

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Enir de Oliveira Santos

REFLEXÕES ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO CONTEXTO DE
FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM EM NÍVEL MÉDIO

Rio de Janeiro

2020

Enir de Oliveira Santos

REFLEXÕES ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO CONTEXTO DE
FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM EM NÍVEL MÉDIO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Ana Cristina Reis

Rio de Janeiro

2020

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

S237r Santos, Enir de Oliveira
Reflexões acerca dos cuidados paliativos no
contexto de formação do profissional de
enfermagem em nível médio / Enir de Oliveira
Santos. - Rio de Janeiro, 2020.
66 f.

Orientadora: Ana Cristina Reis

Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo
Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio, Programa de Pós-graduação em Educação
Profissional em Saúde, 2020.

1. Educação em Enfermagem. 2. Formação
Profissional. 3. Cuidados Paliativos.
4. Competência Profissional. 5. Atenção à Saúde.
I. Reis, Ana Cristina. II. Título.

CDD 610.73

Enir de Oliveira Santos

REFLEXÕES ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO CONTEXTO DE
FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM EM NÍVEL MÉDIO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em 28/12/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Ana Cristina G Vaz dos Reis (EPSJV/FIOCRUZ)

Prof. Dr. Raphael Mendonça Guimarães (EPSJV/FIOCRUZ)

Prof. Dr. Alexandre Ernesto Silva (UFSJ)

AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus autor e Senhor da minha vida. Neste momento da caminhada, faltam palavras para agradecer por todo o percurso percorrido, pelas lutas e por todas as pequenas vitórias diárias. Toda a minha gratidão à Dra. Ana Cristina Reis que com o seu profissionalismo sempre incentivou o crescimento pessoal e profissional dos estudantes. Em especial, a alegria e o orgulho de poder dizer que é a minha orientadora, mentora e referência de formação em Paulo Freire para o ensino e para a pesquisa. Gratidão à coordenação da Pós-graduação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, à querida mestra Dra. Marcela Pronko e ao professor Dr. Marco Antônio Santos pelo acompanhamento e pela escuta diante das dificuldades na caminhada. Agradeço a todos os mestres, profissionais administrativos, as dedicadas e amigas secretárias Micheli e Leila por todo o suporte neste caminho. A todos os colegas de curso das turmas de 2018, 2019 e 2020 com quem tive a oportunidade e a alegria de construir e compartilhar conhecimentos. Agradeço a todos os mestres do PROGESUS em especial às mestras Márcia Teixeira, Tereza Cristina Guimarães e Neuza Moisés pelo carinho e acompanhamento no processo inicial de pesquisa. Agradecimento especial ao grupo de Estudos e Pesquisa em Cuidados Paliativos do Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fiocruz em especial, aos mestres Ana Paula M. Bragança dos Santos, o Prof. Dr. Ernani Costa Mendes e a Dra. Valéria Teresa Saraiva Lino que contribuíram na pesquisa de Cuidados Paliativos. Agradeço ainda ao CEJAM em especial aos profissionais, Luzivânia Nascimento, Josefa Maria da Conceição, Elizabeth Serejo, as assistentes sociais Livia Santos e Janaina Cunha e *in memoriam* a Adriana Pires. Agradeço a coordenação do CEJAM RJ ao Diretor Tiago Velloso, a administradora Kamila Conde e a assistente Elisabeth Batista pelo cuidado em todos os cuidados administrativos. Agradecimento à família, em especial ao meu esposo Eduardo Brasil Soares, ao querido irmão professor Juberto de Oliveira Santos, a cunhada Kássia Kelly Ribeiro da Silva, ao querido pai Carlos dos Santos e *in memoriam* de minha querida e incansável mãe Elenita de Oliveira Santos que sempre foram minhas referências em trabalho e luta. Aos meus queridos avós Acy Costa Bandeira de Mello e Juberto Pires Bandeira de Mello que me incentivaram e acompanharam na busca do saber, a fim de sempre poder vencer nas dificuldades da vida.

*“Como é que os gansos sabem
Quando voar em direção ao sol?
Quem diz a eles qual é a estação do ano?
Como é que nós,
Seres humanos, sabemos quando
Chegou a hora de ir embora?
Como os pássaros migratórios,
Nós sem dúvida temos também uma voz interior que,
Se soubermos ouvir, nos dirá com certeza
Quando partir para o desconhecido.
(Elisabeth Kübler-Ross, A roda da vida)”.*

RESUMO

O presente estudo buscou avaliar se o currículo de formação do técnico de enfermagem contempla as diretrizes dos cuidados paliativos. Observou-se que os técnicos de enfermagem correspondem ao maior número dos profissionais de saúde com uma atuação direta junto aos pacientes nos cuidados paliativos, bem como o seu desempenho junto à equipe multiprofissional, contribuindo no cuidado ao paciente em todos os níveis de atenção em saúde. A justificativa deste estudo concentra-se na busca de compreender qual a formação do currículo dos profissionais em saúde na linha de frente dos cuidados aos pacientes em cuidados paliativos. A estratégia metodológica adotada para verificar se o currículo de formação do técnico de enfermagem contempla as diretrizes dos cuidados paliativos foi através da pesquisa documental, bibliográfica e um levantamento dos currículos das escolas técnicas de enfermagem localizadas na região metropolitana do Rio de Janeiro no período de junho a julho de 2020. Todavia, observamos a necessidade da formação teórica no currículo dos profissionais para que esta atuação possa ser concretizada e que possa alicerçar as condutas profissionais através do desempenho das competências na formação em cuidados paliativos dos profissionais técnicos de enfermagem com uma prática efetiva na prestação dos serviços na atenção em saúde.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Formação e Técnico de enfermagem.

RESUME

The present study sought to assess whether the nursing technician training curriculum includes the guidelines for palliative care. It was observed that nursing technicians correspond to the largest number of health professionals with a direct role with patients in palliative care, as well as their performance with the multidisciplinary team, contributing to patient care at all levels of health care . The justification of this study focuses on the search to understand the formation of the curriculum of health professionals in the front line of care for patients in palliative care. The methodological strategy adopted to verify whether the nursing technician training curriculum includes the guidelines for palliative care was through documentary, bibliographic research and a survey of the curricula of technical nursing schools located in the metropolitan region of Rio de Janeiro in June to July 2020. However, we note the need for theoretical training in the professionals' curriculum so that this performance can be carried out and that can underpin professional conduct through the performance of skills in palliative care training of nursing technicians with an effective practice in the provision of services in health care.

Keywords: Palliative Care, Training and Nursing Technician.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Ilustração 1 - Cicely Mary Strobe Saunders | 19 |
| Ilustração 2 - Elisabeth Kübler-Ross | 20 |
| Ilustração 3 - Saint Chirstopher's Hospice..... | 21 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Estimativa da população do Brasil | 26 |
| Quadro 2 - Levantamento dos Serviços de Cuidados Paliativos no Brasil | 31 |
| Quadro 3 - Escolas Técnicas que ofereceram curso técnico de enfermagem | 40 |
| Quadro 4 - Catálogo das escolas técnicas de enfermagem | 42 |
| Quadro 5 - Grupo de Escolas Q1 e filiais Q2, Q3, Q4 e Q5..... | 51 |
| Quadro 6 - Escola L..... | 51 |
| Quadro 7 - Grupo de Escolas B e B1, B2 e B3..... | 52 |
| Quadro 8 - Escola D..... | 53 |
| Quadro 9- Escola G..... | 54 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| AIDS | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| ANCP | Associação Nacional de Cuidados Paliativos |
| BDENF | Base de Dados da Enfermagem |
| CBO | Código Brasileiro de Ocupação |
| CEB | Câmara de Educação Básica |
| CNCT | Catálogo Nacional de Cursos Técnicos |
| CNE | Conselho Nacional de Educação |
| CP | Cuidados Paliativos |
| COFEN | Conselho Federal de Enfermagem |
| COREN | Conselho Regional de Enfermagem |
| DC | Doenças Crônicas |
| DPOC | Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica |
| DRC | Doença Renal Crônica |
| EAPC | Associação Europeia de Cuidados Paliativos |
| IAHPC | Associação Internacional de Cuidados Paliativos e Hospitais |
| ICC | Insuficiência Cardíaca Crônica |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| HRW | Human Rights Watch |
| LDB | Lei de Diretrizes e Bases da Educação |
| LILACS | Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| MCP | Manual de Cuidados Paliativos |

| | |
|---------|--|
| MEC | Ministério da Educação e Cultura |
| MEDLINE | Medical Literature Analysis and Retrieval |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OMT | Organização Mundial do Trabalho |
| REC | Comitê de Recomendações Europeias |
| SAE | Sistema de Assistência de Enfermagem |
| SCIELO | Scientific Electronic Library Online |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UE | União Europeia |
| WPCA | Wordwide Hospice Palliative Care Alliance. |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 1.1 Justificativa..... | 15 |
| 1.2 Objetivos..... | 17 |
| 2 CONTEXTO HISTÓRICO DOS CUIDADOS PALIATIVOS | 18 |
| 3 CUIDADOS PALIATIVOS COMO DIREITO HUMANO | 25 |
| 4 CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL | 30 |
| 5 REFERENCIAL TEÓRICO | 33 |
| 5.1 As Competências em Cuidados Paliativos..... | 33 |
| 5.1.1 Competências Centrais..... | 34 |
| 5.1.2 Competências interdisciplinares..... | 36 |
| 5.2 Desafios Atuais do Trabalho em Saúde..... | 38 |
| 6 PERCURSO METODOLÓGICO | 40 |
| 7 RESULTADOS | 44 |
| 7.1 A formação dos Técnicos de enfermagem..... | 44 |
| 7.2 O currículo das escolas de formação de técnicos de enfermagem..... | 48 |
| 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 55 |
| REFERÊNCIAS | 58 |

INTRODUÇÃO

Em vários países do mundo tem-se observado o aumento da expectativa de vida e com isso o envelhecimento da população, acompanhado do incremento das doenças denominadas como “crônicas”. Concomitante às mudanças do perfil demográfico e epidemiológico da população, onde se verificou um grande avanço das tecnologias biomédicas com o desenvolvimento de novas modalidades terapêuticas, proporcionando melhores condições de tratamento para muitas doenças que até então levariam às pessoas a morte (DUARTE, et al., 2013).

Devido a essas inovações no tratamento médico a sobrevida dos pacientes aumentou significativamente, e isto nos faz perceber que a morte, na maioria das vezes, já não é um episódio e sim um processo, às vezes até prolongado, demorando anos e até mesmo décadas dependendo da enfermidade (SODRÉ, 2002).

Os cuidados paliativos (CP) são medidas de conforto oferecidas por uma equipe de saúde multidisciplinar com objetivos de prevenir, aliviar sintomas desagradáveis e até incapacitantes, como dor, dispneia e constipação, provocados pela progressão de uma doença e/ou por seu tratamento (FONSECA e GEOVANNI, 2013). Os cuidados paliativos possuem um importante papel no atendimento e no conforto ao paciente.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou sua primeira definição sobre Cuidados Paliativos em 1990, e redefinida em 2002:

Uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor, e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (ANCP, 2009).

Essa abordagem tem como foco a integralidade do cuidado onde a prioridade passa ser a pessoa doente e não sua doença. As atenções do cuidado também são dirigidas para o contexto familiar, proporcionando a todos os envolvidos o conforto psicológico, social e espiritual (MCCOUGHLAN, 2004).

Neste contexto, observa-se a importância do cuidado em toda a trajetória da doença que ameaça a vida. Os profissionais de saúde necessitam estar sensíveis e disponíveis para a escuta ao paciente. O profissional deve compreender o manejo das

medicações que possibilitam o controle efetivo da dor e o alívio dos sintomas, proporcionando o conforto ao paciente na fase avançada da doença. O atendimento tem a necessidade de ser abrangente para que o cuidado possa ser realizado nas dimensões psicológica, social e espiritual dos pacientes e familiares no período final do tratamento e na fase do luto (MELO E FIGUEIREDO, 2006).

Diante desta necessidade, a formação da equipe multiprofissional é essencial para uma abordagem adequada, a fim de poder realizar um atendimento assertivo ao paciente. Ao contrário, a atuação profissional torna-se uma prática repetitiva.

A proposta desta dissertação consiste na reflexão acerca dos cuidados paliativos no contexto da formação profissional de enfermagem em nível médio. Os profissionais de nível médio que realizam o atendimento direto ao paciente são os técnicos de enfermagem. Estes profissionais estão no atendimento contínuo ao paciente em todo o sistema de atenção em saúde. Esta atuação torna-se imprescindível e desafiadora neste cenário, uma vez que, estes profissionais possuem uma formação técnica voltada para o cuidado. Todavia, torna-se importante a formação para uma atuação em saúde para além da queixa principal do doente. Neste âmbito, o técnico de enfermagem precisa ter uma formação que possa despertar sua percepção e o entendimento de cuidar do paciente em sua singularidade e totalidade.

1.1 Justificativa

A capacitação para os cuidados paliativos torna-se imprescindível no âmbito da assistência em saúde. Os profissionais de saúde de nível superior possuem em suas grades curriculares disciplinas e discussões sobre o controle da dor, alívio dos sintomas e o conforto ao paciente nos casos de atendimento aos usuários no atendimento sem perspectiva de cura.

Mas, qual a formação dos técnicos de enfermagem que são o maior número de profissionais em saúde na linha de frente realizando os cuidados dos pacientes? Esse questionamento motivou a realização desta pesquisa para esta dissertação, a partir do conhecimento da formação no nível superior das categorias que compõem o quadro da equipe multiprofissional em saúde.

Essa indagação surgiu a partir da observação da atuação dos profissionais técnicos de enfermagem no campo prático da assistência à saúde no Hospital Municipal

Evandro Freire e na Coordenação Emergencial Regional – CER ILHA, onde atuei por 05(cinco) anos na assistência aos pacientes, cuidadores e familiares. As ações, muitas vezes, executadas de maneira mecânica e repetitiva, nos leva a refletir como tem sido realizada a formação desse trabalhador no que se refere aos cuidados paliativos para o exercício e desenvolvimento da sua atividade profissional.

Baseado no entendimento da necessidade de um fazer profissional não voltado à reprodução de técnicas adotadas por outros profissionais, como repetição de atividades “numa lógica de fábrica”, mas com a realização do cuidado numa atuação singular. Cada paciente necessita de um cuidado específico. Em todo o momento há a necessidade do profissional em realizar uma análise de sua atuação para que possa proporcionar e garantir ao paciente sob os seus cuidados conforto e segurança. Do contrário, os profissionais somente repetirão técnicas e teorias fragmentadas de um conhecimento não eficaz.

