* é um sistema de disposições aberto, permanentemente afrontado a experiências novas e permanentemente afetado por elas. Ele é durável, mas não imutável. ⁽¹⁸⁾

Baseando-se nas contribuições de Selton e Bourdieu ^(17, 18), assim formula o conceito de *habitus*:

Concebo o conceito de *habitus* como um instrumento conceptual que me auxilia pensar a relação, a mediação entre os condicionamentos sociais exteriores, e a subjetividade dos sujeitos. Trata-se de um conceito que, embora seja visto como um sistema engendrado no passado e orientando para uma ação no presente, ainda é um sistema em constante reformulação. *Habitus* não é destino. *Habitus* é uma noção que me auxilia a pensar as características de uma identidade social, de uma experiência biográfica, um sistema de orientação ora consciente ora inconsciente. *Habitus* como uma matriz cultural que predispõe os indivíduos a fazerem suas escolhas. Embora controversa, creio que a teoria do *habitus* me habilita a pensar o processo de constituição das identidades sociais no mundo contemporâneo ⁽¹⁷⁾.

3.4 ***Habitus* profissional**

Em contextos educacionais, *habitus* é conceituado como um:

Sistema de disposições socialmente constituídas que, enquanto estruturas estruturadas e estruturantes, constituem o princípio gerador e unificador do conjunto das práticas e das ideologias características de um grupo de agentes. Tais práticas e ideologias poderão atualizar-se em ocasiões mais ou menos

favoráveis que lhes propiciam uma posição e uma trajetória determinadas no interior de um campo intelectual que, por sua vez, ocupa uma posição determinada na estrutura da classe dominante ⁽¹⁹⁾.

Dessa forma, em relação à educação médica e na área da saúde como sendo uma variação da educação como um todo, a qual destina-se em específico ao treinamento e a produção de todo novo membro que faça parte desse grupo de profissionais, propõe-se o conceito de *habitus profissional*, por um caráter de extensão, a fim de nos referir àquele *habitus* que se apresenta como resultado e produto final de tal modalidade educacional específica, a educação profissional.

Tal conceito vincula-se a toda atitude ou disposição adquiridas como resultados de processos de socializações de cada agente leigo que se submete a processos de treinamentos profissionais médicos e, por consequência, abrem mão de uma característica autonomia intelectual, em processos de conversão, que permitem - e até desejam - reorganizações de suas visões de mundo, de suas consciências, de suas vontades e de cada conceito e valor ético e moral.

Dessa maneira, todo estudante estrutura especificamente um *habitus* profissional que possui conseqüentemente a formulação do que Good ⁽¹⁹⁾ chamara de “uma maneira médica de ver o mundo”. Incorpora-se ideologias, culturas estruturadas por conjuntos de valores que são específicos desse grupo de profissionais e não servem, em sua totalidade, a outrem.

Isso aparece, mais ou menos evidentemente, em toda entrevista realizada no campo com professores da área médica que são, em teoria, quem guarda esta cultura de profissão, como afirmara Freidson ⁽²⁰⁾.

4. MÉTODO

Este projeto de pesquisa, vinculado ao Trabalho de Conclusão da Residência Multiprofissional em Emergências Clínicas e Trauma da Universidade de Santo Amaro e Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês, foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santo Amaro obtendo o parecer no. 1.103.452 de 11/06/2015 (ANEXO I) e o parecer no. 1.127.533 e Ad hoc emitidos pelo CEP do Hospital Geral do Grajaú (ANEXO II e ANEXO III).

4.1 Desenho

Tratou-se de uma pesquisa com método qualitativo do tipo etnográfico ^(21,22), através da história oral. A pesquisa etnográfica é um tipo de pesquisa qualitativa que envolve a descrição e a interpretação de uma cultura e de um comportamento cultural. Dentro da compreensão cultural profissional, os estudos microetnográficos, ou etnográficos focados ⁽²²⁾ permitem o estudo exaustivo e denso sobre pequenas unidades de um grupo ou cultura, no caso a cultura profissional e multiprofissional que presta assistência ao indivíduo sob Cuidado Paliativo.

4.2 Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma instituição hospitalar pública estadual, administrada por uma organização social, localizada na Região Sul da cidade de São Paulo. Trata-se de um hospital geral de médio porte que disponibiliza de serviços porta aberta no pronto-socorro; unidade de terapia intensiva; semi-intensiva e enfermarias.

4.3 População e Composição Amostral

Para participação na pesquisa foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão:

- a) ser profissional médico, de enfermagem, da fisioterapia, da nutrição, da farmácia e do serviço social;
- b) atuar em uma das seguintes áreas hospitalares: pronto socorro, UTI, semi-

intensiva, enfermarias (loais onde existem pacientes sob Cuidados Paliativos);

c) tempo de atuação: exercer a profissão há pelo menos dois anos.

A população compreendeu os médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos e assistentes sociais que tem relações terapêuticas com pacientes sob Cuidados Paliativos.

Foi alcançada uma amostra de 15 profissionais da equipe multiprofissional; ou seja, 3 médicos, 2 enfermeiros, 2 fisioterapeutas, 3 nutricionistas, 2 farmacêuticos e 3 assistentes sociais), atuantes nas áreas de prática da referida instituição. A amostragem foi do tipo de conveniência ⁽²³⁾, bastando o sujeito/respondente atender aos critérios de inclusão e aceitar participar da pesquisa.

4.4 Instrumento de Coleta de Dados

A coleta de dados foi dividida em duas etapas. A primeira foi a observação em campo ⁽²⁴⁾ e a segunda a realização de entrevista semiestruturada obtida por meio de grupos focais ⁽²⁵⁾.

Na observação, foram realizadas anotações sobre a determinação do Cuidado Paliativo implementado nas unidades hospitalares, assim como se dá na prática do cotidiano os cuidados pelos profissionais da equipe multiprofissional. Essa observação ajudou no entendimento do *modus operandi* da dispensação dos Cuidados Paliativos. Esses dados foram anotados em registros próprios do pesquisador.

A coleta de dados foi feita por meio de um roteiro semiestruturado (APÊNDICE A) utilizado por meio de entrevista que foi áudio gravada em regime de grupo focal ⁽²⁵⁾. Para a áudio gravação dos discursos foi utilizado um dispositivo do tipo *smartphone*.

Este roteiro teve a seguinte questão norteadora: **O que você entende sobre os Cuidados Paliativos?** As demais questões do roteiro incluídas foram:

Habitus profissional	<p><i>O que você entende por Cuidado Paliativo?</i></p> <p><i>Você conhece algum protocolo para definir o Cuidado Paliativo e o utiliza em sua prática individual?</i></p> <p><i>Que tipo de formação específica você teve para lidar com o Cuidado Paliativo?</i></p> <p><i>Você se sente apto para atuar profissionalmente com a terminalidade/finitude da vida de um paciente, que está sobre</i></p>
-----------------------------	--

	<p><i>seus cuidados?</i></p> <p><i>Como você acata sua responsabilidade profissional de assistir a um paciente fora de possibilidades terapêuticas?</i></p> <p><i>Quais são os seus maiores desafios do cotidiano em relação à abordagem do Cuidado Paliativo?</i></p> <p><i>Você se deixa influenciar por crenças religiosas (se as tem) quando aborda ou assiste um paciente sob Cuidados Paliativos?</i></p> <p><i>Faça um relato sobre sua prática com esses pacientes?</i></p>
Habitus multiprofissional	<p><i>Como você vê a questão da definição do Cuidado Paliativo com seus pares profissionais e multiprofissionais?</i></p> <p><i>Como você encara o fato de não ter a certeza de que o paciente sob seus cuidados está classificado como Cuidado Paliativo?</i></p> <p><i>Como você vê a questão da comunicação do Cuidado Paliativo com os membros da equipe multiprofissional?</i></p> <p><i>Como você lida com a oposição de um colega quanto a definição da classificação de um paciente como sob Cuidados Paliativos?</i></p> <p><i>Que aspectos você considera pertinente na discussão do tema Cuidado Paliativo entre a equipe multiprofissional?</i></p>

Outros dados de interesse incluíram os dados de identificação do profissional de saúde como sexo, idade, tempo de atuação profissional, tempo de formado e área profissional.

4.5 Procedimentos de Coleta de Dados e Aspectos Éticos

Os dados foram coletados em datas e horários pré-agendados com os profissionais de saúde. Foram realizadas três sessões de grupos focais com duração média de uma hora cada.

A aplicação das questões foi em forma de entrevista, sendo essa entrevista áudio gravada (com gravador contido em um *smartphone*). A responsável pela pesquisa atuou como moderadora e direcionadora das discussões. As reuniões dos grupos focais foram em realizadas em uma sala nas dependências do hospital.

Os profissionais de saúde foram convidados a participar por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B), que foram assinados de acordo com o interesse de cada profissional. Todos os participantes previamente convidados leram e assinaram o TCLE.

Os preceitos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho

Nacional de Saúde, por meio da Resolução 466/12 ⁽²⁶⁾, foram respeitados.

4.6 Interpretação dos Dados

Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas na íntegra para serem, em seguida, analisadas à luz do conceito de *habitus* de Bourdieu ⁽¹⁶⁾. O conceito de *habitus* é um instrumento conceptual que auxilia a pensar a relação e a mediação entre os condicionamentos sociais exteriores e a subjetividade dos sujeitos. É uma noção auxiliar para pensar as características de uma identidade social e profissional que oriente no processo de tomada de decisões. Além disso, o conceito de *habitus* é capaz de conciliar a oposição aparente entre a realidade exterior e as realidades individuais. Capaz também de expressar o diálogo, a troca constante e recíproca entre o mundo objetivo e o mundo subjetivo das individualidades ⁽¹⁷⁾.

A análise a luz desse referencial, permitiu a produção dos eixos temáticos para os quais foram utilizados os principais discursos que refletem os pensamentos dos profissionais de saúde em relação ao conceito central da pesquisa. Os eixos temáticos decorrentes da análise foram: o *habitus* profissional segundo cada grupo profissional e o *habitus* multiprofissional.

4.7 Riscos

Essa pesquisa teve o risco mínimo relacionado ao desconforto de não responder as questões, ou de não concordar com a questão exposta, poderá se gastar tempo para a entrevista.

4.8 Benefícios

A pesquisa trouxe benefícios indiretos de cunho intelectual ao participante pelo fato de despertar maior consciência profissional sobre o tema do Cuidado Paliativo. Após a conclusão da pesquisa, os resultados encontrados serão disponibilizados aos participantes.

