

Experience Report

Implantação de Serviço Hospitalar de Cuidados Paliativos em Hospital da Região Norte do Rio Grande Do Sul: um Plano Conceitual

Taciê Hartmann Tissiani ¹, Emanuela Lando ^{2,*}, Maria Augusta Zaffari Safro ^{3,4}, Adriana Elisa Wilk ^{3,4}

¹ Médica Generalista, Erechim, Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

² Médica Residente de Oncologia Clínica do Hospital de Amor - HA, Barretos, São Paulo, SP, Brasil.

³ Departamento de Oncologia Clínica da Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim – FHSTE, Erechim, Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

⁴ Faculdade de Medicina, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, Erechim, Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

* Correspondence: manu.lando@hotmail.com

Citação: Tissiani TH, Lando E, Safro MAS, Wilk AE. Implantação de Serviço Hospitalar de Cuidados Paliativos em Hospital da Região Norte do Rio Grande Do Sul: um Plano Conceitual. Brazilian Journal of Clinical Medicine and Review. 2024 Oct-Dec; 02(4):80-88.

Recebido: 3 Março 2024

Aceito: 29 Março 2023

Publicado: 17 Abril 2023

Resumo: A necessidade de uma equipe de cuidados paliativos (CP) nos centros de referência em oncologia ascende na esfera da saúde pública brasileira e, cada vez mais, população e profissionais da saúde unem-se em prol de uma assistência digna à terminalidade. A formação e atuação de uma equipe multidisciplinar de cuidados paliativos insere-se nesse contexto, visto que é alicerçada em uma filosofia humanitária e visa proporcionar aos indivíduos acometidos por doenças que representem potencial ameaça à vida, alívio do sofrimento físico e psíquico. A presente pesquisa visa ao desenvolvimento de um mapa conceitual, para implantação de serviço hospitalar de cuidados paliativos em uma Unidade de Tratamento de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) de um hospital público da região Norte do estado do Rio Grande do Sul, além de apresentar uma revisão bibliográfica sobre o tema e caracterizar, sociodemograficamente, a UNACON, desta forma, auxiliando em um possível cenário futuro de implantação. A pesquisa apresenta caráter retrospectivo, observacional, analítico e descritivo, por meio de coleta e análise quantitativa e descritiva de dados. Espera-se, como resultados, a longo prazo, servir como subsídio para a criação de políticas institucionais nessa área. Espera-se propiciar a reflexão, em âmbito acadêmico, a respeito do tema.

Palavras-Chaves: Oncologia; Cuidados paliativos; Equipe multidisciplinar; Implantação; Mapa conceitual.



Copyright: Este trabalho é licenciado por uma licença Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

Após anos de avanços na área da medicina, em tratamentos e adjuvantes destinados a doenças crônicas ou incuráveis, os quais vêm aumentando a expectativa de vida da população, o paliativismo ascende em paralelo com a evolução científica e torna-se, no contexto atual, indispensável para a garantia de autonomia, qualidade no fim da vida e uma morte digna [1]. De acordo com dados estatísticos nacionais, a expectativa de vida da população brasileira aumentou de 66,0 anos para 76,6 anos, entre os anos de 1991 e 2019, o que representou um acréscimo de 10,6 anos [2].

É de conhecimento comum que o aumento da expectativa de vida não implica, obrigatoriamente, na melhora da qualidade de vida na terminalidade, após processos de adoecimento [1]. Um estudo elucida a cultura de negação da morte, a qual ascendeu,

principalmente, após a sofisticação dos instrumentos da área da saúde e aumento da incidência da cura de doenças, antes incuráveis [3]. Tal análise remete à atual necessidade de meios que promovam uma terminalidade digna, sem garantia de cura, porém, com responsabilidade com a qualidade de vida, evitando a percepção da morte como fracasso da cura pelos profissionais de saúde, mas, sim, como processo natural inerente à vida [3].