A certeza de que esta atuação está adequada ao paciente consistirá em um conhecimento integrado com a equipe multiprofissional e que possa ser realizado com autonomia e apropriação do conhecimento pelo técnico de enfermagem. Este estudo busca conhecer a formação do profissional que está com ações voltadas para a assistência dos pacientes em cuidados paliativos que além das técnicas estão voltadas para a compreensão da singularidade de cada paciente sob os seus cuidados. Este cuidado busca proporcionar ao paciente o conforto e a segurança, sem procedimentos invasivos e que venha a lhe causar desconforto e dor.

Desta forma, o presente estudo busca conhecer o currículo de formação profissional dos técnicos de enfermagem abordando os aspectos necessários para que esse profissional possa atuar na assistência aos pacientes no processo de atendimento em cuidados paliativos.

1.2 Objetivos

- **Geral:**

Avaliar se o currículo de formação do técnico de enfermagem contempla as diretrizes dos cuidados paliativos.

- **Específicos:**

1. Conhecer se o currículo dos técnicos de enfermagem contemplando a formação em cuidados paliativos;
2. Identificar as competências do técnico de enfermagem para desempenhar os cuidados paliativos.

2 CONTEXTO HISTÓRICO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados paliativos são descritos desde a antiguidade, com a origem da humanidade, através de questões históricas que abordam a saúde e a religião. Desde os primórdios, o homem vivenciou o sofrimento e as doenças. As primeiras condutas para as tentativas de alívio da dor e do sofrimento físico e espiritual surgiram com os xamãs nas civilizações mais antigas, como a hindu, a chinesa, a caldeia e a egípcia (SANTOS, 2011 p.03).

A abordagem do cuidar também está relacionada a este processo. Os povos antigos construíram, a partir dos seus conhecimentos, técnicas para esse cuidado. Estas técnicas consistiam em unguentos, a alimentação com frutas e vegetais frescos, o preparo dos alimentos, as massagens e a realização da limpeza dos pertences conforme Santos (2011). Estas práticas incorporavam parte do alívio do sofrimento, constituindo um dos pilares dos cuidados paliativos.

A compreensão dos Cuidados Paliativos perpassa desta forma, pela essência do cuidado. Um cuidado que efetivamente possa proporcionar o suporte e o conforto ao usuário. Esta compreensão se estende em todo o processo do cuidar. Ao analisarmos a sua construção histórica, compreendemos toda a sua origem e desenvolvimento diante do contexto social e o seu desenvolvimento ao longo do tempo.

E nesta perspectiva do cuidado, os pacientes com doenças crônicas (DC) também são elencados aos cuidados paliativos. As doenças crônicas são as condições que os pacientes apresentam ao longo do curso progressivo da doença, com um prognóstico incerto e que em geral não possuem possibilidades terapêuticas de cura. Nestes casos, as doenças limitam a vida dos portadores, condicionando-os a períodos de remissão e exacerbação clínica, com cuidados contínuos e em alguns casos, complexos nos níveis domiciliar, ambulatorial ou hospitalar (BUCK et. al 2019).

Os cuidados paliativos têm sua origem ligada aos antigos abrigos que eram destinados à recepção e ao cuidado dos peregrinos e viajantes. Estes estabelecimentos eram conhecidos como “*hospice*¹”. Dentre as fontes consultadas, os registros mais antigos são contextualizados no século V, quando Fabíola, denominada na época como

¹ A palavra Hospice tem origem do latim hospes significando estranho e posteriormente anfitrião (Melo e Caponero,2009)

uma discípula de São Jerônimo e que tinha como missão o cuidado de viajantes da África, da Ásia, e dos países do leste no Hospício do Porto de Roma. Neste contexto, várias instituições de caridade surgiram na Europa no século XVII, realizando o abrigo e o cuidado de pessoas pobres, doentes e órfãos. Essa prática do cuidado teve grande propagação nas organizações religiosas católicas e protestantes que, no século XIX, passaram a ter características hospitalares (MATSUMOTO, 2009 p. 14).

O movimento “*Hospice*” foi fundamental para a Construção dos cuidados paliativos no mundo. Os primeiros registros datam de 1842, na França, pela madame Jeanne Garnier que fundou vários hospices. Mas, é possível constatar que esse movimento se propagou em outros países da Europa como Our Lady’s Hospice no ano de 1879, em Dublin, pelas Irish Sisters of Charity e do St. Joseph’s Hospice em 1905 em East Londres (SANTOS, 2011).

Os Cuidados Paliativos tiveram grande difusão a partir das contribuições de Cicely Saunders e de Elisabeth Kübler-Ross que deixaram seu legado para o mundo. Cicely Mary Strode Saunders nasceu no norte de Londres em 22 de junho de 1918, estudou Enfermagem, Serviço Social e Medicina.



Fonte: Spirituality Practice.

Sua formação foi fundamental para a prática do cuidado aos pacientes com doenças terminais. Trabalhou na educação em saúde, ministrando aulas, palestras, escrevendo artigos sobre o tema e contribuindo com autores da área do cuidado. Durante a sua trajetória construiu os princípios básicos do moderno cuidado do *hospice*, consolidou uma abordagem sistemática do controle da dor e desenvolveu estudos sobre o conceito de “dor total”. Seu papel foi fundamental para a difusão da filosofia do

cuidado através das dimensões psicológicas, sociais e espirituais de pacientes e de suas famílias. (MELO E FIGUEIREDO, 2006).

Todavia este caminho, também teve grandes adversidades. Em resposta à rejeição da medicina ao paciente moribundo com a concepção de que “não existe mais nada que possamos fazer”, Cicely fez a diferença, ofereceu a alternativa positiva e imaginativa de reforçar o alívio da dor, compreendendo que “há muito o que fazer” no cuidado ao paciente, mantendo assim, a dignidade e fortalecendo o período de vida, ainda que curto do paciente. (SANTOS, 2011).

As questões que abordam os Cuidados Paliativos e a filosofia *hospice* compreendem em desafios, pois estes contextos não são aprendidos e não foram incorporados em nossa sociedade. Há a necessidade da mudança da abordagem e da prática profissional no atendimento aos pacientes, buscando a mudança e conceitos de que “nada se pode fazer por esses enfermos e buscando mudar a atitude”. A ressignificação desses conceitos viabiliza a realização de que muito necessita ser realizado para proporcionar ao paciente e aos seus familiares conforto, bem-estar e segurança ao que está sofrendo ou em proximidade da terminalidade (MELO e FIGUEIREDO, 2006).

No mesmo período em que Cicely trabalhava no Reino Unido, Elisabeth Kübler-Ross desenvolvia os atendimentos aos pacientes com doenças avançadas nos Estados Unidos. Elisabeth, psiquiatra, realizou a técnica de entrevistas com os pacientes com doenças avançadas e diante da morte.



Fonte: Fundação Elisabeth Kübler-Ross Brasil.

Elisabeth Kübler-Ross realizou mais de 500 entrevistas, em que construiu um conhecimento consolidado com a sua obra *Sobre a Morte e o Morrer*, tornando-se o primeiro fruto da ciência ocidental com embasamento de fatos empíricos descrevendo, a partir da percepção de psiquiatra, os estágios psicológicos dos pacientes (SANTOS, 2011).

Desta forma, o legado de Elisabeth Kübler-Ross tornou-se um marco para humanidade, influenciando o mundo contemporâneo através da morte e do morrer (LUZ e BASTOS, 2019).

Contudo, o cuidado especializado dos pacientes terminais tornou-se consolidado nos anos de 1967 através da dama Cicely Saunders que fundou o *St. Christopher Hospice* em Londres (MCCOUGHLAN, 2004).

Cicely Saunders, pouco antes de morrer, traz uma contribuição com um relato terno sobre Elisabeth, onde registrou que o trabalho de ambas foi complementar (LUZ e BASTOS, 2019).

O *Saint Chirstopher's Hospice* foi o marco que revolucionou a filosofia dos Cuidados Paliativos e originou outros *hospices* independentes (MELO e CAPONERO, 2009).



Fonte: https://www.wikiwand.com/en/St_Christopher%27s_Hospice.

Através do movimento *hospice* iniciou-se um novo conceito de cuidar e não somente o de curar, focando no cuidado do paciente em todo o processo de adoecimento até o seu final de vida. A partir dessa ação, surge um novo campo do conhecimento, o da medicina paliativa, que foi incorporado a essa filosofia através de equipes de saúde especializadas no controle da dor e no alívio dos sintomas.

Melo e Caponero (2009) descrevem a importância do termo *palliare*:

O termo *palliare* originado do latim e com o significado de “proteger, amparar, cobrir, abrigar, ou seja, a perspectiva de cuidar e não somente de curar surge com amplitude, tornando a medicina como foco principal” (MELO e CAPONERO, 2009 p. 259).

Em 1982, o comitê de Câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS 1982) criou um grupo de trabalho responsável por definir políticas para o alívio da dor e os cuidados do tipo “*hospice*”, sendo recomendado em todos os países para pacientes com câncer. O termo já adotado no Canadá passou então a ser adotado pela OMS diante da dificuldade de tradução adequada do termo *hospice*, em alguns idiomas (MATSUMOTO, 2009).

Os cuidados paliativos abarcam aos pacientes que apresentam doenças crônicas e degenerativas, com quadros que apresentem perda da vitalidade, restrição à movimentação, dor, fadiga e depressão entre outros sinais e sintomas que acompanham os quadros clínicos (PIMENTA et. al. 2006).

Os pacientes com quadros de doenças crônicas e degenerativas aplicáveis desde o início do curso da doença, em conjunção também com tratamentos anticancerígenos também são elencados aos Cuidados Paliativos (MCCOUGHLAN, 2004).

As questões de patologias que envolvem os pacientes em finitude estão relacionadas à comorbidades crônicas. Em países desenvolvidos e em desenvolvimento, as doenças crônicas como a cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral isquêmico, acidente vascular cerebral isquêmico, Alzheimer e outras demências, doença pulmonar obstrutiva crônica e diabetes que integram este processo e se destacam por cerca de 88% dos casos de óbitos entre as doenças não infecciosas (CALICE, 2021).

Dentre esses quadros clínicos, o Câncer tem sido considerado um dos grandes problemas de saúde pública mundial, estando entre as quatro causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países. A incidência de morte deve-se em parte pelo envelhecimento, pelo crescimento populacional e pelas mudanças na distribuição e na prevalência dos fatores de risco de câncer, associados ao desenvolvimento socioeconômico, a incorporação de hábitos e atitudes associados à urbanização como o sedentarismo, alimentação inadequada, entre outros (BRAY et al., 2018).

Todavia, as questões da qualidade de vida dos pacientes que apresentam falências orgânicas como insuficiência cardíaca crônica (IC), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e doença renal crônica (DRC) são tão afetadas quanto aos dos pacientes oncológicos (CALICE, 2021, p. 81).

Halia Bortnowska, filósofa e escritora polonesa que também desenvolveu importante pesquisa sobre os cuidados hospice, abordou no seu trabalho os aspectos sobre ética da cura e da atenção, descrevendo a ética como “uma constelação de vários sustentados pela pessoa.” Halia relatou que pela ética da cura, as virtudes militares eram predominantes: não se dar por vencido, perseverar, ser “duro”. Neste contexto, em relação à ética da atenção, Halia descrevia que o valor central é a dignidade humana, ressaltando a solidariedade entre o paciente e o profissional de saúde, em atitudes que resultam numa compaixão afetiva. Na ética da cura, o médico é o “general”, na atenção o paciente é soberano (MATSUMOTO, 2009). Este entendimento consiste na compreensão de que o processo do atendimento parte da construção do conhecimento e respeitando a vontade do paciente. Ele é o protagonista do tratamento.

A ética médica tradicional concebida no modelo hipocrático tem um forte acento paternalista e somente em 1960, os códigos de ética profissional passaram a reconhecer o enfermo como agente autônomo. Considerando o princípio ético da autonomia do paciente e por meio do consentimento informado, o paciente torna-se ator principal do seu tratamento, tomando suas próprias decisões, tendo como princípio da beneficência e não maleficência, construindo assim, as diretrizes, dos Cuidados Paliativos (SIQUEIRA apud MATSUMOTO, 2009).

Ainda nas questões bioéticas, os profissionais de saúde possuem o papel fundamental no desenvolvimento do cuidado ao paciente visando à qualidade de vida e a manutenção da dignidade humana do paciente em todo o decorrer da doença e até o

momento da “terminalidade” da vida, no momento da morte e no período de luto aos familiares (MATSUMOTO, 2009).

Neste âmbito, observamos que as questões bioéticas são fundamentais no processo do cuidado como sendo o resgate da dignidade humana e qualidade de vida, num momento crítico da existência humana em que as pessoas estão enfrentando a morte iminente e inevitável (PESSINI, 2006).

A compreensão dos cuidados paliativos perpassa desta forma, pela essência do cuidado integrado. Um cuidado que efetivamente possa proporcionar o suporte e o conforto ao usuário. Esta compreensão se estende em todas as etapas do cuidar. Ao analisarmos a construção histórica dos cuidados paliativos, compreendemos toda a sua origem e desenvolvimento diante do contexto social e o seu desenvolvimento ao longo do tempo, bem como todos os fatores primordiais nesta arte do cuidar.

No cenário atual, vários organismos internacionais possuem um atendimento específico em CP, como a International Association of Hospice and Palliative Care e uma parte da Organização Mundial da Saúde, com o objetivo de fomentar políticas afirmativas, normas e diretrizes, com a difusão do conhecimento, através de uma educação em Saúde para os profissionais sobre o significado e propósito dos Cuidados Paliativos (SANTOS, 2011).

A essência dos cuidados paliativos torna-se então ampliada, compreendendo que os princípios básicos podem ser interpretados de diversas maneiras e culturas distintas, utilizando todos os recursos nos cuidados. Todavia, nos países desenvolvidos, os Cuidados Paliativos tem sido incorporados aos sistemas de saúde, onde, por exemplo, 17 países optaram por implantar a especialidade médica dedicada unicamente aos pacientes que apresentam doenças avançadas e incuráveis (SANTOS, 2011).

A organização internacional Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA), não governamental que se concentra no desenvolvimento dos Cuidados Paliativos e Hospices no mundo, descreve que em apenas 20 países os Cuidados Paliativos estão bem integrados ao Sistema de Saúde (Portal Hospitais Brasil, 2018).

3 CUIDADOS PALIATIVOS COMO DIREITO HUMANO

A Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC), a Associação Internacional de Cuidados Paliativos e Hospitais (IAHPC), a Aliança Mundial em Cuidados Paliativos (WPCA), Human Rights Watch (HRW) buscaram juntos advogar o acesso aos cuidados paliativos como um direito humano. O respectivo documento buscou nortear que os governos nacionais e as autoridades de saúde tivessem a obrigação de integrar os cuidados paliativos no sistema de saúde com adequação de políticas e alocando recursos para a redução do sofrimento dos pacientes com doenças limitantes da vida.

