



## **Implantação de um Programa Multiprofissional de Assistência em Cuidado Paliativo: Relato de Experiência**

*Ana Paula Ribeiro Toldo<sup>1</sup>; Hildegard Magdalena Klever Krause<sup>2</sup>; Inez Maria de Fátima Robert<sup>3</sup>*

**Resumo:** Cuidado paliativo é uma abordagem que ampara a assistência do profissional de saúde nos cuidados aos doentes em situação de intenso sofrimento, decorrente de doença que ameaça a continuidade da vida, tendo como objetivo promover alívio do sofrimento e qualidade de vida do paciente e familiares, dentro das medidas possíveis e até o fim da vida. O estudo teve por objetivo realizar e descrever a implantação e implementação de um programa multiprofissional de assistência em Cuidado Paliativo. O estudo caracterizado como uma pesquisa ação, apresenta 5 fases para o desenvolvimento da proposta do serviço. Com a implementação do programa, pode-se proporcionar a humanização da equipe multiprofissional no trato aos pacientes e familiares. Dentre as expectativas que se atribuíram à proposta de criação de um serviço de cuidado paliativo, sua criação e aplicação foram realizadas dentro do tempo esperado, além de um aproveitamento e resultados maior do que os previamente previstos.

**Palavras-Chave:** Cuidado paliativo; doente crônico; assistência.

## **Implementation of a Multiprofessional Assistance Program in Palliative Care: Experience Report**

**Abstract:** Palliative care is an approach that supports the assistance of health professionals in the care of patients in situations of intense suffering, resulting from a disease that threatens the continuity of life, aiming to promote relief of suffering and quality of life for patients and their families, within of possible measures and until the end of life. The study aimed to carry out and describe the implementation and implementation of a multiprofessional assistance program in

---

<sup>1</sup> Autor correspondente: Graduada em Psicologia, Autora principal, Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (HRHDS) e Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE), Joinville, SC, Brasil. toldo.ana@gmail.com;

<sup>2</sup> Psicóloga, Supervisora Técnica, Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (HRHDS), Joinville, SC, Brasil. hildegard.krause@gmail.com;

<sup>3</sup> Psicóloga, Professora Orientadora, Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE), Joinville, SC, Brasil. inezrober@gmail.com.

Palliative Care. The study characterized as action research, presents 5 phases for the development of the service proposal. With the implementation of the program, the humanization of the multidisciplinary team in dealing with patients and families can be provided. Among the expectations that were attributed to the proposal to create a palliative care service, its creation and application were carried out within the expected time, in addition to a better use and results than those previously expected.

**Keywords:** Palliative care; chronically ill; assistance.

## **Introdução**

A cura da doença em nossa sociedade vem sendo considerada o foco principal dos serviços de saúde, o desenvolvimento da tecnologia médica, dos diagnósticos e tratamentos cada vez mais sofisticados tem levado ao prolongamento da vida, embora nem sempre tenhamos garantia da qualidade desta, principalmente no caso de pacientes gravemente enfermos. Quando não há mais alternativas de cura e a possibilidade inevitável da morte se aproxima, pode ser considerado quase um fracasso para os profissionais envolvidos, a equipe muitas vezes, se sente despreparada para tratar e cuidar do sofrimento do doente e isso respalda na qualidade dos cuidados que este paciente vai receber. A abordagem desses aspectos do final da vida, pelos serviços e pelos profissionais de saúde, torna-se instigante e perturbadora, sendo difícil de lidar (HERMES e LAMARCA, 2013).

A situação de agravamento de uma doença e a proximidade da morte são fatores que perturbam de forma prejudicial a comunicação entre o paciente, os familiares e a equipe profissional, na tentativa da proteção, geram o silêncio frente à terminalidade. Neste contexto, se observa que não se fala sobre o que está acontecendo, os sentimentos são ocultados, é realizado um esforço para que a realidade não seja discutida; não é desempenhada nenhuma energia para a expressão da realidade sobre a doença, a comunicação se torna superficial; ocorre certo distanciamento da situação vivida; é desenvolvido um sentimento de solidão e incerteza em todos os envolvidos nos cuidados, principalmente no paciente (KOVACS, 2008).

