

Ministério da Saúde



COORDENAÇÃO DE ENSINO

Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia

THAYANA CHRISTINA DE CASTRO MILLER

Comunicação e Cuidados Paliativos oncológicos na perspectiva do Serviço Social

Rio de Janeiro

2018

THAYANA CHRISTINA DE CASTRO MILLER

Comunicação e Cuidados Paliativos oncológicos na perspectiva do Serviço Social

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva como requisito parcial para a conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia.

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Georgia de Souza Frossard.

Rio de Janeiro

2018

THAYANA CHRISTINA DE CASTRO MILLER

Comunicação e Cuidados Paliativos oncológicos na perspectiva do Serviço Social

Avaliado e Aprovado por:

Nome do Orientador

ASS _____

Andréa Georgia de Souza Frossard

Nome do Avaliador

ASS _____

Ana Raquel de Mello Chaves

Nome do Avaliador

ASS _____

Dolores Ferreira Fonseca

Data: __/__/____

Rio de Janeiro

2018



RESUMO

A comunicação se apresenta como uma medida terapêutica importante na assistência oncológica, sobretudo em relação aos pacientes com indicação para os Cuidados Paliativos no INCA. Sabe-se que o câncer é uma doença crônica e progressiva que se apresenta no cenário internacional suscitando preocupação na vida cotidiana como o receio da perda da independência, o descontrole sobre a dor humana e o medo da finitude nas pessoas que se encontram fora de possibilidade terapêutica de cura. Uma competência central do Serviço Social é o acolhimento aos pacientes oncológicos e sua rede de cuidados. Intenta-se compreender as concepções sobre os Cuidados Paliativos elaboradas por profissionais de saúde de nível superior, que atuam na unidade de Cuidados Paliativos, e a identificar temas relevantes para um adequado processo de acolhimento na perspectiva do Serviço Social. Buscou-se amparo na pesquisa qualitativa, sendo realizadas entrevistas (semiestrutura) com os profissionais da equipe multidisciplinar que atuam ou já atuaram no Posto Avançado do HCIV, com base na teoria de Representação Social alinhada à corrente de interpretação marxista. Os dados foram coletados entre os dias 29 de agosto a 11 de outubro de 2017, o tipo de amostra foi não probabilística intencional e utilizou-se da análise temática de conteúdo. Identificou-se três eixos temáticos: Concepções de Acolhimento e Cuidados Paliativos; Representação Social e Cuidados Paliativos e Comunicação e Cuidados Paliativos. A comunicação em Cuidados Paliativos deve ser informativa, sensível e possível. Existe uma associação entre a comunicação e o processo de humanização na assistência à saúde e os paliativistas exercitam em seu cotidiano. As estratégias de aperfeiçoamento da comunicação direcionada aos Cuidados Paliativos devem estar inseridas em um processo de Educação Continuada e Permanente. Por fim, pode-se afirmar que os Cuidados Paliativos são um lócus privilegiado de intervenção para o Serviço Social.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Comunicação Interdisciplinar; Cuidado e Acolhimento; Serviço Social.

ABSTRACT

Communication is an important therapeutic measure in cancer care, especially in relation to patients with indication for Palliative Care at INCA. It is known that cancer is a chronic and progressive disease that presents itself in the international scene raising concern in daily life as the fear of losing independence, the lack of control over human pain and fear of finitude in people who are out of possibility healing therapy. A central competence of the Social Service is the care of oncology patients and their network of care. It is intended to understand the concepts of Palliative Care elaborated by higher level health professionals working in the Palliative Care unit, and the identification of relevant themes for an adequate reception from the perspective of the Social Work. It was sought support in the qualitative research, being conducted interviews (semistructure) with the professionals of the multidisciplinary team that work or already acted in the Advanced Post of HCIV, based on the theory of Social Representation aligned with the current of Marxist interpretation. The data were collected from August 29 to October 11, 2017, the type of sample was intentional non-probabilistic and was used content thematic analysis. Three thematic axes were identified: Host Conceptions and Palliative Care; Social Representation and Palliative Care and Communication and Palliative Care. Communication in Palliative Care should be informative, sensitive and possible. There is an association between communication and the process of humanization in health care and the palliativists exercise in their daily lives. The strategies for improving communication directed to Palliative Care should be part of a Continuing and Permanent Education process. Finally, it can be affirmed that Palliative Care is a privileged locus of intervention for Social Work.