O envelhecimento e a longevidade são compreendidos como um grande avanço para a evolução dos tempos. O Brasil atingiu indicadores altos de expectativa de vida, a partir das melhorias na área da saúde, avanços tecnológicos e prevenção de doenças. Neste novo cenário, há, todavia, perspectivas de incertezas e angústias diante do despreparo no seu enfrentamento (KAIRALLA, 2018).

Segundo os dados da European Association for Palliative Care (EAPC) os doentes poderão a vir apresentar quadros de dor, dispneia e outras condições físicas que necessitarão de apoio emocional problemas psicossocial ou espiritual diante da progressão de sua doença. (EAPC, 2019).

Segundo o censo demográfico de 2010 (IBGE 2011), em 2011 a população idosa era de 20,5 milhões, o equivalente a 10,8% da população total, sendo 55,5% mulheres e 44,5% homens (KAIRALLA, 2018).

O IBGE (2020) divulgou a estimativa da população do Brasil, As estimativas da população residente nos municípios brasileiros, com data de referência em 1º de julho de 2020, foram calculadas com base nas Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação, Revisão 20181 e nos totais populacionais dos municípios enumerados pelos Censos Demográficos 2000 e 2010.

As populações recenseadas nos municípios em 2000 e 2010 foram ajustadas e serviram de base para o estabelecimento da tendência de crescimento da população para as estimativas de população de 2011 até a data de referência em 1º de julho de 2020.

Quadro 1: Estimativa da população do Brasil com referência de 1º de julho de 2020:

| ESTIMATIVAS DA POPULAÇÃO RESIDENTE NO BRASIL E UNIDADES DA FEDERAÇÃO COM DATA DE REFERÊNCIA EM 1º DE JULHO DE 2020 | |
|--|---------------------------|
| BRASIL E UNIDADES DA FEDERAÇÃO | POPULAÇÃO ESTIMADA |
| Brasil | 211.755.692 |
| Região Norte | 18.672.591 |
| Rondônia | 1.796.460 |
| Acre | 894.470 |
| Amazonas | 4.207.714 |
| Roraima | 631.181 |
| Pará | 8.690.745 |
| Amapá | 861.773 |
| Tocantins | 1.590.248 |
| Região Nordeste | 57.374.243 |
| Maranhão | 7.114.598 |
| Piauí | 3.281.480 ⁽¹⁾ |
| Ceará | 9.187.103 ⁽¹⁾ |
| Rio Grande do Norte | 3.534.165 |
| Paraíba | 4.039.277 |
| Pernambuco | 9.616.621 ⁽²⁾ |
| Alagoas | 3.351.543 ⁽²⁾ |
| Sergipe | 2.318.822 ⁽³⁾ |
| Bahia | 14.930.634 ⁽³⁾ |
| Região Sudeste | 89.012.240 |
| Minas Gerais | 21.292.666 |
| Espírito Santo | 4.064.052 |
| Rio de Janeiro | 17.366.189 |
| São Paulo | 46.289.333 |
| Região Sul | 30.192.315 |
| Paraná | 11.516.840 |
| Santa Catarina | 7.252.502 |
| Rio Grande do Sul | 11.422.973 |
| Região Centro-Oeste | 16.504.303 |
| Mato Grosso do Sul | 2.809.394 |
| Mato Grosso | 3.526.220 |
| Goiás | 7.113.540 ⁽⁴⁾ |
| Distrito Federal | 3.055.149 ⁽⁴⁾ |

Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS.

Observamos que a expectativa de vida obteve grande crescimento. Todavia, os dados estão impactados pelo cenário mundial da Pandemia da COVID-19 que descreve um novo censo populacional diante do grande número de mortes que atinge todas as faixas-etárias. E observamos que os cuidados paliativos serão ainda mais necessários neste novo cenário do cuidado integrado, principalmente na cobertura ao atendimento na atenção primária.

No âmbito mundial, houve construções significativas, onde os órgãos EAPC, IAHP, WPCA e HRW elaboraram um documento sobre os cuidados paliativos que consistem numa forma essencial de atendimento a esses pacientes. Nesse processo, através dos avanços da medicina moderna, muitos pacientes precisarão de cuidados por períodos mais longos durante a sua vida e não somente no último ano de suas vidas. Em muitos países do mundo, os cuidados paliativos não estão disponíveis ou o seu acesso ainda sendo muito limitado, fazendo com que milhões de pessoas gravemente doentes ou moribundas sofram de dor e outros sintomas evitáveis ou tratáveis. Assim, o documento buscou ampliar o acesso aos cuidados paliativos como um direito humano do mais alto padrão e atingível de condições físicas e mentais.

Os cuidados paliativos também abrangem ao atendimento aos pacientes que diagnosticados com uma ou mais doença crônica não Transmissível (DCNT) e alguns estudos abordam a relação entre o envelhecimento e DCNT, diante da transição demográfica e epidemiológica, com atenção voltada para a população idosa (GOUVEA, 2019).

Nos casos em que os pacientes apresentam quadros clínicos crônicos, desconforto, dor intensa e não tem como contar com a prestação dos Cuidados Paliativos também pode ser constituído como uma condição cruel, com tratamento desumano ou degradante.

Gouvea (2019) destaca a necessidade dos cuidados paliativos abrangendo o atendimento das DNCT:

As DNCT são em sua maioria, incapacitantes e levam ao paciente a um declínio funcional progressivo que antecede ao óbito. Assim sendo, o desenvolvimento de ações planejadas com foco na implementação CP na atenção primária e sem limite de local de atuação se faz primordial. Por conseguinte, a relação entre envelhecimento populacional, a incidência das DNCT e a necessidade de ampliação dos CPS, deve ser vista como um desafio para os gestores de Saúde Pública no Brasil, em todos os níveis de atenção (GOUVEA,2019 p. 2)

Os cuidados paliativos neste contexto necessita ser efetivamente um acesso às unidades de saúde brasileira para aliviar ou até evitar esse sofrimento podendo desta forma, serem fornecidos a um custo comparativamente baixo. Todavia, os governos de muitos países em todo o mundo não tomam medidas que busquem garantir que os pacientes possam ter acesso a esse direito.

Outro documento que traz contribuições para os cuidados paliativos é a Carta de Praga conforme apresenta a ANCP (2009), onde apresenta aos governos todos os países em desenvolvimento e desenvolvidos para que possam implementar os cuidados de saúde e políticas sociais, buscando assegurar que assegurem o alívio do sofrimento através do acesso adequado aos cuidados paliativos centrados no paciente.

Precisamos ter o acesso aos cuidados paliativos nos diversos locais de atendimento, como no hospital, no hospício, nos domicílios, nas clínicas da família ou em qualquer outro local de atendimento, em diversas as regiões do mundo. Esta preocupação fica mais acentuada ao analisarmos que diante do aumento da expectativa de vida da população, com um aumento do número de portadores de pacientes com doenças crônicas e degenerativas e consecutivamente, um aumento da e morbidade e da mortalidade.

Desta forma, este cenário tende a causar grande impacto nas condições de vida dos pacientes, cuidadores e familiares. A partir das considerações dos órgãos internacionais, buscamos as diretrizes pela Organização Mundial de Saúde sobre os Cuidados Paliativos.

A OMS publicou em 1986, os princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional de cuidados paliativos. Esses princípios foram reafirmados na sua revisão em OMS (2002), como:

1. Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis (avaliação e definição do tratamento com ou sem a prescrição de medicamentos);
2. Afirmar a vida e considerar a morte como processo normal da vida (onde o Cuidado paliativo resgata a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida, colocando assim ênfase na vida que ainda pode ser vivida);
3. Não acelerar nem adiar a morte (através de um diagnóstico objetivo e bem embasado, o conhecimento da história natural da doença, um acompanhamento

ativo, acolhedor e respeitoso e uma relação empática com o paciente e seus familiares que ajudarão a equipe na tomada de decisões, proporcionando a segurança em todas as pessoas envolvidas no processo do tratamento);

4. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado do paciente (a abordagem sob a ótica da psicologia as mudanças e perdas no processo do cuidado, considerando o aspecto da transcendência, do significado da vida, aliado ou não à religião, considerando o paciente como sujeito com sua crença e seus princípios);
5. Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte (onde a equipe multidisciplinar torna-se facilitador para a resolução de problemas, viabilizando os acessos para o cuidado e o conforto ao paciente);
6. Oferecer sistema de suporte para auxiliares durante a doença e o luto (a família tanto a biológica como a adquirida (amigos, parceiros, etc.) deve ser parceira e colaboradora junto aos cuidados que se fazem necessários ao paciente. Elas conhecem as peculiaridades, desejos e angústias do paciente, muitas vezes não verbalizadas pelo próprio protagonista do tratamento. Considerando ainda que estas mesmas pessoas também participam da doença do paciente, e seu sofrimento deve ser acolhido e paliado);
7. Oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto (o cuidado multiprofissional contribuirá para as possíveis respostas terapêuticas do paciente durante o período do cuidado com uma abordagem integrada e efetiva);
8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença (baseando-se numa abordagem holística, respeitando seus desejos e suas necessidades, melhorando o curso da doença e diante da possibilidade do caso, prolongando sua sobrevida);
9. Iniciar o mais precocemente possível o cuidado paliativo, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar as situações clínicas estressantes.

4 CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

O Sistema Único de Saúde é um dos sistemas de saúde pública com maior abrangência no mundo, constituindo numa política pública que atende a população residente nos 5.570 municípios brasileiros, com 211,8 milhões de habitantes no Brasil e que vem crescendo 0,77% em relação a 2019 (IBGE, 2020).

O Sistema único de Saúde (SUS) não apenas cobre toda a população brasileira como também é o responsável por ações que abrangem a promoção da saúde à assistência médica a doenças que exigem um alto nível de complexidade tecnológica, atendendo a todos os cuidados em saúde. Além disso, o conceito de saúde passa a ser visto como um processo que perpassa as condições de vida da população seja na habitação, educação, alimentação, renda, segurança, transporte, lazer, ambientes saudáveis, dentre outros fatores que impactam na vida dos cidadãos (CASTRO et. al., 2012). Desta forma, o SUS trabalha de forma integrada e orientado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

Compreende-se ainda que as ações e serviços em saúde consistam na promoção, proteção e recuperação da saúde através do estímulo de medidas gerais e específicas a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das comunidades. O acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação como previsto pela Carta Magna, permite, portanto, o desenvolvimento de uma atenção integral à saúde que não se limita a uma assistência médica curativa (PAIM, 2009).

Neste sentido, a oferta de cuidados paliativos compõe o conjunto de ações de assistência à saúde, sendo uma necessidade fundamental para a sociedade. Mas, a efetiva implantação de uma política nacional com esta finalidade tem sido negligenciada (MELO e FIGUEIREDO, 2006).

Os cuidados paliativos no Brasil teve seu início na década de 1980, com um crescimento significativo a partir dos anos 2000, com a consolidação dos serviços existentes e pioneiros e a criação de novos. Dados fornecidos pela ANCP (2019) de 2019 registram que existem mais de 150 iniciativas em todo o Brasil, ainda é pouco levando em consideração a distribuição geográfica desses serviços e a distribuição da prevalência de doenças crônicas por todo o país.

Em 2018, ANCP fez um levantamento dos serviços de cuidados paliativos disponíveis no Brasil, os dados mostraram que 58% dos serviços estão concentrados na região sudeste do país e menos de 10% estão presentes nas regiões norte e centro-oeste. Em relação ao início das atividades desses serviços, foram verificados que mais de 50% tiveram início nos últimos 10 anos, reforçando que os cuidados paliativos são atividades recentes no Brasil. Os dados ainda demonstram que as áreas de *hospice* e pediatria são as mais críticas em relação ao acesso no país (Quadro 2).

Quadro 2: Levantamento dos Serviços de cuidados paliativos no Brasil, 2019

| Serviços de CP por regiões | 2018 | 2018 | 2019 | 2019 |
|---|-------------|-------------|--------------------------------|-------------|
| | Nº | % | Nº | % |
| Centro-Oeste | 8 | 5% | 20 | 10,4 |
| Norte | 5 | 3% | 7 | 3,7 |
| Nordeste | 36 | 20% | 26 | 13,7 |
| Sudeste | 103 | 58% | 105 | 55 |
| Sul | 25 | 14% | 33 | 17,2 |
| Total | 177 | 100% | 191 | 100 |
| Início das atividades dos serviços | | | | |
| 2019 | ----- | ----- | 32 | 16,7 |
| 2016-2018 | 40 | 23% | 75 | 39,7 |
| 2011-2015 | 49 | 28% | 53 | 27,7 |
| 2006-2010 | 23 | 13% | 16 | 8,4 |
| 2000-2005 | 12 | 7% | 8 | 4,2 |
| 1999 ou antes | 07 | 4% | 7 | 3,7 |
| Não informado | 46 | 26% | 0 | 0 |
| Total | 177 | 100 | 191 | 100 |
| Características de funcionamento | | | | |
| Exclusivo hospitalar | 131 | 74% | 124 | 64,9 |
| Hospital de alta complexidade | ----- | ----- | 138 | 72,3 |
| Funcionam em hospice | 08 | 5% | 12 | 6,3 |
| Média de leitos hospice (variação) | ----- | ----- | 18,4 leitos/hospice 4-70 | |
| Unidades com leitos próprios | ----- | ----- | 53 | 27,7 |

| | | | | |
|---|-------|-------|--------------------------------|------|
| Média de leitos próprios (variação) | ----- | ----- | 15,5 leitos/serviço 1-70 | |
| Atende pacientes do SUS | 117 | 66% | 122 | 63,9 |
| Atende pediatria | 38 | 21% | 77 | 40,3 |
| Média de atendimento pediátrico variação | | | | |
| Atendimento ambulatorial | ----- | ----- | 114 | 59,7 |
| Atendimento domiciliar | ----- | ----- | 65 | 34,0 |
| Atendimento Inter consultas | ----- | ----- | 158 | 82,7 |
| Média de atendimentos oncológicos (variação) | ----- | ----- | 56,7 1-100 | |
| Possui motivo institucional de tratamento do controle da dor | --- | --- | 114 | 59,7 |
| Dificuldade de acesso a opioides | ---- | ---- | 15 | 7,9 |
| Envolvimento com ensino - graduação | --- | --- | 71 | 37,2 |
| Envolvimento com ensino - Residência | --- | --- | 109 | 57,1 |
| Envolvimento com ensino – pós-grad. Em CP | --- | --- | 38 | 19,9 |
| Envolvimento com pesquisa | --- | --- | 87 | 45,5 |
| Publicações científicas | --- | --- | 39 | 20,4 |

Fonte: Dados coletados entre julho e setembro de 2018; julho e setembro de 2019. – ANCP 2020.