O cuidado paliativo é uma abordagem que surge para amparar a assistência do profissional de saúde nos cuidados aos doentes em situação de intenso sofrimento, decorrente de doença incurável e que ameaça a continuidade da vida, tendo como objetivo principal promover o alívio do sofrimento e a qualidade de vida do paciente e familiares, dentro das medidas possíveis e até o fim da vida. Para que o uso desta abordagem seja efetiva, é importante que ela seja empregada precocemente, desde o momento do diagnóstico ou quando um

tratamento de cura perde a eficácia, pois suas ações não se resumem apenas a fase final da vida, mas durante todo o processo de progressão da doença (MACIEL, 2008).

A prática do cuidado paliativo em um hospital traz muitos benefícios ao paciente e seus familiares, estudos demonstram que ajuda na redução e melhor controle da dor, na satisfação, bem-estar e qualidade de vida do paciente. Cuidado paliativo também produz ganhos indiretos, como o preparo da equipe para lidar com o paciente em sofrimento, ganho financeiro decorrente da diminuição do tempo de internação em Centro de Terapia Intensiva (CTI) e outros setores de internação, redução de custos relacionados à utilização de medicações e intervenções desnecessárias e alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial e hospital-dia (MONTAGNINI, 2008).

Ao observar que a demanda de pacientes com doenças crônicas e sem possibilidade de cura tem se tornado frequente no cotidiano do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (HRHDS) e, diante da falta de consciência da necessidade de atendimento com qualidade a estes pacientes, assim como a ausência de serviços voltados para o atendimento deste doente e de seus familiares, surgiu a preocupação com a preparação, a capacitação de profissionais e o desenvolvimento de um serviço para atender estes pacientes com respeito, compromisso, solidariedade e responsabilidade.

À vista disso, surgiu a proposta de criação de um serviço de cuidado paliativo, portanto este estudo teve por objetivo realizar e descrever a implantação e implementação do Programa Multiprofissional de Assistência em Cuidado Paliativo no HRHDS, de forma sistematizada a oferecer assistência ao doente crônico.

Este estudo realizado como trabalho de conclusão do curso de Psicologia, visa apresentar todas as etapas percorridas para o desenvolvimento do programa, desde a pesquisa bibliográfica realizada para embasar o trabalho, com os conceitos, teorias e abordagens adotadas, e também buscando apresentar e expor todo o processo de planejamento e construção do programa, abarcando o acompanhamento integral dos profissionais ao doente crônico e, contribuições para proporcionar aos mesmos, melhor qualidade de vida. O artigo também aborda os diversos aspectos considerados durante o desenvolvimento das ações em campo, bem como explana sobre as situações ou considerações que surgiram em decorrência das ações realizadas. Cabe destacar que o desenvolvimento do tema só foi possível em função das autoras possuírem vínculo com a instituição.

## Metodologia

O estudo caracterizou-se como uma pesquisa ação, com procedimento de coleta de dados empírica, finalidade aplicada, que abordou o problema de forma qualitativa. Pesquisa ação é um dos inúmeros tipos de investigação-ação, ou seja, qualquer processo que siga um ciclo pelo qual se espera aprimorar a prática, pela oscilação entre agir em campo prático e investigar a respeito. Segue um padrão de investigação, planejamento, implementação, descrição e avaliação para buscar melhoras desta prática. Por sua vez, a pesquisa empírica é aquela em que se lida com processos de interação face-a-face, sendo que para a elaboração do conhecimento, o pesquisador precisa interagir no campo de estágio, inserindo-se no espaço social coberto pela pesquisa, estando e se relacionando com os participantes do estudo dentro da realidade que vivenciam (TRIPP, 2005).

O relato da experiência em campo segue exatamente a sequência proposta por Montagnini<sup>4</sup>, considerando as fases desenvolvidas que foram: base de dados para justificar o desenvolvimento do programa; projeto piloto; constituição da equipe responsável pela gestão das ações e ferramentais elaborados para sustentar o programa; identificação de parcerias; capacitação; identificação e definição dos integrantes da equipe multiprofissional; divulgação do programa à comunidade; resultados obtidos e prospectados com as ações desenvolvidas.