Dessa forma, na área de cuidados paliativos, uma equipe seria composta pelos profissionais médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social, tendo potencial para ser acrescido por fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e farmacêutico, formando o time estendido, que atenderia os indivíduos sem leitos já existentes, necessitando, apenas, uma realocação de setor, bem como de recursos físicos, tais como sala de reuniões multidisciplinares e para acolhimento de familiares, gerando dessa maneira, um custo de implantação extremamente baixos para a Instituição [4-6].

Essa pesquisa justifica-se como oportuna e de grande valia, tanto do ponto de vista assistencial, quanto institucional, à criação de um serviço de cuidados paliativos no município de Erechim, visto que este oferece serviço de referência em oncologia para a região correspondente às 11^a, 15^a e 19^a Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul. Os dados bibliográficos e números resultantes da pesquisa podem servir como subsídio para a criação de políticas institucionais nessa área. O objetivo da presente pesquisa consiste em apresentar um plano conceitual de implantação de um serviço de cuidados paliativos, além de caracterizar a Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim (FHSTE), caracterizar o perfil sociodemográfico dos indivíduos atendidos na UNACON referente ao município de Erechim/RS e apontar os benefícios e justificativas teóricas para a elaboração de equipe/serviço de cuidados paliativos no referido hospital.

2. Materiais e Métodos

A presente pesquisa caracteriza-se por envolver coleta e análise de dados oriundos do Integrador do Registro Hospitalar de Câncer (RHC), sistema desenvolvido pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), de domínio público, alicerçada em uma fundamentação teórica sólida. Pode-se identificar a natureza dessa pesquisa como básica, posto que, de acordo com Gil (2010, p 26): “tem como propósito preencher lacunas do conhecimento”. Com relação aos objetivos, a referida pesquisa é classificada como descritiva, já que serão utilizados métodos estatísticos padronizados para a coleta de análise dos dados [7].

Os dados foram obtidos de portais públicos referentes à UNACON, vinculada à FHSTE, durante os anos de 2015 a 2020. Tendo em vista que estes foram coletados de um sistema de tabulação, cuja população pesquisada caracteriza-se por indivíduos oncológicos da UNACON, vinculados à FHSTE, usuários do Sistema Único de Saúde, durante os anos de 2015 a 2020, no município de Erechim, não foi necessário o recrutamento dos indivíduos, tampouco a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para isso, os dados demográficos e relacionados às doenças dos indivíduos foram analisados, utilizando estatística descritiva, por meio do cálculo de frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas. Foram excluídos dados faltantes, incompletos ou incoerentes. Foi utilizada estatística descritiva, a fim de monitorar a evolução dos números de casos de câncer em função do tempo. Ademais, os valores médios da idade dos indivíduos foram comparados entre os 5 anos de monitoramento, por meio da análise de variância, nos quais, os valores de p menores que 0.05 foram considerados significativos. O programa utilizado foi SPSS, versão 23.0.

3. Resultados e discussão

Com base na revisão bibliográfica realizada durante a pesquisa, conforme divulgada no ano de 2018 na Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), pode-se observar,

na Tabela 1, o mapeamento dos serviços de cuidados paliativos no Brasil. Chama atenção o dado segundo o qual a maioria dos serviços de cuidados paliativos concentram-se na região Sudoeste (58%), seguido pela região Nordeste (20%) e a região Sul (14%). Ademais, há de ser mencionado que a maioria dos centros de cuidados paliativos iniciaram suas atividades a partir de 2011 - 2018 (51%).

Tabela 1. Mapeamento dos serviços de CP no Brasil.

Análise dos serviços cadastrados no mapa da ANCP		
Até o dia 16 de agosto de 2018	n	%
Número total de serviços de CP cadastrados	177	100
Centro-Oeste	8	5
Norte	5	3
Nordeste	36	20
Sudeste	103	58
Sul	25	14
Início das atividades do serviço		
2016-2018	40	23
2011-2015	49	28
2006-2010	23	13
2000-2005	12	7
1999 ou antes	7	4
Não informado	46	26
Funcionam em hospital	131	74
Funcionam em Hospício	8	5
Atende pacientes do SUS	117	66
Atende pediatria	38	21

