

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE  
FORMAÇÃO DOCENTE E MULTIDISCIPLINAR PARA O SUS**

**NILCEIA PEIXOTO SOARES CÚTALO**

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO FERRAMENTA NO MANEJO  
DOS CUIDADOS PALIATIVOS PARA A ENFERMAGEM  
ONCO-HEMATOLÓGICA**

**NITERÓI, RJ  
2023**

NILCEIA PEIXOTO SOARES CÚTALO

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO FERRAMENTA NO MANEJO  
DOS CUIDADOS PALIATIVOS PARA A ENFERMAGEM  
ONCO-HEMATOLÓGICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde: Formação Docente Interdisciplinar para o SUS, da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense/UFF, como requisito para obtenção do título de mestre. Linha de pesquisa: Educação Permanente no SUS.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra<sup>a</sup>. Magda de Souza Chagas.

**NITERÓI, RJ  
2023**

NILCEIA PEIXOTO SOARES CÚTALO

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO FERRAMENTA NO  
MANEJO DOS CUIDADOS PALIATIVOS PARA A ENFERMAGEM  
ONCO-HEMATOLÓGICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde: Formação Docente Interdisciplinar para o SUS, da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense/UFF, como requisito para obtenção do título de mestre. Linha de pesquisa: Educação Permanente no SUS.

Aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Magda de Souza Chagas - UFF - Presidenta.

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Alessandra Sant'Anna Nunes - UERJ - 1<sup>a</sup> Examinadora.

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Lúcia Abrahão - UFF - 2<sup>a</sup> Examinadora.

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Paula Cerqueira Gomes – UFRJ - Suplente.

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lúcia Cardoso Mourão – UFF - Suplente.

**NITERÓI, RJ  
2023**

Dedico este trabalho a Deus, a quem a glória pertence.  
Ao meu esposo Marcelo, aos meus filhos Deisyane e Douglas, aos meus familiares, aos meus amigos de perto e de longe e à equipe de enfermagem de todo setor de saúde.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, a Deus, por tudo que fez e ainda vai fazer por mim, permitindo o sonhar e o realizar na minha vida.

Aos meus pais (in memoriam), por terem me criado com senso de justiça e garra. Aos meus amigos, que colaboraram comigo nessa árdua caminhada.

Aos meus familiares, pela compreensão e amor que dedicaram a mim durante esse tempo em que caminhamos juntos em direção a esse sonho.

À Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, coordenadores e mestres do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde: Formação Docente e Multidisciplinar para o SUS, pela dedicação e exemplo de amor à educação.

À orientadora Magda Chagas e participantes do núcleo de pesquisas NUPGES.

Por fim, aos meus queridos companheiros de trabalho.

"Vá por aí e veja o que está sendo feito e depois veja como suas próprias circunstâncias podem produzir outra versão; há necessidade de diversidade neste campo." (Dame Cicely Saunders, Fundador do St. Christopher 's Hospice).

## RESUMO

O aumento da expectativa de vida da população revelou a necessidade de incluir os cuidados paliativos na assistência integral à saúde, sobretudo, nos programas de idosos e naqueles voltados a doenças crônicas degenerativas como as demências, a doença de Parkinson, a insuficiência cardíaca, renal e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), além de doenças oncológicas. O crescente aumento da demanda coloca a necessidade de qualificação dos profissionais da saúde sobre cuidados paliativos e a Educação Permanente em Saúde (EPS) surge como uma ferramenta de aprendizagem significativa e constante. Sabendo que os cuidados paliativos são abordagens que visam ao atendimento e ao diagnóstico precoce, bem como à diminuição da dor e do sofrimento para a melhoria da qualidade de vida de pessoas acometidas por doenças crônicas e seus familiares. Este trabalho de pesquisa tem como objetivo geral identificar o conhecimento existente nos cuidados paliativos das profissionais de Enfermagem do setor onco-hematológico de um hospital localizado no estado do Rio de Janeiro. Para que tal objetivo pudesse ser alcançado, realizou-se rodas de conversa. A realização dessas atividades teve o intuito de identificar o conhecimento da equipe local quanto aos cuidados ofertados, buscar uma forma de aprendizagem significativa com vistas à transformação da prática cotidiana da equipe de enfermagem onco-hematológica e selecionar áreas temáticas por meio do material recolhido nas dinâmicas propostas. Resultados: Foram realizadas rodas de conversa, com a participação de 5 (cinco) equipes e 13 (treze) trabalhadoras (es). Todas (os) da equipe de enfermagem, diante do critério de inclusão adotado. A análise aponta que as rodas de conversa foram motriz e produziram intervenção nas (os) participantes, diante da escuta intensiva e interessada, além de instigar a construção de espaços coletivos de problematização na realização das “práticas e potencializar a produção de um novo pensar/fazer” no cotidiano.

**Descritores:** Cuidados paliativos; Educação continuada; Enfermagem; Oncologia; Onco-hematologia.

## ABSTRACT

The increase in the life expectancy of the population revealed the need to include palliative care in comprehensive health care, especially in programs for the elderly and those aimed at chronic degenerative diseases such as dementia, Parkinson's disease, heart and kidney failure and chronic obstructive pulmonary disease (COPD), as well as oncological diseases. The increasing demand places the need for qualification of health professionals on palliative care and Permanent Health Education (PHE) emerges as significant and constant learning tool. Knowing that palliative care are approaches aimed at early diagnosis and care, as well as reducing pain and suffering to improve the quality of life of people affected by chronic diseases and their families. This research has the general objective of identify in the existing knowledge in palliative care of Nursing professionals in the onco-hematological sector of a hospital located in the state of Rio de Janeiro. So that this objective could be achieved, conversation circles were held. These activities were carried out with the intention of identifying the knowledge of the local team regarding the care offered, seeking a meaningful form of learning with a view to transforming the daily practice of the onco-hematological nursing team and selecting thematic areas through the material collected in the dynamics proposals. Results: Conversation circles were held, with the participation of 5 (five) teams and 13 (thirteen) workers. All of the Nursing team, in view of the adopted inclusion criteria. The analysis points out that the conversation circles were the driving force and produced intervention in the participants, in view of the intensive and interested listening, in addition to instigating the construction of collective spaces for problematization in carrying out the “practices and enhancing the production of a new way of thinking/doing” in everyday life.

Descriptors: Palliative Care; Continuing Education; Nursing; Oncology; Onco-hematology.

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Recortes da transcrição da roda de conversa com a equipe de serviço noturno (SN) – equipe 1, período: segundo semestre de 2022..... 32
- Quadro 2** - Recortes da transcrição da roda de conversa com a equipe de serviço noturno (SN) – equipe 2, período: segundo semestre de 2022..... 36
- Quadro 3** - Recortes da transcrição da roda de conversa com a equipe de serviço diurno (SD) – Equipe 3, período: segundo semestre de 2022..... 37
- Quadro 4** - Recortes da transcrição da roda de conversa com a equipe de serviço noturno (SN) – Equipe 4, período: segundo semestre de 2022..... 38
- Quadro 5** - Recortes da transcrição da roda de conversa com a equipe de serviço diurno (SD) – Equipe 5, período: segundo semestre de 2022 ..... 40

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

COVID-19 - Doença do Coronavírus 2019

CP - Cuidados Paliativos

CTI - Centro de Tratamento Intensivo

DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DOU - Diário Oficial da União

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EAAC - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa

EPS - Educação Permanente em Saúde

GM - Gabinete do Ministro da Saúde

HIV - Vírus Da Imunodeficiência Humana

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

MPES - Mestrado Profissional em Ensino na Saúde: Formação Docente e Multidisciplinar para o SUS

MS - Ministério Da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFF - Universidade Federal Fluminense

WHPCA - World Hospice Palliative Care Alliance

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b>	13
	1.1 O LUGAR DE FALA DA AUTORA	13
	1.2 PROBLEMA DE ESTUDO	14
	1.3 JUSTIFICATIVA	16
	1.4 QUESTÕES NORTEADORAS	16
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	17
	2.1 OBJETIVO GERAL	17
	2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	17
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	21
	4.1 CENÁRIO DA PESQUISA	22
	4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA	22
	<b>4.2.1 Critérios de inclusão</b>	23
	<b>4.2.2 Critérios de exclusão</b>	23
	4.3 LIMITAÇÃO DO ESTUDO	23
	4.4 RISCOS NA PARTICIPAÇÃO	23
	4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	24
<b>5</b>	<b>DESENVOLVIMENTO DO CAMPO</b>	25
	5.1 PILOTO DA PESQUISA E ENTRADA NO CAMPO	25
	5.2 MUDANÇAS NO QUESTIONÁRIO	26

	5.3 REALIZAÇÃO DAS RODAS DE CONVERSA	27
	5.4 PESQUISA DE CAMPO NO SETOR DE INTERNAÇÃO	29
6	<b>TIPO DE ANÁLISE A SER REALIZADA NO MATERIAL</b>	29
7	<b>RESULTADOS</b>	30
	7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	31
	7.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	32
	7.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
	<b>7.3.1 As três grandes dimensões da pesquisa</b>	42
	7.3.1.1 Recortes da transcrição da entrevista coletiva (segundo semestre de 2022)	42
	7.3.1.2 Recortes da transcrição da entrevista coletiva (segundo semestre de 2022)	43
	7.3.1.3 Recortes da transcrição da entrevista coletiva (segundo semestre de 2022)	44
	7.3.1.4 Recortes da transcrição da entrevista coletiva (segundo semestre de 2022)	46
	7.3.1.5 Recortes da transcrição da entrevista coletiva (segundo semestre de 2022)	48
	<b>7.3.2 Outras considerações</b>	50
8	<b>PRODUTO</b>	56
9	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	61
10	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	63
	<b>ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP)</b>	67

<b>ANEXO II - NOTA PRÉVIA</b>	70
<b>ANEXO III - RESUMO DO 15º CONGRESSO INTERNACIONAL REDE UNIDA</b>	75
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	78
<b>APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO</b>	81
<b>APÊNDICE C - SE VOCÊ PODE PENSAR, VOCÊ PODE POETIZAR!</b>	82

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

### 1.1 O LUGAR DE FALA DA AUTORA

Formada em Enfermagem há mais de 2 (duas) décadas, integro a equipe multiprofissional de saúde em uma unidade hospitalar na luta diária com a intenção de prestar assistência segura, livre de danos e de trazer dignidade para os pacientes e seus familiares. Para isso, há que se buscar conhecimento. Entre algumas especializações que fiz no decorrer da minha trajetória profissional, faço uso do conhecimento adquirido na pós-graduação de Cuidados Intensivos para Enfermagem com ênfase em adulto/idoso, cursada na Universidade Federal Fluminense (UFF), na Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC).

Além disso, trago comigo o conhecimento que fez diferença para minha atuação no Centro de Tratamento Intensivo (CTI), no hospital de campanha montado para prestar atendimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) acometidos, na pandemia, pelo novo coronavírus surgido na China (COVID 19). Com o número expressivo de contaminados, que lotou os hospitais convencionais, fez-se necessária a abertura de leitos naquele momento. No entanto, após a chegada da vacina à população brasileira, com a diminuição dos casos, já que a imunização estava em curso, contamos com a redução da mortalidade provocada pela doença e a volta da esperança de uma normalidade na saúde.

Apesar do sofrimento que nos trouxe a pandemia de Covid-19, no ano de 2020, auge da estatística de mortes no Brasil e em que a maioria dos trabalhadores permaneceram em suas casas, a atuação dos profissionais da enfermagem foi emblemática, haja vista os inúmeros desafios que encontraram tanto na vida pessoal quanto na assistência à saúde e demandas profissionais. Salientando ainda os cuidados paliativos e psicológicos, necessários para doenças graves com alto índice de mortalidade e sofrimento, assim como são as doenças crônicas e o câncer.

Minha história na Oncologia começou bem devagar. Fui envolvida aos poucos pela área. Esse processo teve início quando passei a trabalhar em uma enfermaria mista para tratamento clínico de doenças crônicas variadas, inclusive, oncológicas. Em certo momento, fui confrontada com uma transferência para o setor específico de hematologia e onco-hematologia, nesse lugar foi onde tudo realmente começou e, hoje, depois de mais de uma década realizando tal trabalho, posso dizer que já fui atravessada muitas vezes, por muitos sentimentos, dentre eles o desejo de me aprofundar mais e mais no conhecimento para o cuidado de Enfermagem ao paciente onco-hematológico hospitalizado. Por isso, aliás, foi que

cursei as pós-graduações em oncologia e em cuidados paliativos. Percebi, principalmente com a última, a necessidade de aumentar os esforços para a disseminação e a implementação dos cuidados paliativos no meio em que estou inserida.

Assim, trago, em minha trajetória profissional e de estudo, muito do que sou e do que desejei neste Mestrado Profissional em Ensino na Saúde: Formação Docente e Interdisciplinar para o SUS (MPES), seguindo a linha de pesquisa de Educação Permanente em Saúde (EPS). Ou seja, o desejo de trocar conhecimentos, aprender a aprender e desenvolver estratégias educativas no meu dia a dia de trabalho, almejando sempre a melhoria pessoal, profissional e coletiva.

Sendo a enfermagem uma categoria em que seus sujeitos passeiam por diferentes áreas de atuação na saúde, acrescento, no contexto desta pesquisa, as poesias que emergiram dos meus pensamentos já modificados, mesmo que singular ou no coletivo, atravessado e absorvido no período em que me dediquei a realizar e concluir a pesquisa. Assim como as flores, chegou o tempo de exalar o seu perfume. (APÊNDICE C).

## 1.2 PROBLEMA DE ESTUDO

Desde o momento em que os Cuidados Paliativos (CP) surgiram na década de 60, foram e são inúmeras as mudanças, como: para quem ofertar, o tipo de oferta e se é necessário ou não local específico para a realização e o crescimento de pesquisas na área que subsidiam e ampliam a gama de conhecimento. Um dos pontos que surgiu simultaneamente com a criação dos cuidados paliativos foi a necessidade de abordagem multiprofissional com vistas à qualidade de vida das pessoas acometidas por doenças crônicas e seus familiares.

Ainda que tenham mais de 50 anos, desde que foram concebidos como possibilidade, os cuidados paliativos ainda estão pouco presentes na prática hospitalar ou mesmo pouco difundidos em outros níveis de assistência, como na atenção básica ou nos domicílios (OMS, 2020).

O aumento da expectativa de vida da população e, conseqüentemente, o maior número de pessoas vivendo com doenças crônicas tornou necessária a inclusão dos cuidados paliativos nos programas voltados àqueles que vivem com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), incluindo aqui as doenças oncológicas e as doenças crônicas degenerativas como as demências, a doença de Parkinson, a insuficiência cardíaca ou renal e a

doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (MS, 2021).

Vale salientar que, em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS), de forma a ampliar o olhar e a oferta dos Cuidados Paliativos para além da pessoa que “está para morrer”, apresentou a seguinte definição:

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (OMS, 2002).

O Ministério da Saúde, em 2018, publicou as diretrizes para os cuidados paliativos no âmbito do SUS, que versam sobre formação de recursos humanos ao afirmar que é necessário “formar e qualificar profissionais aptos a ofertar o cuidado integral ao paciente em atenção hospitalar que necessita da assistência de enfermagem integrada a equipe multiprofissional” (BRASIL, 2018).

Com a pretensão de chamar a atenção para o assunto, a The World Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA), uma organização internacional não governamental que trabalha para o desenvolvimento dos cuidados paliativos no mundo, realiza campanhas anuais, a fim de conscientizar a população. No ano de 2019, inclusive, a ação teve como temática o direito das pessoas que possuem doenças incapacitantes e recebeu o nome de “meu cuidado, meu direito” (WHPCA, 2019).

Ademais, o dia mundial de cuidados paliativos é celebrado no segundo sábado do mês de outubro. Em comemoração a essa data, em 2021, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) realizou uma Webinar, cujo tema foi “não deixe ninguém para trás – equidade no acesso aos cuidados paliativos” (ANCP, 2021).

Ações como as citadas anteriormente ocorrem com o objetivo de sensibilizar tanto a comunidade quanto as autoridades para que haja a criação de políticas públicas que possam ampliar o acesso das pessoas a esses cuidados até 2030, como prevê a agenda da Organização das Nações Unidas (ONU) (BRASIL, 2021).

No entanto, ainda que a pandemia de Covid-19, no ano de 2020, tenha mostrado ao mundo que profissionais da enfermagem superaram enormes desafios, inclusive, referentes a necessidade de oferta de cuidados paliativos aos usuários/pacientes e apesar da falta de treinamento formal (PAREKH de CAMPOS et al, 2022), o momento explicitou deficiências específicas no que tange aos cuidados paliativos primários. Como a dificuldade de lidar com demandas psicológicas de doenças graves.

Assim, configura-se a inquietação da mestranda ao perceber que os cuidados paliativos

ainda são subutilizados. Devido a isso, buscou-se, por intermédio desta pesquisa, responder questões como: quais as limitações da equipe de enfermagem e de que modo tais barreiras interferem na continuidade da assistência hospitalar do paciente onco-hematológico.

### 1.3 JUSTIFICATIVA

As abordagens paliativas atendem ao princípio da integralidade do cuidado, presente na Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018 (DOU/MS, 2018), que trata das diretrizes para os cuidados paliativos no âmbito do SUS e versa sobre sua organização. Os incisos IV, V e VI remetem à inserção de disciplinas que tratam desse tipo de assistência tanto na graduação quanto nos cursos de especialização voltados a profissionais da área da saúde.

Contudo, é preciso ressaltar os problemas ainda existentes na implantação dos cuidados paliativos e a necessidade de aprimoramento desse serviço, uma vez que há um quantitativo elevado de pacientes que carecem desse atendimento. A primeira edição do Atlas Global, da OMS (2014), mostrou que, a cada ano, 40 milhões de pessoas necessitam de cuidados paliativos, mas apenas 14% têm sua necessidade atendida e 10% das instituições ofertam o serviço de forma efetiva.

Assim sendo, a conscientização acerca dos cuidados paliativos nas unidades hospitalares se mostra indispensável, sobretudo, para a enfermagem, haja vista que essa relação de assistência perpassa as ações de saúde e alcança o âmbito afetivo e pessoal. Segundo Ferla (2013, p. 634), o profissional de enfermagem além do conhecimento técnico-científico, dá ênfase às relações interpessoais, tão necessárias para o cuidado de qualidade e, com isso, ele se torna um “agente de mudanças, capaz de interagir e intervir na sociedade, motivado pela transformação pessoal, profissional e social”.

Desse modo, a relevância deste trabalho não só para a enfermagem, mas para a sociedade em geral é justificada pelo fato de ainda existirem barreiras a serem quebradas ou, ao menos, enfraquecidas para que as pessoas que demandam de cuidados os tenham de maneira integral.

### 1.4 QUESTÕES NORTEADORAS

1) Como saber o que sabem ou não os profissionais de enfermagem e o interesse em aprender e utilizar cuidados paliativos no dia a dia da assistência?

2) Como impactar no processo de aprendizagem sobre cuidado paliativo na equipe de enfermagem?

3) De que maneira a Educação Permanente Saúde pode colaborar na troca e/ou aquisição de conhecimento dos cuidados paliativos?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar o conhecimento existente nos cuidados paliativos dos profissionais de enfermagem do setor onco-hematológico de um hospital público federal, localizado no estado do Rio de Janeiro.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Para que a finalidade apresentada anteriormente seja alcançada, pensou-se em objetivos específicos, que consistem em:

1) Buscar formas para uma aprendizagem significativa com vistas à transformação da prática no cotidiano da equipe de enfermagem onco-hematológica.

2) Selecionar áreas temáticas como resultado do material recolhido para elaboração em conjunto do curso de cuidados paliativos.

## **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

Considerado um problema de saúde pública no mundo, o câncer figura, hoje, entre as quatro principais causas de morte em pacientes com idade inferior a 70 anos. O crescimento populacional, bem como o seu envelhecimento demonstra que a incidência e a mortalidade pela doença vêm aumentando ao redor do planeta. Além disso, vale destacar que houve mudanças quanto aos fatores de risco do câncer e que esses se relacionam a condições socioeconômicas e hábitos de vida como o sedentarismo e a alimentação inadequada (INCA, 2020).

