



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Beatriz de Pádua Lorençon

**A visita multiprofissional em cuidados paliativos no Centro de Pesquisas Oncológicas
Dr. Alfredo Daura Jorge**

Florianópolis

2021

Beatriz de Pádua Lorençoni

**A visita multiprofissional em cuidados paliativos no Centro de Pesquisas Oncológicas
Dr. Alfredo Daura Jorge**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina:
Trabalho de conclusão de curso II (INT5182) do Curso
de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção
do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Professora Dr^a. Luciana Martins da Rosa
Coorientadora: Dda. Enf^a Maristela Jeci dos Santos

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Lorençoni, Beatriz de Padua

A visita multiprofissional em cuidados paliativos no
Centro de Pesquisas Oncológicas Dr. Alfredo Daura Jorge /
Beatriz de Padua Lorençoni ; orientadora, Luciana Martins
da Rosa, coorientadora, Maristela Jeci dos Santos, 2021.
77 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Cuidados Paliativos. 3. Oncologia. 4.
Equipe Multiprofissional. I. da Rosa, Luciana Martins .
II. dos Santos, Maristela Jeci. III. Universidade Federal
de Santa Catarina. Graduação em Enfermagem. IV. Título.

Beatriz de Pádua Lorençoni

A visita multiprofissional em cuidados paliativos no centro de pesquisas oncológicas

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de “Enfermeiro” e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 12 de fevereiro de 2021.



Prof. Dra. Felipa Rafaela Amadigi
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

Banca Examinadora:



Prof. Dra. Luciana Martins da Rosa
Orientadora e Presidente



Prof. Dda. Maristela Jeci dos Santos
Coorientadora



Prof. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza
Membro Efetivo



Prof. Dr. Maria Ligia dos Reis Bellaguarda
Membro Efetivo

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Marcos e Cristina, obrigada pela confiança e apoio nesses anos, por acreditarem em mim e me permitir concluir essa etapa tão importante. Sem o amor, carinho e zelo de vocês, eu não conseguiria ter chegado aqui.

Aos meus amigos, minha segunda família, agradeço o companheirismo, o auxílio, o amor, os momentos de felicidades e tristezas compartilhados. Ao meu grupo de amigas da faculdade, as Enferprincess, por estarem do meu lado na formação e terem evoluído junto a mim nessa caminhada. A Clara e Beatriz, por serem meu apoio e porto seguro, por oferecerem amor e conforto e trazer tanta felicidade na minha vida. A família Gama, que me acolheu como filha e me apoiaram tanto, cuidando de mim. A Paola, o porto seguro que estive ao meu lado por todos esses anos, me ensinando a ver a vida de um modo leve e me incentivando a alcançar voos maiores, obrigada por me dar asas e o brilho no olhar que permite ver a vida mais colorida.

Agradeço aos professores do curso de graduação em Enfermagem que me proporcionaram a melhor experiência profissional; em especial a professora Dra. Luciana Martins da Rosa, que me apresentou a Oncologia e me orientou com maestria neste trabalho. Agradeço a minha coorientadora, Dda. Enf. Maristela Jeci dos Santos, por abrir as portas do Centro de Pesquisas Oncológicas para mim e me auxiliar neste trabalho.

Agradeço a equipe multiprofissional da unidade de Cuidados Paliativos, que me concedeu seu tempo e experiência e permitiram que este trabalho acontecesse.

Agradeço a todos os pacientes que já atendi até agora, em especial a minha amiga Ivonne, a força de viver e resiliência de vocês me encheu de amor e me fez valorizar a vida. Estarão para sempre no meu coração!

RESUMO

O Centro de Pesquisas Oncológicas Dr. Alfredo Daura Jorge, cenário deste estudo, é serviço público de referência no tratamento oncológico em Santa Catarina e Centro de Referência da Organização Mundial de Saúde para Medicina Paliativa no Brasil. Nessa instituição, na unidade de internação em Cuidados Paliativos, ocorre a visita multiprofissional à beira do leito. Assim, este estudo objetiva revelar a instituição da visita multiprofissional à beira do leito da unidade de Cuidados Paliativos do Centro de Pesquisas Oncológicas e descrever o modo no qual a visita está sendo realizada durante a pandemia COVID-19. Para descrição da visita, optou-se pela realização de pesquisa narrativa. Os participantes do estudo foram 12 profissionais de nível superior da atual equipe multiprofissional em Cuidados Paliativos do cenário do estudo, uma médica que idealizou a visita e quatro profissionais aposentados que atuaram no período de implementação do serviço, totalizando 17 participantes. A coleta de dados, ocorrida entre setembro e dezembro de 2020, incluiu entrevista semiestruturada, gravada e transcrita posteriormente. O tempo médio de duração das entrevistas foi de aproximadamente 20 minutos. As narrativas foram submetidas à análise de conteúdo. Da análise emergiram duas categorias temáticas, a saber: a história da implantação da visita multidisciplinar na unidade de cuidados paliativos do Centro de Pesquisas Oncológicas e a visita multidisciplinar na unidade de cuidados paliativos do Centro de Pesquisas Oncológicas em tempos de pandemia. Diante dos resultados obtidos, conclui-se que a visita multiprofissional foi implementada a partir da vivência da médica Maria Tereza Evangelista Schöeller no Canadá, que vendo a necessidade de comunicação e discussão da equipe, trouxe a ideia para o serviço. A visita organizou o processo de trabalho, possibilitou a integração do cuidado para o atendimento das necessidades biopsicossociais e espirituais do paciente. A pandemia desarticulou a estrutura desta atividade, dificultando a comunicação entre a equipe e a tomada de decisões coletivas para estabelecimento do melhor plano de cuidados. Apesar das dificuldades impostas pela necessidade do distanciamento entre os profissionais e pacientes, o foco da visita permanece o mesmo. Entretanto, os profissionais apontaram que a organização atual tem implicações na qualidade da assistência, quando comparado com o período anterior a pandemia.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Oncologia; Enfermagem; Equipe Multiprofissional.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEPON - Centro de Pesquisas Oncológicas

COVID-19 – *Corona Virus Disease*

FAHECE - Fundação de Apoio ao Hemosc/Cepon

HEMOSC - Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina

LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PID - Programa de Internação Domiciliar

SciELO - *Scientific Electronic Library Online*

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	QUESTÃO DE PESQUISA	12
1.2	OBJETIVO GERAL.....	12
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1	CUIDADOS PALIATIVOS: CONCEITO, ASPECTOS HISTÓRICOS E PRINCÍPIOS	13
2.2	MODALIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS	17
2.3	PAPEL DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM CUIDADOS PALIATIVOS. 19	
2.4	VISITAS MULTIPROFISSIONAIS.....	22
2.5	VISITAS À BEIRA DO LEITO	24
2.6	AS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19	25
3	MÉTODO	27
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	27
3.2	LOCAL DO ESTUDO	27
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	28
3.4	COLETA DE DADOS	29
3.5	ANÁLISE DE DADOS	29
3.6	ASPECTOS ÉTICOS RELACIONADOS À PESQUISA	30
4	RESULTADOS.....	32
4.1	MANUSCRITO: VISITA MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS NO CEPON: SUA IMPLEMENTAÇÃO E O CONTEXTO NA PANDEMIA.....	33
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS DO TCC	55
	REFERÊNCIAS.....	57
	APÊNDICE 1 – ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA PROFISSIONAIS.....	62
	APÊNDICE 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA	63
	APÊNDICE 3 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS DO CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS	68

APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PROFISSIONAIS	72
---	-----------

1 INTRODUÇÃO

A tecnologia do século XXI proporcionou avanços e melhorias no diagnóstico e tratamento precoce de diversas doenças, aumentando as taxas de sobrevivência. Com essa projeção, mais pessoas lidam com os impactos tardios de uma doença crônica e os efeitos de seu tratamento. A partir dessa nova necessidade de saúde do paciente e de seus familiares, os cuidados paliativos propõem a abordagem especializada, oferecendo suporte ao paciente e família (PEREIRA SILVA et al., 2016).

O cuidado paliativo é a abordagem que visa à promoção da qualidade de vida de pacientes e seus familiares, através da avaliação precoce e controle de sintomas físicos, sociais, emocionais, espirituais desagradáveis, no contexto de doenças que ameaçam a continuidade da vida. A assistência é realizada por uma equipe multiprofissional durante o período do diagnóstico, adoecimento, finitude e luto (D’ALESSANDRO et al., 2020).

Os Cuidados Paliativos devem ser oferecidos o mais precoce possível, intensificando-se na medida da necessidade, de modo a prevenir sintomas e complicações inerentes à doença de base, tendo a possibilidade de contribuir para o aumento da qualidade de vida e da sobrevivência do paciente. A filosofia dos Cuidados Paliativos preconiza alguns princípios. Esses princípios abrangem reafirmar a vida e sua importância; compreender a morte como processo natural sem antecipar nem postergá-la; promover avaliação, reavaliação e alívio impecável da dor e de outros sintomas geradores de desconforto; perceber o indivíduo em toda sua completude, incluindo aspectos psicossociais e espirituais no seu cuidado, sendo imprescindível uma equipe multidisciplinar; oferecer o melhor suporte ao paciente focando na melhora da qualidade de vida, influenciando positivamente no curso da doença quando houver possibilidade e auxiliando-o a viver tão ativamente quanto possível até a sua morte; compreender os familiares e entes queridos como parte importante do processo, oferecendo-lhes suporte e amparo durante o adoecimento do paciente e também no processo de luto após o óbito do paciente (D’ALESSANDRO et al., 2020).

No mundo, aproximadamente 29 milhões de pessoas morreram de doenças que requerem Cuidados Paliativos. A estimativa de pessoas que precisam deste tipo de cuidado é de 20,4 milhões. Baseado nas estimativas, a cada ano no mundo, por volta de 377 adultos de

uma população de 100.000 habitantes irão precisar de cuidados paliativos no processo de final de vida (CONOR, 2014).

Para proporcionar o cuidado holístico preconizado pelos princípios dos Cuidados Paliativos, uma equipe multiprofissional se faz necessária. O trabalho de uma equipe multiprofissional permite a colaboração de diferentes áreas do conhecimento na construção do plano de cuidados do paciente, proporcionando uma visão ampla do cuidado e uma assistência de qualidade (NDORO, 2014).

A interação entre os integrantes da equipe multiprofissional apresenta dificuldades, visto que a comunicação sobre as intervenções escolhidas por cada área é compartimentada. Para Neves (2014), os integrantes da equipe não podem ter uma educação “bancária”, porém essa educação deve ser indicadora da aprendizagem com significados, promotora e produtora de sentidos para os aprendentes, capaz de transformar as práticas profissionais através da reflexão crítica sobre a atuação profissional real, incorporando o saber e o ensinar no contexto das relações trabalhistas. Assim, a visita multiprofissional traz vantagens para a construção e disseminação do conhecimento no ambiente de trabalho, permitindo a integralidade e continuidade do cuidado ao paciente em cuidados paliativos.

De acordo com um estudo realizado na Pensilvânia por Kim et al. (2010), em Unidades de Terapia Intensivas (UTIs), as visitas diárias realizadas por uma equipe multidisciplinar estão associadas a menor mortalidade dentre os pacientes, à diminuição dos eventos adversos aos medicamentos e à melhoria na comunicação entre os profissionais.

A visita multiprofissional à beira do leito é uma estratégia de educação permanente em serviço, pois proporciona a reflexão crítica e construtiva fundamentada em teorização prévia, oferecendo ao cliente a atenção de todos os profissionais da saúde responsáveis pelos cuidados ao mesmo tempo. A equipe, que pode ser constituída por médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, nutricionista e técnicos de enfermagem, se debruçam sobre as necessidades do mesmo cliente e de seus familiares de maneira sistemática e individualizada, em diálogo transversal, conhecendo e compartilhando concepções (NEVES, 2014).

O câncer pode gerar muita dor e, em especial, o sofrimento espiritual e emocional ao paciente, levando a um sentimento de grande dificuldade em suportar sua vida. Os Cuidados Paliativos direcionados aos pacientes oncológicos terminais visam priorizar a dignidade e

valorizar os doentes de forma humanizada e holística. Mesmo com os avanços no diagnóstico e tratamento do câncer, constatou-se que 50% dos pacientes tem o diagnóstico em fase avançada e metade destes está fora das possibilidades terapêuticas de cura atuais. Sendo assim, a aplicabilidade de uma terapêutica paliativa se faz necessária. Em 1982, o comitê de câncer da Organização Mundial de Saúde (OMS) criou um grupo de trabalho, a fim de definir políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo paliativo para pacientes com câncer, sendo recomendados a todos os países (SANTOS, 2016).

O Centro de Pesquisas Oncológicas Dr. Alfredo Daura Jorge (CEPON) é um serviço público de referência no tratamento oncológico em Santa Catarina e Centro de Referência da OMS para Medicina Paliativa no Brasil. Os serviços prestados pelo CEPON são destinados aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) residentes em Florianópolis e Grande Florianópolis. No entanto, o CEPON atende a pacientes de todo o Estado, pois é referência em alguns tipos específicos de cânceres. Realiza a manutenção de uma cobertura em Cuidados Paliativos e demais especialidades, através da disponibilização de suplementos alimentares, terapêuticas antitumorais e medicamentos sintomáticos, especialmente os analgésicos opioides (FAHECE, 2015).

A unidade de Cuidados Paliativos conta com uma equipe multiprofissional composta por médicos especialistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, farmacêutico, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, capelão, odontólogo e assistente social (FAHECE, 2015). A equipe multiprofissional realiza visitas à beira do leito uma vez por semana, fazendo a discussão dos casos com todos os profissionais responsáveis junto aos pacientes e familiares.

No momento atual, as instituições de saúde estão lidando com um novo cenário de ações em saúde e segurança, devido à pandemia causada pelo novo Coronavírus SARS-CoV-2, denominada como COVID-19. Este cenário apresenta-se como um grande desafio para a saúde pública mundial, diante dos impactos ocasionados por esse vírus de fácil e rápida propagação na população, e que ainda, vem causando mudanças abruptas nas rotinas das instituições de saúde (RODRIGUES; SILVA, 2020).

Diante deste cenário, serviços prestados, como a visita multiprofissional em Cuidados Paliativos do CEPON, foram afetados pelas exigências sanitárias para conter a propagação do vírus, além da especificidades dos pacientes desse segmento, que, muitas

vezes, se encontram imunossuprimidos e mais vulneráveis ao desenvolvimento da COVID-19.

A visita multiprofissional em Cuidados Paliativos do CEPON é considerada pioneira e ainda não foi descrita no meio científico, podendo servir de exemplo para outras instituições que prestam atendimento nas diversas modalidades de Cuidados Paliativos.

O interesse na temática surgiu da vivência em campo de estágio durante a graduação, em contato com os profissionais constituintes da equipe multiprofissional, a fim de compreender como é realizado o cuidado pelos profissionais da unidade de Cuidados Paliativos.

1.1 QUESTÃO DE PESQUISA

Como foi instituída e é realizada a visita multiprofissional à beira do leito na unidade de Cuidados Paliativos do CEPON? Como a visita está sendo realizada durante a pandemia COVID-19? Considerando que a coleta de dados desta investigação ocorreu neste período.

1.2 OBJETIVO GERAL

Revelar a instituição da visita multiprofissional à beira do leito da unidade de Cuidados Paliativos do CEPON.

Descrever o modo no qual a visita multiprofissional em Cuidados Paliativos está sendo realizada durante a pandemia COVID-19.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para melhor construção e compreensão acerca dos temas abordados foi feita uma revisão de literatura narrativa sobre a temática.

Os artigos de revisão narrativa são publicações amplas apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou conceitual (ROTTER, 2007, p.1).

São textos que constituem a análise da literatura científica na interpretação e análise crítica do autor. Apesar de sua força de evidência científica ser considerada baixa devido à impossibilidade de reprodução de sua metodologia, as revisões narrativas podem contribuir no debate de determinadas temáticas, levantando questões e colaborando na aquisição e atualização do conhecimento em curto espaço de tempo (ROTTER, 2007).

Esta revisão será subdividida em cinco subtemas: Cuidados Paliativos: conceito, aspectos históricos e princípios; modalidades de cuidados paliativos; papel da equipe multidisciplinar em Cuidados Paliativos; visitas multidisciplinares e visitas à beira leito.