O gráfico da Figura 1A corresponde à idade dos indivíduos atendidos na UNACON (Tabela 2), entre os anos de 2015 a 2020. A média de idade, no ano de 2015, foi 64,14, com desvio padrão de 13,28; a média de idade, no ano de 2016, foi 63,59, com desvio padrão de 14,15; a média de idade, no ano de 2017, foi 63,09, com desvio padrão de 14,30; a média de idade, no ano de 2018, foi 62,65, com desvio padrão de 14,54; a média de idade, no ano de 2019, foi 63,93, com desvio padrão de 13,54; a média de idade, no ano de 2020, foi 63,42, com desvio padrão de 13,86. Pode-se concluir, portanto, que o perfil se mantém constante em relação à idade.

O gráfico da Figura 1B ilustra o número de casos, ou seja, indivíduos atendidos na UNACON, de 2015 a 2020. No ano de 2015, 1138 indivíduos foram registrados; no ano de 2016, 1045 indivíduos foram registrados; no ano de 2017, 1031 indivíduos foram registrados; no ano de 2018, 1002 indivíduos foram registrados; no ano de 2019, 1047 indivíduos foram registrados; no ano de 2020, 891 indivíduos foram registrados. Há, portanto, uma tendência de diminuição dos casos cadastrados na UNACON (Tabela 2).

O gráfico da Figura 1C apresenta o número de casos por sexo, em função de cada ano, entre o período de 2015 a 2020. No ano de 2015, 495 indivíduos do sexo feminino e 643 indivíduos do sexo masculino foram registrados; no ano de 2016, 515 indivíduos do sexo feminino e 530 indivíduos do sexo masculino foram registrados; no ano de 2017, 438 indivíduos do sexo feminino e 543 indivíduos do sexo masculino foram registrados; no ano de 2018, 506 indivíduos do sexo feminino e 496 indivíduos do sexo masculino foram registrados; no ano de 2019, 505 indivíduos do sexo feminino e 542 indivíduos do sexo

masculino foram registrados; no ano de 2020, 439 indivíduos do sexo feminino e 452 indivíduos do sexo masculino foram registrados. Pode-se inferir, portanto, que o percentil de indivíduos do sexo feminino nesses cinco anos (2015-2020) foi de 47,9% e do sexo masculino foi de 52,1%.

Figura 1. Gráficos A, B e C. Perfil etário, número de casos, sexo dos participantes atendidos na UNACON da Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim - FHSTE, respectivamente, entre 2015-2020.

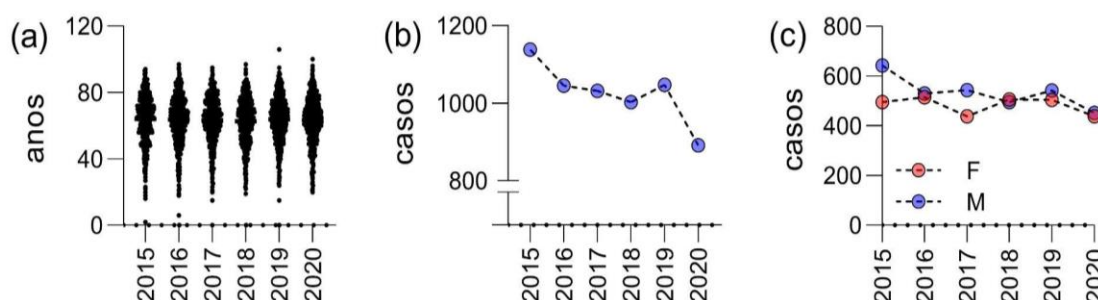


Tabela 2. Instrução dos pacientes da UNACON, de 2015 a 2020. Chama atenção o dado segundo o qual 3,4% dos indivíduos possuíam nenhuma instrução; 63,7% dos indivíduos possuíam Ensino Fundamental incompleto; 19,6% dos indivíduos possuíam Ensino Fundamental completo; 9,8% possuíam Ensino Médio; 3% possuíam Ensino Superior incompleto; 3,2% possuíam Ensino Superior completo.

