

Desafios na introdução de cuidados paliativos no hospital escola Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto - SCMRP

Autores: Natália Silva Nascimento¹, Fabíola de Arruda Leite²

Colaboradores: João Pedro Gil Penhalbel³, Lucila Costa Zini Angelotti⁴

^{1,2,3,4}Centro Universitário Barão de Mauá

1natinascim@hotmail.com Medicina, 2fabiola.leite@baraodemaua.br

Resumo

O aumento do número de casos de doenças ameaçadoras ou limitantes da vida, de caráter agudo ou crônico, coloca em pauta a importância dos cuidados paliativos como forma de atenção integral e ativa destes pacientes. Com isso, este estudo buscou elencar quais foram as barreiras para a introdução dos cuidados paliativos em um hospital escola, bem como, de comparar o conhecimento acerca do tema entre as populações estudadas.

Introdução

As últimas décadas foram de grandes avanços tecnológicos que modernizaram a medicina. Devido aos valores culturais de nossa sociedade, existe uma busca constante por maior longevidade, apoiada nos recursos de intervenção em saúde. Essa característica peculiar do ser humano de considerar a morte como um inimigo a ser combatido, leva a negação de finitude e a busca constante por terapias curativas, que muitas vezes são desproporcionais ao risco de intenso sofrimento físico e psíquico.

No entanto, a busca pela cura de doenças e a manutenção da vida a todo custo nos traz um questionamento antigo: Quando uma doença é incurável e progressiva, com a morte esperada como desfecho, devemos considerar este cenário como um fracasso da medicina? Esse questionamento ainda divide opiniões, pois encarar a o processo da morte ainda é considerado um tabu na sociedade ocidental e se faz a cada dia mais presente, pois paralelamente ao aumento da longevidade, temos o aumento de doenças crônicas não degenerativas. Doenças como Diabetes Mellitus, AIDS, Insuficiência Renal Crônica ainda são incuráveis, requerem tratamento a longo prazo e assistência contínua. O declínio a longo prazo da funcionalidade e qualidade de vida de pacientes portadores de doenças crônicas e outras ameaçadoras e limitantes da vida, frustram famílias e profissionais de saúde, no qual o foco se dirige mais às doenças do que ao próprio paciente. A busca pela

longevidade nem sempre equivale a qualidade de vida.¹

Na década de 70 em Londres, Cicely Saunders liderou o movimento “*Hospice moderno*” buscando compreender o ser humano nas suas diversas dimensões de sofrimento, que além do físico incluem o social, espiritual e emocional. Desta forma, o foco do cuidado passa a ser o paciente e não apenas a doença.² Na mesma época em Nova Iorque, Elizabeth Ross após longos anos de estudos e acompanhamento de pacientes no leito de morte, trazia a tona a discussão sobre o “processo de morte” (os estágios pelos quais passam um paciente com doença terminal), a comunicação de notícias difíceis, o luto das famílias e as relações interpessoais entre profissionais de saúde, familiares e pacientes.³ Desta forma, apesar de estarem em continentes diferentes, ambas introduziam novos conceitos sobre o significado do adoecimento e da morte, assim como o impacto da perda de um ente querido. O modelo biomédico então foi ampliado a novos contornos e nos dias atuais é chamado biopsicossocial, no qual o ser humano é visto de forma integral e com respeito a sua biografia.⁴

Apesar dessa introdução ter sido iniciada na década de 70, apenas nos anos 90 a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou a primeira definição de Cuidados Paliativos (CP). De acordo com a *World Health Organization* (WHO, 2002) “*Cuidados Paliativos é uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e das famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual*”.⁵ Esse conceito ainda sofre muito preconceito, pois existe o mito de que ao ofertar cuidado paliativo ao paciente e seus cuidadores, o médico estaria desistindo de lutar pela vida. Este equívoco de que não há “nada” a oferecer ao indivíduo que está diante de sua finitude, desencadeia tratamentos desproporcionais e muitas vezes sensação de abandono, além de que o manejo de sintomas no final da vida não é realizado com o devido cuidado.

No entanto, se desde o momento do diagnóstico de uma doença grave o paciente receber abordagem paliativa, com o envolvimento de profissionais de diferentes formações (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e nutricionistas) será possível reconhecer os valores e estabelecer metas de cuidado, pautadas nos desejos do paciente e na relação de vínculo e confiança da equipe, inclusive nos dias finais, na morte e no processo de luto dos familiares, acolhendo todos os que necessitarem de cuidados.