A assistência domiciliar tem papel fundamental quando se trata de Cuidados Paliativos. No âmbito do SUS, esse tipo de assistência é regulamentado pela Portaria Ministerial nº 825 de abril de 2016 que descreve como elegível para a assistência domiciliar o atendimento que visa abreviar ou evitar a hospitalização através do acompanhamento clínico semanal, buscando controlar a dor e o sofrimento do usuário. Tem ainda como finalidade a demanda do atendimento hospitalar, contribuindo com a diminuição do tempo de internação através do processo de promoção e prevenção e saúde, humanização na atenção à saúde, proporcionando desta forma, a autonomia e o protagonismo dos usuários diante das questões que envolvem saúde e qualidade de vida. Com isso, espera-se promover a desinstitucionalização e redução de recursos financeiros e estruturais, executar a prevenção precoce de possíveis complicações e viabilizar a retomada do vínculo familiar e da rotina domiciliar com educação em saúde ao paciente, familiares e à comunidade conforme descreve a ANCP (2018).

Entre os inúmeros desafios para a ampliação dos serviços de cuidado paliativo encontra-se à formação dos profissionais de saúde para uma atuação efetiva, assim como, a disponibilização de recursos financeiros.

Refletindo sobre a necessidade da formação dos profissionais de saúde, compreendemos que através dos programas de educação continuada e permanente, os profissionais e cuidadores podem adquirir o conhecimento para adequação das ações em Cuidados Paliativos.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 AS COMPETÊNCIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados paliativos buscam oferecer através da equipe de profissionais de saúde medidas de conforto com a finalidade de amenizar sintomas crônicos e proporcionando segurança e alívio aos pacientes durante o seu tratamento desde o domicílio até a internação hospitalar.

Nesta perspectiva do cuidado, os aspectos que envolvem a formação profissional são específicos de cada disciplina. Contudo existem elementos que são relevantes para todos os grupos profissionais envolvidos em cuidados paliativos. As competências em cuidados paliativos precisam ser adequadas para sua aplicabilidade em todos os níveis de cuidados terciários, em hospitais, e nos cuidados primários, nas unidades básicas de saúde.

Os profissionais ao cuidarem de pacientes próximos da morte, a fim de não estabelecerem vínculos mais estreitos, realizam as atividades de forma automatizada, superdimensionado os aspectos técnicos (KOVÁSCS, 2003). Assim, para uma atuação profissional adequada aos pacientes em cuidados paliativos é necessário que os profissionais possam ter acesso à formação teórica e treinamento adequado.

A formação do profissional em cuidado paliativo deve desenvolver, entre outras atribuições, as habilidades de comunicação, o trabalho em equipe, a competência na condução diante da doença em estágio terminal e o manejo de drogas específicas, como analgésicos, reguladores intestinais, sedativos e anti psicóticos, além de técnicas de suporte, de enfrentamento de morte e do luto (FONSECA e GEOVANINI, 2013).

Como modelo da formação dos profissionais, a Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) propôs no cenário da educação em 2003 o *Comité de Ministros para os Estados Membros* sobre a organização dos cuidados paliativos que destacavam a importância de programas estruturados de educação, como parte na formação de todos os profissionais de cuidados sociais e de saúde, obtendo o treino adequado a fim de exercerem suas funções de forma concreta, criteriosa e de forma culturalmente sensível (GAMONDI, LARKIN e PAYNE, 2013).

Considerando a formação profissional, destacamos as competências como ferramenta eficaz na gestão do trabalho. Desta forma, as competências são descritas como o conjunto de conhecimentos, práticas, comportamentos e tipos de raciocínio adquiridos em função do aprendizado e vivência (CHIAVENATO, 2009).

As competências então irão englobar os conhecimentos, habilidades e atitudes para o desenvolvimento do papel e das responsabilidades relativas ao processo de trabalho, correlacionando com o desempenho no trabalho, podendo ser medido perante padrões bem aceitos, podendo ainda ser melhorado através da formação e desenvolvimento. Ainda numa descrição completa sobre competência identificamos a necessidade de um pensamento crítico-reflexivo para a capacidade de resolução dos problemas vivenciados no campo prática da atuação profissional.

5.1.1 COMPETÊNCIAS CENTRAIS

O compromisso com os princípios dos cuidados paliativos consistem ao profissional em estar plenamente consciente dos fatores internos e externos que podem causar impacto sobre a assistência na prestação dos serviços ao doente, garantindo a perfeita prestação de cuidado tanto quanto possível. Neste sentido, as competências centrais buscam contemplar a formação dos profissionais de saúde nos cuidados paliativos conforme (GAMONDI, LARKIN e PAYNE, 2013).

Na formação acadêmica dos profissionais e de todos os atores que estão envolvidos na prestação de cuidados paliativos devem ser levado em consideração as três linhas de cuidados, como descritos:

- **Abordagem de cuidados paliativos** - integrando ao método e procedimentos de Cuidados Paliativos em contextos de cuidados gerais (destinando-se como medicina interna, cuidados ao idoso, entre outros);

- **Cuidados paliativos gerais** – concebidos para profissionais envolvidos com doentes e cuidados paliativos ou agindo como uma pessoa de recursos para os cuidados paliativos no ambiente do seu cuidado (destinado aos profissionais de cuidados primários, oncologistas, geriatras, profissionais de enfermagem e enfermeiros especialistas).

- **Cuidados paliativos especializados** – concebidos para profissionais que trabalham exclusivamente no domínio dos cuidados paliativos e cuja principal atividade é lidar com problemas complexos, com exigência de competências especializadas.

Partindo das linhas do cuidado, a administração das situações complexas dependerá da formação dos profissionais e a realização da assistência se dará de modo pertinente ao conjunto desses conhecimentos frente ao cenário vivenciado. No conhecimento especializado, observamos a necessidade das competências para a realização do processo de trabalho.

A operacionalização das competências será consolidada pela qualidade da interface entre o indivíduo e a situação de trabalho, onde o profissionalismo e a competência emergem de um saber agir, de um querer e de um poder agir (SOUSA e ALVES, 2015).

Essas competências alinhadas a aplicação da filosofia em CP e os constituintes centrais que enquadram a atenção dos princípios dos Cuidados Paliativos refletindo os valores subjacentes à uma melhor prática, a partir da autonomia, da dignidade, da relação entre doente e profissionais de cuidados de saúde, da qualidade de vida, da posição em relação à vida e à morte; da comunicação efetiva, da educação pública, da abordagem multiprofissional, da perda e do luto (GAMONDI, LARKIN e PAYNE, 2013).

O Atlas da EAPC (2013) buscou abordar um denominador comum de uma terminologia básica e a oferta de padrões de cuidados paliativos. Partindo então desse contexto, foi considerado um guia orientador como um conhecimento comum para a prática de cuidados paliativos e educação na Europa. Neste âmbito, os aspectos da competência no campo prático são descritos de forma que vão além do conhecimento teórico disciplinar. Neste contexto, as competências centrais são descritas impactando os cuidados paliativos na medida em que podem ser observadas no processo prático dos profissionais no atendimento aos pacientes em Cuidados Paliativos.

As dez competências centrais em Cuidados Paliativos, desta forma, são descritas conforme apresenta GAMONDI, LARKIN e PAYNE (2013, p.2):

01. Aplicar os constituintes centrais dos cuidados paliativos, no ambiente próprio e mais seguro para os doentes e famílias;
02. Aumentar o conforto físico durante as trajetórias de doença dos doentes;
03. Atender às necessidades psicológicas dos doentes;
04. Atender às necessidades sociais dos doentes;
05. Atender às necessidades espirituais dos doentes;
06. Responder às necessidades dos cuidadores familiares em relação aos objetivos do cuidado a curto, médio e longo prazo;
07. Responder aos desafios da tomada de decisão clínica e ética em cuidados paliativos;
08. Implementar uma coordenação integral do cuidar e um trabalho de equipe interdisciplinar em todos os contextos onde os cuidados paliativos são oferecidos;
09. Desenvolver competências interpessoais e comunicacionais adequadas aos cuidados paliativos;
10. Promover o autoconhecimento e o contínuo desenvolvimento profissional.

Desta forma, as competências centrais buscam assegurar numa atuação integrada, efetiva com um fluxo de comunicação significativa de informação relevante através da equipe, providenciando cuidados com qualidade para o doente, cuidadores e para a família. Nesse contexto, um dos desafios do trabalho colaborativo é partilhar uma filosofia comum de cuidados e objetivos comuns.

5.1.2 COMPETÊNCIAS INTERDISCIPLINARES

Na equipe interdisciplinar dos cuidados paliativos, os profissionais da enfermagem estão na linha de frente promovendo o cuidado, o conforto e realizando o acompanhamento aos pacientes e familiares. Neste processo da assistência, à relação estabelecida entre paciente-enfermagem são essenciais para o exercício dos cuidados ao fim de vida (SOUSA e ALVES, 2015).

Neste sentido, o reconhecimento da fase de final de vida pode ser difícil, mas é fundamental para o planejamento do cuidado e preparo do paciente e da família para

perdas e morte e o acompanhamento no processo do luto familiar. Este processo é realizado com intervenções pela equipe multidisciplinar (COSTA et. al., 2015).

A atuação dos profissionais técnicos de enfermagem na perspectiva do cuidado está consolidada em todo o processo do atendimento, de modo que o profissional deva estar preparado para uma atuação em todas as circunstâncias que se apresentem aos pacientes que estão sob os seus cuidados. Nos cuidados paliativos este atendimento torna-se essencial para o conforto e o alívio dos sintomas. A essência desta atuação dependerá do grau de conhecimento específico e do desenvolvimento das competências que o profissional técnico de enfermagem realize na sua atuação profissional proporcionando o conforto e a segurança em todo o tratamento ao paciente e aos seus familiares.

A preocupação de que as competências não sejam meramente ferramenta de desenvolvimento curricular, mas que permita aos profissionais aprender com as perspectivas uns dos outros sendo fundamental para o ensino interdisciplinar em CP (GAMONDI, LARKIN e PAYNE, 2013).

Esse cuidado também envolve o conhecimento construído com a equipe multidisciplinar, sob a perspectiva do cuidado integral. Neste âmbito, este saber preciso necessita ser traduzido e confrontado com as formas de conhecimento dos profissionais que integram a equipe, sob os diversos saberes e olhares. A iniciar pelas formas não científicas de conhecimento, decorrentes da própria experiência de vida, buscando assim, a produção de uma fusão de horizontes quanto ao projeto terapêutico emancipador (MATTOS, 2009).

Contudo, essa abordagem envolve a adoção de uma perspectiva ético-política como orientadora do processo de trabalho em saúde e, conseqüentemente, do ensino das profissões em saúde conforme descreve Mattos (2007):

“Nós, profissionais de saúde, deveríamos buscar o imperativo moral de defesa da vida e dos ideais de uma vida mais bela e mais feliz o sentido para nossas práticas profissionais. Nela, nosso conhecimento é verdadeiro na medida em que (e somente na medida em que) permite produzir o alívio do sofrimento, permite evitar um sofrimento possível, permite alargar os modos de andar a vida estreitados pela doença, enfim, na medida em que produzimos nos outros uma vida mais bela e mais feliz. Nela, nossos compromissos morais nos levam a um contínuo (re)exame de nossas crenças (de nossas condutas, de nossos procedimentos, das regras que pautam nossas práticas etc.), explorando a possibilidade de substituí-las por crenças melhores. Exame que se faz não apenas através do exercício da autocrítica, mas também (e sobretudo) pelas tentativas de ampliação dos consensos intersubjetivos, pela ampliação do “nós”, deslocando-se de categorias

profissionais (médico, nutricionista, cirurgiã-dentista, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, farmacêutico, profissionais de nível técnico, agentes comunitários etc.) em direção a um nós chamado “equipe”. E deslocando-se (através de práticas dialógicas, do exercício da escuta, da fusão de horizontes, do exercício da alteridade, do desenvolvimento de cumplicidade etc.) de um nós chamado equipe para um nós que inclua os outros profissionais (usuários, pacientes, sujeitos, cidadãos, ou como se queira chamá-los); um nós que efetivamente seja capaz de buscar uma vida mais bela e mais feliz (Mattos, 2007:140).

Nesta compreensão da construção do conhecimento, as competências centrais tornaram-se princípios chaves para a realização do que o trabalho em parceria com a equipe, buscando ferramentas que proporcionará o aprendizado aos outros, despertando o interesse e a vontade dos envolvidos pelo aprendizado, melhorando os resultados globais dos cuidados paliativos para os doentes e para as famílias. Desta forma, as competências delimitaram os papéis e as responsabilidades das equipes de cuidados paliativos, como buscaram na prestação de cuidados em diferentes sistemas de saúde (GAMONDI, LARKIN e PAYNE, 2013).

5.2 DESAFIOS ATUAIS DO TRABALHO EM SAÚDE

Segundo Morosini (2017) o ingresso e a expansão das Organizações Sociais de Saúde na gestão dos serviços do SUS, inicialmente nos hospitais e posteriormente, na atenção básica, acarretaram modificações significativas nas relações de trabalho. A imposição de baixos salários, assédio moral, metas inalcançáveis, a falta de estabilidade, atrasos salariais, vínculos precários, associados a ritmos de produção intensificados e jornadas de trabalho prolongadas fazendo parte do contexto trabalhista da atualidade.

Entretanto, o processo de trabalho necessita da estabilidade para que os profissionais possam desenvolver suas atividades, compreendendo as suas competências, buscando a formação permanente para o fortalecimento do conhecimento teórico articulado com o campo prático de atuação. Todavia, observa-se o retrocesso de processos que buscavam alicerçar a formação profissional e uma atuação eficaz no SUS. A precarização do processo de trabalho altera significativamente a prestação dos serviços de saúde à população.

Para Antunes (2018) presenciamos no século XX a vigência da degradação do trabalho, e que as últimas décadas daquele século e no início do XXI vivenciaram

modos de precarização, que são identificados da fase da flexibilidade toyotizada, com traços paradoxos de continuidade e descontinuidade em relação à forma taylorista-fordista, com um trabalho caracterizado por uma conformação mais coisificada e reificada, maquinal e em contrapartida, provido de direito e de regulamentação atendendo aos polos mais qualificados. Desta forma, a força de trabalho vem sendo inserida neste movimento pendular, entre a perenidade de um trabalho que se reduz, com a intensificação em seus ritmos e sem a garantia de direitos, com superfluidade crescente, gerando trabalhos cada vez mais precarizados e informalizados.

Todavia o contexto social em que o profissional técnico de enfermagem está inserido nas instituições condiciona a instabilidade financeira, profissional e emocional. O reflexo de perder a estabilidade no processo de trabalho impacta nas condições precárias de trabalho, ampliando a deterioração das condições de vida e saúde.