Key Words: Palliative Care. Interdisciplinary Communication. Care and Reception. Social Service.



Sumário

I. Introdução.....	8
II. Análise e discussão.....	11
2.1. Concepção de Acolhimento e Cuidados Paliativos.....	12
2.1.1 Acolhimento e Serviço Social.....	17
2.2 Representação Social e Cuidados Paliativos.....	20
2.2.1..A linguagem como expressão da visão dos profissionais de saúde sobre os Cuidados Paliativos..	22
2.3 Comunicação e Cuidados Paliativos.....	28
III. Considerações Finais.....	Error!
Bookmark not defined.	
Referências.....	33
APÊNDICE A.....	37
APÊNDICE B.....	38
ANEXO A.....	41

I. Introdução

O câncer é uma doença crônica e progressiva que se apresenta no cenário brasileiro e internacional, como uma questão de saúde pública e humanitária (BURLÁ, PY, 2014), devido às altas taxas de incidência e por ocupar a segunda maior causa de morte por doença. Segundo última estimativa lançada pelo INCA (2017), sobre o biênio 2018-2019, são previstos 600 mil casos novos de câncer no Brasil.

Ressalte-se, que dentre os casos novos, existem aqueles que se encontram em estadiamento avançado, virgens de tratamento e/ou já fora de possibilidades terapêuticas curativas. Diante disso, mostra-se de grande relevância a expansão dos Cuidados Paliativos no nosso país e no Mundo.

Segundo ANCP (2017), projeta-se para curto e médio prazo um aumento no número de serviços de Cuidados Paliativos disponíveis em território nacional, e conseqüentemente, maior amparo legal e absorção de profissionais especializados. Essa projeção decorre do papel fundamental da palição aplicada aos pacientes com neoplasia e outras doenças crônicas, como insuficiência renal crônica, insuficiência cardíaca e Aids (ANCP, 2012; MORITZ, R.D, 2012, ANDRADE, 2015 et al.).

Trata-se de um cuidado que requisita um olhar que contemple integralmente o usuário, ou seja, que ultrapasse a visão biologicista e tecnicista do profissional de saúde, ampliando-se para os fenômenos intrínsecos ao adoecimento¹. Sendo assim, o foco da atenção torna-se para o paciente e sua família, na fase da palição, individualizado requerendo um adequado processo de comunicação entre profissionais e usuários.

Assim posto, enfatiza-se a necessidade de uma comunicação que extrapole a preocupação formal de dar uma informação ou determinada notícia (SOUZA; FORTE, 2012), uma vez que o diálogo será em torno de um prognóstico que indica a finitude.

O presente estudo tem como objetivos a compreensão sobre as concepções acerca dos Cuidados Paliativos, com base na teoria de Representação Social, elaboradas por profissionais de saúde e a identificação de temas relevantes para a melhoria dos processos de gestão do cuidado, especificamente, no acolhimento disponibilizado pelo Serviço Social.

¹ Alterações na dinâmica familiar, redução e comprometimento da renda, afastamento da função laborativa do paciente e/ou de sua rede de cuidado, sobrecarga do cuidador, dificuldades de acesso aos benefícios sociais e meios de transporte necessários ao acompanhamento na unidade de saúde, vivência da dor de inúmeras perdas, aceitação do diagnóstico e da inevitabilidade da morte, etc.

A investigação por meio do método dialético para a apreensão da realidade compreende que a mesma é determinada por condições e estruturas anteriores, onde os seres humanos são entendidos como capazes de deixar nela a sua marca transformadora. Desse modo, apropriou-se da teoria de Representação Social alinhada à corrente de interpretação marxista.