No Brasil, o movimento “*Hospice*” chegou em 1983, inicialmente focado em pacientes oncológicos e gradativamente incluiu outras doenças além da faixa etária pediátrica. Nos últimos 5 anos, várias sociedades médicas incorporaram os CP como uma parte de suas diretrizes de cuidado. Em 2011, a medicina paliativa foi aceita como área de atuação pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), com tempo de formação de um ano e tendo como requisito o título de especialista pela associação médica em anesthesiologia, cancerologia, clínica médica, geriatria, medicina de família e comunidade ou pediatria. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA). O Ministério da Saúde vem consolidando formalmente os Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema de Saúde do país através de Portarias, sendo a primeira formalizada em 2002 - Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Já no final de 2018, foi publicado a resolução “n41” que normatiza a oferta de cuidados paliativos como parte dos cuidados continuados integrados no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (REGISTRO UNIAO)

É notório que, apesar de todos os avanços conquistados nos últimos anos, ainda existem barreiras que dificultam a implementação de serviços de CP em várias localidades. No Brasil na última década, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) vem desenvolvendo projetos educacionais para diversos profissionais de saúde e a disseminação de conceitos entre a comunidade científica, com a finalidade de estreitar laços com o ministério da saúde para o desenvolvimento de políticas públicas que possam abranger todo o país. No entanto, apesar dos esforços crescentes se destacam como barreiras no país a grande demanda de pacientes para poucos profissionais especializados na área o que implica em restrição de tempo para atendimento, falta de capacitação e cursos de treinamento para profissionais e dificuldades de comunicação (entre equipes, pacientes e familiares). (HERRMANN). A falta de compromisso dos governos com a filosofia desta nova formação médica e a falta de estratégias governamentais consistentes, são um dos maiores obstáculos apontados para a viabilização de programas de CP. Em sua maioria, as iniciativas

de CP no país nasceram de serviços de dor de dentro dos hospitais, com pouco apoio de esferas governamentais. (A ESTRUTURAÇÃO DE UM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL). Como não são todos os profissionais que receberam treinamento formal em CP, temos também como obstáculo a falta de habilidades e desenvolvimento de competências para atuar com estes pacientes. (HAYDAR) Outro equívoco é que alguns profissionais ainda têm o conceito de que a morte será antecipada caso o paciente receba atenção paliativa, sendo que na realidade o manejo adequado de sintomas e a proporcionalidade terapêutica podem inclusive aumentar a expectativa de vida. (UNDERSTANDING PALLIATIVE CARE)

De acordo com dados de mapeamento da ANCP realizados até agosto de 2018 foram encontrados 177 serviços de CP no país. Destes serviços, 66% atendem pacientes do SUS. Os dados também revelam que a distribuição demográfica dos serviços se dá de forma desigual pelo país, privilegiando região socioeconômicas mais desenvolvidas. A grande maioria concentra-se na região sudeste, representando 58%, seguido de 20% na região nordeste, 14% no sul, 5% no centro-oeste e a minoria na região norte, com 3% dos serviços. Além disso, o mapeamento evidenciou que mais de 50% dos serviços de CP do país iniciaram suas atividades na década de 2010, mostrando o quão recente se deu essa introdução no Brasil.

Portanto, é de suma importância que a prática de cuidados paliativos seja uma constante em todos os níveis de atenção à saúde e que essa capacitação seja feita por um número máximo de profissionais no país, sobretudo na sociedade atual em que temos aumento de doenças crônicas incuráveis. A comunidade médica brasileira reconhece cada dia mais a importância de priorizar tratamentos médicos que promovam sobretudo qualidade de vida em detrimento de longevidade a todo custo. Levando em consideração toda a discussão abordada, surge o intuito deste estudo em reconhecer os desafios da implementação de CP na Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto – SCMRP, a fim de comparar quais são as principais barreiras relatadas por alunos, docentes e residentes do hospital escola do Centro Universitário Barão de Mauá (CBM) e para que ocorram estratégias na melhoria da formação de médicos e futuros médicos que atuam neste hospital.

Objetivos

Objetivo principal

O estudo tem como objetivo principal elencar as principais barreiras para implementação do

cuidado paliativo no hospital escola Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto.