NE	FI	FC	NM	SI	SC
3,4%	63,7%	19,6%	9,8%	3%	3,2%

Legenda. NE. Nenhuma. FI. Fundamental Incompleto. FC. Fundamental Completo. NM. Nível Médio. SI. Superior Incompleto. SC. Superior Completo.

3. Discussão

3.1 Cuidados Paliativos

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, no ano de 2002, Cuidado Paliativo como, uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos indivíduos (adultos e crianças) e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem à vida. Previne e alivia o sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psíquicos, sociofamiliares e espirituais. Tal definição foi ratificada, em 2017, e considerada a mais concordante com o que CP representa, atualmente [4].

O cuidado paliativo, de acordo com o preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é um direito básico de saúde para todas as pessoas, independentemente da idade, tipo de doença, renda e localização [8,9]. A garantia do acesso a esse serviço deve ser levada em conta pelos sistemas de proteção social nacional, visto que cuidados paliativos se incluem na definição de cobertura universal de saúde, o acesso a eles deve ser um componente central dos sistemas de saúde em âmbito mundial [8,9]. Segundo a OMS garantir a acessibilidade aos cuidados paliativos não é apenas uma obrigação ética dos sistemas de saúde; também é uma obrigação ao abrigo do direito internacional dos direitos humanos [8, 9].

Para o paliativismo, ao contemplar a compreensão de Cicely Saunders, pioneira do conceito contemporâneo alicerçado na década de 1950, são áreas essenciais: a abordagem da dor, das questões psíquicas, sociais e espirituais [4]. Cuidados paliativos são uma técnica específica desenvolvida por uma equipe multidisciplinar, a qual inclui os profissio-

nais: médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo, o desempenho da referida equipe requer competências profissionais de saúde capazes de aliviar sintomas como: dor, falta de ar, náuseas, fadiga, além de sintomas emocionais como medo, ansiedade e depressão. Busca um olhar cuidador de pacientes e familiares, compreendendo a família como integrante da unidade de cuidado [4-6].

3.2 Panorama Brasileiro

Das 20 milhões de pessoas que necessitam de cuidados paliativos, anualmente, 78% residem em países de baixa e média renda [9,10]. É o caso do Brasil, país emergente, que ficou em 42º lugar na avaliação de qualidade de morte em 80 países pela revista *The Economist*. Esta avaliou a existência de políticas públicas de saúde específicas de cuidados paliativos, disponibilidade de acesso a opioides e acesso a cuidados paliativos nos serviços de saúde [5,6].

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) efetuou uma investigação, com o objetivo de mapear todos os serviços de cuidados paliativos em funcionamento no Brasil. Tal pesquisa revelou a existência de 177 serviços no país (Tabela 1), sendo que mais de 50% destes iniciaram suas atividades a partir do ano 2000. Esse dado comprova o desenvolvimento extremamente recente de CP nesse país emergente, além de ratificar a desigualdade de disponibilidade [4-6].

Em razão do panorama de qualidade, respeito e dignidade que a prática de CP propicia, a 67ª Assembleia Mundial da OMS recomendou o desenvolvimento de cuidados paliativos como uma urgência para todos os Estados membros, visto o panorama de países como o Brasil, em que menos de 10% dos hospitais dispõem de uma Equipe de CP [9]. A proposta de estruturação dos cuidados paliativos no Brasil vislumbra que cada gestor, na sua esfera de responsabilidade, estruture o serviço em níveis de complexidade de acordo com a demanda, com o objetivo de nortear o desenvolvimento de qualidade [4-6].

3.3 Panorama Regional

O hospital estudado está localizado na região Norte do estado do Rio Grande do Sul. Sua assistência à saúde abrange, ao todo, 79 municípios, os quais pertencem as 11ª, 15ª e 19ª Coordenadorias Regionais de Saúde. A instituição conta com 180 leitos, além de Serviço de Alta Complexidade em Oncologia, Traumatologia, Ortopedia, Cirurgia Vascular, Terapia Renal, Oftalmologia, além de conter duas Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), sendo uma geral e outra pediátrica [11].