As neoplasias resultam de alterações somáticas das células em divisão e ainda não se sabe o motivo dessas alterações malignas. Alguns genes têm como função codificar fatores estimulantes do crescimento celular. Quando essa função do gene é alterada, eles passam a ser chamados de oncogenes. Isso ocorre por serem eles os responsáveis pela proliferação descontrolada e anormal do câncer nas células sanguíneas. Ademais, fatores de risco podem estar envolvidos na malignidade celular como, por exemplo, algumas doenças, medicamentos, infecções virais e bacterianas e exposição à radiação e agentes químicos (HOFFBRAND et al., 2018).

Em se tratando de doenças oncológicas, destacam-se as doenças mielóides e linfóides - enfermidades hematológicas caracterizadas pelas proliferações clonais de células progenitoras hematopoiéticas que apresentam sobrevivência e diferenciação anormais. A princípio essas alterações ocorrem na medula óssea, mas, com o passar do tempo, atingem a circulação periférica, podendo alcançar outros órgãos (ABBAS et al., 2019).

É importante ressaltar ainda a existência de uma estimativa do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), que aponta mais de 24 mil novos casos de doença onco-hematológica em homens e mulheres brasileiras por ano, entre 2023 e 2025 (INCA, 2023). Diante disso, as políticas de saúde apontam cada vez mais para a implantação e difusão do serviço de cuidados paliativos, o que aumenta a demanda por profissionais de saúde especializados e que desenvolvam práticas coerentes com os princípios do SUS no que tange à integralidade da assistência.

Para Kluber-Ross (1969), a importância desse tipo de assistência está no fato de que “a morte em si não é um problema para o paciente, mas o medo de morrer nasce do sentimento de desesperança, de desamparo e isolamento que a acompanha”. Também conforme a autora, muitos pacientes não gostam nem de pronunciar as palavras “morte” e “morrer”, pois trazem dentro de si a esperança de encontrar alguém que realmente tenha um tempo para ouvi-los de verdade, uma vez que essa é uma das poucas oportunidades de se sentirem úteis enquanto ainda estão vivos (apud GOMES, 2016).

O envelhecimento populacional e, conseqüentemente, o maior número de pessoas com doenças crônicas, sem dúvidas, motivou o aumento de casos em oncologia, mas esse não é o único causador disso. O aumento da população idosa evidenciou a questão e trouxe preocupação não só com a oferta, mas também com a qualidade da assistência à saúde tanto desses pacientes quanto dos portadores de doenças oncológicas (OMS, 2021).

O conceito da OMS de 2002, já apresentado, amplia a ação dos cuidados paliativos e afirma que esses devem ter início desde o diagnóstico, podendo ser adaptados a cada

realidade, bem como aos recursos disponíveis e ao perfil epidemiológico dos grupos em que se encaixam. Contudo, segundo o Atlas Global de Cuidados Paliativos, o Brasil ocupa uma posição ruim, pois nela o acesso a esse tipo de atenção não é divulgado e muito menos oferecido como deveria, além de possuir o mínimo de instituições para atender a demanda desse serviço (OMS, 2020).

Em 2004, a OMS apresentou a necessidade de incluir cuidados paliativos na assistência integral à saúde tanto nos programas de idosos quanto naqueles voltados às doenças crônicas degenerativas. Isso é reforçado por Nickel (2016, p. 71), já que, para o autor, o foco deve ser sempre a pessoa.

A definição proposta pela OMS ressalta que os CP visam à melhoria da qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados às doenças que ameaçam a vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento físico, psicossocial e espiritual (DIAS et al., 2021).

O Atlas de Cuidados Paliativos na América Latina apresenta a relação direta entre a clínica da dor e o início dos cuidados paliativos na região, na década de 80. O material apresenta que vários dos programas de cuidados paliativos presentes nos países latinos nos dias de hoje começaram como programas para dor ou lugares para atendimento para pacientes com câncer e depois passaram para os cuidados paliativos, inclusive, para atendimento de pacientes com diagnósticos diferentes de câncer. Na atualidade, ainda que o número não seja grande, o Atlas apresenta que todos os países têm algum nível de cuidados paliativos. Assim como apresenta que o 1º encontro latino-americano de pessoas interessadas em cuidados paliativos na América Latina, ocorreu em 1990. Já a Associação Latino-Americana de Cuidados Paliativos foi criada em 2001 (PASTRANA et al., 2021).

É importante pontuar que, no Brasil, a prática dos cuidados paliativos teve início no final da década de 1990, mas, como já dito, ainda se apresenta de maneira tímida. Por isso, a OMS propõe mudanças e orientações, haja vista que essas iniciativas reavivam o debate da morte como algo natural e também trazem à tona questões relativas à dignidade do ser humano no processo de morte/morrer, bem como ao aumento da qualidade de vida de pacientes com DCNT, câncer e HIV/AIDS. Ademais, elas retomam as discussões sobre novas abordagens de controle da dor e outros sintomas desconfortantes e apoio à família (ANCP, 2021).

Segundo Chagas (2016, p. 20), “no processo de morrer existe a tristeza, mas existe também o colorido da vida em diferentes tons e nuances nos mostrando o valor da vida e da morte!”. Além disso, a autora entende que “a morte é a outra parte, contraparte, cara-metade,

a que cede e/ou precede a vida”. Levando em conta esse pressuposto, entende-se que falar sobre a morte, construir e ofertar cuidado para a pessoa e para a família que vivenciam a morte é e pode ser visto como valorização da vida.

No que concerne aos sintomas desconfortantes e de sofrimento no contexto dos cuidados paliativos, um deles está relacionado ao campo da espiritualidade (OMS, 2002). Para o MS (2020), problemas físicos, psicossociais e espirituais necessitam de cuidados específicos e adequados. Por isso, a importância do ensino no ambiente do trabalho, reconhecendo que a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia político-pedagógica de ensino que procura resolver os problemas e as necessidades que surgem no processo de trabalho em saúde, e integra o ensino, a gestão do sistema, a atenção à saúde e a participação do controle social. Seu objetivo é qualificar e aperfeiçoar o processo de trabalho em vários níveis do sistema, visando a melhoria do acesso, a qualidade e a humanização na prestação de serviços, a fim de fortalecer os processos de gestão do SUS no âmbito federal, estadual, municipal e local (MS, 2018).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) teve início com a publicação da portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 e, posteriormente, foi editada, dando origem à portaria GM/MS 1.996/07, que dispõe sobre as diretrizes da PNEPS.

Alguns estudos evidenciam os avanços e as dificuldades enfrentadas no processo de implementação da EPS como, por exemplo, a pouca articulação entre gestores, trabalhadores, controle social e instituições de ensino. Com a intenção de melhoria desse modelo de educação continuada, foi lançado o Programa para o Fortalecimento das Práticas de EPS no SUS (PROEPS-SUS/Portaria GM/MS 3.194, de 28 de novembro de 2017), cujo objetivo é:

Art. 2º [...] estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho (MS, 2018).

Em síntese, a EPS consiste em um conjunto de estratégias voltadas para o desenvolvimento de ações relacionadas à formação profissional, à qualificação dos trabalhadores e à educação do controle social. Tais ações são definidas como um quadrilátero cuja finalidade é transformar práticas de saúde e de formação para a devida implantação do SUS (CECCIM, 2009).

É muito interessante o quanto a EPS bebeu do conhecimento de Paulo Freire, como se pode observar na *Pedagogia Libertadora e Problematizadora* (2006), como uma forma de leitura do mundo. Essa forma de ler o mundo possibilitou um olhar para o ambiente de trabalho e a partir daí associações e até mesmo a construção do campo da Educação

Permanente, uma vez que fortalece e instrumentaliza os profissionais para transformação deste mundo por ação consciente no dia a dia de ocorrência dos encontros e desencontros da vida.

Sendo o diálogo uma ação humana e libertadora, problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos e propondo soluções. Sendo assim, a EPS torna-se potente ferramenta de educação e ensino em que está envolvida a aprendizagem significativa, que nada mais é que a aprendizagem que faz sentido para pessoa no processo do trabalho, além de se relacionar com os problemas enfrentados, considerando o conhecimento prévio e a experiência das pessoas envolvidas (BRASIL, 2005, p. 8).

(...) o homem está em permanente construção e em suas relações no cotidiano sempre produzem conhecimentos/sabedoria que interferem em suas possibilidades de conduzir a vida. O saber científico é somente uma parte desse universo de saberes possíveis e válidos (FEUERWERK, 2011, p. 92).

#### **4 METODOLOGIA**

Minayo, no livro *Desafio do Conhecimento* (2014, p. 308), faz menção ao fato de que “métodos e instrumentos são caminhos e mediadores para permitir ao pesquisador o aprofundamento de sua pergunta central e de suas perguntas sucessivas, levantadas a partir do encontro com seu objeto empírico ou documental”. Ainda segundo a mesma autora, a pesquisa qualitativa “trabalha como universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2010, p. 22).

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de abordagem descritiva, em que foi realizada entrevista coletiva utilizada como instrumento para coleta de dados por meio de questionário semiestruturado e dinâmicas de entrosamento para melhor resultado e aproveitamento dos produtos da entrevista coletiva, voltando a importância para o diálogo em que a roda de conversa torna-se um espaço livre, mais flexível e de confiança entre o pesquisador e o pesquisado e daí surge a interação entre os participantes da pesquisa (DIAS, 2018).

Segundo Sampaio et al. (2014), as rodas de conversa incluem-se na metodologia ativa e podem ser utilizadas como instrumentos para a potencialização das discussões, auxiliando a formação de opinião crítica ou a autoafirmação devido a estimular o diálogo, o encontro e os desencontros, bem como o aprendizado no ambiente de trabalho.

Os profissionais de enfermagem ao expressarem suas experiências e saberes tornam-se

os protagonistas da pesquisa, o aprendizado circula dando ênfase à mistura entre os envolvidos na pesquisa e assim o recolhimento do entendimento do grupo torna-se algo natural que se traduz em aprendizagem significativa, aquela que tem significado para o trabalhador e, por isso, tende a favorecer o ensinar e o aprender.

Sendo o diálogo uma ação humana e libertadora, problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos e propondo soluções (BRASIL, 2005, p. 8). Dessa forma, a EPS trouxe o conhecimento de Paulo Freire, como é possível observar na Pedagogia Libertadora e Problematizadora (2006).

#### 4.1 CENÁRIO DA PESQUISA

Este trabalho de investigação foi realizado em um hospital no estado do Rio de Janeiro. A unidade de saúde em questão está integrada ao SUS e é referência na prestação de assistência médico-hospitalar de média e alta complexidade, na Região Metropolitana II. O seu modelo assistencial e as suas diretrizes são voltados ao perfil de atendimento às necessidades e saúde da população, bem como à formação, ao ensino e à pesquisa. Além disso, destaca-se no tratamento oncológico.

Para atender à demanda, possui uma enfermaria de hematologia onde são inseridos os pacientes onco-hematológicos para o tratamento. Essa área divide-se em 3 (três) setores: 1) pacientes do gênero masculino (quatro leitos); 2) pacientes do gênero feminino (quatro leitos) - podendo ser alterado conforme a necessidade e 3) um isolamento para pacientes em situação crítica (dois leitos), totalizando 10 (dez) leitos. No entanto, 8 (oito) desses leitos são utilizados de acordo com o quantitativo da equipe de saúde multidisciplinar para manutenção da qualidade do serviço (PDE, 2020).

#### 4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram os 18 (dezoito) profissionais da equipe de enfermagem do setor de internação e pré-internação. Ou seja, 13 (treze) técnicos de enfermagem e 5 (cinco) enfermeiras que atuam em plantões diurnos e noturnos. Esse quantitativo corresponde à soma de profissionais que aceitaram participar da experiência “piloto” e mais aqueles que participaram da coleta de dados nas rodas de conversa.

Especificamente, se for contabilizar a participação nas rodas de conversa, o total corresponde a 13 (treze) profissionais.

A escolha de realizar a pesquisa com a equipe de enfermagem se justifica porque essa categoria é a que tem o número mais expressivo de profissionais do setor. Ademais, eles é que permanecem a maior parte do tempo à beira dos leitos dos pacientes, recolhem sentimentos, queixas e percebem as mudanças de humor. Portanto, são parte fundamental da equipe multiprofissional que atua na enfermagem de onco-hematologia. Assim, ainda que se reconheça a necessidade da articulação multiprofissional nas equipes de cuidado paliativo, para esse momento, foi escolhido esse recorte profissional. A ideia é, futuramente, agregar as demais profissões presentes na construção de cuidados no setor, haja vista que a prática dos cuidados paliativos requer o exercício multiprofissional.

#### **4.2.1 Critérios de inclusão**

Foram incluídos na pesquisa os profissionais de enfermagem de nível médio e superior que atuam nos plantões diurnos e noturnos e que tinham mais de seis meses de experiência no setor de onco-hematologia.

#### **4.2.2 Critérios de exclusão**

Foram excluídos desta pesquisa os profissionais de enfermagem que, por motivo de férias, licença médica ou folga, estivessem ausentes ou impossibilitados de participar da pesquisa.

### **4.3 LIMITAÇÃO DO ESTUDO**

Para esta pesquisa, a ênfase é a equipe de enfermagem. Considera-se, porém, que, em um próximo momento, poderão ser incluídas e convidadas a participar dos desdobramentos da pesquisa as categorias que compõem a equipe multiprofissional, tais como: médicos, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, dentistas, capelães e outros.

### **4.4 RISCOS NA PARTICIPAÇÃO**

Os riscos decorrentes da participação na pesquisa, ainda que mínimos, estão presentes e são eles: possível constrangimento e/ou desconforto ao responder alguma questão, desconhecimento da metodologia aplicada para recolhimento de dados ou ainda incômodo em relação ao tempo gasto na atividade proposta. Na tentativa de reduzir os riscos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido coletivamente e em voz alta pela pesquisadora e, diante de qualquer possibilidade de dúvida (ainda que não falada), realizava-se a explicação para que as pessoas tivessem tranquilidade quando decidissem aceitar e assinar o documento. Vale salientar que, durante a realização da atividade (roda de conversa), a pesquisadora estava preparada para, caso houvesse qualquer sinal de desconforto ou descontentamento, interromper a atividade. Outra alternativa dada aos participantes foi não responder a algum questionamento durante a realização da atividade. Todos os participantes foram informados que era seu direito desistir de participar daquela oficina ou da pesquisa a qualquer momento.

Vale destacar que assumiu-se também um risco em relação aos dados da pesquisa, uma vez que esses poderiam ser vazados virtualmente, ocorrendo uma quebra de sigilo involuntária. Para minimizar tal perigo e assegurar a privacidade dos participantes, cada um foi identificado, no momento da transcrição das rodas de conversa, por um codinome. Assim, visa-se a minimização do risco de exposição e garante-se o anonimato em relação às respostas dos colaboradores.

Ademais, os dados coletados foram armazenados em dispositivo eletrônico externo, fora da nuvem e serão guardados pelo período máximo de 5 anos.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta pesquisa segue as recomendações da Resolução CNS/MS nº 580, de 22 de março de 2018, que regulamenta normativas relativas às especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS, assim como a Resolução CNS/MS nº 466/2012, que trata de garantir os direitos dos sujeitos que participam de pesquisas, descrevendo os caminhos éticos que devem ser seguidos (CNS, 2018). De acordo com a resolução 466/2012, que trata das pesquisas com seres humanos, ao participante pesquisado, individual ou coletivamente, é vedada qualquer forma de remuneração. Isso consta, inclusive, no TCLE (APÊNDICE A). O

projeto foi submetido e aprovado pelo CEP/CONEP sob a numeração de certificação de apreciação ética; CAAE 55397122.5.0000.5243.

## **5 DESENVOLVIMENTO DO CAMPO**

Ao todo foram realizadas 6 (seis) oficinas, sendo a primeira um exercício “piloto” para preparo, teste e aprimoramento da pesquisadora quanto ao tempo, à dinâmica e método adotado para os encontros, que foram reorganizados posteriormente.

A coleta de dados se deu por intermédio de gravação digital dos encontros e posterior transcrição literal pela pesquisadora.

### **5.1 PILOTO DA PESQUISA E ENTRADA NO CAMPO**

Em se tratando da programação do encontro piloto, essa previa a realização do evento em setor diferente, mas que guardasse similaridade com o setor onde seria realizada a pesquisa. Assim, o setor escolhido foi a “pré-internação” com a equipe de enfermagem e amigos, onde um dos pontos a ser trabalhado e considerado foi a construção de ambiente seguro que pudesse deixar à vontade tanto a pesquisadora (que estava se experimentando como tal) quanto os participantes, que poderiam expressar de forma espontânea e natural as críticas, sugestões e os problemas aparentes, a fim de melhorar a qualidade da coleta dos dados. Vale ressaltar que a pesquisadora não deixou de levar em consideração o respeito às regras e proposições planejadas.

Para que o encontro ocorresse com o menor número de imprevistos possível, programou-se uma combinação antecipada acerca do melhor dia e horário para a realização desse com a equipe. Além disso, a pesquisadora providenciou convites para entregar previamente aos participantes e o preparo do kit da pesquisadora, que conta com um gravador, TCLE impressos em folhas A4, sacos plásticos individualizados para folha A4 (para condicionar os TCLE) com caneta, lanches e brindes de agradecimento pela participação (entregues ao término da atividade).

No que concerne à confecção do convite, após várias tentativas de encontrar frases e formatos pertinentes ao momento, foi escolhido um modelo no site [www.canva.com](http://www.canva.com) que supriu perfeitamente essa necessidade. Ele foi feito em papel cartão na cor cinza metálico com

escritos na cor azul que dizia “Você está convidado(a) a participar da pesquisa de mestrado ‘A EPS como instrumento para construção de conhecimento de cuidados paliativos na enfermagem onco-hematológica’”. Ainda a respeito do convite, é importante pontuar que esse foi entregue em mãos a cada participante e com alguns dias de antecedência para a roda de conversa. No dia da entrega do convite aos participantes da pesquisa piloto, no setor de pré-internação, foi feito um momento de confraternização, denominado pelos envolvidos de “bolo convite”. Isso motivou os participantes a aguardarem o momento da roda de conversa.

O encontro piloto foi programado e realizado no dia 13 setembro de 2022, às 17 horas (após o término das atividades, horário escolhido pelo grupo) e contou com a presença de 5 (cinco) participantes que estavam no plantão.

## 5.2 MUDANÇAS NO QUESTIONÁRIO

Após o encontro piloto, foram realizadas mudanças no questionário para que houvesse um melhor entendimento pelos participantes. Antes das modificações serem feitas, as perguntas consistiam em (sublinhada a parte excluída):

- 1) Durante a sua formação/graduação, a questão da morte e do morrer foi abordada em algum momento?
- 2) Se a resposta for positiva, em que momento? Como foi para você?
- 3) O que você considera que aprendeu?
- 4) Você vê alguma importância de os cuidados paliativos serem ofertados desde o diagnóstico? Por quê? Qual seria a diferença?
- 5) O que você faria se fosse convidado a participar da elaboração de um curso de cuidados paliativos na instituição onde trabalha?

Depois do projeto piloto, o questionário passou a ser (sublinhada a parte incluída):

- 1) Durante a sua formação/graduação, a questão da morte e do morrer foi abordada em algum momento?
- 2) Se a resposta for positiva, em que momento? Como foi para você?
- 3) O que você considera que aprendeu?
- 4) Você vê alguma importância de os cuidados paliativos serem ofertados desde o diagnóstico? Por quê?
- 5) Você aceita participar da criação de um curso de cuidados paliativos?

6) Escreva três ou mais temas que considera importantes para um curso de cuidados paliativos.