Foram definidas 5 fases para a implantação e implementação da proposta de um programa que ofereça serviço de cuidado paliativo no HRHDS, sendo que na primeira fase do estudo, a proposta foi buscar uma base de dados para justificar o desenvolvimento do programa e buscar o patrocínio do HRHDS ao projeto piloto. Neste momento, foi realizada uma pesquisa documental no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) do HRHDS, voltada à obtenção de dados estatísticos relacionados à aderência aos tratamentos, sobrevida e óbitos dos pacientes com doenças crônicas. Também foi realizada uma ampla pesquisa bibliográfica para aprofundamento sobre o tema, tal qual foi utilizada para a fundamentação do estudo e proporcionou conhecer métodos e práticas já existentes convergentes às necessidades do campo, o que possibilitou iniciar a programação das primeiras ações de implantação do programa. Para validação das primeiras ações, foi desenvolvido um projeto piloto que descrevia a justificativa e objetivos, que também previa um plano de metas e as etapas do programa. O projeto foi submetido à aprovação do Departamento de Ensino e Pesquisa (DEP) do HRHDS e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

A segunda fase do estudo prevê o agrupamento e constituição da equipe multiprofissional que será responsável pela gestão das ações e ferramentas para sustentar o programa, essa equipe passa a formar uma comissão.

Na terceira fase ocorre a validação o plano de metas, modelo de cuidados e as etapas do programa, previamente propostos no projeto piloto, assim como a criação de ações estratégicas para a condução do serviço e dos cuidados com os pacientes de forma eficaz. Dentre as ações, inclui-se a formalização da proposta de treinamento, sendo que sua realização é prevista como a quarta fase do estudo. Além da equipe multiprofissional que compõe a comissão do programa, previu-se a participação de mais 50 (cinquenta) profissionais da enfermagem que foram convidados a participar. O treinamento ocorreu no DEP do HRHDS, participaram em média 23 (vinte e três) profissionais por encontro, sendo a média de 8 (oito) do setor de Infectologia e os demais de outros setores. A duração do treinamento foi de 10 (dez) semanas com um encontro semanal de cerca de 1 (uma) hora e meia cada, todos os encontros foram conduzidos pelas autoras e pela comissão do programa, sendo a temática de cada encontro, a atuação de cada área profissional e suas respectivas funções no cuidado paliativo.

A quinta fase do estudo tem a intenção de analisar os resultados obtidos e prospectados com as ações desenvolvidas. A análise dos dados foi tratada de forma descritiva, discorrendo sobre o processo de desenvolvimento do programa e seus respectivos resultados.

### **Análise e Discussão dos Resultados**

Durante o processo de implantação e implementação, o programa teve sua condução baseada nas portarias do Ministério da Saúde nº 3.150 de 14 de dezembro de 2006, portaria nº 483 de 01 de abril de 2014, portaria nº 1.319 de 23 de julho de 2002 e na portaria nº 19 de 03 de janeiro de 2002.

#### **Fase 1: Base de dados para justificar o desenvolvimento do programa e patrocínio do HRHDS ao projeto piloto**

Com uma pesquisa documental no PEP do HRHDS, foram obtidos dados estatísticos a respeito de aderência aos tratamentos, sobrevida e óbitos dos pacientes com doenças crônicas no setor de infectologia, visto que o programa foi inicialmente proposto apenas neste setor. Foram analisados os meses de janeiro e fevereiro de 2015, que precediam a implantação do

programa, e foi possível identificar que o setor de infectologia apresentava uma estatística mensal de 89 (oitenta e nove) atendimentos, com 32 (trinta e duas) reinternações por pacientes que não aderiram ao tratamento, acumulando um tempo total de permanência de 394 (trezentos e noventa e quatro) dias e 3 (três) óbitos (HRHDS, 2015).

A obtenção desses dados de base e da pesquisa bibliográfica para aprofundamento do tema oportunizou a estruturação de um projeto piloto de forma a formalizar a proposta de implantação de um programa, e descrevendo seus fins, foi submetido à análise e aprovação pela direção técnica, administrativa e DEP do HRHDS, além do CEP, em todos os âmbitos foi liberado para execução.