Em sintonia com a perspectiva teórica adotada se destaca o trabalho teórico de Bakhtin (1981) cujo pensamento traduz a natureza social e dialógica da linguagem. Para ele, a língua deve ser entendida no seu contexto social ultrapassando a visão da mesma como um sistema. É na vida cotidiana que a palavra se torna um signo ideológico. A palavra é ao mesmo tempo, uma produção histórica e arena onde se confrontam visões de mundo contraditórias, servindo ao mesmo tempo como instrumento e como material de compreensão da realidade (1981, p.36).

De acordo com Minayo (2007, p.236), referindo-se as concepções de saúde e doença afirma que a categoria analítica representação social é central para a prática da pesquisa qualitativa, pois elas se manifestam em falas, atitudes e condutas que se institucionalizam e, portanto, podem e devem ser analisadas, mesmo oriundas do senso comum.

Desse modo, o trabalho de campo foi desenvolvido para identificar as categorias operacionais inerentes ao processo de cuidado no campo dos cuidados paliativos. Utilizou-se da análise temática de conteúdo.

O cenário escolhido é o setor denominado: Posto Avançado, que atualmente se configura como a porta de entrada dos pacientes matriculados no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, após o esgotamento da proposta curativa para a unidade de Cuidados Paliativos-INCA IV. Sendo assim, lócus privilegiado para a observação sobre a gestão do cuidado como um todo.

Os dados foram coletados entre os dias 29 de agosto a 11 de outubro de 2017, com agendamento prévio respeitando a disponibilidade e horário dos participantes. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora responsável, durante carga horária prevista pelo Programa de Residência, em locais privativos do HC IV. A duração média foi de 14 min e 25 s, variando de 4 minutos a pouco mais de 20 minutos. Todas gravadas e transcritas na íntegra.

O tipo de amostra foi a do tipo não probabilística intencional, que, segundo Lakatos e Marconi (2009, p. 226), " não faz uso de uma forma aleatória de seleção". Assim, como critérios de inclusão foram considerados profissionais de saúde de nível Superior que atuam ou já atuaram nos Postos avançados do HC IV, das áreas de Enfermagem, Medicina e Serviço Social.

A amostra da pesquisa foi definida com 08 (oito) participantes. As representações dos fragmentos das falas oriundas das transcrições seguem a seguinte anotação: inicial do termo entrevistado (E) e da numeração arábica, de acordo com a ordem cronológica de realização das entrevistas.

Os participantes são profissionais de saúde com experiência no campo de Cuidados Paliativos oncológicos. Sendo cinco com experiências pregressas sobre o processo de trabalho no Posto Avançado e três com experiências vigentes. Selecionou-se um total de 21 recortes de falas.

Por fim, considerando os objetivos da investigação disponibilizam-se três eixos temáticos: Concepções de Acolhimento e Cuidados Paliativos, Representação Social e Cuidados Paliativos e Comunicação e Cuidados Paliativos.

No primeiro eixo temático: Concepções de Acolhimento e Cuidados Paliativos põe-se o conjunto de percepções acerca do que caracteriza e envolve o acolhimento realizado no Posto Avançado do INCA IV.

No segundo eixo temático: Representação Social e Cuidados Paliativos agrupa-se o conjunto de falas que indicam a visão dos profissionais de saúde sobre os pacientes das clínicas de origem em relação aos Cuidados Paliativos, a partir da vivência dos entrevistados.

Por fim, no terceiro eixo temático: Comunicação e Cuidados Paliativos se reúnem as sugestões dos participantes do estudo sobre as ações que visem à melhoria do acolhimento.

II. Análise e discussão

A filosofia dos Cuidados Paliativos se tornou uma especialidade ao ser direcionada aos pacientes terminais, em meados dos anos de 1950, quando a assistente social, enfermeira e médica Cicely Saunders descreveu o sofrimento dessas pessoas, identificando os quatro elementos (dor física, psicológica, social e espiritual) que compõem o que ela chamou de “dor total” (MCCOUGHLAN, 2006).

A mesma foi uma das fundadoras da instituição considerada mundialmente como modelo de assistência, ensino e pesquisa nos cuidados dos pacientes terminais e suas famílias – St. Christopher Hospice, em 1967, em Londres (PESSINI, 2006). Ela mostrou que as necessidades dos pacientes exigiam uma intervenção multidisciplinar para que os objetivos dos cuidados paliativos fossem alcançados, inclusive com apoio aos familiares durante a doença e mesmo após o óbito (MARINHO, 2011).