A revisão de literatura foi realizada em setembro e outubro de 2019, utilizando os descritores: cuidados paliativos, cuidados paliativos em oncologia, visitas multiprofissionais, visitas à beira do leito. As bases de dados utilizadas foram *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed – *United States National Library of Medicine*, *Google acadêmico* e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

2.1 CUIDADOS PALIATIVOS: CONCEITO, ASPECTOS HISTÓRICOS E PRINCÍPIOS

Após a determinação de um prognóstico ruim em uma situação de doença, as opções terapêuticas curativas deixam de ser aplicadas e o paciente passa a receber cuidados de “fim de vida”. Para que este período de sobrevida tenha o menor sofrimento possível, tanto para o

paciente, quanto para seus familiares, surgiu os Cuidados Paliativos (SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

Esta abordagem de cuidado proporciona o alívio da dor e de outros sintomas angustiantes; afirmam a vida e encaram a morte como um processo normal; não pretendem apressar ou adiar a morte; integram os aspectos psicológicos e espirituais da assistência ao paciente; oferecem um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viverem ativamente o quanto possível até a morte, além de ajudar a família a lidar com a doença e o luto; usam uma abordagem de equipe para atender às necessidades dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento de luto, se indicado; melhoram a qualidade de vida e podem também influenciar positivamente o curso da doença. Há uma mudança no paradigma, da cura para o cuidado e para proporcionar um cuidado integral, que proporciona uma qualidade de vida, a equipe multidisciplinar é essencial (SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

Segundo Silveira, Ciampone e Gutierrez (2014) o enfoque terapêutico dos Cuidados Paliativos visa ao alívio dos sintomas que comprometem a qualidade de vida, integrando ações médicas, de enfermagem, psicológicas, nutricionais, sociais, espirituais e de reabilitação, que influenciam também no tipo de morte que o paciente terá. Nesse cuidados, a família é considerada uma unidade que recebe cuidados durante e após a morte do paciente, no período de luto. A fim de oferecer esse cuidado, a equipe multidisciplinar projetar sua dedicação às necessidades de atenção.

Os Cuidados Paliativos se confunde historicamente com o termo *Hospice*. *Hospices* eram abrigos destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes, cujo relato mais antigo remonta ao século V. Esta prática se propagou com organizações religiosas, e no século XIX, tornaram-se características de hospitais. As Irmãs de Caridade Irlandesas fundaram o “*Our Lady’s Hospice of Dying*” em Dublin em 1879 e a Ordem de Irmã Mary Aikenheads abriu o “*St Joseph’s Hospice*” em Londres em 1905 (ANCP, 2012).

O Movimento *Hospice* Moderno foi introduzido por uma médica inglesa com formação humanista, Dame Cicely Saunders. A origem dos Cuidados Paliativos moderno, segundo Saunders, inclui o primeiro estudo sistemático de pacientes com câncer avançado no *St. Joseph’s Hospice* entre 1958 e 1965. Era um estudo descritivo e qualitativo baseado em anotações clínicas e gravações de relatos de pacientes. Este mostrou o alívio efetivo da dor

nos pacientes submetidos a um esquema de administração regular de drogas analgésicas em contrapartida de quando recebiam analgésicos “se necessário” (ANCP, 2012).

Em 1982, o Comitê de Câncer da OMS criou um grupo de trabalho para definir políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo *Hospice* para pacientes com câncer, e que fossem recomendados em todos os países. O termo Cuidados Paliativos, utilizado no Canadá, foi adotado pela OMS devido à dificuldade de tradução adequada do termo *Hospice*. Em 1990, a OMS publicou a primeira definição de Cuidados Paliativos, essa que foi revisada em 2002 e substituída pela atual (ANCP, 2012).

Os Cuidados Paliativos baseiam-se em conhecimentos de diversas especialidades, possibilidades de intervenção clínica e terapêutica nas diversas áreas de conhecimento da ciência médica. A OMS publica então princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional em Cuidados Paliativos.

Os princípios norteadores são: Iniciar o mais precocemente possível o acompanhamento em cuidados paliativos junto a tratamentos modificadores da doença. Incluir toda a investigação necessária para compreender qual o melhor tratamento e manejo dos sintomas apresentados; reafirmar a vida e sua importância; compreender a morte como processo natural sem antecipar nem postergá-la; promover avaliação, reavaliação e alívio impecável da dor e de outros sintomas geradores de desconforto; perceber o indivíduo em toda sua completude, incluindo aspectos psicossociais e espirituais no seu cuidado. Para isso é imprescindível uma equipe multidisciplinar; oferecer o melhor suporte ao paciente focando na melhora da qualidade de vida, influenciando positivamente no curso da doença quando houver possibilidade e auxiliando-o a viver tão ativamente quanto possível até a sua morte; compreender os familiares e entes queridos como parte importante do processo, oferecendo-lhes suporte e amparo durante o adoecimento do paciente e também no processo de luto após o óbito do paciente (D’ALESSANDRO et al., 2020).

Para o alívio da dor e outros sintomas torna-se necessário o conhecimento específico para a prescrição de medicamentos, adoção de medidas não farmacológicas e abordagem dos aspectos psicossociais e espirituais que caracterizam o “sintoma total”, no qual estes fatores podem contribuir para a exacerbação ou atenuação dos sintomas (ANCP, 2012).

Os Cuidados Paliativos resgatam a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida (ANCP, 2012).

Enfatiza-se que os Cuidados Paliativos não são equivalentes a eutanásia. Essa relação ainda resulta em decisões equivocadas quanto às intervenções desnecessárias e a dificuldade em dar um prognóstico a um paciente portador de doença progressiva e incurável, necessitando definir a linha tênue e delicada do fazer e do não fazer (ANCP, 2012; D'ALESSANDRO et al., 2020).

As perdas da autonomia, da autoimagem, da segurança, da capacidade física, do respeito, sem falar das perdas concretas, materiais, como de emprego, de poder aquisitivo e consequentemente de status social, podem trazer angústia, depressão e desesperança, interferindo objetivamente na evolução da doença, na intensidade e frequência dos sintomas que podem apresentar maior dificuldade de controle. A abordagem desses aspectos sob a ótica da psicologia se faz fundamental. A abordagem espiritual também se faz necessária, visto que o espírito conecta o ser humano à sua dimensão divina ou transcendente. O aspecto da transcendência, do significado da vida, aliado ou não à religião, é que deve ser abordado, lembrando o sujeito é o paciente, sua crença, seus princípios (ANCP, 2012; NAUGLER et al., 2015).

Problemas sociais, dificuldades de acesso a serviços, medicamentos e outros recursos podem ser também motivos de sofrimento e devem ser incluídos entre os aspectos a serem abordados pela equipe multiprofissional (ANCP, 2012).

O ser humano é por natureza um ser gregário. Todo o núcleo familiar e social do paciente também “adoece”. A família, tanto a biológica como a adquirida (amigos, parceiros, etc.), deve ser colaboradora no cuidado. Essas pessoas conhecem melhor o paciente, suas necessidades, suas peculiaridades, seus desejos e angústias, muitas vezes não verbalizados pelo próprio paciente. Da mesma forma, essas pessoas também sofrem e seu sofrimento deve ser acolhido e paliado. Conversar sobre os cuidados de fim de vida e a percepção positiva dos familiares sobre a assistência nessa fase se mostrou um fator protetor para o desenvolvimento de depressão e luto complicado (ANCP, 2012; YAMAGUCHI et al., 2017).

Inúmeros fatores que atuam concomitantemente na modificação da resposta terapêutica medicamentosa, na evolução da doença e na relação com o paciente e a família. A

integração sugerida pelos Cuidados Paliativos é uma forma de observar o paciente sob todas as suas dimensões para elaborar uma proposta de abordagem. A equipe multiprofissional com seus múltiplos “olhares” e percepção individual pode realizar este trabalho de forma abrangente (NAUGLER et al., 2015)

Com uma abordagem holística, o paciente é visto como um ser biográfico mais que um ser biológico. Assim, é respeitando seus desejos e necessidades, podendo melhorar o curso da doença e, segundo a experiência de vários serviços de Cuidados Paliativos, também prolongar sua sobrevida (ANCP, 2012).

Pela própria definição de Cuidados Paliativos da OMS, esses devem ser iniciados desde o diagnóstico da doença potencialmente mortal.

Desta forma iremos cuidar do paciente em diferentes momentos da evolução da sua doença, portanto não devemos privá-lo dos recursos diagnósticos e terapêuticos que o conhecimento médico pode oferecer (ANCP, 2012, p.29).

2.2 MODALIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS

Há um forte crescimento no movimento dos profissionais de saúde em torno dos Cuidados Paliativos seguindo uma tendência mundial. O contraste observado diz respeito aos modelos de assistência empregados nos diversos países para atender à necessidade dos cuidados em fim de vida.

Em 31 de outubro de 2018, o Ministério da Saúde publicou a resolução nº 41, que normatiza a oferta de cuidados paliativos como parte dos cuidados continuados integrados no âmbito do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). A resolução propõe que nas redes de atenção à saúde, sejam claramente identificadas e observadas as preferências da pessoa doente quanto ao tipo de cuidado e tratamento médico que receberá. A resolução define que os cuidados paliativos devam estar disponíveis em todo ponto da rede, na atenção básica, domiciliar, ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência (D’ALESSANDRO et al., 2020).

Atualmente, existem três modelos de assistência em Cuidados Paliativos: o hospitalar, o domiciliar e o ambulatorial.

A tendência de criação de equipes de Cuidados Paliativos ainda se concentra nos Hospitais, como resposta à pressão crescente por demandas de cuidados e como consequência de uma política de cuidados domiciliares ainda incipiente no nosso país (ANCP, 2012, p.87).

Os pacientes portadores de doenças graves têm necessidade de controle de sintomas especializados, suporte para comunicação e tomada de decisão e cuidado coordenado.

Os Cuidados Paliativos no hospital podem ser oferecidos de três maneiras: em uma Unidade de Cuidados Paliativos, por uma equipe consultora ou por uma equipe itinerante (WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE, 2014).

A Unidade de Cuidados Paliativos configura-se em um conjunto de leitos em uma determinada área do Hospital onde se trabalha dentro da filosofia dos Cuidados Paliativos. Existe uma equipe treinada e capacitada para trabalhar nessa unidade com foco em alívio de sintomas físicos e resolução de problemas psicossocioespirituais, bem como entender a morte como um processo natural da vida (ANCP, 2012; WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE, 2014).

Na equipe consultora, não há leitos específicos para Cuidados Paliativos. Existe uma Equipe Interdisciplinar mínima que é acionada conforme a percepção do médico assistente, e que se dirige até onde o paciente está. Essa equipe não assume a coordenação dos cuidados, servindo como um grupo de suporte que orienta as condutas. Já na equipe itinerante, esta é acionada conforme a percepção do médico assistente, porém assume os cuidados ao paciente, sendo uma prerrogativa do médico assistente continuar acompanhando o caso em conjunto ou não. Normalmente, os pacientes elegíveis para Cuidados Paliativos estão inseridos em enfermarias gerais, junto a outros pacientes (ANCP, 2012).

Os Cuidados Paliativos em domicílio são solicitados pelo paciente quando os profissionais conseguem conduzir seu mister (de tratar dos pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura dentro da ótica dos Cuidados Paliativos) de maneira ótima, abordando de forma franca, honesta e verdadeira as questões relativas ao diagnóstico, prognóstico e planejamento de cuidados. O domicílio representa o retorno ao ventre materno, local de aconchego, calor e proteção, situações que são buscadas pelas pessoas portadoras de doença ameaçadora da vida e que se encontram em situação de vulnerabilidade. Isso confere ao paciente mais conforto e serenidade, além de poder garantir sua autonomia. Para esta

modalidade de atenção, a anuência do paciente e/ou família é extremamente importante e, apesar de ser possível que o óbito aconteça em casa, é necessário checar se paciente e família conseguirão desenvolver a capacidade de lidar com essa situação durante a evolução do período de cuidado (ANCP, 2012; D’ALESSANDRO et al., 2020).

Os Cuidados Paliativos em nível ambulatorial devem abordar não apenas os aspectos físicos, mas é inerente a esse tipo de atendimento a comunicação das más notícias, discutir a morte, explorar emoções profundas e explicar as opções complexas de manejo. Uma sequência de consultas por períodos de semanas ou meses deve ser planejada a fim de se permitir que as dimensões psíquicas, emocionais, sociais e espirituais possam ser avaliadas adequadamente. O papel das Unidades Básicas de Saúde no âmbito dos Cuidados Paliativos tem que ser entendido dentro de um modelo de atenção à saúde que pode ser descrito como um modelo de atenção em rede e linhas de cuidado (ANCP, 2012; D’ALESSANDRO et al., 2020).

Assim, as unidades de Cuidados Paliativos devem compartilhar a responsabilização pelo cuidado dos pacientes em etapa final de enfermidade, oferecendo suporte com equipes especializadas em resolução de problemas difíceis. No modelo de atenção compartilhada, a estrutura de comunicação bem como a presença de protocolos terapêuticos e diretrizes clínicas, além dos procedimentos padrões para a dimensão administrativa do serviço, são vitais para o bom funcionamento e oferta de assistência adequada para o paciente e sua família. A dispensação de analgésicos, principalmente os opioides é um desafio a ser enfrentado, dado a legislação fortemente controladora do armazenamento, prescrição e dispensação desses medicamentos no território brasileiro conforme determina a Portaria 344 da ANVISA, instituída em 1998, que normatiza e regula o tema (ANCP, 2012).

2.3 PAPEL DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM CUIDADOS PALIATIVOS

Um dos princípios dos Cuidados Paliativos priorizado pela OMS é a abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto. Para que o indivíduo seja visto de forma integral com suas

necessidades bem definidas e providas faz-se necessário uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar composta de várias especialidades (SILVA et al., 2017).

Para que o trabalho em equipe prospere, é importante que cada um de seus integrantes tenha ciência do que é de sua área de conhecimento para que saiba trabalhar com os outros profissionais das diferentes especialidades. Para que isto aconteça, a comunicação é o principal ponto a ser abordado, devido à frequência com que as dificuldades interpessoais ou de áreas afins são obstáculos para que ocorra um trabalho conjunto (ANCP, 2012).

A Enfermagem é comprometida com a produção e gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade (COFEN, 2017). Dentro da equipe multidisciplinar, o enfermeiro acompanha de modo contínuo o paciente em sua assistência, sendo um importante elo entre paciente e equipe multidisciplinar. O profissional de enfermagem tem um papel importante na introdução da temática Cuidados Paliativos, explicando aos pacientes e familiares os benefícios dessa abordagem de tratamento; desmistificando estigmas e preconceitos do paciente sobre esse tipo de cuidado, além de levar a equipe multidisciplinar os medos e preocupações do cliente quanto esse tipo de cuidado (MOHAMMED; SAVAGE; ZIMMERMANN, 2017).

Dentro da sua especificidade, o médico paliativista deve realizar os diagnósticos clínicos, de modo a conhecer a doença, o histórico, tratamentos anteriores e a evolução da doença esperada para aquele caso. Se houver necessidade, deve realizar um cuidado interprofissional com outras especialidades para a discussão de uma conduta específica. O médico também deve propor tratamentos farmacológicos ou não compatíveis naquele momento, suprimindo a garantia de alívio dos sintomas desconfortáveis e proporcionar dignidade até o fim da vida. Assim, deve evitar procedimentos aumentar o sofrimento do paciente (ANCP, 2012)

O psicólogo tem como foco de seu trabalho cuidar da saúde mental do paciente e sua rede de apoio.

Em Cuidados Paliativos, costuma-se ampliar a noção de “dor total” para o de “sintomas totais”, já que não é só na dor, mas também em outros sintomas que os fatores psicológicos se fazem presentes. [...] A experiência indica que a qualidade da relação entre o doente e seu(s) cuidador(es) pode ser benéfica ou interferir negativamente nos processos de adoecimento, morte e luto (ANCP, 2012, p. 338).

O papel do assistente social nas equipes de atenção em Cuidados Paliativos orienta-se pela atuação junto ao paciente, familiares, rede de suporte social, instituição na qual o serviço encontra-se organizado e junto às diferentes áreas atuantes na equipe. Esse profissional atua nos âmbitos da vida do paciente como a composição familiar, local de moradia, formação, profissão e situação empregatícia, renda familiar, religião e rede de suporte social (ANCP, 2012).

O nutricionista tem papel preventivo, ofertando meios e vias de alimentação, diminuindo os efeitos adversos relacionados aos tratamentos, retardando a síndrome anorexia-caquexia e ressignificando o alimento. A nutrição auxilia no controle de sintomas, mantém a hidratação satisfatória, preserva o peso e a composição corporal, auxiliando na evolução favorável do paciente. O profissional deve priorizar a comunicação com os familiares e o paciente, os valores morais e a ética profissional, afinal existe a dúvida se instituir uma modalidade de terapia nutricional consiste em um cuidado básico ou um tratamento médico (ANCP, 2012).