### 5.3 REALIZAÇÃO DAS RODAS DE CONVERSA

A realização da 1ª (primeira) roda de conversa ocorreu na sala de pré-atendimento da unidade de saúde em questão. No momento inicial, foi feita a dinâmica do “quebra-gelo”, que consiste em uma apresentação pessoal de alguma característica própria que os outros participantes envolvidos não conheçam. Essa dinâmica foi escolhida porque, quando o participante da pesquisa é levado a expor algo de pouco conhecimento dos demais participantes espontaneamente, o ambiente fica diferente, todos se igualam, refletem acerca de suas vivências particulares e coletivas. Além disso, o entrosamento proporcionado por essa atividade estimula a troca.

A leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ocorreu após a dinâmica inicial e precedeu o início da coleta de dados.

Para iniciar a coleta de dados propriamente dita, uma vez que tínhamos em vista a aplicação do questionário (APÊNDICE B), para que a referida ação não ficasse maçante e a fim de que as pessoas se escutassem ao mesmo tempo, foi realizada a atividade “*Doces Respostas - Responde, Passa ou Repassa*”. A intencionalidade, através da brincadeira, de um pouco de ludicidade, foi proporcionar através do ambiente acolhedor e seguro a possibilidade das pessoas se sentirem à vontade, responderem às perguntas e à medida que as perguntas eram apresentadas, respostas eram dadas, conversas e trocas aconteciam.

Para que isso fosse possível, as perguntas foram recortadas do questionário semiestruturado com o intuito de serem sorteadas e cada participante retirasse uma pergunta e uma bala. Tal planejamento surtiu resultados positivos no momento da roda de conversa, uma vez que a dinâmica envolveu a todos que estavam presentes fazendo-os prestar atenção tanto nas perguntas quanto nas respostas compartilhadas.

O título *Doces Respostas* surgiu para construir leveza e trazer o doce para o ambiente e situações que, às vezes, não são leves nem doces. Os profissionais que aceitaram participar tinham acabado o seu turno de trabalho, estavam em momento extra. Considerou-se, portanto, que um pouco de doce poderia ajudar, não a aceitar a participação (uma vez que o TCLE já tinha sido assinado), mas a trazer leveza a tal discussão.

Ao término da atividade *Doces Respostas*, foi entregue a cada participante o questionário (APÊNDICE B). O mesmo questionário utilizado na atividade, para que cada participante pudesse agora registrar suas respostas individualmente.

Quanto à duração das rodas de conversa, foi pactuado o tempo de 30 a 40 minutos, no início da roda para garantir que as pessoas soubessem antecipadamente (mesmo que tenha sido lido no TCLE) o tempo máximo que precisariam dispor ali. Inclusive, devido às atividades propostas acontecerem dentro do ambiente de trabalho e geralmente nos intervalos/pausa para café/lanche.

Ressalta-se aqui a importância da realização da ação piloto, porque ela orientou a organização dos demais encontros. Dessa maneira, a pesquisa de campo com as equipes do Plantão Diurno e do Plantão Noturno do setor de internação, as dinâmicas do “*Quebra-gelo*” e “*Doces perguntas - responde, passa ou repassa*” foram as mesmas do teste, mas não foram iguais. As respostas dos profissionais que vivenciam as dores e o sofrimento do processo de morte e morrer entre sorrisos, naquele momento, demonstram a vontade das equipes de saúde em fazer o melhor para que os pacientes recebam um atendimento digno e possam usufruir de cuidados de qualidade.

A realização das demais rodas de conversa sucederam a 1ª (primeira) e foram realizadas no período do segundo semestre nos meses de agosto a outubro de 2022. Ao todo, foram feitas 5 (cinco) rodas, uma em cada plantão. A duração foi mantida entre 30 (trinta) e 40 (quarenta) minutos.

Com base no questionário semiestruturado, a discussão proposta fluiu entre os participantes e eles puderam, a partir disso, apontar temas que consideram importantes para a abordagem dos cuidados paliativos. Cada encontro terminou com a resposta para a seguinte pergunta-proposta: “O que você(s) acha(m) sobre um curso de cuidados paliativos? Você(s) acha(m) que existe ou não alguma necessidade?” Dessa forma, foi possível introduzir a intenção e a oferta de participação coletiva na construção para enfermagem onco-hematológica hospitalar.

No que concerne ao momento, inclusive, após todos responderem o questionário, houve uma confraternização com bolo, salgadinhos, refrigerante e agradecimentos pelos conhecimentos adquiridos e pelos que ainda adquirirão. A positividade do encontro e a possibilidade de mudança da realidade deixaram todos muito esperançosos e ávidos a participarem de um projeto que visa a melhoria pessoal, local e comunitária.

## 5.4 PESQUISA DE CAMPO NO SETOR DE INTERNAÇÃO

A pesquisa teve duração de 3 (três) meses no ano de 2022, agosto, setembro e outubro, as datas não serão especificadas aqui para preservar os participantes da pesquisa. Sendo assim, foram organizadas da seguinte forma:

- Equipe 1 (um), SN, às 20:00
- Equipe 2 (dois), SN, às 20:00
- Equipe 3 (três), SD, às 17:00
- Equipe 4 (quatro), SN, às 20:00
- Equipe 5 (cinco), SD, às 17:00

É importante pontuar que, para contemplar os dois turnos, sempre em prol do bom andamento do serviço, os horários das rodas de conversa foram adaptados à disponibilidade de cada equipe.

## 6 TIPO DE ANÁLISE A SER REALIZADA NO MATERIAL

Ao material recolhido nas atividades e, posteriormente, transcrito, foi aplicada uma análise de conteúdo, na modalidade Análise Temática. Segundo Minayo (2014, p. 309), das diversas modalidades de Análise de Conteúdo: *Análise Lexical*, *Análise de Expressão*, *Análise de Relações*, *Análise Temática* e *Análise de Enunciação*, a Análise Temática é a mais simples e a autora considera a mais adequada para as pesquisas qualitativas na área da saúde.

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Tradicionalmente, a análise temática era feita pela contagem de frequência das unidades de significação, definindo o caráter do discurso. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (MINAYO, 2014, p. 316).

Para a realização da análise proposta foram seguidas as etapas apresentadas:

1ª Etapa: pré-análise, que engloba a escolha dos documentos a serem analisados e a revisão da pergunta norteadora e dos objetivos da pesquisa.

A banca de qualificação da dissertação ocorreu quando estava sendo iniciada a análise do material e a partir da profícua discussão e da revisão à pergunta norteadora e aos objetivos

da pesquisa, no confronto com o material em análise, foi realizada uma readequação do objetivo geral e dos objetivos específicos, esses últimos passaram a ser 2 (dois).

Na sequência, foram realizadas leituras flutuantes; constituição dos corpos com vistas a: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Assim descritos:

*exaustividade*: que o material contemple todos os aspectos levantados no roteiro; *representatividade*: que ele contenha as características essenciais do universo pretendido; *homogeneidade*: que obedeça a critérios precisos de escolha quanto aos temas tratados, às técnicas empregadas e aos atributos dos interlocutores; *pertinência*: que os documentos analisados sejam adequados para dar resposta aos objetivos do trabalho (MINAYO, 2014, p. 316-317).

2ª Etapa: exploração do material. Aqui a atividade passou a ser buscar o núcleo do material transcrito e classificar, encontrar expressões ou palavras significativas.

3ª Etapa: tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Vale destacar que a abordagem estatística dos dados, que deveria ser realizada nesse momento - a 3ª etapa da análise temática - foi suprimida. No lugar, adotamos a variação comentada por Minayo: “há variantes desse tipo de abordagem que trabalham com significados em lugar de investirem em inferências estatísticas”.

“(…) as condições de produção da palavra. Parte do princípio que a estrutura de qualquer comunicação se dá numa triangulação entre o locutor, seu objeto de discurso e o interlocutor. Ao se expressar, o locutor projeta seus conflitos básicos por meio de palavras, silêncios e lacunas indicando processos, na sua maioria, inconscientes de expressão” (MINAYO, 2014, p. 313).

Igualmente, os chamados elementos atípicos e as figuras de retórica são relevantes neste tipo de prática teórica, devendo-se prestar especial atenção a: (a) *repetições* de um mesmo tema ou de uma mesma palavra dentro de um texto. A repetição pode ser indicador da importância do assunto que a palavra enuncia, mas também da sua ambivalência e da de negação; (b) *lapses* que podem significar a insistência numa ideia recusada. Segundo a psicanálise, a erupção irracional de um termo num contexto da racionalidade significa uma quebra de defesa do locutor; (c) *ilogismos*, isto é, os emperramentos nos raciocínios demonstrativos. Costumam ser indicativos de uma necessidade de justificação ou de um juízo contraditório com a situação real; (d) *lugares-comuns* (MINAYO, 2014, p. 314).

## 7 RESULTADOS

A coleta de dados se deu durante a realização das rodas de conversa e por intermédio de gravação digital dos encontros. No total, as gravações corresponderam a mais de 3 (três) horas e a transcrição, realizada pela pesquisadora, correspondeu ao total de 105 (cento e cinco) páginas.

## 7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A pesquisa contou com 13 (treze) participantes: técnicos de enfermagem e enfermeiros assistenciais da clínica hematológica. Com predomínio do sexo feminino, sendo 11 (onze) desse grupo, e 2 (dois) do sexo masculino. A idade dos entrevistados variou de 26 a 61 anos, sendo que 5 (cinco) deles possuíam idade igual ou superior a 50 anos.

Os vínculos empregatícios foram diferenciados, compreendendo empregados públicos celetistas da empresa pública de saúde hospitalar e servidores da União. Quanto aos cargos dos participantes da pesquisa, obteve-se 10 (dez) técnicos em enfermagem; 3 (três) enfermeiras assistenciais. A participação da equipe de enfermagem se deu em roda de conversa com dinâmicas e entrevista guiada pela pesquisadora. Justifica-se por ser o maior quantitativo de profissionais no setor e que permanece maior tempo à beira do leito. O tempo de trabalho no setor variou entre 1 (um) ano e mais de 5 (cinco) anos.

Entretanto, 6 (seis) apresentaram mais de 5 (cinco) anos no setor de hematologia. Dentre os entrevistados, 9 (nove) possuem nível superior com pós-graduação. Os cursos de formação dos participantes da pesquisa foram: Enfermagem e Serviço Social. Quanto ao turno de trabalho, 7 (sete) trabalham em plantões noturnos e 6 (seis) no período diurno.

A clínica de onco-hematologia do hospital-cenário se divide em enfermaria masculina e feminina com 4 (quatro) leitos cada, que se adequam conforme a demanda, e 2 (dois) leitos de isolamento, onde os servidores atuam com escalas de serviço de acordo com a necessidade. Este grupo demonstra, assim, suficiência de tempo e experiência para conhecer o cotidiano institucional que se volta para melhoria de seus processos de trabalho e mudança da realidade na onco-hematologia.

Diante da necessidade de resguardar o anonimato de cada participante, foram adotados nomes de flores para identificá-los na pesquisa sem expô-los. A escolha desses novos nomes (apelidos) se deu devido à semelhança das flores com o percurso da pesquisa de campo, uma vez que elas exalam perfumes capazes de alcançar pessoas distantes. Outrossim, eles foram inspirados na canção “*Para não dizer que não falei das flores*”, de Geraldo Vandré (1979), que fala sobre resistência e esperança para com a vida.

Pontua-se também aqui a não especificação das profissões de técnico em enfermagem e enfermeiros, pois as falas representam profissionais conscientes de seus espaços no trabalho e no mundo, independente de titulação.

## 7.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A fim de facilitar a apresentação, serão reproduzidos (Quadro 1) alguns trechos de falas dos participantes da pesquisa. Sobre isso, porém, é preciso ressaltar que não houve a intenção de comparar falas, mas sim de auxiliar a pesquisadora no preparo para análise do material

No que concerne ao arranjo, vale destacar que cada quadro apresenta o número da transcrição - que inicia em 1 (um) e termina em 5 (cinco), além disso, o local da roda de conversa e o tempo total de gravação. A data do plantão não será exibida, conforme mencionado anteriormente, a fim de garantir a privacidade dos participantes.

Conforme mencionado anteriormente, os áudios gravados durante as rodas de conversa resultaram em 105 (cento e cinco) páginas de transcrição. Optou-se por trazer aqui, recortes de falas que chamaram a atenção da pesquisadora após repetidas e exaustivas leituras. Sendo assim, abaixo apresentaremos os quadros (1, 2, 3, 4 e 5) e os recortes iniciais das transcrições de cada uma das 5 (cinco) rodas de conversa.

### **Apresentação da análise inicial das transcrições das 5 (cinco) rodas de conversa, período: segundo semestre de 2022.**

Quadro 1 – Recortes da transcrição da roda de conversa com a equipe de serviço noturno (SN) – equipe 1, período: segundo semestre de 2022.

<b>Participante</b>	<b>Fala destacada</b>	<b>O que analisamos</b>
CRAVO I	“(…) a medicina não tem mais nada a ofertar, um meio de cura pro paciente, então inicia-se os cuidados paliativos pra que ele faça a passagem de forma digna.”	Os CP ainda são vistos como cuidados para o fim da vida.
TULIPA	Pesquisadora: Você conhece ou já ouviu falar sobre cuidados paliativos?  “Sim.”	A distância entre a decisão de aplicar CP (protocolo, regra, ...) e a realização, ou efetivação do CP no setor.

	<p>Pesquisadora: Esses cuidados são ofertados no setor?</p> <p>“Sim.”</p> <p>Pesquisadora: Você já ouviu falar em cuidados paliativos no SUS?</p> <p>“É, acho que tá sendo um tópico mais novo, né? Eu acho que, então, é. Mas já, já ouvi sim. E nós temos no setor, né, graças a Deus.”</p>	<p>(Articular com EP. Quando fala que para algumas pessoas teve sentido a conversa para reflexão).</p> <p>Se no setor tem oferta de CP, não deveríamos estar familiarizados?</p> <p>Se CP existe há tantos anos, onde está a novidade? Qual é a novidade?</p> <p>Protocolos, decisão da chefia de colocar CP é suficiente para fazer acontecer?</p>
TULIPA	<p>Pesquisadora: Você vê alguma importância dos cuidados paliativos serem ofertados desde o diagnóstico? Por quê?</p> <p>“É, sim, né... Eu não consigo, eu não consigo, no momento é, assim... porque... no início, é no início da doença, né?”</p> <p>“Eu nem sabia que tinha no início. Eu pensei que fosse a partir do momento que não tivesse mais uma...”</p>	<p>O profissional desconhece o benefício da abordagem paliativa desde o diagnóstico.</p> <p>O profissional relaciona CP com final de vida.</p>
CRAVO I	<p>“Sim, aqui tem o cuidado paliativo, que ele é definido pela equipe médica, o médico conversa com o familiar, ou até mesmo dependendo do, do estado de lucidez do paciente, ele faz essa abordagem.”</p>	<p>Modelo biomédico, médico-centrado.</p> <p>Ausência da equipe multiprofissional.</p>
CRAVO I	<p>“Entendeu? E aí, nós somos comunicados, o enfermeiro imediato, a equipe também toma ciência disso...”</p> <p>“... e a gente inicia esses cuidados, né, da... da melhor maneira possível.”</p>	<p>Decisão unilateral, quando deveria ser multiprofissional.</p>

CRAVO I	<p>“... vendo vidas sendo perdidas, né, é... em consequência da doença e assim, de uma forma tão... tão precoce, e tão sofrível, né?!”</p> <p>“E aí, a gente se sente... eu, pelo menos, eu me sinto impotente, entendeu? Eu tô trabalhando aos poucos a minha cabeça. É... é... já estou bem melhor, porque... você tem que aguentar o tranco, porque... é da profissão e você presencia isso inúmeras vezes, né.”</p>	<p>Sentimento de impotência do profissional.</p> <p>Questões relacionadas à saúde mental.</p> <p>Resiliência profissional.</p>
TULIPA	<p>“Eles falavam, ficavam conversando entre eles, ‘quem vai ser o próximo’. Olha que triste.”</p> <p>“Você fala ‘Poxa! Daqui a pouco sou eu, passando pela mesma... eu sofrendo, sentindo aquela dor...’ Cara, eu acho que é tortura. Eu acho que é você... você antecipar a morte dos outros, porque você tá torturando os outros pacientes. Pra mim, é tortura. Então, assim, eu tenho que ter qualidade, mas tem que preservar. Tá afundando, tem que tirar dali, cara. Você não pode fazer isso com os outros pacientes. Você causa um impacto psicológico.”</p> <p>“Pô, eu lembro quando (y) faleceu, "cabô", cara. Os outros ficaram assim... parecia que tava num funeral. Gente, eles não davam um sorriso, ninguém falava nada. Ficou assim, horrível, horrível... Então eu acho assim, tem que preservar, tem que fazer a... Eles não têm a necessidade de passar por isso, eles não têm a necessidade de ver isso.”</p>	<p>Necessidade de oferta de cuidados aos usuários/pacientes (os que vivem a partida/morte e os que continuam vivos), dado que eles se veem nos que “partem”.</p> <p>Necessidade de acompanhamento psicológico.</p> <p>Onde está o CP nessa construção?</p> <p>Onde está a relação psicológica, social, espiritual e familiar?</p> <p>Sofrimento de medo antecipado da morte.</p>

TULIPA	“Porque quando o paciente teve o diagnóstico, ele fica no ambulatório. Ele faz todo o tratamento no ambulatório. Eu nunca tinha me tocado nisso. Quando ele sobe pra internar é porque ele já não tá bem. Porque senão o médico atende lá embaixo e manda pra casa.”	Os CP deveriam ser iniciados no ambulatório.
TULIPA	“Porque não se antecipa? Você não faz exame segunda, quarta e sexta (exame de sangue)? Cadê? Sabe, ninguém se antecipa. Deixa chegar ao um estágio pra poder você entrar com alguma coisa. Talvez eu esteja errada, entendeu? Mas, às vezes, a impressão que a gente tem é que... nada tá sendo feito.”	Dificuldade de comunicação na equipe.  Necessidade de integrar a equipe multiprofissional.  Profissional se sente impotente
TULIPA	Pesquisadora: “Ou então que fosse aberto, tipo ‘Olha, esse paciente aqui, protocolo dele’, né... cuidado paliativo não fala ‘protocolo’, mas, assim, a... ‘A intervenção que a gente vai fazer nele é essa’. Ele não tem mais... que chega um momento que não tem mais, né, pra ir pra frente nem pra trás. É aquele caminho ali. Mas precisa ser falado com todo mundo, né?”  “E... e também falta de comunicação, né?”  “Porque, às vezes, o paciente tá dias no paliativo e ninguém sabe.”	Necessidade de protocolo para o atendimento aos usuários/pacientes que vivem a situação da morte (CP?)  Dificuldade de comunicação entre a equipe.  Necessidade de melhorar a comunicação.

Fonte: Cúatalo, 2023.

Quadro 2 – Recortes da transcrição da roda de conversa com a equipe de serviço noturno (SN) – equipe 2, período: segundo semestre de 2022.

<b>Participante</b>	<b>Fala destacada</b>	<b>O que analisamos</b>
GIRASSOL	“Os cuidados paliativos devem ser ofertados desde o momento que a gente percebe que não há mais a terapêutica a ser seguida.”	O profissional relaciona CP com final de vida.
ORQUÍDEA	“E esse final dele não precisa ser doloroso, triste.”	CP para o fim de vida, alívio do sofrimento.
GIRASSOL	“Exatamente, e nem precisa ser aqui.”	Tem conhecimento de que o CP pode ser ofertado em domicílio.
GIRASSOL	“Aluno não gosta de cuidar do paciente em cuidado de fim de vida, porque, dentro da cabeça deles, acabou, não tem mais nada pra fazer.”	Cuidado de fim de vida associado a não ter o que fazer.
GIRASSOL	“A gente não foi preparado pra enfrentar a morte.”	Necessário preparo psicológico.
BEGÔNIA	“A abordagem tem que ser verdadeira.”	A comunicação efetiva precisa ser inserida.
ORQUÍDEA	“Isso é muito novinho pra gente ainda.”	Tem o mínimo de pacientes em CP, por isso o tem como algo novo.
GIRASSOL	“A espiritualidade tá começando a entrar.”	A espiritualidade no tratamento também está começando.
BEGÔNIA	“A conscientização, a informação e a espiritualidade.”	Tópicos de importância.
ORQUÍDEA	Tem gente que sente muita dor. Dor, não pode comer...”	Existe o CP, mas o controle da dor ainda é uma dificuldade.
GIRASSOL	“O médico diz ‘Não, vamos fazer aqui, o tratamento. Tem chance’, e a pessoa acha que vai ficar boa.”	Decisão unilateral, médico-centrada.
ORQUÍDEA	“Não valorizam o desejo do paciente.”	Decisão médico-centrada.