5. RESULTADOS

5.1 Relatório de Observações de Campo

Na observação de campo pode-se perceber que devido à demanda dos setores e o quadro reduzido da equipe multiprofissional, a tendência é de que os profissionais venham a direcionar maior atenção aos pacientes mais solicitantes, ou ainda, que apresentam prognósticos positivos. Isso ocorre muito com os profissionais com foco assistencialista, como por exemplo, auxiliares de enfermagem. Notadamente, os pacientes rotulados como “em Cuidados Paliativos”, recebem menor atenção assistencial.

Durante a visita multiprofissional, visita-se o leito de pacientes, normalmente discute-se alguns aspectos, tais como o tempo de permanência o paciente num mesmo estado clínico. As visitas costumam ter menor duração de tempo nos leitos de pacientes que se encontram conscientes, posto que tal aspecto é um fator relevante, além de outros como, a alteração ou não de quadro clínico, e de dor. Nesse momento, denota-se a ausência do farmacêutico para proporcionar algumas opções de medicamentos para essa dor.

Em se tratando das questões nutricionais dos pacientes, também há a ausência de um profissional da área. O que se pode observar foi uma residente externa medindo os pacientes, a fim de dar um aporte nutricional para os mesmos, por meio de dieta via cateter nasoenteral ou oroenteral, ou ainda, por dieta via oral. Durante algumas visitas, tal residente externa se fez presente.

Em relação à enfermagem, os profissionais se apresentam no intuito de sanar dúvidas do que ocorreu no decorrer dos plantões passados; proporcionar a continuidade das assistências; além de delegar tarefas para os auxiliares.

Os fisioterapeutas atendem cada paciente conforme sua demanda. Durante a visita a esses, comentam o nível de consciência, e aspectos relacionados à secreções.

O assistente social não se faz presente nesses momentos, porém ele atua com a família no momento da visita dos familiares. Normalmente a visita é liberada em qualquer período.

A indiferença dos profissionais da área médica é gritante. Durante a visita, que possui o caráter multiprofissional, alguns questionamentos são feitos por parte dos mesmos aos outros integrantes da equipe multiprofissional. Porém, os mesmos se mostram reclusos em suas decisões, fazendo apenas com que os demais profissionais acatem e sigam o plantão, sem significativas contribuições.

Muitas vezes, fora possível observar que a comunicação entre a equipe multiprofissional é falha. Um exemplo se apresenta no mal funcionamento do sistema pelo qual a equipe deve relatar suas impressões acerca da evolução dos pacientes. Tal sistema é importante, posto que, a partir dele, profissionais de outros turnos podem ter acesso a informações de grande valia para minimizar dúvidas.

Verificou-se que de todas as ações realizadas aos pacientes com prognóstico fechado de Cuidados Paliativos, essas seguem conforme o foco nas medidas de conforto. Nem todos os profissionais sabem ao certo o que pode ou não ser feito a esses pacientes. Muitas dúvidas permeiam acerca desse assunto, o que denota a necessidade de se estabelecer um protocolo sobre os cuidados a essa categoria de pacientes.

5.2 Caracterização dos Participantes

De um total presumido de 18 participantes, obteve-se 15 entrevistados, os quais participaram dos grupos focais. Dentre os profissionais: três médicos, dois enfermeiros, dois fisioterapeutas, três nutricionistas, dois farmacêuticos e três assistentes sociais. Destes 13 são do sexo feminino e apenas dois do sexo masculino. Quando perguntados se fizeram algum curso a respeito de Cuidados Paliativos, apenas dois médicos responderam que sim, os demais participantes da pesquisa responderam não a esta questão. Quanto à idade dos participantes, apenas um tinha idade superior a 50 anos, dois entre os 50 e 40 anos, seis entre os 40 e 30 anos e seis entre os 30 e 20 anos.

Quando questionados se seguem alguma religião, 12 responderam que sim e três que não. Quanto ao tempo de formado dos participantes obtivemos um profissional com 31 anos, um com 13 anos, um com dez anos, um com nove anos, dois com oito anos, um com seis anos, um com cinco anos, um com quatro anos, dois com três anos e quatro com dois anos. Cinco profissionais não têm o mesmo tempo

de atuação conforme a sua formação.

5.3 **Habitus por Grupo Profissional**

5.3.1 **Profissionais da Nutrição**

Sobre o entendimento acerca do conceito de Cuidados Paliativos, todos os profissionais de nutrição associaram a situação terminal de pacientes nesse quadro ao conforto que esperasse ser prestado a eles. O primeiro profissional coloca:

“[...] priorizar medidas de conforto, né? Sem medidas invasivas. E na parte de nutrição, na verdade a gente mantém o mesmo, na parte da alimentação se é via oral a gente mantém a mesma”. (Nutricionista A)

O segundo profissional entrevistado novamente cita o conforto atrelado aos procedimentos alimentares que passam a ser adotados:

“É atender pedidos de desejos alimentares que muitas vezes eles tem. Por mais que esses pedidos sejam de comer algo que ele não possa. Mas como ele está à beira da morte, muitas vezes é liberado para poder dar uma melhor qualidade de vida nessa hora. [...] Pode ser liberado para ele poder ficar mais confortável espiritualmente, não ficar com vontade nessa hora”. (Nutricionista B)

No mesmo sentido, o profissional da terceira entrevista cita o conforto, e exemplifica com a retirada de sondas, já abordada pelo primeiro respondente:

“É quando o estágio da doença já está num grau tão avançado que já não tem mais a recuperação. Então o que a gente tem que dar para o paciente é dar conforto a ele. [...] E mais voltado para nutrição tem muitos pacientes que usam a sonda, e então eles pedem para tirar a sonda e introduzir dieta via oral”. (Nutricionista C)

Em se tratando de protocolo de trabalho que esses profissionais tenham para trabalhar com Cuidados Paliativos, todos negaram ter. O respondente da segunda entrevista, chegou a lamentar a ausência dessa temática na orientação padrão:

“Se embasar em alguns conceitos, em alguns conteúdos teóricos é o que falta”. (Nutricionista, B)

Acerca de formação específica para Cuidados Paliativos, essa se faz muito pouco representativa. Ao passo que o respondente um dissera não ter tido especificação alguma nessa área, o segundo respondente classificou o conhecimento

adquirido nesse campo como “superficial. Além disso o terceiro profissional de nutrição, reforça essa superficialidade na formação padrão ao complementar:

“Eu já participei de uns pequenos congressos”. (Nutricionista C)

Quando perguntados sobre a aptidão em lidar com Cuidados Paliativos, os três profissionais, relataram tranquilidade para lidar com a questão, porém como explicações distintas. O respondente um disse que:

“Se eu estou apta para atender um paciente comum, o paliativo também a gente atende da mesma forma”. (Nutricionista A)

O entrevistado dois ressaltou a naturalidade do seu comportamento:

“No meu caso eu procuro agir com naturalidade, até por que aqui no hospital, sempre tem alguém e se a gente for se impressionar com todos os casos, nós acabamos não conseguindo trabalhar”. (Nutricionista B)

Já o terceiro profissional enfatizou a sua tranquilidade com a questão:

“Eu não tenho nenhum problema em lidar com isso. [...] Para mim é uma questão tranquila”. (Nutricionista C)

Os desafios inerentes à esses cuidados foram bem discorridos pelos profissionais de nutrição. O primeiro respondente aponta o tratar com a família com um dos maiores desafios de sua atuação:

“Eu acho que o maior desafio é esta questão da família. [...] Tem que saber o que vai falar... como vai falar. Tem que ter um cuidado maior com os familiares mesmo”. (Nutricionista A)

Já o profissional nº 2 coloca a questão da perda do apetite por conta do paciente e de como a pequena variedade de opções no hospital, dificulta esse momento:

“Muitas vezes o paciente com Cuidados Paliativos já não tem o mesmo apetite. Está debilitado. E aí que você tem que oferecer o que tem dentro de um hospital público que não é muita coisa”. (Nutricionista B)

E o terceiro entrevistado relembra a sonda em sua resposta, ao sugerir não apreciar usar desse instrumento:

“Para nós o desafio é quando... de forma repetitiva... VO a sonda. Porque as vezes o médico prescreve a sonda... mas às vezes o paciente e ainda conversa um pouquinho. Estado debilitado, mas conversa, consegue deglutir alguma coisa. (Nutricionista C)

Sobre crenças religiosas, os nutricionistas foram unânimes em responder que enquanto profissionais não se deixam influenciar por suas crenças pessoais. Contudo, o entrevistado dois colocou uma importante questão vinculada a esse assunto, ao dizer sobre o respeito para com a crença do paciente:

“Na alimentação, a gente também respeita a crença religiosa do paciente que muitas vezes, a uns certos alimentos a religião não permite. Mesmo sendo bom para o paciente. Mas nós temos que respeitar cada religião”. (Nutricionista B)

5.3.2 Profissionais da Enfermagem

O entendimento dos profissionais de enfermagem acerca de Cuidados Paliativos se apresenta um tanto confuso. O respondente dois chega a dizer:

“[...]Ah... Não sei como explicar. Às vezes, a gente fica meio confuso nos Cuidados Paliativos. Porque uns dão medida para conforto, outros acabam seguindo o tratamento e a gente fica meio que perdido”. (Enfermeiro B)

O primeiro entrevistado, inclusive, chega a citar um caso de sua experiência no qual denota suas dúvidas quanto a esse quadro a as orientações que deve seguir:

“[...] eu conheço pacientes que ficaram como paliativos e que ficam dois anos como paliativos, são pacientes conscientes, orientados, contactuam, deambulam, que se alimente e foi fechado como paliativo. Então, isso é muito vago, essa interpretação por que o que vai é de cada indivíduo mesmo, o que é a programação de cada indivíduo né? Então assim é muito pessoal, é aquilo que você falou de médico, né? Cada um presta uma conduta diferente, aí você imagina: assim não, ele não precisa mais receber um sangue, tomar antibiótico, pra que tá fazendo isso? Mas eu acho que tem que tomar, você não pode rotular e deixar de fazer”. (Enfermeiro A)

Ainda assim, o mesmo respondente consegue colocar a sua definição para esse conceito:

“[...] Você vai fazer todas as medidas, vai prestar todo conforto, analgesia, alimentação, oxigênio. Você não vai fazer medidas invasivas”. (Enfermeiro A)

Acerca de protocolos para esse tipo de paciente, apenas o primeiro profissional de enfermagem disse conhecer um. Todavia, o mesmo justifica que no cotidiano não há sua prática:

“[...] A gente acaba não utilizando, a gente sabe que existe esse cálculo e é definido pelo médico, mas nós mesmos acabamos não aplicando ele”. (Enfermeiro A)

Sobre formação específica, apenas o segundo profissional chegara a ter uma palestra sobre o tema, o que denota uma carência dessa questão no ramo.