Cabe ressaltar que durante as reuniões para validação do projeto piloto, com a direção técnica e administrativa do HRHDS, fica estabelecido a utilização dos recursos locais, visto que o hospital não teria como oferecer recursos extra para o programa. Nesta situação é reforçado que com a implementação do programa, estima-se também a redução de custos locais, mais diretamente ligada aos benefícios potencializados com a evolução dos pacientes (sensibilização e aumento do compromisso com o tratamento, diminuição do tempo de internação e de reinternação, dentre outros). Com este compromisso, além dos benefícios aos pacientes e familiares, foi obtido aval positivo para o início da implantação do programa.

## **Fase 2: Constituição da equipe responsável pela gestão das ações e ferramentas para sustentar o programa**

Com a devida aprovação do projeto piloto, as ações passaram a ser executadas de forma estratégica, sendo que a primeira ação foi organizar encontros, discussões e reuniões com os profissionais do hospital, a fim de montar uma equipe multiprofissional. A proposta também foi disseminada às equipes, através de discussões realizadas em reuniões de Projeto Terapêutico Singular e demais encontros, visando sensibilizar interessados. Esses encontros que possibilitaram identificar os profissionais que estariam envolvidos no programa, ficando constituída uma equipe multiprofissional com médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, assistente social, fonoaudiólogo e nutricionista, sendo que essa equipe passou a formar a comissão oficial do programa e tendo como responsável técnico o médico envolvido.

A comissão foi formalizada perante o DEP e direção técnica do HRHDS e, posteriormente teve também a aprovação da Superintendência de Gestão Administrativa do Estado de Santa Catarina, através da criação da Portaria Nº 323 de 04 de maio de 2015, publicada no Diário Oficial, que institui a

“Comissão de Cuidado ao Paciente Crônico em Infectologia do HRHDS”, para definir diretrizes de ações que incluem medidas terapêuticas para o controle de sintomas físicos, intervenções psicoterapêuticas e apoio emocional ao paciente desde o diagnóstico. E para os familiares, as ações previstas se dividiram entre apoio social e emocional e intervenções psicoterapêuticas a partir do diagnóstico.

### **Fase 3: Validação do plano de metas e ações estratégicas**

Com a comissão constituída, seguiu-se com a validação do plano de metas do projeto piloto, em comum consenso ficou definido que os atendimentos do programa se destinariam inicialmente aos pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) assistidos pela infectologia, visto que é uma demanda bastante presente no HRHDS. Foi firmado o compromisso de que a comissão se reuniria semanalmente em horário pré-definido para discussão dos casos e da condução do programa. Quanto ao modelo de cuidado pretendido foi o de consultoria, sistema de atendimentos através do qual cada profissional da equipe circula pelo hospital atendendo aos pacientes, atendendo aos chamados e solicitações, discutindo casos, sugerindo abordagens e medidas para controle dos sintomas, além de estar participando ativamente do cuidado oferecido ao paciente.

Para que a assistência fosse desenvolvida de forma mais eficaz, como ação estratégica desenvolveu-se junto à comissão um fluxograma que auxiliou na compreensão de quais tipos de intervenções assistenciais os pacientes e familiares receberiam em cada fase do quadro clínico. O fluxograma prevê desde o contato de aderência ao programa, que deve ocorrer a partir do contato médico e da equipe, por sensibilização, seguido da assinatura em um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) previamente proposto no projeto piloto, a partir de então se inicia a assistência ao paciente e seus familiares. Durante a assistência, o fluxograma prevê também que seja abordado o diagnóstico, familiares, aspectos sociais, físicos, psicológicos e espirituais do paciente, avaliação constante de estado geral, aderência ao tratamento, entre outros. A definição do fluxograma constituiu-se em importante etapa para a consolidação do programa de forma clara e estruturada.

Desenvolveu-se também junto a comissão, um protocolo padrão para registro das informações dos atendimentos realizados no PEP, compondo informações clínicas específicas dos pacientes aderentes ao programa, facilitando conhecimento do histórico atualizado de informações dele. Este protocolo para registro contém informações referentes à data de diagnóstico, adesão ao tratamento, principais cuidadores, motivo da atual internação, avaliação de estado mental, autonomia para atividades cotidianas, peso atual, entre outras informações consideradas essenciais para o oferecimento de um bom serviço de assistência pela equipe.