Já o profissional fisioterapeuta estabelece um programa de tratamento adequado com utilização de recursos, técnicas e exercícios, objetivando o alívio do sofrimento, alívio da dor e outros sintomas estressantes. Oferece suporte para que os pacientes vivam o mais ativamente possível, com impacto sobre a qualidade de vida, com dignidade e conforto, além de auxiliar os familiares na assistência ao paciente, no enfrentamento da doença e no luto (ANCP, 2012).

Na equipe, a fonoaudiologia pode contribuir para melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares. Isto é feito auxiliando o paciente a atingir e manter o seu máximo potencial físico, psicológico, social e espiritual, sabendo-se das limitações impostas pela progressão da doença. Sintomas decorrentes de medicações, quimioterapia, radioterapia e quadros de imunodepressão levam a alterações de deglutição (disfagia), náuseas e vômitos, odinofagia, anorexia, desidratação, alteração do nível de consciência e alterações de comunicação. Estes aspectos estão intimamente vinculados à fonoaudiologia, seja no início ou no fim da evolução da doença. Desta forma, deve-se atuar garantindo o alívio do sintoma e dando suporte para o paciente e familiares (ANCP, 2012).

Os Cuidados Paliativos em odontologia podem ser definidos como o manejo de pacientes com doenças progressivas ou avançadas devido ao comprometimento da cavidade bucal pela doença ou seu tratamento, direta ou indiretamente, e o foco do cuidado é melhorar a qualidade de vida (WISEMAN, 2000).

Essa é uma área que necessita de atenção, de modo a conjugar a necessidade desses doentes por problemas decorrentes da doença, com a possibilidade de doenças odontológicas corriqueiras, muitas delas infecciosas, que comprometem mais ainda sua precária condição de saúde. Neste cenário, a participação do cirurgião dentista contribui para o diagnóstico e tratamentos em sua área, mas também para a realização de Cuidados Paliativos bucais que possam beneficiar esses doentes. Orientar doentes e cuidadores e discutir esses aspectos com a equipe multiprofissional, ajuda na sua integração neste importante segmento da área da saúde (SIQUEIRA et al., 2009a). Um dos mais relevantes cuidados odontológicos aos pacientes em Cuidados Paliativos é o controle das infecções buco-dentais através de prevenção ou tratamento curativo, pois são fontes potenciais de complicações locais e sistêmicas devido à bacteremia (ANCP, 2012).

2.4 VISITAS MULTIPROFISSIONAIS

De acordo com a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, estabelecida na Portaria nº 874/2013, os cuidados paliativos estão inseridos em todos os níveis de atenção na área de saúde, respeitando o conceito de hierarquização da assistência no âmbito do SUS, que se traduz na atenção básica de saúde, na média e na alta complexidade, garantindo, com isso, o direito integral, equânime e universal à saúde do cidadão.

[...] uma das dimensões relacionadas ao cuidado integral do paciente por parte dos profissionais e das equipes cuidadoras é a estrutural, que consiste na formação de equipes interdisciplinares, incorporação de atividades de melhoria da qualidade dos serviços; de pesquisa clínica e de processos gerenciais (MENDES; VASCONCELLOS, 2015, p.887).

Para uma assistência contínua, os profissionais da equipe realizam visitas aos pacientes a fim de avaliar sua evolução.

Costumeiramente, as visitas são feitas pelas categorias de modo individual, acessando o paciente várias vezes em um período e depois repassando os cuidados de sua área para o restante da equipe. Para um tratamento adequado em oncologia, é preciso uma comunicação efetiva e simultânea entre os profissionais para um tratamento coordenado (NAUGLER et al., 2015, p 827).

A visita multiprofissional é uma abordagem multidisciplinar que valoriza a complexidade dos cuidados intensivos como o papel da comunicação entre os profissionais cuidadores, melhorando a implementação de melhores práticas assistenciais (NEVES, 2014). A equipe multiprofissional pode ser formada por diversos profissionais, dependendo do serviço e especialidade. Em Oncologia, a equipe pode ser constituída pelo médico oncologista, enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, farmacêutico, psicólogo, assistente social (SILVA et al., 2015).

De forma a valorização e horizontalidade entre as categorias da equipe multidisciplinar, a visita multiprofissional possibilita vantagens para a construção e disseminação do conhecimento no ambiente de trabalho e gera respostas positivas na assistência da equipe como um todo (NEVES, 2014, p.6).

Essas visitas têm sido implementadas em áreas da assistência como UTI, reabilitação e Cuidados Paliativos. No entanto, não há registro na literatura de um modelo convencional a ser seguido. Em um estudo, há o relato que a visita multiprofissional em um hospital universitário do Piauí é guiada pelo médico, que é responsável por ler os itens de um instrumento que guia o desenvolvimento da visita e, os demais profissionais se inserem na discussão. Ao final, cada profissional prescreve a conduta terapêutica referente ao dia (REGO et al., 2018).

Neves (2014) traz que a visita multiprofissional em uma unidade de UTI neonatal é realizada com os profissionais em semicírculo à frente do leito; sendo o médico responsável por ler o caso do paciente, indagando e checando os itens em um formulário preestabelecido; tendo o auxílio de todos os profissionais para o preenchimento. Esse formulário da visita multiprofissional foi construído pela gerência médica e é incorporado ao prontuário do paciente, possuindo valor documental e informacional. A visita também é uma oportunidade

de comunicação entre os profissionais e familiares, o que engloba um dos objetivos dos Cuidados Paliativos, que é o cuidado com a rede de apoio do paciente.

A implementação da visita multiprofissional é pertinente ao diálogo entre os profissionais, possibilitando a colocação de pensamentos de sua seara profissional, aprendendo e ensinando uns aos outros, compartilhando vivências. O aprendizado dentro do próprio cenário de produção laboral, incentiva as boas práticas e reformula aquelas que ainda estão fragilizadas (NEVES, 2014, p.10).

2.5 VISITAS À BEIRA DO LEITO

O modelo de cuidado biopsicossocial visa incorporar o caráter subjetivo e social da doença, olhando a pessoa de forma integral. Assim, o diálogo priorizando é o profissional-paciente, a fim de encontrar estratégias que auxiliem os indivíduos a lidar com as mudanças advindas do processo saúde-doença. Neste modelo atual, o paciente deixa de ser passivo nas intervenções de seu tratamento e é incluso na discussão junto aos seus profissionais. Este modelo implica a aquisição de novas competências do profissional de saúde e mudanças na cultura da atenção aos usuários, visando à aproximação com preceitos do SUS e da política nacional de humanização (SILVA; SILVA; ALENCAR, 2016).

A visita humanizada multidisciplinar à beira do leito busca promover melhor compreensão do contexto de saúde-doença e esclarecer as dúvidas e inseguranças geradas pelo ambiente de internação, garantindo assim, uma assistência de melhor qualidade. É caracterizada, de acordo com Da Silva Carrias et al. (2018), como visita humanizada, na qual realiza-se o boletim médico com a participação interdisciplinar, quando o médico informa a evolução clínica do paciente, discute o caso com a família e a equipe, a fim de propiciar que o paciente receba a melhor terapêutica. Após boletim, a família e paciente recebem atendimento psicológico, com foco na compreensão do momento atual da internação e o impacto emocional da evolução de sua situação de doença. A visita é registrada no prontuário do paciente, onde são informados os principais pontos que são identificados no momento da visita.

Manter uma rotina de visitas multidisciplinares à beira do leito é fundamental para uma melhor discussão sobre o gerenciamento de processos assistenciais, terapias e ações envolvidas diretamente na assistência. Tendo em vista que a equipe de enfermagem exerce um papel de vigilância integral da assistência dos doentes críticos, torna-se imprescindível a sua participação tendo em vista a melhoria no relacionamento interprofissional (DA SILVA et al., 2018).

2.6 AS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19

Em dezembro de 2019, um novo coronavírus foi identificado como causador de síndrome gripal e graves complicações pulmonares, a COVID-19. A origem está provavelmente relacionada a uma mutação do coronavírus que infecta morcegos, quebrando a barreira genética para conseguir se adaptar a uma nova espécie. Teve como local inicial de transmissão a cidade de Wuhan, China. Posteriormente, o vírus foi transmitido em progressão geométrica, para províncias próximas, expandindo-se para diversos países de todos os continentes (MEDEIROS, 2020).

A OMS declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus, a COVID-19, constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, o mais alto nível de alerta da organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. No dia 11 de março de 2020 a COVID-19 foi declarada pela OMS como uma pandemia mundial (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2020).

O coronavírus causador da COVID-19 trata-se de ácido ribonucléico (RNA) vírus envelopados, habitualmente encontrados em humanos, outros mamíferos e aves, podendo ocasionar doenças respiratórias, entéricas, hepáticas e neurológicas. Apesar de possuir letalidade em torno de 3%, trata-se de um vírus de disseminação maior que os outros da mesma espécie. A transmissão do vírus ocorre por contato próximo e sem proteção com secreções e gotículas de um indivíduo infectado (RODRIGUES; SILVA, 2020).

A resposta diante de uma crise humanitária deve incluir Cuidados Paliativos e controle de sintomas, e esses devem, o máximo possível, ser integrados com tratamentos sustentadores de vida para aqueles que enfrentam condições que ameaçam a sua existência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Neste cenário, Cuidados Paliativos e salvar vidas não devem ser vistos como tratamentos opostos (D’ALESSANDRO et al., 2020).

Durante a pandemia, a organização do trabalho de diversos grupos ocupacionais sofreu profundas alterações quanto à jornada de trabalho, realização de horas extras e ritmo de trabalho, além da organização institucional quanto ao fluxograma de atendimento, acessibilidade ao serviço e processo de trabalho das categorias profissionais (HELIOTERIO et al., 2020).

A pandemia de COVID-19 causou mudanças e novos desafios nas relações interpessoais pela necessidade de distanciamento social e a não permanência de acompanhantes e visitas para pacientes internados. Com isso, a comunicação relacionada ao adoecimento também sofreu mudanças. Com o impedimento de reuniões presenciais e/ou conversas com familiares no momento da visita ao paciente, a comunicação entre equipe de saúde e família precisou se adequar rapidamente e passou a ser feita por outros meios, como telefone ou videochamada (D’ALESSANDRO et al., 2020).

Essa mudança no processo comunicacional trouxe consequências para os serviços, como para as visitas multiprofissionais e reuniões em saúde incluindo as diferentes categorias de profissionais da saúde, que envolve o objeto desta investigação. Neste momento, cabe registrar que o projeto de pesquisa aqui apresentado foi planejado antes do início da pandemia, por isso, o contexto pandêmico obrigou que adotássemos mudanças e limites na coleta de dados para atendimentos das normas instituídas para conter a disseminação do vírus.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo é uma pesquisa narrativa, uma forma de entender a experiência em um processo de colaboração entre pesquisador e pesquisado. Considerada uma metodologia que consiste na coleta de histórias sobre determinado tema onde o investigador encontrará informações para entender determinado fenômeno (PAIVA, 2008).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido na unidade de internação em Cuidados Paliativos do CEPON de Santa Catarina/Brasil.

O CEPON é um hospital especializado em Oncologia. É um órgão da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina e atualmente tem a Fundação de Apoio ao HEMOSC e CEPON como apoio administrativo (FAHECE). Está localizado na cidade de Florianópolis, no Estado de Santa Catarina – Brasil. Este é um Centro de Referência da OMS para Medicina Paliativa no Brasil. O hospital conta com serviços de emergência, ambulatório, internação hospitalar e domiciliar e possui 96 leitos (FAHECE, 2015). “A unidade de internação em Cuidados Paliativos do CEPON encontra-se localizada no segundo andar da unidade hospitalar do CEPON, dispõe de 16 leitos.” (FAHECE, 2015, p.37).

A equipe multiprofissional é composta por médicos oncologistas, médico clínico geral e enfermeiros com formação em cuidados paliativos, técnicos de enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, farmacêutico, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, capelão e assistente social (FAHECE, 2015).

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram os profissionais de nível médio e superior atuantes na equipe multiprofissional em Cuidados Paliativos do CEPON. A equipe que compõem a visita multiprofissional conta com cinco médicos oncologistas, um médico clínico geral, nove enfermeiros, 16 técnicos de enfermagem, um capelão, um nutricionista, um fisioterapeuta, um psicólogo, um farmacêutico, um fonoaudiólogo, um terapeuta ocupacional e um assistente social

Para seleção dos participantes dessa equipe optou-se pela inclusão de representantes de todas as categorias profissionais, sendo assim, foram selecionados três médicos, mas um não aceitou a inclusão no estudo; quatro enfermeiros; um terapeuta ocupacional; um farmacêutico; um psicólogo; um nutricionista; um assistente social e um capelão. Como a equipe médica e de enfermeiros são as categorias que contam com mais de um representante, optou-se pela inclusão de uma quantidade de participantes proporcional ao número total de profissionais nesta categoria, no caso, metade do valor total desses profissionais componentes da equipe.

Além desses profissionais foi incluída como participante do estudo uma médica responsável pela idealização e implementação da visita multiprofissional em cuidados paliativos no cenário do estudo, ainda atuante no cenário; e quatro profissionais já aposentados, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e um auxiliar de enfermagem, atuantes no serviço quando de sua implantação, totalizando mais cinco inclusões. Assim, as inclusões totalizaram 17 participantes.

Foram excluídos os profissionais atuantes na equipe afastados, no momento da coleta de dados, por motivo de licenças ou outros afastamentos e profissionais com menos de seis meses de atuação na visita multiprofissional em cuidados paliativos do CEPON e, ainda, dos aposentados, aqueles que pudessem relatar incapacidades realização da entrevista, entretanto tal fato não ocorreu.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados se deu por meio da entrevista semiestruturada. Antes do início da coleta de dados, o projeto foi apresentado aos participantes do estudo em data e horário previamente agendados, quando, então, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A entrevista semiestruturada incluiu perguntas fechadas sobre a identificação dos participantes e percepção sobre a visita multiprofissional. O roteiro norteador das entrevistas aplicado com os profissionais é apresentado no Apêndice 1.

As entrevistas foram realizadas nas dependências do CEPON, em salas externas às unidades de internação e ambulatorial com a presença da pesquisadora e do entrevistado, mantendo-se o distanciamento mínimo de dois metros de distância e com uso de jaleco e máscara como recomenda as medidas de distanciamento social preconizadas no momento de pandemia do ano de 2020. O local da entrevista foi definido pela Direção do CEPON, com anuência do participante selecionado e incluído no estudo por sua anuência.

As entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente. O tempo médio de duração das entrevistas foi de aproximadamente 20 minutos, o tempo mínimo foi de 5 minutos e máximo de 57 minutos.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram analisados por meio da análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin. A análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplica a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados (BARDIN, 2011).

As diferentes fases da análise de conteúdo como inquérito sociológico ou experimentação organizam-se em torno de três polos cronológicos: pré-análise, exploração do

material e tratamento dos resultados, no qual são realizadas a interferência e a interpretação (BARDIN, 2011):

- a) Pré-análise: organização com o objetivo de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas num plano de análise.
- b) Exploração do material: aplicação sistemática das decisões tomadas. Consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração em função de regras previamente formuladas. Nessa etapa se realiza a categorização, que é a classificação dos dados coletados, por diferenciação e em seguida por reagrupamento segundo analogia, o que dá origem às categorias de dados.
- c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. A inferência é a intenção da análise de conteúdo e permite a passagem da descrição para a interpretação das mensagens (BARDIN, 2011).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS RELACIONADOS À PESQUISA

Este estudo seguiu as diretrizes e normas de pesquisa que envolve seres humanos que têm seus aspectos éticos e legais regulamentados pelo Conselho Nacional de Saúde por meio da Resolução no 466/12. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e do Centro de Pesquisas Oncológicas. A aprovação ética encontra-se registrada sob os pareceres da proponente e coparticipante, Nº 3.822.231 (Apêndice 2) e Nº 3.901.962 (Apêndice 3). A coleta de dados foi consentida pela equipe multidisciplinar, via assinatura do TCLE (Apêndice 4).

Para anonimato dos participantes da pesquisa adotou-se a seguinte codificação: letra P (abreviatura de profissional) seguida categoria profissional: ENF para enfermeiro, TEC para técnico de enfermagem, AUX para auxiliar de enfermagem, MED para médico, TO para terapeuta ocupacional, FARM para farmacêutico, PSICO para psicóloga, NUTRI para

nutricionista, AS para assistente social e CAP para capelão; e número arábico sequencial, conforme ordem das entrevistas, exemplo, PENF1.

4 RESULTADOS

Os resultados e discussão são apresentados na forma de manuscrito, atendendo a normativa para apresentação de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Graduação em Enfermagem da UFSC.

A proposta inicial deste estudo incluía coleta de dados por entrevistas com os profissionais, pacientes e familiares e observação não participante. Entretanto, diante da pandemia de COVID-19 no ano de 2020, os objetivos e método inicialmente propostos necessitaram ser alterados. Este fato está sendo relatado aqui, não na introdução, para facilitar a apresentação dos conteúdos.