6 PERCURSO METODOLÓGICO

A estratégia metodológica adotada para verificar se o currículo de formação do técnico de enfermagem contempla as diretrizes dos cuidados paliativos foi a pesquisa documental. Para tanto, foi realizado um levantamento do currículo das escolas técnicas de enfermagem localizadas na região metropolitana do Rio de Janeiro no período de junho a julho de 2020.

Foram analisados documentos sobre a legislação educacional: Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Profissional Técnica de Nível Médio e do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT).

Também foi realizada pesquisa bibliográfica nas bases de dados da Enfermagem (BDENF), biblioteca virtual Scientific Eletronic Library online (SCIELO), sites da Organização Mundial de Saúde, Associação de Hóspice Americano, Associação Europeia de Cuidados Paliativos, Organização Mundial do Trabalho, utilizando-se como descritores os termos “cuidados paliativos”, “formação” e “técnicos de enfermagem”.

Devido às recomendações de distanciamento social, em função da emergência sanitária da pandemia da Covid-19, as informações sobre as disciplinas oferecidas, carga horária e campo de estágio foram coletadas por meio das mídias sociais, contato telefônico e pelo site das escolas técnicas, quando disponíveis.

Foi identificado um total de 62 escolas técnicas de enfermagem entre matrizes e filiais de unidades de ensino públicas e privadas. Desse total, foi possível obter informações sobre o currículo de 33 unidades.

Quadro 3: Escolas Técnicas que ofereceram curso técnico de enfermagem no Estado do Rio de Janeiro em 2020:

| | Escolas técnicas | Natureza jurídica | Localização | Tipo de acesso |
|----|-------------------------|--------------------------|--------------------|---|
| 01 | A | Privado | Ilha do Governador | Fornecido no primeiro atendimento telefônico. |
| 02 | B1 | Privado | Botafogo | Disponível no site. |
| 03 | B2 | Privado | Bonsucesso | Disponível no site. |
| 04 | B3 | Privado | Madureira | Disponível no site. |
| 05 | C1 | Privado | Barra da tijuca | Solicitação pela plataforma. |
| 06 | C2 | Privado | Catete | Solicitação pela plataforma. |
| 07 | C3 | Privado | Copacabana | Solicitação pela plataforma. |

| | | | | |
|----|----|----------|------------------------|---|
| 08 | C4 | Privado | Ipanema | Solicitação pela plataforma. |
| 09 | C5 | Privado | Tijuca | Solicitação pela plataforma. |
| 10 | D | Privado | Centro | Disponível no site. |
| 11 | E | Privado | Cidade nova | Sem informações. |
| 12 | F | Privado | Ilha do Governador | Por e-mail. |
| 13 | G | Privado | Bonsucesso | Disponível no site. |
| 14 | H | Privado | Centro | Por e-mail |
| 15 | I1 | Privado | Benfica | Disponível no site. |
| 16 | I2 | Privado | Caxias | Disponível no site. |
| 17 | J1 | Privado | Taquara | Obtido no primeiro acesso por telefone. |
| 18 | J2 | Privado | Meier | Obtido no primeiro acesso por telefone. |
| 19 | J3 | Privado | Bonsucesso | Obtido no primeiro acesso por telefone. |
| 20 | J4 | Privado | Centro | Obtido no primeiro acesso por telefone. |
| 21 | J5 | Privado | Recreio | Obtido no primeiro acesso por telefone. |
| 22 | K | Privado | Duque de Caxias | Solicitado pela plataforma |
| 23 | L | Privado | Centro | Disponível no site. |
| 24 | M | Privado | Nilópolis | Por e-mail. |
| 25 | N | Privado | Centro | No site e solicitado por e-mail |
| 26 | P | Privado | Centro | Solicitado pela plataforma |
| 27 | Q1 | Público | Quintino | Obtido no primeiro acesso por telefone. |
| 28 | Q2 | Público | Ricardo de Albuquerque | Obtido no primeiro acesso por telefone. |
| 29 | Q3 | Público | Santa cruz | Obtido no primeiro acesso por telefone. |
| 30 | Q4 | Público | Campos dos Goytacazes | Obtido no primeiro acesso por telefone. |
| 31 | Q5 | Público | Volta Redonda | Obtido no primeiro acesso por telefone. |
| 32 | R | Privado | Méier | Somente pessoalmente. |
| 33 | S | Privado | Realengo | Contato por e-mail. |
| 34 | T | Privado | Cascadura | Contato sem sucesso. |
| 35 | U | Privado | Quintino | Contato sem sucesso. |
| 36 | V | Privado | Cidade Nova | Contato sem sucesso. |
| 37 | X | Privado | Centro do RJ | Contato sem sucesso. |
| 38 | W | Privado | Caxias | Contato sem sucesso. |
| 39 | Y | Privado | Ilha do Governador | Contato sem sucesso. |
| 40 | Z | Privado | Madureira | Contato sem sucesso. |
| 41 | A1 | Privado | Caxias | Contato sem sucesso. |
| 42 | B2 | Privado | Niterói | Contato sem sucesso. |
| 43 | C1 | Privados | Bangu | Contato sem sucesso. |
| 44 | D2 | Privado | Itaguaí | Contato sem sucesso. |

| | | | | |
|----|-----|---------|-----------------|----------------------|
| 45 | E1 | Privado | Barra da Tijuca | Contato sem sucesso. |
| 46 | F1 | Privado | Bento Ribeiro | Contato sem sucesso. |
| 47 | G2 | Privado | Maracanã | Contato sem sucesso. |
| 48 | H1 | Privado | Madureira | Contato sem sucesso. |
| 49 | I1 | Privado | Realengo | Contato sem sucesso. |
| 50 | J1 | Privado | Belford Roxo | Contato sem sucesso. |
| 51 | K1 | Privado | Tijuca | Contato sem sucesso. |
| 52 | ML1 | Privado | Urca | Contato sem sucesso. |
| 53 | N1 | Privado | Botafogo | Contato sem sucesso. |
| 54 | O1 | Privado | Campo Grande | Contato sem sucesso. |
| 55 | P1 | Privado | São Gonçalo | Contato sem sucesso. |
| 56 | Q2 | Privado | Angra dos Reis | Sem o curso. |
| 57 | R1 | Privado | Itaboraí | Sem o curso. |
| 58 | S1 | Privado | Macaé | Sem o curso. |
| 59 | T1 | Privado | Niterói | Sem o curso. |
| 60 | U1 | Privado | Nova Iguaçu | Sem o curso. |
| 61 | V1 | Privado | Paraty | Sem o curso. |
| 62 | X1 | Privado | Rio de Janeiro | Sem o curso. |
| 63 | W1 | Privado | São Gonçalo | Sem o curso. |

No Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT) encontram-se as disciplinas ofertadas nos cursos de educação profissional técnica de nível médio.

O CNCT é um documento orientador para as instituições, estudantes e a sociedade, com o planejamento dos cursos e correspondentes qualificações profissionais e especializações técnicas de nível médio. O CNCT, instituído pela Portaria MEC nº 870, de 16 de julho de 2008, com atualização periódica contemplando assim novas demandas socioeducacionais, estando em sua 3ª edição, conforme preconizado disposto pela Resolução CNE/CEB nº 01/2014.

O referido documento apresenta as informações sobre o curso técnico de enfermagem descrito no Quadro abaixo conforme o catálogo (CNCT, p. 20):

Quadro 4 – Informações do catálogo dos técnicos de enfermagem:

| Itens solicitados | Técnico em Enfermagem – 1200 horas |
|---|--|
| Perfil Profissional de Conclusão | Realiza curativos, administração de medicamentos e vacinas, nebulizações, banho de leito, mensuração antropométrica e verificação de sinais vitais. Auxilia a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação no processo saúde-doença. Prepara o paciente para os procedimentos de saúde. Presta assistência de enfermagem a pacientes clínicos e cirúrgicos e gravemente |

| | |
|--|---|
| | enfermos. Aplica as normas de biossegurança. |
| Infraestrutura mínima requerida | Biblioteca e videoteca com acervos atualizados da área de saúde. Laboratório de Informática. Laboratório de enfermagem (semiótica e semiologia). Laboratório de anatomia e fisiologia. |
| Campo de Atuação | Hospitais, Unidades de pronto atendimento. Unidades básicas de saúde. Clínicas. Home Care. Centros de diagnóstico por imagem e análises clínicas. Consultórios. Ambulatórios. Atendimento pré-hospitalar. Instituições de longa permanência. Organizações militares. |
| Ocupações CBO Associadas | 3222205 – Técnico de enfermagem |
| Normas associadas ao exercício profissional | Lei nº 7.498/1986. Decreto nº 94.406/1987. |
| Possibilidades de certificação intermediária em cursos de qualificação profissional no itinerário formativo | Especialização técnica em enfermagem do trabalho. Especialização em instrumentação cirúrgica. Especialização técnica em saúde mental. Especialização técnica em terapia intensiva. Especialização técnica em saúde da família. Especialização técnica em saúde do idoso. Especialização em emergência e urgência. Especialização técnica em hemodiálise. Especialização técnica em oncologia. Especialização técnica em diagnóstico por imagem. Especialização técnica em centro cirúrgico. |
| Possibilidades de verticalização para cursos de graduação no itinerário formativo | Curso superior de tecnologia em radiologia. Curso superior de tecnologia em gestão hospitalar. Bacharelado em medicina. Bacharelado em enfermagem. Bacharelado em farmácia. Bacharelado em biomedicina. Bacharelado em fisioterapia. |

7 RESULTADOS

7.1. A FORMAÇÃO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

A formação profissional dos trabalhadores técnicos de saúde ocorreu no Brasil a partir da segunda metade dos anos de 1970 e avançou na ampliação do conhecimento e das práticas voltadas para o trabalho com a reforma sanitária e a construção do Sistema único de Saúde.

A necessidade da formação técnica dos profissionais de saúde torna-se acentuada neste período, com a criação das escolas técnicas do SUS, através do projeto pioneiro Larga Escala que buscou a formação profissional de trabalhadores inseridos nos serviços de saúde que aliou pontos positivos da formação profissionalizante pelas instituições prestadoras de serviços de saúde e pelas instituições educacionais, (PEREIRA e RAMOS, 2006).

Entretanto, a literatura sobre as questões que norteiam a formação profissional dos técnicos de enfermagem mostra-se escassa, mesmo que esta categoria represente em média 80% da força de trabalho em saúde no Brasil (SILVA et. al., 2018).

A atuação dos técnicos de enfermagem tem grande abrangência no atendimento e no cuidado em saúde. Quando nos debruçamos sobre o cuidado, observamos esta característica própria desses profissionais. Desde o primeiro momento da admissão até o momento da alta ou da finitude, esses profissionais acompanham o paciente em todo o plano de tratamento. E sua formação tem papel fundamental em toda a gestão de todas as ações que demandam a atenção ao paciente.

Com este olhar holístico, observamos no campo prático do processo de trabalho em saúde que o desafio dos profissionais está na materialização do conhecimento prático incorporado a sua atitude diária e alinhado ao conhecimento teórico. Este conhecimento técnico-prático permitirá o olhar teórico com atitudes práticas, incorporando estas ações do fazer profissional para a vida.

De acordo com SILVA et. al (2018, p. 69 apud ESTRELA 2017) descreve que:

Um outro aspecto a ser discutido consiste na inserção e conceituação mais direcionada das competências profissionais para embasamento do ensino técnico-profissionalizante, adequando teoria e prática em busca de um processo de ensino-aprendizagem mais efetivo., Para tanto, ainda que os conhecimentos específico sejam de extrema relevância, o educando necessita aprender a transformar o saber adquirido em algo significativo para sua

atuação profissional, a fim de desenvolver suas aptidões e habilidades de modo reflexivo e comprometido com a qualidade assistencial (SILVA et. al (2018, p. 69 apud ESTRELA 2017).

Neste sentido, observamos que a formação profissional compreenderá a base teórica para o exercício profissional dos técnicos de enfermagem. Neste âmbito, buscamos conhecer a sistematização da prática dos profissionais, a partir destas referências teóricas e das orientações da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). O SAE descreve que o trabalho profissional é desenvolvido tendo por base as seguintes legislações:

- Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/1987 – Lei do Exercício Profissional;
- Resolução COFEN nº 311 de 2007 – Aprova do Código de Ética dos Profissionais;
- Resolução COFEN nº 358 de 2009 - Dispõe sobre a Sistematização da Assistência e da implantação do processo de Enfermagem.

A partir dos documentos do SAE observamos uma maior visibilidade das ações à equipe de enfermagem, promovendo a integralidade do cuidado do paciente. O SAE ainda pontua que todos os membros da equipe estão aptos a atuarem dentro das suas competências profissionais nas necessidades apresentadas pelos pacientes no processo de trabalho da enfermagem.

O Conselho Regional de Enfermagem (COREN) destaca as atribuições e competências esperadas pelos profissionais de saúde que atuam na Enfermagem.

Segundo Santos (2016) os profissionais técnicos de enfermagem devem possuir capacidade de assumir a responsabilidade do cuidado, interagindo com a clientela (pessoa, família ou coletividade), considerando suas necessidades e escolhas, valorizando sua autonomia para assumir sua própria saúde e agir mobilizando conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas pela natureza do trabalho da enfermagem, tais como:

- **Competências técnicas** – capacidade de dominar os conteúdos das ações, das regras e dos procedimentos da área específica de trabalho, as habilidades para compreender os processos e lidar com os equipamentos, a

capacidade de entender os sistemas e as redes de relações, a capacidade de obter e usar as informações;

- **Competências organizacionais ou metódicas** - capacidade de planejarem-se, de organizarem-se, de estabelecer métodos próprios, de gerenciar seu tempo e espaço de trabalho, desenvolvendo a flexibilidade no processo de trabalho, exercitando a criatividade, utilizando os seus conhecimentos nas diversas situações encontradas no mundo do trabalho e a capacidade de transferir conhecimento da vida cotidiana para o ambiente de trabalho e vice-versa;

- **Competências comunicativas** - capacidade de expressão e comunicação com seu grupo, superiores hierárquicos ou subordinados, de cooperação, de trabalho em equipe, desenvolvendo a prática do diálogo, o exercício da negociação e a comunicação interpessoal.

- **Competências sócio-políticas** - capacidade de refletir sobre a esfera do mundo do trabalho, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho, de ter autonomia de ação, compromisso social e de desenvolver o exercício da cidadania, estando aberto às mudanças, desenvolvendo a autoestima e a auto avaliação.

Nessa perspectiva, observamos que o profissional técnico de enfermagem além de estar no atendimento direto ao paciente, necessita de uma atuação efetiva sobre o seu cuidado, com uma visão holística e que possa realizar o seu atendimento, com segurança, conforto e cuidado na sua singularidade onde está inserido socialmente.

Para este fazer profissional, além do conhecimento teórico, há a necessidade de um cuidado especializado aos pacientes em cuidados paliativos.

