

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU MESTRADO
PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANDRESSA MENDONÇA DA COSTA BRITO

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NOS CUIDADOS PALIATIVOS:
VIVENCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM UM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA**

RECIFE

2020

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU MESTRADO

PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NOS CUIDADOS PALIATIVOS:
VIVENCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM UM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA**

Dissertação apresentada em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde.

Mestranda: Andressa Mendonça da Costa Brito

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Juliana Monteiro Costa

Co-orientador: Prof. Dr. José Anchieta de Brito

Linha de Pesquisa: Processos Clínicos e os Ciclos da Vida

RECIFE

2020

Ficha Catalográfica
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

B862p Brito, Andressa Mendonça da Costa

Projeto terapêutico singular nos cuidados paliativos: vivência da equipe multiprofissional em hospital de referência. / Andressa Mendonça da Costa Brito; orientadora Juliana Monteiro Costa; coorientador José Anchieta de Brito – Recife: Do Autor, 2020.
89 f.

Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade Pernambucana de Saúde, Pós-graduação Stricto Sensu, Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde, 2020.

1. Projeto Terapêutico Singular. 2. Cuidados paliativos. 3. Residência. 4. Equipe de saúde. 5. Equipe multidisciplinar. I. Costa, Juliana Monteiro, orientadora. II. Brito, José Anchieta de, coorientador. III. Título.

CDU 612.013

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa aos meus pais João Bosco e Amecília que foram os primeiros a me incentivar e valorizar cada escolha da minha vida. Dedico, ainda, aos meus filhos Gabriela e João Miguel que suportaram a minha ausência necessária durante o processo de formação nesse mestrado e que me fazem lutar para ser uma pessoa melhor a cada dia. Dedico ao meu irmão Adrian, exemplo de força de perseverança e ao meu irmão Anderson.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por renovar minha fé sempre e por colocar em meu coração o sentimento de gratidão por tudo.

Aos meus pais, por terem me proporcionado o melhor da vida em todos os aspectos, sobretudo em amor e educação.

Aos meus filhos, por me incentivarem nessa jornada, mesmo que inconscientemente.

À minha orientadora, Profa. Dra. Juliana Monteiro Costa, que esteve ao meu lado durante esses dois anos e jamais duvidou da minha capacidade e, ainda, ao meu co-orientador, Prof. Dr. José Anchieta de Brito, por todo auxílio e paciência dedicados a mim. Vocês foram essenciais na minha trajetória.

Aos meus irmãos, que sempre comemoram as minhas conquistas.

Ao HUOC por reconhecer a importância desse estudo e ceder o campo de pesquisa.

Às residentes, que despenderam seu tempo e colaboraram de forma crucial para o desenvolvimento desse estudo.

Aos amigos e colegas que sempre me ajudaram e incentivaram.

RESUMO

Introdução: Para garantir o cuidado integral é necessário pensar constantemente em novas formas de agir em saúde, ou seja, pensar a própria forma de organização dos processos de trabalho dos serviços de saúde. Foi assim, que se pensou na implementação do Projeto Terapêutico Singular como ferramenta nos Cuidados Paliativos. Assim como no PTS, os cuidados paliativos precisam de uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, mais especificamente que vise à qualidade de vida de pessoas em tratamento com doenças ameaçadoras da vida e de seus familiares. **Objetivo:** Compreender a vivência da equipe multiprofissional de saúde com o projeto terapêutico singular enquanto ferramenta na abordagem de pessoas em cuidados paliativos. **Método:** Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, cujos participantes foram 12 estudantes da Residência Multiprofissional em Saúde. O período do estudo foi de junho 2018 a março de 2020, tendo a coleta sido realizada em dezembro de 2018, no HUOC (Hospital Universitário Oswaldo Cruz) Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade de Pernambuco, instituição de direito público, sediada na cidade do Recife-PE. Como instrumento de coleta de dados, foi usado o Grupo Focal, essa técnica acontece a partir da interação grupal, permitindo uma ampla problematização sobre um tema ou foco específico. O debate foi norteado por um roteiro de oito perguntas previamente estabelecido, contendo uma questão introdutória, uma pergunta de transição, cinco questões chave e uma pergunta de encerramento. O debate foi gravado, conforme autorização prévia de todas as participantes da pesquisa emitida pelo TCLE, transcrita e os dados analisados de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Minayo. A pesquisa atendeu as normas éticas preconizadas pela Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HUOC, vide CAAE número 00603018.2.0000.5192 e Parecer número

122253/2018. **Resultados:** Os dados da pesquisa serão apresentados em dois formatos. O primeiro refere-se a um artigo científico intitulado “Projeto Terapêutico Singular em Cuidados Paliativos: Vivência da Equipe de Residentes”, o qual será submetido à revista *Psicologia: Teoria e Prática*. O segundo produto trata-se de um guia prático com intuito de auxiliar profissionais de saúde que lidam com pessoas em cuidados paliativos. Participaram da pesquisa doze residentes do sexo feminino, residentes na cidade de Recife-PE, com idade variando entre 21 e 37 anos e média de idade de 29 anos. Com relação à formação das residentes, uma era fisioterapeuta, uma psicóloga, uma cirurgiã dentista, três enfermeiras, duas fonoaudiólogas, uma assistente social, duas terapeutas ocupacionais e uma farmacêutica. Três residentes haviam realizado a graduação em outros estados e apenas uma no interior do estado de Pernambuco. Oito das participantes estavam cursando o primeiro ano da residência (R1) e quatro o segundo ano (R2). A residente de nome fictício, Rosa Linda, 37 anos, nutricionista, havia realizado residência multiprofissional em saúde da família, anteriormente. Três residentes estavam casadas e nove denominaram-se solteiras. Apenas uma tinha filho e uma estava gestante. Quanto à religião, cinco definiram-se como católicas, quatro evangélicas e três afirmaram não possuir religião. As residentes que participaram da pesquisa foram identificadas por um codinome escolhido por elas, salvaguardando-as de possíveis desconfortos e preservando a fidedignidade das falas. A partir da transcrição e análise dos dados coletados no grupo focal foram estabelecidas cinco categorias de análise que serão apresentadas, articulando com a literatura existente sobre a temática, a saber: 1) Interdisciplinaridade com foco na singularidade/multidimensionalidade; 2) Quatro dimensões do PTS em cuidados paliativos; 3) Equívoco e resistência das outras equipes: cuidados paliativos como finitude de vida e fracasso profissional; 4) Família, esclarecimento, qualidade de vida e frustrações; 5) Conhecimento entre as profissões. As falas evidenciaram um profundo

conhecimento, por parte das residentes, sobre o conceito de PTS e sua contribuição como ferramenta nos cuidados paliativos. Outro aspecto, bastante evidenciado na fala das residentes, foi a falta de conhecimento por parte dos outros profissionais de saúde, sobre o conceito e importância dos cuidados paliativos, o que dificulta o trabalho da equipe, pois só são acionados quando o indivíduo em tratamento está no processo ativo de morte.

Conclusão: Este estudo possibilitou à compreensão do Projeto Terapêutico Singular em Cuidados Paliativos na perspectiva da equipe multiprofissional em saúde de um programa de residência. Salienta-se o caráter inovador desta pesquisa, uma vez que existe pouca publicação sobre PTS em Cuidados Paliativos em hospital. Foram encontradas algumas contradições ou equívocos que ainda se pode encontrar na fala dos profissionais pesquisados, o que pode sugerir, uma vez que os CP, bem como PTS e provavelmente os tipos de equipes multiprofissionais, não são ensinados na graduação e essa lacuna pode estar confundindo a própria equipe de CP, que acaba tendo que ser construída na prática. Além disso, por ter que lidar com profissionais que são de equipes multidisciplinares, a equipe de CP pode não ter tão claro que sua atuação deve ser interdisciplinar e não multidisciplinar, como as outras equipes. Foram apontadas as contribuições do PTS para os processos de trabalho da equipe de CP, tais como as quatro dimensões do PTS em CP, (física, neuropsíquica, social/familiar e espiritual) é organizada/trabalhada dentro das quatro etapas do PTS (definição de hipóteses, definição de metas, divisão de responsabilidades, reavaliação das metas). Foi identificado, também através do trabalho, a compreensão equivocada que as demais equipes do hospital tem sobre CP e a necessidade de integração entre essas equipes e a equipe de CP. Não obstante, por se tratar de uma pesquisa qualitativa com um pequeno grupo de sujeitos, não se pode generalizar os resultados. Desse modo, sugere-se novos estudos sobre esta temática, de modo que os familiares e pacientes que façam parte do PTS em cuidados paliativos possam ser

ouvidos, como também estudos com os profissionais de outros serviços, de modo que a desinformação e o preconceito possam ser abrandados.

Palavras-chave: PTS; Cuidados Paliativos; Residência; Equipe de Saúde, Equipe Multidisciplinar.

ABSTRACT

Introduction: In order to guarantee an integral care, is necessary to understand It as an ongoing process of improving new ways of assistance, it means, to think about the arrangement of health services. This way was considered the Singular Therapeutic Project as a tool in Palliative Care. Like STP, palliative care needs a multiprofessional and interdisciplinary approach, more specifically aimed at the quality of life of people with life-threatening diseases and their families. **Objective:** To understand the multidisciplinary health team's experience with the Singular Therapeutic Project as a tool in the approach of patients in palliative care. **Methodology:** This is a qualitative study, the participants were 12 students from the Multiprofessional Residency in Healthcare. This study were from June 2018 to March 2020, and the collected data were in December 2018, at the HUOC (Hospital Oswaldo Cruz University) Multiprofessional Residency in Health at the University of Pernambuco, a public law institution, headquartered in the city of Recife-PE. Was used a focus group for data collection, this technique in based in the group interaction, allowing a broad problematization on a specific theme or focus. The debate was guided by an eight-question script previously established, containing an introductory question, one transition question, five key questions and a closing question. The debate was recorded, with the prior authorization of all participants and signature of the TCLE, transcribed and the data analyzed according to the Thematic Content Analysis Technique proposed by Minayo. The study is in compliance with the ethical standards recommended by Resolution 510/2016 of the National Health Council having been approved by the Ethics Committee on Research with Human Beings of HUOC, see CAAE number 00603018.2.0000.5192 and Opinion number 122253/2018. **Results:** The research data will be presented in two formats. The first refers to a scientific article entitled "Singular Therapeutic Project in Palliative Care: Practice of a group of Healthcare

Residentes”, which will be submitted to The psychology journal: theory and practice. The second product is a practical guide in order to assist healthcare professionals who deal with people in palliative care. The participants were twelve female residents of the city of Recife-PE, aged between 21 and 37 years old and with an average age of 29 years old. Regarding the degree of residents, one was a physiotherapist, a psychologist, a dental surgeon, three nurses, two phonologists, a social worker, two occupational therapists and a pharmacist. Three residents had graduated in other states and only one in the state of Pernambuco. Eight of the participants were in the first year of residency (R1) and four were in the second year (R2). The resident of fictitious name, Rosa Linda, 37, a nutritionist, had previously performed a multiprofessional residency in family health. Three residents were married and nine called themselves single. Only one had a child and one was pregnant. Regarding their religious orientation, five defined themselves as Catholic, four evangelicals and three said they had no religion. The residents who participated of the study were identified by a codename chosen by them, safeguarding them from possible discomfort and preserving the reliability of the statements. From the transcription and analysis of the data collected in the focus group, five categories of analysis were established, which will be presented, articulating with the existing literature on the theme, namely: 1) Interdisciplinarity focusing on singularity / multidimensionality; 2) Four dimensions of STP in palliative care; 3) Misunderstanding and resistance from other teams: palliative care such as finitude of life and professional failure; 4) Family, clarification, quality of life and frustrations; 5) Knowledge between professions. The statements showed a deep knowledge, of the residents, about the concept of STP and its contribution as a tool in palliative care. Another aspect, very evident in the residents' speech, was the lack of knowledge of other health professionals, about the concept and importance of palliative care, which makes the team's work difficult, as they are only

triggered when the patients is in the active process of death. **Conclusion:** This study made possible understand the Singular Therapeutic Project in Palliative Care from the perspective of the multiprofessional health team of a residency program. The innovative character of this research is emphasized since there is only a few publications about STP in Palliative Care at Hospitals. Some contradictions or misconceptions were found that can still be found on the speech of the professionals surveyed, which may suggest, since PCs, as well as STP and probably other types of multiprofessional teams, are not taught in the university/college and this gap can be confusing the CP team itself, which ends up being built in the practice. In addition, due to having to deal with professionals who are part of multidisciplinary teams, the PC team may not be so clear how to perform. That this must be interdisciplinary and not multidisciplinary, like other teams. The contributions of the STP to the work processes of the PC team were pointed out, such as the four dimensions of the STP in PC, (physical, neuropsychic, social/family and spiritual) is organized/worked within the four stages of the STP (definition of hypotheses, goal setting, division of responsibilities, reassessment of goals). It was also identified through the work, the mistaken understanding that other teams of the hospital have about PC and the need for integration between these teams and the PC team. However, because it is a qualitative research with a small group of subjects, the results cannot be generalized. Because of that can be suggested new studies on this topic, so tha family members and patients who are part of the STP in palliative care can be heard, as well as the professionals from other services, so that misinformation and prejudice can be dismissed.