Considerando que o doente crônico necessita de atendimento e acompanhamento, também no período pós-hospitalização e considerando que o hospital não tem condições para prestar serviços de assistência externa, outra ação estratégica foi a realização de uma visita técnica pelas autoras no Serviço de Atenção Especializada (SAE) fica na Unidade de Vigilância em Saúde do Município (o SAE realiza o acompanhamento ambulatorial de pacientes portadores do HIV), com finalidade de estabelecer uma parceria para articulação referente aos cuidados dos pacientes pós alta hospitalar em regime ambulatorial na unidade. Tendo essa parceria sido firmada com sucesso, seguiu-se com a proposta de obtenção de nova parceria com o Consultório de Rua.

Em parceria com a terapeuta ocupacional da comissão, foram elaborados dois manuais informativos para os pacientes da infectologia, um focado para o familiar cuidador e outro para o paciente. Estes manuais contêm orientações quanto às formas de prevenção e tratamento do HIV, visando proporcionar, de uma forma geral, redução de dúvidas dos pacientes e familiares, assim como proporcionar o incentivo ao acompanhamento após alta hospitalar e tratamento.

Ao longo da implantação das ações houve simultaneamente o planejamento do treinamento, principal ação estratégica prevista no projeto piloto. Junto a Comissão foram definidos os temas, que teriam a finalidade de preparar a equipe, desmistificar cuidado paliativo, reduzir preconceitos, desenvolver habilidades para lidar com situações de angústia e sofrimento físico, psicológico e existencial, assim como a capacidade de criação de vínculos e a compreensão de sua importância no atendimento ao paciente e familiares.

#### **Fase 4: Treinamento**

O treinamento foi uma importante estratégia para o preparo e capacitação da comissão para assumir efetivamente a gestão do programa, neste sentido, teve como finalidade o promover o aperfeiçoamento dos conhecimentos de todos os envolvidos. Este treinamento também teve a intenção de envolver a equipe de técnicos de enfermagem, portanto foi realizada uma reunião com a gerência de enfermagem para apresentação da proposta do programa e do treinamento, sendo assim, a gerência de enfermagem promoveu uma convocação a todos de sua equipe para participar das ações do treinamento. Embora voltado para estas equipes, o treinamento teve demanda livre para todos os profissionais do hospital, sendo divulgado através dos murais e mídias eletrônicas disponibilizadas pelo HRHDS.

Tendo o público-alvo para o treinamento, foi realizada pelas autoras, uma coleta de dados para contribuir com a focalização dos temas previstos, estes dados foram coletados a partir de um questionário com perguntas abertas a respeito de cuidado paliativo, com a intenção de avaliar a opinião, conhecimentos e expressões pessoais dos participantes, sendo que os resultados obtidos foram brevemente analisados de forma descritiva. Os dados analisados mostraram que os profissionais envolvidos têm conhecimento do que é cuidado paliativo, mas que não possuem experiência ou cursos na área, apenas a experiência da rotina de trabalho, sendo assim, entende-se que os profissionais estão engajados no conceito de que o cuidado paliativo é indispensável como provedor do alívio do sofrimento e medidas de conforto quando não há mais nada a fazer pelo paciente. Mesmo com esse engajamento com o tema, fica evidente nas respostas, que existe o sentimento de impotência que expõe as limitações pessoais de cada um perante uma notícia de prognóstico reservado nos seus pacientes. As respostas contribuíram para a reformulação dos temas e conteúdos previstos para cada encontro do treinamento

Os temas abordados procuraram atender o propósito de humanizar o trabalho com o paciente crônico, sem perspectivas de cura, esclarecendo cuidados necessários e dúvidas dos participantes, além de alinhá-los a uma visão holística sobre tratamentos e condutas.