BEGÔNIA	“Mas, muitas vezes, eu saí daqui como se eu não tivesse dado nada, porque, na maioria das vezes, quando a gente voltava, o paciente nem tava mais aqui.”	Oferta subutilizada do CP.
BEGÔNIA	“A gente não tem mais nada a fazer. Porque na verdade a gente não é uma equipe de morte.”	O CP inicia em final de vida.
BEGÔNIA	“Quando fala de saúde, a gente quer cuidar de quem tem possibilidade.”	O CP é associado à morte.

Fonte: Cútaló, 2023.

Quadro 3 – Recortes da transcrição da roda de conversa com a equipe de serviço diurno (SD) – equipe 3, período: segundo semestre de 2022.

<b>Participante</b>	<b>Fala destacada</b>	<b>O que analisamos</b>
DÁLIA	“A partir do momento que a pessoa tem diagnosticado uma doença crônica, que vai interferir muito com o dia a dia dela, eu acho que sim, ela tem que ser assistida por uma equipe de cuidado paliativo, visando uma melhor qualidade de vida pra ela.”	O profissional entende que o CP melhora a qualidade de vida.
ÍRIS	“Ofertar ao paciente um momento mais, tranquilo observar o que posso fazer pra melhorar aquele momento que ele tá passando, que ele tá fazendo uma passagem. É... e em relação a medicamentos, procurar... observar se tem medicações apropriadas para aquele momento, se não tiver, sinalizar. Se o paciente tá com muita dor, sinalizar pro enfermeiro.”	Tem CP com medicação apropriada para dor?
JASMIM	“Instituem que o paciente tá em cuidados paliativos, mas não faz o controle de dor, fica prescrevendo antibiótico, hemocultura, transfusão, falaram pra família, mas o paciente não sabe, o paciente é orientado...”	Tem instituído CP?
JASMIM	“Estão em processo de morte, estão adoecidos, mas que a equipe é divergente.”	A equipe multiprofissional participa? Quem diverge das opiniões?
JASMIM	“O que que vamos instituir sobre cuidados paliativos? O que que a gente vai poder fazer ou não?”	É importante instituir e que haja protocolo com orientações?

JASMIM	“Está liberado o familiar ficar aqui? Esse paciente quer ir embora pra casa? A gente vai aceitar a decisão dele?”	Instituir o CP e mudanças necessárias.
DÁLIA	“Cuidado paliativo pra paciente terminal.”	O profissional tem o CP associado à morte.
JASMIM	“A gente se sente muito impotente porque a gente vê que a gente tá vendo que ele tá sofrendo e as pessoas não dão tanta atenção.”	Impotência do profissional frente à necessidade de instituir o CP.

Fonte: Cútalo, 2023.

Quadro 4 – Recortes da transcrição da roda de conversa com a equipe de serviço noturno (SN) – equipe 4, período: segundo semestre de 2022.

<b>Participante</b>	<b>Fala destacada</b>	<b>O que analisamos</b>
CRAVO 2	“A família já sabia. É, você sabe que tem que informar o paciente?”	O profissional confronta a forma que o CP é ofertado.
VIOLETA	“Cuidados paliativos agora mudou?”	O profissional tem uma devolutiva de questionamento sobre quando iniciar o CP.
VIOLETA	<p>Pesquisadora: Você vê alguma importância dos cuidados paliativos serem ofertados desde o diagnóstico?</p> <p>“Se eu vejo se tem alguma importância... Pera aí, não entendi.”</p> <p>Pesquisadora: Você vê alguma importância dos cuidados paliativos serem ofertados desde...</p> <p>“Não. Eu acho... eu acho que não vejo essa importância não, porque vai assustar o cliente.</p>	Reconhecimento do CP para final de vida, relacionando-o com a morte.

VIOLETA	<p>“Se ele recebeu o diagnóstico, por exemplo, eu, vamos supor, recebo o diagnóstico hoje que tô com leucemia. Aí, já vai ser ofertado para mim, direcionado o cuidado paliativo? Tá dizendo que eu vou morrer.”</p>	<p>Reconhecimento do CP para final de vida, relacionando-o com a morte.</p>
CRAVO 2	<p>““Eu quero comer tal coisa’, ‘Ah, mas não pode!’ - Dava um jeitinho.”</p> <p>“Como é a minha abordagem, desse processo? Eu gosto de falar muito de Deus, sabe? Fazer com que essa pessoa se chegue mais pertinho, né? Que por aí a gente vê tantas pessoas que não acreditam, né, e que não tem religião. Eu acho que é mais um conforto. Que isso dá um certo conforto. Aí ele ouviu. Ele... eu... eu percebi que ele ficou mais calmo, menos ansioso.”</p>	<p>O profissional, dentro de suas possibilidades e sem esquecer sua responsabilidade, encara o CP como uma forma de humanização do tratamento.</p> <p>O profissional também conduz a espiritualidade como algo natural e humano.</p>
VIOLETA	<p>Pesquisadora: E esses cuidados são ofertados nesse setor?</p> <p>“São. De uma maneira assim, não como um ambiente, a gente gostaria que fosse mais agradável realmente, né? Porque, eu acho que deixa um pouco a desejar. Mas eu acho muito importante, a gente tentar, né, fazer esses cuidados, né? É, sempre levando a palavra de... de... de conforto, fazendo, por exemplo, a vontade deles de... de tá comendo alguma coisa diferente, que eles tenham vontade. Não é? Eles não querem tomar banho aquela hora, a gente deixa eles tomar banho num outro horário, mesmo que sai um pouquinho do protocolo, né?”</p>	<p>O profissional interage com o paciente e oferta um cuidado e um ambiente mais agradável.</p>
VIOLETA	<p>“Vou falar o tema espiritual.”</p>	<p>A importância do tema espiritualidade para ressaltar em CP.</p>

CRAVO 2	<p>Pesquisadora: Durante sua formação e graduação, a questão de morte e morrer foi abordada em algum momento?</p> <p>“Se a resposta for positiva, em algum momento... Pra ser sincero, durante a formação foi tão ativa que nunca ouvi falarem... na... Tô sendo sincero... em cuidados paliativos. Eu acho que naque... na minha época não existia isso.”</p>	<p>O profissional não recebeu a matéria específica de CP em sua formação.</p>
---------	--	---

Fonte: Cútaló, 2023.

Quadro 5 – Recortes da transcrição da roda de conversa com a equipe de serviço diurno (SD) – equipe 5, período: segundo semestre de 2022.

Participante	Fala destacada	O que analisamos
AMARILIS	<p>“Seria interessante se as instituições, é, vamos dizer, que elas colocassem assim, rodas semanais com os pacientes, a partir do momento que eles começam o tratamento. E aí, eu acho que seria interessante. Porque aquele paciente iria ter um lugar onde ele pudesse estar e ouvir algo que tirasse de repente, da mente que ele tá... que depois vai morrer.”</p>	<p>O profissional dá importância à roda de conversa para que pacientes e profissionais possam interagir e reconhecer o CP para melhoria da qualidade de vida.</p>
LAVANDA	<p>Pesquisadora: Você vê alguma importância dos cuidados paliativos serem ofertados desde o diagnóstico? E por quê?</p> <p>“Desde o diagnóstico, diagnóstico já é algo novo, né?”</p>	<p>O profissional relaciona CP com final de vida.</p>
AMARILIS	<p>Pesquisadora: Você pode falar sobre o processo morte e morrer e como é a sua abordagem?</p> <p>“Quando estou com paciente, num processo ali... Mesmo que fosse (inaudível), né? Assim, o que eu penso: trazer conforto.”</p>	<p>O profissional associa conforto emocional e analgesia e o fator humano como importante.</p>
AMARILIS	<p>“E comodidade, porque às vezes tem paciente ainda tá lúcido. Tem aquele momento ali, você está ali como aquele suporte que ele precisa porque realmente ele</p>	<p>A importância da saúde mental.</p>

	<p>tá com medo, naquele momento, tá com medo porque sabe, né? E começa a ficar apavorado e tudo mais. Então a gente, como profissional, (inaudível) coisa. Trazer o conforto praquele paciente naquele momento. Seja com uma palavra, né?”</p> <p>“Se ele não chegar. Só o ‘estar ali’ o tempo todo, dando suporte, eles ficam (inaudível), né? Preocupado e tal. E não, a gente tá ali emocional, né?” Como pessoa.” A palavra e tal. Eu acho que não é... o nosso processo como profissional não é esse. É pra dar o suporte emocional, e tá ali como pessoa, mesmo, né? Com ele, ali. Não, aqui e tal ‘a gente tá cuidando de você’, né? Eu acho que isso aí é mais importante. Temo que sim.”</p>	
AMARILIS	“E passar esperança pra ele. Isso não é enganá-lo. Isso não é... não é, assim...”	O profissional refere a comunicação como algo importante.
AMARILIS	“Pra cada setor deveria ter uma equipe do setor mesmo, né? Que já tem contato com o paciente... ainda mais a gente, que a gente pega do diagnóstico, vai evoluindo, vai e volta, vai e volta, interna, volta. A gente cria vínculo, né? Porque, né?”	O profissional interage com a pesquisadora e dá o retorno em ideias importantes para instituir o CP.
LAVANDA	<p>“Como não é só pra tratamento de câncer (inaudível) ... Então assim, você não pode (inaudível) uma pessoa lá só porque ela tá no paliativo, quando ela tiver lá (inaudível) quando puder, (inaudível) gravíssimo. Longe disso. Até porque a pessoa vai ter um rendimento daquilo que (inaudível) um monte. Se ela não...”</p> <p>“- E pra ela ter qualidade de vida.” “- Qualidade de vida.” “- Aí seria interessante.”</p>	O CP para pacientes com doenças crônicas que podem participar das rodas de conversa desde o diagnóstico para qualidade de vida.

Fonte: Cútaló, 2023.

### 7.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a análise dos resultados foi possível perceber e realizar os arranjos de temas

relevantes para a pesquisa e agrupar as grandes dimensões da pesquisa:

### **7.3.1 As três grandes dimensões da pesquisa**

- 1) O entendimento da equipe sobre CP.
- 2) Família integrada ao cuidado.
- 3) Saúde mental dos profissionais de enfermagem.

#### 7.3.1.1 Recortes da transcrição da entrevista coletiva (segundo semestre de 2022)

##### **Equipe 1:**

##### **1) Entendimento da equipe sobre cuidados paliativos:**

*“- É. Eu compreendo que sim, porque quando a pessoa atinge esse estágio, pelo menos do que eu li, do que eu aprendi em vídeos, é porque a medicina... a ciência... a medicina não tem mais nada a ofertar um meio de cura pro paciente, então inicia-se os cuidados paliativos pra que ele faça a passagem de forma digna.”*

*“- Pra que a gente oferte os cuidados com dignidade, da melhor maneira possível, é de se amenizar o sofrimento, né... ou pelo menos, tentar, né?”*

*“- Você conhece ou já ouviu falar sobre cuidados paliativos? Sim. Esses cuidados são ofertados no setor? Sim. Você já ouviu falar em cuidados paliativos no SUS? É, acho que tá sendo um tópico mais novo, né? Eu acho que, então, é. Mas já, já ouvi sim. E nós temos no setor, né, graças a Deus.”*

*“- Não sabia, não tinha nome. É, não tinha. É, agora, recentemente, né, que foi inserido...”*

*“- Você vê alguma importância dos cuidados paliativos serem ofertados desde o diagnóstico? Por quê? É, sim, né... Eu não consigo, eu não consigo, no momento é, assim... porque... no início, é no início da doença, né?”*

*“- Eu nem sabia que tinha no início. Eu sa... Eu pensei que fosse a partir do momento que não tivesse mais uma...”*

## **2) Família integrada ao cuidado:**

*“(...) é definido pela equipe médica, o médico conversa com... com o familiar, ou até mesmo dependendo do, do estado de lucidez do paciente, ele faz essa abordagem.”*

## **3) Saúde mental dos profissionais de enfermagem:**

*“- ...vendo vidas sendo perdidas, né, é... em consequência da doença e assim, de uma forma tão... tão precoce, e tão sofrível, né?!”*

*“- E aí, a gente se sente... eu, pelo menos, eu me sinto impotente, entendeu? Eu tô trabalhando aos poucos a minha cabeça. É... é... já estou bem melhor, porque... você tem que aguentar o tranco, porque... é da profissão e você presencia isso inúmeras vezes, né.”*

*“- Cê tem... Ele tá partindo, pelo menos, aqueles últimos momentos. Ele tá partindo, então você tem que preservar quem tá vivo, porque, assim, aqui a gente já teve o (y), não sei se você vai lembrar... Tipo assim, eles falavam, ficavam conversando entre eles, ‘quem vai ser o próximo’. Olha que triste.”*

*“(...) psicológico. Pô, eu lembro quando o (y) faleceu, "cabô", cara. Os outros ficaram assim... parecia que tava num funeral (voz falando ao mesmo tempo: inaudível). Gente, eles não davam um sorriso, ninguém falava nada. “Ficou assim, horrível, horrível”.*

### **7.3.1.2 Recortes da transcrição da entrevista coletiva (segundo semestre de 2022)**

#### **Equipe 2:**

##### **1) Entendimento da equipe sobre cuidados paliativos:**

*“- Os cuidados paliativos são e devem ser ofertados somente no final da vida? Não. Os cuidados paliativos devem ser ofertados desde o momento que a gente percebe que não há mais a terapêutica a ser seguida. Então, foi diagnosticado, né? É cuidados paliativos. Mas cuidados paliativos não quer dizer que cabô o tratamento, o cuidar do cliente, né?”*

*“- Os alunos também percebem isso, né? Aluno não gosta de cuidar do paciente em cuidado de fim de vida, porque, dentro da cabeça deles, acabou, não tem mais nada pra fazer, (inaudível)...”*

*“Poderia ser com menos sofrimento. ”Com menos sofrimento, porque às vezes...É isso que é o cuidado paliativo, né?” “- Cuidado de fim de vida com qualidade.”*

*“- Vê alguma importância dos cuidados paliativos serem ofertados desde o início do diagnóstico? Lógico que sim.”*

## **2) Família integrada ao cuidado:**

*“- Ele vai tender a ser junto dos familiares, da casa onde ele gosta, né?”*

*“Não... Por que que não vai... a gente não entra... Já que vai ter que fazer isso só pra diminuir o tumor... o enfermeiro começa a conversar com o paciente: "Oh, você tem essa alternativa", e ficava com a família um pouco mais. De ver o final dele de uma outra forma.”*

*“- E esse final dele não precisa ser doloroso, triste.”*

*“- Exatamente, e nem precisa ser aqui.”*

## **3) Saúde mental dos profissionais de enfermagem:**

*“E segurança. Isso. Dá pra você, até quando o paciente pergunta ‘Ah, será que eu vou morrer?’ Você... até você tem me... receio de... De falar.”... responder pra ele.”*

*“(...) esperança, que... que... bom humor, sabe?”*

### **7.3.1.3 Recortes da transcrição da entrevista coletiva (segundo semestre de 2022)**

#### **Equipe 3:**

##### **1) Entendimento da equipe sobre cuidados paliativos:**

“- É, com deficiência. Entendeu? É ofertado, mas não da forma que deveria ser. Porque cuidados paliativos não é só o paciente, é a família também, né?”

“- A partir do momento que a pessoa tem diagnosticado uma doença crônica, que vai interferir muito com o dia a dia dela, eu acho que sim, ela tem que ser assistida por uma equipe de cuidado paliativo, visando uma melhor qualidade de vida pra ela.”

“- É ofertar ao paciente um momento mais, tranquilo né, é... observar o que posso fazer pra melhorar aquela... aquele momento que ele tá passando, que ele tá, né, fazendo uma passagem. É... e em relação a medicamentos, procurar... observar se tem medicações apropriadas pra aquele momento, se não tiver, sinalizar. Se o paciente tá com muita dor, sinalizar pro enfermeiro. E o... isso é a morte e morrer. E pós a morte com o paciente, é ter um cuidado, respeito com o corpo.”

“- Falou assim ‘Ah, me falaram de cuidado paliativo, né? Me deram a opção de tratamento, que seria muito difícil, e cuidado paliativo. Ou seja, eu vou morrer, né?’”

“- E é mais na terminalidade mesmo, né? É. Cuidado paliativo pra paciente terminal.”

## **2) Família integrada ao cuidado:**

“- É, já falta pro paciente, quem dirá pra família, entendeu?”

“- É, não assim, com o paciente ali na hora. Não, porque às vezes a pessoa acha porque morreu ‘acabou tudo e vamos fazer’... É respeitar aquele processo ali, e com o familiar é dar atenção, tentar, né?”

“- A mesma coisa. Respeitar o momento do familiar, né, tentar ajudar da melhor maneira possível.”

“- Está liberado o familiar ficar aqui? Esse paciente quer ir embora pra casa? A gente vai aceitar a decisão dele?”