A extensão de municípios que a Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) abrange, com os serviços de quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológica, por si só, demanda de CP, acrescido, ainda, dos demais atendimentos realizados no hospital.

3.4 Sobre a Pesquisa

De acordo com o que foi assinado, em 26 de abril de 2005, no Estatuto Social da Fundação Hospitalar Santa Terezinha, cabe ao diretor técnico: *“criar e manter de acordo com as necessidades, serviços complementares de diagnóstico e tratamento, bem como serviços de assistência e apoio”*; sendo que compreende ao conselho deliberativo: *“discutir e aprovar programas e projetos para a fundação, dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde e cuidando para que as ações da mesma mantenham-se fiéis a seus objetivos e legislação”* [12]. Um dos objetivos da presente pesquisa é prospectar a demanda por serviço hospitalar de cuidados paliativos, com base na estatística descritiva, visto que um dos maiores empecilhos para plena implantação desse tipo de serviço é a determinação e comprovação teórica e prática de sua real necessidade, além da comprovação dos benefícios para equipe multiprofissional, pacientes e facilidades gerenciais.

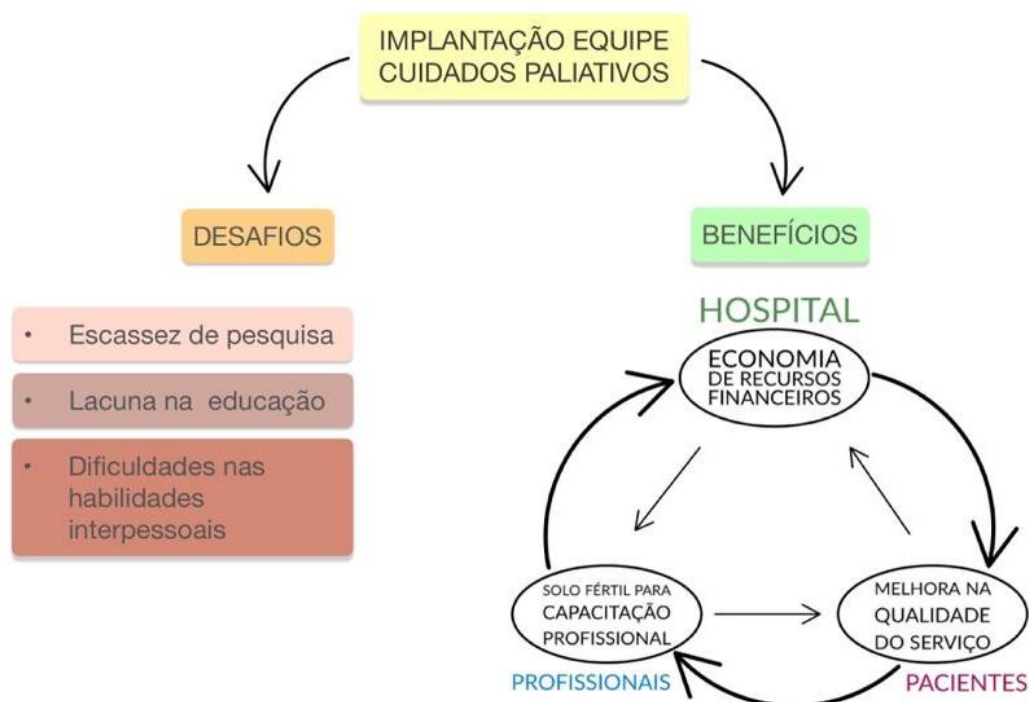
3.5 Caracterização da UNACON

Conforme apresentado na seção resultados, para melhor caracterizar o perfil dos usuários da UNACON, vinculados à Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim, foi investigado o seu perfil sociodemográfico, utilizando os dados coletados dos anos de 2015 a 2020. Dessa forma, pode-se observar que os padrões apresentados pela FHSTE são similares aos apresentados nos demais centros de cuidados paliativos nacionais.