Key Words: STP; Palliative care; Residency; Healthcare Team, Multidisciplinary Team.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	1
II. OBJETIVOS	15
2.1. Objetivo Geral:	15
2.1 Objetivos Específicos:.....	15
III. MÉTODO	16
3.1. Desenho do Estudo	16
3.2. Local do Estudo.....	16
3.3. Período do Estudo	16
3.4. População do estudo.....	17
3.5. Amostra do estudo	17
4.6. Critérios de elegibilidade	17
4.6.1 Critérios de Inclusão	17
4.6.2 Critérios de Exclusão	18
4.7. Coleta de Dados.....	18
4.8. Instrumentos para a coleta de dados.....	19
4.9. Processamento e análise dos dados.....	19
4.10. Aspectos Éticos	20
Período do Estudo.....	26
Amostra do estudo	26
V. REFERÊNCIAS.....	56
APÊNDICE A.....	62
APÊNDICE C.....	67
APÊNDICE D.....	69
APÊNDICE E.....	70

APÊNDICE F	71
------------------	----

I. INTRODUÇÃO

1.1 SUS

Segundo a Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 196: Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.¹ A Constituição Federal cria o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo este regulado pelas Leis Orgânicas da Saúde – Lei 8.080 e 8.142, ambas no ano de 1990.² A Lei 8.080/90 define o modelo operacional, a forma de organização e funcionamento do sistema de saúde brasileiro. O SUS é concebido como um “conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (Art. 4º), sendo que a iniciativa privada poderá participar em caráter complementar. Esta Lei, em seu Art. 7º, afirma seus princípios, sendo os doutrinários: a universalidade, equidade e a integralidade da atenção em saúde e os princípios organizativos: a regionalização, hierarquização e a descentralização política administrativa, com direção única em cada esfera do governo.³

Sendo assim, até a década de 80, o cuidado ainda era baseado em uma lógica caritativa, pois o sujeito adoecido era concebido como passivo e dependente de atitudes de compaixão. Todavia, a partir da criação do SUS, passou-se a valorizar os direitos do enfermo e a pensar o cuidado como propiciador do exercício ativo de autonomia. A busca pelo cuidado humanizado embasou-se em leis apenas no segundo milênio do século XX, por meio da implantação da Política Nacional de Humanização, em 2003, a qual, utilizando a polissemia do conceito de cuidado humanizado, propõe a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos nesse processo, o encontro entre os diversos atores e o reconhecimento das demandas de cada um.⁴

O conceito de saúde, na percepção do SUS, não é apenas o pleno funcionamento orgânico/biológico, mas como a formação global do ser humano, de forma integrada e em rede, considerando o trabalho em equipe de profissionais e também o indivíduo como co-responsável em seu processo de saúde. O termo saúde aqui é defendido então, no sentido mais amplo que o conceito pode ter, saúde como defesa da vida, situada como um estado que pode ser promovido, buscado, cultivado e aperfeiçoado.⁵

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde implanta a Estratégia Saúde da Família (ESF), no sentido de reorientar as práticas de saúde. Ao se responsabilizar pela saúde da população territorializada, as equipes devem ampliar a prática curativo-preventiva do modelo biomédico tradicional, buscando promover, também, a qualidade de vida. Nisto reside um dos principais fundamentos da mudança do modelo assistencial em saúde. A promoção da saúde é considerada como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde. Dentro desta lógica é que se dá à organização da ESF, valorizando e incorporando a proposta promoção da saúde nas ações desenvolvidas territoriais e buscando compreender sua dimensão para a qualidade de vida da população.⁶

1.2 Clínica Ampliada

Para substituir a clínica tradicional com características de enxergar o paciente numa perspectiva biomédica cartesiana, que não estava funcionando bem frente a demanda atual da sociedade, surge a clínica ampliada, que visa à singularidade dos sujeitos, busca a produção de saúde, reabilitação e ampliação da autonomia, através da construção de vínculos, integração da equipe interdisciplinar, ampliação dos recursos de

intervenção no processo saúde–doença e elaboração de projetos terapêuticos de acordo com a vulnerabilidade de cada caso.⁷

A Clínica Ampliada é proposta como uma ferramenta com a qual os profissionais da saúde enfocam o sujeito, a doença, a família e o contexto social, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade na resolução de seus problemas. Para isso, utiliza-se da integração de equipe interdisciplinar, da descrição de clientela e da construção de vínculo entre profissionais e usuários na elaboração de projeto de cuidado. Esse projeto de cuidado é desenvolvido de forma singular e em conformidade com a vulnerabilidade de cada caso, com vistas à ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença, tomando a integralidade como objetivo maior. Também é uma forma de, concretamente, tornar humanizados os serviços de saúde, visando a mudanças nos modelos de atenção e gestão, promovendo a produção de saúde e de subjetividades na afirmação do encontro clínico entre trabalhador de saúde e usuário, relação esta, de produção conjunta.⁸

Para garantir o cuidado integral é necessário pensar constantemente em novas formas de agir em saúde, ou seja, pensar a própria forma de organização dos processos de trabalho dos serviços de saúde. Trata-se, então, da organização contínua do processo de trabalho de modo que se ampliem as possibilidades de apreensão das necessidades dos sujeitos que buscam os serviços, tendo o diálogo entre o indivíduo cuidado e o indivíduo cuidador como central para que tal apreensão aconteça.⁹

Assim, quando a Clínica Ampliada é utilizada como ferramenta de trabalho, realiza um processo dinâmico que consiste em identificar a vulnerabilidade do usuário, na perspectiva de produção da saúde e da doença, reconhece os limites do seu saber profissional, fomenta a responsabilidade compartilhada entre os implicados na produção

de saúde (trabalhadores de saúde, pessoa em tratamento e rede social) e atenta para a defesa dos direitos das pessoas em tratamento.¹⁰

A concepção de Clínica Ampliada e a proposta do Projeto Terapêutico Singular convidam-nos a entender que as situações percebidas pela equipe como de difícil resolução são situações que esbarram nos limites da clínica tradicional. É necessário, portanto, que se forneçam instrumentos para que os profissionais possam lidar consigo mesmos e com cada sujeito acometido por uma doença de forma diferente da tradicional. Se todos os membros da equipe fazem as mesmas perguntas e conversam da mesma forma com o usuário, a reunião de Projeto Terapêutico Singular pode não acrescentar grande coisa. Ou seja, é preciso fazer as perguntas da anamnese tradicional, mas dando espaço para as ideias e as palavras da pessoa em tratamento. Uma história clínica mais completa, sem filtros, tem uma função terapêutica em si mesma, na medida em que situa os sintomas na vida do sujeito e dá a ele a possibilidade de falar, o que implica algum grau de análise sobre a própria situação. Além disso, essa anamnese permite que os profissionais reconheçam as singularidades do sujeito e os limites das classificações diagnósticas.¹¹

A partir da percepção da complexidade do sujeito acometido por uma doença, o profissional pode perceber que muitos determinantes do problema não estão ao alcance de intervenções pontuais e isoladas. Fica clara a necessidade do protagonismo do sujeito no projeto de sua cura: autonomia. A partir da anamnese ampliada, o tema da intervenção ganha destaque.¹²

Em um estudo descritivo do tipo relato de experiência reflexivo realizado no Hospital Materno Infantil, localizado em um município paulista, foi observada que o PTS representa uma nova forma de trabalhar em equipe, a qual demonstrou a transversalidade entre as pessoas que trabalham juntas, com respeito e valorização em relação ao saber e

o fazer das diversas profissões da saúde, bem como a corresponsabilização para com a atenção prestada ao caso clínico.¹³

Em pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, realizada em um hospital de ensino no Sul do Brasil, os profissionais ressaltam vantagens na utilização do PTS relacionadas ao trabalho em equipe e sua troca de saberes e aproximação com o usuário-família. Referem também a eficácia no atendimento às necessidades do paciente e família, independente do prognóstico da doença e perspectiva de um falecimento breve.¹⁴

Na área da saúde, observa-se a formação de especialistas em áreas artificialmente delimitadas que, muitas vezes, desconsideram os condicionantes biopsicossocioculturais do processo saúde-doença. Assim, o setor tem sido chamado a responder a pluralidade de necessidades e especificidades que o sistema tradicional de isolamento não consegue responder. Conforme as discussões acerca da reforma do ensino, vão surgindo novas diretrizes, visando à formação ético-humanista do profissional que deve realizar o cuidado de forma integral, enfatizando a inter e a transdisciplinaridade.¹⁵

Uma disciplina sempre depende da interação com outras e é esta interação que acontece em diferentes níveis. No nível da multidisciplinaridade, as relações se dão num só nível e com múltiplos objetivos. Já na interdisciplinaridade, as disciplinas conexas são coordenadas por princípios e objetivos comuns. Já a transdisciplinaridade é considerada um trabalho coletivo de disciplinas que compartilha “estruturas conceituais, construindo juntos teorias, conceitos e abordagens para tratar problemas comuns”. Neste caso, a disciplina em si perde seu sentido e não há limites precisos nas identidades disciplinares.¹⁵

Projeto Terapêutico Singular

A intensa especialização da saúde, ocorrida em décadas recentes, faz com que se torne necessária a integração das ações realizadas pelos vários profissionais. O trabalho multiprofissional surge como uma estratégia para redesenhar e promover a qualidade dos serviços em saúde. Um meio de praticar essa abordagem é através do Projeto Terapêutico Singular (PTS) que incorpora a noção interdisciplinar que busca articular a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões. Assim, depois de uma avaliação compartilhada sobre as demandas do serviço, são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe multiprofissional, responsáveis por construir o PTS.¹⁶

O PTS é uma estratégia que vem sendo utilizada pelas equipes de saúde, na perspectiva de uma construção coletiva de intervenções e propostas para auxiliar na resolução de casos complexos que mobilizam a equipe como um todo. Como exemplo, o PTS é utilizado pelas equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF) e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).¹⁷

A princípio, a estratégia intitulou-se Projeto Terapêutico Individual; entretanto, o nome Projeto Terapêutico Singular é considerado mais apropriado porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade do sujeito (individual ou coletivo) como elemento central de articulação.¹⁸

O PTS é elaborado levando-se em consideração as necessidades de saúde de cada pessoa, seu modo de compreender a vida, sua subjetividade e singularidade. Por meio de interação horizontal, ou seja, não hierárquica, dos agentes envolvidos no cuidado (profissionais da saúde e pessoas em atendimento), o PTS deve ser alicerçado nas

tecnologias das relações, tais como acolhimento, escuta e vínculo, propondo novos modos de cuidado em saúde nos diferentes níveis de atenção.¹⁹

O trabalho em equipe, elemento essencial para a elaboração pactuada e distribuída do PTS, implica em compartilhamento de percepções e reflexões entre profissionais de diferentes áreas do conhecimento na busca pela compreensão da situação ou problema em questão. A construção de um PTS exige a presença e colaboração de sujeitos comprometidos com propostas e condutas terapêuticas articuladas, envolvendo quatro pilares: hipótese diagnóstica, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação.²⁰

A definição de hipóteses diagnósticas é o momento da avaliação orgânica, psicológica e social da pessoa em tratamento para identificar seus riscos e vulnerabilidades. Na etapa de definição de metas ocorre o planejamento (em curto, médio e longo prazo) das intervenções no PTS com a participação ativa dos profissionais e da pessoa em tratamento envolvidos. A divisão de responsabilidades define de maneira clara as tarefas dos envolvidos no PTS e contribui para que o trabalho da equipe seja efetivo. A quarta etapa se refere à avaliação e reavaliação das metas, que corresponde ao processo dinâmico de discussões e correções com o objetivo de conferir maior efetividade à ação e às necessidades da pessoa sobre a abordagem do PTS.²¹

Assim, as equipes responsáveis pelo PTS empreendem a construção de responsabilidade singular e de vínculo estável com a pessoa em tratamento/família. Nesse sentido, a dimensão singular é, pois, a essência do projeto terapêutico. É o *locus* onde se inscreve a concepção de ser humano que determina as ações de saúde construídas conjuntamente para alcançar o objetivo de cuidar, melhorar a qualidade de vida das pessoas em tratamento, para dar conta de sua complexidade, enquanto ser de múltiplas dimensões (biológica, psíquica, social, cultural, espiritual), de modo que essas ações de

saúde o ajudem no seu cuidado integral, na ampliação do entendimento e na apropriação do processo saúde-doença, entre outros.²²

O PTS é pautado na história clínica da pessoa em tratamento, na avaliação das vulnerabilidades/problemas, nos objetivos ou metas propostas, na definição de responsabilidades, na definição da periodicidade de reavaliação do caso e dos resultados alcançados. Esse trabalho deve ser assentado na equipe interdisciplinar e não apenas no médico. Além disso, considerando o papel ativo da pessoa em tratamento, as metas do PTS são negociadas e pactuadas com ela. Para tanto, a condução do PTS fica sob a responsabilidade do profissional da equipe que tem melhor vínculo com a pessoa.²³

Um estudo qualitativo, realizado com estudantes do programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com o objetivo de relatar a utilização do PTS como um dispositivo de atenção/cuidado em saúde em um Serviço de Emergência indicou que, ao longo de um ano de realização do PTS no Serviço Emergencial, esse dispositivo qualificou o cuidado, aproximando-o do conceito de integralidade, uma vez que permitiu considerar os usuários em suas singularidades. O PTS propiciou intensa troca de saberes entre profissionais e serviços em direção à construção coletiva e corresponsável do cuidado, tornando a prática do matriciamento, um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde²⁴, mais próxima da realidade, especialmente em um Serviço Emergencial. A dialogicidade intersetorial, ou seja, um diálogo resultante de uma interface recíproca permanente²⁵, foi um dos maiores desafios encontrados, pois atuar de forma integrada pressupõe uma relação dinâmica entre os diferentes setores para que a saúde possa ser compreendida em seu conceito ampliado. Daí a necessidade da inclusão da sociedade civil, além dos órgãos públicos ou privados, na intersetorialidade²⁵. Sendo assim, o PTS contribuiu de forma significativa

para a formação multiprofissional dos residentes, pois foi o exercício multiprofissional mais intenso realizado, o qual exigia troca de saberes e construção conjunta das ações a serem desenvolvidas.²⁶

Diante de tudo que foi exposto anteriormente, o PTS é muito mais que um conjunto de estratégias e procedimentos estabelecidos pelas equipes de cuidado e pelas instituições. Ele é o próprio fazer junto aos indivíduos em tratamento. Ele não se confunde com o conjunto de procedimentos que as unidades de saúde oferecem, embora possam fazer uso disso. Mas eles representarão muito mais formas de controle dos desvios e de dominação se subjugarem toda a incandescência da vida e das relações a um processo prescritivo com objetivos terapêuticos, se eles não entenderem que a vida concreta nos territórios de existência é que compõem a complexidade do viver e do sofrimento, sendo um arcabouço espetacular de possibilidades de transformação.²⁷

2.3 Cuidados Paliativos

Assim como no PTS, os cuidados paliativos precisam de uma abordagem multiprofissional, mais especificamente que vise à qualidade de vida de pessoas em tratamento com doenças ameaçadoras da vida e de seus familiares. Com o avanço das doenças crônico-degenerativas, estima-se que mais de 20 milhões de pacientes no mundo têm necessidade desse perfil de cuidado. O aumento da demanda nos hospitais e a necessidade de implantar uma forma de atendimento a pessoas com adoecimentos crônicos que forneça cuidados complexos aliados à melhor qualidade de vida impulsionou o surgimento do PTS voltado para os cuidados paliativos.²⁸

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS):

“Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que

ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”.²⁹

O Cuidado Paliativo não se baseia em protocolos, mas sim em princípios. Alguns deles são: afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; não acelerar nem adiar a morte, integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto.¹⁸ No entanto, ainda pode existir uma tendência para investigar e tratar de forma convencional alguns doentes, desrespeitando suas reais necessidades, com prejuízo grave da qualidade de vida no tempo que lhes resta.³⁰

Assim, diante da mudança no perfil de adoecimento, das demandas emergentes dos pacientes e das orientações de conduta estabelecidas por órgãos nacionais e internacionais, é importante a formação de profissionais para trabalhar com cuidados paliativos. Portanto, a atuação da equipe neste contexto, em qualquer espaço público ou privado, de maior ou menor complexidade, se deparará constantemente com a exigência do exercício de habilidades e competências nesse tipo de cuidado.²⁸

Ao se avaliarem as Diretrizes Nacionais Curriculares (DCNs) do curso de Medicina de 2001 e de 2014, observa-se uma importante escassez a respeito da necessidade de aprendizado do cuidado com doenças que colocam em risco a vida, em especial na sua fase final. As citações durante a graduação sobre a morte e o processo de terminalidade de vida, quando ocorrem, são breves e superficiais.¹⁶ Depois de um breve

estudo sobre as DCNs de 2014 a 2018, constatou-se que foram feitas poucas mudanças nesse aspecto.³¹

Uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, realizada na escola de enfermagem de uma Universidade Federal do Rio de Janeiro, demonstrou que para os acadêmicos os cuidados paliativos em oncologia pediátrica estão relacionados ao controle de sinais e sintomas, conforto, apoio, promoção da qualidade de vida e bem-estar. Por outro lado, alguns entendem que o cuidado paliativo tem como objetivo prolongar o tempo de vida. Além disso percebem a necessidade da atuação da equipe multiprofissional junto à criança e sua família.³²

As questões éticas da medicina paliativa se dividem em quatro grupos: no cuidado e conforto que diz respeito à continuidade do cuidado sem visar a cura, transformando progressivamente a esperança em aceitação; no consentimento e comunicação das informações sobre saúde, assentadas sobre a verdade, de acordo com as capacidades individuais e sem causar dano; nas necessidades e recursos para proporcionar a satisfação dessas demandas da pessoa em tratamento na vida e na morte, já que se entende que, nos cuidados paliativos, há um novo valor para a vida, que nasce da onipresença da morte; no apoio espiritual e ao luto, tanto a pessoa que está em tratamento quanto a família, enfrentam questões de natureza existencial nas quais suas crenças e seus valores exercem forte influência de como vivenciar o processo de morte e morrer.³³

Os cuidados paliativos devem proporcionar o alívio da dor e de outros sintomas; oferecer apoio espiritual e psicológico; fornecer uma rede de apoio para que o paciente possa ter uma vida ativa até a morte e, também, dar apoio à família para que ela possa enfrentar o processo de adoecimento e o período de luto. A esse respeito, um estudo transversal, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com usuários vinculados ao

Sistema de Internação Domiciliar (SID)/ Cuidados Paliativos, do município de Londrina, revela que os cuidadores familiares parecem lidar melhor com o luto após a morte de um ente querido se apoio suficiente for fornecido em casa durante o estágio paliativo da doença.³⁴

Outro estudo de abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritivo, realizado numa unidade de tratamento oncológico pediátrica, sinalizou que existe no paciente de cuidados paliativos uma dor mais complexa que é entendida como dor absoluta. Isso indica que a dor do paciente não está apenas relacionada à patologia; inclui também aspectos físicos, emocionais e espirituais, que levam à percepção subjetiva de perda do *status* de ser saudável.²⁷

Isso é relevante porque, além de ter a capacidade de compreender e agir sobre a dor absoluta da pessoa em tratamento, o profissional da saúde deve aprender a lidar com a dor da família, como também contribuir para mudar a visão da equipe de saúde, modificando seu desejo de querer curar sempre, pelo de acompanhar e cuidar. Isso obriga a equipe a articular seu conhecimento e estabelecer um Projeto Terapêutico Singular baseado em um conjunto de propostas e condutas terapêuticas que possam ajudá-la a entender a singularidade de cada pessoa em tratamento e definir propostas e ações efetivas.³⁵

Os cuidados paliativos são alicerçados pela coparticipação de três agentes: o profissional de saúde, o paciente em situação de terminalidade de vida e sua família. Sabe-se que o impacto da possibilidade de morte causa mais sofrimento para essa tríade, pois no cuidado paliativo já não existe mais viabilidade para a cura da doença, sendo abandonado o tratamento baseado em paradigmas curativos e adotada uma nova perspectiva³⁶. Assim, o foco é direcionado para o cuidado integral, prevenindo e

controlando os sintomas para todos os pacientes que enfrentem doenças graves, ameaçadoras da vida, conceito que também se aplica aos familiares, cuidadores e equipe de saúde e seu entorno, que adoecem e sofrem em conjunto³⁷.

Existem várias dimensões a serem discutidas acerca do autocuidado por parte dos profissionais que lidam com pacientes em situação de terminalidade de vida. O entendimento da percepção de saúde pelos diversos cuidadores que compõem a equipe de cuidados paliativos visa preencher as lacunas que limitam a compreensão dos fatores que comprometem a qualidade de vida destes profissionais e, por conseguinte, do funcionamento harmonioso de toda a equipe.³⁸

1.4 PTS em Cuidados Paliativos

Um estudo de natureza qualitativa realizado no município de Campinas-SP ressalta que a qualidade de morte é a meta de um PTS em cuidados paliativos. Para tanto, exige que os profissionais se desprendam das próprias convicções e valores para atender os valores e desejos das pessoas em tratamento e seus familiares. Mesmo que exista uma idéia geral sobre características que compõem a “boa morte” (morte sem dor, respeito aos desejos da pessoa em tratamento, morte em casa, junto com familiares e amigos, etc), o que deve ser levado em consideração é a particularidade de cada paciente e seus familiares, havendo sensibilidade por parte dos profissionais aos seus desejos e valores em cada momento, respeitando-os, já que os desejos podem mudar com o agravamento da doença. Nesse sentido, é preciso que o profissional fique sempre atento se as necessidades do próprio paciente são atendidas e como ele fala de sua própria dor e sofrimento.²²

O serviço de cuidados paliativos do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) com o uso de PTS teve início em 2015 com a implementação da Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos do HUOC, formada por 10 profissionais de saúde das diferentes profissões da saúde. Os casos admitidos nesse serviço são abordados, avaliados e discutidos em reuniões semanais as quais contam com a participação de todos os residentes (nutrição, fisioterapia, medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, fonoaudiologia e farmácia) e demais profissionais do serviço, permitindo assim construir uma percepção mais ampliada das necessidades da pessoa em tratamento e sua família em suas diferentes dimensões. A discussão dos casos por meio do PTS vem se consolidando como ferramenta de abordagem de pessoas em tratamento com necessidades complexas dentro do serviço de cuidados paliativos e vem ganhando espaço nas discussões dentro das enfermarias do hospital quando a equipe é convidada a opinar sobre determinado caso.

Diante do exposto, questiona-se: Como se dá a vivência da equipe multiprofissional em saúde com o projeto terapêutico singular enquanto uma ferramenta utilizada na abordagem de pessoas em cuidados paliativos?

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral:

Compreender a vivência da equipe multiprofissional de saúde com o projeto terapêutico singular enquanto ferramenta na abordagem de pessoas em cuidados paliativos.

2.1 Objetivos Específicos:

- Descrever os dados sócio demográficos da equipe multiprofissional em saúde, em relação a: sexo, idade, estado civil, se tem filhos, número de filhos, tempo e local de formação, profissão, se existe residência anterior a que está fazendo, titulação, religião e renda familiar.
- Identificar o conhecimento da equipe multiprofissional em saúde sobre o projeto terapêutico singular na abordagem de pessoas em cuidados paliativos.
- Analisar a contribuição do projeto terapêutico singular para formação profissional da equipe de saúde.
- Analisar como os processos de trabalho da equipe interferem na construção do PTS em cuidados paliativos.
- Descrever as potencialidades e fragilidades do projeto terapêutico singular como ferramenta utilizada na abordagem de pessoas em cuidados paliativos
- Elaborar um guia prático, com intuito de auxiliar profissionais de saúde na compreensão dos Cuidados Paliativos.

III. MÉTODO

3.1. Desenho do Estudo

Estudo de natureza qualitativa, centrado na compreensão dos participantes sobre o fenômeno em questão. A pesquisa qualitativa responde a questões particulares que se preocupam com nível de realidade que não pode ser quantificada. Trabalha como um universo de valores crenças, sentidos, significações e intencionalidade como inerente aos atos e as estruturas sociais e requer como atitudes fundamentais a flexibilidade, a capacidade de observação e interação entre investigador e atores sociais envolvidos.³⁹

3.2. Local do Estudo

O estudo foi realizado no HUOC (Hospital Universitário Oswaldo Cruz) Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade de Pernambuco, instituição de direito público, sediada na cidade do Recife-PE.

3.3. Período do Estudo

O estudo foi realizado de junho 2018 a março de 2020, tendo a coleta sido realizada em dezembro de 2018.

3.4. População do estudo

A população do estudo foi composta por uma equipe multiprofissional de saúde (residentes) que estava trabalhando com o PTS no HUOC.

3.5. Amostra do estudo

A amostra foi intencional por conveniência, onde doze residentes participaram do Grupo Focal. Nesse tipo de amostragem o pesquisador escolhe deliberadamente os participantes que deverão compor o estudo de acordo com os objetivos propostos, desde que possam fornecer informações referentes ao mesmo.⁴⁰ O fechamento amostral ocorreu por meio do critério de saturação, “em que o pesquisador fecha o grupo quando, após as informações coletadas com certo número de sujeitos, novas entrevistas passam a apresentar repetições em seu conteúdo”⁴¹

4.6. Critérios de elegibilidade

4.6.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo residentes da equipe multiprofissional de saúde no exercício de suas atividades com o PTS no HUOC, que aceitaram participar livremente da pesquisa e tivessem compreendido os objetivos da mesma.

4.6.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos da pesquisa os residentes da equipe multiprofissional em saúde do HUOC que estavam em período de férias ou aqueles que estavam de licença médica por qualquer motivo de saúde.

4.7. Coleta de Dados

A pesquisadora responsável convidou os residentes da equipe multiprofissional do HUOC a participarem da pesquisa. Os dados foram coletados em dia, horário e local de acordo com a disponibilidade dos residentes, quando os objetivos do estudo foram apresentados. A presente pesquisa somente foi iniciada após anuência da gerencia médica do HUOC (apêndice A) a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice B), garantindo o caráter sigiloso e confidencial do estudo.

Para a coleta de dados, foi escolhido o Grupo Focal (GF). Essa técnica acontece a partir da interação grupal, permitindo uma ampla problematização sobre um tema ou foco específico. O GF foi composto por doze residentes, conforme preconizado pela literatura. Devido à homogeneidade dos participantes da pesquisa, um grupo com um quantitativo maior é preferível devido à possibilidade do enriquecimento do debate com as diversas opiniões.^{42,43}

O debate foi norteado por um roteiro de oito perguntas previamente estabelecido, contendo uma questão introdutória, uma pergunta de transição, cinco questões chave e uma pergunta de encerramento (apêndice C).

4.8. Instrumentos para a coleta de dados

O GF é uma técnica de debate em pequenos grupos, formados por seis a doze pessoas, com o objetivo de obter informações para consenso ou explicitar dissonâncias, comandada por um coordenador que deverá mediar o debate, inserindo as perguntas norteadoras previamente estabelecidas e inseridas no roteiro. Essa abordagem qualitativa pode ser complementar a uma quantitativa, ou, por si só, ser a modalidade específica da coleta de dados, como no presente estudo.⁴¹

No grupo focal as discussões ocorrem sobre um tema específico ao receberem estímulo apropriado. Esse estímulo é dado por perguntas que norteiam o debate. Essa técnica distingue-se por suas características próprias, especialmente pela interação grupal, que é uma resultante da busca de dados. Além de permitir ao pesquisador um maior aprofundamento do tema, o grupo focal proporciona o entendimento de como os fatos são articulados, censurados, confrontados e alterados através da interação grupal.⁴¹

Para a pesquisa, foi realizado um GF com as doze residentes e o debate foi gravado, conforme autorização prévia de todas as participantes da pesquisa emitida pelo TCLE, para posterior transcrição e análise dos dados. Foram coletados também os dados sociodemográficos das participantes (apêndice D).

4.9. Processamento e análise dos dados

Para analisar os dados do GF, foi utilizada a Técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Minayo.⁴⁴ Esta técnica permite que o pesquisador estude o comportamento dos participantes da pesquisa de forma indireta através de uma análise de suas comunicações. Busca-se, desse modo, uma melhor compreensão do discurso, do

sentido das informações, conteúdos manifestos e/ou latentes, significações implícitas e explícitas atribuídas pelos sujeitos envolvidos na pesquisa, visando extrair os seus aspectos relevantes.

A Técnica de Análise Temática de Conteúdo desenvolve-se em três fases respectivamente: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A primeira fase concentra-se na escolha dos documentos a serem analisados, na retomada dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao material coletado e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. A segunda fase é a exploração do material, que consiste essencialmente na operação de codificação, através da transformação dos dados brutos, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Por último, o pesquisador realiza a interpretação dos dados empíricos, confrontando com a literatura existente sobre a temática.⁴⁴

4.10. Aspectos Éticos

Salienta-se o caráter ético da pesquisa, o qual esteve em consonância com a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HUOC, através do CAAE número 00603018.2.0000.5192 e Parecer número 122253/2018, Financiamento próprio (anexo de aprovação). Foi garantido aos participantes o sigilo e a confidencialidade dos dados coletados, assim como o direito a desistência em participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isto pudesse lhes trazer prejuízos de quaisquer natureza.

IV. RESULTADOS

Esta pesquisa é apresentada no formato de dois produtos. O primeiro refere-se a um artigo científico intitulado Projeto Terapêutico Singular em Cuidados Paliativos: Vivência da Equipe de Residentes, o qual será submetido à revista Psicologia: Teoria e Prática. O segundo produto trata-se de um guia prático com intuito de auxiliar profissionais de saúde que lidam com pessoas em cuidados paliativos.