## **3) Saúde mental dos profissionais de enfermagem:**

*“- Eu acho que a gente tinha que mon... montar uma comissão, uma coisa assim, um grupo, fazer uma equipe multidisciplinar com a psicologia, né, pra assistir o paciente, assistir a família...”*

*“- Assistir os funcionários também.”*

*“- É, porque assistir a gente também, a gente fica muito à borda com os pacientes.*

*“- A gente se sente muito impotente porque a gente vê que a gente tá vendo que ele tá sofrendo e as pessoas não dão tanta atenção.”*

#### 7.3.1.4 Recortes da transcrição da entrevista coletiva (segundo semestre de 2022)

##### **Equipe 4**

##### **1) Entendimento da equipe sobre CP:**

*“- Cuidados paliativos agora mudou?”*

*“- A família já sabia.É, você sabe que tem que informar o paciente?”*

*“- Mas eu sei, mas os cuidados paliativos então mudou?”*

*“- Você vê alguma importância dos cuidados paliativos serem ofertados desde o diagnóstico? Se eu vejo se tem alguma importância... Pera aí, não entendi. Você vê alguma importância dos cuidados paliativos serem ofertados desde... não. Eu acho... eu acho que não vejo essa importância não porque, vai assustar o cliente.”*

*“- Se ele recebeu o diagnóstico, por exemplo, eu, vamos supor; recebo o diagnóstico hoje que tô com leucemia. Aí, já vou ser ofertado para mim, direcionado o cuidado paliativo?”*

*“-Tá dizendo que eu vou morrer.”*

*“- É. Oh, eu já ouvi falar sim. E esses cuidados são ofertados nesse setor? São. De uma maneira assim, não como a gente gostaria que fosse realmente, né? Porque, eu acho que deixa um pouco a desejar. Mas eu acho muito importante, a gente tenta, né, fazer esses cuidados, né? É, sempre levando a palavra de... de... de conforto, fazendo, por exemplo, a vontade deles de... de tá comendo alguma coisa diferente, que eles tenham vontade. Não é? Eles não querem tomar banho aquela hora, a gente deixa eles tomar banho num outro horário, mesmo que sai um pouquinho do protocolo, né?”*

*“(...) Hoje em dia não tem uma matéria na faculdade que fala.”*

*“- O que aprendeu. Eu não aprendi nada sobre o palição. Eu aprendi assim, do colega que fala ‘Ah, paciente do paliativo’... Teve colega que falou para mim que não pode nem tomar água... paliativa. Eu achei estranho, isso. Eu falei ‘Que isso? o paciente vai morrer desidratado?’”*

## **2) Família como cuidadora integrada ao cuidado:**

*“- Tem que preparar a família. O que eu acho mais difícil é a família.”*

## **3) Saúde mental dos profissionais de enfermagem:**

*“- Eu quero comer tal coisa’, ‘Ah, mas não pode’, não sei o que, não sei o que lá....E a gente dava um jeitinho.”*

*“- Ele tava com medo de morrer, muito medo. Aí eu falei assim: “Ah, você... que religião que você é?”, (...) Aí eu falei assim: “Ah, então por que que você não assiste, ouve umas músicas da sua igreja? Que isso dá um certo conforto. Aí ele ouviu. Ele... eu... eu percebi que ele ficou mais calmo, menos ansioso.”*

*“- Porque a gente também não é preparado pra essa questão da...”- Da morte.”*

*“- Se eu tivesse na situação eles paciente eu preferia morrer”.A gente vê ali o paciente sofrendo, ali, naquele sofrimento...”se eu tiver na situação desse... prefiro morrer” (Inaudível).”*

*“Se cada morte você sofrer, ficar ali na depressão?”*

*“Só que dentro você fica mal, né?”*

7.3.1.5 Recortes da transcrição da entrevista coletiva (segundo semestre de 2022)

### **Equipe 5**

#### **1) Entendimento da equipe sobre Cuidados Paliativos:**

*“- Em vez de ser cuidado paliativo, ser cuidado suporte.”*

*“- Ah, legal. Tá.: você vê alguma importância dos cuidados paliativos serem ofertados desde o diagnóstico? E por quê? Desde o diagnóstico, diagnóstico já é algo novo, né?”*

*“- Eu acho que vai mexer mais com (inaudível)... com o emocional da pessoa, ela vai focar tanto assim, em paliativo, final de vida, eles não entendem.”*

*“- Não me falavam nada sobre cuidado paliativo. Só fui saber sobre cuidado paliativo depois que eu comecei a trabalhar em hospital, já, que aí ouvi falar ...”*

*“- Não. Não são. Não são, aliás, são, mas não são. Por quê? Eles são ofertados, mas as... a maioria de nós vê não da forma adequada né?”*

#### **2) Família integrada ao cuidado:**

*“- Não falou com a família, não explicou, iii...”*

*“- Seria interessante se as instituições, é, vamos dizer, que elas colocassem assim, rodas semanais com os pacientes, a partir do momento que eles começam o tratamento. E aí, eu acho que seria interessante. Porque aquele paciente iria ter um lugar onde ele pudesse estar e ouvir algo que tirasse de repente, da mente que ele tá... que depois vai morrer.”*

*“- Eu acho que seria interessante, né? Já que não tem equipe suficiente para fazer isso, uma roda de conversa...”*

### 3) Saúde mental dos profissionais de enfermagem:

*“(...) Tem aquele momento ali, você está ali como aquele suporte que ele precisa porque realmente ele tá com medo, naquele momento, tá com medo porque sabe, né? E começa a ficar apavorado e tudo mais. Então a gente, como profissional, (inaudível) coisa. Trazer o conforto praquele paciente naquele momento.”*

*“Seja com uma palavra, né? Se ele não chegar. Só o "estar ali" o tempo todo, dando suporte, eles ficam (inaudível), né? Preocupado e tal. E não, a gente tá ali do lado, né? Não só com (inaudível) medicação pra trazer o conforto pra sua dor, mas emocional, né?”“- Como pessoa.”*

*“(... )-O nosso processo como profissional não é esse. É pra dar o suporte emocional, e tá ali como pessoa, mesmo, né? Com ele, ali. Não, aqui e tal "a gente tá cuidando de você", né? Eu acho que isso aí é mais importante. Temo que sim.”*

*“- Também, quando falam assim, em paliativo, a tendência da gente é tá sempre dando esperança, até porque (inaudível).”*

*“- E passar esperança pra ele. Isso não é enganá-lo. Isso não é... não é, assim...”*

*“- Pra cada setor deveria ter uma equipe do setor mesmo, né? Que já tem contato com o paciente... ainda mais a gente, que a gente pega do diagnóstico, vai evoluindo, vai e volta, vai e volta, interna, volta. A gente cria vínculo, né? Porque, né?”“- E aí entra, querendo ou não, o lado emocional e entra o lado cristão também, nessa hora que vai vir à tona.”*

*“Vamos lá: os cuidados paliativos são e devem ser ofertados somente no final da vida?”“- (Inaudível), mudança de opinião.”“- Ah... aí, já valeu a pena. Tem que ser quebrada essa cultura, esse pensamento, É, aí é algo que tem que ser implantado não adianta tem que ser devagar Por isso que eu tô falando...”*

*“- Mesmo que mude o nome.”*

*“- Preciso, né, você ter uma doença específica para você estar no grupo de apoio, que ali tem pessoas que vão que vão conversar, tirar dúvidas, vão no linguajar, mesmo que eles entendam.”*

*“- Como não é só pra tratamento de câncer (inaudível),.. Então assim, você não pode (inaudível) uma pessoa lá só porque ela tá no paliativo, quando ela tiver lá (inaudível) quando puder, (inaudível) gravíssimo. Longe disso. Até porque a pessoa vai ter um rendimento daquilo que (inaudível) um monte. Se ela não... E pra ela ter qualidade de vida. Qualidade de vida. Muito legal!”*

### **7.3.2 Outras considerações**

Destaca-se aqui que o tema em questão apresentou vários subitens organizados em Cuidados Paliativos, como mostrado a seguir:

#### 1) Cuidados Paliativos:

- Abordagem paliativa desde o diagnóstico e fim de vida;
- Impacto causado pelo diagnóstico de cuidado paliativo;
  - a) Sensação de não ter nada para fazer quando chega o diagnóstico;
  - b) FPT (fora de possibilidade terapêutica): entendimento de que o paliativo se aplica só na finitude.
- Implementar o CP no setor;
- Conhecimento sobre o cuidado paliativo;
- Quando ele deve ser ofertado e como?;
- A visão da equipe sobre morte e paliativo;
- Formação sobre morte/morrer/paliativo;
- Necessidade de formar e integrar a equipe multiprofissional.

#### 2) Comunicação efetiva no setor;

#### 3) Necessidade de conforto através da espiritualidade;

#### 4) Apoio psicológico para todos envolvidos no processo;

#### 5) Interesse em participar do curso como algo positivo para os pacientes e profissionais.

Abaixo, apresenta-se a discussão em relação aos 5 (cinco) temas apresentados acima.

Elas estarão articuladas com as referências bibliográficas, alguns trechos recortados dos participantes, que têm relação direta ao tema agora apresentado na discussão. Para facilitar a identificação dos trechos recortados das falas dos participantes da pesquisa, eles estarão no modo *itálico*.

## 1) Cuidado Paliativo

Esta temática surge das falas da maioria dos participantes, por isso faz-se necessário expor a definição atualizada de CP e em que momento os pacientes devem ser abordados para melhoria da qualidade de vida e alívio da dor e sofrimento. Uma grande parte dos profissionais demonstrou percepções e interpretações diferentes do que estabelece hoje em dia a OMS, as organizações internacionais têm se reunido para trazer mais clareza e unidade a esse tema.

“Estimou-se que, anualmente, mais de 61 milhões de pessoas experimentam condições de saúde associadas ao sofrimento que poderiam ser significativamente melhoradas por meio dos CP. Pelo menos 80% não têm acesso até mesmo às intervenções de CP mais básicas, como analgésicos” (FARMAR, 2020).

Em uma pesquisa apresentada pela Comissão do *The Lancet* aparece uma definição consensual de CP, que se concentra no alívio do sofrimento grave, relacionado à saúde, um meio termo entre os que pensam que CP são o alívio de todo sofrimento e os que acreditam que os CP descrevem o cuidado daqueles com tempo de vida limitado (RADBRHRUSH, 2020). Isso está diretamente relacionado aos trechos recortados abaixo:

*“(...) Eu não consigo, eu não consigo, no momento é, assim... porque... no início, é no início da doença, né? Eu nem sabia que tinha no início. Eu pensei que fosse a partir do momento que não tivesse mais uma... (LAVANDA)”*

*“(...)a medicina não tem mais nada a ofertar, um meio de cura pro paciente, então se inicia os cuidados paliativos pra que ele faça a passagem de forma digna.” (CRAVO 1)*

*“Desde o diagnóstico, diagnóstico já é algo novo, né?” (LAVANDA)*

A implementação de CP em um setor específico não necessariamente tratará do fim de vida, mas de todo percurso em que o paciente se encontrar e será apoio para os familiares, desse modo, segue a definição da OMS (2019), que diz que o cuidado paliativo “é aplicável no início do curso da doença, em conjunto com outras terapias destinadas a prolongar a vida, como quimioterapia ou radioterapia, e inclui as investigações necessárias para melhor entender e gerenciar complicações clínicas angustiantes”.

Há ainda que se considerar as definições de CP atualizadas pela organização The

Lancet (2020): 1) É aplicável ao longo de uma doença, de acordo com as necessidades do paciente; 2) oferece um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até a morte; 3) oferece um sistema de apoio para ajudar a família a lidar durante a doença do paciente e em seu próprio luto; 4) é aplicável em todos os ambientes de cuidados de saúde (local de residência e instituições) e em todos os níveis (primário a terciário); 5) aumentará a qualidade de vida e também pode influenciar positivamente o curso da doença e 6) necessárias para melhor entender e gerenciar complicações clínicas angustiantes.

## 2) Comunicação efetiva no setor:

A comunicação interpessoal é uma habilidade desenvolvida entre os seres humanos, ela expressa cordialidade e empatia e pode ser melhorada a cada dia. Sendo a comunicação necessária para que haja o entendimento entre as pessoas, principalmente entre pacientes e familiares até mesmo na comunicação de má notícia e não verbal. A comunicação pode ser aprendida e possui técnicas para ser mais empática e mais efetiva (M.S., 2020).

*“Sim, aqui tem o cuidado paliativo, que ele é definido pela equipe médica, o médico conversa com o familiar, ou até mesmo dependendo do, do estado de lucidez do paciente, ele faz essa abordagem.”(CRAVO 1)*

Ao se pensar em multidisciplinar, entende-se que um único saber não é suficiente para alcançar a multidimensão do ser humano, por esse motivo a integralização dos saberes, faria a diferença, para que nem o usuário, ou o profissional de medicina tenham decisões unilaterais e a equipe multiprofissional possa proporcionar pensamentos diversificados para melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares.

(...) usufruir dos benefícios que o saber técnico potencialmente poderia lhe oferecer. Porque sem a possibilidade de dialogar, sem a possibilidade de colocar a doença no lugar que lhe interessa (geralmente a quem e nos atrapalhe seus múltiplos planos de produzir o viver), o usuário termina por fazer opções unilaterais - como unilateral é esse agir do profissional - não necessariamente tirando o melhor proveito de várias opções que poderiam ter sido construídas (FEUERWERKER, 2011, p.48).

Segundo Arantes (2023), a comunicação deve ser uma habilidade melhorada entre os profissionais de saúde, a direção do CP pode ser ocupada por categorias que fazem parte da ação de cuidado, mas, mediante a cultura do nosso país, o profissional médico geralmente fica encarregado de fornecer as informações diagnósticas e que geralmente são procuradas para ofertar a comunicação que deveria ser efetiva tanto com pacientes quanto com outras categorias.

*“Nós somos comunicados, o enfermeiro imediato, a equipe também toma ciência disso...” (CRAVO 1).*

Para Feuerwerker, (2011), as ações de saúde são centralizadas no saber médico e as outras categorias que fazem parte importante no processo do cuidado são subjugadas e seus conhecimentos que fariam diferença na saúde do usuário são subutilizadas.

“(…) podemos dizer que o modelo assistencial que predomina em nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos (do saber específico) e em que se relega a um plano irrelevante a dimensão cuidadora. Podemos também afirmar que a ação de outros profissionais de saúde é subjugada à lógica dominante do trabalho médico, tendo todas elas seu núcleo cuidador empobrecido, estando todas também orientadas à produção de procedimentos” (FEUERWERKER, 2011, p. 43).

Segundo Arantes (2023), são dados ao médico a autorização e o direito de fala, no entanto, isso não significa que seja a melhor maneira a ser usada e nem que necessite ser unilateral, médico-centrada e nem que minimize o sofrimento do momento, a má notícia revela um novo caminho a ser percorrido, porém longe do que você gostaria de estar e isso, por si só, já causa sofrimento.

Ainda de acordo com a fala de Arantes (2023), para comunicação em saúde, o estado de presença, precisa estar alinhado com a palavra e com coerência do fazer para que haja a realidade na comunicação, observa-se muito a comunicação não verbal tipo “movimentos com a cabeça” de concordância com o paciente, abrindo os olhos ou fechando, movimentos corporais que romantizam o sofrimento e precisam ser melhorados e empáticos para que a comunicação seja coerente com a realidade vivida.

A autora acima citada, explica que a comunicação subliminar se coloca como uma cortina na realidade vivida, pois no momento, é o mesmo sofrimento, choro e lágrimas, por exemplo: a sala do acolhimento familiar, “pode ser lindo espaço mas, não condiz com a expectativa que tem para o seu familiar, assim como a enfermaria específica para CP demonstra sua mensagem subliminar, porém existe a esperança de que o paciente será cuidado e não estará sozinho, alinhamento do pensamento com coerência para fazer a comunicação e assim, pensar, sentir e falar, precisamos estar presente de verdade e saber lidar com o próprio sentimento e o que o outro sente, para trocar sentimentos e gerar confiança no momento do sofrimento.

3) Necessidade de conforto através da espiritualidade:

Uma das categorias temáticas que emergiu das falas dos entrevistados para conforto foi a espiritualidade. No que concerne aos sintomas desconfortantes e de sofrimento no contexto dos cuidados paliativos, um deles está relacionado ao campo da espiritualidade (OMS, 2002).

Para o MS (2020), problemas físicos, psicossociais e espirituais necessitam de cuidados específicos e adequados. Nesse contexto, Puchalski, et al. (2009), sugerem que a espiritualidade “deve ser considerada como um sinal vital, ou seja, integrada à rotina de cuidados, abordada como qualquer outra questão médica e inserida no plano de cuidados do paciente”.

*“A espiritualidade tá começando a entrar”(GIRASSOL).*

*“(...) mas que a valorização da espiritualidade precisa ser colocada. Todos os cursos, na verdade, não só a palição” (BEGÔNIA).*

*“A conscientização, a informação e a espiritualidade”(BEGÔNIA).*

Para Legete Esperandio (2020), o especialista na assistência espiritualizada que se trata do serviço de capelania ainda é escasso e é confundido com religiosidade, sendo exercido por autoridades religiosas e são realizadas orações, cânticos, rituais, tudo com a intenção de trazer conforto tanto para os pacientes quanto familiares e profissionais de saúde. “Os resultados dos estudos analisados sugerem que os Cuidados Espirituais têm efeito positivo sobre a pessoa enferma, aliviando, por exemplo, o desconforto” (ESPERANDIO, 2020).

Além disso, para Puchalski et al. (2020), “boa parte dos pacientes com doenças em estágio avançado têm o desejo de se sentirem esperançosos e confiantes, mesmo diante da realidade em que estão vivendo”. Porque ao verem suas demandas espirituais atendidas durante o tratamento, entendem que existe o respeito relacionado aos seus desejos e as suas crenças, o que ajuda inclusive, a ressignificar o momento delicado que estão vivendo (MS, 2020).

#### 4) Apoio psicológico para todos os envolvidos no processo:

Mediante a temática desenvolvida pelos participantes da pesquisa, ficou clara a necessidade de atenção psicológica para pacientes, acompanhantes e profissionais, bem como desenvolver maneiras de manter a saúde mental no ambiente hospitalar. Segundo Leget

(2020), é necessário acolher a pessoa que sofre, manter uma escuta atenta e um olhar atento e escuta compassiva, buscando através desses movimentos minimizar o sofrimento, seja ele físico, emocional, psicossocial ou espiritual.

(...) Dependendo do cenário, do grau de sofrimento, da instabilidade clínica, do risco de morte, as relações entre usuário(s) e trabalhador(es) de saúde se produzem de modos muito diferentes. Com disposição e possibilidades muito distintas de fazer valer a autonomia (pelo lado do usuário) ou de fazer valer a autoridade (pelo lado dos trabalhadores). Lugares de máxima autonomia do usuário e de baixa instabilidade clínica (vida em evidência) - como na atenção básica e na atenção domiciliar - e lugares de mínima autonomia do usuário e alta instabilidade clínica (problema orgânico em evidência) - como no hospital e na UTI (FEUERWERKER, 2011).

(...) Ou pior, que o diagnóstico sirva para diminuir as chances de o usuário receber cuidados ou atenção que o coloquem em melhor posição diante dos desafios da vida.

(...) diagnósticos que sistematicamente fecham portas ao cuidado necessário - até o cuidado a outros problemas clínicos com que se defrontam ao longo da vida lhes é frequentemente negado (FEWERVERK, 2011, p. 47-50).

(...) Na mesma intensidade do não se deixar deprimir com “É preciso ocupar-se consigo mesmo”, mesclado com é cuidando-se sem parar que se pode salvar-se (CHAGAS, 2016, p. 264).

*“A gente se sente... eu, pelo menos, eu me sinto impotente, entendeu? Eu tô trabalhando aos poucos a minha cabeça. É... é... já estou bem melhor, por que... você tem que aguentar o tranco, porque... é da profissão e você presencia isso inúmeras vezes, né” (CRAVO 1).*

*“Ele tá com medo, naquele momento, tá com medo porque sabe, né? E começa a ficar apavorado e tudo mais. Então a gente, como profissional, trazer o conforto praquele paciente naquele momento” (LAVANDA).*

*“Eles falavam, ficavam conversando entre eles, ‘quem vai ser o próximo’. Olha que triste. Poxa! Daqui a pouco sou eu, passando pela mesma... eu sofrendo, sentindo aquela dor...’ Cara, eu acho que é tortura. Eu acho que é você... você antecipar a morte dos outros, porque você tá torturando os outros pacientes” (TULIPA).*

5) Estratégia de Educação Permanente em Saúde e mudança da realidade vivida por profissionais de saúde:

Mediante os resultados da pesquisa, incluir a EPS no manejo de CP é importante e faz-se necessário integrar a equipe multiprofissional para que haja melhor entrosamento entre esses especialistas e o aprendizado em seu local de trabalho. Após modificar e reconhecer a realidade vivida por cada um e suas perspectivas de mudança e melhoria, não se pode deixar de pensar na práxis de Paulo Freire e seus métodos de ensinar e aprender cotidianamente com amorosidade.

Ainda seguindo o pensamento do autor, Freire (2016) afirma que:

Não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino. Esses que - fazer esse encontram um no corpo do outro. Enquanto ensino continuo buscando, reprocurando. Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquiso para constatar, constatando, intervenho, intervindo educo e me educo. Pesquiso para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade (FREIRE, 2016, p.30).

“(...) a necessidade de implementar programas robustos de treinamento em CP para profissionais de saúde, tanto na graduação quanto na especialidade. Profissionais treinados são um recurso escasso em países de todos os níveis de renda” (OMS, 2018).

A Comissão do Lancet, (2020) defendeu que todos os profissionais de saúde que cuidam de pacientes gravemente enfermos deveriam ter treinamento básico em CP como parte de sua educação formal e OMS (2018) prevê o envolvimento com universidades e hospitais de ensino para incluir a pesquisa e o treinamento em CP como um componente integral da educação contínua, incluindo educação básica, intermediária, especializada e continuada.

*“Aluno não gosta de cuidar do paciente em cuidado de fim de vida, porque, dentro da cabeça deles, acabou, não tem mais nada pra fazer” (GIRASSOL).*

*“Pra ser sincero, durante a formação foi tão ativa que nunca ouvi falar em... na... Tô sendo sincero... em cuidados paliativos. Eu acho que naque... na minha época não existia isso”(CRAVO 2).*

A proposta de EPS é que a capacitação da equipe, os conteúdos dos cursos e as tecnologias a serem utilizadas sejam a partir da realidade, da observação dos problemas no processo de trabalho no cotidiano, para que sejam solucionados e gerem qualidade na oferta do serviço e satisfação do usuário. É o que é possível encontrar em Brasil (2005), que diz que é preciso “envolver dirigentes, profissionais em formação, trabalhadores, estudantes e usuários. Na prática, são eles que se ocupam do fazer, pensar e educar em saúde nas diferentes realidades do país e são eles que podem definir o que é preciso ensinar e aprender.