A abertura do treinamento contou com a presença de 37 (trinta e sete) profissionais, neste momento ocorreu a integração e sensibilização dos participantes ao tema. Este primeiro encontro contou com a participação de um médico convidado, especialista em cuidado paliativo, que conduziu a discussão do tema cuidado paliativo e a atuação do médico. O segundo encontro teve a participação de 26 (vinte e seis) profissionais, o tema foi conduzido pela assistente social da comissão, a respeito de cuidado paliativo e intermediação com a família; o papel do acompanhante/familiar; benefícios; impacto social; direito de ser cuidado e atendido até o final da vida; conhecer o paciente e família de forma singular; e garantia de qualidade de vida. O terceiro encontro teve a participação de 26 (vinte e seis) profissionais, o tema foi conduzido pela psicóloga da comissão, com discussões a respeito de religião; sexualidade; morte; resposta emocional frente a doença; características do paciente; perda e luto; vínculos com paciente e família; boa adesão ao tratamento; aspectos psicossociais do cuidado paliativo; definição, características e formas de comunicação; e diretivas antecipadas de vontade. O quarto encontro teve a participação de 28 (vinte e oito) profissionais, o tema foi conduzido pela fonoaudióloga da comissão, que falou sobre capacidade de alimentar-se; deglutição; disfagia; sonda; secreções orais; posturas; consistência dos alimentos; e distúrbios da comunicação. O quinto encontro teve a participação de 15 (quinze) profissionais, o tema foi conduzido pela

terapeuta ocupacional da comissão, que trouxe um profissional convidado para falar sobre a atuação do terapeuta ocupacional na mobilidade do paciente; orientações gerais; prescrições de equipamentos adaptativos; atividades funcionais; independência; treino das atividades da vida diária no autocuidado; e mudanças de decúbito. O sexto encontro teve a participação de 20 (vinte) profissionais, o tema foi conduzido pela nutricionista da comissão e pela autora, que promoveram uma discussão entorno dos assuntos restrições alimentares; ingestão alimentar; correr água na sonda; orientações ao acompanhante/familiar; administrar dieta nos horários; dieta via oral assistida; controle higiênico sanitário; higienização dos alimentos; asseio pessoal do paciente; situações especiais: náuseas, vômitos e diarreia; e orientação nutricional em alta. O sétimo encontro teve a participação de 24 (vinte e quatro) profissionais, o tema foi conduzido pela fisioterapeuta da comissão, que trouxe um profissional convidado para falar sobre a atuação do fisioterapeuta na utilização de recursos; técnicas e exercícios; alívio da dor; transferência e mobilização geral; complicações respiratórias; e funcionalidade. O oitavo encontro teve a participação de 22 (vinte e dois) profissionais, o tema foi conduzido pela psicóloga e nutricionista que fazem parte da equipe do SAE, serviço parceiro do programa, este encontro contou com a participação de alguns pacientes acompanhados pela equipe do SAE na Unidade de Vigilância em Saúde do município, a equipe realizou a apresentação do SAE; serviços prestados; forma de encaminhamento; e resultados positivos. O nono encontro teve a participação de 16 (dezesesseis) profissionais, o tema foi conduzido pela enfermeira da comissão, que promoveu discussões a respeito de comportamento da equipe; prática cotidiana; atenção humanística; preservar autonomia; e encenação de caso. O décimo e último encontro teve a participação de 10 (dez) profissionais, o tema foi conduzido pela autora do estudo, que realizou um abrandamento sobre o tema, discorrendo e promovendo uma discussão voltada divulgação e disseminação do programa, avaliação final de conhecimento sobre cuidado paliativo e encerrando com a avaliação do curso e tema e promovendo uma vivência de fechamento.

Durante os encontros, o papel das autoras também foi o de assegurar o seguimento do cronograma e sua fidedignidade, dar apoio e promover discussões junto aos palestrantes, divulgar e lembrar os participantes do dia da capacitação, efetuar controles inerentes à presença, agendamento e organização das salas, orientar e auxiliar os palestrantes convidados, além de também ministrar algumas palestras e atividades de integração.

Todos os profissionais envolvidos no treinamento foram induzidos a um trabalho humanizado com os pacientes, quer estivessem em regime de internamento ou em atendimento

ambulatorial no hospital-dia do setor de infectologia, com expectativa de vida limitada e enfrentando intenso sofrimento, assim como aos seus familiares e cuidadores.

### **Fase 5: Resultados obtidos e prospectados com as ações desenvolvidas**

Após a etapa de implantação do programa, que ocorreu em 4 (quatro) fases com duração aproximada de 6 (seis) meses, e com a conclusão do treinamento, a autora realizou junto à comissão, uma avaliação da situação atual, neste momento foram propostas algumas intervenções para efetivar a implementação do programa.