Projeto Terapêutico Singular em Cuidados Paliativos: Vivência da Equipe de Residentes

Resumo

Cenário: O Projeto Terapêutico Singular nos cuidados paliativos tem uma abordagem multiprofissional, mais especificamente que visa à qualidade de vida de pessoas com doenças ameaçadoras de vida e de seus familiares levando em consideração a individualidade de cada indivíduo em tratamento. **Objetivo:** Compreender a vivência da equipe multiprofissional de saúde com o Projeto Terapêutico Singular enquanto uma ferramenta na abordagem de pacientes em cuidados paliativos. **Métodos:** Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, com uso de grupo focal, realizado com doze residentes em saúde que elaboram o PTS de um hospital de referência da cidade de Recife-PE. **Resultados:** Este estudo possibilitou à compreensão do Projeto Terapêutico Singular em Cuidados Paliativos na perspectiva da equipe multiprofissional em saúde de um programa de residência.

Palavras-chave: PTS; Cuidados Paliativos; Residência; Equipe de Saúde, Equipe Multidisciplinar.

Singular Therapeutic Project in Palliative Care: Practice of a group of Healthcare Residentes

Abstract

Scenario: The Singular Therapeutic Project in palliative care has a multidisciplinary approach, more specifically aimed at the quality of life of people with life-threatening diseases and their families, taking into account the individuality of each individual being treated. **Objective:** To understand the multiprofessional health team's experience with the Singular Therapeutic Project as a tool in the approach of patients in palliative care.

Methodology: This is a qualitative study, using a focus group, conducted with twelve health residents who prepare the STP of a referral hospital in the city of Recife-PE.

Results: This study made possible to understand the Singular Therapeutic Project in Palliative Care from the perspective of the multidisciplinary healthcare team in a residency program.

Key Words: STP; Palliative care; Residency; Healthcare Team, Multidisciplinary Practice.

Projeto Terapéutico Singular en Cuidados Paliativos: Vivencias de un Equipo de Residentes

Resumen

Escenario: El Proyecto Terapéutico Singular en cuidados paliativos posee un abordaje multiprofesional, más específicamente que busca la cualidad de vida de personas con enfermedades amenazantes de vida y de sus familiares llevando en consideración la individualidad de cada individuo en tratamiento. **Objetivo:** Comprender la vivencia del equipo multiprofesional de salud con el Proyecto Terapéutico Singular como una herramienta en el abordaje de pacientes en cuidados paliativos. **Métodos:** Tratase de un

estudio de natureza qualitativa, com o uso de grupo focal, realizado com doze residentes em saúde que elaboram o PTS de um hospital de referência de la ciudad de Recife-PE.

Resultados: Este estudio possibilitó la comprensión del Proyecto Terapéutico Singular en Cuidados Paliativos en la perspectiva del equipo multiprofesional en salud de un programa de residencia.

Palabras claves: PTS; Cuidados Paliativos; Residencia; Equipo de salud, Equipo Multidisciplinar.

Introdução

Kercher et al. (2017) chamam a atenção de que existem vários avanços na reorientação de serviços e práticas à assistência integral e resolutiva em saúde. Dentre as estratégias que caracterizam essas conquistas está o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual se refere à discussão de caso em equipe, que incorpora a noção interdisciplinar, recolhendo a contribuição de várias especialidades e de profissões distintas.

O PTS pode ser compreendido como uma tecnologia para a gestão do cuidado. Diz-se que é um projeto, pois se trata de uma construção inacabada, aberta a provisoriedade e reconfigurações. Terapêutico, porque experimenta o cuidado como uma construção de sentidos de práticas de saúde. Singular, porque se refere ao sujeito/família na produção do cuidado de si. Essa tríade (Projeto-Terapêutico-Singular) possibilita uma prática colaborativa, participativa, formativa e compartilhada entre a pessoa em sofrimento psíquico, seu técnico de referência e demais profissionais de acordo com as suas necessidades e demandas (Pappiani, 2014).

O PTS desafia a organização do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe maior articulação interprofissional e a utilização das reuniões em equipe como um espaço

coletivo e sistemático de encontro, reflexão, discussão, compartilhamento e corresponsabilização das ações com a horizontalização dos poderes e conhecimento (Matos, 2017).

O PTS é elaborado levando em consideração as necessidades de saúde de cada indivíduo, seu modo de compreender a vida, sua subjetividade e singularidade. Por meio da interação horizontal dos agentes envolvidos no cuidado (equipe de saúde e usuários), devem ser alicerçados nas tecnologias das relações alguns aspectos importantes, tais como: acolhimento, escuta e vínculo, propondo novos modos de cuidado em saúde nos diferentes níveis de atenção (Jorge, 2015). Este plano geralmente é utilizado em situações mais complexas, havendo a necessidade de uma equipe integrada para valorizar aspectos que vão além do diagnóstico médico (BRASIL, 2008).

Um dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) é a integralidade da assistência, que significa atender as necessidades do usuário e da população através de serviços e cuidados específicos, devendo incluir, também, o cuidado paliativo. Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), “Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual” (Organização Mundial de Saúde, 2018).

Um instrumento capaz de garantir a integralidade no atendimento ao indivíduo é o PTS, o qual se constitui como uma ferramenta essencial de cuidado, um dispositivo que promove a apropriação do usuário no seu processo de cuidado, tornando-o um agente ativo das suas necessidades em saúde (Jorge, 2015).

A abordagem voltada para o ser humano em sua integralidade e a necessidade de intervenção em sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual transformam a prática dos Cuidados Paliativos em um trabalho necessariamente de equipe, de caráter interprofissional. Assim, torna-se possível elencar como os principais norteadores da assistência em cuidados paliativos: prevenção e controle de sintomas; intervenção psicossocial e espiritual; paciente e família como unidade de cuidados; autonomia e independência, comunicação e trabalho em equipe multiprofissional (Marchesan, 2016).

Uma disciplina sempre depende da interação com outras e é esta interação que acontece em diferentes níveis. No nível da multidisciplinaridade, as relações se dão num só nível e com múltiplos objetivos. Já na interdisciplinaridade, as disciplinas conexas são coordenadas por princípios e objetivos comuns. Já a transdisciplinaridade é considerada um trabalho coletivo de disciplinas que compartilha “estruturas conceituais, construindo juntos teorias, conceitos e abordagens para tratar problemas comuns”. Neste caso, a disciplina em si perde seu sentido e não há limites precisos nas identidades disciplinares (Carpes, 2016).

Cuidar do paciente no final da vida de maneira sensível e de modo integral significa expandir a compreensão acerca do ser humano para além do modelo cartesiano. As ações em cuidados paliativos devem buscar, portanto, uma visão ampliada da complexidade humana, buscando romper com os paradigmas de cura estabelecidos pelos serviços de saúde e por seus profissionais, além de sanar com a principal barreira, que é a ausência de uma rede articulada e integrada dos serviços de cuidados paliativos no Brasil (Santos, 2016).

Diante do exposto, a presente pesquisa teve como objetivo compreender a vivência da equipe multiprofissional em saúde com o projeto terapêutico singular enquanto uma ferramenta utilizada na abordagem de pessoas em cuidados paliativos.

Método

Natureza do estudo

Estudo de natureza qualitativa, centrado na compreensão dos participantes sobre o fenômeno em questão. Neste tipo de estudo trabalha-se como um universo de valores, crenças, sentidos, significações e intencionalidade como inerente aos atos e as estruturas sociais e requer como atitudes fundamentais a flexibilidade, a capacidade de observação e interação entre investigador e atores sociais envolvidos (Minayo, 2014).

Participantes

A população do estudo foi composta por uma equipe multiprofissional de saúde (residentes) que estava trabalhando com o PTS no em um hospital público de referência na cidade de Recife-PE.

Período do Estudo

O estudo foi realizado de junho 2018 a março de 2020, tendo a coleta sido realizada em dezembro de 2018.

Amostra do estudo

A amostra foi intencional por conveniência. Nesse tipo de amostragem o pesquisador escolhe deliberadamente os participantes que deverão compor o estudo de acordo com os objetivos propostos, desde que possam fornecer informações referentes ao mesmo (Minayo, 2014). O fechamento amostral ocorreu por meio do critério de saturação, “em que o pesquisador fecha o grupo quando, após as informações coletadas com certo

número de sujeitos, novas entrevistas passam a apresentar repetições em seu conteúdo”(Tuarato, 2003).

Foram excluídos da pesquisa os residentes que estavam em período de férias ou de licença médica por qualquer motivo de saúde durante o período da coleta de dados.

Instrumento e procedimento de coleta de dados

Como instrumento de coleta de dados, foi escolhido o Grupo Focal (GF) (Ressel, 2008; Backes, 2011). Esta técnica permite que o pesquisador estude o comportamento dos participantes da pesquisa de forma indireta através de uma análise de suas comunicações. Busca-se, desse modo, uma melhor compreensão do discurso, do sentido das informações, conteúdos manifestos e/ou latentes, significações implícitas e explícitas atribuídas pelos sujeitos envolvidos na pesquisa, visando extrair os seus aspectos relevantes.

A Técnica de Análise Temática de Conteúdo desenvolve-se em três fases respectivamente: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A primeira fase concentra-se na escolha dos documentos a serem analisados, na retomada dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao material coletado e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. A segunda fase é a exploração do material, que consiste essencialmente na operação de codificação, através da transformação dos dados brutos, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Por último, o pesquisador realiza a interpretação dos dados empíricos, confrontando com a literatura existente sobre a temática (Minayo, 2017).

O debate do GF foi norteado por um roteiro de oito perguntas previamente estabelecido, contendo uma questão introdutória (*O que vocês compreendem como*

Projeto Terapêutico Singular?); uma pergunta de transição (O que vocês compreendem como PTS com foco nos cuidados paliativos?); quatro questões-chave (De que maneira o PTS atua como uma ferramenta na abordagem de pacientes em cuidados paliativos? Quais as potencialidades do PTS enquanto ferramenta utilizada na abordagem dos pacientes em cuidados paliativos? Quais fragilidades vocês conseguem descrever em relação ao PTS como abordagem nos cuidados paliativos? Como é o funcionamento da equipe durante a construção do PTS?) e uma pergunta de encerramento (De que maneira vocês acreditam que o PTS tem alguma relação na formação profissional da equipe de saúde?).

A pesquisadora responsável convidou as residentes da equipe multiprofissional a participarem da pesquisa e os dados foram coletados em dia, horário e local de acordo com a disponibilidade das mesmas, quando os objetivos do estudo foram apresentados. O GF foi audiogravado e, posteriormente, transcrito de modo literal, preservando à fidedignidade dos dados.

Procedimento de análise de dados

As informações foram analisadas de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Minayo, (2017) que se desenvolve segundo as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A primeira fase concentra-se na escolha dos documentos a serem analisados, na retomada dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao material coletado e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. A segunda fase é a exploração do material, que consiste essencialmente na operação de codificação, através da transformação dos dados brutos, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Por último, o pesquisador realiza a interpretação dos dados empíricos, confrontando com a literatura existente sobre a temática (Minayo, 2017).

Aspectos Éticos

A pesquisa obedeceu a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Teve início após a anuência da gerencia médica do hospital onde a mesma foi realizada e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE de todas as participantes do estudo, garantindo o caráter sigiloso e confidencial do mesmo. Todas as entrevistadas foram informadas sobre o direito à desistência da pesquisa em qualquer momento, sem que isto pudesse lhes trazer prejuízo de qualquer natureza. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HUOC, CAAE número 00603018.2.0000.5192 e Parecer número 122253/2018 Financiamento próprio.

Resultados e Discussão

Participaram da pesquisa doze residentes do sexo feminino, residentes na cidade de Recife-PE, com idade variando entre 21 e 37 anos e média de idade de 29 anos. Com relação à formação das residentes, uma era fisioterapeuta, uma psicóloga, uma cirurgiã dentista, três enfermeiras, duas fonoaudiólogas, uma assistente social, duas terapeutas ocupacionais e uma farmacêutica. Três residentes haviam realizado a graduação em outros estados e apenas uma no interior do estado de Pernambuco. Oito das participantes estavam cursando o primeiro ano da residência (R1) e quatro o segundo ano (R2). A residente de nome fictício, Rosa Linda, 37 anos, nutricionista, havia realizado residência multiprofissional em saúde da família, anteriormente. Três residentes estavam casadas e nove denominaram-se solteiras. Apenas uma tinha filho e uma estava gestante. Quanto à religião, cinco definiram-se como católicas, quatro evangélicas e três afirmaram não possuir religião.

As residentes que participaram da pesquisa foram identificadas por um codinome escolhido por elas, salvaguardando-as de possíveis desconfortos e preservando a fidedignidade das falas.

A partir da transcrição e análise dos dados coletados no grupo focal foram estabelecidas cinco categorias de análise que serão apresentadas, articulando com a literatura existente sobre a temática, a saber:

1) Interdisciplinaridade com foco na singularidade/multidimensionalidade; 2) Quatro dimensões do PTS em cuidados paliativos; 3) Equívoco e resistência das outras equipes: cuidados paliativos como finitude de vida e fracasso profissional; 4) Família, esclarecimento, qualidade de vida e frustrações; 5) Conhecimento entre as profissões.

1. Interdisciplinaridade com foco na singularidade/multidimensionalidade

Nesta categoria as residentes descreveram o conhecimento que possuem acerca do PTS. A equipe o concebe como uma ferramenta que permite ver o paciente em sua singularidade e multidimensionalidade, de uma maneira holística, em que há uma integração maior dos profissionais, pois esses atuam de maneira multiprofissional e interdisciplinar. O foco do trabalho é no todo, no contexto e meio em que o indivíduo está inserido, incluindo as relações sociais e não apenas a doença/patologia do mesmo. Fica claro para a equipe multiprofissional que o PTS permite trabalhar de acordo com o que faz sentido e é importante para o paciente, conforme ilustrado nas falas descritas abaixo:

[...] É entender o paciente diante da sua multidimensionalidade. [...] Uma forma multiprofissional e interdisciplinar de entender a singularidade e subjetividade daquele paciente que está sendo assistido pela equipe. [...] Ele (referindo-se ao PTS) não foca na doença, na patologia, e sim em todas as problemáticas que envolvem aquela doença [...] Na rede daquele paciente [...] Em resolver os

problemas demandados por ele, de acordo com a vivência dele de tá desenvolvendo uma doença crônica, ou do seu problema patológico [...] Tenta priorizar esses problemas de acordo com o paciente, o que é prioridade para o indivíduo. (Sol, Enfermeira, 25 anos)

[...]É ver o paciente como um todo[...]Não só saúde e doença [...]É ver também o meio em que ele vive, as relações sociais que ele tem e se isso também está afetando na sua saúde. (Dona Marlene, Cirurgiã Dentista, 30 anos)

[...] É ver o sujeito dentro da sua contextualidade [...] Integrar mais a equipe, na multidisciplinaridade, que é importante também para gente compreender melhor, todo o espaço que aquele indivíduo está inserido. (Bia, Fonoaudióloga, 25 anos)

Os achados encontrados nas falas das participantes também foram mencionados por outros autores que tiveram suas pesquisas realizadas em lugares e cenários distintos, ratificando o que foi pontuado por Sol, Dona Marlene e Bia, conforme explicitados abaixo.