## 8 PRODUTO



Universidade Federal Fluminense  
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa Programa de  
Pós-graduação em Enfermagem  
Mestrado Profissional em Ensino na Saúde  
Formação Docente Interdisciplinar para o SUS

## **A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO FERRAMENTA NO MANEJO DOS CUIDADOS PALIATIVOS PARA A ENFERMAGEM ONCO-HEMATOLÓGICA**

**Registro do produto:** Registrado no portal eduCAPES após validação junto à banca de qualificação e aos participantes da pesquisa. Pode ser acessado através do *link*:  
<http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/741227>

1- Justificativa: Ao realizar pesquisa com 13 (treze) profissionais de Enfermagem do setor de Onco-Hematologia de um hospital no estado do Rio de Janeiro, referência para atendimento no tratamento de oncologia, percebeu-se a necessidade de Educação Permanente em saúde sobre cuidado paliativo.

2- Objetivo: Organizar reunião de equipe com uso da roda de conversa para discussão, reflexão e construção coletiva de conhecimento sobre cuidados paliativos.

Para atingir o objetivo proposto, o primeiro movimento, ou estratégia, será apresentar o resultado da pesquisa *A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO FERRAMENTA NO MANEJO DOS CUIDADOS PALIATIVOS PARA A ENFERMAGEM ONCO-HEMATOLÓGICA* ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde e à gestão do hospital, com vistas à pactuação, organização e realização de encontros com trabalhadores da saúde e gestores do hospital para discutir, refletir e posteriormente construir coletivamente um curso de cuidados paliativos.

3- Público-alvo: Trabalhadores da saúde e gestores. Podendo ser estendido para estudantes que atuam nos setores que poderão se beneficiar com a proposta.

4- Período: Proposta inicial de 4 (quatro) encontros de 30 a 40 min, uma vez por semana. À medida que o coletivo vislumbra a necessidade de outros encontros, novos arranjos poderão ser pactuados.

5- Método: Roda de conversa.

- Dinâmica Quebra-gelo: Consiste em uma apresentação pessoal de alguma característica própria que os outros participantes envolvidos não conheçam.
- Doces respostas - responde, passa ou repassa: Construir leveza e trazer o doce para ambiente e situações que às vezes não são nem um nem outro. Através da brincadeira,

de um pouco de ludicidade, proporcionar ambiente acolhedor, seguro e a possibilidade das pessoas se sentirem à vontade para conversar e trocar experiências. Para que fosse possível, as perguntas foram recortadas do questionário semiestruturado (Apêndice?), a fim de realizar sorteios nos quais, cada participante retira uma pergunta e uma bala para que, então, tenha início a atividade “Doces Respostas - responde, passa ou repassa”. Atividade realizada coletivamente.

- Questionário - Ao término da atividade *Doces Respostas*, entregar a cada participante o questionário (Apêndice?). O mesmo questionário utilizado na atividade Doces Respostas. A diferença é que no primeiro momento as respostas são compartilhadas e discutidas e agora cada participante fará o registro das suas respostas individualmente.

6- Materiais e ambiente necessários:

- Sala ampla com cadeiras soltas e a possibilidade de fazer roda com todos os participantes;
- Alimento: água, café, biscoito (doce e salgado) e açúcar;
- Copos descartáveis;
- Papel cartolina ou pardo;
- Canetas-pilotos;
- Fita adesiva ou fita-durex;
- 100 folhas tamanho A4;
- Canetas esferográficas.

7- Resultados esperados:

- Produzir intervenção nos participantes, diante da escuta intensiva e interessada proporcionada pela roda de conversa, além de instigar a construção de espaços coletivos de problematização e reflexões referentes ao conhecimento dos cuidados paliativos.
- Melhorar a qualidade das relações que se estabelecem nos processos de trabalho e integrar as equipes multiprofissionais.
- Melhorar a comunicação efetiva no setor, incluindo, inclusive, aumento da própria percepção e conhecimento sobre si, assim como sobre as outras pessoas.
- Direcionar atenção para a necessidade de conforto através da espiritualidade e apoio

psicológico para todos envolvidos no processo de cuidado paliativo.

- Criação do curso sobre cuidados paliativos para os usuários/pacientes e profissionais.

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO FERRAMENTA  
NO MANEJO DOS CUIDADOS PALIATIVOS PARA A ENFERMAGEM  
ONCO-HEMATOLÓGICA**

**QUESTIONÁRIO**

Nome:

Função:

Idade:

Tempo no setor:

1) Durante a sua formação/graduação, a questão da morte e do morrer foi abordada em algum momento? Se a resposta for positiva, em que momento? Como foi para você? O que você considera que aprendeu?

2) Você pode falar sobre o processo morte/morrer e como é sua abordagem?

3) Você conhece ou já ouviu falar sobre cuidados paliativos? Esses cuidados são ofertados neste setor? Você já ouviu falar em cuidados paliativos no SUS?

4) Os cuidados paliativos são e devem ser ofertados somente no final da vida?

5) Você vê alguma importância dos cuidados paliativos serem ofertados desde o diagnóstico? Por quê?

6) Você aceita participar da criação de um curso de cuidados paliativos?

7) Escreva 3 ou mais temas que considera importante estar no curso de cuidados paliativos.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante ao exposto, a intenção desta pesquisa foi responder às questões norteadoras: 1) O que pode ser feito para que profissionais da enfermagem tenham interesse em aprender e utilizar cuidados paliativos no dia a dia da assistência? 2) Como impactar no processo de aprendizagem sobre cuidado paliativo na equipe de enfermagem? e 3) De que maneira a Educação Permanente em Saúde pode colaborar na troca e/ou aquisição de conhecimento dos cuidados paliativos?

Objetivou-se registrar o conhecimento da equipe de enfermagem em relação ao uso dos cuidados paliativos na assistência integral na onco-hematologia e buscar formas para uma aprendizagem significativa com vistas à transformação da prática no cotidiano da equipe de enfermagem onco-hematológica, assim como selecionar temas para que, no próximo momento, seja feita uma construção coletiva que dê forma a um curso de cuidados paliativos para enfermagem.

A análise aponta que as rodas de conversa foram motrizes e produziram intervenção nos participantes, diante da escuta intensiva e interessada, além de instigar a construção de espaços coletivos de problematização na realização das “práticas e potencializar a produção de um novo pensar/fazer” no cotidiano. As *rodas de conversa* realizadas durante a pesquisa possibilitaram reflexões referentes ao conhecimento dos cuidados paliativos no setor de onco-hematologia do referido hospital.

Durante o desenvolvimento da pesquisa foi possível perceber, desde o primeiro momento que essa técnica, utilizada para levantamento de dados, possibilitou transformar uma metodologia de pesquisa como alternativa para melhorar a qualidade das relações que se estabelecem nos processos de trabalho. Assim, mais que uma técnica de pesquisa, as rodas de conversa abriram espaço para EPS e para que os participantes estabelecessem um espaço de troca, conversa e interação. O que proporcionou inclusive aumento da própria percepção e conhecimento sobre si, assim como sobre as outras pessoas.

Foram encontrados com a repetição das expressões a temática relevante para pesquisa; abordagem paliativa desde o diagnóstico e fim de vida; sensação de não ter nada para fazer quando chega o diagnóstico; entendimento de que o paliativo se aplica só na finitude; implementar o CP no setor; conhecimento sobre o cuidado paliativo; formação sobre morte/morrer/paliativo; necessidade de formar e integrar a equipe multiprofissional; comunicação efetiva no setor; necessidade de conforto através da espiritualidade; apoio

psicológico para todos os envolvidos no processo e criação do curso sobre cuidados paliativos como algo positivo para os pacientes e profissionais.

Desse modo, é preciso dizer que o cuidado paliativo deve ser algo que flui dos profissionais de saúde naturalmente, assim como a morte, que é algo natural e precisa ser evidenciada como tal. Além disso, ficou claro que o CP deve ser mais que uma tomada de decisão multiprofissional e familiar, ele consiste em um direito pessoal e é preciso ser respeitado. As equipes de enfermagem receberam bem a pesquisa e avaliaram que se sentiram privilegiados por terem direito de vez e voz e por serem protagonistas da pesquisa.

Vislumbrou-se a possibilidade da criação coletiva do curso e do grupo de pesquisa sobre cuidados paliativos e que esses sejam ofertados a todos os envolvidos no cuidado, esperançosos de que haja mudança na realidade do trabalho para melhoria da qualidade do serviço que afeta tanto a vida do usuário do SUS quanto do profissional de saúde e da coletividade.

As políticas de saúde apontam cada vez mais para a implantação e difusão do serviço de cuidados paliativos, o que aumenta a demanda por profissionais especializados e que desenvolvam práticas coerentes com os princípios do SUS no que tange à integralidade da assistência. A EPS mostra sua importância ao pôr luz nos problemas e dificuldades encontradas na realidade do trabalho e mostra que ainda existem barreiras a serem quebradas ou, ao menos, enfraquecidas para que as pessoas que demandam de CP os tenham de maneira integral.

A experiência piloto foi, sem dúvidas, a melhor decisão, pois ela viabilizou a realização da pesquisa de campo e também foi extremamente necessária para a coleta de dados. Em síntese, o encontro piloto foi o momento em que os amigos/participantes ofereceram, gentilmente, suas opiniões e colaborações para a mudança e, conseqüentemente, melhoria da pesquisa.

## 10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAS, Abul K. **Imunologia celular e molecular**/Abul K. Abbas, Andrew H. Lichtman, Shiv Pillai ; ilustração David L. Baker ; [tradução Anderson de Sá Nunes, Soraya Imon de Oliveira]. -9. ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. ARANTES, A. C. Q. Workshop Arte e ciência da prática de cuidar. Casa do cuidar. **A comunicação com pacientes e familiares**. YouTube, Disponível em: [http://workshop-amc-aula1- ACQA Educação](http://workshop-amc-aula1-ACQA Educação). acesso em: 09/05/2023

ANCP, **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/dia-mundial-cuidados-paliativos-2022>

ANCP, **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/dia-mundial-cuidados-paliativos-2022>

ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. ***Crterios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil***. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Análise institucional e recomendações para estrutura de programas de cuidados paliativos**. São Paulo: Diagraphic; 2018.

ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo:2012. p. 23-30

ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos. (Org.). Matsumoto, D.Y. Cuidados Paliativos: **conceito, fundamentos e princípios**. In: Carvalho, R.T.; Parsons, H. A. São Paulo: 2012.

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

BRASIL. Presidência da República. **Lei 9431 de janeiro de 1997**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/civil\\_03/Leis/L9431](http://www.planalto.gov.br/civil_03/Leis/L9431).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 2.616 de 12 de maio de 1998**. Brasília: Diário Oficial da União, 13 de maio de 1998. Seção 1.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, anexo XL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** (Origem: PRTMS/GM198/2004 e Portaria nº 1996 de 20 de agosto de 2007 GM/MS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 out. 2017. Seção 1.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde - conceitos e caminhos a percorrer**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação

contra a Covid-19. **PNO** [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. – 2. ed. – Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030** [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p.

CECCIM, Ricardo B.; Feuerwerker, Laura C. M. **O quadrilátero da formação para área de saúde; ensino, gestão, atenção e controle social**. Pysis: Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, N 14, V. 1. P 41-65, 2004.

CESAR, VS, et al. **Educação Permanente em Cuidados Paliativos: uma proposta de pesquisa-ação**. 2019. 11(n. esp): 324-332.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 564/2017**, sobre o novo Código de Ética da Enfermagem. Brasília, 2017.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS (Sistema CEP/CONEP-CNS). Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580>.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. 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 União. Publicado em: 23/11/2018, Edição: 225|Seção: 1| Página: 276.

DIAS, L. et.al.. (2021). **Cuidados paliativos oncológicos**: visão de familiares de pacientes acompanhados por uma equipe de consultoria/. *Journal Health NPEPS*, 6 (2).

ESPERANDIO, M. LEGET, C..Espiritualidade nos cuidados paliativos: questão de saúde pública? **Revista Bioética** Print version ISSN 1983-8042 On-line version ISSN 1983-8034 Rev. Bioét. vol.28, n. 3, Brasília Jul./Set. 2020 Doi:10.1590/1983-8042202028341

FEUERWERKER, LCM, Merhy EE. **A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas**. Reven Panan Salud Publica. 2008; 24 (3): 180–8.

FEUERWERKER, LCM. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. Saberes necessários à prática Educativa. 53. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

HOFFBRAND, A. V; P.A.H.MOSS. **Fundamentos em hematologia de Hoffbrand**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

HUAP-UFF. **Plano Diretor Estratégico 2021-2023**, pág. 2 de 109. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH aprovado na 7ª Reunião do Colegiado Executivo do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP-UFF) realizada em 17 de dezembro de 2020, constante no processo SEI23818.015047/2020 - 11 e disponível no endereço <http://www.ebserh.gov.br/web/huap-uff>.

INCA. **Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Acesso em 02/2023. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa>.

KNAUL, F.M. Alleviating the access by in palliative care and pain relief dan imperative of universal health coverage: **the Lancet Commission report**. Lancet 2018; 391:1391e14549

KLUBER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar os médicos, enfermeiros, religiosos e os seus próprios parentes. On death and dying.[Tradução Paulo Menezes]. 7ª edição, São Paulo: Editora Martins Fontes. 1996.

KASTRUP, V.PASSOS, E. **Cartografar é traçar um plano comum**. In: PASSOS, E. (Org.). Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum. Porto Alegre: Sulina, 2016.v. 2. p. 15-41.

MENDES R. et.al. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(6):1737-1745, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015216.07392016.

MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NICKEL, Luana et al. **Grupos de pesquisa em cuidados paliativos: a realidade brasileira de 1994 a 2014**. Escola Anna Nery, v. 20, n. 1, p. 70-76, 2016.

OMS. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. Genève: OMS, 2012.

PAREKH, A.C, Levoy K, Pandey S, et.al. **Integrating Palliative Care into Nursing Care**. AmJ Nurs. 2022 Nov 1; 122 (11): 40-45.

PASTRANA T. et.al. **Atlas de Cuidados Paliativos en Latino América**. 2020 (2ª ed.). Houston: IAHP Press. (2021).

PASSOS, E.et.al. Pistas do método da cartografia: **Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade/orgs.** PASSOS, E. KASTRUP, V. e ESCÓSSIA, L. – Porto Alegre: Sulina, 2015. 207 p.

ROSER, M.; RITCHIE, H. **Coronavirus Disease (COVID-19)**. Our World in Data,v.1,n.1, 4 mar. 2020. Retrieved from: <https://ourworldindata.org/coronavirus> [Online Resource] acesso: 20/12/2022.

SILVA CFS, et al. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18 (9); 2597-2604, 2013.

STOLARSKI, C. V.; TESTON, V.; KOLHS, M. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre suas atribuições legais. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 327–336, 1 set. 2009.

VICTOR, G.H.G.G. Cuidados Paliativos no Mundo. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2016; 62(3): 267-270.

OMS, World Health Organization. **National câncer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2nd. Edition, Geneve: 2002.

SAELZER CBB. **O cuidado em enfermagem desde as perspectivas da ética do cuidado e do gênero**. Invest educ enferm. 2013; 31(2): 243-51. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo>.

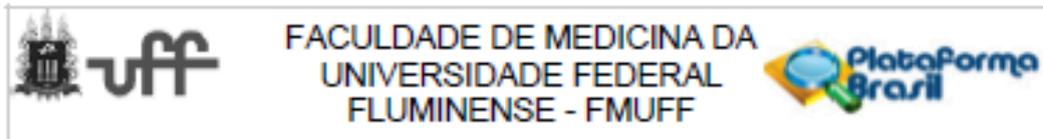
SAMPAIO, Juliana et al. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 18, n. 2, p.1299-1311, dez. 2014. Fap UNIFESP (SciELO).

VALENÇA,Cecília Nogueira et al. Vivências dos profissionais da enfermagem sobre procedimentos executados no hospital. **Revista Cubana de Enfermería**, [S.l.], v.32, n. 4, dic. 2016. ISSN 1561-2961.

VANDRÉ, Geraldo. **Pra não dizer que não falei das flores**. Rio de Janeiro. Gravadora: Som Maior 11/01/1978.

WHPCA: Word Hospice Paliative Care alliance. **Aliança Mundial de Cuidados Paliativos** 34-44. Britannia Street Londres WC1X9JG. Reino Unido: 2021.ISBN: 978-0-9928277-2

## ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A EPS COMO FERRAMENTA NA CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS PARA ENFERMAGEM ONCO-HEMATOLÓGICA

**Pesquisador:** NILCEIA PEIXOTO SOARES CUTALO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 55397122.5.0000.5243

**Instituição Proponente:** Mestrado Profissional de Ensino na Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.344.342

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de Mestrado Profissional de Ensino na Saúde, da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da UFF. Pesquisa qualitativa, na abordagem intervenção com uso de roda de conversa.

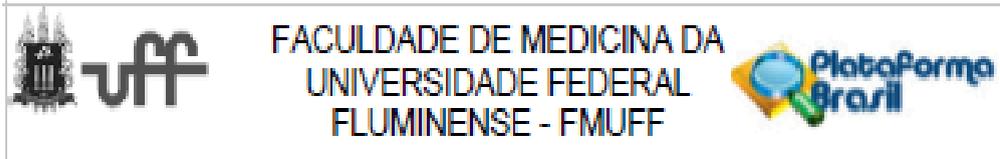
**QUESTÃO NORTEADORA:** Como resolver a lacuna na oferta dos cuidados paliativos para a continuidade da assistência de Enfermagem no ambiente hospitalar da onco-hematológica?

O desenvolvimento da pesquisa-intervenção ocorrerá com a adoção da roda de conversa. Serão realizadas 3(três) oficinas, 1(uma) oficina por semana, durante 3(três) semanas consecutivas com dinâmicas de rodas de conversas. A coleta de dados ocorrerá com a gravação digital dos encontros e posterior transcrição e mais os registros da pesquisadora através do Diário de Campo.

**Primeiro momento :** Será aplicado questionário semiestruturado constando 6 (seis) perguntas, com intuito de conhecer o entendimento dos participantes a respeito dos cuidados paliativos.

**Segundo momento:** Será dada continuidade as Oficinas com dinâmica de rodas de conversa. Serão 3 (três) rodas, 1 (uma) por semana, consecutivamente. Caso seja necessário para melhor finalização da coleta poderemos abrir mais 1 (uma) oficina. A duração de cada roda será de no

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar ( Prédio Anexo )  
 Bairro: Centro CEP: 24.033-900  
 UF: RJ Município: NITERÓI  
 Telefone: (21)2829-0189 Fax: (21)2829-0189 E-mail: etica.ret@id.uff.br



Continuação do Parecer: 5.344.342

máximo 30 (trinta) minutos para que não haja prejuízo da assistência de Enfermagem. Com base no questionário (primeiro momento), será aberta discussão sobre o tema e sua prática no dia a dia para melhora da qualidade no atendimento ao usuário, assim como solicitado o apontamento de temas que considerem importante para abordagem de Cuidado Palliativo.

Optou-se pela construção da oficina presencial tendo em vista que os profissionais de Enfermagem já estão trabalhando com os devidos cuidados frente à pandemia da COVID 19.

Terceiro momento: Será feita a oferta de participação na construção do curso de cuidados paliativos para enfermagem onco-hematológica hospitalar. Será realizado o convite para participação da construção do curso no momento de encerramento da oficina.

Quarto momento: Criar grupo de estudo sobre cuidados paliativos em consonância com a coordenação de Enfermagem do HUAP.

Quinto Momento : Elaboração coletiva do curso sobre Cuidados Paliativos para Enfermagem.

Com anuência e aceite de todas e todos os participantes, os encontros serão gravados com uso de aparelho digital e as gravações serão posteriormente transcritas.