Na pergunta em que queria se saber sobre a aptidão que os enfermeiros possuíam com pacientes em Cuidados Paliativos, as opiniões foram divergentes. O primeiro respondente se mostrou seguro para com o tratamento com tais pacientes:

“Não vejo diferença no tratamento”. (Enfermeiro A)

Todavia, o segundo respondente possui uma posição oposta ao relatar de forma sucinta que não se sente à vontade com pacientes nessa situação:

“Eu tenho um bloqueio na verdade”. (Enfermeiro B)

Perguntados sobre os desafios inerentes aos Cuidados Paliativos, os profissionais de enfermagem elencaram dois pontos: a família e o paciente.

O primeiro entrevistado preocupa-se em como a família vai encarar o quadro do paciente:

“[...] A parte da família tem um peso muito grande, então é a parte que ainda mais me dificulta”.
(Enfermeiro A)

Já o segundo respondente possui uma dificuldade em discernir a quantidade necessária de cuidado que ele possa vir a proporcionar ao paciente:

“Eu tento dar a melhor assistência do mundo para o paciente. Eu tenho uma dificuldade muito grande e eu tenho que trabalhar isso. Mas eu tento fazer o máximo para ele dar um conforto ao paciente”. (Enfermeiro B)

Quando questionados sobre as crenças nos momentos de trato de pacientes em Cuidados Paliativos, apenas o primeiro entrevistado disse não se deixar influenciar por sua fé pessoal. O segundo profissional de enfermagem confessara que deixa-se levar pela situação em alguns momentos:

“Ele tá morrendo e você acaba dizendo: ‘Tenha fé. Vai dar tudo certo’. Você deixa-se influenciar. Não tem como”. (Enfermeiro B)

5.3.3 Profissionais Médicos

Os profissionais médicos de todos os grupos focais mostraram ter um grande esclarecimento sobre a primeira questão que abordava o entendimento básico do

conceito de Cuidados Paliativos. O profissional de medicina do último grupo focal explanou com maior detalhamento como denota-se em sua fala:

“[...] toda vez que você admite um paciente que ele tem uma doença que você classifique ela como ameaçadora da vida, a partir do momento você tá entrando talvez em um CP”; “Cuidados Paliativos se referem a um aos cuidados que a gente tem que dar ao doente cuja a possibilidade de o de recuperação acaba a se tornando cada vez mais difícil um paciente em que o tratamento foi necessário e aí a gente tem que decidir quem num dado momento o que fazer”.

Já o profissional do grupo 2 mostrou maior objetividade em suas colocações ao dizer que:

“[...] o paliativo é você aliviar os sintomas, sem impactar na cura”. (Médico C)

Nesse interim, todos os profissionais ressaltam a importância que as medidas de conforto possuem para com o tratamento dessa categoria de paciente. O profissional do primeiro grupo focal diz que:

“[...] quando esse paciente é colocado em palição [...] não vai ter diferenciação alguma do tratamento que vai ser prescrito para esse paciente [...] vai continuar fazendo a mobilização no leito, continuar fazendo todas as atribuições dela”.

O profissional de medicina do terceiro grupo ainda especifica o conceito de conforto nesse contexto ao dizer que se deve:

“[...] pensar em cuidados basicamente de conforto [...] dar conforto no fim de vida a um doente cuja a possibilidade de recuperação já não existe mais”. E a família, nesse momento, é um dos principais sinônimos para o conforto que possa ser causado a esses pacientes, tal como o profissional da área médica do segundo grupo coloca quando relata que encaminha esse paciente para a observação para “que a família possa permanecer junto à paciente”. (Médico A)

E é pensando nesse grau de conforto ao final da vida, que dois dos três médicos entrevistados externaram suas reflexões sobre a importante decisão de determinar Cuidados Paliativos ou permanecer com aqueles curativos. O profissional de medicina do segundo grupo focal coloca que há um grande investimento:

“de tudo para esse paciente... Para a gente conseguir retornar ele para a vida. Mas tem hora que a gente não consegue. E a gente vai continuar, tentando fazer procedimentos para curar? E esses procedimentos a gente sabe que são dolorosos. [...] Ou a gente vai aceitar que nesse ponto para frente não tem cura? E a gente vai dar o conforto para ele”?

E o profissional de medicina do terceiro grupo focal, complementa esse raciocínio ao colocar que:

“[...] talvez tenha que se repensar e pôr numa balança o sofrimento do que o benefício que você vai dar [...] E eventualmente o sofrimento que você vai dar mantendo aquele paciente vivo, por assim dizer, com tratamento intensivo vai suplantar benefício”. (Médico B)

Os resultados das entrevistas ainda denotam que a palição é uma decisão tomada em últimas circunstâncias. As falas do entrevistado do primeiro grupo focal reforçam essa conclusão:

“[...] tudo o que o médico acha que tem de melhor para fazer naquele paciente naquele momento vai ser feito [...] mas sempre tem alguma coisa a se fazer pelo paciente”. (Médico A)

O entrevistado do segundo grupo focal ainda ressalta a importância da equipe multidisciplinar ao descrever com detalhes uma situação hipotética:

“Muitas vezes esse paciente já não tem poder de consciência sobre ele mesmo, e daí quem decide é a família. E a família não quer perder aquela pessoa. E aí a gente chama a assistente social, a gente chama a psicologia, a gente chama todo mundo e da equipe da enfermagem. Da equipe da nutrição”. (Médico B)

Acerca do conhecimento de protocolos de tratamentos de Cuidados Paliativos, apenas um dos médicos entrevistados conhece um. O citado profissional discorreu sobre seu conhecimento sobre tal protocolo proveniente de outra instituição hospitalar. Contudo, uma parte de seu relato se correlaciona com a de seus colegas quando aborda a questão da importância do comum acordo em se tratando desse assunto. Em sua experiência, o profissional relata:

“[...] Eu fiquei brava, por que o protocolo chega hoje e amanhã começa? A gente tem que fazer todo mundo junto. Os estudos se reúnem uma vez na semana para trabalhar vários textos e conteúdo para que eles possam saber abordar esse assunto”. (Médico, B)

Reforçando a sua fala, o terceiro profissional entrevistado complementa esse raciocínio, ao discorrer sobre a sensibilidade de se chegar a um protocolo definido na atualidade:

“Eu acho que Cuidado Paliativo é uma coisa muito recente, que a gente tenha começado a engatinhar um pouco. Nem sei se de um protocolo, como uma receita nesse momento seria interessante. E não conheço um protocolo específico”. (Médico C)

Tratando da formação específica para Cuidados Paliativos, os três médicos mostraram descontentamento. Um dos profissionais chegou a não ter nenhum conteúdo voltado a essa área em sua formação. Os outros dois gostariam que fosse mais abrangente. Um deles diz:

“Na universidade fica muito claro na geriatria e no procedimento oncológico. Mas eu acho que a abordagem devia ser maior porque ela se estende para o centro cirúrgico... paciente clínico”.
(Médico B)

O último ainda complementa o pensamento ao sugerir que é pela prática que o aprendizado de fato é estabelecido:

“Apesar da formação que a gente tem. Não existe nada definido. E mesmo âmbito médico, é muito pouco discutido. A formação que você tem é no dia-a-dia... da discussão que você tem com o colega, com a família... até com o próprio paciente. Fossem não tem uma formação específica”. (Médico C)

Quando questionados sobre a capacidade e aptidão profissional de lidar com a finitude da vida, os médicos foram unânimes em dizer, que são capacitados. Porém, tal capacidade se apresenta exclusivamente no campo técnico. O primeiro respondente dissera que sua habilidade somente chega até o paciente:

“[...] tenho dificuldade em trabalhar com a família a entender a questão da terminalidade...”.
(Médico A)

O segundo profissional ressalta que o desafio é constante sobretudo, por que cada caso é único:

“A gente avisa muito óbito. Todo dia nesse pronto socorro... Ou você aprende a trabalhar isso, ou você pira. Por que todo dia a gente avisa. Para mim um procedimento é mais um. Mas o que está por trás desse procedimento? É um paciente, família e história”. (Médico B)

O mesmo profissional ainda complementa sua resposta, tal qual o último entrevistado, abordando a importância do relacionamento com a família nesse momento:

“Eu tenho que aceitar o que está acontecendo e ajudar essa família e esse doente, a fazer essa passagem de forma mais amena e tranquila”. (Médico B)

Contudo o terceiro respondente coloca uma questão bastante delicada, que em sua opinião se estende além de si próprio:

“Eu acho que a parte técnica a gente tem. Sabemos manusear muita coisa. Com os profissionais aqui, a gente consegue manter o doente relativamente confortável. O problema é determinar qual o momento o paciente vai estar nessa situação. Acho que é a maior dificuldade que a gente tem no dia-a-dia”. (Médico C)

5.3.4 Profissionais da Fisioterapia

Os profissionais de fisioterapia discorreram sobre seu entendimento acerca de Cuidado Paliativo descreveram sobre o conforto que sua prática fornece a esse paciente:

“O que eu também entendo sobre CP, é mais de conforto. E dentro da fisioterapia, eu leio muito sobre CP, então o que eu leio e o que eu acabo entendendo é que no meu tratamento não existe muita diferença por que eu vou trabalhar com o conforto, a diferença é que um eu vou ter a melhora e aquele paciente eu vou tratar com conforto” (Fisioterapeuta A)

“[...] Para esse paciente você vai dar conforto, e com muito respeito, no qual a família possa estar com ele naqueles momentos finais. Então é cuidar do corpo tanto para o paciente quanto para a família” (Fisioterapeuta B)

Sobre o conhecimento de protocolos a serem aplicados com os pacientes em Cuidados Paliativos, apenas o profissional de fisioterapia da primeira entrevista citou o protocolo orientado por um colega médico. Porém, há a ressalva de que não existe a conduta desse atualmente:

“O único que eu conheço foi um protocolo que o Dr. Fábio de Lucca iniciou na Clínica Médica atualmente a gente não aplica, baseado no PPS é só” (Fisioterapeuta A)