Além disso, quando da análise das narrativas dos profissionais, o volume de dados obtidos foi significativo e como o período letivo foi reduzido, optou-se por limitar a apresentação dos resultados encontrados neste TCC. As narrativas revelaram três fases de organização da visita multiprofissional. Neste sentido, apresenta-se neste TCC a fase inicial da visita, a da implantação e como ela está sendo desenvolvida no contexto da pandemia. Este limite também influenciou na definição dos objetivos estabelecidos para este TCC.

Da totalidade dos dados, emergiram quatro categorias temáticas: “A história da implantação da visita multidisciplinar na unidade de Cuidados Paliativos do CEPON”; “As mudanças da visita multidisciplinar ao longo do tempo na unidade de Cuidados Paliativos”; “O papel da equipe multiprofissional na visita multidisciplinar na unidade de Cuidados Paliativos” e “A visita multidisciplinar na unidade de Cuidados Paliativos do CEPON em tempos de pandemia”.

Portanto, neste TCC, que deve apresentar nos resultados pelo menos um manuscrito, de acordo com as normas do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, optou-se apresentar as categorias temáticas “A história da implantação da visita multidisciplinar na unidade de cuidados paliativos do CEPON” e “A visita multidisciplinar na unidade de cuidados paliativos do CEPON em tempos de pandemia”. Estas categorias contemplarão a origem da visita e como ela foi composta na instituição, servindo assim de exemplo para a implementação em outras unidades.

As categorias “As mudanças da visita multidisciplinar ao longo do tempo na unidade de Cuidados Paliativos” e “O papel da equipe multiprofissional na visita multidisciplinar na unidade de Cuidados Paliativos” serão trabalhados em outro manuscrito posteriormente. O presente estudo foi composto por um manuscrito.

4.1 MANUSCRITO: VISITA MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS NO CEPON: SUA IMPLEMENTAÇÃO E O CONTEXTO NA PANDEMIA

Beatriz de Pádua Lorençoni¹

Luciana Martins da Rosa²

Maristela Jeci dos Santos³

Objetivo: revelar a instituição instituída da visita multiprofissional à beira do leito da unidade de Cuidados Paliativos do Centro de Pesquisas Oncológicas e revelar o modo no qual a visita multiprofissional em Cuidados Paliativos está sendo realizada durante a pandemia COVID-19. **Método:** pesquisa narrativa que inclui 17 participantes, profissionais que atuam ou já atuaram na equipe multiprofissional. A coleta de dados foi realizada de setembro a novembro de 2020, por entrevista semiestruturada gravada e transcrita. As narrativas foram submetidas à análise de conteúdo. **Resultados:** emergiram da análise duas categorias: A história da implantação da visita multidisciplinar na unidade de cuidados paliativos do Centro de Pesquisas Oncológicas e A visita multidisciplinar na unidade de cuidados paliativos do Centro de Pesquisas Oncológicas em tempos de pandemia. **Conclusão:** a visita multiprofissional foi implementada a partir da necessidade de comunicação e discussão da equipe. Essa traz benefícios à comunicação e articulação da equipe, além da criação de vínculo com pacientes e familiares. Na pandemia ocorreram mudanças que prejudicaram o processo de tomada de decisão e coesão da abordagem terapêutica, que conseqüentemente, desorganiza o processo de trabalho e diminui a qualidade da assistência.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Oncologia; Enfermagem; Equipe Multiprofissional; Pandemias; COVID-19.

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento e do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

³ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Gerente de Enfermagem do Centro de Pesquisas Oncológicas.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma das principais causas de morbidade e mortalidade na população mundial, a mais recente estimativa aponta a ocorrência de 18 milhões de novos casos e 9,6 milhões de mortes (BRAY et al., 2018). O aumento do número de pessoas convivendo com câncer indicam que mais pessoas lidam com os impactos da doença e seu tratamento. A proposta dos cuidados paliativos é oferecer a esse paciente e família um suporte, com uma abordagem especializada (PEREIRA SILVA et al., 2016).

A definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) para Cuidados Paliativos é a abordagem terapêutica que visa promover a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, frente a doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de ações que previnem e aliviam o sofrimento (MENDES; VASCONCELLOS, 2015). Por muito tempo, os Cuidados Paliativos foram associados à terminalidade, à ideia de impossibilidade de cura. Atualmente, esta visão é substituída pelo conceito de tratamentos que modificam a doença, alterando a noção equivocada de “não ter mais nada a fazer”. Os Cuidados Paliativos devem começar desde o diagnóstico de uma doença fatal e essas abordagens são consideradas urgentes para pessoas com câncer e outras doenças crônicas. A estimativa é que esta modalidade terapêutica proporciona o alívio físico, psicossocial e espiritual em mais de 90% dos pacientes com câncer (PACHECO; GOLDIM, 2019).

Os princípios dos Cuidados Paliativos abordam o alívio do sofrimento, o controle dos sintomas e da dor, a busca pela autonomia do paciente e a manutenção de vida ativa dos indivíduos enquanto ela durar (OMS, 2015). Para que estes princípios sejam contemplados no cuidado prestado, se faz necessária uma equipe multiprofissional.

A OMS considera a abordagem multidisciplinar como um elemento indispensável para o bem-estar do doente e da família, pois proporciona uma compreensão mais detalhada e auxilia no melhor manejo da assistência (ANDRADE, 2020; DE ALMEIDA, 2020). O cuidado neste tipo de tratamento deve envolver uma gama de profissionais de saúde multidisciplinares com conhecimentos relevantes favorecendo uma abordagem ampla, humanizada e integral (NIGRO et al., 2017).

Cada categoria componente de uma equipe multiprofissional tende a realizar suas intervenções de forma individual. Há pouca ou nenhuma comunicação quanto ao plano de cuidado do paciente e suas necessidades. Isto é caracterizado como um ponto negativo na assistência ao paciente e evidencia que a prática multidisciplinar se faz necessária, pois proporciona a troca de informações entre os profissionais da saúde, ampliando sua formação geral (DE SOUZA XIMENES et al., 2020), além de trazer vantagens para a construção e disseminação do conhecimento no ambiente de trabalho, permitindo o cuidado integral e continuidade do cuidado ao paciente em cuidados paliativos (NAUGLER, 2015).

A visita multiprofissional valoriza o papel da comunicação entre os profissionais, o que auxilia na complexidade do cuidado e na melhora das práticas. Estudos identificam que visitas diárias realizadas por uma equipe multiprofissional reduzem agravos de saúde e eventos adversos, contribuindo, também, na melhoria da comunicação entre profissionais. A abordagem da visita multiprofissional é exercer a educação permanente em serviço em sua mais completa acepção, pois consiste num contínuo ato de reflexão crítica acerca das práticas (DA CRUZ; DE SOUZA BERNARDES, 2019), além de proporcionar uma maior organização em torno das necessidades de saúde, sendo uma prática com foco no paciente, no planejamento das ações e na qualidade do atendimento, a fim de estabelecer a confiança e a colaboração entre os profissionais e pacientes; e promover a autonomia do paciente quanto as decisões de seu tratamento (CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2019).

No Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), um hospital referência no tratamento oncológico em Santa Catarina, semanalmente, é realizada a visita multiprofissional à beira do leito na unidade de internação em Cuidados Paliativos, na qual ocorre uma discussão dos casos dos pacientes internados com todos os profissionais responsáveis junto aos pacientes e familiares.

A prática é considerada pioneira e pode servir de exemplo para outras instituições que oferecem a abordagem terapêutica de cuidados paliativos em suas diversas modalidades. Essa prática institucional ainda não foi revelada nos meios científicos, o que retrata a importância desse estudo.

Em março de 2020, a OMS decretou estado de pandemia causada pelo novo Coronavírus SARS-CoV-2, denominada como COVID-19. As instituições de saúde tiveram que lidar com um novo cenário de ações em saúde e segurança voltada aos diversos

profissionais envolvidos nos cuidados à população. A reorganização dos serviços de saúde devido às medidas sanitárias na prevenção do contágio pelo vírus trouxe consequências para serviços à beira do leito e com aglomeração de pessoas, especialmente em serviços que trabalham com pacientes com comorbidades e imunossuprimidos como o CEPON. Há um desafio para a saúde pública mundial os impactos do vírus que ocasiona mudança abrupta nas rotinas das instituições de saúde (RODRIGUES; SILVA, 2020). Este cenário configura outro problema para investigação deste estudo.

Diante disso, este estudo tem como objetivo: revelar a instituição da visita multiprofissional à beira do leito da unidade de Cuidados Paliativos do Centro de Pesquisas Oncológicas e descrever o modo no qual a visita multiprofissional em Cuidados Paliativos está sendo realizada durante a pandemia COVID-19.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa narrativa desenvolvida no CEPON. Os dados foram coletados de setembro a novembro de 2020, na unidade de internação em Cuidados Paliativos.

Os participantes foram selecionados de forma representativa de todas as categorias profissionais que compõem a equipe da visita multiprofissional à beira do leito. Assim, selecionaram-se três médicos (total de seis), um não aceitou a inclusão no estudo; quatro enfermeiros (total de nove); um terapeuta ocupacional (total de um); um farmacêutico (total de um); um psicólogo (total de um); um nutricionista (total de um); um assistente social (total de um) e um capelão (total de um). Inclui-se também uma médica responsável pela idealização e implementação da visita no cenário do estudo, ainda atuante no cenário do estudo; e quatro profissionais já aposentados, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e um auxiliar de enfermagem, que atuaram no serviço quando de sua implantação.

Excluíram-se os profissionais afastados, por motivo de licenças ou outros afastamentos. Os participantes foram contatados e convidados a participar da pesquisa por intermédio da rede social *Whatsapp*, sendo agendada a entrevista no horário proposto pelo participante. A coleta se deu por meio de uma entrevista semiestruturada, isto é, realizada com

aplicação de perguntas abertas e fechadas. As narrativas foram gravadas e transcritas posteriormente, e os dados foram utilizados após a análise do participante e sua concordância.

As questões abertas disparadoras da entrevista abrangeram o processo de implantação, organização e composição da equipe, papel dos profissionais, registro da visita e a percepção do profissional sobre o trabalho desenvolvido. As questões fechadas abrangeram a identificação do entrevistado, sua idade, tempo de atuação na unidade, sua categoria profissional, o tempo de formação e se possui especialização em cuidados paliativos.

A análise dos dados se deu por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). A partir da transcrição das entrevistas, desenvolvida na fase de pré-análise, realizou-se a etapa seguinte da análise de conteúdo, fase de exploração do material, com leitura em profundidade das entrevistas transcritas. Nesta etapa, identificaram-se as unidades de registro e unidades de contexto, como estratégia de codificação das comunicações, seguindo-se do processo de agrupamento das unidades de registros, por aproximação dos conteúdos, de forma a definirem-se as categorias temáticas, processo final do processo de codificação.

Para interpretação e inferência dos dados analisaram-se os achados a partir da experiência prática e literatura científica atualizada e disponibilizada no meio científico.

O estudo seguiu as diretrizes e normas para pesquisa com seres humanos, regulamentados pela Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (proponente) e do Centro de Pesquisas Oncológicas (coparticipante) sob os números 3.822.231 e 3.901.962, respectivamente.

As entrevistas foram realizadas após aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, para manutenção do anonimato dos participantes, adotou-se a codificação que incluiu a letra P (abreviatura de profissional) seguida das abreviaturas ENF para enfermeiro, TEC para técnico de enfermagem, AUX para auxiliar de enfermagem, MED para médico, TO para terapeuta ocupacional, FARM para farmacêutico, PSICO para psicóloga, NUTRI para nutricionista, AS para assistente social e CAP para capelão, representativas das categorias profissionais incluídas neste estudo e número arábico sequencial, conforme ordem das entrevistas, exemplo, PENF 1.

RESULTADOS

As médias das idades dos entrevistados foi de 49,8 anos, o tempo médio de atuação da unidade foi de 14,7 anos e o tempo médio de formados de 23,6 anos. Somente 17,6% dos entrevistados possuíam formação em cuidados paliativos (mestrado e doutorado na temática e especialização clínica).

Após a análise das narrativas emergiram duas categorias: “A história da implantação da visita multidisciplinar na unidade de cuidados paliativos do CEPON”; e “A visita multidisciplinar na unidade de cuidados paliativos do CEPON em tempos de pandemia”, apresentadas a seguir.

A história da implantação da visita multidisciplinar na unidade de Cuidados Paliativos do CEPON

Esta categoria é composta pelas unidades de registro que revelam a implementação da visita; a organização desta em sua primeira fase de desenvolvimento; o desconhecimento da história da implantação da visita pelos profissionais que compõem a equipe atual; a composição da equipe multiprofissional e influência da visita multiprofissional nos cuidados prestados.

Neste sentido, as narrativas revelam que a ideia da visita multiprofissional foi trazida do Canadá pela médica Maria Tereza Evangelista Schöeller após uma especialização no serviço do médico paliativista Eduardo Bruera. Essa proposta foi idealizada juntamente com a criação da unidade de cuidados paliativos e do Programa de Internação Domiciliar (PID).

[...] foi quando a doutora Tereza chegou de um congresso que ela havia participado nos Estados Unidos, e com Dr Bruera, ela então se estimulou abrir um serviço de cuidados paliativos no CEPON. Naquele momento, éramos vinculados ao Hospital Governador Celso Ramos e não éramos uma unidade da Secretaria da Saúde independente, então a gente foi montando esse serviço em cima de protocolos, que ela fez a partir do toda sua experiência no Canadá (PENF11).

[...] é uma experiência que ela trouxe tudo isso de seu próprio conhecimento, sua própria vivência, no estudo, do contato com pessoas que são fundamentais nos cuidados paliativos como Eduardo Bruera, por exemplo, que é um médico basal, basilar nessa área de cuidados paliativos, ele é um dos pioneiros, um dos caras que criaram muitas coisas em que se baseiam os cuidados paliativos hoje; que ela teve conhecimento com ele na Argentina, depois ele foi para o Canadá com ela, ficou alguns anos lá com ele também no serviço dele, viu muita coisa acontecendo lá, e claro, as ideias boas a gente traz de volta e tenta implantar, vai adaptando, aperfeiçoando a nossa realidade com o tempo, e o PID é uma delas, programa de internação domiciliar (PMED15).

A ideia da visita multiprofissional surgiu da necessidade de um espaço de diálogo e comunicação entre os profissionais da equipe. O paciente de Cuidados Paliativos necessitava de um olhar amplo da equipe para que o cuidado prestado proporcionasse qualidade de vida, para isso, a integração da equipe precisava ser concisa.

Foi implementada pela necessidade de discussão mais ampla e multiprofissional dos casos, vendo o paciente dentro do seu contexto psicossocial, espiritual e físico. [...] A visita influencia principalmente em se manter o foco naquilo que é possível e naquilo que não é possível e sendo de forma coordenada, como já falei, e organizada, gerando mais tranquilidade e também fazendo com que a gente possa prevenir conflitos futuros através de uma estratégia de tratamento já bem estabelecida, visando o que pode causar melhorias e o que pode causar o dano (PMED17).

[...] você precisa de uma equipe multiprofissional para que cada um aborde os diferentes aspectos de sofrimento do paciente e consiga, no caso com a sua expertise, bem localizada, bem focalizada, atuar. E o resultado é o conjunto; e o bacana é que você não precisa ficar se preocupando com tudo e ao mesmo tempo, não precisa ser tudo ao mesmo tempo, as atuações elas podem acontecer em vários tempos, em várias formas diferentes de acordo com cada especificidade, de cada especialidade profissional (PMED15).

No início desta implementação, o CEPON era vinculado ao Hospital Governador Celso Ramos e não havia uma unidade exclusiva para esses pacientes. Neste primeiro momento, ainda não era considerado um serviço e sim uma equipe que prestava cuidados paliativos. A visita acontecia nos leitos disponibilizados pelos andares do hospital. A equipe multiprofissional contava somente com profissionais da medicina e da enfermagem neste início.

[...] eu me juntei aquele grupo, que só tinha um médico, que não era serviço até porque pelas regras do CEPON, para um serviço existir tinha que ter no mínimo três médicos. Então, nós não éramos o serviço, éramos as pessoas que faziam cuidados paliativos no CEPON (PMED15).

Não tendo enfermaria, a visita multiprofissional não era como é hoje, como a gente entende classicamente, essa visita multiprofissional ela acontecia de uma forma embrionária [...] o cuidado paliativo ia até o paciente, nem que fosse uma cama lá no fundo do CEPON, na quimioterapia ou numa maca no corredor, até em uma cadeira que o paciente tivesse gemendo e aí que abordava ele ali. Começou assim, que era o técnico, o enfermeiro e o médico que ia até o paciente e abordar o paciente ali (PMED15).