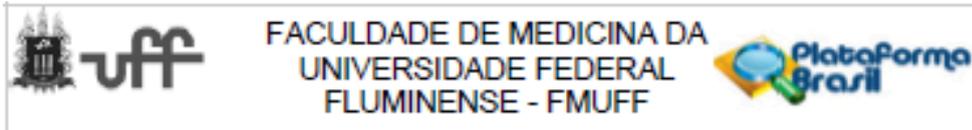
O cenário será um Hospital Universitário do Estado do Rio de Janeiro de grande porte, Integrado ao SUS, sendo referência na prestação de assistência médico-hospitalar de média e alta complexidade da Região Metropolitana II

Os participantes da pesquisa serão os 24 (vinte e quatro) profissionais da equipe de Enfermagem do setor de onco-hematologia: 17 (dezessete) Técnicos de Enfermagem e 5 (cinco) Enfermeiros dos dois horários, plantões diurnos e noturnos. Pretendo adequar os horários para contemplar os 2 (dois) turnos, sem prejuízo do bom andamento do serviço.

As respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo e não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação. Os resultados da pesquisa serão divulgados em meio científico: eventos ou periódicos, preservando o anonimato.

Critérios de inclusão: Serão incluídos na pesquisa os profissionais de enfermagem de nível médio e superior dos 2 plantões e dos turnos diurno e noturno, com mais de 6 (seis) meses de experiência no setor de onco-hematologia.

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar ( Prédio Anexo )		
Bairro: Centro		CEP: 24.033-000
UF: RJ	Município: NITERÓI	
Telefone: (21)2620-0180	Fax: (21)2620-0180	E-mail: etica.net@id.uff.br



Continuação do Parecer: 5.344.342

**Observações:**

- a cada 6 (seis) meses após a aprovação do projeto, deverão ser encaminhados relatórios parciais, através de Notificação na Plataforma Brasil, visando seu acompanhamento.
- o Relatório Final deve ser encaminhado após o encerramento do estudo, conforme Instruções disponíveis na página do CEP.
- Caso o pesquisador precise fazer Emenda ao Projeto, é obrigatório o envio antecipado de Relatório Parcial via Notificação. A Emenda só poderá ser solicitada após aprovação da Notificação com relatório parcial.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1887029.pdf	09/03/2022 01:04:18		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMestradoProfissional_MPES_NilceiaCutalo_Modificado.docx	09/03/2022 00:23:47	NILCEIA PEIXOTO SOARES CUTALO	Acelto
Orçamento	6.docx	08/03/2022 23:45:38	NILCEIA PEIXOTO SOARES CUTALO	Acelto
Cronograma	Cronograma_NilceiaSoares_Modificado.docx	08/03/2022 23:37:23	NILCEIA PEIXOTO SOARES CUTALO	Acelto
Outros	Carta_Resposta_NilceiaSoares.docx	08/03/2022 23:36:20	NILCEIA PEIXOTO SOARES CUTALO	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_NilceiaSoares_Modificado_CEP_HUAP_2022.docx	08/03/2022 23:31:10	NILCEIA PEIXOTO SOARES CUTALO	Acelto
Folha de Rosto	Img29012022_060.pdf	29/01/2022 12:01:58	NILCEIA PEIXOTO SOARES CUTALO	Acelto
Declaração de concordância	setor_Hematologia.pdf	28/01/2022 12:10:00	NILCEIA PEIXOTO SOARES CUTALO	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SEI_SEDE.pdf	28/01/2022 11:50:19	NILCEIA PEIXOTO SOARES CUTALO	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar ( Prédio Anexo )  
 Bairro: Centro CEP: 24.033-900  
 UF: RJ Município: NITERÓI  
 Telefone: (21)2629-0189 Fax: (21)2629-0189 E-mail: etica.ret@d.uff.br

## ANEXO II - NOTA PRÉVIA

DOI 10.21727/rgu.1311.3236

## A EPS como ferramenta na construção de conhecimento sobre cuidados paliativos para enfermagem onco-hematológica

EPS as a tool in the construction of knowledge about palliative care for onco-hematological nursing

EPS como herramienta en la construcción de conocimiento sobre cuidados paliativos para enfermería onco-hematológica

Nilceia Peixoto Soares Cútal<sup>1</sup>, Magda Chagas<sup>2</sup>

**Como citar esse artigo.** Cútal, N.P.S.; Chagas, M. A EPS como ferramenta na construção de conhecimento sobre cuidados paliativos para enfermagem onco-hematológica. *Revista Pró-UniversUS*, 2022 Jan./Jun., 13 (1): 133-137.



### Resumo

As doenças oncológicas configuram problema de saúde pública no mundo e sua incidência está relacionada tanto com o crescimento populacional, quanto o aumento da expectativa de vida e consequentemente o envelhecimento. As diretrizes para os cuidados paliativos no âmbito do sistema único de saúde (SUS) visam sobre "formar e qualificar profissionais aptos a ofertar o cuidado integral ao paciente em situação hospitalar que necessita de assistência de Enfermagem". A abordagem paliativa visa o alívio da dor, o diagnóstico precoce de doença incapacitante, o direito a vontade antecipada e a melhoria da qualidade de vida. O presente estudo tem como objetivo estudar a lacuna de conhecimento em cuidados paliativos na Enfermagem Onco-Hematológica de um hospital Universitário no estado do Rio de Janeiro tendo como ferramenta a EPS. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de abordagem intervenção com uso de roda de conversa. Como resultado esperado: selecionar áreas temáticas para a preparação conjunta do curso de cuidados paliativos; minimizar as barreiras e lacunas em relação as negativas das abordagens paliativas e aos dilemas éticos do processo de morte, morrer e cuidados paliativos.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Enfermagem Oncológica; Cuidados Paliativos; Educação Permanente.

### Abstract

Oncological diseases constitute a public health problem in the world and its incidence is related both to population growth, as well as to increased life expectancy and, consequently, aging. The guidelines for palliative care within the scope of the unified health system (SUS) deal with "training and qualifying professionals able to offer comprehensive care to patients in hospital care who need nursing care". The palliative approach aims at pain relief, early diagnosis of disabling disease, right to early will and improvement of quality of life. The present study aims to study the knowledge gap in palliative care in Onco-Hematological Nursing of a University hospital in the state of Rio de Janeiro using PHE as a tool. This is qualitative research, an intervention approach with the use of conversation wheel. As expected, result: Select thematic areas for elaboration in together with the palliative care course; Minimize barriers and gaps regarding negative approaches regarding palliative approaches and the ethical dilemmas of the death, dying and palliative care process.

**Keywords:** Oncology Nursing; Palliative Care; Continuing Education.

### Resumen

Las enfermedades oncológicas constituyen un problema de salud pública en el mundo y su incidencia está relacionada tanto con el crecimiento de la población, como con el aumento de la esperanza de vida y en consecuencia el envejecimiento. Las directrices para los cuidados paliativos en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS) se refieren a "la formación y cualificación de profesionales capaces de ofertar una atención integral a los pacientes en situación hospitalaria que necesitan cuidados de enfermería". El enfoque paliativo tiene como objetivo el alivio del dolor, el diagnóstico temprano de la enfermedad incapacitante, el derecho a la voluntad temprana y la mejora de la calidad de vida. El presente estudio tiene como objetivo estudiar la brecha de conocimiento en cuidados paliativos en Onco - Enfermería Hematológica de un hospital universitario en el estado de Rio de Janeiro utilizando PHE como herramienta. Esta es una investigación cualitativa, un enfoque de intervención con el uso de la rueda de conversación. Como resultado esperado: Seleccionar áreas temáticas para la elaboración para la preparación conjunta del curso de cuidados paliativos; Minimizar las barreras y brechas con respecto a los enfoques negativos con respecto a los enfoques paliativos y los dilemas éticos del proceso de muerte, muerte y cuidados paliativos.

**Palabras clave:** Enfermería Oncológica; Cuidados Paliativos; Educación Permanente.

#### Afiliação dos autores:

<sup>1</sup>Discente pós-graduação stricto sensu, Mestrado Profissional em ensino na saúde-MPES-UFF, RJ, Brasil. E-mail: nilceiasoares@id.uff.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8387-4997>

<sup>2</sup>Docente do curso de Mestrado Profissional em ensino na saúde-MPES-UFF, Dra em Enfermagem, UFF, RJ, Brasil. E-mail: magdachagas@id.uff.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3616-6745>.

\* E-mail de correspondência: nilceiasoares@id.uff.br

Recebido em: 15/03/22. Aceito em: 08/06/22.

## Introdução

Atualmente o aumento da expectativa de vida da população trouxe à tona a necessidade de incluir os cuidados paliativos na assistência integral à saúde nos programas de idosos, nos programas voltados às doenças crônicas degenerativas: demências, doença de Parkinson, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e doenças incapacitantes a vida. A OMS em um conceito ampliado dos cuidados paliativos nos traz que pode ser adaptado às realidades locais, utilizando os recursos disponíveis, e o perfil de saúde dos grupos atendidos naquele local.

Uma ação de saúde que poderia ser mais bem divulgado, os cuidados paliativos, que deveriam iniciar desde o diagnóstico, que torna o paciente o centro do cuidado, que leva em consideração suas vontades antecipadas e principalmente o alívio da dor e sofrimento, a população poderia desenvolver entendimento, aceitaria melhor as abordagens paliativas e poderia facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde, paciente e familiar.

As abordagens paliativas atendem ao princípio da integralidade do cuidado, presente na Resolução do Ministério da Saúde<sup>2</sup> que trata das diretrizes para os cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e versa sobre sua organização, nos remete a inserção de disciplinas sobre cuidados paliativos na graduação desde a formação, e especialização dos profissionais de saúde para que estejam aptos a ofertar tais cuidados visando o cuidado integral ao paciente em atenção hospitalar e que necessita da assistência de saúde, bem como da Enfermagem integrada a equipe multidisciplinar.

Para a OMS os cuidados paliativos<sup>3</sup> apresentam-se como uma ação de atenção à saúde com intuito de atender as necessidades básicas do ser humano, relaciona a assistência multiprofissional para melhoria da oferta de ações de saúde com pretensão a gerar qualidade de vida aos pacientes, tendo como base o atendimento integral e como estratégia ao enfrentamento da realidade, as mudanças significativas com práticas educativas de EPS<sup>4</sup> é uma solução aos problemas observados na assistência da Enfermagem, entende-se que seja elevado o quantitativo de pacientes necessitados de cuidados paliativos não alcançados ainda, já que esse se dá desde o diagnóstico das doenças consideradas incapacitantes e deveriam ser ofertados a portadores de doenças crônicas não contaminantes e portadores de HIV/AIDS.

Dessa maneira a propagação e conscientização sobre os cuidados paliativos nas unidades hospitalares se faz necessária e com destaque para a categoria de enfermagem, sabendo que essa relação de cuidados de Enfermagem perpassa apenas as ações de saúde, tendo em vista as relações pessoais, o profissional de Enfermagem

permanece maior parte do tempo no ambiente hospitalar, se torna próximo ao paciente e desenvolve uma relação de afeto, como não poderia ser diferente aos seres humanos.

O profissional de Enfermagem além do conhecimento técnico – científico<sup>5</sup> dá ênfase às relações interpessoais tão necessárias para o cuidado de qualidade e torna-se um “agente de mudanças capaz de interagir e intervir na sociedade, motivado pela transformação pessoal, profissional e social”. A lacuna na oferta de cuidados paliativos no que se refere ao princípio da integralidade do cuidado mostra que a necessidade para o portador de doença crônica que ameaça a vida, dialoga com a possibilidade da solução ou melhoria da prática no trabalho<sup>6</sup> pela problematização dessa realidade.

De acordo com a OMS<sup>7</sup> cada ano 40 milhões de pessoas necessita de cuidados paliativos, mas atualmente dos pacientes que necessitam desses cuidados no final da vida, apenas 14% tem sua necessidade atendida e apenas 10% das instituições tem o serviço de cuidados paliativos de forma efetiva que atenda o paciente em sua totalidade dentro de suas necessidades.

Considerando que deveríamos oferecer as ações de saúde multidisciplinar em cuidados paliativos para um atendimento integral ao paciente, visando atender a multidimensão do ser humano, tendo início no diagnóstico da doença até ao fim da vida, luto e pós luto. Dessa forma, na descrição do que é cuidado paliativo e o que não é; a OMS<sup>7</sup> em uma de suas definições trouxe para os cuidados paliativos a afirmação de direitos, dizendo: “Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”.

Conforme relato<sup>8</sup> muitos pacientes não gostam nem de pronunciar as palavras “morte” e “morrer”, mas trazem dentro de si a esperança de encontrar alguém que realmente tenha um tempo para ouvir de verdade e que esteja interessado em suas falas para se sentirem úteis e possam contribuir com algo positivo enquanto ainda estão vivos. “A morte em si não é um problema para o paciente, mas o medo de morrer nasce do sentimento de desesperança, de desamparo e isolamento que a acompanha”.

As diretrizes<sup>9</sup> para os cuidados paliativos no âmbito do sistema único de saúde (SUS) versam sobre formação de recursos humanos para o SUS onde precisamos “formar e qualificar profissionais aptos a ofertar o cuidado integral ao paciente em atenção hospitalar que necessita da assistência de Enfermagem integrada a equipe multiprofissional”. Nesses momentos tão difíceis do diagnóstico e prognósticos mediante a doenças incapacitantes a vida,

com abordagem paliativa visando o alívio da dor, a melhoria da qualidade de vida para estes e familiares, o direito de decisão sobre o cuidado a que será submetido, zelando pela integridade do paciente hospitalizado.

A tristeza existente no processo de morrer é natural, mas não podemos esquecer que existe também o colorido da vida em diferentes tons e nuances nos mostrando o valor da vida e da morte<sup>9</sup>! Estamos vivos! “a morte, é a outra parte, contraparte, cara-metade, a que cede e/ou precede a vida”. Realmente o processo de morrer não é para causar repulsa. É pra causar comoção e compaixão em nós, profissionais ou não! Em qualquer cidadão!

## Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na abordagem intervenção com uso de roda de conversa. A pesquisa qualitativa<sup>10</sup> “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

A pesquisa intervenção<sup>11</sup> surge quando a pesquisa ação passa a ser contestada por sua perspectiva de apenas conscientizar e sente-se a necessidade de interrogar e produzir novas análises. Com isso viabiliza a construção de espaços coletivos de problematização na realização das práticas e potencializa a produção de um novo pensar/fazer educação”. Assim “pesquisa-intervenção altera a clássica afirmação: “conhecer para transformar” da pesquisa-ação por “transformar para conhecer”.

O desenvolvimento da pesquisa intervenção ocorrerá com a adoção da roda de conversa<sup>12</sup>, uma vez que essa ferramenta demonstra sua importância ao criar um espaço em que o participante da pesquisa se relaciona de forma livre com seus saberes e suas vivências a ponto de exteriorizá-los para que haja a troca de saberes necessária entre os sujeitos da pesquisa e haja aprendizagem e modificação do pensamento e da realidade.

O cenário será um Hospital Universitário do Estado do Rio de Janeiro de grande porte, integrado ao SUS, sendo referência na prestação de assistência médico-hospitalar de média e alta complexidade da Região Metropolitana II. O seu modelo assistencial e suas diretrizes a partir do seu perfil assistencial voltado às necessidades de saúde da população, formação, ensino e pesquisa. É referência em tratamento oncológico, por isso a demanda é alta, possui uma enfermaria de hematologia onde são inseridos os pacientes onco-hematológicos para tratamento.

A área da enfermaria é dividida em três, inicialmente são divididos por gênero masculinos e femininos podendo alternar conforme a demanda e um isolamento equipado para pacientes críticos. Assim são 4 (quatro) leitos na área masculina, 4 (quatro) na

área feminina e 2 (dois) no isolamento, totalizando 10 (dez) leitos. No entanto, 8 (oito) leitos são utilizados em conformidade com as configurações do setor e o quantitativo da equipe de saúde multidisciplinar para manutenção da qualidade do serviço.

A coleta de dados em pesquisas qualitativas envolve, direta ou indiretamente, seres humanos e exigem que o projeto de pesquisa seja submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Assim, esse projeto será submetido ao CEP, via site Plataforma Brasil.

## Primeiro momento

Ao iniciarmos a oficina será aplicado questionário semiestruturado constando 6 (seis) perguntas, com intuito de conhecer o entendimento dos participantes a respeito dos cuidados paliativos.

## Segundo momento

Daremos continuidade as Oficinas com dinâmica de rodas de conversa. Serão 3 (três) rodas, 1 (uma) por semana, consecutivamente. Caso seja necessário para melhor finalização da coleta poderemos abrir mais 1 (uma) oficina. A duração de cada roda será de no máximo 30 (trinta) minutos para que não haja prejuízo da assistência de Enfermagem.

Será utilizado o espaço coletivo do setor de onco-hematologia para as oficinas com a equipe de Enfermagem sobre o tema de cuidados paliativos, seus conceitos, o que os profissionais participantes da pesquisa entendem sobre o assunto abordado, se ficam à vontade para ofertar os cuidados paliativos. Com base no questionário (primeiro momento), será aberta discussão sobre o tema e sua prática no dia a dia para melhora da qualidade no atendimento ao usuário, assim como solicitado o apontamento de temas que considerem importante para abordagem de Cuidado Paliativo.

Optamos pela construção da oficina presencial tendo em vista que os profissionais de Enfermagem já estão trabalhando com os devidos cuidados frente à pandemia da COVID 19.

Nossa pretensão é iniciar a oficina em abril de 2022. Caso a aprovação do CEP ocorra em período posterior ao apontado no cronograma, informo que mudarei o meu cronograma para o mês apropriado.

## Terceiro momento

Será feita a oferta de participação na construção do curso de cuidados paliativos para enfermagem onco-hematológica hospitalar. Será realizado o convite para participação da construção

do curso no momento de encerramento da oficina.

#### Quarto momento

Criar grupo de estudo sobre cuidados paliativos em consonância com a coordenação de Enfermagem do HUAP, com intuito de fortalecimento das políticas públicas de saúde, visando melhoria para os usuários do SUS, lançando mão da estratégia de EPS para mudança da realidade conforme a "práxis de Paulo Freire, como problematização da realidade. "A teoria sem a prática vira 'verbalismo', assim como a prática sem teoria, vira ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade."

#### Quinto Momento

Elaboração coletiva do curso sobre Cuidados Paliativos para Enfermagem.

Com anuência e aceite de todas e todos os participantes, os encontros serão gravados com uso de aparelho digital e as gravações serão posteriormente transcritas. Os áudios serão arquivados em HD externo, seguindo compromisso de proteção dos participantes, considerando que o armazenamento em alguma "nuvem" pode oferecer risco. O pesquisador tem a responsabilidade de manter o armazenamento adequado dos dados coletados, bem como os procedimentos para assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa.

#### Aspectos Éticos da Pesquisa

Esta pesquisa seguirá as recomendações da Resolução CNS/MS nº 580, de 22 de março de 2018, que regulamenta normativas relativas às especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS, assim como a Resolução CNS/MS nº 466/2012, que trata de garantir os direitos dos participantes das pesquisas descrevendo os caminhos éticos que devem ser seguidos (CNS, 2018). De acordo com a resolução 466/ 2012, que trata das pesquisas com seres humanos, ao participante pesquisado, individual ou coletivamente, de caráter voluntário é vedado qualquer forma de remuneração, deverá estar esclarecida quanto ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), com assinatura e comprometimento do pesquisador.

#### Resultados Esperados

Pretende-se com esse estudo pesquisar o conhecimento da equipe de Enfermagem sobre os cuidados paliativos onco-hematológico na atenção hospitalar e a melhor ferramenta de educação permanente na saúde que facilite a concepção efetiva de ações educativas para intervenção e melhoria para o problema na atenção hospitalar e potencializar a ação pedagógica na perspectiva da melhoria dos serviços de saúde no âmbito do SUS.

Espera-se que as barreiras existentes sejam quebradas ou enfraquecidas no que se refere às negativas a respeito das abordagens paliativas e aos dilemas éticos do processo morte, morrer e cuidados paliativos e que as possíveis questões de conhecimento entre outras que se apresentam no dia a dia, como: fazer ou não a palição, quando iniciar, e se gera qualidade de vida, sejam mais esclarecidas.