Como plano de divulgação do serviço à comunidade, além da promoção de divulgações realizadas através dos murais e do blog do hospital durante a Semana de Cuidado Paliativo que ocorreu entre os dias 13 e 16 de outubro de 2015, o programa foi apresentado pela autora no V Seminário de DST/AIDS da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE) onde a comunidade acadêmica e docente que estava presente pode tomar ciência da existência do programa e de seus fins.

Com a implementação do programa, pode-se proporcionar de forma benéfica, a humanização da equipe multiprofissional no trato aos pacientes e familiares, através da capacitação profissional e atuação prática. Houve também e de forma positiva o incremento da visibilidade do setor de infectologia dentro do hospital.

Durante as intervenções para fortalecimento do programa, em uma reunião com a direção administrativa do hospital, que contou também com a presença do Gerente de Saúde do Estado, houve a proposta de abranger o programa aos demais setores da instituição, um grande ganho e reconhecimento às ações até então desenvolvidas. Durante o processo de reformulação do programa aos demais setores do HRHDS, outra importante intervenção para a condução das ações da comissão, foi a apresentação, em solicitação do Gerente de Saúde do Estado, da proposta do programa na reunião mensal do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH).

A nova abrangência do programa para todo o hospital também teve aprovação da Superintendência de Gestão Administrativa do Estado de Santa Catarina, pela nova Portaria Nº 966 em 26/11/2015, publicada no Diário Oficial, que instituiu a “Comissão de Assistência em Cuidado Paliativo no HRHDS” [...], desta forma, os critérios para participação no programa passaram a ser pacientes que possuem qualquer doença crônica e progressiva, com prognóstico de vida supostamente encurtado, classificados na condição de irresponsivos ao tratamento específico e aqueles com impacto e sofrimento emocional diante da possibilidade de morte.

Pelo serviço estar sendo estendido para todo o hospital, fica definido que os atendimentos sejam realizados nos próprios setores de internação, ambulatório e hospital-dia entre salas e consultórios que já possuem disponíveis para uso dos profissionais, sendo que para os acompanhamentos médicos, após alta, definiu-se que os pacientes seriam encaminhados para os serviços parceiros do programa, como o SAE e Consultório de Rua. A apresentação e convite para a participação do programa para os pacientes serão realizadas apenas perante a confirmação e conhecimento do diagnóstico pelo paciente e familiar e tendo o paciente firmado a participação ao programa, é indispensável a assinatura no TCLE. O modelo de cuidado se manteve como consultoria, onde fica claro que os pacientes a serem atendidos pela equipe do programa não seriam assumidos por estes, não deixariam de receber cuidados do médico e da equipe assistencial de origem, a equipe do programa oferece apenas acompanhamento de suporte a estes pacientes, de uma forma a agregar ainda mais qualidade de assistência e de sobrevida diante dos critérios acordados entre a comissão.

Para fortalecimento da nova atuação dentro do hospital, fica a sugestão aos envolvidos na comissão, na participação em palestras, cursos, treinamentos, convenções, workshops, entre outros eventos externos relacionados ao assunto assistência ao doente crônico e cuidado paliativo. Entre estas propostas de educação continuada, foi realizada uma visita técnica a um hospital privado da cidade, que possui um serviço de cuidado paliativo já estruturado. A visita teve a participação de 10 (dez) profissionais do HRHDS participantes da comissão, e a partir das informações obtidas nesta visita, foi possível adquirir mais conhecimentos para a aplicação e desenvolvimento do programa em estudo.

Fica como últimas ações das autoras em conjunto com a comissão, que passa a assumir exclusivamente a condução do programa, um planejamento de ações para o próximo semestre, o desenvolvimento de uma logo própria para a identificação visual e a definição de conceitos e princípios fundamentais para andamento e aproveitamento futuro do programa, sendo eles:

**Missão:** Proporcionar assistência integral e multiprofissional ao doente crônico e à sua família, otimizando o tratamento e proporcionando uma melhor qualidade de vida até sua finitude.

**Visão:** Ser um serviço de referência no HRHDS para os profissionais de saúde, ampliando a assistência desenvolvida por equipe multiprofissional no âmbito dos cuidados ao doente crônico.

**Objetivos:** Melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da

identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. Além de promover e incentivar a atualização profissional, desenvolver estudos científicos e apresentação dos resultados em eventos científicos.