Na pergunta que questionou a formação específica para Cuidados Paliativos o segundo profissional de fisioterapia entrevistado cita palestras sobre o tema em sua graduação, porém enfatiza que é na prática que o aprendizado acontece:

“Na graduação a gente e sempre tem algumas palestras. Mas é o que o doutor falou... no dia-a-dia é que é o nosso foco maior. A gente tem que ter preparar. Porque a gente se choca com muitas situações.” (Fisioterapeuta B)

Quando os fisioterapeutas foram questionados sobre o quão aptos se auto-avaliavam para o tratamento de pacientes com Cuidados Paliativos, as respostas foram divergentes. O primeiro profissional de fisioterapia respondera com relativa insegurança:

“[...] A minha vivencia mesmo não foi em graduação, foi aqui mesmo profissionalmente [...] um eu vou estar reabilitando e outro eu vou estar trabalhando o conforto” (Fisioterapeuta A)

Por sua vez, o segundo profissional de fisioterapia, deixa claro que sua técnica o prepara para o trabalho com essa categoria de paciente:

“Tecnicamente, sim. Mas, são decisões discutidas beira leito. Em comum acordo com a equipe. Sempre se perguntando qual era o momento certo.” (Fisioterapeuta B)

Os desafios enfrentados nessa prática também foram relatados por parte dos profissionais de fisioterapia. O profissional de fisioterapia da segunda entrevista coloca que a aceitação por parte da família é o desafio que acredita ser o mais acentuado:

“[...] Digamos que você vai lá com o familiar. Naquele momento ele entendeu, mas aí "ah. Ele mexeu à mão. Será que ele vai voltar ". Então eu vejo mesmo aceitação.” (Fisioterapeuta B)

Já o primeiro profissional de fisioterapia entrevistado discorre sobre um quadro mais complexo: a falta de consenso e comunicação efetiva entre as equipes dos diferentes plantões. O profissional relata:

“[...] Cada um tem uma visão... não temos propostas claras... não temos a mesma visão sobre os Cuidados Paliativos. Para mim ele é Cuidado Paliativo... a tarde entra outro médico e não é mais Cuidado Paliativo. Isso envolve uma série de questões”. (Fisioterapeuta A)

Na questão que tratou sobre a influência da fé pessoal na prática de trabalho, tanto um profissional quanto o outro responderam não deixarem se influenciar por tais questões no ambiente de trabalho.

5.3.5 Profissionais Farmacêuticos

As opiniões dos profissionais de farmácia para com a conceituação de Cuidados Paliativos foram bastante similares. Como os demais colegas da área hospitalar, elencaram as medidas de conforto como característica primária para a definição dessa categoria de paciente. Contudo, a visão de atuação para os pacientes em Cuidados Paliativos, diverge entre os dois entrevistados.

“para a farmácia não muda em nada, por que a medicação vai subir conforme a solicitação do médico, da fisioterapeuta, da enfermagem. Para a farmácia na questão de liberar medicamento não vai mudar em nada” (Farmacêutico A)

“[...]Em vez de usar medicamentos para a evolução de um prognóstico positivo, tem uma troca por medicações que o paciente vai ficar naquele estado, porém da melhor forma possível. Mais confortável. Então assim, o contato que nós da área da farmácia temos com o paciente é mais especificamente das sedações [...] Assistencial mesmo.” (Farmacêutico B)

Nota-se pelo teor das respostas que o profissional de farmácia B vislumbra uma importância maior à sua colaboração para com o tratamento de pacientes em Cuidados Paliativos, ao passo que o profissional A entende que sua posição não possibilita maior relacionamento com tais casos.

Acerca de protocolos específicos para o tratamento de pacientes em Cuidados Paliativos, ambos os profissionais relataram não conhecer nenhum.

Quanto à pergunta sobre formação específica para tratamentos dessa categoria de pacientes, os dois profissionais disseram não ter tido. Todavia, o profissional de farmácia da primeira entrevista, relatou o que chamou de aula em seu último trabalho, na qual ele aprendera um ensinamento bastante específico e superficial:

“na parte do medicamento, para dor que a gente liberava pro técnico de enfermagem e o médico ia na casa do paciente fazer a medicação, para ele não ficar em CP dentro do hospital e sim na casa dele”. (Farmacêutico A)

Em relação à aptidão para lidar com casos de pacientes paliativos, os profissionais da farmácia entrevistados demonstraram possuir aptidão para Cuidados Paliativos. O primeiro profissional de farmácia mostrou segurança ao responder:

“Não tem diferença de tratamento dos pacientes” (Farmacêutico A)

Já o profissional de farmácia da segunda entrevista relatou sobre sua fragilidade em casos que há envolvimento com pacientes em Cuidados Paliativos.

“[...] Quando você começa a ter um envolvimento com o paciente, como aquele que você vai todo dia na visita, discute. A equipe médica vai te falando "o paciente está melhorando. Está dando certo. Está evoluindo bem" Se de repente ele entra em paliativo e chega ao óbito acaba impactando sim. Tem aquilo do sentimento, mas só quando tem envolvimento. Quando não é mais administrável.” (Farmacêutico B)

Sobre os desafios que julgam existir dentro de suas áreas e relacionados a Cuidados Paliativos, os profissionais de farmácia relataram desafios ligados a questões financeiras do hospital. O profissional de farmácia da segunda entrevista deixa claro essa questão em seu relato:

“[...] Nós trabalhamos com a verba X para atender todo um hospital. E muitas vezes a equipe, para esse conforto, busca alternativas que não tem no hospital e acaba gerando um custo extra. [...] Vem a questão financeira que você pensa "você já gastou uma certa quantidade com esse paciente e não tá tendo um retorno. E agora vem um novo gasto. E você poderia investir e de repente levar chances maiores para aqueles que tem condições [...] Aqui é a verba X. Não importa se aqui tem 30 ou 50 paliativos, vai ser aquele mesma verba.” (Farmacêutico B)

Por fim, o profissional complementa a solução praticada pela equipe para esses casos:

“A gente fica entre a cruz e a espada. Nós acabamos conversando com a equipe para ver se realmente é de extrema necessidade e sempre tenta atender da melhor forma possível. Ver se não há outras trocas. Outras coisas. As vezes até com um custo menor oferecer até em maior quantidade.” (Farmacêutico B)

Já o primeiro profissional de farmácia ainda cita o fator tempo de entrega dos remédios como outro fator que é encarado por ele como um desafio complementar ao custo:

“[...] comprar medicamentos caros ou materiais caros que possam demorar tempo pra chegar aqui... aí é uma coisa que a gente tem que conversar pra ver se é mesmo necessário... se daria tempo de chegar ou não” (Farmacêutico A)

Quando os profissionais de farmácia foram perguntados sobre a influência da fé pessoal na conduta profissional em casos com Cuidados Paliativos, ambos os profissionais disseram não se influenciar. Porém o segundo profissional de farmácia quis discorrer sobre sua condição nesse aspecto:

“[...] É lógico que quando você tem a sua crença e a sua religião, você acaba pensando... Se você tem uma crença ou não. A vida após a morte. Você acredita ou não. Será que se você fizer algo melhor para ele, não vai ter um pós vida, digamos assim, melhor?! Então você acaba tendo a sua crença e tentando praticar. Só que como você não está ali em contato direto com o paciente, então você não tem essa preocupação de expor ou não... [...] Mas além dessa parte, não tenho influência da crença” (Farmacêutico B)

5.3.6 Profissionais Assistentes Sociais

Os profissionais de Serviço Social mencionaram os mesmos dois pontos. Em princípio o primeiro assistente social coloca seu entendimento sobre Cuidados Paliativos atrelado aos aspectos multidisciplinares:

“Eu entendo a questão do CP como o atendimento global, então por exemplo a equipe identifica toda a questão do paciente, a questão clínica, e aí as especialidades vão atender. Então a fisio tem um atendimento que vai orientar aquela família a equipe médica também. O serviço social ele entra no sentido de orientar a família sobre essa questão do CP, que é essa questão de conforto para o paciente”. (Assistente Social A)

Por sua vez, o assistente social da segunda entrevista, complementa a fala do colega:

“Trabalhar a qualidade de vida do paciente, em todos os aspectos. Bio, psíquico, espiritual num momento em que ele já tem ali um diagnóstico em que ele não tem mais como realizar um

tratamento de evolução daquela doença. [...] A equipe social tem muito vínculo com a psicologia. [...] Trabalha a questão espiritual do paciente e principalmente a família". (Assistente Social B)

Vale ressaltar uma segunda concordância entre os dois profissionais, quando ambos relatam a atribuição de levar a compreensão do caso à família do paciente:

"[...] Muitas vezes o familiar fala assim: 'O que é CP?'. Então assim o que era feito antes não vai ter uma sequência? Eu explico que tem uma sequência sim, mas que é uma medida de conforto pra ele". (Assistente Social A)

"Algo que a gente também precisa trabalhar bastante para que eles também consigam compreender o que é a 'paliativa'". (Assistente Social B)

Ao responderem a questão sobre conhecimento acerca de protocolo específico para tratamento de pacientes em Cuidado Paliativo, apenas o assistente social da primeira entrevista cita conhecer um protocolo utilizado na própria instituição:

"O protocolo que eu também tenho conhecimento também é o daqui da instituição e tentamos identificar alguns pacientes para que pudesse ser feito isso, para a gente pudesse iniciar essa vivência". (Assistente Social A)

Em se tratando de formação específica para o tratamento de pacientes em Cuidados Paliativos, os profissionais de assistente social disseram não possuir tal formação.