3.6 Mapa Conceitual

De modo geral, mapas conceituais são diagramas que evidenciam as relações entre os conceitos em uma estrutura hierárquica de sentenças, a fim de criar uma aprendizagem interligada [13]. Assim, podem ser entendidos como uma representação visual utilizada para compartilhar significados, pois explicam o entendimento das relações entre os conceitos expressos [16]. Nesse sentido, o mapa conceitual revela-se uma ferramenta útil, a fim de entender os desafios e os benefícios frente à implementação de uma área relativamente nova no campo da medicina [4-7] (Figura 2).

Figura 2. Desafios e Benefícios para a Implantação de Equipe de Cuidados Paliativos.



3.7 Desafio: Falta de Pesquisa

O desenvolvimento irregular das equipes, núcleos e serviços de cuidados paliativos nos sistemas de saúde, apesar do seu imperativo ético e econômico, permite que se reflita sobre, bem como que sejam elencados os desafios existentes [14]. Um importante obstáculo é a escassez de pesquisa, principalmente as que envolvem dados administrativos [15]. Apesar de já ser de conhecimento comum suas benesses e a sucessiva conveniência econômica, dados como oferta e demanda, definição de prioridades, resultados, custos, financiamento e investimento nesse serviço ainda são deficientes [16].

Sem dúvidas, a conjuntura atual em que se encontram os cuidados paliativos requer uma avaliação econômica mais ampla, o que contemplaria, também, uma mudança cultural de pesquisadores e economistas, a fim de observarem, em um futuro próximo, muito além do princípio “custo” da economia. Ademais, se faz imprescindível que o sis-

tema de incentivo financeiro seja direcionado para fins de pesquisa em cuidados paliativos; desse modo, os resultados dessas pesquisas, certamente, seriam molas propulsoras para o desenvolvimento de novos núcleos, gerando, assim, mais pesquisas, além da instalação de um efeito cascata entre pesquisas e novos serviços, a qual se retroalimenta. Outrossim, usuários, famílias, investidores e gestores seriam beneficiados [16].

3.8 Desafio: Lacuna na Educação em Saúde

No contexto hodierno, a inclusão de cuidados paliativos na formação de profissionais da área da saúde, bem como a disponibilidade de educação permanente e continuada para os profissionais já atuantes, é assunto que ascende na esfera pública, inclusive na Comissão Intergestores Tripartite, de outubro de 2018 [5]. Esse cenário é favorável para que, no futuro, sejam incluídos cuidados paliativos como matéria obrigatória nos currículos de graduação.

A área de cuidados paliativos assumiu mais evidência no país, principalmente, após o reconhecimento da especialidade médica, no ano de 2011. Evento importante para que se desencadeasse uma série de discussões sobre a morte e a qualidade de vida na terminalidade, em diversos âmbitos, tanto populares, como acadêmicos e profissionais [17]. Abordar o assunto morte, na graduação, envolve, também, comunicação de más notícias, controle de sintomas, medidas para minimizar o sofrimento, habilidades em comunicação e habilidades interpessoais para com a equipe e família [18]. Qualquer profissional da saúde, em qualquer área de atuação que deseja seguir, seria beneficiado ao ter contato com o tema na graduação, utilizando como instrumento eficaz em sua prática, além de estimular a capacidade técnica especializada [17].

3.9 Desafio: Dificuldades nas Habilidades Interpessoais em Equipe

De acordo com os critérios definidos pelo Global Standart Framework (GSF), os indivíduos deveriam ser avaliados ao menos uma vez por equipe especializada. Além disso, pacientes com doenças extremas, critérios de terminalidade e declínio da funcionalidade nos últimos meses teriam, impreterivelmente, que ser avaliados por grupos multidisciplinares de cuidados paliativos [19]. Partindo do pressuposto que uma equipe multidisciplinar, na prática hospitalar, prevê o reconhecimento do limite de atuação de cada profissional, tal conhecimento de atribuições e competências contribui para a dignidade da morte do indivíduo em estado terminal [20]. Nesse contexto, a falta de habilidades interpessoais representa um desafio, visto a importância da plena funcionalidade de uma equipe multidisciplinar para o núcleo paciente-família.