Objetivos secundários

O estudo tem como objetivo secundário comparar o grau de conhecimento nas diversas populações do estudo sobre cuidados paliativos. Desta forma, poder acrescentar na formação de cada população, para que os avaliados busquem complementá-la e modificar de forma positiva ao incrementar a medicina paliativa na abordagem de pacientes.

Materiais e Métodos

O estudo seguiu as diretrizes éticas do Conselho Nacional de Saúde, com submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Barão de Mauá cujo Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) é 34687920.0.0000.5378. Os participantes responderam de forma voluntária e anônima ao questionário, com prévia concordância em participar da pesquisa de acordo com uma assinatura eletrônica do Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os critérios de inclusão foram internos do último ano, docentes que ministram aulas no internato do Centro Universitário Barão de Mauá e residentes do primeiro e segundo ano de anestesiologia, cirurgia geral e clínica médica do hospital escola Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto. Essas áreas de residência médica foram escolhidas porque no nosso hospital abrangem serviços com o maior número de residentes e maior contato com pacientes paliativos. Os critérios de exclusão foram indivíduos que não aceitaram participar do estudo e alunos que não estavam no internato. Como instrumento de pesquisa foi utilizado um questionário eletrônico (ANEXO A), por meio da plataforma online "GoogleForms". O questionário foi enviado por e-mail a todos os participantes, e ficou disponível em meio eletrônico para respostas durante os meses de agosto, setembro e outubro de 2020. Foi constituído de 23 perguntas objetivas e dividido em duas seções. A primeira seção abordou sobre dados demográficos de identificação do entrevistado, como idade, gênero, qual das três esferas faz parte e se docente ou residente, qual o ano de sua formação e foi destinada a todos os entrevistados. A segunda seção abordou conhecimentos gerais, autoavaliação do ensino em cuidados paliativos e desafios encontrados na introdução da prática paliativa e também foi destinada a todos os entrevistados. Após isso, foi realizado a coleta de dados e as análises estatísticas pertinentes, comparando o grau de conhecimento e os desafios relatados pelos três núcleos avaliados, através de perguntas objetivas e qualitativas, por meio da

realização do teste qui-quadrado de associação, com nível de significância de 5%.

Obs: Visto que vivemos um período de pandemia e isolamento social devido ao COVID-19, o campo virtual foi uma maneira de possibilitar que a pesquisa possa ser realizada sem danos para todas as partes envolvidas.

Resultados

A maior parte dos respondentes do sexo feminino (70,6%) e estudante (47,1%). Entre os 29 respondentes formados (residentes ou docentes), a especialidade mais frequente foi a Clínica Médica (37,9%), seguida de Anestesiologia e Medicina de família e Comunidade (ambas com 10,3%). A maioria dos respondentes se formou ou viria a se formar a partir de 2018 (55,6%). Residentes consideraram com frequência significativamente maior que os demais que desenvolveram habilidade de comunicar más notícias na graduação ($P = 0,0113$), e alunos consideraram com maior frequência que não se sentem aptos para comunicar más notícias ($P < 0,001$). No que concerne à discussão do prognóstico com o paciente, os docentes sentem significativamente menos dificuldades que os demais ($P = 0,0089$). O grupo de "Alunos" foi o único a discordar da afirmação de que familiares concordam com o acompanhamento de uma equipe de cuidados, enquanto a maior parte dos demais respondentes concordam com essa afirmação ($P = 0,0309$).

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos dos respondentes

Característica	n	%
Sexo (n=54)		
Masculino	19	35,2%
Feminino	35	64,8%
Categoria (n=54)		
Estudante	25	47,1%
Residente	15	29,4%
Docente	14	23,5%
Ano de formação (n=29)		
Antes de 2018	13	44,4%
Após 2018	20	55,6%
Especialidade (n=29)		
Clínica médica	11	37,9%
Medicina de família e comunidade	3	10,3%
Anestesiologia	3	10,3%
Pediatria	2	6,9%
Outras	10	34,6%

Gráfico 1 – “Segundo seu ponto de vista, os pacientes e familiares concordam com o acompanhamento de uma equipe de cuidados paliativos?” (P = 0,0309)