Sobre considerarem-se aptos ao trato com pacientes em Cuidados Paliativos, um ponto importante a ser ressaltado é que dois dos três profissionais entrevistados citaram a falta de preparo acadêmico e formal para essa atribuição:

"Eu consigo trabalhar essa questão com a família, mas eu sinto que eu não tenho muita teoria e embasamento para poder trabalhar essas questões. Então a gente pede mesmo apoio da equipe para conseguir trabalhar algumas questões". (Assistente Social B)

"Como a gente não tem o preparo da faculdade e a gente lida muito com isso, com o paciente e com a família... é difícil, na verdade. É pessoal a resposta". (Assistente Social C)

Na questão dos desafios enfrentados, pelos assistentes sociais, as respostas foram de temas variados. O primeiro assistente social cita o trabalho da equipe médica em conjunto:

"Eu avalio primeiramente a questão da equipe médica... do protocolo. Porque tem um início, então eu acho que uma abordagem que está claro para equipe multi, facilita para ao atendimento da família e conseqüentemente todos os profissionais envolvidos". (Assistente Social A)

Já o segundo assistente social entrevistado relata uma fragilidade no trato da questão aplicadas a crianças:

“Eu acho que eu comecei a ter maior dificuldade a trabalhar com a questão de Cuidado Paliativo, quando eu tive um filho. Eu trabalhava na pediatria, foi quando eu comecei a ter contato com algumas questões paliativas e que me deixou mais sensível ao abordar [...] Mas nas outras clínicas eu consigo trabalhar melhor essas questões. [...] Mas quando já vai para um local que trabalha a questão com a criança, eu já chego em casa mal”. (Assistente Social B)

Por sua vez, o assistente social da terceira entrevista coloca a questão da rede de profissionais que atendem a família desse paciente:

“A rede que nós temos que é muito falha. Então a família não quer e resiste muito em levar, por que ele não sabe. E resiste em aprender também. E a gente entende. [...] Mas a questão também é porque “eu vou para casa, e o que que eu vou fazer com essa pessoa?” Por que a gente não tem rede para apoiar essa família. Não é só a família que não aceita. A rede inteira também é falha”. (Assistente Social C)

Ao serem perguntados qual a influência da fé pessoal na prática profissional com essa categoria de pacientes, o primeiro assistente social fora sucinto em dizer que não há influência de crenças em sua prática, assim como os demais. Todavia, os outros respondentes enfatizaram o lado da família do paciente. O assistente social da segunda entrevista, coloca seu ponto:

“Eu acho que a gente aceita dependendo da crença do paciente. Então, se ele tem essa fé e traz essa crença, a gente, geralmente aceita. [...] Então a gente trabalha respeitando a crença. Eu tenho a minha crença, mas eu tento não expor a minha crença e saber o que ele acredita e tentar trabalhar nesse momento naquilo que ele acredita ou não”. (Assistente Social B)

O assistente social da entrevista nº3 complementa a opinião do colega:

“Nós temos a nossa crença, e dentro do hospital, nós somos profissionais. Eu acredito muito nisso. Você pode até não concordar, mas se a tua profissão diz aquilo, você tem que respeitar a sua profissão e não a tua religião”. (Assistente Social C).

5.4 Habitus Multiprofissionais

Na pergunta que investigou a visão sobre a definição de Cuidados Paliativos juntamente com a equipe multiprofissional, os profissionais de nutrição enfatizaram que não possuem poder para influenciar nas decisões médicas no que tange a decisão de tal quadro:

“Para a nutrição também já chega a informação de que entrou em Cuidados Paliativos”.
(Nutricionista C)

“Sempre que tem um paciente com Cuidados Paliativos... Tem um médico... Uma enfermeira, sempre avisando para poder atender o paciente da melhor forma, e atender os pedidos dele. Tranquilo”. (Nutricionista B)

Essa opinião dos nutricionistas vai de encontro com a dos farmacêuticos:

“Para a farmácia não tem diferença, se o paciente está ou não em Cuidados Paliativos. Raramente para te falar a verdade a farmácia nem sabe se o paciente é paliativo ou não”.
(Farmacêutico A)

E o relato de uma assistente social concorda com o do farmacêutico:

“A equipe multi não traz a discussão para o serviço social. porque eu não tenho como discutir... e nem tenho conhecimento técnico para discutir com o médico Cuidados Paliativos. [...] E eu vou concordar, porque não tem como falar para ele ‘eu acho que não’”. (Assistente Social C)

Tais pontos de vistas desses profissionais possuem reforço no relato das enfermeiras:

“Eu acho que quanto à definição fica muito para a prática médica, fica muito dependente do médico e não envolve a equipe multi, só chega a definição para nós [...] Eu acho que é como a médica falou não sei se é por falta de conhecimento de protocolo, do conhecimento teórico mesmo. Se for implantado ou como está sendo implantando o protocolo mais não é divulgado isso a fundo para todos, então assim tem essa dificuldade”. (Enfermeira A)

“[...] O médico fala assim: “Esse está de Cuidado Paliativo”. O outro fala “não. Eu tento agir com a maior naturalidade. Por que eu estou trabalhando. [...] Um fala uma coisa e outro fala outra”. (Enfermeira B)

E os profissionais médicos por sua vez, chegam a concordar com as dificuldades relatadas pelos integrantes da equipe:

“Eu acho que essa questão de definição de Cuidado Paliativo é difícil até entre os médicos e com a equipe multiprofissional por conta de conhecimento. [...] Você vê que algumas pessoas tem uma opinião diferente sobre Cuidados Paliativos[...] Mas é por falta de conhecimento, do médico, do fisioterapeuta, do enfermeiro, por não ter tido formação”. (Médico A)

Todavia o profissional médico da terceira entrevista ressalta o trato da questão de definição de Cuidados Paliativos com os pares profissionais, e relata que muitas vezes os outros integrantes da equipe se abstêm:

“Você tem uma situação que tem dez pessoas em volta. E dois ou três vão discutir a e os outros se não vão sequer dar uma opinião. Então um você sente que existe uma certa dificuldade das

peças em dar uma opinião. [...] São questões que realmente existem uma dificuldade de consenso". (Médico C)

Nesse ponto, os profissionais de fisioterapia participam mais da discussão da definição de Cuidados Paliativos, ainda que com seus próprios pares profissionais

"Na fisioterapia, a gente discute bastante o que fazer, porque as vezes a gente tem um tempo maior com o paciente. E algumas informações relevantes e se a gente traz a bordo e muda aquela visão. Nem sempre muda, por que a gente discute [...] Mas às vezes a gente traz alguma informação relevante que pode até mudar o quadro. Então a gente discute o dia-a-dia do paciente". (Fisioterapeuta A)

Quanto a questão que perguntou sobre a incerteza da classificação de Cuidados Paliativos, os profissionais os profissionais foram bem claros que não sabem ao certo como classificar estes paciente e muitos deixaram isso a cargo do Médico.

Quando o estudo chegou na abordagem da incerteza para com o diagnóstico de Cuidados Paliativos, os profissionais contribuíram com respostas que previamente respondiam aspectos referentes às duas questões seguintes que perguntavam sobre a comunicação e oposição com os membros da equipe multiprofissional.

Os profissionais de nutrição e fisioterapia relataram situações em que o conflito de posicionamentos entre os membros da equipe interfere na continuidade do tratamento até o momento de uma resolução, além de anseios por uma padronização nas condutas com tais pacientes:

"[...] Porque não é porque o paciente está em Cuidado Paliativo que a gente vai colocar uma dieta padrão [...] A gente sempre mantém até o final. Aí tem que dar uma adequada. [...] Tem esses conflitos assim, mas num conjunto de nutricionistas a gente acaba resolvendo". (Nutricionista C)

"Eu acho que quando está tudo bem definida ocorre tudo bem, já se não tem uma definição é um transtorno geral, porque você está ali na hora da parada discutindo o que é ser feito afinal. E para o próprio médico que está atuando ali a responsabilidade se torna até um pouco maior para ele. [...] Eu acho que poderia ser um pouco mais efetiva, porém ainda não sei onde que estamos errando para não ter essa efetividade. Será que o erro é na falta de não saber o que é o Cuidado Paliativo"? (Fisioterapeuta A)

"Seria interessante também uma palestra de Cuidados Paliativos multiprofissionais né? Pra como cada setor poder da melhor forma fazer o cuidado. Como anunciar é importante". (Nutricionista B)

Em consonância com a opinião dada por esse último nutricionista, profissionais médicos, da enfermagem e do Serviço Social já até mesmo pensaram num modelo de padronização de condutas para casos paliativos:

“Eu acho que uma criação de uma comissão de Cuidados Paliativos inicialmente, para poder passar essas informações para o hospital isso seria de grande valia, uma comissão multiprofissional para poder começar a implantar isso no hospital mesmo, até para poder gerar conhecimento, educação continuada a respeito disso, uma coisa para poder tentar melhorar porque a gente vê que é deficitário”. (Médico A)

“Eu acho que o protocolo de pacientes paliativos [...] deveria ser desde que o paciente chega até o momento final, sendo aplicado, abordado, então fica muito mais fácil. [...] Enquanto nós não tivermos pernas ou comissões, que trabalhem a fundo sobre isso, [...] fica um pouco mais difícil porque cada um já tem suas particularidades de deveres e atribuições aqui dentro do hospital, e não se consegue formar uma equipe ligada só para isso. [...] E a gente sempre vai ter as mesmas dúvidas. [...] Temos que ter um treinamento institucional. [...] Tem que ter um protocolo a fundo e as pessoas tem que saber do que se trata”. (Enfermeiro A)

“Através do educativo mesmo de métodos, metodologias ativas. [...] Fazer essa roda e discutir casos, discutir questões, trazer textos, conteúdos teóricos para conseguir trabalhar primeiro essas questões com a equipe pra ver essas questões de conceito, o que cada um pensa, como cada um pensa. Depois posteriormente sim, trabalhar em uma equipe para montar, realmente um conceito, né? Protocolo”. (Assistente Social A)

Além de discorrerem sobre como a incerteza da palição por parte de toda a equipe é incomoda.

“Uma paciente [...] chegou pra mim e disse – “Doutora eu não aguento mais, eu sei que eu vou morrer. [...] Quando eu volto o paciente tá entubado, com nora e cateter venoso central! E ele tá lá. Eu passei lá, e ele tá lá. Com 53 de PA, E ficou definido paliativo”. (Médico B)

” A definição em falar “esse paciente, hoje é paliativo” E aí o outro, vamos supor... [...] “Ah. É paliativo. Não chama se parar” [...] Aí o paciente para e o outro colega plantonista fala: “Vamos gente. Vamos”. “ Mas não era paliativo?” [...] Essa é a maior dificuldade”. (Enfermeiro B)

“Já aconteceu “o médico de ontem falou que o meu paciente está bem, aí eu fui visitar um médico de hoje, e se falou que o paciente vai morrer ” se a família traz para a minha ainda é uma questão médica. E eu não tenho como discutir com o médico. Eu vou conversar com médico e eu vou tirar as respostas. [...] ‘Então é ou não é?’ É um conflito médico”. (Assistente Social B)

E por isso, relembram que a discussão é frequente no intuito de um consenso sempre, tal qual discorrem um dos profissionais médicos e da farmácia:

“Tem pacientes muito limítrofes, que a gente discute sempre, até que ponto vale a pena a gente

insistir. [...] Mas, se eu acho que não tem que colocar, eu não coloco. [...] Mas de repente e ele evolui e a gente define. Isso é comum acontecer. [...] Quando o colega se opõe, eu respeito. Muitas vezes eu mantendo o tratamento. Aí a essa discussão retorna depois no outro dia nas últimas horas. A isso a gente continua. [...] Mas eu acho que a gente não pode impor a nossa opinião num assunto que é tão difícil e tão complexo". (Médico C)

"Conversa entre a equipe, e falar "Olha. É paliativo. E vamos fazer isso." E todo mundo combinar, aceitar e acordar. Por que se de repente tem uma parada... "Não. Eu quero socorrer. Eu quero ser um herói". Não. Eu não vou socorrer, porque a equipe decidiu". (Enfermeira A).