3.10 Benefício: Economia de Recursos Financeiros

Quanto às implicações de custos dos cuidados paliativos, que, normalmente, parecem representar um impasse à implementação, a partir de estudo citado no Clinical Practice Guidelines (CPGs), da Sociedade Americana de Oncologia Clínica (ASCO), comprovou-se que cuidados paliativos reduzem o custo total de cuidado. Ao considerar a qualidade dos cuidados de saúde como a proporção dos resultados do indivíduo e da família em relação aos custos, os cuidados paliativos são um dos poucos tratamentos médicos que não só aumentam o numerador, mas, também, diminui o denominador para, assim, fornece uma "dose dupla" de qualidade do cuidado.

Ou seja, quanto mais comorbidades o indivíduo apresenta e quanto mais cedo a intervenção de cuidados paliativos é iniciada, maior a economia, devido a menor permanência em internação hospitalar [21]. Cuidados paliativos evita a utilização de cuidados de saúde fúteis, reduz a duração e taxas de internações e reinternações, beneficiando hospitais prejudicados por tais situações, além de reduzir as taxas de mortalidade [22]. A evidência de redução de custos, da melhora na qualidade de vida, além da melhora na carga dos sintomas é, em particular, mais importante quando o serviço é prestado precocemente e por profissionais especializados em cuidados paliativos [15]. Isso ratifica a

importância da educação continuada dos profissionais e o solo fértil que se cria para a capacitação profissional.

3.11 Benefício: Melhora na Qualidade do Serviço

O número de indivíduos com doenças, os quais necessitam de cuidados paliativos, representa um percentual significativo em comparação com o número geral de indivíduos, estima-se que cuidados paliativos são imprescindíveis em 40 a 60% de todas as mortes, o que respalda a indispensabilidade de uma equipe de CP em hospitais, com significativo aporte. Diversa é a gama de doenças originadoras de terminalidade precoce, as quais demandam cuidados paliativos, como exemplo, doenças cardiovasculares (38,5%), câncer (34%), doenças respiratórias crônicas (10,3%), AIDS (5,7%), diabetes (4,6%), entre outras, englobando, também, insuficiência renal, doença hepática crônica, artrite reumatóide, demência, anomalias congênitas [9,10].

Herr et al. citou, durante sua participação na mesa redonda *Palliative Care Programs: The challenges of growth*: “O mais gratificante aspecto do nosso programa tem sido o seu impacto real na qualidade e na satisfação dos pacientes, suas famílias e equipes com que estamos trabalhando em hospitais, e a satisfação dos nossos médicos e colaboradores [5-7]. A afirmação do autor revela a vasta gama de benefícios na implantação de serviço de CP e fora acrescida com a consideração de Smith (2010), que menciona o grande potencial que os centros hospitalares, com serviço de CP, têm de realização de pesquisas sobre dor, sintomas e gestão, além de ensaios clínicos, por exemplo [23]. Os resultados benéficos primários, atribuídos à atuação de uma equipe de cuidados paliativos, foram a melhora da qualidade de vida, alívio dos sintomas, resultados psicológicos e de satisfação [21].

4. Conclusão

Tendo em vista os dados apresentados na presente pesquisa, pode-se inferir que a instituição pesquisada apresenta critérios suficientes para abarcar um serviço de CP, junto a sua UNACON. Contudo, conforme mencionado, é imprescindível que vários desafios sejam superados, bem como que o conhecimento teórico e científico seja expandido, tanto a nível da equipe multiprofissional que compõem um serviço de CP, quanto do ponto de vista da gestão hospitalar. Esta, em última instância, é a grande responsável pelas políticas da Instituição em vários aspectos, devendo ter em seu escopo de ação o adequado levantamento de dados para delinear as ações referentes às necessidades de seus serviços e dos indivíduos aos quais atende.