Segundo Deje, (2016) num estudo quantitativo de caráter descritivo e exploratório, realizado com profissionais que atuam nos serviços especializados de atendimento à saúde mental no município de Ilhéus-BA, constatou-se que a utilização do PTS permite a organização e integração das equipes de saúde, de modo a superar as práticas do cuidado fundamentadas no modelo biomédico e hospitalocêntrico. Desse modo, propõe-se uma clínica e gestão do cuidado que produza saúde, considerando a integralidade dos sujeitos, sua história de vida e os seus aprendizados (Deje, 2016). Um outro estudo de Revisão Integrativa da Literatura (RIL), que analisou a percepção da

equipe sobre o PTS, verificou que o mesmo atua como um dispositivo de cuidado que se insere no contexto interdisciplinar para intervenções centralizadas nas necessidades de saúde dos sujeitos em seu contexto social (Rocha, 2017).

Uma pesquisa avaliativa *ex post*, com abordagem qualitativa e caráter descritivo, realizada na cidade de Maringá/PR, que buscou avaliar os resultados de intervenções domiciliares de enfermagem em idosos dependentes de cuidado, concluiu que o PTS visa estimular a participação ativa do usuário no processo de saúde-doença, propiciando ao profissional de saúde a organização sistematizada do cuidado, considerando as especificidades do sujeito, além de identificar as necessidades de saúde, o aumento da coresponsabilização por meio da sustentação da autonomia e a construção de vínculo entre os usuários e equipe de saúde (Silva, et al. 2016).

Outro estudo qualitativo, descritivo, realizado no município de Florianópolis, Santa Catarina, que objetivou analisar a importância do PTS na gestão do cuidado para profissionais de uma equipe da Estratégia da Saúde da Família, no âmbito da Atenção Básica, constatou que o PTS é relevante à medida que auxilia na gestão do cuidado às pessoas, valorizando a singularidade presente em cada uma, uma vez que considera seu modo de ser, pensar e agir (Nogueira, 2016).

Pesquisa de natureza qualitativa, realizada em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, que teve como objetivo analisar a percepção dos usuários acerca do PTS em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), demonstrou que o PTS se configura como um instrumento de gestão que deve contemplar o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares adequados às características da clientela, compatibilizando a proposta de cuidado com a necessidade de cada usuário e de sua família (Marchesan, 2016).

2. Quatro dimensões do PTS em cuidados paliativos

Na segunda categoria as residentes correlacionaram o conhecimento que possuem sobre o PTS, porém agora com foco em cuidados paliativos. A equipe identificou quatro dimensões: física, neuropsíquica, social/familiar e espiritual, as quais são consideradas como os princípios norteadores dos cuidados paliativos, conforme assinalado por Borboleta e Rosa Linda e Rosa:

[...] A gente vê o indivíduo em quatro dimensões: a dimensão física, a dimensão neuropsíquica, dimensão social e familiar e a dimensão espiritual. [...]
(Borboleta, Terapeuta Ocupacional, 25 anos)

[...] Venho de outra residência, achei mais rico o PTS que a gente faz aqui em Cuidados Paliativos do que o que o que tive experiência de fazer na Atenção Básica, justamente, por esses quatro aspectos referidos. (Rosa Linda, nutricionista, 37 anos)

[...] É porque esses quatro aspectos fazem parte, justamente, dos princípios dos Cuidados Paliativos. [...] Na minha visão, é a melhor forma para conseguir trabalhar, de forma plena, os princípios norteadores dos Cuidados Paliativos. Eu acho que a metodologia do PTS nos proporciona conseguir trabalhar esses princípios norteadores de forma mais integral e assertiva na assistência [...] (Rosa, Assistente Social, 23 anos)

Corroborando com os dados do presente estudo, uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, realizada com alunos de medicina e enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei, trouxe o conceito de que saúde se torna completa apenas quando tem seu sentido ampliado para além da questão biológica e abrange toda a esfera

biopsicossocial e espiritual à qual o indivíduo se insere e se define. Essa complexidade deve ser sempre considerada quando se presta atendimento em saúde, seja este curativo ou paliativo (Santos, 2016).

As residentes pontuaram, ainda, que os quatro princípios norteadores dos cuidados paliativos podem ser trabalhados de forma mais assertiva na assistência, através do PTS. As residentes realçaram também a importância da presença da família na construção do projeto, de modo que faça sentido para o paciente, conforme ilustrado abaixo:

Nos Cuidados Paliativos a gente não trabalha com um protocolo ou receita de bolo. A gente trabalha com princípios norteadores que nos ajudam a conduzir na nossa atuação, na nossa assistência, não existe nem certo nem errado, existe aquilo que o paciente traz, a demanda que ele traz e a gente tenta da melhor forma possível, assistir ele, sem violentá-lo [...] Não existe Cuidados paliativos sem família. Não existe Cuidados Paliativos sem profissional. A gente tenta ajudar aquele indivíduo a conduzir a sua vida da melhor forma possível, diante de suas problemáticas. (Rosa, Assistente Social, 23 anos)

[...] Cada profissional, olha, claro, na sua particularidade. Se eu vejo que é algo emocional, aí falo com a psicóloga, estou achando que há alguma coisa aí na questão psíquica, peço para ela dar uma olhada. Peço essa comunicação e a gente vai colocando, vai expondo os problemas. (Borboleta, Terapeuta Ocupacional, 25 anos)

A abordagem voltada para o ser humano em sua integralidade e a necessidade de intervenção em sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual transformam a prática dos Cuidados Paliativos em um trabalho necessariamente de equipe, de caráter interprofissional. Assim, torna-se possível elencar como os principais norteadores da

assistência em cuidados paliativos: prevenção e controle de sintomas; intervenção psicossocial e espiritual; paciente e família como unidade de cuidados; autonomia e independência, comunicação e trabalho em equipe multiprofissional (Gomes, 2016).

Estudo de abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritivo, realizado em um hospital de ensino em Porto Alegre-RS, com a participação de profissionais de uma equipe multidisciplinar, trouxe a percepção de que a normatização estrita e a hierarquização presentes na instituição hospitalar dificultam o diálogo entre os diferentes atores sociais envolvidos no processo dos cuidados paliativos. A rotina acelerada e as múltiplas demandas de cuidado dificultam a criação de um momento de troca entre os profissionais que se sentem imersos em um fazer sistemático e cansativo (Costa, 2016). Assim, mesmo não citando o PTS, esse estudo traz a ideia de que a sua construção auxiliaria nos cuidados paliativos, o que corrobora com os achados da presente pesquisa.

3. Equívoco e resistência das outras equipes: cuidados paliativos como finitude de vida e fracasso profissional

Nesta categoria as residentes expressaram suas percepções no que se refere aos processos de trabalho da equipe na construção do PTS em cuidados paliativos. Destacou-se que diversos profissionais que trabalham em outros setores do hospital onde a pesquisa foi realizada ainda apresentam resistência aos cuidados paliativos, uma vez que o associam à morte e, conseqüentemente, a um fracasso profissional. Os recortes das falas de Flor de Liz, Vitória e Sol apontam que a busca pelos cuidados paliativos existe apenas quando o paciente está no processo de finitude da vida, e não quando existe uma doença crônica, dificultando o trabalho da equipe multiprofissional de CP e, por conseguinte, a construção de um PTS.

A própria equipe do hospital (referindo-se a profissionais de outros setores) ainda tem essa visão de que os Cuidados Paliativos vão trabalhar com a morte. Vai trazer a morte para o local e não vai fazer mais nada. Um local em que ficou muito claro isso foi na parte pediátrica. A gente chegava e todo mundo olhando para gente como se fosse a morte chegando lá para levar as crianças. (Flor de Liz, Farmacêutica, 27 anos)

É como se a equipe do hospital só procurasse os Cuidados Paliativos quando realmente o paciente estivesse perto de morrer [...] Sem contar também, que a gente viu, recentemente, que os pacientes que são acompanhados desde o início do diagnóstico até o fim de vida, o custo com esse paciente é bem menor do que com aquele que passou a vida toda e só no final da sua vida teve acesso aos Cuidados Paliativos. (Vitória, Fisioterapeuta, 27 anos)

[...] Mesmo a gente estando aqui dentro do hospital para dar suporte às equipes, eles (referindo-se aos profissionais de saúde) relutam até o último momento, até o paciente entrar em processo de morte ativa para chamar a gente. Aí a gente não consegue fazer muita coisa, porque o tempo é muito curto e a gente não consegue atingir as propostas, os objetivos do cuidado da nossa abordagem que vai além de uma assistência. (Sol, Enfermeira, 25 anos)

Os achados desta pesquisa estão em consonância com um estudo observacional retrospectivo, no qual foram selecionados 92 prontuários (de um total de 601) do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais em Belo Horizonte-MG, o qual demonstrou que 68% dos médicos relataram estar inadequadamente treinados para discutir o cuidado ao fim da vida com seus pacientes. Este número expressivo indica possíveis falhas na formação dos profissionais ou, ainda, a existência de barreiras sociais e culturais na abordagem da finitude, tornando a morte

um tema de difícil discussão. O estudo concluiu, portanto, que existe dificuldade das equipes clínicas em diferenciar cuidados paliativos de apenas cuidados de final de vida. Dessa maneira, trata-se de um impasse cultural da sociedade, uma vez que CP é, muitas vezes, associado à ideia de fracasso (Silva, 2015).

Um outro estudo transversal descritivo, com abordagem qualitativa e exploratória, que entrevistou familiares de pacientes internados em cuidados paliativos em um hospital de referência da cidade de Goiânia-GO, apontou que alguns profissionais da instituição desconhecem a equipe de cuidados paliativos. Tal fato faz com que pacientes que tenham indicação para o tratamento paliativo não sejam abordados por essa equipe, ou ainda, que pacientes que deveriam ser assistidos pelos cuidados paliativos sejam encaminhados para o domicílio sem o tratamento adequado (Beduschi, 2018).

A enfermeira Sol enfatiza as dificuldades em se trabalhar com os cuidados paliativos, pois significa colocar em prática a ortotanásia. Significa fazer um programa a médio e longo prazo, necessitando haver uma ressignificação da existência por parte do paciente e da família. Além disso, os cuidados paliativos não se encerram com a morte do paciente, uma vez que há um trabalho da equipe multiprofissional dirigido à família pós óbito para trabalhar questões relacionadas ao luto.

[...] É muito difícil porque não tem como fazer Cuidados Paliativos em uma semana [...] É um trabalho de ressignificação [...] Muitas vezes o que ocorre é uma distanásia, e não a ortotanásia que é preconizada pelos Cuidados Paliativos [...] Como é que você vai ressignificar sua existência com dor? [...] Em Cuidados Paliativos a gente vai além da morte. A gente cuida do luto daquela família. Ajuda a organizar o processo do luto. Organizar um processo de luto difícil, onde o paciente morreu sofrendo e a família não consegue controlar o

sofrimento. O sofrimento controla a família e aí tudo fica muito mais difícil. (Sol, Enfermeira, 25 anos)

Aderir aos cuidados paliativos é uma decisão difícil para a família, uma vez que é apresentada às incertezas frente à possibilidade de morte (Santos, 2016). Pesquisa com abordagem qualitativa realizada com enfermeiros do curso de especialização *lato sensu* de enfermagem em UTI adulto, pediátrica e neonatal da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais mencionou a diferença entre ortotanásia e distanásia. Por significação etimológica, ortotanásia deriva do grego *orthos* (correto) e *thanatos* (morte), ou seja, refere-se à morte no momento apropriado com o devido respeito aos limites da vida. A ortotanásia também pode ser considerada uma morte natural, favorecendo à aceitação da circunstância humana, sem abreviar nem prolongar o sofrimento, apenas proporcionando qualidade de vida e alívio do sofrimento de modo geral. Neste sentido, os cuidados paliativos formam uma série de ações realizadas pelos profissionais da saúde em relação aos pacientes terminais, assegurando-lhes uma morte digna, sendo respeitados seus valores e crenças, de modo que toda atuação esteja voltada para a medicina humanista (Magalhães, 2019).

Uma pesquisa exploratória e descritiva, de natureza qualitativa, aplicando questionários a oito enfermeiras que atuam em duas unidades de terapia intensiva de um hospital público da região do Vale do São Francisco, trouxe a definição de distanásia como morte lenta, acompanhada de muito sofrimento. O conceito é usado como sinônimo de tratamento fútil ou obstinação terapêutica, apesar de ser prática altamente presente nas instituições de saúde, notadamente nas UTI (Santana, 2017).

Um estudo qualitativo do tipo exploratório e descritivo, com o objetivo de identificar as percepções de ortotanásia e distanásia para a equipe multiprofissional (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos) na UTI, corroborou

com a fala de Sol, onde relata que a distanásia, terapia prolongada, e, em alguns casos, a luta incessante contra a morte, coloca o morrer como algo temível, que deve ser afastado a todo o momento. Os depoimentos dos entrevistados revelaram que a maioria dos profissionais, por não saberem lidar com a morte, adota uma postura paternalista e prefere prolongar a vida a qualquer custo. Contudo é necessário ter discernimento e saber até que ponto está ferindo os princípios éticos da vida. Ao falarmos sobre distanásia e ortotanásia, observam-se impasses referentes à conduta adotada por parte dos profissionais. Alguns insistem em prolongar a vida a qualquer custo, outros até pensam na vida com dignidade, mas preferem não optar, distanciando-se, adotando técnicas mecanicistas (Silva, 2016).