Vale lembrar que paliativo se origina do latim *pallium*, significando manta ou coberta, podendo também ser traduzido como quem ou que tem a capacidade de abrandar, encobrir temporariamente uma moléstia (PESSINI, 2006). E, o termo *hospice* é utilizado desde a Idade Média, significando local de acolhimento, hospitalidade, cuidado empenhado por religiosos aos doentes, aos necessitados e àqueles que estavam morrendo (MCCOUGHLAN, 2006).

Atualmente os Cuidados Paliativos são definidos pela OMS (2017) como:

Uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos ou crianças) e de seus familiares que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia sofrimento por meio da investigação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas 'físicos, psicossociais ou espirituais'.

A assistência em Cuidados Paliativos Oncológicos é direcionada para os cuidados integrais, centrados nas necessidades do paciente, com ações eficazes, respeitando a autonomia do paciente e preparada para enfrentar os medos, angústias e sofrimento do indivíduo e seus familiares (ANCP, 2012).

Por isso, para os profissionais e seus admiradores que reconhecem a importância dos cuidados paliativos podem afirmar que estes têm um papel fundamental a desempenhar ainda no início da doença, e não somente no final da vida (MCCOUGHLAN, 2006, p. 170).

2.1. Concepção de Acolhimento e Cuidados Paliativos

A palavra acolhimento significa o modo como se acolhe ou como se recebe alguém. Por sua vez, o cuidado refere-se à atenção especial disponibilizada. Portanto, há uma íntima relação entre o cuidar e o acolher.

De acordo com Cecílio e Merhy (2003, p.2):

[...] o cuidado de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compõe o que entendemos como cuidado em saúde.

Nessa perspectiva, o cuidado e o acolhimento em saúde são tratados como instrumentos de ação assistencial e devem ser compreendidos no âmbito da Política de Humanização (PNH) (2006), fruto do movimento de Reforma Sanitária, que alterou significativamente a história da Política de Saúde brasileira com o conceito ampliado de saúde e criação do Sistema Único de Saúde.

Segundo Chupel e Miotto (2010, p.41) apud Franco et al. (2003), o acolhimento como uma diretriz operacional, destina-se a reorganizar os serviços de saúde, por meio de três princípios: 1) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal, entendido a partir da função de "acolher, escutar e dar uma resposta positiva" 2) reorganizar o processo de trabalho, a fim de que retire a centralidade do saber médico para a formação de equipes multiprofissionais, que terá o compromisso de ofertar a

escuta ao usuário e atender às suas necessidades de saúde 3) qualificar a relação trabalhador-usuário, a qual deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Desse modo, no decorrer do trabalho de campo, se observou nas falas das informantes expressões concretas sobre os princípios expostos anteriormente. Cabe, ainda, a sinalização posta por eles referente ao adequado processo de comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes e/ou núcleo de cuidados como base para o estabelecimento de confiança necessária ao fortalecimento de vínculos, a partir do acolhimento.

Destacam-se as categorias operativas do eixo temático I, no quadro a seguir:

Quadro 1-Concepção de Acolhimento e Cuidados Paliativos

Eixo Temático	Trechos dos depoimentos	Categorias operativas
Concepção de Acolhimento e Cuidados Paliativos	<i>“Então, esse acolhimento é importante nesse processo de comunicação, é você falar de forma suave, acolher esse paciente e fazer com ele entenda o porquê do fim do tratamento curativo e o início de um tratamento paliativo [...] que vai dar o suporte necessário, quando essa doença ainda está ativa no corpo dela.” (E7)</i>	Relacionamento (estabelecimento de vínculo)
	<i>“[...] é importante que você tenha uma pessoa que esteja a par desses conhecimentos e que tenha habilidades outras, além do conhecimento técnico, como o estabelecimento de um 'rapport' com a pessoa para que ela possa se sentir acolhida e compreendida e que as dúvidas possam ser sanadas naquele momento” (E3)</i>	Habilidades e Competências
	<i>“[...] por meio do Posto Avançado, o primeiro momento que vou apresentar este mundo todo para ele, este mundo todo de ajuda. Então, as pessoas que trabalham com comunicação esta transição do curativo para o paliativo têm que saber a dimensão da ajuda que a gente pode disponibilizar [...]estaremos aqui como canal de escuta, como canal de trabalho, usando todas as coisas que a gente tem, né? Cada um na sua vertente, na sua profissão.” (E2)</i>	Os sentidos da ajuda