Por fim, os profissionais da equipe multiprofissional foram questionados sobre aspectos pertinentes para a questão de Cuidados Paliativos. E novamente, o tópico sobre a criação de um protocolo específico, passando por setores especializados, e até uma formação adequada não só para os profissionais, mas também para a sociedade, foram colocados:

"O ideal [...] é ter um protocolo [...] Você não vai conseguir definir, mas pelo menos saber quando determinar. Saber o que fazer. [...] Então se tiver o uma unidade em que tem uma equipe multi preparada que estuda isso. Que cuida a de aspectos nutricionais... se vai deixar sedada ou não. Que vai deixar a família junto". (Médico C)

"O protocolo dirigido e específico, porque cada caso é um caso". (Fisioterapeuta C)

"Uma outra coisa é conscientizar a população como um todo. [...] As pessoas não pensam nisso. Não tem uma formação para isso. [...] Cada um de nós tem que estar preparado para saber como é que vai ser. [...] "até que ponto eu quero ser reanimado? a até que ponto eu quero que mantenham cateteres em mim". (Médico C)

"Talvez se isso viesse desde a formação a gente conseguisse trabalhar isso com a família. Se nós já entrássemos pensando... se já tivesse um setor específico... nós também enquanto profissionais. Poderíamos já vir com essa questão na cabeça. Já idealizando esse tipo de serviço. [...] Então você poderia trabalhar mais tempo com a família. Vai explicando o que é Cuidados Paliativos. Vai explicando que quando chegar a hora de não reanimar, a aí então a família e já vai estar tranquila e vai dizer que realmente não precisa". (Assistente Social C)

"Eu acho que seria interessante se tivesse um setor e até mesmo um protocolo, para cada situação do paciente saber como agir. Seria interessante". (Nutricionista C)

6. DISCUSSÃO

6.1 Formação Profissional e *Habitus* Profissional

O estudo mostrou que há uma carência latente na formação específica sobre o Cuidado Paliativo. Os profissionais de todas as áreas relataram guiarem-se pelo aprendizado do cotidiano, e muitos lamentaram não possuírem maior embasamento teórico.

Nesse sentido, Kovács ⁽²⁷⁾ relata que a falta de preparo de cada profissional a fim de lidar com a morte e o Cuidado Paliativo possui aspectos relacionados à cultura e a espiritualidade como causas. Além disso o ensino na área de saúde, tende a enfatizar formações técnico-científicas em detrimento de abordagens de características de cunho emocional, espiritual e social.

Pesquisas realizadas em vários países denotam lacunas na formação de profissionais da área hospitalar no que se refere ao Cuidado Paliativo, tal qual a constatação de sua necessidade ⁽²⁹⁻²⁸⁾. Azulay ⁽³⁰⁾ também relata a probabilidade de se utilizar alguma medida fútil por desconhecer a especificidade de Cuidados Paliativos, por parte dos profissionais.

Em território brasileiro, há o desafio a ser vencido e dentro dele estão as possíveis deficiências na formação de cada profissional de saúde no que tange o aspecto terminal. Dessa forma, se faz necessário mudar-se a mentalidade de todo profissional ⁽³¹⁾.

De acordo com Cherny et al ⁽³²⁾, alguns estudos australianos descrevem toda competência para um médico, em termos de meta para cuidado. São elas: administração do ingresso em Cuidados Paliativos; desenvolvimento de plano direcional com equipe multidisciplinar, revisão, monitoramento e atualização do plano direcional com equipe multidisciplinar; administração de fase terminal e luto; suporte a todo membro da equipe multidisciplinar.

Cada competência une: conhecimentos médicos, habilidades para aconselhar, proximidade com equipe, avaliar e administrar o controle de dores e sintomas, profissionalismo humanístico e ética médica ⁽³²⁾.

A carência de formação para Cuidados Paliativos é recorrente entre estudos da área médica. Costa ⁽³³⁾ discorre que apesar de a morte fazer parte do cotidiano médico, ela é grande ausente do ensino médico. É praticamente uma constante nas escolas médicas, o conceito de medicina curativa, a serviço do prolongamento da vida, não se dando a devida ênfase a um dos postulados básicos da medicina, que é a diminuição do sofrimento humano. Em nosso sistema universitário sobra informação, falta formação.

A formação profissional dos profissionais da equipe multiprofissional enfatiza de forma generalizada e técnica o enfoque curativo, deixando-os de capacitar no trato com toda peculiaridade de cada paciente em situação onde a cura não seja possível e, então, deparam-se com o contexto real objetivo da finitude. Dessa forma, observa-se na rotina dos profissionais de saúde, toda espécie de conflito interior e dificuldade, por vezes intransponíveis em cada atuação profissional advinda de tais “lacunas acadêmicas” ⁽³⁴⁾.

Como membros integrantes de equipes de saúde, os profissionais da equipe multi participam de relações de ajuda, as quais exigem domínio do saber técnico e científico. Os mesmos devem estar capacitados a exercer toda habilidade das comunicações verbais e não verbais (gestos, olhares e corporal) com respeitabilidade, ética e da forma mais sensível possível. É vital a demonstração da capacidade de atender-se, acalmar-se e estar disponível para escutar e, a partir disso, fazer com que os pacientes se sintam seguros e confiantes suficientes para expor cada medo e ansiedade ^(34,35).

Ao considerar tais princípios numa situação onde a cura não é possível, esses, como necessidades emergentes na área hospitalar, envolvem a equipe multidisciplinar que se volta aos esforços de transdisciplinaridade, no sentido do fornecimento do suporte a cada paciente e familiar. Os processos de cuidados, nessas dimensões, implicam aperfeiçoar competências éticas, cognitivas, atitudinais e comunicacionais, o que constituem-se grandes desafios à prática clínica paliativa, de profissionais sem um histórico formativo específico para Cuidados Paliativos. ⁽³⁶⁾

Ressalta-se que cada profissional da equipe multidisciplinar possui funções valiosas em suas atuações exercidas de forma criativa, sensível e capaz de compreender a condição humana, como seus diferenciais. Porém, o maior dos desafios é reconhecer e legitimar a importância e validação dos Cuidados Paliativos,

de maneira que possam ser promovidos nas formações de todo profissional que compõe a equipe da qual participam. Com certeza, há a necessidade tornar conhecido aos profissionais a mudança de paradigma entre o curar e o cuidar ⁽³⁴⁾.

6.2 Organização do Cuidado Paliativo e *Habitus* Multiprofissional

O Cuidado Paliativo surgiu como modalidade de terapia, que possui por princípio norteador causar melhoria na qualidade de vida de pacientes e famílias para enfrentarem uma doença que ameaça a vida, prevenindo e aliviando o sofrimento físico, psicossocial e espiritual ⁽³⁷⁾. No ano 2001, foi publicado o manual de Cuidados Paliativos, o qual contem dentre suas metas para a promoção da finitude da vida com dignidade, terapias voltadas ao controle de sintomas e preservação da qualidade de vida, sem prolongar ou abreviar a sobrevida. E nesse contexto, o manual diz ser indispensável a abordagem multidisciplinar ⁽³⁸⁾.

Os entrevistados descreveram Cuidado Paliativo com associação ao conceito de conforto. A fim de se implementar uma ação de Cuidado Paliativo, como uma medida de conforto ou outra, a equipe multiprofissional precisa ser sensível e capaz de identificação e cuidado às várias dimensões do sofrimento humano ⁽³⁹⁾.

O relacionamento com a família do paciente foi abordado como sendo um desafio para muitos dos entrevistados. A equipe de profissionais, que presencia o cuidado a todo paciente terminal, por vezes, se envolve e se sensibiliza com os doentes e suas famílias, e não raramente compartilha seus sofrimentos ⁽⁴⁰⁾. Esse vínculo criado é essencial para a humanização da assistência prestada ⁽⁴¹⁾. A equipe multidisciplinar, além da comunidade em geral deve compreender os processos de morte, e desenvolver primariamente a capacidade de empatia quando tais processos forem inevitáveis ⁽³¹⁾.

A comunicação entre a equipe multidisciplinar se mostrou ineficiente, ao passo que os profissionais tendem a trocar experiências e opiniões juntos de seus pares profissionais, mas não com a mesma intensidade para com a equipe multidisciplinar. Esse fato é negativo, tendo em vista que a comunicação é um dos instrumentos de maior poder para o tratamento de pacientes em Cuidados Paliativos ⁽⁴²⁾. Uma explicação para esse fato, é a falta de uma conduta padronizada.

A necessidade da criação de protocolos específicos para a atuação com pacientes em Cuidados Paliativos vai de encontro com o clamor por uma padronização em formações prévias para os profissionais de uma equipe multidisciplinar.

Em algumas instituições ⁽⁴³⁾, existem manuais dedicados especificamente a Cuidados Paliativos, cujos mesmos descrevem atribuições e condutas específicas para cada profissional da equipe multidisciplinar. Os princípios de Cuidados Paliativos já publicados pela Organização Mundial da Saúde ⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾ são os seguintes:

1. Promover o alívio da dor e de outros sintomas estressantes;
2. Reafirmar a vida e ver a morte como um processo natural;
3. Não pretender antecipar nem postergar a morte;
4. Integrar aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado;
5. Oferecer um sistema de suporte que auxilie o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a sua morte;
6. Oferecer um sistema de suporte que auxilie a família e os entes queridos a sentirem-se amparados durante todo o processo da doença;
7. Devem ser iniciados o mais precocemente possível juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia, e incluem todas as investigações necessárias para melhorar a compreensão e o manejo dos sintomas.