Callegari (2011) descreve que este cuidado se fundamenta na peculiaridade em que o paciente se depara, pois deve o profissional para este exercício, dispor de atribuições específicas e inclusive com uma bagagem emocional especial para lidar com questões que envolvem a terminalidade de vida, pois além do contato direto com o paciente, o profissional também absorve as aflições e expectativas dos familiares.

Além das questões diretas do cuidado, os profissionais também se deparam com dilemas relacionados à morte, atrelados a sua própria conduta, questionando

muitas vezes suas condutas profissionais diante dos atendimentos aos pacientes que estavam sob o seus cuidados.

Todavia, observamos pouca literatura de formação aos profissionais técnicos de enfermagem, como um paradoxo diante da expressão de profissionais nos postos de atendimento na atenção em saúde.

Polastrini et. al (2011) descreve que:

“O ato de cuidar de pacientes em fase paliativa e terminal é cada vez mais frequente, graças ao avanço da Medicina. Enquanto equipe de enfermagem, devemos lembrar que cada paciente tem a sua história de vida, sua família, traz consigo suas crenças e merece nosso respeito e dedicação diante de sua terminalidade. Oferecer Cuidados Paliativos em enfermagem é vivenciar e compartilhar momentos de amor e compaixão, aprendendo com os pacientes que é possível morrer com dignidade e respeito; é proporcionar a certeza de não estarem sozinhos no momento da morte; é oferecer cuidado holístico e atenção humanística, associados ao controle da dor e de outros sintomas; é demonstrar ao doente que uma morte tranquila e digna é seu direito; é contribuir para que a sociedade perceba que é possível desassociar a morte e o morrer do medo e da dor” (POLASTINI et. al., 2011, p. 277).

A essência deste cuidado em finitude deve estar amparada pelo conhecimento teórico e humanizado. Sob este entendimento, o processo educacional deve estar alinhado com a contextualização da prática profissional, compreendendo o paciente em sua totalidade.

E este processo de trabalho deve estar refletido considerando o contexto social, o cenário econômico e político onde o usuário está inserido. Do contrário, a prática profissional tenderá a permanecer fragmentada. Os profissionais que possuem o contato direto com o paciente necessitam perceber ainda o contexto biopsicossocial para que a sua ação possa ser efetiva no atendimento ao paciente.

Marco (2006) descreve este contexto biopsicossocial:

A perspectiva que tem como referência o modelo biopsicossocial tem-se afirmado progressivamente. Ela proporciona uma visão integral do ser e do adoecer que compreende as dimensões física, psicológica e social. Quando incorporada ao modelo de formação do médico coloca a necessidade de que o profissional, além do aprendizado e evolução das habilidades técnico-instrumentais, evoluam também as capacidades relacionais que permitem o estabelecimento de um vínculo adequado e uma comunicação efetiva (MARCO, 2006, p. 64).

A gestão do cuidado ao paciente em estado terminal é, portanto, uma construção a partir de uma visão conjunta da equipe assistencial. A gerência consiste na arte de pensar, de decidir e de agir; assim é a arte de fazer acontecer, de obter os

resultados diante do cuidado ao paciente e o suporte aos cuidadores e familiares. “Estes resultados podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados. Contudo o seu alcance depende das pessoas que realizem uma interação humana constante” (MORITZ et. al., 2013 p. 103).

Pires (2000) menciona que o trabalho em saúde tem sua composição no setor de serviços, integrando a esfera da produção não material, completando-se no ato de sua produção, desta forma o produto que consiste na assistência à saúde, sendo indissociável do processo tendo a sua produção. Assim, baseia-se num trabalho coletivo onde participam diversas categorias profissionais organizadas de forma parcelada e hierarquizada, com a hegemonia do trabalho médico.

Todavia, este ainda é um desafio no cenário em saúde, onde a preeminência médica ainda prevalece junto à equipe interdisciplinar no cuidado aos pacientes. Contudo Moritz et. al. (2012) descreve que um modelo colaborativo tem o potencial de satisfação do paciente, dos membros da família e promove a melhoria do processo de trabalho e a satisfação do resultado do trabalho pela equipe multidisciplinar.

A proximidade estabelecida pela equipe de enfermagem, o paciente e seus familiares na rotina do trabalho conduz facilmente o enfermeiro a uma posição de mediador na relação entre paciente e família, bem como com os demais profissionais da equipe. Alguns autores propõem modelos de colaboração interdisciplinar, onde os profissionais trabalham cooperativamente e compartilham a responsabilidade pela condução do plano final de vida. (MORITZ et. al. 2012).

7.2 O CURRÍCULO DAS ESCOLAS DE FORMAÇÃO DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

A estrutura curricular do curso Técnico de Nível Médio em Enfermagem busca observar as determinações legais presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de nível Técnico, nos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de nível técnico, no Decreto nº 5154/04 e nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio e nos Parâmetros Curriculares Nacionais para o Ensino Médio.

Procurando a compreensão da formação dos técnicos de enfermagem, elegemos a amostra de quatro currículos das escolas que disponibilizaram as informações com a descrição dos módulos de formação para embasamos a reflexão da proposta de conhecimento teórico por parte das escolas técnicas conforme descrição a seguir:

As escolas em geral disponibilizam um módulo para pacientes críticos, mas não são contemplados os temas que envolvem os cuidados paliativos, pois não há um desdobramento sobre o processo de trabalho dos profissionais no atendimento em cuidados paliativos (Quadros 5, 6, 7 e 8). Nota-se ainda que os currículos não abordam as seguintes temáticas:

- A filosofia e o desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos;
- Critérios de elegibilidade dos pacientes aos cuidados paliativos;
- Cuidados paliativos e a comunicação com os pacientes e familiares;
- Os Cuidados paliativos na assistência ao paciente na atenção à saúde;
- Humanização na assistência à saúde;
- Cuidado integral no processo do atendimento ao paciente na atenção primária;
- Cuidados Paliativos no processo do morrer;
- Equipes interdisciplinares em Cuidados Paliativos: construção do cuidado;
- Cuidados paliativos e Síndrome de Burnout – ausência de significado e esgotamento;
- Aspectos espirituais em cuidados paliativos;
- Aspectos éticos e jurídicos da autonomia do paciente terminal;
- O Processo do cuidar no cenário em saúde (profissionais pacientes e familiares);
- Cuidados paliativos e o controle da dor – abordando a Dor Total;
- Bioética e cuidados paliativos;
- Cuidados Paliativos e a Tanatologia;
- Cuidados Paliativos sintomas e sinais;
- Cuidados Paliativos e a farmacologia;
- Cuidados Paliativos e geriatria;

- Cuidados paliativos e oncologia;
- Cuidados paliativos e o atendimento da criança e do adolescente;
- Projeto de humanização (valorização da pessoa, acolhimento, ambiência, práticas terapêuticas (uso racional dos recursos, resolutividade, antecipação, futilidade terapêutica) e suporte espiritual).

Cruz et. al (2016) descreve :

A oferta da disciplina nos cursos de graduação em enfermagem favorece a população no sentido de preparar profissionais qualificados para a assistência integral e humanizada durante o processo saúde e doença utilizando metodologias que tragam a combinação entre teoria e prática, fator considerado indispensável para o desenvolvimento das competências necessárias a formação em enfermagem, além de contemplar disciplinas que respaldam todos os componentes que envolvam o processo de terminalidade (CRUZ et. al., 2016, p. 3101).

O conhecimento teórico-prático deve estar correlacionado com o campo atual de atuação do profissional de saúde. Compreendemos que a formação técnica possa não contemplar todo o processo de trabalho, mas que deve viabilizar o conhecimento teórico para que os profissionais possam estar capacitados diante do campo do trabalho e das diversas demandas em saúde.

Compreendemos que o cenário de atendimento em cuidados paliativos na saúde tem-se consolidado e ampliado progressivamente. Todavia, a falta de subsídios aos profissionais acarreta a fragmentação do trabalho e impactam na falta de ações e cuidados efetivos junto à população no atendimento em saúde.

As escolas foram reunidas em grupos compreendendo a matriz e suas filiais para a análise dos currículos. Entretanto utilizamos os currículos individuais como amostra das disciplinas ofertadas pelos cursos. Observamos que da amostra de 63 unidades técnicas de ensino, 8% correspondem à natureza jurídica pública, enquanto que 93% compreendem a unidades de natureza jurídica privadas.

Não conseguimos obter o contato de 36% das escolas levantadas pela pesquisa e 12% informaram que não tinha na escola técnica o curso voltado para a formação dos técnicos de enfermagem.

Quadro 5 – Grupo da Escola Q1 e filiais Q2, Q3, Q4 e Q5:

| Etapa 1 | Componente curricular | Carga horária |
|----------------|--|----------------------|
| | Anatomia e fisiologia humana | 80 |
| | Doenças infecciosas e parasitárias | 53 |
| | Fundamentos da enfermagem I | 80 |
| | Informática aplicada I | 27 |
| | Projeto de pesquisa aplicada à saúde I | 27 |
| | Redação técnica | 27 |
| | Relacionamento interpessoal e ética profissional | 53 |
| | Segurança, meio ambiente e saúde. | 53 |
| | C/H Etapa | 400 |
| Etapa 2 | | |
| | Enfermagem clínica | 80 |
| | Fundamentos da enfermagem II | 105 |
| | Informática aplicada II | 27 |
| | Noções da administração aplicada à enfermagem | 27 |
| | Noções de farmacologia | 27 |
| | Projeto de pesquisa aplicada à saúde II | 27 |
| | Saúde coletiva | 80 |
| | C/H Etapa | 400 |
| ETAPA 3 | | |
| | Cuidados à pacientes em estado crítico | 53 |
| | Enfermagem cirúrgica | 81 |
| | Enfermagem e mercado de trabalho | 27 |
| | Fundamentos da enfermagem III | 53 |
| | Projeto de pesquisa aplicada à saúde III | 27 |
| | Saúde da criança | 53 |
| | Saúde da mulher | 53 |
| | Saúde mental | 53 |
| | C/H Etapa | 400 |
| | Carga horária total | 1200 |
| | Estágio curricular supervisionado | 600 |
| | Carga horária final | 1800 |

Quadro 6 – Escola L:

| Etapa1 | Componente curricular | Carga horaria |
|---------------|------------------------------------|----------------------|
| | Psicologia aplicada à enfermagem | 20 |
| | Redação técnica | 20 |
| | Citologia | 20 |
| | Microbiologia e parasitologia | 60 |
| | Biossegurança | 40 |
| | Epidemiologia | 40 |
| | Imunologia | 40 |
| | Anatomia e fisiologia | 120 |
| | Matemática aplicada à enfermagem | 20 |
| | Farmacologia aplicada à enfermagem | 40 |
| | Informática aplicada à enfermagem | 20 |

| | | |
|----------------|---|-------|
| | C/H Etapa | 440 |
| Etapa 2 | | |
| | História da enfermagem | 20 |
| | Ética profissional aplicada à enfermagem | 20 |
| | Administração aplicada à enfermagem | 20 |
| | Assistência de enfermagem em clínica médica | 80 |
| | Enfermagem no atendimento pré-hospitalar | 80 |
| | Assistência de enfermagem ao paciente crítico | 80 |
| | C/H Etapa | 440 |
| Etapa 3 | | |
| | Assistência de enfermagem na saúde da mulher e da criança | 100 |
| | Enfermagem em clínica cirúrgica | 80 |
| | Enfermagem em saúde mental e psiquiatria | 60 |
| | Assistência de enfermagem aos agravos em saúde pública | 80 |
| | C/H Etapa | 320 |
| | C/H parcial | 1.200 |
| | Estágio Supervisionado | 600 |
| | Carga horária Total | 1.800 |

Quadro 7 – Grupo da **Escola B** e B1, B2 e B3:

| Etapa 1 | Componente curricular | Carga horária |
|----------------|--|----------------------|
| | Executar ações de prevenção, promoção, reabilitação e recuperação da saúde. | 144 |
| | Participar da implementação da sistematização da assistência de enfermagem. | 60 |
| | Administrar medicamentos, soluções e imunobiológicos. | 108 |
| | Estágio profissional supervisionado – promoção à saúde. | 80 |
| | Prestar cuidados de enfermagem de higiene, conforto e monitoramento das condições clínicas. | 132 |
| | Prestar assistência de enfermagem em saúde mental. | 60 |
| | Estágio profissional supervisionado – cuidado integral de enfermagem. | 120 |
| | Prestar assistência de enfermagem no período gestacional, parto, puerpério e ao recém-nascido. | 72 |
| | Prestar assistência de enfermagem no período pré-operatório. | 84 |
| | Estágio profissional supervisionado – cuidado especializado de enfermagem. | 100 |
| | Projeto integrador auxiliar de enfermagem | 60 |
| | Atuar em programas de qualidade e certificação hospitalar. | 48 |
| | Administrar medicamentos de alta vigilância e | 60 |

| | | |
|--|---|-------------|
| | hemocomponentes. | |
| | Prestar assistência de enfermagem em urgência e emergência. | 132 |
| | Prestar assistência de enfermagem em cuidados paliativos. | 72 |
| | Estágio profissional supervisionado – cuidado crítico, urgência e emergência em enfermagem. | 100 |
| | Projeto integrador técnico de enfermagem. | 36 |
| | Carga horária total | 1468 |

Já a escola K oferece um módulo à parte para cuidados paliativos para profissionais de enfermagem que desejarem adquirir este conhecimento.

Quadro 8 – Escola D:

| Etapa 1 | Componente curricular | Carga horaria |
|----------------|---|----------------------|
| | História da instituição | 24 |
| | História da enfermagem | 24 |
| | Ética e legislação profissional | 24 |
| | Linguagem e comunicação | 48 |
| | Anatomia humana | 60 |
| | Microbiologia, imunologia e parasitologia | 48 |
| | Antropologia cultural | 24 |
| | Saúde coletiva | 48 |
| | Fundamentos de enfermagem I | 96 |
| | C/H Etapa | 396 |
| Etapa 2 | | |
| | Nutrição e dietética | 48 |
| | Linguagem e comunicação II | 24 |
| | Farmacologia | 60 |
| | Biossegurança e segurança do trabalho | 24 |
| | Fisiologia | 60 |
| | Fundamentos de enfermagem II | 72 |
| | Saúde mental | 48 |
| | Psicologia aplicada a saúde | 36 |
| | Clínica médica | 60 |
| | Patologia geral | 48 |
| | C/H Etapa | 480 |
| Etapa 3 | | |
| | Saúde do idoso | 24 |
| | Saúde da mulher | 60 |
| | Pacientes críticos | 60 |
| | Clínica cirúrgica | 60 |
| | Primeiros socorros | 36 |
| | Urgência e emergência | 60 |
| | Saúde da criança e adolescente | 36 |
| | C/H Etapa | 336 |
| | Carga horária Total | 1.212 |

Quadro 9 - Escola G:

| Etapa 1 | Componente curricular | Carga horaria |
|----------------|---|----------------------|
| | Psicologia aplicada | |
| | Língua portuguesa | |
| | Anatomia e fisiologia | |
| | Microbiologia e parasitologia | |
| | Fundamentos de enfermagem | |
| | C/H Etapa | |
| Etapa 2 | | |
| | Ética profissional e teorias de enfermagem | |
| | Prática profissional e atendimento à saúde | |
| | Administração de unidades de enfermagem | |
| | Enfermagem na assistência à pacientes em estado grave | |
| | Enfermagem nas intercorrências clínicas | |
| | Enfermagem na saúde coletiva | |
| | C/H Etapa | |
| Etapa 3 | | |
| | Enfermagem em clínica cirúrgica | |
| | Enfermagem materna infantil | |
| | Enfermagem em Saúde Mental e psiquiátrica | |
| | C/H Etapa | |
| | Carga horária Total | |

A equipe de saúde coesa possibilita um cuidado integrado, com atenção individualizada e enriquecida pela discussão que transcende ao conhecimento de cada profissional. Assim, o conceito de transdisciplinaridade que busca o olhar de totalidade e relações em rede, utilizando assim a metodologia compartilhada (MACIEIRA e PALMA, 2011).