Após o retorno da médica Maria Tereza de sua especialização no Canadá, as pessoas que formavam a equipe inicial começaram a escrever os protocolos de atuação e um projeto que foi apresentado à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e culminou com a criação do serviço de cuidados paliativos do CEPON e, em 1992, foi cedida uma área para o desenvolvimento de cuidados paliativos na instituição com a criação da unidade de cuidados paliativos. Nesse momento, houve a estruturação da visita multiprofissional na unidade, além do acréscimo de profissionais de outras categorias para compor a equipe multiprofissional. A equipe multiprofissional foi formada gradualmente; muitos profissionais que compunham a equipe participavam somente como pareceristas.

O CEPON [...] enfim se tornou uma unidade independente, e também o ambulatório cresceu muito. Foi instituída a visita domiciliar, então, a equipe já ganhou assistente social, já ganhou nutricionista, teve todo um ganho ali, é de valor mesmo e ganhou também oportunidade de ter um hospital; então lá foi instituído a unidade de cuidados paliativos hospitalar. E com isso foi que ali nasceu a visita hospitalar da equipe de cuidados paliativos (PENF11).

No momento em que nós tivemos o hospital do CEPON, aí agora nós temos uma enfermaria de cuidados paliativos, eu acho que aquelas pessoas que se sentiram à vontade, acabaram-se agregando ao grupo. Assim, quem é a assistente social que vai ficar no segundo andar, vai agregar a equipe, agora a enfermagem não é mais geral, vai estar na enfermaria cuidados paliativos, ela já pode ser treinada com essa visão, já que vai ter voltado para isso, que ele vai ser mais específico. Fora os que já estavam, outros se agregaram, técnicos de enfermagem também treinados com essa visão, você vai ter nutricionista que vai entrar ali, mesmo que não seja uma nutricionista exclusiva, e chega ali e já tem que perceber que aquele paciente é outro, outra visão, ela vai fazer uma adaptação, então cada um que vai chegando e até pela própria afinidade, vai entender, vai modificando a sua prática para adaptar para esse novo tipo de abordagem para o paciente (PMED15).

[...] tínhamos o encontro com toda a equipe, médicos, enfermeiros, a farmacêutica, a nutricionista, a psicóloga, assistente social, naquela época eram só eles, nós ainda não tínhamos dentista, mas nós já tínhamos TO, então esse serviço já estava montado (PENF2).

Os relatos mostram que os componentes da equipe multidisciplinar que participavam

da visita, ao se acoplarem a unidade de cuidados paliativos, focavam seus cuidados baseados na filosofia desta abordagem de cuidado. De acordo com as narrativas, nesse primeiro momento, a equipe multidisciplinar contava com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionista, psicóloga, farmacêutica, assistente social e terapeuta ocupacional.

A visita acontecia em um dia fixo da semana, nas terças-feiras pelo período matutino. A equipe toda passava à beira de cada leito da unidade e discutia o caso junto ao paciente e familiar. A medicina ou enfermagem abordavam o paciente quanto aos sinais e sintomas apresentados no período e era acompanhada das demais categorias profissionais; após passarem por todos os leitos, a equipe se reunia em uma sala separada e discutia os casos individualmente.

Então, a visita era passada ao leito, o paciente e acompanhante participavam. O médico, que é o que estava acompanhando o paciente, ele abordava, dava bom dia, ou às vezes a própria enfermeira dava bom dia, apresentava a equipe, fazia a apresentação, aí conversava com esse paciente: como que ele estava, como estava se sentindo e perguntava dos sintomas, o que a gente podia ajudar e toda a equipe participava dessa no leito. Depois é que a gente se reunia para fazer as discussões de caso, a discussão a gente fazia numa outra sala, só com a equipe, sem o paciente. A visita era passada no leito com toda a equipe, se conversava, se discutia e muitas vezes, depois de decidir as condutas, aí a gente voltava e repassava para o paciente (PENF2).

Na reunião após a visita, os médicos eram responsáveis por conduzir a reunião e apresentar o caso. A enfermagem contribuía com informações do estado atual do paciente e intercorrências e a partir disso, as demais categorias profissionais contribuía com o seu ponto de vista a partir de sua avaliação.

Quem toma a frente na reunião é a equipe médica, porque normalmente tem residentes médicos passando conosco, então faz parte da formação deles passarem os casos, eles têm que passar o caso, o histórico, motivo da internação, como paciente está hoje, como estava ontem, se melhorou ou piorou os sintomas, tudo aquilo. E aí cada caso é discutido individualmente, com a participação de todos, é estimulado que os outros membros da equipe multi coloquem suas impressões de cada caso (PMED14).

Após a discussão e chegado a um consenso entre os profissionais, eram estabelecidas as intervenções, o plano de cuidado a ser feito em cada paciente. Este plano era, então, implementado durante toda a semana. O registro dessa discussão se dava em uma ata, onde o profissional médico era responsável por redigir a discussão e as decisões tomadas pela equipe.

A gente determinou entre nós que aquilo que é decidido na reunião multiprofissional, na verdade ela cria um plano em relação a cada paciente, se descobrir alguma coisa completamente diferente, mudou totalmente o paciente, tem que mudar, mas se as coisas continuam iguais, é aquele que plano de trabalho e a gente vai observar durante a semana até a próxima reunião, como é que as coisas transcorreram, se vamos pedir exames, se vai fazer algum procedimento, se vai mudar alguma medicação, tudo é decidido ali e já implementado em seguida (PMED15).

[...] quem faz os registros é o próprio médico que está dirigindo a reunião. Então se eu faço uma observação, aquilo entra pra ata e é feito todo o registro nesse sentido. [...] E depois todos nós assinamos a ata no final (PENF4).

Nos relatos, observou-se que a visita é dividida em dois momentos: a passagem da equipe nos leitos e a reunião da equipe, na qual há uma discussão e são tomadas as decisões em conjunto quanto ao caso de cada paciente da unidade. É estabelecido um plano de cuidados em conjunto que é seguido por toda a equipe.

Sete dos 17 entrevistados não souberam responder como a visita multiprofissional foi originada. Com o passar dos anos, pela migração por aposentadoria e contratações profissionais, houve uma perda do conhecimento quanto a visita, da cultura institucional desse serviço diferencial prestado na unidade.

Eu não sei dizer a época que começou, mas quando eu entrei já tinha (PENF1).

Eu cheguei aqui em 2012, e lá no hospital velho, que a gente chama, que fica lá no centro, já estava implementada. Então, eu apenas comecei a acompanhar, mas que eu saiba, essa visita já tem alguns anos né? (PFARM9).

Anteriormente tinha assistente social [...] que eu a substitui o ano passado, mas especificamente a data dessa inserção, não (PAS16).

[...] nós tivemos mudanças também de chefia, teve alteração de organograma da instituição, [...] a gente não conseguiu manter aquela exatidão que era a nossa reunião multi, mas se perdeu um pouco, depois mudou de novo a chefia, deu uma organizada de novo e melhorou (PENF2).

Este desconhecimento da origem evidencia que houve uma perpetuação parcial da cultura da visita multiprofissional para os novos profissionais. Mesmo sendo mantida a visita, há pouco conhecimento de seus princípios, ocorrendo uma replicação automática do serviço.

A visita multidisciplinar na unidade de Cuidados Paliativos do CEPON em tempos de pandemia

Essa segunda categoria é composta pelas unidades de registro que tratam sobre a organização da visita na pandemia e sobre a percepção dos profissionais sobre a visita multiprofissional e o reflexo dessas mudanças na dinâmica da visita.

O cenário de pandemia trouxe uma nova realidade nos setores hospitalares. Um ambiente cercado de muitas pessoas tornou-se um risco para a saúde dos profissionais e pacientes. A visita, que acontecia em grande grupo com os profissionais de cada categoria, teve de sofrer mudanças.

Depois da pandemia como é que ficou: a gente não tá mais passando a visita com toda a equipe. O que eu tenho observado nas últimas reuniões que eu fui: só tá vindo o essencial, houve no início mesmo só as discussões, aí ficou só o residente, médico e enfermeira, a equipe multi saiu (PENF2).

Não são todos juntos, até porque agora não dá de entrar todo mundo junto, daí eles passam em outros horários, a fisioterapeuta, nutrição, a TO... (PENF4).

A visita à beira do leito da equipe em bloco foi suspensa e somente a medicina e a enfermagem passam em conjunto, em número reduzido. Os demais profissionais da equipe passam visitas individuais em momentos separados. Quanto à reunião, o número de profissionais na sala diminuiu e algumas categorias profissionais não participam mais.

[...] o farmacêutico, porque a ideia do farmacêutico é não estar na farmácia, é estar fora da farmácia; no momento atual, com a pandemia isso aí foi por água abaixo, mas esse ano é um ano atípico, quem sabe ano que vem a gente consiga [...] (PFARM9).

Então agora, depois da pandemia, cada profissional faz a sua visita, eu trabalho com busca ativa e a demanda sugerida pela equipe, familiar ou paciente também. [...] Mas, estamos mantendo nossas reuniões de terça-feira (PTO10).

As reuniões de terça-feira foram mantidas e contam com a participação fixa da medicina, enfermagem, psicologia, capelania, terapia ocupacional e assistente social. Os demais profissionais são acionados por meio de parecer ou quando estão disponíveis. O quadro de profissionais sofreu baixa, devido à pandemia e ao afastamento necessário, assim,

muitos profissionais da equipe multiprofissional encontram-se sobrecarregados e não podem comparecer à reunião.

[...] hoje vai realmente uma pessoa de cada área para sala não ficar cheia e manter os espaçamentos, e principalmente isso, o resto continua sendo discutido da mesma forma (PAS16).

[...] ela (reunião) voltou com muitas modificações. Nas primeiras, foram alguns profissionais só, os que mais estavam dentro dos setores, no começo foi mais enfermeiro, psicóloga, médico, TO, serviço social, mas ainda não está toda estruturada, porque a orientação é não reunir pessoas (PPSICO13).

[...] acabou tendo uma diminuição no quadro, muitas pessoas afastadas e como a uma cobre a outra, então ouvi muitas reuniões que não tinha presença da nutri, da psicóloga... (PENF2).

Essa redução no número de pessoas dentro da sala e a ausência de algumas categorias profissionais trouxeram modificações na estrutura do plano de cuidados, da organização da equipe multiprofissional e impactaram na qualidade do cuidado ao paciente.

Quando a equipe multi não tá, a gente não conversa sobre todas as possibilidades que a gente pode ofertar de cuidado, de como estão os acompanhamentos, então fica mais compartilhada só entre o médico e o residente (PENF 2).

Mas o serviço faz muita falta, a gente percebe que a rotina fica um pouco diferenciada quando se tem um trabalho que é de grande excelência; no meu ponto de vista é que traz inúmeros benefícios para o paciente, para o familiar e para nós como equipe (PENF 3).

Os profissionais sentem falta do serviço e veem uma diferença grande no seu trabalho e no cuidado prestado ao paciente.

[...] é uma coisa que eu to sentindo falta, depois da pandemia, essa visita da equipe toda. Quando vai a equipe toda, parece que ele se sente, pelo menos na nossa unidade, mais acolhido (PTO10).

[...] eu gosto de ter os profissionais ali pra gente discutir e resolver logo as coisas, [...] eu acho que talvez na reunião a gente passa por discussões mais ricas e as soluções sejam mais focadas (PMED15).

Eu acho que nós precisaríamos rever a nossa visita, aprimorá-la durante esse período aí da pandemia, acho que houve certo temor e certa desmotivação, mas sem dúvida nenhuma em cuidados paliativos, a comunicação que se faz presente e extremamente importante nesse momento não pode ser jamais abandonada (PMED17).

A ausência de alguns profissionais na visita traz uma dificuldade na comunicação entre a equipe, dificulta a tomada de decisão e não permite uma integralidade plena do cuidado. Fica evidente a importância da reunião da equipe multiprofissional nesta modalidade de cuidado e a necessidade de retomada das visitas, tomando todas as precauções, para que não se perca a qualidade dessa assistência multiprofissional.

DISCUSSÃO

Há poucos estudos no Brasil sobre a visita multiprofissional, mas está bem estabelecido na literatura que as famílias e os pacientes desejam e se beneficiam da visita aberta. A dificuldade em sua implementação nas instituições está na resistência dos profissionais a esta mudança, uma vez que ainda não existe uma recomendação formal e cada instituição tem permissão para decidir sua própria estratégia de visitação (GOULARTE; GABARRA; MOREÍ, 2020).

No CEPON, as falhas na comunicação entre os profissionais, comum nos ambiente de saúde, contribuíam para a fragmentação do processo de trabalho. A percepção desse limite motivou a implementação da visita multiprofissional à beira do leito em cuidados paliativos no CEPON, na busca da atenção biopsicossocial e espiritual proposta pela filosofia em Cuidados Paliativos.

A implementação da visita trouxe a organização do cuidado na unidade de cuidados paliativos, permitindo sua integralidade e a visão holística do paciente e família. Todos os profissionais atuantes neste serviço, e participantes deste estudo, têm ciência da importância da comunicação efetiva e coesão do cuidado prestado, para atingir-se maior excelência na prestação do serviço.

A equipe multiprofissional se faz necessária para atender de forma adequada as necessidades psicossociais, multidimensionais e complexas dos pacientes em Cuidados Paliativos e seus cuidadores (HUI; BRUERA, 2016). Ciente disso foi instituída a visita multiprofissional à beira do leito em Cuidados Paliativos no CEPON.

Considerando os princípios dos cuidados paliativos, o trabalho da equipe multiprofissional precisa ser coeso e sincronizado para que o cuidado oferecido seja de qualidade. Neste sentido, a visita multiprofissional à beira do leito seguida por discussão dos casos e necessidades dos pacientes contribui de forma significativa para a qualidade do cuidado prestado e para a certeza, “que ainda há muito a fazer”, como dizia Cicely Saunder (ANCP, 2012).

Com relação à organização e ao desenvolvimento da prática aqui retratada, a implementação da visita multiprofissional no CEPON foi inovadora na área de cuidados paliativos no Brasil. A visita multiprofissional em Cuidados Paliativos nesse cenário de cuidado foi desenvolvida em dois momentos que favorecem a comunicação e criação de vínculo tanto entre os profissionais quanto profissional com paciente e seus familiares.

Na visita à beira do leito, paciente e familiar conhecem os profissionais que estão responsáveis pelo seu cuidado e reconhecem esse momento como um espaço para tirar suas dúvidas, relatar suas angústias e medos. Já os profissionais, avaliam clinicamente o paciente e propiciam um diálogo sobre as condições clínicas com o mesmo e seus familiares. A realização das visitas à beira do leito é muito importante por ser um mecanismo de fator integrador, no qual insere o cuidado centrado na pessoa como peça-chave na evolução clínica, enaltece a participação do paciente nas tomadas de decisões que envolvem sua saúde, além de personalizar a assistência prestada respeitando seus valores e necessidades individuais (DE MELO; DOS SANTOS FERREIRA; SILVA, 2020).

Quanto à atuação das diferentes categorias profissionais, cada categoria organiza o trabalho de forma sistemática, mas isso não acontece quando o cuidado sai da esfera uni para a multiprofissional, pois, a visita multiprofissional é uma abordagem que propõe a organização do trabalho da equipe, que em concordância, avaliam a melhor estratégia de cuidado a ser prestado, proporcionando maior segurança dos profissionais quanto à tomada de decisão que se dá de maneira conjunta.

A organização identificada nas comunicações dos participantes abrange as visitas individualizadas e leitura dos prontuários ocorridas nos dias que antecedem a visita, a discussão dos pontos de maior necessidades dos pacientes e apontados pela equipe de enfermagem, inclusive para nortear os acompanhamentos diários.

Não foram encontradas publicações que abordam a visita multiprofissional em Cuidados Paliativos, mas, estudos trazem uma visita semelhante em UTI, na qual são chamadas de “*round*” e são guiadas por um *checklist*; os profissionais utilizam o instrumento durante a visita à beira do leito e decidem as condutas a serem realizadas durante as próximas vinte e quatro horas (BARCELLOS; CHATKIN, 2020; BRICNET et al., 2016; NEVES, 2017).

No entanto, na UTI o paciente não participa da visita efetivamente, a maioria está sedado, inviabilizando a sua comunicação com a equipe. Essa cultura de “ouvir” o paciente é desafiadora para os profissionais. Este tipo de formato em cuidados paliativos não permitiria uma análise de todas as dimensões do paciente, que se perderiam diante do uso de um instrumento de perguntas fechadas, sendo ineficaz um uso de *checklist*. Enquanto na UTI, os pacientes apresentam instabilidades e necessitam de um monitoramento diário, o paciente de cuidados paliativos tem uma evolução mais lenta de seu prognóstico. Sendo assim, as visitas semanais abrangem as necessidades de discussão da equipe, o que não exclui o acompanhamento diário da evolução do paciente.