Tais diretrizes, possuem potencial de serem analisadas pela equipe multiprofissional do Hospital Geral do Grajaú e servirem como norte para a criação de um protocolo próprio. Porém o estudo constatou que há um sentimento de autodesvalorização dos profissionais da equipe multiprofissional que não ocupam os postos médicos. Houve variados relatos que incorriam numa auto percepção de falta de poder por parte desses colaboradores, dentro do processo de atendimento ao paciente em Cuidado Paliativo, quando, na realidade, o trabalho multidisciplinar tem valias em iguais proporções.

Levando-se em consideração todas as características relevantes para Cuidados Paliativos, e que esses dependem de abordagens multidisciplinares para produção assistencial com harmonia aos indivíduos sem possibilidade de cura, e suas

famílias, todo integrante da equipe multiprofissional necessita ter, como objetivo, opções de tratamentos adequados para esses pacientes. Nesse sentido, se torna vital o resgatar o sentimento de importância na equipe e a humanização do processo de morte, sendo vista como parte do processo da vida ^(46,47).

Nesse pensamento, toda equipe que assiste um paciente em Cuidado Paliativo e que é treinada de forma especializada apresenta um melhor quadro de resultados em controlar cada sintoma físico tal qual a dor, psicossociais ⁽⁴⁸⁾.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apontou que os diferentes profissionais da equipe multiprofissional percebem os procedimentos inerentes ao Cuidado Paliativo como as medidas de conforto, que é o foco da assistência para paciente fora de possibilidade terapêutica. Os resultados descrevem que os profissionais entendem que na fase de terminalidade da vida dos pacientes em Cuidados Paliativos, as atenções são voltadas à diminuição da dor, bem como priorização de participação e acompanhamento da família.

Os relatos dos profissionais apresentam que o *habitus* profissional identificado corresponde ao conceito primário de conforto para um tratamento que não mais impactará na cura de um paciente em Cuidados Paliativos. A ausência de formação e protocolo específico para a conduta com Cuidados Paliativos não interfere na auto-percepção individual de domínio e aptidão para com o tratar desses pacientes. Todavia, a pesquisa aponta que os profissionais enxergam como o maior dos desafios lidar com a família do paciente, sem deixar-se influenciar por crenças religiosas pessoais. Há ainda um desconforto geral entre todas as categorias no que tange a incerteza da definição do tratamento. Os profissionais de enfermagem e nutrição são os que mais percebem tal condição de dúvida para com a continuidade ou não de um tratamento terapêutico, ainda que os profissionais médicos afirmem dar diagnósticos assertivos.

O *habitus* multiprofissional identificado se traduz pela discussão para com os próprios pares profissionais. Porém, o estudo mostrou que os mesmos debates acerca das condições clínicas do paciente que possam culminar na decisão de palição, não ocorrem com a eficiência desejada pelos profissionais da equipe multidisciplinar. O estudo denota que a falta de protocolo específico, bem como formação apropriada colocam-se como os principais fatores para que as condutas não sejam padronizadas. No atual contexto hospitalar, os resultados mostram que a equipe multidisciplinar atua sem procedimento, na grande maioria das vezes, pautada pelo parecer dos profissionais médicos. Essa conduta prática se mostra ruim, não somente pela falta de normas padrões que todos possam seguir, mas também pelo fato já declarado, das situações em que os pares de profissionais médicos, que atuam em turnos distintos, não possuem um acordo definitivo sobre os pacientes em

Cuidados Paliativos.

Os resultados apresentados sugerem a necessidade de criação de um grupo de Cuidados Paliativos multiprofissional. A partir da demanda latente muito relatada, um grupo que oferecesse palestras, melhora da comunicação multiprofissional, e outras maneiras de formação continuada específica da área, seria algo bem-vindo e necessário a melhoria da eficiência do trato da modalidade de Cuidados Paliativos. Além disso, a criação de protocolos específicos e padronizados para as instituições hospitalares é o fator fundamental para o bom funcionamento de um grupo com tal finalidade.

REFERÊNCIAS

1. Santana JCB, Campos ACV, Barbosa BDG. Cuidados Paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de Enfermagem. *Cen. Univers. São Camilo*. 2009; 3(1): 77-86
2. Boemer MR. Sobre Cuidados Paliativos. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2009; 43(3): 500-1
3. Silva EP, Sudigursky D. Concepções sobre Cuidados Paliativos: revisão bibliográfica. *Acta Paul. Enferm.* 2008; 21(3): 504-8
4. Maciel MGS, Rodrigues LF, et al. Critérios de qualidade para os Cuidados Paliativos no Brasil. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2006.
5. Costa RCF, Costa JLF, Gutierrez FLBR, et al. Como implementar Cuidados Paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. *Rev. Bras. Terap. Intens.* 2008; 20(1): 88-92.
6. Cunha AA, et al. Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.
7. Lemos AM, Santana NS. Cuidados Paliativos: o olhar de uma graduanda de enfermagem. *Rev. Enferm. UNISA*. 2001; 12(1):52-7
8. Cuidados Paliativos: um direito humano (Carta de Praga). Lisboa: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. [Internet]. [citado em 2014 Nov 12]. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/noticias/cuidados-paliativos-um-direito-humano-carta-de-praga.html>
9. Moritz RD, Lago PM, Souza RP, Silva NB, Menezes FA, Othero JC, et al. Terminalidade e Cuidados Paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev. Bras. Terap. Intens.* 2008; 20(4): 422-8..
10. Silva KS, Krose MHL. As sementes dos Cuidados Paliativos: ordem do discurso de enfermeiras. *Rev. Gaucha Enferm.* 2009; 30(2): 183-9.
11. Bordieu P, Passeron JC. A reprodução. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 2012.
12. Nogueira MA, Nogueira CMM. Bourdieu e a educação. Belo Horizonte:

- Autêntica; 2009
13. Bordieu P. Esboço de auto-análise. São Paulo: Companhia das Letras; 2004
 14. Bordieu P. A sociologia de Pierre Bordieu. São Paulo: Olho d'Água; 2003.
 15. Bordieu P. Esboço de uma Teoria da Prática. In: Ortiz R. (org). A sociologia de Pierre Bourdieu. São Paulo: Editora Ática, 1994, p. 46-86.
 16. Bourdieu P. Razões práticas sobre a teoria da ação. 11ª ed. Campinas: Papyrus; 2014.
 17. Setton MGJ. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. Rev. Bras. Educ. 2002; (20): 60-70.
 18. Bourdieu P. O campo científico. In: Ortiz R. (org.). Bourdieu – Sociologia. São Paulo: Ática (Coleção Grandes Cientistas Sociais); 1983. p. 122-55.
 19. Good BJ. Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective. New York: Cambridge University Press; 1994.
 20. Freidson E. Profession of medicine. 2nd ed. Chicago: The University of Chicago Press; 1988.
 21. Polit DE, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação e evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
 22. Marcus MT, Liehr PR. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: LoBiondo-Wood, Haber J. Pesquisa em enfermagem - métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001. p. 122-39.
 23. Haber J. Amostragem. In: LoBiondo-Wood, Haber J. Pesquisa em enfermagem - métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001. p . 140-5.
 24. Lakatos EM, Marconi MA. Técnicas de pesquisa. São Paulo: Atlas; 1996.
 25. Iervolino SA, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção de saúde. Rev. Esc. Enferm. USP. 2001; 35(2): 115-
 26. Resolução do Conselho Nacional de Saúde, 466 de 12 de dezembro de 2012. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [citado em: 2015 Mar 04]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

27. Kovács MJ. Educação para a morte. Temas e reflexões. São Paulo: Ed FAPESP; 2003.
28. Goic A, Florenzano R, Piñera B, Valdés S, Armas Merino R. El Cuidado del enfermo terminal. Rev Méd Chile 1997; 125: 1517-25.
29. Gilmer T, Schneiderman LJ, Teetzel H, Blustein J, Briggs K, Cohn F, Cranford R, et al. The costs of nonbeneficial treatment in the intensive care setting. Health Affairs 2005; 24: 961-71.
30. Azulay TA. Las diferentes formas de morir. Reflexiones éticas. An. Med. Intern 2004; 21: 355-8.n
31. Kovács MJ. Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, FAPESP; 2003.
32. Cherny N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy R, Currow DC. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2015.
33. Costa OJM. UTI: muito além da técnica: a humanização e arte do intensivismo. São Paulo: Atheneu; 2001.
34. Benarroz MO, Faillace GBD, Barbosa LA. Bioética e nutrição em Cuidados Paliativos oncológicos em adultos. Cad. Saúde Pública 2009; 25(9):1875-1882
35. Vasconcellos-Silva PR, Rivera FJ, Siebeneichler FB. Healthcare organizations, linguistic communities, and the emblematic model os palliative care. Cad. Saúde Pública 2007; 23(7):1529-1538.
36. Guedes JAD, Sardo PMG, Borenstein MS. A enfermagem nos Cuidados Paliativos. Online Brazilian Journal of Nursing [Internet] 2007; 6(2). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.740/198>
37. Organização Mundial de Saúde [pagina da internet]. Definition of palliative care. Genebra (CH): OMS, 2002. [acesso 2011 Mar 20]. Disponível em: www.who.int/cancer/palliative/definition
38. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Cuidados Paliativos oncológicos: controle de sintomas. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2001.

39. Silva RCF, Hortale VA. Cuidados Paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cad Saúde Pública*. 2006 Out; 22(10):2055-66.
40. Swetenham K, Hegarty M, Breaden K, Grbich C. Refractory suffering: the impact of team dynamics on the interdisciplinary palliative care team. *Palliat Support Care*. 2011 Mar; 9(1): 55-62.
41. Valente HS, Teixeira MB. Estudo fenomenológico sobre a visita domiciliária do enfermeiro à família no processo de terminalidade. *Rev Esc Enferm USP*. 2009 Set; 43(3):655-61.
42. Araújo MMT, Silva MJP. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob Cuidados Paliativos. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2012 jun; 46(3): 626-32.
43. UNIC. Manual de Cuidados Paliativos em pacientes com câncer. 1ª ed. Rio de Janeiro: UNATI/UERJ; 2009.
44. World Health Organization (WHO). The solid facts: palliative care. Copenhagen: WHO; 2004.
45. World Health Organization. WHOQOL-brief. Introduction, administration, scoring and generic version of assessment. Field trial version. Geneva: Programme on mental health/World Health Organization; 1996.
46. Oliveira AC, Silva MJP. Autonomia em Cuidados Paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. *Acta Paul. Enferm*. 2010 abr; 23(2): 212-17.
47. Bifulco VA, Iochida LC. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. *Rev. Bras. Educ. Med*. 2009 jan-mar; 33(1): 92-100.
48. Higginson IJ, Evans CJ. What is the evidence the palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families. *Cancer J*. 2010 sep-oct; 16(5): 423-35.