Outro estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com 25 profissionais de saúde atuantes na UTI de um Hospital Universitário, em Maceió/AL com o objetivo de reconhecer a percepção dos profissionais da equipe de saúde que atuam em unidade de terapia intensiva, acerca das situações de Ortotanásia e Distanásia, concluiu sobre a morte digna, atribuindo ao indivíduo o direito de, no fim da vida, receber cuidados destinados à preservação de sua dignidade, pautado pelo princípio da autonomia, o qual defende a livre escolha, assim como a opção pelo tratamento que o paciente julgar mais favorável. Neste contexto, os profissionais de saúde possuem papel fundamental para proporcionarem uma morte digna e sem sofrimento, por meio de uma assistência que conceda conforto psíquico, social e espiritual (Tavares, 2016).

4. Família, esclarecimento, qualidade de vida e frustrações.

No que se refere às potencialidades do PTS como ferramenta na abordagem de pessoas em cuidados paliativos, as residentes da equipe multiprofissional em saúde pontuaram que o mesmo pode funcionar como uma importante estratégia para minimizar os obstáculos com os familiares à medida que haja esclarecimento do atendimento que está

sendo realizado, possibilitando, assim, a compreensão do que trata a metodologia dos cuidados paliativos, conforme ilustrado nas falas de Dora, Lua e Bela:

[...] O PTS seria uma estratégia muito viável para mostrar para a família, confortar a família de que o paciente não deixou de ser assistido [...] O paciente está sendo muito mais assistido agora que a gente está tentando dar conforto [...] Esclarecer o próprio diagnóstico para o paciente, que as vezes a família nega, nega até o fim e isso prejudica o processo [...] Mostrar o PTS e esclarecer, tiraria muitas dúvidas, na hora, no momento em que esse paciente viesse precisar de uma intervenção. [...] É uma estratégia muito boa! (Dora, Fonoaudióloga, 25 anos)

[...] Acho que minimizaria, principalmente aqueles conflitos que tem entre a família. [...] E até evidenciar o que é paliar, que estou paliando, e não estou adiando nada. Porque a gente sabe. O paciente sabe que está muito ruim. O familiar sabe que a gente está fazendo o bem, mas precisa entender que ali é um paliativo. (Lua, Terapeuta Ocupacional, 21 anos)

[...] A gente não consegue reunir toda família para apresentar um Projeto Terapêutico Singular [...] Então meio que a gente leva em consideração tudo que elas trazem, mas a gente não consegue dar uma devolutiva muitas vezes daquilo que a gente está fazendo, de forma que eles também entendam toda a metodologia que a gente está usando para assistir o paciente. (Bela, Fonoaudióloga, 25 anos)

Os achados da presente pesquisa sobre a importância da família como parceira do PTS fazem articulação com uma pesquisa qualitativa realizada em dois centros de atenção psicossocial na região metropolitana de Fortaleza-CE, com profissionais das equipes de saúde mental sobre o projeto terapêutico dos usuários dos serviços do CAPS. Os resultados apontam a escassez de discussões que consideram o protagonismo dos usuários

e da família, na construção do projeto terapêutico, numa atitude dialógica, de negociação e corresponsabilização entre equipe-usuário-família. Desse modo, os planos terapêuticos seriam para negociação coletiva, e não poderiam ser definidos por um ou outro ator social, estando sempre em uma perspectiva coletiva, participativa e de produção de autonomia (Matos, 2018).

Outro estudo de natureza qualitativa, realizado com profissionais da equipe multidisciplinar de uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público em Fortaleza-CE mencionou que a construção do projeto terapêutico singular dos pacientes é visto como imprescindível e de suma importância na conduta final ao paciente crítico. Através dele, é possível fazer um diagnóstico amplo e um plano de cuidado interprofissional, na perspectiva da integralidade do cuidado, envolvendo aspectos biopsicossociais. Trata-se, portanto, de um plano onde o paciente e sua família também são envolvidos no cuidado, sendo construído e avaliado permanentemente, de acordo com a singularidade de cada sujeito (Santos, 2016).

Outro aspecto positivo do PTS como estratégia em cuidados paliativos foi referente à qualidade de vida que o mesmo promove. A fisioterapeuta Vitória menciona que a forma como a equipe paliativista vê o paciente difere da visão curativa de alguns profissionais, que tratam apenas a doença e não o sujeito na sua multidimensionalidade.

Eu acho que assim, o PTS voltado para cuidados paliativos, traz a questão da qualidade de vida. Se outros profissionais, os mesmos que estão aqui, nutricionista, psicólogos, todos, mas que não tem a visão dos cuidados paliativos forem avaliar um paciente juntos, multidisciplinar e elaborar um PTS e concomitantemente a equipe da gente ou qualquer outra equipe que tenha a visão paliativista também for avaliar aquele mesmo paciente, certamente vai ser bem diferente. Não que a conduta deles, a abordagem deles esteja errada, mas pela

questão da própria graduação a gente tem uma visão curativa, uma visão que reabilita, uma visão que trata a doença, que trata o físico, que olha só a doença e não a pessoa. Então certamente seriam dois projetos bem diferente! (Vitória, Fisioterapeuta, 27 anos)

A fala da residente acima está de acordo com uma pesquisa de natureza qualitativa, de característica exploratória, realizada em um município do Rio Grande do Sul onde foi utilizado como recurso metodológico, a revisão de literatura e a pesquisa documental. Os resultados do estudo apontaram como uma das potencialidades do PTS o reconhecimento do sujeito na sua singularidade e a construção social cotidiana dentro do projeto de terapêutica. A pesquisa destacou, também, que a estratégia da reunião de equipe é importante para auxiliar e entender o sujeito nas suas demandas e, a partir disso, planejar ações resolutivas e propositivas. Isto caracteriza o caráter do desafio do trabalho interdisciplinar, dos diferentes saberes, mas que, ao mesmo tempo, potencializa-se na construção do PTS que demanda a articulação da clínica ampliada para abordagens heterogêneas (Vanconcelos, 2016).

As residentes também elencaram algumas fragilidades do PTS em cuidados paliativos. A frustração por nem sempre ter um resultado positivo para o paciente a partir do plano de intervenção traçado promove um sentimento de impotência diante da prática clínica, uma vez que na graduação em saúde os estudantes são preparados para salvar, curar e reabilitar. Portanto, entender que em cuidado paliativo o profissional só faz aquilo que é possível e que o mesmo possui limitações, torna-se um processo difícil e árduo.

É justamente o colocar um manto sagrado naquele problema e entender que o paciente vai morrer com aquele problema sem conseguir fechar a conta [...] Tudo bem, a gente não vai conseguir dar conta de tudo o tempo todo. [...] Isso nos frustra, porque na academia a gente é formado na área de saúde para salvar,

reabilita [...] É muito difícil lidar com as frustrações. [...] Entender que você é gente cuidando de gente e que tem suas limitações e que o outro também tem as limitações dele [...] A gente aprende isso em cuidados paliativos! (Bel, Enfermeira, 36 anos)

Eu acho que uma coisa que esbarra muito, especialmente em Cuidados Paliativos, são as nossas limitações. Então é perceber que em Cuidados Paliativos a gente só faz aquilo que é possível [...] Quando a gente lista o PTS, lista as problemáticas, coloca os planos de intervenções, tem coisa ali que não vão se resolver e lidar com isso também é um processo árduo. É um pouco difícil, porque bate com a nossa tentativa de ser mais onipotente. (Bela, Fonoaudióloga, 25 anos)

[...] No PTS a gente traça um plano para o paciente, mas as vezes esbarra em frustrações, por não ter um resultado positivo. [...] Porque, as vezes, você coloca para fazer algo, mas o ambiente em que o paciente vive não favorece o que você idealiza. (Lua, Terapeuta Ocupacional, 21 anos)

Uma pesquisa qualitativa com abordagem descritivo-exploratória, realizada com enfermeiras residentes nas cidades de Guarapuava, Campo Mourão e Curitiba-PR que desenvolvem cuidados paliativos domiciliares apontou que entender a morte como um processo natural da vida não é tarefa fácil. Cuidar do paciente no final da vida de maneira sensível e de modo integral significa expandir a compreensão acerca do ser humano para além do modelo cartesiano. As ações em cuidados paliativos devem buscar, portanto, uma visão ampliada da complexidade humana, buscando romper com os paradigmas de cura estabelecidos pelos serviços de saúde e por seus profissionais, além de sanar com a principal barreira, que é a ausência de uma rede articulada e integrada dos serviços de cuidados paliativos no Brasil (Rodrigues, 2016).

Outro estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com profissionais de saúde em uma unidade de internação psiquiátrica em um Hospital Geral de Salvador-BA, sinalizou também algumas fragilidades na implementação do PTS, dentre elas: falhas nos recursos humanos, a descontinuidade do cuidado após a alta e a dificuldade de trabalho em equipe (Andrade, 2018).

5) Conhecimento entre as profissões.

Nesta última categoria, as participantes da pesquisa mencionaram que o PTS promove o conhecimento entre as diferentes profissões, valorizando o papel de cada uma na equipe multiprofissional. Além disso, o PTS é um instrumento que viabiliza colocar em prática a atuação dos profissionais concebendo o sujeito como um todo. Além de possibilitar aproximar os profissionais; melhora a comunicação e otimiza o trabalho, fazendo com que exista um conhecimento mais amplo do paciente, o que norteia as condutas da equipe.

[...] O PTS nos ajuda a conhecer a profissão do outro, porque na graduação a gente fica muito focado na nossa profissão, tipo na psicologia, na nutrição, na fisioterapia. [...] Quando chega aqui participa de um trabalho em uma equipe multidisciplinar e a gente pode conhecer o trabalho do outro que acrescenta também no nosso trabalho. [...] eu não vejo apenas o lado psicológico dele, eu vejo também o problema que ele está apresentando. [...] Acho que na psicologia a gente já tem essa visão, mas acho que aqui foi mais intenso, até pela vivência prática da gente está sempre em equipe, sabe? Então isso intensificou em mim essa questão de ver o sujeito como um todo literalmente. (Violeta, Psicóloga, 21 anos)

O PTS fortaleceu mais ainda essa minha questão de trabalhar numa visão multidisciplinar e ter esse olhar mais ampliado. [...] Na graduação, a gente é

formado muito na perspectiva de observar, de compreender o ser humano na sua integralidade, mas fica muito naquela coisa teórica [...] o PTS eu acho que é um dos instrumentos que permite e viabiliza essa atuação, enxergando o ser humano como um ser integral. (Rosa Linda, Enfermeira, 37 anos)

[...] O PTS é o momento da gente estar juntos. Então uma vez por semana a gente está estudando aquele caso, discutindo aquele caso, e gerando aquele prazo de que a gente está acompanhando. Acho que é o que acrescenta bastante. E também a forma da gente, como Sol falou, trazer uma metodologia para as reuniões dos casos, para seguir algum roteiro da gente estudar aquele paciente de uma forma mais ampla. [...] Também acho que pode ser uma forma incluída para nortear as nossas condutas, o nosso trabalho em equipe (Violeta, psicóloga, 21 anos)

Os recortes das falas de Violeta e Rosa Linda estão em consonância com uma pesquisa exploratória descritiva que abrangeu todos os CAPS existentes na região Macrorregional Noroeste de Minas Gerais, com a participação de todos os profissionais de nível superior que compunham essas equipes. O estudo concluiu que o trabalho realizado por equipe interdisciplinar é uma estratégia para enfrentar as consequências negativas da excessiva especialização na área da saúde, uma vez que a especialização tende a aprofundar o conhecimento em somente um aspecto e priorizar a intervenção individualizada no aspecto específico. A equipe interdisciplinar visa promover a articulação das ações de diferentes saberes, de modo a permitir abordar o paciente de forma mais integral (Home, 2017).

Um estudo de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, realizado no município de Salvador-BA que objetivou conhecer a percepção dos profissionais integrantes da equipe sobre o trabalho multiprofissional constatou que a percepção acerca

dos diversos aspectos que compõem o processo de saúde-doença é uma consequência do trabalho em equipe. A probabilidade de um profissional se reconstruir na atividade do outro, em efeito mútuo, é uma pressuposição das práticas interdisciplinares e, conseqüentemente, a finalidade de uma intervenção efetiva no contexto em que atuam (Cunha, 2016).

Em diversos momentos as falas das residentes entram em contradição em relação ao tipo de trabalho realizado entre elas, se multidisciplinar ou interdisciplinar, o que leva a crer que deva existir uma melhor compreensão acerca da temática, por parte das profissionais.

Em contrapartida, uma pesquisa quantitativa de caráter exploratório, transversal, realizada na cidade de São Paulo, abordou o nível de satisfação com o trabalho e a importância deste para a equipe multiprofissional. Os resultados apontaram que o domínio Relacionamento/Comunicação Vertical é o mais valorizado. Assim, os níveis de satisfação e a importância resultantes desse domínio sugerem mudanças na organização do trabalho, promovendo uma gestão mais participativa com o objetivo de propiciar a todos os profissionais a oportunidade de interagirem em atividades de criação e implantação de novos projetos (Anjos, 2017).

Assim, não basta colocar profissionais de diferentes áreas trabalhando juntos para conseguir um resultado efetivo. O trabalho interdisciplinar deve estar atrelado a um conjunto de habilidades que envolvem a comunicação, a liderança, a coordenação de tarefas e a tomada de decisão. Sendo assim o PTS propõe uma abordagem em que as equipes devem desenvolver uma organização de trabalho multiprofissional e interdisciplinar com efetiva participação de todos, desde o acolhimento dos usuários até a sua “alta”, constituinte pela ocorrência de reintegração nos grupos sociais (Tabasco, 2017).

Conclusão

Este estudo possibilitou à compreensão do Projeto Terapêutico Singular em Cuidados Paliativos na perspectiva da equipe multiprofissional em saúde de um programa de residência. Nas falas das residentes, vários aspectos foram ressaltados, dentre eles a contribuição significativa e efetiva do PTS nos Cuidados Paliativos, visto que tem como proposta promover qualidade de vida do indivíduo em tratamento pois o tratam na sua multidimensionalidade, criando uma cultura do atendimento diferente da curativa de alguns profissionais de saúde.

As participantes demonstraram conhecimento sobre o assunto e uma visão crítica acerca de tudo que envolve a proposta do PTS em cuidados paliativos. Ressaltaram a importância da integração dos profissionais que compõem a equipe interdisciplinar e interdisciplinar de maneira efetiva, com o intuito de possibilitar um atendimento holístico ao indivíduo, respeitando sua singularidade e multidimensionalidade. Desse modo, ficou claro que paciente é o protagonista do PTS, levando a equipe multiprofissional a trabalhar de acordo com o que é importante e faz sentido para ele. Os princípios norteadores dos Cuidados Paliativos, as dimensões física, neuropsíquica, social/familiar e espiritual, foram pontuadas pelo grupo de residentes como o que faz correlação entre o PTS e os Cuidados Paliativos.