Contribuir para minimizar a falha curricular na continuidade da formação de profissionais aptos as práticas das abordagens paliativas no conhecimento, na vivência e na realidade de cada profissional para melhoria da qualidade na prática dos cuidados a saúde na atenção hospitalar.

#### Referências

1. OMS World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd. edition, Geneva: OMS, 2002.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Diário Oficial Da União. Resolução Nº 41, De 31 De Outubro DE 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, a luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Publicado em: 23/11/2018 | Edição: 225 | Seção: 1 | Páginas: 276. Orgão: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro/Comissão Intergestores Tripartite.
3. WHO, World Health Organization. Palliative Care. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programs. Module 03. Geneva, 2007.
4. Coccim, Ricardo B.; Feresweker, Laura C. M. O quadrilátero da formação para área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Pyxis: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2004;14(1):41-65.
5. Stolarski CV, Teston V, Kolts M. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre suas atribuições legais. *Ramo - Rev. Min. Enferm* 2009; 13(3): 327-36. Disponível em: <http://ramo.org.br/artigo/detalhes/196>
6. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 27 ed. rio de janeiro: paz e terra, 1996.
7. WHO, Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. WHO, England, 2014.
8. Elisabeth Kluber-Ross. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais tem para ensinar os médicos, enfermeiros, religiosos e os seus próprios parentes. On death and dying. Tradução Paulo Maneser. Editora Martins Fontes.1969.
9. Chagas MS. Chamei a morte para roda e ela quis dançar ciranda, mudança: estudo descritivo sobre o processo de cuidar diante da finitude / Magda de Souza Chagas. Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2016.
10. Minayo MCS (org). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 29

ed. Petropolis: Vozes, 2010.

11. Dias ESM, Rodrigues ILA, Miranda HR, et al. Roda de conversa como estratégia de educação em saúde para a enfermagem. *Rev Fund Care Online*. 2018 abr/jun; 10(2):379-384. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-3361.2018.v10i2.379-384>

12. Mendes R, et al. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar "com". *Ciênciis & Saúde Coletiva*, 2016; 21(6): 1737-1743. DOI: 10.1590/1413-812320152116.07392016.

13. Fenservaker LCM, Marley EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Revista Panam Salud Publica*. 2008; 24(3):180-8.

14. INCA. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa>.

15. OMS. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. Geneva: OMS, 2012.

16. Saelzer CBB. O cuidado em enfermagem desde as perspectivas da ética do cuidado e do gênero. *Invest Educ Enferm*. 2013 31(2):243-51. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-3072013000200010](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-3072013000200010)

## ANEXO III - RESUMO DO 15º CONGRESSO INTERNACIONAL REDE UNIDA



Identificador do trabalho: **15660**

Autor(es):

**Nilceia Soares Cútaló, Magda Chagas**

O trabalho intitulado:

**CUIDADOS PALIATIVOS GERIÁTRICOS NA ATENÇÃO HOSPITALAR DURANTE A PANDEMIA DE COVID 19: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Foi aprovado no 15º Congresso Internacional da Rede Unida para apresentação em modalidade oral.

Vitória, 12/12/2022

Link verificador:

<http://www.redeunida.org.br/pt-br/evento/11/menu/trabalhos-aprovados-15/15660/>

Comissão Científica

**15º Congresso Internacional da Rede Unida**

Associação da Rede Unida

CNPJ: 05.020.154/0001-69

Secretaria Executiva

Rua São Manoel, 496 – Bairro Santa Cecília

Porto Alegre/RS – CEP: 90.620-110

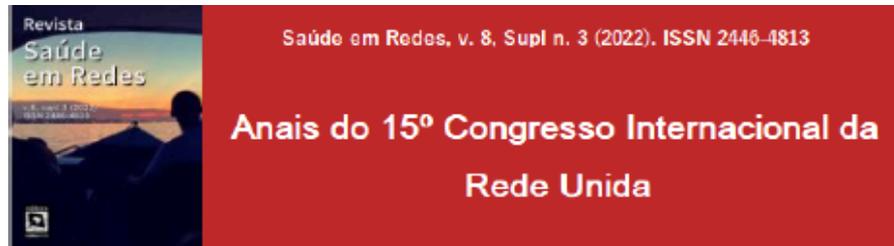
Fone: (51) 3391-1252

E-mail: [secretaria@redeunida.org.br](mailto:secretaria@redeunida.org.br)

Site: <http://www.redeunida.org.br/pt-br/evento/11/>

v. 8 n. sup3 (2022): Revista Saúde em Redes - Anais do 15º Congresso Internacional da Rede Unida - Anais do 15º do Congresso Internacional da Rede Unida - Os Anais foram divididos em 27 documentos. Para encontrar o seu resumo acesse o Sumário Geral e veja em qual documento/parte ele está. Destaca-se que o DOI para todos os resumos é o DOI geral da edição. DOI: 10.18310/2446-48132022 v. 8 nsup 3 DOI:

<https://doi.org/10.18310/2446-48132022v8nsup3>.

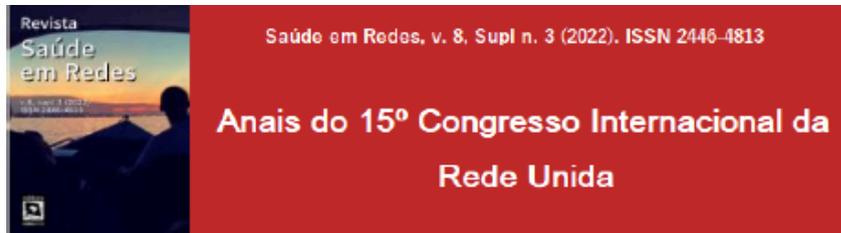


Trabalho nº: 15660

Título do trabalho: CUIDADOS PALIATIVOS GERIÁTRICOS NA ATENÇÃO HOSPITALAR DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA  
 Autores: NILCEIA SOARES CÚTALO, MAGDA CHAGAS

**Apresentação:** Esse trabalho trata de um relato de experiência vivido em um hospital de campanha no Estado do Rio de Janeiro, hospital criado para atender as demandas das internações pela doença originada pelo novo corona vírus (SARS-CoV-2) a covid-19. O impacto anunciado da doença na população de pessoas idosas ocorreu e ocorre principalmente pelas comorbidades e fragilidades de situação de saúde, que colocou essa faixa da população no grupo de risco, deixando às claras as necessidades do atendimento integral nas ações de saúde e a implementação dos cuidados paliativos nas instituições hospitalares e de ensino. **Objetivo:** Assim, o objetivo é relatar a vivência num ambiente multiprofissional e interdisciplinar no atendimento aos pacientes idosos hospitalizados, portadores de doenças crônicas ou agudizadas pela presença da covid-19. **Desenvolvimento:** O hospital de campanha criado em 01/05/2020, possuía 500 leitos e funcionou entre 01/05/2020 e 06/01/2021. Planejado para atender casos que necessitavam de internação/intervenção hospitalar de média e alta complexidade, possuía 100 leitos de "UTI". A população de pessoas idosas atendidas apresentava, em sua maioria, características como: idade acima de 80 anos, internação em instituições de longa permanência, atrofias de longa data, necessidade de suportes ventilatórios, nutricionais e medicamentosos. Essas pessoas/usuários e não foram poucos os casos, chegavam a apresentar, já na chegada à internação, situação incompatível com vida e ainda assim, a implantação da palição como terapêutica efetiva foi pouco utilizada e os cuidados paliativos foram subutilizados. Foi possível perceber a manutenção de ofertas com vistas ao restabelecimento das funções fisiológicas e a busca pelo prolongamento da vida quando a vida não estava mais presente e a negação e/ou aceitação da morte, da boa morte. Nesse ambiente chamou atenção a internação de um Sr. cujas características destacadas acima estavam presente e ele era elegível a abordagem paliativa, porém tal cogitação, gerou desconforto, dilemas éticos na equipe multi e o aparecimento das dúvidas sobre iniciar os cuidados paliativos ou submetê-lo a toda sorte de dores com procedimentos fúteis, desnecessários e constrangimentos onde em nada alteraria o seu quadro de saúde. Foi aberto um espaço de diálogo, uma roda de conversa de onde emergiu como resultado iniciar palição com analgesia, conforto, dignidade na hora da morte e a boa morte. **Impacto:** Atualmente vemos o aumento da população idosa, que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)

4097



é justificada pelo aumento da expectativa de vida. Hoje temos 22,9 milhões de brasileiros na faixa dos 60 anos ou mais (11,34% da população) e estima-se que em 30 anos essa população triplique, serão mais de 60 milhões de idosos em relação ao que temos hoje estatisticamente, com isso aumenta a cronicidade das doenças existentes e a necessidade de ações de saúde. A Organização das Nações Unidas (ONU) criou como estratégia para melhoria da qualidade de vida dos idosos a “década do envelhecimento saudável”, 2021-2030, na esperança de que políticas públicas sejam criadas e que alcance não só uma categoria de idade, mas que sirva de preparação para todos. Uma das ações no contexto da saúde que poderia ser utilizada seriam os cuidados paliativos com abordagens para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que ameaçam a vida e elevam as estatísticas de pessoas que seriam elegíveis a serem atendidas por profissionais capacitados para as práticas paliativas. No entanto, a qualificação do profissional de saúde em cuidados paliativos por meio do ensino, tanto no nível médio quanto na graduação ainda não é uma realidade no Brasil. O surgimento do novo corona vírus (SARS-CoV-2) e a pandemia da covid-19, que a princípio colocou em risco os idosos por suas fragilidades na saúde, elevou e muito o número de internações e mortes desse grupo de pessoas e expôs a necessidade das instituições hospitalares em estabelecer um plano de cuidado seguro. O que chamou atenção para no relato apresentado foi perceber que muitos profissionais da saúde (a equipe multidisciplinar) não possuem ciência das abordagens paliativas efetivas para melhora da qualidade de vida dos pacientes geriátricos hospitalizados. Dessa forma, os cuidados paliativos são subutilizados. Na maioria das vezes, quando é instalado, quando o Cuidado Paliativo é prescrito, ocupa o mesmo lugar de quando alguém joga a toalha em uma luta. No entanto há muito que se aprender e entender que: É possível acrescentar vida aos anos e não apenas anos a vida; assim como “Qual tipo de vida é ofertada”, apenas para que se ganhe a luta? A palição pode ser o primeiro passo rumo à terapêutica dos cuidados paliativos, com intuito de acrescentar qualidade de vida em todas as dimensões do ser humano. Caso esses fossem ofertados, como diz a OMS, em qualquer espaço que se tenha vida, pessoas com demandas em sua humanidade seriam atendidas e acolhidas por pessoas dispostas a ofertar cuidado. Esse pode ser residencial, ambulatorial, hospitalar, em toda sociedade, vivenciando aspectos de saúde, éticos, psicológicos, sociais e espirituais em que cuidados paliativos deixariam de ser subutilizados ou mal compreendidos. A triste experiência de perceber que pouco sabemos sobre abordagens paliativas geriátricas, deixa claro que apesar de órgãos importantes da saúde levantarem essa discussão há décadas, ainda é deficitária a implementação dos cuidados paliativos no ambiente hospitalar. Ao mesmo tempo, as instituições de

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do Projeto: **A Educação Permanente em Saúde como ferramenta no manejo de cuidados paliativos para a enfermagem onco-hematológica.**

Pesquisador Responsável: **Nilceia Peixoto Soares Cútaló.**

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Mestrado Profissional de Ensino na Saúde – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – Universidade Federal Fluminense (UFF).

Telefones para contato do Pesquisador: (21) 9873-64159

Outras formas de contato com a pesquisadora: nilceiasoares@id.uff.br

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Prezado(a) participante:

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa do Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF), sob responsabilidade da pesquisadora Nilcéia Peixoto Soares Cútaló, orientada pela Profa. Dra. Magda Chagas, cujo título é **“A Educação Permanente em Saúde como ferramenta no manejo de cuidados paliativos para a enfermagem onco-hematológica.** O estudo visa contribuir nas áreas de ensino, pesquisa e assistência, ampliando o conhecimento sobre cuidados paliativos e a integração da prática da Educação Permanente em Saúde (EPS) em atenção hospitalar de saúde, na perspectiva da melhoria da assistência de enfermagem ao usuário do SUS.

O objetivo principal da pesquisa é estudar a lacuna de conhecimento em cuidados paliativos na enfermagem onco-hematológica de um hospital universitário no estado do Rio de Janeiro. Para a coleta de informações da pesquisa será realizada a roda de conversa, onde participantes se sentam em círculo para troca de ideias sobre determinado assunto e todos têm a oportunidade de expressar o que sabem e pensam. A moderação desta dinâmica será realizada pela pesquisadora responsável. Antes da oficina começar você será convidado a responder um questionário com 6 (seis) perguntas, esta atividade tem como objetivo apenas saber o seu conhecimento referente a Cuidados Paliativos. Assim como no questionário, todas as informações que você compartilhar conosco serão protegidas, cuidadas e ao serem utilizadas para publicação e apresentação dos resultados, tomaremos o cuidado de não te identificar. A coleta das informações durante as oficinas de Roda de Conversa ocorrerá através de gravação por aparelho digital e as transcrições ocorrerão na íntegra. Os dados serão categorizados e analisados à luz do referencial teórico.

Participar de uma pesquisa sempre envolve risco, nesta pesquisa os riscos ainda que mínimos estão presentes. Sendo possíveis os estranhamentos e constrangimentos, tanto durante a resposta ao questionário, quanto na participação da roda de conversa. Estes serão minimizados pelo fato de você ter o direito de decidir permanecer ou afastar-se do estudo a qualquer momento, retirando seu

consentimento, o que não lhe trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora, com seus pares ou instituição envolvida. É garantido o direito de se recusar a responder a qualquer pergunta, que ocasione constrangimento de qualquer natureza, e é garantido o sigilo dos participantes e a proteção de informações por eles fornecidas.

Caso você sinta algum constrangimento ocorrerá a interrupção da atividade imediatamente e você poderá não responder a alguma pergunta do questionário ou não participar de alguma atividade da oficina que não se sinta confortável. Em relação ao desconforto, poderá ser retomada a atividade ou questionário em outro momento em que o participante se sentir mais à vontade, ou será interrompida a participação, de acordo com a decisão da pessoa.

As respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo e não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação. Os resultados da pesquisa serão divulgados em meio científico: eventos ou periódicos, preservando o anonimato. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar a troca de conhecimento e refletir sobre o seu trabalho como profissional de saúde e integrante das equipes de trabalho no SUS, além do compromisso da pesquisadora em socializar os resultados coletivos da pesquisa futuramente.

Você não terá qualquer custo na participação da pesquisa. Sua participação é voluntária, assim não receberá qualquer forma de pagamento pela sua participação no estudo. O encontro, com duração de no máximo 40 (quarenta) minutos, como pesquisador para a realização das oficinas com dinâmica de rodas de conversa, será pré-agendado, adequando-se a sua rotina de trabalho, observando o melhor horário para que não haja impacto na assistência de enfermagem, para tal recebemos a ciência e aprovação do coordenador do setor de onco-hematologia. Ao término da leitura deste documento e sanadas suas dúvidas, você receberá uma cópia deste termo onde constará o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, a qualquer momento. É importante que você saiba que os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEP leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e buscando garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEP procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEPFM/UFF), por e-mail ou telefone, de segunda à sexta, das 08:00 às 17:00 horas: E-mail: [etica.ret@id.uff.br](mailto:etica.ret@id.uff.br) - Tel/fax: (21) 2629-9189. Endereço: Rua Marques do Paraná, número 303, 4º andar, prédio anexo ao HUAP, Niterói, Rio de Janeiro.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado(a) e concordo em ser participante, do projeto de pesquisa acima descrito.

Niterói, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

---

(Nome e assinatura do participante)

---

(Nome e assinatura da pesquisadora)

**OBS: Duas vias devem ser feitas, uma para o participante e outra para o pesquisador.**

## APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO

### EQUIPE DE ENFERMAGEM ONCO-HEMATOLÓGICA:

Nome:

Função:

Idade:

Tempo no setor:

- 1) Durante a sua formação/graduação, a questão da morte e do morrer foi abordada em algum momento? Se a resposta for positiva, em que momento? Como foi para você? O que você considera que aprendeu?
- 2) Você pode falar sobre o processo morte/morrer e como é sua abordagem?
- 3) Você conhece ou já ouviu falar sobre cuidados paliativos? Esses cuidados são ofertados neste setor? Você já ouviu falar em cuidados paliativos no SUS?
- 4) Os cuidados paliativos são e devem ser ofertados somente no final da vida?
- 5) Você vê alguma importância dos cuidados paliativos serem ofertados desde o diagnóstico? Por quê?
- 6) Você aceita participar da criação de um curso de cuidados paliativos?
- 7) Escreva 3 ou mais temas que considera importante estar no curso de cuidados paliativos.

## APÊNDICE C - SE VOCÊ PODE PENSAR, VOCÊ PODE POETIZAR!

Tem poetas na enfermagem?

Tem! Sim, senhor!

Que a enfermagem é uma arte já se sabe

Que a arte da enfermagem é ciência, também

Que são muitos os encontros que acontecem nos plantões

E desencontros acontecem ainda mais então

São pessoas que discordam entre si e do que de fato são

São fatos que não condizem com que as pessoas realmente são

São julgados por apenas um ato ou uma fala

Não é o quê dizem no momento da realização da sua arte ou quando fazem ciência que

realmente as fazem ser o que são

As próprias pessoas com suas atitudes mostram ser capazes ou não de atuar nessa tão linda  
missão.

Vamos nos permitir!!

E a vida?

E a vida o que é?

Viver é não ter a vergonha de ser feliz

É nos permitir viver e sonhar

Conseguir caminhar, sonhar

e nos permitir

ser centro da nossa vivência

Enquanto eu sou o centro de toda a realidade da minha realidade

Mas, que não desconheço a história dos outros e a humanidade dos humanos

de culturas diferentes de reconhecimento do eu

O eu, o seu eu não pode ser dito por ninguém

Só por você mesmo

e só você pode ser, o seu EU no todo como no mundo!

Edgar Morin (Complexo)

Repensar a reforma  
reformular o pensamento  
Qual o seu lugar de fala?  
Meu lugar de fala?  
A tristeza da despedida  
É do lugar em que eu estou  
ou sou ou ocupo  
que dia triste!  
Mesmo sabendo que será  
para sua melhora e realização profissional  
No entanto, já está fazendo falta  
tá fazendo, falta, sua calma  
o seu direcionamento sua experiência  
está fazendo, falta, seu conhecimento  
e cuidado com todos nós da equipe,  
Portanto, nada mais será como antes!!!

Afastamento do social!

Eu tenho saudade de mim  
quando me juntava  
eu tenho saudade de tudo  
até do que eu não fazia  
saudade de pensar muitas horas na academia  
saudade de passear na praia no shopping  
e saborear comidas diferentes  
e de viajar para lugares novos  
e outros lugares  
que só no pensamento visitei  
Que saudade!  
quanto tempo não me juntei  
com pessoas e lugares que sonhei!!!  
Eu já  
eu já estava segura,  
mas agora sinto que insegura posso caminhar mais longe!  
Estudar mais,  
E estarmos perto de saberes antes não sabidos!!

Brindemos à persistência!

As situações da vida nos levam a conviver com o quase, a todo o momento muitas são as portas fechadas, às vezes ilusões, as humilhações que nos fazem crer que somos incapazes e quase nos fazem desistir de sonhar e refazer os nossos planos, mas continuamos com o sentimento guardado, esperando o momento certo de agir, assim, quase desistir, não é desistir de vez, é caminhar mesmo querendo ficar parado, quando ao sinal de uma possibilidade, nos agarramos com tudo para realizar o que ficou guardado e continuar a caminhada até o final rumo à premiação, que só é dada a quem persevera com amor e disciplina.

Conseguimos alcançar, alcançando cada dia!