O diferencial da visita realizada no CEPON é a reunião para a discussão mais ampla dos casos. Os profissionais de todas as categorias têm voz para apresentarem sua opinião conforme o debate, no qual há uma concordância nas condutas que serão adotadas. De maneira conjunta, a equipe constrói o plano de cuidados a ser seguido, tendo todos a ciência do papel e condutas que cada uma irá desempenhar. Como são decisões tomadas em conjunto, após a exposição sobre o ponto de vista de cada profissional, há uma garantia maior de certeza e confiança nas intervenções a serem feitas, além do conhecimento de toda a equipe da abordagem implementada. Este espaço estimula a comunicação entre os profissionais e proporciona maior coesão do cuidado, proporcionando sua integralidade.

A importância do trabalho de cada agente, segundo Ximenes et al. (2020) é evidente que ao atuar em equipe, estão sempre dispostos a analisar de forma integral cada caso clínico, deixando claro a maneira efetiva do trabalho por meio desta estratégia de organização. A prática interdisciplinar permite o planejamento e a implementação satisfatória da terapêutica, de tal forma que constrói uma maior adesão às recomendações e às decisões clínicas (BARCELLOS; CHATKIN, 2020).

Os profissionais desse serviço avaliaram a visita como um serviço de excelência e apontam que este tipo de abordagem potencializa a sua atuação profissional. A realização de visitas multiprofissionais tem impacto na melhora dos resultados clínicos e melhorias nos processos de trabalho da equipe multiprofissional, pois favorecem a detecção de erros, melhoram o atendimento aos pacientes, verificam o cumprimento das normas de segurança e reforçam os cuidados centrados no paciente (BARCELLOS; CHATKIN, 2020).

Em relação ao desconhecimento de alguns dos participantes sobre o processo de implementação da visita evidencia-se a replicação automática do modelo de visita, sem compreensão da cultura do serviço. Considera-se que este achado deva ser repensado pela equipe e instituição, pois a história configura alicerce importante na filosofia institucional e dos cuidados paliativos ofertado. A perpetuação da história exige a adoção de estratégias específicas que devem ser definidas pelo serviço e que se adotadas, poderão permitir melhor análise das condutas profissionais, dos resultados alcançados para melhor qualidade de vida e atenção em saúde em cuidados paliativos. Além disso, essa análise poderá permitir a implementação de novas estratégias para incremento do serviço prestado.

A importância de se conhecer a cultura organizacional de uma instituição está no melhor entendimento dos fatos, da percepção dos valores dos indivíduos e do grupo. A identificação da cultura auxilia a implementação da estratégia, dos objetivos e do modo de operação da instituição, além de possibilitar a formação de um sentido de identidade entre os seus membros, o que leva a um sentido de compromisso com algo maior que o interesse individual (LOURENÇO et al., 2017).

No tocante a composição da equipe, registra-se que a equipe multiprofissional deve consistir em pelo menos um representante de cada especialidade de provedores que cuidam do paciente, possibilitando a visão holística do paciente e família, de modo a oferecer um cuidado para as esferas físicas, psicológicas, espirituais e sociais (NAUGLER et al., 2015).

No momento de implementação, a equipe não foi constituída com representantes de todas as categorias de profissionais da área da saúde, pois, a instituição não tinha em seu corpo profissional todas as categorias, ou, tinha em número reduzido para cobertura de todas as unidades institucionais. A ausência de determinadas categorias nesse momento de implantação pode ter criado lacunas no cuidado oferecido, igualmente ao vivenciado pelos profissionais no tempo atual diante da pandemia COVID-19.

O encontro semanal com a participação de representantes de todas as categorias profissionais proporcionava um acompanhamento mais eficaz, com uma avaliação da evolução da sintomatologia do paciente e de seu prognóstico. A discussão disso põe a par a efetiva contribuição de todos os profissionais e a influência sobre o plano de cuidado.

A reunião regular da equipe tem como benefícios a chance de participação de todos os profissionais envolvidos na equipe, desenvolvimento de um plano de tratamento abrangente envolvendo dois ou mais profissionais, o que é uma proposta difícil e demorada sem as reuniões regulares em tempo real, a minimização de erros de comunicação entre prestadores e atrasos no tratamento como resultado de tais falhas de comunicação, a uniformidade na abordagem do tratamento ao longo do tempo e um local para abordar questões difíceis nas quais um consenso do grupo pode fortalecer a confiança do paciente e o profissional no plano de gestão (NAUGLER et al., 2015).

As restrições trazidas pela pandemia mundial de COVID-19, devido à transmissão do vírus, trouxeram mudanças à visita multiprofissional na unidade de Cuidados Paliativos do CEPON. A saúde pública mundial está vivendo um grande desafio, com isso, são necessárias mudanças importantes para a sobrevivência, como repensar o trabalho em equipe para a exploração de um resultado colaborativo e cooperativo (OLIVEIRA et al., 2020).

Medidas de contenção e mitigação da pandemia, incluindo o distanciamento físico, testagem, isolamento de casos, minimização da circulação de pessoas e uso de máscaras têm sido amplamente preconizadas com vistas a evitar o crescimento descontrolado de casos e o colapso dos sistemas e serviços de saúde (PORTELA et al., 2020).

As adaptações da visita no período de pandemia trouxeram uma fragmentação da visão já implementada. Soma-se a isto o fato dos protocolos de saúde neste contexto pandêmico a necessidade do distanciamento social; o que exige que a maioria dos familiares não podem ficar na unidade de internação. Essa condição diminui a comunicação da equipe com os familiares, o que pode ocasionar maior ansiedade, medo e angústia tanto da parte do cuidador quanto do paciente. Entende-se que este é um “mal” necessário e que ao término deste período, a equipe poderá retomar e reavaliar sua prática.

Destaca-se que, a organização da visita multiprofissional à beira do leito em Cuidados Paliativos no CEPON durante a pandemia COVID-19 exigiu a redução planejada dos profissionais desta prática, como um cuidado de saúde ao paciente e aos próprios

profissionais, mas também a diminuição do quantitativo de profissionais e consequente sobrecarga de trabalho, o que não vem permitindo aos profissionais tempo hábil para comparecer as reuniões. Além disso, há profissionais que verbalizaram medo de se expor e ficam restritos aos seus espaços de trabalho.

A integração de diferentes profissionais é importante, visto que tem a visão do paciente nos aspectos biopsicossocial e espiritual. A ausência dessa observação pode tornar o cuidado integral incompleto, de forma não humanizada, tendo um efeito prejudicial na autonomia do paciente (PETRI, 2018).

As ações de saúde não se articulam por si só, automaticamente, por estarem sendo executadas em uma situação comum de trabalho, na qual diferentes trabalhadores compartilham o mesmo espaço físico e a mesma clientela. A articulação requer que o profissional reconheça e coloque em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas – aquelas referidas ao seu próprio processo de trabalho e as ações executadas pelos demais integrantes da equipe (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017, p.597).

Analisando os resultados diante do contexto da pandemia, infere-se que uma reconfiguração da visita multiprofissional seria benéfica, para que todos os profissionais da equipe pudessem participar e dar o ponto de vista de sua categoria, permitindo que o princípio de integralidade do cuidado seja mantido com qualidade e eficiência e evitando a fragmentação da assistência. Refletindo sobre esse aspecto, o uso dos meios de comunicação a distância ou o rodízio da participação dos profissionais, poderiam ser estratégias a serem repensadas

As limitações deste estudo abrangeram a situação em si da pandemia e as precauções de contágio, a impossibilidade do acompanhamento e observação da visita, prevista inicialmente quando da elaboração do projeto de pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos dados coletados, conclui-se que a visita multiprofissional surgiu de uma necessidade de diálogo, comunicação e discussão dos casos entre os profissionais das diferentes categorias que prestavam cuidados aos pacientes e suas famílias,

bem como da intenção de inseri-los nos processos de tomada de decisões. Baseado no modelo canadense observado na vivência da médica Maria Tereza Evangelista Schoeller, foi implementada a visita multiprofissional na unidade de cuidados paliativos no ano de 1992.

A visita acontecia semanalmente, no mesmo dia e horário e era dividida em dois momentos: o primeiro era a visita da equipe à beira do leito, espaço no qual havia a comunicação com paciente e familiar a respeito de sua sintomatologia e intercorrências da evolução da doença; e o segundo era a reunião, que ocorria após a visita, para discussão clínica dos casos dos pacientes internados, local no qual todos os profissionais da equipe contribuem com o ponto de vista de sua área de atuação. A partir deste debate, a equipe decidia em conjunto o plano de cuidados a ser implementado; toda a reunião era registrada em ata e assinada pelos profissionais.

A equipe multiprofissional teve sua composição modificada ao longo dos anos, conforme o hospital e a unidade cresciam. No início, contava com a medicina e enfermagem e com o passar do tempo, a psicologia, serviço social, terapia ocupacional, nutrição e farmácia foram acrescentados. Nem todas as categorias estão presentes na rotina da visita, são solicitadas conforme demanda por parecer.

Na pandemia, a rotina da visita foi modificada devido às restrições de biossegurança para profissionais e pacientes. A visita à beira do leito deixou de ser com toda a equipe, contando apenas com presença da medicina e enfermagem em um grupo menor. Os demais componentes da equipe, psicologia, terapia ocupacional e assistente social passam a visita de forma individual, em horários diferentes. A reunião foi mantida, mas com mudanças: a participação de um representante de cada categoria, respeitando o distanciamento social. Devido ao afastamento de profissionais contaminados e sobrecarga de trabalho, algumas categorias deixaram de participar da reunião.

A visita multiprofissional trouxe uma organização do processo de trabalho da equipe na unidade de cuidados paliativos, uma integração do cuidado, proporcionou um espaço de debate e comunicação a fim de proporcionar um cuidado humanizado, atendendo as necessidades biopsicossociais e espirituais do paciente. Além disto, a visita proporciona a uniformidade na abordagem terapêutica ao longo do tempo e um espaço para abordagem de questões difíceis, nas quais um consenso do grupo pode fortalecer a confiança do paciente e do profissional no plano de cuidados.

A visita traz inúmeros benefícios, como comprovado neste estudo, e a implementação deste tipo de abordagem em unidades hospitalares deve ser incentivada, de forma a melhorar a práxis dos profissionais de saúde por meio da integralidade do cuidado.

A desestruturação da visita em tempos de pandemia pode causar a fragmentação do cuidado prestado, dificultar a comunicação entre a equipe e tomada de decisões para estabelecimento do plano de cuidados. A abordagem sem um consenso de toda a equipe pode causar uma falta de coesão e uniformidade, criando lacunas que diminuem a qualidade da assistência. Sendo assim, faz-se necessário buscar uma alternativa de reestruturação da visita de um modo seguro, estimulando a participação de mais categorias para a discussão, visto que a comunicação se faz necessária e extremamente importante nesse momento.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, C.J.; GALHARDI, S.R.R.B.; AVOGLIA, H.R.C. Reações defensivas de pacientes em tratamento oncológico: análise das principais formas de enfrentamento. **Brazilian Journal of health Review**, p.5881-5899, 2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARCELLOS, R.A.; CHATKIN, J.M. Impacto de uma lista de verificação multiprofissional nos tempos de ventilação mecânica invasiva e de permanência em UTI. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 46, n. 3, e20180261, 2020.
- BRAY, F. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 68, n. 6, p.394-424, 2018.
- CASANOVA, I.A.; BATISTA, N.A.; MORENO, L. R. A. Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p.1325-1337, 2018.
- DA CRUZ, F.A.R.; DE SOUZA BERNARDES, J. Visita Multiprofissional de Saúde: Um Breve Ensaio. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, v. 4, n. 2, p.1163-1178, 2019.
- DE ALMEIDA, P.F. et al. A relação entre o enfermeiro e o paciente nos cuidados paliativos oncológicos. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n.2, p.1465-1483, Março-abril 2020.

DE MELO, J.S.; DOS SANTOS FERREIRA, A.K.; SILVA, M.B. Visita multidisciplinar em unidade de terapia intensiva neurológica: O papel da enfermagem. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p.19135-19144, 2020.

DE SOUZA XIMENES, V. et al. Sistematização da Assistência Multidisciplinar ao Paciente em Unidade Oncológica de Manaus: Um Relato de Experiência. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p.9762-9770, 2020.

FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON. FAHECE. **RELATÓRIO DE ATIVIDADES: ANO 2015**. Florianópolis: Fahece, 2015, 69p. Disponível em: <http://www.fahece.org.br/institucional/rel_anuais/2015/relatorio_fhc_2015_versao_final.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2019.

GOULARTE, P.N.; GABARRA, L.M.; MORE, C.L.O.O. A visita em Unidade de Terapia Intensiva adulto: perspectiva da equipe multiprofissional. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 12, n. 1, p. 157-170, abr. 2020. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 jan. 2021.

HUI, D.; BRUERA, E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. **Nature reviews Clinical oncology**, v. 13, n. 3, p. 159, 2016.

LOURENÇO, P.J.F. et al. Cultura organizacional e qualidade em serviços em instituição de saúde pública portuguesa. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, v.11, n.4, p. 120-135, 2017. Disponível em: <<http://dspace.ismt.pt/handle/123456789/1015>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

MENDES, E.C.; VASCONCELLOS, L.C.F. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde em Debate**, v. 39, n.106, p. 881–892, 2015.

NAUGLER, W. E. et al. Building the multidisciplinary team for management of patients with hepatocellular carcinoma. **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, v. 13, n. 5, p. 827-835, 2015.

NEVES, V. N. S. **Visita multiprofissional em unidade de terapia intensiva neonatal: relato de experiência**. 2017. 28 f. TCC (Graduação) - Curso de Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/173241>>.

NIGRO, C. et al. Head and neck cancer: improving outcomes with a multidisciplinary approach. **Cancer Management and Research**, v.18, n.9, p. 363-371, 2017.

OLIVEIRA, K.T. et al. Principais medidas tomadas para a mudança dos processos assistenciais durante a pandemia por COVID-19. **Enfermagem em foco** (Brasília), v.11, n.1, p. 235-238, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Paliative care**: fact sheet n°402 [internet]. Geneva: WHO; 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/>. Acesso em 13 nov. 2019.

PACHECO, C. L.; GOLDIM, J.R. Percepções da equipe interdisciplinar sobre cuidados paliativos em oncologia pediátrica. **Revista Bioética**, v. 27, n. 1, p. 67-75, 2019.

PAIVA, V.L.M.O.. A pesquisa narrativa: uma introdução. **Revista brasileira de linguística aplicada**, v. 8, n. 2, p. 261-266, 2008.

PEREIRA SILVA, C. et al. Significado dos Cuidados Paliativos para a Qualidade da Sobrevivência do Paciente Oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 62, n. 3, p. 225-235, 2016.

PORTELA, M.C. et al. **Matriz linha de cuidado Covid-19 na rede de atenção à saúde**. Observatório Covid-19 Fiocruz, 2020. 15 p.

PETRI, A.C. et al. **A atuação da equipe multiprofissional na área da saúde com o paciente em cuidado paliativo**. 2018. 70 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Centro de Ciências Socioeconômicas. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/196517>>.

SILVA, M.V.S.; MIRANDA, G.B.N.; ANDRADE, M.A.. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n.62, p. 589-599, 2017.

WRITING GROUP FOR THE CHECKLIST-ICU INVESTIGATORS et al. Cavalcanti, A.B. et al. Effect of a Quality Improvement Intervention With Daily Round Checklists, Goal Setting, and Clinician Prompting on Mortality of Critically Ill Patients: A Randomized Clinical Trial. **Journal of the American Medical Association**, v. 315, n. 14, p. 1480-1490, 2016.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO TCC

Os Cuidados Paliativos são compostos por princípios que abrangem o alívio do sofrimento, o controle dos sintomas e da dor, a busca pela autonomia do paciente e a manutenção de vida ativa dos indivíduos enquanto ela durar, além de preconizar a visão holística do paciente. A visita multiprofissional permite que essa filosofia seja seguida, incluindo a prestação de um cuidado integral e integrado, a manutenção de um canal de comunicação abrangente com o paciente e família e a construção e disseminação do conhecimento no ambiente de trabalho.

A ideia pioneira da visita multiprofissional à beira do leito em Cuidados Paliativos realizada no CEPON revela e sua importância no cenário institucional e no Brasil.

Os resultados mostraram que a visita multiprofissional na unidade de cuidados paliativos foi baseada na vivência da médica Maria Tereza Evangelista Schöeller no Canadá. A partir da necessidade de comunicação dos profissionais, a ideia da visita surgiu e foi implementada de forma embrionária até a criação da unidade de Cuidados Paliativos em 1992. Nesse momento, a equipe multidisciplinar, que contava com a medicina e com a enfermagem, ganhou novos componentes como a psicologia, serviço social, terapia ocupacional, nutrição e farmácia.