No que se refere à prática do PTS em Cuidados Paliativos ficou evidenciado que há uma visão distorcida sobre esse atendimento, por parte dos profissionais de outros setores do hospital onde a pesquisa foi realizada. Este tipo de cuidado ainda está associado à morte e, conseqüentemente, a um fracasso profissional, correlacionado ao modelo biomédico curativo. A busca desses profissionais pelos cuidados paliativos acontece apenas quando o paciente está no processo de morte ativa e não quando existe uma doença

crônica, o que impossibilita a construção de um PTS, dificultando o trabalho da equipe multiprofissional em CP.

Como potencialidades do PTS com foco nos cuidados paliativos, as residentes destacaram o manejo com os familiares, que este tipo de projeto funciona como uma estratégia para diminuir os obstáculos existentes entre equipe multiprofissional e familiares, visto que os insere no processo de tratamento com esclarecimento sobre todo atendimento prestado, sanando as dúvidas sobre a metodologia dos cuidados paliativos. Ademais, o PTS funciona como um instrumento promotor do conhecimento entre as diversas profissões, ao conscientizar sobre a importância de cada um na equipe multiprofissional, horizontalizando a relação entre os que irão possibilitar qualidade de vida ao paciente.

Salienta-se o caráter inovador desta pesquisa, uma vez que existe pouca publicação sobre PTS em Cuidados Paliativos em hospital. Foram encontradas algumas contradições ou equívocos que ainda se pode encontrar na fala dos profissionais pesquisados, o que pode sugerir, uma vez que os CP, bem como PTS e provavelmente os tipos de equipes multiprofissionais, não são ensinados na graduação e essa lacuna pode está confundindo a própria equipe de CP, que acaba tendo que ser construída na prática. Além disso, por ter que lidar com profissionais que são de equipes multidisciplinares, a equipe de CP pode não ter tão claro que sua atuação deve ser interdisciplinar e não multidisciplinar, como as outras equipes. Foram apontadas as contribuições do PTS para os processos de trabalho da equipe de CP, tais como as quatro dimensões do PTS em CP, (física, neuropsíquica, social/familiar e espiritual) é organizada/trabalhada dentro das quatro etapas do PTS (definição de hipóteses, definição de metas, divisão de responsabilidades, reavaliação das metas). . Foi identificado, também através do trabalho, a compreensão equivocada que as demais equipes do hospital tem sobre CP e a

necessidade de integração entre essas equipes e a equipe de CP. Não obstante, por se tratar de uma pesquisa qualitativa com um pequeno grupo de sujeitos, não se pode generalizar os resultados. Desse modo, sugere-se novos estudos sobre esta temática, de modo que os familiares e pacientes que façam parte do PTS em cuidados paliativos possam ser ouvidos, como também com os profissionais de outros serviços, de modo que a desinformação e o preconceito possam ser abrandados.

Referencias

Kercher, P. V., Neves, A. M., Plachi, F., Godoy, S. D. C., Palagi, S., & Rocha, C. M. F. (2017). O Projeto Terapêutico Singular como dispositivo de promoção da integralidade do cuidado em um serviço de emergência. *Residências e a educação e ensino da saúde: tecnologias formativas e o desenvolvimento do trabalho. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 127-132.*

Pappiani, C., & Grigolo, T. M. (2014). Clínica ampliada: recursos terapêuticos dos centros de atenção psicossocial de um município do norte de Santa Catarina. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, 6(14), 1-26.*

Matos RKS, Santos GM, Rocha RMB, Athayde AF, & Brandão VBG. Projeto terapêutico singular no centro de atenção psicossocial (Caps II). *Revista Intercâmbio, 9, 111-130.* 2017.

Jorge, M. S. B., Diniz, A. M., de Lima, L. L., & da Penha, J. C. (2015). Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. *Texto & Contexto Enfermagem, 24(1), 112-120.*

BRASIL, B. (2008). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.*

Organização Mundial da Saúde. Palliative care. [artigo da Internet]. [acesso em 17 de maio de 2018]. Disponível em: <http://www.who.int>.

Marchesan, R. Q., & Ferrer, A. L. (2016). A terapêutica em um Centro de Atenção Psicossocial à luz do dispositivo “Projeto Terapêutico Singular”. *Saúde (Santa Maria)*, 42(2), 137-148.

dos Santos, F. P. P. G., Comassetto, I., Porciúncula, A. I. C., dos Santos, R. M., Ferreira, F. A. S., & de Magalhães, A. P. N. (2016). < b> Ortotanásia e distanásia: percepção dos profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva/Orthothanasia and dysthanasia: perception of health professionals of an Intensive Care Unit. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 15(2), 288-296.

Minayo, M. C. D. S., & Guerriero, I. C. Z. (2014). Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 1103-1112.

Turato, E. R. (2003). Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. In *Tratado da metodologia da pesquisa clinico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*.

Ressel, L. B., Beck, C. L. C., Gualda, D. M. R., Hoffmann, I. C., Silva, R. M., & Sehnem, G. D. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17 (4): 779-86.

Backes, D. S., Colomé, J. S., Erdmann, R. H., & Lunardi, V. L. (2011). Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O mundo da saúde*, 35(4), 438-442.

de Souza Minayo, M. C. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 1-12.

DEJE, D. O., Jeane, J. F. D. O. F., de Souza Rocha, M. R. R., Nairan, N. M. C. M., Itana, I. C. N. S. N., Milena, M. V. S. S. S., & Rafaele, R. S. S. S. (2016). Percepção de profissionais de saúde mental sobre o projeto terapêutico singular. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(4).

Rocha Elisiane do Nascimento da, Lucena Amália de Fátima. Projeto Terapêutico Singular e Processo de Enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 29] ; 39: e2017-0057.

da Silva, A. I., Loccioni, M. F. L., Orlandini, R. F., Rodrigues, J., Peres, G. M., & Maftum, M. A. (2016). Projeto terapêutico singular para profissionais da Estratégia de Saúde da Família. *Cogitare Enfermagem*, 21(3).

Nogueira, I. S., Previato, G. F., de Souza Scolari, G. A., Gomes, A. C. O., Carreira, L., & Baldissera, V. D. A. (2016). Intervenção domiciliar como ferramenta para o cuidado de enfermagem: avaliação da satisfação de idosos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37.

Marchesan, R. Q., & Ferrer, A. L. (2016). A terapêutica em um Centro de Atenção Psicossocial à luz do dispositivo “Projeto Terapêutico Singular”. *Saúde (Santa Maria)*, 42(2), 137-148.

dos Santos, F. P. P. G., Comassetto, I., Porciúncula, A. I. C., dos Santos, R. M., Ferreira, F. A. S., & de Magalhães, A. P. N. (2016). < b> Ortotanásia e distanásia: percepção dos profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva/Orthothanasia and dysthanasia: perception of health professionals of an Intensive Care Unit. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 15(2), 288-296.

Gomes, A. L. Z., & Othero, M. B. (2016). Cuidados paliativos. *Estudos avançados*, 30(88), 155-166.

Costa, Á. P., Poles, K., & Silva, A. E. (2016). Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 20, 1041-1052.

Silva, A. F. D., Issi, H. B., Motta, M. D. G. C. D., & Botene, D. Z. D. A. (2015). Cuidados paliativos en oncología pediátrica: percepciones, saberes y prácticas bajo la perspectiva de un equipo multidisciplinario. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(2), 56-62.

Beduschi, F. M., Alcântara, C. O., Pereira, F. M., Pinheiro, T. D. C. E., Cintra, M. T. G., & Bicalho, M. A. C. (2018). Cuidados paliativos no atendimento público hospitalar. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 16(2), 80-84.

Magalhães, D. S., Mello, J. D. P. O., Silva, A. M. T. C., & de Almeida, R. J. (2019). Percepção dos familiares sobre a atuação da equipe de cuidados paliativos durante internação hospitalar. *Revista Enfermagem Atual InDerme*, 88(26).

Santana, J. C. B., Dutra, B. S., Carlos, J. M. M., & de Barros, J. K. A. (2017). Ortotanasia en las unidades de cuidados intensivos: percepciones de los enfermos. *Revista Bioética*, 25(1), 158-167.

Silva, R. S. D., Evangelista, C. L. D. S., Santos, R. D. D., Paixão, G. P. D. N., Marinho, C. L. A., & Lira, G. G. (2016). Percepción de las enfermeras intensivistas de un hospital regional sobre distanasia, eutanasia y ortotanasia. *Revista Bioética*, 24(3), 579-589.

de Souza Tavares, C. T. (2016). Ortotanásia e distanásia: percepções da equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Enfermagem Brasil*, 15(2), 68-74.

Matos, G. S., Kaefer, C. O., & Bittencourt, Z. (2018). A construção do projeto terapêutico singular na perspectiva da intersetorialidade. *Disciplinarum Scientia| Saúde*, 19(3), 425-447.

Vasconcelos, M. G. F., Jorge, M. S. B., Catrib, A. M. F., Bezerra, I. C., & Franco, T. B. (2016). Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 20, 313-323.

da Silva Barros, E. R., & Ellery, A. E. L. (2016). Colaboração interprofissional em uma unidade de terapia intensiva: desafios e possibilidades. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 17(1), 10-19.

Andrade, A. C. M., Otani, M. A. P., Higa, E. D. F. R., Marin, M. J. S., & Caputo, V. G. (2018). Cuidado multiprofissional em uma unidade psiquiátrica de um hospital geral. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 7(1), 60-71.

HOME, P. O. N. I. P., & PALIATIVA, A. D. (2017). Participação da enfermeira nos cuidados paliativos domiciliares.

Cunha, V. C. A., & Galera, S. A. F. (2016). Perfil das equipes dos centros de atenção psicossocial de uma região do Estado de Minas Gerais. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 23(1), 32-36.

Anjos, N. C. S, Portela, A. M. (2017). A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v. 21, n. 60.

Tambasco, L. D. P., Silva, H. S. D., Pinheiro, K. M. K., & Gutierrez, B. A. O. (2017). A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, 41, 140-151.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

A necessidade de integração das ações realizadas pelos vários profissionais da área de saúde, assim como trazer o indivíduo em tratamento como protagonista das ações que o serão direcionadas, faz do Projeto Terapêutico Singular uma estratégia de trabalho cada vez mais utilizada na área de saúde. A abordagem pautada na multidimensionalidade e integralidade do ser humano faz com que o PTS seja uma excelente ferramenta na abordagem de pessoas em cuidados paliativos. Atrelado ao entendimento dessa prática, observa-se a necessidade de compreender as potencialidades e fragilidades da formação profissional que interferem na fomentação desses princípios, ressaltando a importância da desmistificação dos cuidados paliativos entre os profissionais da saúde.

No presente estudo pudemos observar que as residentes demonstraram conhecimento sobre o assunto e uma visão crítica acerca de tudo que envolve a proposta do PTS em cuidados paliativos. Ressaltaram a importância da integração dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar e interdisciplinar de maneira efetiva, com o intuito de possibilitar um atendimento holístico ao indivíduo, respeitando sua singularidade e multidimensionalidade.

As residentes trouxeram a percepção de que o projeto terapêutico singular contribui significativamente para formação profissional da equipe de saúde, por se tratar de um dispositivo ousado e se mostra como um jeito de promover cuidado além do modelo biomédico. Por meio desta ferramenta, é garantida a coparticipação e a

corresponsabilização dos envolvidos no projeto, assim como a interdisciplinaridade, possibilitando a efetivação de uma clínica ampliada.

A equipe multidisciplinar, precisa estar sempre alinhada e em consonância com as necessidades do indivíduo em tratamento, assim como envolver os familiares no processo terapêutico. Além disso, contar com o apoio e colaboração das outras equipes que tratam de pacientes que irão precisar dos cuidados paliativos é fundamental, para que o PTS possa ser elaborado e colocado em prática de forma efetiva.

Como potencialidades do PTS com foco nos cuidados paliativos, existe o manejo com os familiares, este tipo de projeto funciona como uma estratégia para diminuir os obstáculos existentes entre equipe multiprofissional e familiares, visto que os insere no processo de tratamento com esclarecimento sobre todo atendimento prestado, sanando as dúvidas sobre a metodologia dos cuidados paliativos. Ademais, o PTS funciona como um instrumento promotor do conhecimento entre as diversas profissões, ao conscientizar sobre a importância de cada um na equipe multiprofissional, horizontalizando a relação entre os que irão possibilitar qualidade de vida ao paciente.

Como produto educacional, um guia prático foi elaborado, com intuito de auxiliar a compreensão dos profissionais de saúde sobre o conceito e importância dos cuidados paliativos. Esse tema foi abordado, pois uma das maiores dificuldades apontada pelos residentes, foi sobre o preconceito que ainda existe sobre o CP por parte dos profissionais da área de saúde, se reportando a essa equipe apenas quando o indivíduo em tratamento entra em processo ativo de morte, o que dificulta o trabalho a implementação dos cuidados paliativos.

V. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
2. _____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Diário Oficial da União. Brasília DF, 19 de setembro de 1990a.
3. _____. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília DF, de 31 de dezembro de 1990b.
4. Freire, M. A. B. (2015). As concepções de cuidado e a política nacional de humanização no cenário da enfermagem. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, 6(3), 088-095.
5. Xavier, M. P., & Araújo, J. S. (2014). O CONCEITO DE SAÚDE E OS MODELOS DE ASSISTÊNCIA: CONSIDERAÇÕES E PERSPECTIVAS EM MUDANÇA/THE CONCEPT OF HEALTH AND MODELS OF ASSISTANCE: CONSIDERATIONS AND PROSPECTS IN CHANGE. *Saúde em Foco*, 1(1), 137-149.
6. Bezerra, I. M. P., & Sorpreso, I. C. E. (2016). Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. *J Hum Growth Dev*, 26(1), 11-20.