Desta forma, o presente estudo procura demonstrar os benefícios e traçar um mapa conceitual, de forma pioneira, para criação de um serviço de CP na Instituição em estudo. Além de abarcar os pacientes oncológicos, com o tempo, este serviço pode ser ampliado para outras áreas de atuação Institucional, levando em conta a necessidade de controle dos sintomas e bem-estar dos indivíduos, beneficiando não somente aos indivíduos, mas, também, as famílias, a comunidade, por meio do cuidado integral, individualizado, associado ao estágio mais agravante dentre as malignidades descritas.

Financiamento: Nenhum

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa: Nenhum.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflito de interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesses em relação à publicação deste artigo.

Material Suplementar: Nenhum.

Referências

1. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. *Estud Avanç.* 2016;30(88):Set.-Dez.

2. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico 2010 - características da população e dos domicílios: resultados do universo. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018.
3. Galriça Neto I. Princípios e filosofia dos Cuidados Paliativos. In: Barbosa A, organizador. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010. p. 1-42.
4. Academia Nacional de Cuidados Paliativos- ANCP. Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil. 2018. Disponível em: <https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/10/Panorama-dos-Cuidados-Paliativos-no-Brasil-2018.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2020.
5. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2020.
6. Carvalho RT, et al, editores. Manual da Residência de Cuidados Paliativos. Barueri: Manole; 2018.
7. Carvalho RT, Parsons HA. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. ANCP: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2020.
8. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2018.
9. World Health Organization. Cuidados paliativos. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2007. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44025>. Acesso em: 25 out. 2020.
10. World Health Organization. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. 1ª ed. Geneva: WHO; 2016.
11. Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim (Erechim), organizador. Apresentação. 2020. Disponível em: <https://www.fhste.com.br/institucional/apresentacao>. Acesso em: 30 nov. 2020.
12. Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim (Erechim), editor. Estatuto Social. 2005. Disponível em: https://www.fhste.com.br/transparencia/estatuto_social/. Acesso em: 30 nov. 2020.
13. Ruiz-Moreno L, Sonzogno MC, Batista SHS, Batista NA. Mapa conceitual: ensaiando critérios de análise. Ciênc Educ. 2007;13(3):1-5. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-73132007000300012>.
14. Tritany ÉF, Souza Filho BAB, Mendonça PEX. Fortalecer os Cuidados Paliativos durante a pandemia de Covid-19. Interface (Botucatu). 2020;25.
15. Ernecoff NC, et al. Associations between Reason for Inpatient Palliative Care Consultation, Timing, and Cost Savings. J Palliat Med. 2021;24(10):1525-1538. doi:10.1089/jpm.2020.0636.
16. McCaffrey N, Cassel JB, Coast J. Uma visão econômica sobre o estado atual da economia dos cuidados paliativos e de fim de vida. J Pain Symptom Manage. 2017;31(4):291-292. doi: 10.1177/0269216317695677.
17. Fonseca A, Geovanini F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. Rev Bras Educ Med. 2013;37(1):120-125. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000100017>.
18. Isquierdo APR, Bilek ES, Guirro UB do P. Comunicação de más notícias: do ensino médico à prática. Rev Bioét. 2021;29(2):344-353. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292472>.
19. Global Standards Framework. Advanced Care Planning. 2020. Disponível em: <https://www.goldstandardsframework.org.uk/advance-care-planning>. Acesso em: 20 out. 2020.
20. Hermes HR, Lamarca ICA. Palliative care: an approach based on the professional health categories. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(9):2577-2588.
21. Isenberg SR, Aslakson RA, Smith TJ. Implementing Evidence-Based Palliative Care Programs and Policy for Cancer Patients: Epidemiologic and Policy Implications of the 2016 American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. Epidemiol Rev. 2017;39(1):123-131.
22. Cassel JB, Kerr KM, Kalman NS, et al. O caso de negócios para cuidados paliativos: traduzindo pesquisas em desenvolvimento de programas nos EUA. J Pain Symptom Manage. 2015;50(6):741-749.
23. Ritchie C, et al. Palliative care programs: The challenges of growth. J Palliat Med. 2010;13(9):1065-1070.