A visita multiprofissional organizou o processo de trabalho da equipe, promoveu uma integração do cuidado, criou um espaço de diálogo e discussão entre os profissionais da equipe, de forma que existe um consenso entre todas as categorias, atendendo as necessidades biopsicossociais e espirituais do paciente. Entende-se também que a visita vem proporcionando a uniformidade na abordagem e permite a discussão de questões difíceis quanto ao plano de cuidados, trazendo maior confiança na abordagem tanto dos profissionais quanto do paciente.

A implementação deste tipo de abordagem traz a uma melhoria à práxis e à assistência prestada pelos profissionais de saúde atuantes nas unidades hospitalares. Este modelo de visita é recomendado a ser implantado em outras unidades de internação, de modo a organizar a assistência interprofissional.

Em decorrência da pandemia, a visita teve de passar por mudanças que desconfiguraram seus benefícios por meio da fragmentação do cuidado e dificuldade da comunicação e consenso nas tomadas de decisão. O trabalho evidencia a necessidade de reestruturação da visita de um modo seguro, proporcionando a participação de todas as categorias de modo a reestabelecer essa comunicação “perdida”.

Recomenda-se a realização de mais estudos a respeito de visita multiprofissional, sobre seus benefícios e modo de organização, principalmente à beira do leito, visto que na literatura não há estudos na área de cuidados paliativos.

Este estudo apresentou a importância da visita multiprofissional na unidade de Cuidados Paliativos do CEPON, evidenciou a forma como ela organizou o trabalho dos profissionais da equipe e como ela potencializa a qualidade da assistência, como os profissionais veem a visita como um serviço de excelência da instituição e sentem a necessidade de trabalhar deste modo em outras unidades da instituição. Fica evidente que a pandemia afetou a visita e se faz necessária uma adaptação para que ela volte a contemplar a assistência como fazia no período pré-pandemia.

O desconhecimento, de alguns profissionais, sobre a implementação da visita encontrado evidencia a replicação automática do modelo de visita, sem compreender a cultura do serviço. Diante de tal achado recomenda-se que educação permanente possa atuar reduzindo este desconhecimento relacionados aos profissionais da equipe atual e outros que possam vir a integrar-se.

Como futura enfermeira, o estudo me fez entender a importância da comunicação dentro da equipe, a valorizar processos de trabalho nos quais há a integração de toda a equipe junto ao paciente e a importância da relação interprofissional na evolução do cuidado para com o paciente.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, C.J.; GALHARDI, S.R.R.B.; AVOGLIA, H.R.C. Reações defensivas de pacientes em tratamento oncológico: análise das principais formas de enfrentamento. **Brazilian Journal of health Review**, v.3, n.4, p.5881-5899, 2020.

BARCELLOS, R.A.; CHATKIN, J.M. Impacto de uma lista de verificação multiprofissional nos tempos de ventilação mecânica invasiva e de permanência em UTI. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 46, n. 3, e20180261, 2020.

BARCELLOS, R.A.; CHATKIN, J.M. Impacto de uma lista de verificação multiprofissional nos tempos de ventilação mecânica invasiva e de permanência em UTI. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 46, n. 3, 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 41**, de 31 de outubro de 2018 - Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 23 nov 2018. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710

BRAY, F. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 68, n. 6, p.394-424, 2018.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2.ed. São Paulo: s. n., 2012.

CASANOVA, I.A.; BATISTA, N.A.; MORENO, L. R. A. Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, supl. 1, p.1325-1337, 2018.

CONNOR, S.B.M. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. World Health Organization. Worldwide Palliative Care Alliance, Hospice House, London, 2014.

D'ALESSANDRO, M.P.S. et al. **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio Libanês, Ministério da Saúde, 2020. 175p.

DA CRUZ, F.A.R.; DE SOUZA BERNARDES, J. Visita Multiprofissional de Saúde: Um Breve Ensaio. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, v. 4, n. 2, p.1163-1178, 2019.

DA SILVA CARRIAS, F. M. et al. Visita humanizada em uma unidade de terapia intensiva: um olhar interdisciplinar. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. 103-112, 2018.

DA SILVA SOUSA, M.G.; DE OLIVEIRA CABRAL, C.L. A narrativa como opção metodológica de pesquisa e formação de professores. **Horizontes**, v. 33, n. 2, p.149-158, 2015.

DA SILVA, H. A. G. B. et al. **Aplicabilidade de um instrumento de enfermagem para visita multidisciplinar em uma unidade de terapia intensiva de transplantes. III** Seminário de Experiências Exitosas, 2018, p. 30.

DE ALMEIDA, P.F. et al. A relação entre o enfermeiro e o paciente nos cuidados paliativos oncológicos. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n.2, p.1465-1483, Março-abril 2020.

DE CASTRO REGO, A. L. et al. Tecnologia leve: uso de um instrumento para comunicação na visita multiprofissional. In: **Anais do I Congresso Norte Nordeste de Tecnologias em Saúde**. 2018.

DE MELO, J.S.; DOS SANTOS FERREIRA, A.K.; SILVA, M.B. Visita multidisciplinar em unidade de terapia intensiva neurológica: O papel da enfermagem. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p.19135-19144, 2020.

DE SOUZA XIMENES, V. et al. Sistematização da Assistência Multidisciplinar ao Paciente em Unidade Oncológica de Manaus: Um Relato de Experiência. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p.9762-9770, 2020.

FULY, P.S.C. et al. Nursing workload for cancer patients under palliative care. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 50, n.5, p. 792-799, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600012> Acesso: 30 out. 2019.

FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON. FAHECE. **RELATÓRIO DE ATIVIDADES: ANO 2015**. Florianópolis: Fahece, 2015, 69p. Disponível em: <http://www.fahece.org.br/institucional/rel_anuais/2015/relatorio_fhc_2015-versao_final.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2019.

GOULARTE, P.N.; GABARRA, L.M.; MORE, C.L.O.O. A visita em Unidade de Terapia Intensiva adulto: perspectiva da equipe multiprofissional. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 12, n. 1, p. 157-170, abr. 2020. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 jan. 2021.

HELIOTERIO, M.C. et al. Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia?. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00289121, 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300512&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Feb. 2021. Epub July 31, 2020.

HUI, D.; BRUERA, E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. **Nature reviews Clinical oncology**, v. 13, n. 3, p. 159, 2016.

LOURENÇO, P.J.F. et al. Cultura organizacional e qualidade em serviços em instituição de saúde pública portuguesa. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, v.11, n.4, p. 120-135, 2017. Disponível em: <<http://dspace.ismt.pt/handle/123456789/1015>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

MEDEIROS, E.A.S. Desafios para o enfrentamento da Pandemia Covid-19 em hospitais universitários. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 38, e2020086, 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822020000100101&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Feb. 2021. Epub Apr 22, 2020.

MENDES, E.C.; VASCONCELLOS, L.C.F. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde em Debate**, v. 39, n.106, p. 881–892, 2015.

MOHAMMED, S. D.; SAVAGE, P.; ZIMMERMANN, C. Nurses' roles and responsibilities in the provision of early palliative care: A grounded theory study. **Journal of Clinical Oncology**, p.98, 2017.

NAUGLER, W. E. et al. Building the multidisciplinary team for management of patients with hepatocellular carcinoma. **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, v. 13, n. 5, p. 827-835, 2015.

NDORO, S. Effective multidisciplinary working: the key to high-quality care. **British Journal of Nursing**, v. 23, n.13, 2014, p. 724–727.

NEVES, V. N. S. **Visita multiprofissional em unidade de terapia intensiva neonatal: relato de experiência**. 2017. 28 f. TCC (Graduação) - Curso de Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/173241>>.

NIGRO, C. et al. Head and neck cancer: improving outcomes with a multidisciplinary approach. **Cancer Management and Research**, v.18, n.9, p. 363-371, 2017.

OLIVEIRA, K.T. et al. Principais medidas tomadas para a mudança dos processos assistenciais durante a pandemia por COVID-19. **Enfermagem em foco** (Brasília), v.11, n.1, p. 235-238, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Paliative care: fact sheet n°402** [internet]. Geneva: WHO; 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/>. Acesso em 13 nov. 2019.

PACHECO, C. L.; GOLDIM, J.R. Percepções da equipe interdisciplinar sobre cuidados paliativos em oncologia pediátrica. **Revista Bioética**, v. 27, n. 1, p. 67-75, 2019.

PAIVA, V.L.M.O. A pesquisa narrativa: uma introdução. **Revista brasileira de linguística aplicada**, v. 8, n. 2, p. 261-266, 2008.

PEREIRA SILVA, C. et al. Significado dos Cuidados Paliativos para a Qualidade da Sobrevivência do Paciente Oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 62, n. 3, p. 225-235, 2016.

PETRI, A.C. et al. **A atuação da equipe multiprofissional na área da saúde com o paciente em cuidado paliativo**. 2018. 70 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Centro de Ciências Socioeconômicas. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/196517>>.

PORTELA, M.C. et al. **Matriz linha de cuidado Covid-19 na rede de atenção à saúde**. Observatório Covid-19 Fiocruz, 2020. 15 p.

RODRIGUES, N.H.; DA SILVA, L.G.A. Gestão da pandemia coronavírus em um hospital: relato de experiência profissional/Management of the coronavirus pandemic in a hospital: professional experience report. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 4, 2020.

SANTOS, D. B. A.; LATTARO, R. C. C.; DE ALMEIDA, D. A. Cuidados paliativos de enfermagem ao paciente oncológico terminal: revisão da literatura. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, v. 1, n. 1, 2016.

SILVA, A. F. da et al. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 56-62, jun. 2015.

SILVA, G. M. et al. Análise do conhecimento da equipe multidisciplinar em uma unidade de terapia intensiva a cerca dos cuidados paliativos. **Revista Saúde-UNG-Ser**, v. 11, n. 1 ESP, p. 39. 2018.

SILVA, J. L. C. L.; SILVA, T. C. M.; ALENCAR, L. C. A. O paciente e a vivência da visita médica à beira do leito. **Revista Brasileira de educação medica**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 704-712, dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e01572015>. Acesso em: 13 nov. 2019.

SILVA, M.V.S.; MIRANDA, G.B.N.; ANDRADE, M.A.. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n.62, p. 589-599, 2017.

SILVEIRA, M. H., CIAMPONE, M. H. T., & GUTIERREZ, B. A. O. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 7-16, 2016.

SIQUEIRA, J. T. T. et al. Dor orofacial e Cuidados Paliativos orais em doentes com câncer. **Prática Hospitalar**, v. 62, p. 127-33, 2009a.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **COVID-19 : medidas de proteção no manejo da COVID-19 na atenção especializada.** Universidade Federal de Santa Catarina; Sheila Rubia Lindner... [et al.] (Organizadores). Florianópolis, 2020, 52p.

WISEMAN, M. A. Palliative care dentistry. **Gerodontology**, v. 17, n. 01, p. 49-51, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Worldwide Palliative Care Alliance. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Better palliative care for older people.** Geneva: WHO; 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises:** a WHO guide. Geneva: World Health Organization; 2018.

WRITING GROUP FOR THE CHECKLIST-ICU INVESTIGATORS et al. CAVALCANTI, A.B. et al. Effect of a Quality Improvement Intervention With Daily Round Checklists, Goal Setting, and Clinician Prompting on Mortality of Critically Ill Patients: A Randomized Clinical Trial. **Journal of the American Medical Association**, v. 315, n. 14, p. 1480-1490, 2016.

YAMAGUCHI, T. et al. Effects of End-of-Life Discussions on the Mental Health of Bereaved Family Members and Quality of Patient Death and Care. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 1, n. 54, 2017.

APÊNDICE 1 – ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA PROFISSIONAIS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

Título da pesquisa: VISITA MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS: ESTUDO DE CASO NO CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS

Pesquisa realizada por: Acadêmica de Enfermagem Beatriz de Pádua Lorençoni

Orientação: Prof^a Dra. Luciana Martins da Rosa

Coorientação: MSc. Enf^a Maristela Jeci dos Santos

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do Profissional: _____

Codificação para anonimato na pesquisa: _____

Idade: _____

Tempo de atuação na unidade de Cuidados Paliativos do CEPON: _____

Categoria profissional: _____

Tempo de formado/graduação: _____

Formação em cuidados paliativos: _____

Enunciado

Você está sendo entrevistado para uma pesquisa que objetiva descrever como ocorre a visita multiprofissional à beira do leito realizada na unidade de Cuidados Paliativos do CEPON e como foi instituída. Assim, farei alguns questionamentos que permitam esta descrição. Agradeço sua contribuição como participante deste estudo.

Perguntas orientadoras:

- 1) Como foi implementada a visita multiprofissional a beira do leito em cuidados paliativos no CEPON (antes e atualmente)?
- 2) Como eram* ou como são organizadas as visitas pela equipe multiprofissional na Unidade de Cuidados Paliativos do CEPON?
- 3) Quais categorias profissionais participam (participavam*) da visita?
- 4) Qual é o papel da sua categoria profissional na visita? E das outras categorias?
- 5) Como você se organiza para a visita?
- 6) Como você registra as intervenções decididas na visita referente à sua categoria?
- 7) Como a visita multiprofissional influencia o plano de cuidados e a sua atuação profissional?
- 8) Qual a sua percepção sobre a visita multiprofissional em cuidados paliativos do CEPON?

*adaptação da pergunta para os profissionais que não integram atualmente a equipe que realiza a visita multiprofissional a beira do leito em cuidados paliativos no CEPON, mas que atuaram nesta prática quando da implantação da mesma.

APÊNDICE 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Visita multiprofissional em cuidados paliativos: estudo de caso no Centro de Pesquisas Oncológicas

Pesquisador: Luciana Martins da Rosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 277189/19.8.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.822.231

Apresentação do Projeto:

"Visita multiprofissional em cuidados paliativos: estudo de caso no Centro de Pesquisas Oncológicas". Projeto de pesquisa de Beatriz de Pádua Lorençoní, referente ao Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), orientado pela Profª Dra. Luciana Martins da Rosa e co-orientado pela MSc. Enfª Maristela Jeci dos Santos do CEPON. O Centro de Pesquisas Oncológicas presta serviço público de referência no tratamento oncológico em Santa Catarina e Centro de Referência da Organização Mundial de Saúde para Medicina Paliativa no Brasil. Nesta instituição, na unidade de internação em cuidados paliativos, ocorrem visitas à beira dos leitos, realizadas pela equipe multiprofissional em saúde, para anamnese clínica e discussão dos casos para melhor planejamento dos cuidados paliativos. Assim, este estudo visa descrever a visita multiprofissional à beira do leito realizada na unidade de cuidados paliativos do CEPON.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever a visita multiprofissional à beira do leito realizada na unidade de cuidados paliativos do CEPON.

Objetivo Secundário:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vilor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.833.331

- a) Conhecer como foi implementada e como é organizada a visita multidisciplinar;
- b) Conhecer o papel dos integrantes da equipe multiprofissional;
- c) Conhecer a percepção da equipe e dos pacientes sobre a visita multidisciplinar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos materiais e imateriais esperados para este estudo são mínimos, são previstos que possam ocorrer desconfortos relacionados ou cansaço em decorrência da entrevista a ser gravada ou ainda emocionais, devido a abordagem da temática cuidados paliativos. No entanto, diante de tais possibilidades, as pesquisadoras estarão disponíveis para esclarecer quaisquer dúvidas, escuta atenta ou prestação de atendimento, ou ainda,

solicitação de atendimento da equipe de saúde do CEPON. Outro risco configura a quebra do sigilo, considerando a natureza da investigação, na qual os participantes profissionais, além das pesquisadoras poderão fazer a quebra de sigilo. Quanto à quebra de sigilo será solicitado e registro no TCLE que os participantes do estudo se comprometem a manter o sigilo das informações e anonimato das inclusões no estudo, como se comprometem as pesquisadoras. Quebra de sigilo não intencional pode ocorrer, como previsto na Resolução 466/2012, mas por parte das pesquisadoras todos os cuidados serão tomados para evitar esta quebra de sigilo. Os riscos materiais e imateriais para os participantes pacientes esperados também são mínimos, são previstos que possam ocorrer desconfortos relacionados ou cansaço em decorrência da entrevista a ser gravada ou ainda emocionais, devido a abordagem da temática cuidados paliativos. No entanto, diante de tais possibilidades, as pesquisadoras estarão disponíveis para esclarecer quaisquer dúvidas, escuta atenta ou prestação de atendimento, ou ainda, solicitação de atendimento da equipe de saúde do CEPON, como o atendimento psicológico para alterações emocionais.