Desta forma, a segurança, a confiança e o cuidado são questões essenciais para que possa ser conferida a assistência ao paciente. Quando os familiares condicionam o cuidado dos seus entes queridos aos profissionais de saúde vincula uma relação de confiança e a certeza de que o seu familiar estará assistido em todas as suas necessidades.

Seguindo o modelo assistencial atual, na maioria dos hospitais no Brasil, é a enfermagem quem convive mais tempo com os pacientes hospitalizados. Desta forma, “torna-se fundamental que nas diversas intervenções submetidas aos pacientes, durante o período da internação dentre elas, nas unidades de terapia intensiva, a dor seja vigiada

por esta equipe a fim de que sua identificação seja acelerada e seu alívio assegurado” (MORITZ et. al. 2012 p. 107).

A formação dos técnicos de enfermagem tem ainda a perspectiva de educação continuada à especialização em técnica em enfermagem do trabalho, técnica em instrumentação cirúrgica, técnica em saúde mental, técnica em terapia intensiva, técnica em estratégia de saúde da família, técnica em saúde do idoso, técnica em emergência e urgência, técnica em hemodiálise, técnica em oncologia, técnica em diagnóstico por imagem e técnica em centro cirúrgico.

O desenvolvimento profissional em técnico de enfermagem consolida o conhecimento para formações de nível superior posteriores em saúde nas áreas de Radiologia, Gestão Hospitalar, Medicina, Enfermagem, Farmácia, Biomedicina, Fisioterapia e Serviço Social.

O profissional técnico de enfermagem tem sua composição no cuidado voltada para atividades na realização de curativos, administração de medicamentos e vacinas, nebulizações, banho no leito, mensurando antropométrica e verificando os sinais vitais dos pacientes.

Os técnicos de enfermagem auxiliam na promoção, prevenção recuperação e reabilitação no processo saúde-doença. Ainda acerca dos cuidados, os técnicos de enfermagem preparam os pacientes para os procedimentos em saúde. Ainda realizam a prestação de assistência de enfermagem a pacientes clínicos e cirúrgicos e gravemente enfermos, aplicando ainda as normas de biossegurança em saúde.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados, observamos a necessidade de viabilizar a inserção da formação em cuidados paliativos aos profissionais técnicos de enfermagem, bem como a ampliação da oferta pelo ministério da educação de unidades de ensino públicos distribuídas no território do estado do Rio de Janeiro para maior acessibilidade na formação dos profissionais de saúde.

Esses cuidados pela equipe multidisciplinar podem ocorrer nas relações de atendimento na atenção na saúde. Todavia tem-se a expectativa de que seja realizado um cuidado integral conforme preconiza o SUS.

Observamos a necessidade da ampliação da assistência dos cuidados paliativos em toda a esfera de atendimento do SUS. Todavia, a urgência desse acesso concentra-se na atenção primária que abrange o maior percentual dos usuários do sistema na promoção e prevenção em saúde.

Se este processo se encontra fragmentado, ausente e sucateado sobrecarregará as demais etapas do sistema único de Saúde. Deste modo, compreendemos que o sistema está subdividido em partes que formam o todo. Corromper ou fragilizar qualquer etapa compromete o cuidado integrado em saúde. A necessidade de que todas as esferas em saúde estejam alinhadas e integradas garantem a eficiência do SUS.

Todavia, para que este processo esteja alinhado, torna-se fundamental o fazer profissional comprometido, entendendo o que compreende o plano dos cuidados para que o paciente. Desta forma, possibilita aos familiares sentirem-se seguros, sabendo que o doente receberá toda a assistência necessária com as medicações, alimentação, curativos e todas as necessidades humanas. Entendendo ainda que em cada etapa do cuidado torna-se necessária à atenção na sua totalidade sem causar dor e desconforto ao paciente, aos cuidadores e aos familiares.

E no atendimento em saúde é vital a confiança. A confiança é essencial no cuidado. O sistema de saúde tem que ser confiável. Os cuidadores e familiares na unidade hospitalar delegam aos profissionais o cuidado dos seus familiares em totalidade, esperando que não falem recursos materiais e humanos. O paciente necessita sentir segurança e confiança na sua assistência. Desta forma, estes são fatores primordiais para que o processo de atenção à saúde seja realizado. Deixar-se conduzir em momentos de dor e desconforto para redução e alívio dos sintomas é fundamental. Os pacientes somente deixarão ser cuidados e conduzidos por terceiros quando se estabelece a confiança. Do contrário, teremos um cenário que não corresponde ao cuidado. Pacientes resistentes ao tratamento, altas à revelia e conflitos entre pacientes, cuidadores, familiares e profissionais de saúde.

O cuidado está diretamente ligado à confiança e a segurança nos profissionais e nos serviços. E esta questão está relacionada desde o primeiro atendimento à gestão das organizações. Todo o processo de atendimento está interligado. Como uma engrenagem que para cada procedimento há necessidade dos serviços e recursos. Por isso quando há a falta de condições adequadas de trabalho para o exercício da profissão pelos

trabalhadores, automaticamente há um impacto na prestação dos serviços aos usuários dos serviços de saúde.

O usuário quando busca um serviço de saúde tem a necessidade de ter um atendimento que possibilite o seu cuidado e a sua garantia. O profissional técnico de enfermagem que está na linha de frente do cuidado, torna-se fundamental neste processo. Os familiares têm confiança no serviço e os pacientes se sentem seguros porque sabem que o atendimento atende os parâmetros esperados com processos de protocolos que viabilizam a segurança do paciente e o seu cuidado.

Todavia para um processo alinhado há necessidade de viabilização na formação dos profissionais de saúde e sua capacitação contínua. É perceber que o conhecimento está integrado e não se finda por si só. Mas está sempre em movimento, em formação e atualizando-se.

E esta condição do cuidado está diretamente vinculada a formação do profissional e as suas condições de trabalho. O conhecimento teórico necessita estar voltado para a atuação prática profissional.

Ao observamos os currículos dos cursos para os profissionais de nível médio de enfermagem, percebemos a necessidade de inserir disciplinas específicas sobre os cuidados paliativos. Os técnicos de enfermagem correspondem ao maior número de profissionais na linha de frente do cuidado direto do paciente, dos cuidadores e familiares.

Neste âmbito, torna-se essencial a formação teórica do cuidado paliativo para que o profissional possa viabilizar os recursos e serviços no atendimento aos usuários, promovendo assim o conforto, alívio dos sintomas e segurança ao paciente onde estiver inserido na atenção em saúde.

O desafio no atual cenário brasileiro será consolidar, a partir do conhecimento teórico, a formação dos profissionais de nível médio nos cuidados paliativos de uma forma ampla nos níveis de atenção no Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

- ABERCROMBIE, N.; HILL, S. & TURNER, B. **The Penguin Dictionary of Sociology**. 4.ed. London: Penguin Books, 2000.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Disponível em: <https://api-wordpress.paliativo.org.br/ancp-webinar-lancamento-atlas-dos-cuidados-paliativos-brasil/> Acesso em: 23 jan. 2021.
- ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da Servidão. O novo proletariado de serviços na era digital**. 1ª. Ed. São Paulo: Boitempo, 2018.
- ASSOCIAÇÃO FRANCESA DE CUIDADOS PALIATIVOS: **Cuidados Paliativos**. 2019. Disponível em: <https://www.eapcnet.eu/> Acesso em: 23 ago. 2020.
- AYRES, J.R. **Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde**. Rio de Janeiro: Ciênc. saúde coletiva, v. 9, n. 3, p. 583-592, 2004.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 mar. 2020.
- BRASIL, Conselho Nacional de Educação. 3- **Trajetória histórica da educação profissional no Brasil**. In. Parecer CNE/CEB 16/99, sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnico de Nível Médio. Disponível em: <http://www.educacao.pr.gov.br/arquivos/File/pareceres/parecer161999.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2020.
- BRAY, F. et al. Global cancer statistics 2018: **GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries**. CA: a cancer journal for clinicians, Hoboken, v. 68, n. 6 nov. 2018, p. 394-424.
- BENITES, A. C. N.; BUENO, Carmen, SANTOS; Manoel Antônio dos. **Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos**. Estudo de psicologia de Campinas; P. 269-279. Abr-jun.2017.São Paulo: 2017.

BUCK, Eliane Crsitina da Silva. Oliveira, Evelyne de lourdes Neves de. Dias, Thainá Caroline Costa. et. al. **Doença Crônica e Cuidados Paliativos Pediátricos: Saberes e Práticas de Enfermeiros à Luz do Cuidado Humano**. Ver Fun Care Online. Rio de Janeiro: 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9489>. Acesso em: 26 jan. de 2021.

CALICE, Giuliana Bersani. **O paciente com falências Orgânicas. Cuidados Paliativos na emergência**. Ed. Velasco. (Orgs). Irineu Tadeu. Ribeiro, Sabrina Côrrea da Costa. Ed. Manole. São Paulo: 2021.

CALLEGARI, Livia Abigail. **A autonomia do Profissional de Enfermagem**. Org. SANTOS, Franklin Santana. Cuidados Paliativos: Diretrizes, humanização e alívio de sintomas. Ed. Atheneu. São Paulo: 2011. P. 223-228.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos Humanos. O Capital humano nas organizações**. 9ª. Ed. Campus. Rio de Janeiro: 2009.

CARISON, Patricia Campbell. Spirituality Practice. **Birthday of Dame Cicely Saunders**. Disponível em: <https://www.spiritualityandpractice.com/practices/naming-the-days/view/28229/birthday-of-dame-cicely-saunders> Acesso em: 27/12/2020.

CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A.; LIBERALINO, R. N. **Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**, Natal, EDUFRN. 1 Ed. Revisada, 2014.

CASTRO, Janete Lima de. VILAR, Rosana Lúcia Alves de. LIBERALINO, Francisca Nazaré. **Gestão do trabalho e da educação na Saúde**. Ed. Sedis UFRN, Natal: 2012. Ministério da Educação. **Catálogo Nacional de Cursos Técnicos**. 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/52031-catalogo-nacional-de-cursos-tecnicos> Acesso em: 28 nov. 2020.

Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/16cns/apresentacao.html> Acesso em: 09 out. 2020.

COSTA, Álvaro Percínio; POLES, K; SILVA, A. E. **Formação em Cuidados Paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem**. Interface Comunicação Saúde. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016005010102&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 17 dez. 2020.

Cuidados Paliativos da EAPC sobre Educação em cuidados paliativos. – parte 1. (2013), Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/59824> Acesso em: 23 jan. 2021.

Cuidados Paliativos da EAPC sobre Educação em cuidados paliativos. – parte 2. (2013), Disponível em: <https://mail.yahoo.com/d/search/name=Ernani%2520Mendes&emailAddresses=ernanicmendes%2540gmail.com&listFilter=FROM/messages/211197/ALLMz4gBbICwXU9-hA6C2NzHRU0:2?.intl=br&.lang=pt-BR&.partner=none&.src=fp> Acesso em: 12 set .2019.

CRUZ, R. A.O ARRUDA, A.J.C.G.. Agra, Glenda. Et al. **Reflexões acerca dos cuidados paliativos no contexto da formação em enfermagem.** UFPE. 2016. Pág. 3101-3107. Disponível em: [file:///C:/Users/Enir%20Santos/Downloads/11381-26022-1-PB\(2\).pdf](file:///C:/Users/Enir%20Santos/Downloads/11381-26022-1-PB(2).pdf). Acesso em: 30 mar. 2020.

Declaração Universal dos Direitos Humanos – Disponível em: <file:///C:/Users/Enir%20Santos/Downloads/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf> Acesso em: 07 out. 2020.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde – notas teóricas.** In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (Org.). Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 99-120.

Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/divsoctra.html> Acesso em: 06 dez. 2019.

DUARTE, Elisabeth Carmen Barreto. Sandhi, Maria Barreto. **Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema.** Ver. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** Epidemiol. Serv. Saúde v.21 n.4 Brasília: dez.2012 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400001> Acesso em: 27 jan. 2021.

DYNIWICZ, Ana Maria. **Metodologia da Pesquisa em Saúde para iniciantes.** 2 ed.- São Caetano do Sul, São Paulo: Difusão Editora, 2009.

European Association for Palliative Care [homepage]. **Carta de Praga**. Disponível em: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=6AmBAJNDb8A%3D&tabid=1871>
Acesso em: 23 jan. 2021.

FELISBERTO, E. **Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate**. Rio de Janeiro: Ciênc. saúde coletiva. v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

FELIX, Zirleide Carlos. et al. **Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura**. Ciênc. saúde coletiva vol.18 no. 9 Rio de Janeiro: Sept. 2013.

FLEURY, S.(Org). **Saúde e Democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: 1997.

FONSECA, Anelise. GEOVANINI, Fátima. **Cuidados Paliativos na Formação do profissional da área de saúde**. Revista Brasileira de Educação Médica. Brasília: 2013 n° 37. 2013, p. 120-125. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-55022013000100017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17 dez. 2020.

FONSECA, A. GEOVANINI, F. **Cuidados Paliativos na Formação do profissional da Área de Saúde**. Revista Brasileira de Educação Médica; Brasília: 2013, pág. 120-125. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php/pid=S0100-55022013000100017&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 30 mar.2020.

FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Abakeila de Barros. **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FONTES, Virgínia. **A política e a arte da desqualificação**. In. Reflexões impertinentes: história e capitalismo contemporâneo. Rio de Janeiro: Bom Texto, 2005, p. 271-316.

FORTES, Daniel Neves. DELPONTE, Valéria. **Cuidados Paliativos em Unidade de Terapia Intensiva**. Cuidados Paliativos, Diretrizes, Humanização e Alívio dos Sintomas. São Paulo: Atheneu. 2011.