7. Grigolo TM, Pappiani C. Clínica Ampliada: Recursos Terapêuticos dos Centros de Atenção Psicossocial de um Município do Norte de Santa Catarina. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.14, p.01-26, 2014.
8. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Clínica ampliada [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Carmem Regina Delzियो; Lucas Alexandre Pedebôs; Rodrigo Otávio Moretti-Pires. – Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.
9. Curvo D, Matos A, Sousa W, & Paz A. Integralidade e clínica ampliada na promoção do direito à saúde das pessoas em situação de rua. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 10(25), 58-82, 2018.
10. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
11. Assega ML ET al. Singular therapeutic Project and multiprofessional team in clinical complex case management: na experience report. **Journal of Nursing UFPE online**, [S.1.], v.9,n.4,p.7482-7488, mar. 2015. ISSN 1981-8963.
12. Silva AF, Issi HB, Motta MGC, Botene DZA. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, conhecimentos e práticas da perspectiva da equipe multidisciplinar. *Rev. Gaúcha Enferm.*2015; 36 (2): 56-62.
13. Pineli PP et al. Cuidado Paliativo e Diretrizes Curriculares: Inclusão Necessária. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro , v. 40, n. 4, p. 540-546, Dec. 2016.

14. Organização Mundial da Saúde. Palliative care. [artigo da Internet]. [acesso em 17 de maio de 2018]. Disponível em: <http://www.who.int>.
15. Carpes, A. D., Santos, B. Z., de Moraes, C. B., Backes, D. S., Martins, J. S., & Krause, L. M. F. (2016). A construção do conhecimento interdisciplinar em saúde. *Disciplinarum Scientia/ Saúde*, 13(2), 145-151.
16. Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT, et al. Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *1Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2011 Jul-Set; 20(3): 493-302.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2ed. Brasília: MS; 2008.
18. Silva EP, Sousa MM, Melo FABP, Gouveia RA, Andrade AFR, Cabral AFF, et al. Projeto Terapêutico Singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2013; 17(2): 197-202.
19. Jorge MSB, Diniz AM, Lima LL, Penha JC. Apoio matricial, Projeto Terapêutico Singular e produção do cuidado em saúde mental. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2015; 24(1):112-120.
20. Hori AA, Nascimento AF. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), *Brasil Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(8):3561-3571.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF, 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica ampliada compartilhada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf).
22. Combinato DS, Ferreira MST. (Em defesa dos) Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. *Mundo da Saúde*, v. 36, n. 3, p. 433-441, 2012. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/73427>.
23. Gazignato, Elaine Cristina da Silva e Silva, Carlos Roberto de Castro e Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental

- na Estratégia de Saúde da Família* * Este artigo é parte da dissertação de mestrado intitulada: "Saúde Mental na Atenção Básica no município de Guarujá/SP: a percepção de enfermeiros e agentes comunitários de saúde acerca de suas práticas na Estratégia de Saúde da Família". Apresentada no Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde da UNIFESP Baixada Santista. . Saúde em Debate [online]. 2014, v. 38, n. 101 [Acessado 18 Abril 2020] , pp. 296-304. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140027>>. ISSN 0103-1104. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140027>.
24. Fiorati, Regina Célia et al. População em vulnerabilidade, intersetorialidade e cidadania: articulando saberes e ações. Saúde e Sociedade [online]. 2014, v. 23, n. 4 [Acessado 18 Abril 2020], pp. 1458-1470. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400027>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400027>.
25. Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT, et al. Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. 1Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Jul-Set; 20(3): 493-302.
26. Kercher PV, Neves AM., Plachi F, Godoy SDC, Palagi S, & Rocha CMF. O Projeto Terapêutico Singular como dispositivo de promoção da integralidade do cuidado em um serviço de emergência. Rede UNIDA, 2017; p. 127-132.
27. Kinker FS. Um olhar crítico sobre projetos terapêuticos singulares. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, 2016. 24(2), 413-420.
28. Pineli PP et al. Cuidado Paliativo e Diretrizes Curriculares: Inclusão Necessária. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v. 40, n. 4, p. 540-546, Dec. 2016.
29. Organização Mundial da Saúde. Palliative care. [artigo da Internet]. [acesso em 17 de maio de 2018]. Disponível em: <http://www.who.int>.

30. Matsumoto DY. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic ; 2012, p. 26-28.
31. Nunes, L. Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. Revista Bioética. 2008; 16. Disponível em: [HTTP://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3615332500004](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3615332500004) ISSN 1983-8042.
32. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº3 de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 23 jun. 2014;Seção,1 p.8-11 [capturado 27 out. 2016].
33. Guimarães TM, Silva LF, Santo FHE, Moraes JRMM. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica na percepção dos acadêmicos de enfermagem. Esc. Anna Nery. 2016; 20(2): 261-267.
34. Doyle D, Hanks G, Cherney N. Oxford text book of palliative medicine. 3 ed. New York: Oxford University Press; 2004. p. 9.
35. Rodrigues AIIG, Miasso AI. Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. Rev. Eletr. Enf. 2009;11(4):858-65.
36. Silva DO, Oliveira JF, Souza MRR, Moraes NMC, Silva ICN, Santos MVS, Santos RS. Percepção de profissionais de saúde mental sobre o projeto terapêutico singular. Revista Cubana de Enfermería. 2016; 32(4).
37. Rodrigues BO; Zacharias DG. Acompanhamento psicológico e cuidados paliativos: as possibilidades de trabalho com pacientes oncológicos. Revista Salão de Ensino e Extensão, 2016; 6: 94-95.
38. Gomes ALZ; Othero MB. Cuidados paliativos. **Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo**, 2016; 30: 155-166.
39. Resolução, Nº. 510 do Conselho Nacional de Saúde, de 07 de abril de 2016 (BR). Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. Disponível em: http://www.gppege.org.br/ArquivosUpload/1/file/Res_%20CNS%20510-2016%20%20C3%20tica%20na%20Pesquisa.pdf .
40. Minayo, MCS. O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec Editora; 2014.
41. Turato E.G. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis-RJ: Vozes; 2003.

42. Ressel LB, Beck CLC, Gualda DMR, Hoffmann IC, Silva RM, Sehnem GD. O Uso do Grupo Focal em Pesquisa Qualitativa. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(4): 779-86.
43. Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisa qualitativa. 2011; 35(4): 438-442.
44. Minayo, MCS. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consensos e Controvérsias. *RevPesq Qualitativa.* 2017; 5(7): 1-12.

APÊNDICE A

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA AOS RESPONDENTES, GESTOR HOSPITALAR, EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NOS CUIDADOS PALIATIVOS:
VIVENCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM UM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA

Responsáveis: Prof^a Dra:Juliana Monteiro Costa; Prof^o Dr: José Anchieta de Brito e
Mestranda : Andressa Mendonça da Costa Brito

Você está sendo convidado (a) como voluntário a participar da pesquisa, Projeto Terapêutico Singular nos cuidados paliativos: vivencia da equipe multiprofissional em um hospital de referência na cidade do Recife-Pe, sob a responsabilidade dos pesquisadores Juliana Monteiro Costa; José Anchieta de Brito e Andressa Mendonça da Costa Brito que tem como objetivo compreender a vivencia da equipe multiprofissional de saúde sobre o projeto terapêutico singular enquanto uma ferramenta na abordagem de pacientes em cuidados paliativos.

O procedimento de coleta de dados será com entrevistas, gravadas em áudio, realizadas no ambiente hospitalar, pela pesquisadora Andressa Mendonça da Costa Brito,

na tentativa de compreender a percepção dos sujeitos a respeito dos objetivos específicos pesquisa, de acordo com a disponibilidade dos participantes, sendo o horário marcado previamente pelo pesquisador em acordo com os outros entrevistado.

No caso de ser detectado algum desconforto ou mobilização emocional no momento das entrevistas, será disponibilizado um espaço de fala, com uma psicóloga, pertencente às referidas organizações hospitalares, com o intuito de dar suporte a qualquer tipo de mobilização emocional decorrente da pesquisa.

O benefício esperado com o resultado dessa pesquisa, está na oportunidade de compreender e divulgar a importância do trabalho multidisciplinar do projeto terapêutico singular nos cuidados paliativos.

O (A) senhor (a) terá os seguintes direitos:

1ª a garantia de esclarecimento e resposta qualquer pergunta;

2ª liberdade de abandonar a qualquer momento a pesquisa sem prejuízo para si;

3ª garantia de privacidade à sua identidade e do sigilo de suas informações;

4ª garantia de que caso haja dano a sua pessoa ou dependente, os prejuízos serão assumidos pela pesquisadora ou pela instituição responsável, inclusive acompanhamento médico hospitalar. Caso haja gastos adicionais esses serão absorvidos pela pesquisadora.

No caso de dúvidas e esclarecimentos o (a) senhor (a) deve procurar a pesquisadora, Andressa Mendonça da Costa Brito (81) 996625415, Juliana Monteiro Costa (81) 988264456, José Anchieta de Brito (81) 999467054.

Eu.....
após ter
 recebido todos os esclarecimentos e cientes dos meus direitos, concordo em participar

dessa pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de minha informação para eventos de caráter científico. Dessa forma assino este termo em duas vias junto com o pesquisador, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora.

Local

Data...../...../.....

Assinatura do sujeito

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B**DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE TERMO DE
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(Elaborado de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e legislação complementar da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa)

Eu, _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei ter novas informações. Os pesquisadores Juliana Monteiro Costa; José Anchieta de Brito e Andressa Mendonça da Costa Brito, me garantiram de que todos os dados desta pesquisa serão guardados em sigilo.

Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido (a) a qualquer momento pelos pesquisadores responsáveis: Prof^ª Dra: Juliana Monteiro Costa (81) 988264456, Prof^º Dr: José Anchieta de Brito (81) 999467054 e a mestranda Andressa Mendonça da Costa Brito (81) 996625415.

Emails: jullymc@hotmail.com, anchietabrito@gmail.com, dedabritomendonca@gmail.com, respectivamente.

Os pesquisadores podem ser encontrados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do complexo Hospitalar HUOC/PROCAPE UPE, situado na Rua Arnóbio Marques, 310 - Santo Amaro, Recife-PE, CEP 74970-240. Tel: (81) 3184-1271. Funciona de segunda a sexta-feira no horário de 8:00 às 12:00 e de 14:00 às 17:00. E-mail: cep_huoc.procape@yahoo.com.br

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco (UPE) tem como objetivo defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do Participante Data: ___/___/___

Assinatura do Pesquisador Data: ___/___/___

Assinatura da Testemunha Data: ___/___/___

APÊNDICE C**TERMO DE CONFIDECIALIDADE****GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E****GARANTIA DE SIGILO:**

Você será informado (a) sobre a pesquisa e caso tenha qualquer dúvida pode perguntar a qualquer momento e ainda terá liberdade para não querer participar. Todas as informações que você der durante a pesquisa serão mantidas em sigilo, ou seja, somente o pesquisador tem acesso as informações. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão.

Você não será identificado (a) em nenhum documento que possa resultar desta pesquisa. Uma cópia deste documento será arquivada junto com o pesquisador, para posterior análise. Após apresentação dos resultados, as transcrições serão arquivadas por 5 anos e depois destruídas.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação nesse estudo não tem custos para os entrevistados ou retorno financeiro pela participação.

Assinatura do Participante Data: ___/___/___

Assinatura do Pesquisador Data: ___/___/___

Assinatura da Testemunha Data: ___/___/___

APÊNDICE D

CARTA DE ANUÊNCIA

Aceito os pesquisadores, José Anchieta de Brito, Juliana Monteiro Costa e Andressa Mendonça da Costa Brito a desenvolver a pesquisa intitulada “Projeto Terapêutico Singular nos cuidados paliativos: vivencia da equipe multiprofissional em um hospital de referência.”

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nessa pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que, seja assegurado o que segue abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 510/2016 CNS/MS,
- A garantia de solicitar e receber esclarecimento antes, durante e depois o desenvolvimento da pesquisa,
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa,
- No caso de não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Recife, __, __, 2018

Assinatura e carimbo do diretor (ou vice-diretor) da instituição

APÊNDICE E

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- Nome
- Sexo;
- Idade;
- Estado civil;
- Se tem filhos;
- Número de filhos;
- Tempo e local de formação;
- Profissão;
- Se existe residência anterior a que está fazendo;
- Titulação;
- Religião;
- Renda familiar.

APÊNDICE F**ROTEIRO DE ENTREVISTA DE GRUPO FOCAL (GF)**

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NOS CUIDADOS PALIATIVOS:
VIVÊNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM UM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA

DATA ____/____/____

Obs.: À medida que os participantes chegarem à sala entregar o TCLE para que eles possam lê-lo com antecedência.

Obs.: Interagir com os participantes à medida que se reúnem e chegam para a entrevista.

Possibilita estabelecer *rapport* e conhecer o perfil dos participantes. Procurar sentar-se próximo daqueles que se apresentam como dominadores e muito expansivos – que possivelmente irão dominar as discussões.

PASSO 1 – Abertura: Apresentação pessoal do facilitador e auxiliar (5min.)

PASSO 2 – Esclarecimentos sobre a pesquisa (10 min.): Título da pesquisa; Objetivos da pesquisa; Gravação da entrevista; TCLE. + Estabelecimento de contrato para funcionamento:

1. Não há respostas certas ou erradas.
2. Respostas e pontos de vistas contraditórias são esperados.

3. Interesse em ouvirmos as idéias e experiências de todos os participantes do grupo focal em relação ao tema da questão.

4. Desligar os aparelhos celulares, ou deixá-los no modo silencioso.

PASSO 3 – Apresentação pessoal (5 min.):

- a) Entregar papel em branco e caneta piloto para cada participante. Solicitar que escrevam o primeiro nome no papel e o dobrem em formato de triângulo, posicionando por fim o papel com nome na sua frente.
- b) Pedir que se apresentem: Nome e tempo de curso – deve ser uma apresentação breve, porém que todos falem.

PASSO 4 – Pergunta introdutória: O que vocês compreendem como Projeto Terapêutico Singular?

PASSO 5 – Pergunta de transição: O que vocês compreendem como PTS com foco nos cuidados paliativos?

PASSO 6 – Questões Chave:

- a) De que maneira o PTS atua como uma ferramenta na abordagem de pacientes em cuidados paliativos?
- b) Quais as potencialidades do PTS enquanto ferramenta utilizada na abordagem dos pacientes em cuidados paliativos? Exemplifiquem como é aplicado nas suas práticas profissionais:

- c) Quais fragilidades vocês conseguem descrever em relação ao PTS como abordagem nos cuidados paliativos?
- d) Como é o funcionamento da equipe durante a construção do PTS? O que interfere para facilitar ou dificultar a elaboração do PTS?

PASSO 7 – *Questões de encerramento:* De que maneira vocês acreditam que o PTS tem alguma relação na formação profissional da equipe de saúde?

PASSO 8 – *Agradecimento e despedida.*