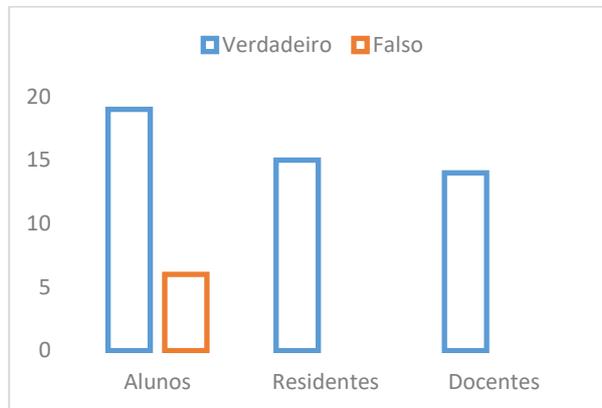


Gráfico 2 – “Você tem dificuldade para discutir sobre prognóstico com o paciente?” (P=0,0089)

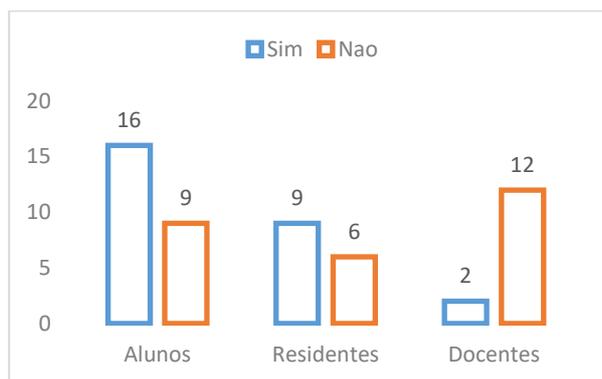
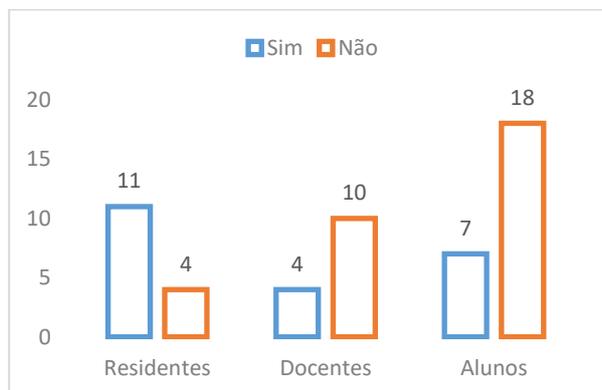


Gráfico 3 – “Você considera que durante a graduação desenvolveu habilidades de comunicação de más notícias?” (P = 0,0113)



O fato de ter ou não realizado algum curso ou participado de algum evento científico acerca de cuidados paliativos não levou a respostas significativamente diferentes a nenhuma das questões do inquérito.

Não houve associação entre o fato de o respondente ter se formado antes ou após 2018 e

ter ou não participado de algum evento (curso, liga, congresso) acerca de cuidados paliativos (P = 0,6391).

Conclusão

Diante dos resultados deste estudo, podemos inferir que os obstáculos a implantação de cuidados paliativos no hospital escola Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto abrangem muitos fatores, dentre eles a falta de tempo no dia a dia dos profissionais formados, o que pode justificar a menor adesão desses grupos que ao questionário. Ademais, a dificuldade de acesso dos alunos a prática paliativa no hospital e a ausência de discussão de casos de pacientes que necessitem da abordagem paliativa entre docentes, residentes e alunos, criando uma barreira a capacitação de futuros médicos que se sintam aptos a comunicar más notícias e discutir com familiares a importância de uma equipe de cuidados aos pacientes que necessitem desta abordagem, fortalecendo os pilares físico, psicossocial e espiritual. A falta de recursos financeiros também foi destacado pelos três núcleos desta pesquisa e apesar de sua importância, a resolução n41 de 2018 não se mostrou significativa entre profissionais formados antes e depois deste ano, premissa que corrobora a falta destes recursos para executar a lei que normatiza os cuidados paliativos no Âmbito do SUS. Desta forma, apesar das dificuldades encontradas neste estudo, a totalidade dos entrevistados concorda com a importância da implementação de uma equipe de cuidados paliativos no hospital de ensino, o que nos leva a acreditar que a capacitação de médicos e futuros médicos é uma importante ferramenta para esse processo, a fim de abranger todos os pacientes do hospital que necessitem de cuidados e junto de suas famílias, possam se sentir acolhidos de forma integral e continuada enquanto estiverem no hospital.