	<p><i>acho interessante esta abordagem multidisciplinar que a gente tem aqui. [...] eu acho que é isso, primeiro esclarecer para as pessoas que trabalham dentro da área de doenças crônicas, que trabalha com doenças oncológicas, e que também trabalham com doenças neurológicas, que trabalham com Aids, enfim doenças crônicas que o cuidado paliativo é um processo que faz parte da doença (E1)</i></p> <p><i>[...] tem um momento que recai sobre a equipe, mas a função de dizer para o paciente, o deliberar o cuidado paliativo ou dizer para o paciente ou para o familiar: 'eu não tenho o tratamento curativo para ele', é do médico. [...] só que como é uma equipe multidisciplinar, que é um dos princípios do cuidado paliativo, todo mundo está envolvido nesta notícia, porque às vezes o paciente fala com você e não fala com o médico (E4).</i></p>	Interdisciplinaridade
--	--	------------------------------

Fonte: Elaboração própria

O acolhimento entendido como ação assistencial para uma comunicação efetiva retrata a função do acolhimento como um processo mediado pela comunicação entre profissionais e usuários, necessária à construção de vínculo no início da terapêutica paliativa, conforme a seguinte fala:

Então, esse acolhimento é importante nesse processo de comunicação, é você falar de forma suave, acolher esse paciente e fazer com ele entenda o porquê do fim do tratamento curativo e o início de um tratamento paliativo [...] que vai dar o suporte necessário, quando essa doença ainda está ativa no corpo dela. (E7)

Ademais, cabe frisar que o relacionamento pode ser fonte precursora da construção do vínculo necessário para a prestação dos cuidados à saúde e para comunicações consideradas como más notícias dentro desta área. As características dessa relação interpessoal entre profissionais e usuários (paciente e familiares) podem ser identificadas pela empatia, escuta, compreensão de sua história, sua cultura e relações, enfim pelo acolhimento do sofrimento. Detectado na fala abaixo:

[...] é importante que você tenha uma pessoa que esteja a par desses conhecimentos e que tenha habilidades outras, além do conhecimento

técnico, como o estabelecimento de um '*rapport*' com a pessoa para que ela possa se sentir acolhida e compreendida e que as dúvidas possam ser sanadas naquele momento (E3)

Nesse sentido, a empatia demonstrada nessa relação, possibilita uma comunicação adequada, que significa uma conversa franca, sem alimentar falsas esperanças, contudo, sem lembrar recorrentemente para o paciente que a doença dele é grave e não tem cura, mas falar com naturalidade sobre suas necessidades e mostrar o que pode ser realizado para seu benefício e qualidade de vida. O diálogo, para Souza e Forte (2012, p. 5), é a oportunidade de se produzir conhecimento, esclarecimento e um momento para acolhimento, quando se fala em situações críticas.

Igualmente, o acolhimento exprime discursos que evidenciam como primordial, neste campo, a abordagem da equipe multidisciplinar no processo de comunicação de más notícias e a atuação interdisciplinar desempenhada pelos profissionais da unidade de cuidados paliativos. Visto que, a comunicação é elemento indispensável do cuidado de saúde, sobretudo quando se trata de doenças que ameaçam a continuidade da vida.

Evidentemente, o acolhimento, como ferramenta assistencial, deve ser usado por todas as categorias profissionais que atuam no campo da saúde, independentemente de atuar ou não diretamente com palição.