ANEXOS

ANEXO I

Parecer Consubstanciado Emitido pelo CEP-UNISA

UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HABITUS PROFISSIONAL E MULTIPROFISSIONAL SOBRE O CUIDADO PALIATIVO

Pesquisador: Thais Soares Alves da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44937415.9.0000.0081

Instituição Proponente: Universidade de Santo Amaro - UNISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.103.452

Data da Relatoria: 11/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com profissionais das seguintes áreas envolvidas diretamente com a assistência do paciente sob cuidados paliativos: médica, enfermagem, fisioterapia, farmácia, nutrição e Serviço Social. Serão realizados grupos focais com o uso entrevista com roteiro semiestruturado, analisando -se o material coletado à luz do conceito de habitus de Pierre Bourdieu.

Objetivo da Pesquisa:

Desvelar as percepções dos profissionais que compõe a equipe multiprofissional sobre os cuidados paliativos. Ainda, conhecer o habitus profissional e multiprofissional que move a abordagem e assistência ao paciente que necessita atendimento de cuidados paliativos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco mínimo relacionado ao desconforto de não responder as questões, ou de não concordar com a questão exposta, poderá se gastar tempo para a entrevista.

-Benefícios: possibilitar esclarecimentos sobre o tema, buscando aperfeiçoamento da conduta profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, uma vez que possibilita novos debates acerca da temática. Além disso, pode apresentar indicativos para capacitação profissional em relação às posturas voltadas ao cuidado

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

CEP: 02.450-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

Continuação do Parecer: 1.103.452

dos pacientes e seus familiares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- TCLE adequado.
- Plataforma Brasil Informações- adequado.
- Carta Co-participante adequada.
- Folha de Rosto adequada.
- Parecer cenepes adequado.
- Instrumento de coleta de dados adequado.
- Cronograma adequado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências resolvidas, uma vez que apontou benefícios indiretos no TCLE e na Plataforma Brasil Informações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 11 de Junho de 2015

Assinado por:
José Antonio Silveira Neves
(Coordenador)

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

CEP: 02.450-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

ANEXO II

Parecer Consubstanciado Emitido pelo CEP-HGG

HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HABITUS PROFISSIONAL E MULTIPROFISSIONAL SOBRE O CUIDADO PALIATIVO**Pesquisador:** Thais Soares Alves da Silva**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 44937415.9.3001.5447**Instituição Proponente:** Universidade de Santo Amaro - UNISA**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.127.533**Data da Relatoria:** 17/06/2015**Apresentação do Projeto:**

Adequada.

Objetivo da Pesquisa:

Bem definido, relevante.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco mínimo ao sujeito de pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de tema relevante à prática assistencial em saúde do adulto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados adequadamente.

Recomendações:

Revisar bibliografia aumentando o número de artigos novos, com menos de cinco anos de publicação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tema relevante, que trará benefícios para prática assistencial.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Francisco Otávio Paiva, 180 2º andar**Endereço:** Rq das Nações - Grajaú**CEP:** 04.822-030**UF:** SP**Município:** SÃO PAULO**Telefone:** (11)2044-9444**E-mail:** cep@hgg.org.br

HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ



Continuação do Parecer: 1.127.533

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SÃO PAULO, 27 de Junho de 2015

Assinado por:

José Ricardo Dias Bertagnon
(Coordenador)

Endereço: Rua Francisco Otávio Passos, 180 2º andar

Bairro: Pq das Nações - Grajaú

Cep: 04.822-030

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)2544-0444

E-mail: cep@hgg.org.br

ANEXO III

Parecer Consubstanciado Emitido pelo CEP-HSL

Parecer Ad hoc

Título do Projeto de Pesquisa: *Habitus* profissional e multiprofissional sobre o cuidado paliativo

Conforme solicitado, realizamos a avaliação do projeto de Pesquisa em referência, levando-se em consideração os critérios de análise de agência de fomento do estado de São Paulo.

1. ANÁLISE GERAL DO PROJETO

A proposta do projeto é bastante interessante e pertinente.

2. ANÁLISE ESPECÍFICA

2.1 Analise a definição, a pertinência, a originalidade dos objetivos e a importância da contribuição pretendida para a área do conhecimento em que o projeto proposto se insere.

O projeto de pesquisa apresentado nesta proposta é de inserção na linha de pesquisa, proporcionando dados para futuramente aprimorar a assistência a essa população. Os objetivos são adequados e factíveis.

2.2 Analise a fundamentação científica e os métodos empregados.

A metodologia é bem descrita, com fundamentação científica pertinente. É descrito o tipo de estudo (qualitativo do tipo etnográfico) bem como a população alvo. Os critérios de inclusão são bem definidos mas faltam os critérios de exclusão. Os procedimentos essenciais para este estudo estão descritos.

O TCLE proposto é adequado

2.3 Analise da viabilidade de sua execução dentro do prazo previsto no Cronograma

O projeto é adequado e viável na execução dentro do prazo proposto.

2.4 Conclusão sobre a análise do Projeto de Pesquisa apresentado.

O projeto apresenta Fundamentação científica e metodológica satisfatórias


Dra. Jocelene Batista Pereira
Diretora Geral
CRM. 61364
HSSL - Hospital Geral do Grajaú

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Idade: _____	Sexo: () Masculino () Feminino
Tempo de formado: _____	Tempo de Atuação Profissional: _____
Fez algum curso a respeito dos Cuidados Paliativos? () Sim () Não	Profissão: _____
Segue alguma religião: _____	Setor onde trabalha/atua: _____

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Questão Norteadora

O que você entende sobre os Cuidados Paliativos?

Demais questões

Habitус profissional	<ul style="list-style-type: none"> O que você entende por Cuidado Paliativo? Você conhece algum protocolo para definir o Cuidado Paliativo e o utiliza em sua prática individual? Que tipo de formação específica você teve para lidar com o Cuidado Paliativo? Você se sente apto para atuar profissionalmente com a terminalidade/finitude da vida de um paciente, que está sobre seus cuidados? Como você acata sua responsabilidade profissional de assistir a um paciente fora de possibilidades terapêuticas? Quais são os seus maiores desafios do cotidiano em relação à abordagem do Cuidado Paliativo? Você se deixa influenciar por crenças religiosas (se as tem) quando aborda ou assiste um paciente sob Cuidados Paliativos? Faça um relato sobre sua prática com esses pacientes?
Habitус multiprofissional	<ul style="list-style-type: none"> Como você vê a questão da definição do Cuidado Paliativo com seus pares profissionais e multiprofissionais? Como você encara o fato de não ter a certeza de que o paciente sob seus cuidados está classificado como Cuidado Paliativo? Como você vê a questão da comunicação do Cuidado Paliativo com os membros da equipe multiprofissional? Como você lida com a oposição de um colega quanto a definição da classificação de um paciente como sob Cuidados Paliativos? Que aspectos você considera pertinente na discussão do tema Cuidado Paliativo entre a equipe multiprofissional?

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PROTOCOLO DE PESQUISA:

HABITUS PROFISIONAL E MULTIPROFISSIONAL SOBRE O CUIDADO PALIATIVO

Estes esclarecimentos estão sendo apresentados para solicitar sua participação livre e voluntária, sob sua responsabilidade legal, no projeto de pesquisa **HABITUS PROFISIONAL E MULTIPROFISSIONAL SOBRE O CUIDADO PALIATIVO** do Programa de Pós-Graduação modalidade Residência Multiprofissional em Emergências Clínicas e Trauma da Universidade de Santo Amaro - UNISA, que será realizado pela pesquisadora **Thais Soares Alves da Silva** como Trabalho de Conclusão de Residência sob orientação do Prof. MS Isaac Rosa Marques.

O objetivo principal desvelar as percepções dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional a respeito do Cuidado Paliativo, e o objetivo secundário conhecer o *habitus* profissional que move os profissionais da equipe multiprofissional na abordagem e assistência ao paciente que necessita assistência de Cuidados Paliativos.

A coleta de dados da pesquisa acontecerá por meio de observação de campo e entrevista em um grupo focal, agendado para um horário e local previamente informados, não serão identificados os participantes. A entrevista será gravada e os arquivos serão mantidos em sigilo sem identificação dos autores dos discursos e serão usados somente para os objetivos da pesquisa, tendo uma questão norteadora: “O que você entende por Cuidados Paliativos?”, e outras questões, o participante terá a opção de não responder, o material ficará guardado apenas para fins de estudo.

Essa pesquisa tem o risco mínimo relacionado ao desconforto de não responder as questões, ou de não concordar com a questão exposta, poderá se gastar tempo para a entrevista. A pesquisa trará benefícios indiretos de cunho intelectual ao participante pelo fato de despertar maior consciência profissional sobre o tema do Cuidado Paliativo. Após a conclusão da pesquisa, os resultados encontrados serão disponibilizados aos participantes.

É garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas ou informações sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

O pesquisador responsável **Thais Soares Alves da Silva**, que pode ser encontrado no endereço: Rua Francisco Octávio Pacca, 180, Parque das Nações no Tel: 3544-9444, no setor do CENEPES. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santo Amaro – Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP – Tel.: 2141-8687.

É garantida sua liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de qualquer benefício que você tenha obtido junto à Instituição, antes, durante ou após o período deste estudo. As informações obtidas pelos pesquisadores serão analisadas em conjunto com as de outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum deles. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dano pessoal, diretamente relacionado aos procedimentos deste estudo (nexo causal comprovado), a qualquer tempo, fica assegurado ao participante o respeito a seus direitos legais, bem como procurar obter indenizações por danos eventuais.

Uma via deste Termo de Consentimento ficará em seu poder.

São Paulo, ____/____/2015.

Thais Soares Alves da Silva.

Se você concorda com em participar desta pesquisa assine no espaço determinado abaixo:

Nome: _____

Doc. Identificação: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo, conforme preconiza a Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012, IV.3 a 6.

Assinatura do pesquisador responsável pelo estudo

Data ____/____/____