Benefícios:

O benefício desta pesquisa configura a descrição da visita multiprofissionais a beira do leito em cuidados paliativos realizada, documentar esta prática, divulgá-la de forma a servir de exemplo para outros cenários de atenção. Além disto, permitirá ouvir os pacientes, de forma que, seus relatos possam contribuir para a equipe conhecer a percepção do paciente cuidado sobre o serviço prestado, bem como reavaliar a própria prática, se necessário.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propenq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.823.231

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente de um TCC do Curso de Enfermagem da UFSC a ser desenvolvido no CEPON/Florianópolis. O estudo de caso descritivo, sustentado pelo método Robert Yin, a ser desenvolvido na unidade de internação de cuidados paliativos do Centro de Pesquisas Oncológicas. Os participantes do estudo serão os profissionais da equipe multiprofissional que realizam e implementaram a referida visita e pacientes hospitalizados na referida unidade pelo período de sete dias ou mais. Serão excluídos pacientes que não se comunicam

verbalmente, em delírio ou com outras incapacidades clínicas que inviabilizem a realização da entrevista. A coleta de dados abrangerá a triangulação dos dados, incluindo observação não participante e entrevista semiestruturada, esta aplicada com os profissionais e pacientes. As entrevistas serão gravadas e transcritas e as comunicações submetidas à

análise do discurso do sujeito coletivo. A apresentação do caso abrangerá a descrição da equipe e seus papéis; a implementação e desenvolvimento da visita multiprofissional a beira do leito em cuidados paliativos e a percepção dos pacientes e profissionais perante a visita multiprofissional em cuidados paliativos. O estudo será desenvolvido de acordo com os preceitos éticos para pesquisa com seres humanos. Como contribuição entende-se o registro e divulgação de uma prática em saúde, que poderá contribuir para implementação em outras unidades de saúde. O tema tem relevância científica para a área, a documentação está completa e os TCLEs cumprem todas as exigências da Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares. Assim, recomendamos a sua aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos obrigatórios:

- 1) PB - INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO;
- 2) Folha de rosto (assinada pela Sub-Coordenadora do Curso de Enfermagem);
- 3) Termo de confidencialidade;
- 4) Supervisão acompanhamento - CEPON;
- 5) Ciência e Anuência - CEPON;
- 6) TCLE - profissionais;
- 7) TCLE - pacientes;
- 8) Projeto de pesquisa.

Os TCLEs atendem na íntegra a Resolução CNS nº 466/12.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.823.201

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram detectadas pendências ou inadequações neste projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1493035.pdf	20/12/2019 09:43:00		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	20/12/2019 09:42:08	Ludana Martins da Rosa	Aceito
Outros	Termodeconfidencialidade.pdf	19/12/2019 20:57:06	Ludana Martins da Rosa	Aceito
Outros	Supervisaocompanhamentocepon.pdf	19/12/2019 20:56:35	Ludana Martins da Rosa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Cienciaeanuencia.pdf	19/12/2019 20:54:22	Ludana Martins da Rosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Teleprofissionais.pdf	19/12/2019 20:40:47	Ludana Martins da Rosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Telepacientes.pdf	19/12/2019 20:40:25	Ludana Martins da Rosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFinal.pdf	19/12/2019 20:40:07	Luciana Martins da Rosa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



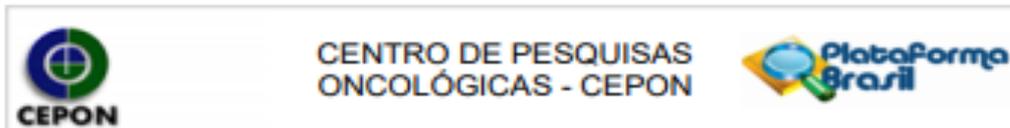
Continuação do Parecer: 3.603.001

FLORIANOPOLIS, 04 de Fevereiro de 2020

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

APÊNDICE 3 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS DO CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Visita multiprofissional em cuidados paliativos: estudo de caso no Centro de Pesquisas Oncológicas

Pesquisador: Luciana Martins da Rosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27718919.8.3001.5355

Instituição Proponente: Centro de Pesquisas Oncológicas - CEPON

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.901.962

Apresentação do Projeto:

Centro de Pesquisas Oncológicas presta serviço público de referência no tratamento oncológico em Santa Catarina e Centro de Referência da Organização Mundial de Saúde para Medicina Paliativa no Brasil. Nesta instituição, na unidade de internação em cuidados paliativos, ocorrem visitas à beira dos leitos, realizadas pela equipe multiprofissional em saúde, para anamnese clínica e discussão dos casos para melhor planejamento dos cuidados paliativos.

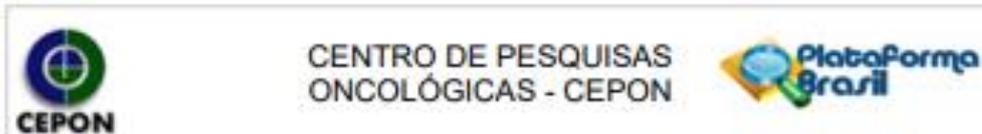
HIPÓTESE DO ESTUDO

A visita multiprofissional do CEPON é uma prática sustentada pelos princípios dos cuidados paliativos, tendo sido instituída com base da formação advinda do Canadá. É desenvolvida de forma multiprofissional permitindo a troca de saberes dos diversos profissionais, garantindo a melhor avaliação e planejamento das ações em saúde para a prática dos cuidados paliativos. Os papéis dos integrantes da equipe se articulam em ações complementares para melhor atenção em cuidados paliativos. Os pacientes e familiares se sentem acolhidos e seguros.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga, 655 - SC 404
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.034-000
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3331-1502 **Fax:** (48)3331-1502 **E-mail:** csp@cepon.org.br



Continuação do Parecer: 3.901.992

Descrever a visita multiprofissional à beira do leito realizada na unidade de cuidados paliativos do CEPON.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Conhecer como foi implementada e como é organizada a visita multidisciplinar;
- b) Conhecer o papel dos integrantes da equipe multiprofissional;
- c) Conhecer a percepção da equipe e dos pacientes sobre a visita multidisciplinar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios:

O benefício desta pesquisa configura a descrição da visita multiprofissionais a beira do leito em cuidados paliativos realizada, documentar esta prática, divulgá-la de forma a servir de exemplo para outros cenários de atenção. Além disto, permitirá ouvir os pacientes, de forma que, seus relatos possam contribuir para a equipe conhecer a percepção do paciente cuidado sobre o serviço prestado, bem como reavaliar a própria prática, se necessário.

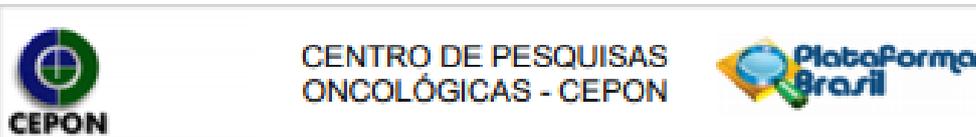
Riscos:

Os riscos materiais e imateriais esperados para este estudo são mínimos, são previstos que possam ocorrer desconfortos relacionados ou cansaço em decorrência da entrevista a ser gravada ou ainda emocionais, devido a abordagem da temática cuidados paliativos. No entanto, diante de tais possibilidades, as pesquisadoras estarão disponíveis para esclarecer quaisquer dúvidas, escuta atenta ou prestação de atendimento, ou ainda, solicitação de atendimento da equipe de saúde do CEPON.

Outro risco configura a quebra do sigilo, considerando a natureza da investigação, na qual os participantes profissionais, além das pesquisadoras poderão fazer a quebra de sigilo. Quanto à quebra de sigilo será solicitado e registro no TCLE que os participantes do estudo se comprometem a manter o sigilo das informações e anonimato das inclusões no estudo, como se comprometem as pesquisadoras.

Quebra de sigilo não intencional pode ocorrer, como previsto na Resolução 466/2012, mas por

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga, 655 - SC 404
 Bairro: Itacorubi CEP: 88.034-000
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3331-1502 Fax: (48)3331-1502 E-mail: cep@cepon.org.br



Continuação do Parecer: 3.921.962

parte das pesquisadoras todos os cuidados serão tomados para evitar esta quebra de sigilo. Os riscos materiais e imateriais para os participantes pacientes esperados também são mínimos, são previstos que possam ocorrer desconfortos relacionados ou cansaço em decorrência da entrevista a ser gravada ou ainda emocionais, devido a abordagem da temática cuidados paliativos. No entanto, diante de tais possibilidades, as pesquisadoras estarão disponíveis para esclarecer quaisquer dúvidas, escuta atenta ou prestação de atendimento, ou ainda, solicitação de atendimento da equipe de saúde do CEPON, como o atendimento psicológico para alterações emocionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de caso descritivo, sustentado pelo método Robert Yin, a ser desenvolvido na unidade de internação de cuidados paliativos do Centro de Pesquisas Oncológicas. Os participantes do estudo serão os profissionais da equipe multiprofissional que realizam e implementaram a referida visita e pacientes hospitalizados na referida unidade pelo período de sete dias ou mais. Serão excluídos pacientes que não se comunicam verbalmente, em delírio ou com outras incapacidades clínicas que inviabilizem a realização da entrevista. A coleta de dados abrangerá a triangulação dos dados, incluindo observação não participante e entrevista semiestruturada, esta aplicada com os profissionais e pacientes. As entrevistas serão gravadas e transcritas e as comunicações submetidas à análise do discurso do sujeito coletivo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram apresentados conforme Resolução 466/12, foram apresentados dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE): TCLE Profissionais, TCLE Pacientes.

Foi apresentado o Cronograma das atividades do projeto.

Recomendações:

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido deverão ter as páginas numeradas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

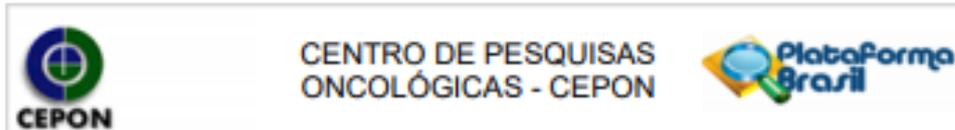
Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Qualquer alteração ao projeto original deverá ser imediatamente encaminhada ao CEP, para análise e aprovação. Relatórios semestrais deverão ser encaminhados ao CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga, 855 - SC 404
 Bairro: Itacorubi CEP: 88.034-000
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3331-1502 Fax: (48)3331-1502 E-mail: cep@cepon.org.br



Continuação do Parecer: 3.951.952

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Termodeconfidencialidade.pdf	19/12/2019 20:57:06	Luciana Martins da Rosa	Aceito
Outros	Supervisaoacompanhamentocepon.pdf	19/12/2019 20:56:35	Luciana Martins da Rosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcleprofissionais.pdf	19/12/2019 20:40:47	Luciana Martins da Rosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tclepacientes.pdf	19/12/2019 20:40:25	Luciana Martins da Rosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetofinal.pdf	19/12/2019 20:40:07	Luciana Martins da Rosa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 06 de Março de 2020

Assinado por:
Maria Luiza Vieira e Vieira
 (Coordenador(a))

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga, 655 - SC 404
 Bairro: Itacorubi CEP: 88.034-000
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3331-1502 Fax: (48)3331-1502 E-mail: cep@cepon.org.br

**APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
PROFISSIONAIS**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título da pesquisa: VISITA MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS:
ESTUDO DE CASO NO CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS

Pesquisa realizada por: Acadêmica de Enfermagem Beatriz de Pádua Lorençoni
Profª Dra. Luciana Martins da Rosa

O (a) Sr (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

A autorização de sua participação no desenvolvimento do estudo é realizada a partir da assinatura deste documento. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver dúvidas mesmo após a assinatura, você poderá esclarecer com o pesquisador, a qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

O presente estudo é um trabalho de conclusão de curso desenvolvido como requisito parcial para obtenção do grau de enfermeiro, do curso de Graduação em Enfermagem da

Universidade Federal de Santa Catarina, tendo como objetivo descrever visita multiprofissional a beira do leito realizada na unidade de Cuidados Paliativos do CEPON e descrever como foi instituída a visita multiprofissional na unidade de Cuidados Paliativos do CEPON.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a participar de uma entrevista que será gravada em meio digital, respondendo perguntas a cerca de como é realizada a visita multiprofissional em Cuidados Paliativos no CEPON e como esta prática foi inserida na instituição. Para participar, você não precisará se deslocar, pois a mesma acontecerá na própria instituição em que você trabalha, em data e horário previamente acordados com você.

Desconfortos e riscos:

Esta pesquisa não acarreta riscos aos participantes, entretanto, você poderá sentir algum desconforto relacionado ou cansaço em decorrência da entrevista ser gravada. No entanto, diante de tais possibilidades os pesquisadores estarão disponíveis para esclarecer quaisquer dúvidas, bem como escutá-los. Caso o seu desconforto persista você poderá desistir a qualquer momento de participar do estudo, bastando para isso contatar a pesquisadora.

Benefícios:

Sendo importante sua participação, visto que a partir das informações fornecidas através da entrevista, será possível compreender como são realizadas as visitas multiprofissionais em Cuidados Paliativos no CEPON. Assim, participando desse estudo, você estará colaborando para o aprimoramento e conhecimento em relação às características deste tipo de atendimento na especialidade de cuidados paliativos. Nesse sentido, você contribuirá para que possa ocorrer o compartilhamento desses conhecimentos para que outros profissionais possam usufruir.

Acompanhamento e assistência:

Caso julgue necessário, você terá acompanhamento da pesquisadora responsável após o encerramento ou interrupção da pesquisa. Caso sejam detectadas situações que indiquem a

necessidade de uma intervenção, a pesquisadora compromete-se a fazer os encaminhamentos que forem necessários.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado; será utilizada codificação na citação das falas. Por ser uma pesquisa envolvendo seres humanos garantimos a confidencialidade das informações. Garanto que seu nome ou de qualquer outro dado que o identifique não será divulgado. As informações fornecidas somente serão utilizadas em publicações de artigos científicos ou outros trabalhos em eventos científicos, mas sem que seu nome ou qualquer outra informação que o identifique seja revelado.

Ressarcimento:

Será garantido por parte dos pesquisadores indenização no caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa devidamente comprovados. Como o estudo será realizado de acordo com seus horários e em seu local de trabalho, não haverá necessidade de ressarcimento para custear despesas, porém, será garantido ressarcimento no caso de eventuais gastos decorrentes da pesquisa, dos quais não foram previstos pelos pesquisadores.

Você poderá obter todas as informações que quiser com os pesquisadores e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Além disso, após o término da pesquisa você receberá informações sobre os resultados do estudo.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Beatriz de Pádua Lorençoni no Centro de Ciências da Saúde, Campus Universitário, Trindade, Florianópolis/SC; telefone (48) 99176-1516; e-mail: beatrizlorenconi@outlook.com. Outra possibilidade é contactar a pesquisadora responsável ProfDraLuciana Martins da Rosa, na Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário, Centro de Ciências da Saúde,

Departamento de Enfermagem. Florianópolis/SC; CEP 88040-400; e-mail: luciana.m.rosa@ufsc.br.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEPSH/UFSC) da Universidade Federal de Santa Catarina: Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), Rua: Desembargador Vitor Lima, número 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC; CEP 88040-400; telefone (48) 3721-6094; e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: _____

Data: ____/____/____.

(Assinatura do participante)

Responsabilidade do pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Data: ____/____/____.

(Assinatura do pesquisador)

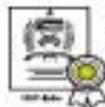


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
 Tel. (048) 3721.9480 – 3721.4998

DISCIPLINA: INT 5182 - TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

A Acadêmica de Enfermagem **Beatriz de Pádua Lorençon**i durante três semestres atuou no desenvolvimento deste Trabalho de Conclusão de Curso; sua atuação esteve em todos os momentos repleta de dedicação, esmero, preocupação com os princípios científicos para o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, e ainda; com a qualidade da investigação e análise dos dados, objetivando garantir resultados contribuidores à prática e à produção de conhecimento. Durante a defesa de sua monografia mostrou domínio na apresentação dos resultados. A avaliação dos membros da Banca Examinadora culminou em elogios à produção, resultados apresentados, qualidade textual e metodológica e na nota dez (10,0). Além disto, como orientadora, elogio a Beatriz pela convivência respeitosa comigo e com a coorientadora, pelos princípios éticos aplicado na coleta de dados com os participantes da investigação e com os profissionais do cenário do estudo. Neste sentido, reafirmo a nota dez (10,0) à aluna.

Florianópolis, 16 de fevereiro 2021.



Documento assinado digitalmente
 Luciana Martins da Rosa
 Data: 26/02/2021 09:14:15 -0200
 CPF: 003.082.870-24

Luciana Martins da Rosa