FRAGA, Fabiana; Boas, VILLAS, Rafaela Fernanda Oliveira. MENDONÇA, Adriana Rodrigues dos Anjos. **Significado, para os médicos, da terminalidade da vida e dos cuidados paliativos**. Universidade do Vale do Sapucaí/BR: Rev. Bioética, 2012.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 1996.

Fundação Americana de Hospices. Hospice Foundation Of America. Disponível em: <https://hospicefoundation.org/>, Acesso em: 23 ago.2019.

Fundação Elisabeth Kübler-Ross Brasil. **História de Vida de Elisabeth Kübler-Ross.** Disponível em: <https://ekrbrasil.com/elisabeth-kubler-ross/historia-de-vida/> Acesso em: 22 dez. 2020.

Governo do Distrito Federal. **Diretriz para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI: norteando as prioridades de cuidado.** Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES DF- CPPAS. Portaria SES-DF Nº0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de data .

GADOTTI, Moacir. **Trabalho e Educação numa perspectiva emancipatória.** Trabalho apresentado no II Fórum Mundial de Educação Profissional e Tecnológica. Democratização, emancipação e sustentabilidade. Florianópolis: 2012. Disponível em: <http://livrozilla.com/doc/1631218/trabalho-e-educa%C3%A7%C3%A3o-numa-perspectiva>. Acesso em: 05 mar. 2020.

GAMONDI, Claudia. Larkin, Philip. Payne, Sheila. **Competências Centrais em Cuidados Paliativos da EAPC sobre Educação em Cuidados Paliativos.** – parte 1. (2013), Disponível em: <https://mail.yahoo.com/d/search/name=Ernani%2520Mendes&emailAddresses=ernanicmendes%2540gmail.com&listFilter=FROM/messages/211197/ALLMz4gBbICwXU9-hA6C2NzHRU0:?.intl=br&.lang=pt-BR&.partner=none&.src=fp> Acesso em: 12 set.2019.

GAMONDI, Claudia. Larkin, Philip. Payne, Sheila. HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. **Competências Centrais em Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde.** Departamento de Ciências Sociais Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro: 2013. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012. Acesso em: 30 mar.2020.

GOUVEA, Maria da Penha Gomes. **A necessidade de cuidados paliativos para pacientes com doenças crônicas: diagnóstico situacional em um hospital universitário.** Ver. Bras. Geriatria.. Gerontologia.2019, p. 22(5). Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232019000500205&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 26 jan, 2021.

MATTA, Gustavo Corrêa. LIMA, Júlio Cesar França. **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde. Contradições e desafios em 20 anos de SUS**, Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro: 2009.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. Enfermagem/essencial. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: Guanabara Koogan; 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Estimativa da população dos municípios para 2020**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28668-ibge-divulga-estimativa-da-populacao-dos-municipios-para-2020> Acesso em: 11 nov.2020.

_____ **Estimativa da população**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=downloads> Acesso em: 17 dez. 2020.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro : INCA, 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/Enir%20Santos/Downloads/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 07 set. 2020.

JUNIOR, Francisco Batista. **O SUS e as Transformações do Trabalho em Saúde**. In: BRAGA et. al. (Org). O Trabalho no Mundo contemporâneo Fundamentos e desafios para a saúde. Rio de Janeiro: EPSJV. Fiocruz, 2016.

KAIRALLA, Maisa. **Envelhecimento populacional – Epidemiologia e mudanças no paradigma da saúde**. 2018. Orgs. Venites, Juliana et. al. Ed. Booktoy, 2018.

KOVASC, Maria Julia. **Educação para a morte**. Temas e Reflexões. Ed. Fapesp. São Paulo: 2003.

KOVASC, Maria Julia. SILVARES, Edwiges Ferreira de Mattos; JUNIOR, Francisco Baptista Assumpção; PRSZKULNIK, Léia. **Morte e existência humana: caminhos de cuidados e possibilidade de intervenção**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios pacientes.** 9ª. Edição- São Paulo: Ed. WMF Martins Fontes, 2008.

LUZ, Rodrigo. BASTOS, Daniela Freitas. **Experiências contemporâneas sobre a morte e o morrer.** Ed.Summus, São Paulo: 2019.

MACIEIRA, Rita de Cássia. PALMA, Rosane Raffaini. **Psico-oncologia e Cuidados Paliativos.** Org. SANTOS, Franklin Santana. Cuidados Paliativos. Diretrizes, humanização e alívio de sintomas. Ed. Atheneu. São Paulo: 2011. P. 323-330.

MARCO, Mário Alfredo de. **Do modelo Biomédico ao modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente.** Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro: 2006. Disponível:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022006000100010
Acesso em: 27 nov. 2020.

MARQUES, Luciana Fernandes. **Ciência, Religião e Saúde.** Horizonte. v. 14, nº 41, p.8-12, jan/mar. Minas Gerais: 2016.

MATTOS, Ruben Araujo de. **Responsabilidade intelectual e solidariedade: por uma ética profissional pautada pela integralidade.** In: PINHEIRO, R.; Barros, M. E. B. & MATTOS, R. (Org.) Trabalho em Equipe sob o eixo da Integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco, 2007.

_____, Ruben Araujo de. **Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores.** In: MATTA, GC., and LIMA, JCF. orgs. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, pp. 313-352. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001000021
Acesso em: 22 dez; 2020.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. **Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios.** Org. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos. Diagraphic, São Paulo: 2009.

MCCOUHHLAN, Marie. **A necessidade de cuidados paliativos.** Org. Pessini, Leo. BERACHINI, Luciana. Humanização e Cuidados Paliativos. Ed. Loyola. São Paulo: 2004.

MEDICI, A. C. **Força de trabalho e produção dos serviços de saúde**. Revista de Administração pública. P. 23(1): 119-143, Rio de Janeiro: 1989.

MEIRA, Maria Dyrce Dias. **Competências de Egressos Graduados em Enfermagem: Avaliação de Gestores Empregadores**. Ver. Cienc Gerenc. Internet. São Paulo: 2015. Disponível em: <https://revista.pgsskroton.com/index.php/rcger/article/view/3666>
Acesso em: 27 nov. 2020.

MENDES, Ernani Costa. **Cuidados paliativos e câncer: uma questão de direitos humanos, saúde e cidadania**. Rio de Janeiro: 2017. Disponível em: https://docs.wixstatic.com/ugd/1469ac_ed9e606ac78d42808e3c8d20602cf973pdf
Acesso em: 10 mai.2019.

_____ **Por um cuidado compassivo. Disponível:**
https://docs.wixstatic.com/ugd/15557d_861423cdf2004afcb20b5a6ae245839d.pdf.
Acesso em 12 mai. Rio de Janeiro: 2019.

MELO, Ana Georgia Cavalcanti. Caponero, Ricardo. **Cuidados Paliativos – Abordagem contínua e integral**. Org. Santos, Franklin Santana. Cuidados Paliativos, discutindo a Vida, a Morte e o Morrer. São Paulo: Ed. Atheneu, 2009.

MELO, Ana. Georgina Cavalcanti de. Figueiredo, Marcos Túlio de Assis. **Cuidados Paliativos conceitos básicos, histórico e realizações da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos e da Associação Internacional de Hospice e Cuidados Paliativos**. Org. Pimenta, Cibele Andricioli de Mattos et. al. São Paulo: Ed., Manole. 2006.

MENEZES. Rachel Aisengart. **Em busca da boa morte: antropologia dos Cuidados Paliativos**. Garamond, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MERHY, E. **O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo do trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)**. In:

MORAES, Pedro Henrique. **Cuidados Paliativos e direitos do paciente terminal**. Barueri, São Paulo: Manole, 2017.

MORITZ. Rachel Duarte. Organizadora. **Cuidados Paliativos nas unidades de terapia intensiva**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2013.

MOROSINI, Márcia Valéria. **A Ampliação de cobertura, restrição de direitos e precarização do trabalho em saúde: os ACS no contexto da contrarreforma neoliberal no Brasil.** In. ARRUDA, Roberto. (Org). Trabalho, subjetividade e formação humana de reestruturação do capitalismo. Rio de Janeiro: 2018.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Estabilidade e Flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde.** Revista Divulgação em Saúde para Debates. N.14, ago, Rio de Janeiro: 1996.

_____. **Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS.** In. NOGUEIRA, Roberto Passos. Tendências na Evolução do Emprego e nas Relações de Trabalho em Saúde: a gestão de recursos humanos no Sistema único de Saúde. Brasília: UnB/CEAM/NESP/ Observa RH, p.45-65. 2010.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Indicadores de Saúde.** OPAS. Disponível: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&lang=pt
Acesso em: 07 out. 2020.

OS Cuidados Paliativos no Brasil. Portal Hospitais Brasil. São Paulo: 2018.
Disponível: <https://portalhospitaisbrasil.com.br/os-cuidados-paliativos-no-brasil/>
Acesso em: 07 out. 2020.

Organização Mundial de Saúde: Disponível:
<https://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/> Acesso: 23 ago.2019.

PIMENTA, Cibele Andrucio; MOTA, Dalete Delalibera Correa de Faria.
MONTEIRO, Diná de Almeida Lopes. **Dor e Cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia.** Barueri, São Paulo: Ed. Manole, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz. 2009.

Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. São Paulo 2018. Disponível em:
<https://portalhospitaisbrasil.com.br/academia-nacional-de-cuidados-paliativos-divulga-analise-situacional-e-recomendacoes-para-o-desenvolvimento-dos-cuidados-paliativos-no-brasil/> Acesso em: 07 out.2020.

Palliative Care. **A Carta de Praga.** 2015. Disponível:
<https://www.apcp.com.pt/uploads/cartadepraga.pdf>. Acesso em: 13 set.2019.

PESSINI, Le. **Bioética e Cuidados Paliativos. Alguns desafios do cotidiano aos grandes dilemas.** Pimenta, Cibele et. al. Org. Dor e Cuidados Paliativos. São Paulo: Ed. Manoele. 2006.

POLASTRINI, Rita Tiziana Verado. YAMASHITA, Camila Cristófero.

KURASHIMA, Andrea Yamaguchi. **Enfermagem e o Cuidado Paliativo.** Org.

SANTOS, Franklin Santana. Cuidados Paliativos.: Diretrizes, humanização e alívio de sintomas. P. 277-283. São Paulo: Ed. Atheneu. 2011.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde.** In: Revista Brasileira de Enfermagem, v.53, n. 2,2000, p.251-163 Brasília: 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672000000200010&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 17 dez. 2020.

St Christopher's Hospice. Disponível em:

https://www.wikiwand.com/en/St_Christopher%27s_Hospice Acesso em: 27 dez. 2020.

SANTOS, André Junqueira. FERREIRA, Esther Angélica Luiz. Guirro, Úrsula Bueno do Prado. **Atlas dos Cuidados Paliativos.** Org. Messa, Luciana., IV. Piovezan, Stefhanie Piovezan. 1. Ed. São Paulo: ANCP, 2020.

SANTOS, Franklin Santana. **Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer.** São Paulo: Ed. Atheneu, 2009.

_____ Organizador. **Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas.** São Paulo: Ed. Atheneu, 2011.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. **Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos.** Ciênc. saúde coletiva, v. 12, n. 4, p. 999-1010, Rio de Janeiro: 2007.

SANTOS, Andréa de Mello Pereira da. ALMEIDA, Miriam de Abreu. **Competências na formação de Técnicos de Enfermagem para implantar a Sistematização da Assistência de Enfermagem.** Ver. Esc. Enfermagem USP. São Paulo: 2010.

SANTOS, Ieda. FONTES, Maria Fonseca. Et. al. **SAE - Sistematização da assistência de enfermagem: Guia prático COREN.** Bahia: 2016.

SAVIANI, Dermeval. **O choque teórico da politécnica. Trabalho, Educação e Saúde,** 1(1): 131-152. Rio de Janeiro: 2003.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos et al. **Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na atenção primária à saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Trab. educ. saúde. 2016, vol.14, suppl.1, pp.89-104. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14s1/1678-1007-tes-14-s1-0089.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2019.

SEGRE, Marco. FERRAZ, Flávio Carvalho. **O Conceito de Saúde. Revista de Saúde Pública.** Volume 31, nº 05, São Paulo: 1997. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000600016&script=sci_abstract&tlng=pt Acesos em: 12 fev. 2021.

SILVA, Munyra Rocha Silva¹, Lucélia Terra Chini, Thaís Oliveira da Silva, Maria Regina Martinez, Roberta Seron Sanches. **Competências dos profissionais técnicos de enfermagem? O que esperam os enfermeiros gestores?** Ver. Enfer. Foco. Minas Gerais: 2018. Disponível: <http://biblioteca.cofen.gov.br/competencias-profissionais-tecnicos-enfermagem-que-esperam-enfermeiros-gestores/> /acesso em: 27 jan 2021.

SODRÉ, Francis. **Alta Social: a atuação do Serviço social em cuidados paliativos.** Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Ed. Cortez, 2002.

SOUSA, Janaina Meirelles. ALVES, Elioenai Dornelles. **Competências do enfermeiro para o Cuidado Paliativo na atenção domiciliar.** Acta Paul Enferm. São Paulo: 2015.

SOUZA, Moema Amélia Serpa Lopes de. **Trabalho em Saúde como a lógica mercantil determina seu processo de precarização.** In: BRAGA et. al. (Org). O Trabalho no Mundo contemporâneo Fundamentos e desafios para a saúde. Rio de Janeiro: EPSJV. Fiocruz, 2016.

Spirituality Practice. Resoucer for piritual Journeys. **Birthday-of-dame-cicely-saunders.** Disponível em: <https://www.spiritualityandpractice.com/practices/naming-the-days/view/28229/birthday-of-dame-cicely-saunders>. Acesso em: 27 dez 2020.

TIBÉRIO, Iolanda Calvo. GALLIOTTI, Renata Daud et. al. **Avaliação Estruturada de Habilidades na Forma de OSCE.** Org. SANTANA, Franklin Santana. Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas. São Paulo: Ed. Atheneu, 2011.

VARGAS, Francisco Beckenkamp. **Trabalho, emprego, precariedade: dimensões conceituais em debate.** Bahia: 2016. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-49792016000200313&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 20 nov.2020.

VIHENA, Renata. **Seleção por Competência e seu impacto na qualidade do serviço público..** República.org. Rio de Janeiro: 2020. Disponível em: <https://republica.org/noticias/51-Selecao-por-competencias-e-seu-impacto-n> /acesso em: 20 nov. 2020.

XAVIER, MS; Miziara CSMG; Miziara ID. **Terminalidade da vida: questões éticas e religiosas sobre a ortotanásia.** Revista Saúde, Ética e Justiça. 26-34 páginas.

São Paulo: 2014.