Referências

1. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Diagraphic. 2009. 592 p. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em 5 jun. 2020.
2. BUSS, M. K.; ROCK, L. K.; MCCARTHY, E. P. Understanding Palliative Care and Hospice: A Review for Primary Care Providers. **Concise review for clinicians**, v. 92, p. 280-286, 2017. Disponível em: <https://www.mayoclinicproceedings.org/article/>

- [S0025-6196\(16\)30763-7/fulltext](#) . Acesso em: 22 jun. 2020.
3. GARCIA, J. B.S.; RODRIGUES, R. F.; LIMA, S. F.. A estruturação de um serviço de cuidados paliativos no Brasil: relato de experiência. **Brazilian Journal Of Anesthesiology**, v. 64, n. 4, p. 286-291, 2014. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0034709413000664?token=F4519C9D61330E957DD56AF9EC95078E0CA057B7E588CEE2F8C406113A563651F487C41B20F56B0E23B7C3962B64AA2E&originRegion=us-east-1&originCreation=20210624002630>. Acesso em: 5 jun. 2020.
 4. HAVYER, R. D.; POMERANTZ, D. H.; JAYES, R. L.; HARRIS, P. F.; HARMAN, S. M.; ANSARI, A. A.. Update in Hospital Palliative Care: symptom management, communication, caregiver outcomes, and moral distress. **Journal Of Hospital Medicine**, v. 16, n. 6, p. 419-423, 2017. Disponível em: https://www.journalofhospitalmedicine.com/jhospmed/article/154361/hospital-medicine/update-hospital-palliative-care-symptom-management?oc_slh=c4fee1d4f61ca66d1f55055506428300f1a9e3f12576c15b14f404ca6689fa86&utm_source=News%5FJHM%5F%5F%5F%5F%5F%5F&utm_medium=email&utm_content=Moral%20Distress%20%7C%20Opportunities%20%7C%20Diabetic%20Foot%20Management. Acesso em 10 jun. 2020.
 5. HAYDAR, S. A.; ALMEDER, L.; MICHALAKES, L.; HAN, P. K.J.; STROUT, T. D.. Using the Surprise Question To Identify Those with Unmet Palliative Care Needs in Emergency and Inpatient Settings: what do clinicians think?. **Journal Of Palliative Medicine**, v. 20, n. 7, p. 729-735, 2017. Disponível em <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2016.0403>. Acesso em: 5 jun. 2020.
 6. HERRMANN, A.; CAREY, M. L.; ZUCCA, A. C.; BOYD, L. A. P.; ROBERTS, B. J.. Australian GPs' perceptions of barriers and enablers to best practice palliative care: a qualitative study. **BMC Palliative Care**, v. 18, n. 1, p. 1-14, 2019. Disponível em: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/trac/k/pdf/10.1186/s12904-019-0478-6.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2020.
 7. HELP THE HOSPICES. **Kit de Ferramentas em Cuidados Paliativos**. País de Gales, 2009. 126 p. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2011/08/Juego%20de%20Herramientas%20-Portugues-.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2020.
 8. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/11/2018&jornal=515&pagina=276&totalArquivos=328>. Acesso em: 15 jun. 2020.
 9. DOYLE, D.. **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. 5ª ed. Nova York: Oxford University Press, 2015. 1504 p.
 10. SWETZ, K. M.; KAMAL, A. H. Palliative Care. **Annals of Internal Medicine**: In the Clinic, v. 168, n. 5, p. ITC33-ITC48, 2018. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/AITC201803060>. Acesso em: 22 jun. 2020.
 11. VERBERNE, L. M.; KARS, M. C.; SCHEPERS, S. A.; MEETEREN, A. Y. N. S.; GROOTENHUIS, M. A.; VAN DELDEN, J. J. M.. Barriers and facilitators to the implementation of a paediatric palliative care team. **BMC Palliative Care**, v. 17, n. 1, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-018-0274-8>. Acesso em: 22 jun. 2020.
 12. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes; module 5. **Palliative Care**. 2007. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK195408/pdf/Bookshelf_NBK195408.pdf. Acesso em: 1 jun. 2020.
 13. WPCA – World Palliative Care Alliance. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. WHO. England. 2014. 111 p. Disponível em: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf. Acesso em: 14 jun. 2020.
 14. WRIGHT M.; WOOD J.; LYNCH T.; CLARCK D.. Mapping levels of palliative care development: a global view. **Journal Of Pain And Symptom Management**. v. 35, n. 5, p. 469-485, 2008. Disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(07\)00729-4/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(07)00729-4/fulltext). Acesso em 11 jun. 2020.