**Valores:** Ética, Comprometimento, Respeito, Dinamismo, Conforto, Sensibilização e Trabalho em equipe.

## **Conclusão**

Dentre as expectativas que se atribuíram à proposta de criação de um serviço de cuidado paliativo, sua criação, aprovação, treinamento e aplicação foram realizadas dentro do tempo esperado. Apenas não alcançou a quantidade esperada quanto a adesão dos profissionais durante o treinamento, porém entende-se que por ter sido realizada em horário de trabalho, fica difícil que estes profissionais deixem os seus postos para estar presente nos encontros. Além destas expectativas, obteve-se um maior aproveitamento e resultados através da implementação do que os previamente previstos no projeto piloto.

É importante ressaltar que este estudo proporcionou aos envolvidos um aprofundamento de reflexões sobre a qualidade de vida e a terminalidade. Do ponto de vista do material analisado, ficou claro que cuidado paliativo se trata de um importante instrumento para oferecer atendimentos e cuidados adequados com respeito, compromisso, solidariedade e responsabilidade, uma equipe especializada vem para fortalecer aqueles que acabam sendo envolvidos com o adoecimento terminal, e esta delimitação foi um importante recurso para o trabalho que fica também como essência do programa. O estudo também possibilitou compreender a importância do papel de cada profissional no cuidado paliativo, reforçando principalmente grande relevância da função do psicólogo não só na assistência aos pacientes e familiares, mas também como agente na formação dos profissionais envolvidos nos cuidados.

Com a implementação do programa, destacam-se algumas recomendações no que se refere à equipe: há a necessidade de realizar mais ações com a participação da equipe que irá assumir a condução do programa, sendo necessárias mais reuniões da comissão, com a finalidade de definir novas diretrizes de intervenções e condutas que incluam medidas terapêuticas para o controle dos sintomas físicos, intervenções psicoterapêuticas e apoio emocional ao paciente desde o diagnóstico, com a finalidade de melhorar e qualificar os atendimentos oferecidos pela equipe, além de encontros com pacientes e familiares, que possam fortalecer o vínculo e a adesão ao tratamento e proporcionar mais qualidade de vida.

Em longo prazo, espera-se ainda reduzir o número de reinternações dos pacientes e conseqüentemente, reduzir os custos despendidos com o tratamento durante internação. O benefício principal que o programa deve buscar alcançar e sempre ter em prática, é a melhora da qualidade de vida dos pacientes e dos seus familiares, e considerando que ainda está em processo de implementação, pois propõe a mudança de mecanismos de atuação, bem como de perspectiva profissional que é possível trabalhar apenas em longo prazo, a melhora da qualidade de vida dos pacientes está sendo desenvolvida gradativamente para todos que aderiram ao programa.

## Referências

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013, v. 18, n. 9: pp. 2577-2588. (<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>).

KOVACS, M. J. A morte no Contexto dos cuidados Paliativos. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). *Cuidado Paliativo*. São Paulo: CREMESP, Cap. 4, p. 547-558, 2008.

MACIEL, M. G. S. Definições e Princípios. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). *Cuidado Paliativo*. São Paulo: CREMESP, Cap. 1, p. 15-32, 2008.

MONTAGNINI, M. Planos e Diretrizes: Implementação de um Programa de Cuidados Paliativos em Hospital Geral. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). *Cuidado Paliativo*. São Paulo: CREMESP, Cap. 5, p. 643-653, 2008.

TRIPP, D. Pesquisa ação: uma introdução metodológica. *Educação e Pesquisa*. 2005. v. 31, n. 3: pp. 443-466. (<https://doi.org/10.1590/S1517-97022005000300009>).

HRHDS. Prontuário eletrônico. Sistema Micromed. 25 fev. 2015.

Como citar este artigo (Formato ABNT):

TOLDO, Ana Paula Ribeiro; KRAUSE, Hildegard Magdalena Klever; ROBERT; Inez Maria de Fátima. Uso de Metodologia Implantação de um Programa Multiprofissional de Assistência em Cuidado Paliativo: Relato de Experiência. **Id on Line Rev. Psic.**, Outubro/2021, vol.15, n.57, p. 436-449, ISSN: 1981-1179.

Recebido: 27/09/2021;

Aceito: 07/10/2021;

Publicado: 31/10/2021.