Os depoimentos abaixo corroboram com o exposto em epígrafe:

acho interessante esta abordagem multidisciplinar que a gente tem aqui. [...] eu acho que é isso, primeiro esclarecer para as pessoas que trabalham dentro da área de doenças crônicas, que trabalha com doenças oncológicas, e que também trabalham com doenças neurológicas, que trabalham com Aids, enfim doenças crônicas que o cuidado paliativo é um processo que faz parte da doença (E1)

[...] tem um momento que recai sobre a equipe, mas a função de dizer para o paciente, o deliberar o cuidado paliativo ou dizer para o paciente ou para o familiar: 'eu não tenho o tratamento curativo para ele', é do médico. [...] só que como é uma equipe multidisciplinar, que é um dos princípios do cuidado paliativo, todo mundo está envolvido nesta notícia, porque às vezes o paciente fala com você e não fala com o médico (E4).

Cabe esclarecer, diante das argumentações postas, o que se compreende como nível básico e nível intensivo em Cuidados Paliativos (SBGG, ANCP, 2015). O nível básico é

quando se considera o cotidiano das equipes ao prestar assistência ao paciente em domicílio (sendo própria ou provisória) ou em uma instituição de longa permanência. Já o nível intensivo é entendido como a assistência prestada na residência (sendo própria ou provisória), no hospital ou instituição de longa permanência, requerendo cuidado em tempo integral, visando o gerenciamento de dor e sintomas ou intercorrências inerentes à fase final da doença, bem como prover cuidados durante as últimas horas de vida.

A associação entre comunicação de notícias difíceis e os sentidos de ajuda materializados no acolhimento é nítida no espaço investigado, ou seja, o Posto Avançado cujo ambiente de acolhimento foi projetado para comunicação de notícias difíceis, ainda que, devesse ser realizada e difundida em todos os espaços institucionais.

Observem-se as falas a seguir:

[...] por meio do Posto Avançado, o primeiro momento que vou apresentar este mundo todo para ele, este mundo todo de ajuda. Então, as pessoas que trabalham com comunicação esta transição do curativo para o paliativo têm que saber a dimensão da ajuda que a gente pode disponibilizar [...] estaremos aqui como canal de escuta, como canal de trabalho, usando todas as coisas que a gente tem, né? Cada um na sua vertente, na sua profissão. (E4)

[...] O trabalho do Posto Avançado é comunicação de notícias difíceis. Isso que a gente faz no Posto Avançado o tempo todo [...] A comunicação que a gente dá [...] é o reforço dessas informações, que às vezes, é o momento em que o familiar e o paciente, entre a consulta médica e a consulta do Posto Avançado, é o tempo que ele precisou processar a informação e compreender o que realmente está acontecendo. (E5)

Diante do exposto, cabe destacar, que no cotidiano profissional dos participantes do estudo, algumas dificuldades foram mencionadas a respeito do processo de comunicação, que impactam na decisão dos pacientes em relação ao aceite ou não pela transferência para a unidade de Cuidados Paliativos, a saber: a comunicação não efetiva do médico e de outros profissionais de saúde (equipe multidisciplinar) das clínicas de origem do paciente (tratamento curativo) seja pelo despreparo destes em relação à comunicação de notícias difíceis, como também pela falta de compreensão ou credibilidade no tratamento de palição.

Destaca-se, que a falta de compreensão ou a incredulidade é consequência, sobretudo, da falta de conhecimento sobre o sentido de cuidar. Os cuidados paliativos e os curativos são complementares. É fato, que somente a partir da constatação da irreversibilidade do quadro

clínico é que os Cuidados Paliativos devem ser ofertados exclusivamente, englobando o processo de luto da família e/ou núcleo de cuidados.

Um dos fatores que podem contribuir para o afastamento de tensões no cotidiano das unidades de atenção à saúde é a definição explícita das ações específicas de cada área de conhecimento que facilitará, conseqüentemente, as ações dos núcleos comuns (próprios do processo de interdisciplinaridade).

Sabe-se que a interdisciplinaridade é o eixo estruturador das práticas organizacionais e se constitui num tema determinante para o desenvolvimento de boas práticas em cuidados paliativos.

Nesse sentido, ressalte-se um dos princípios dos Cuidados Paliativos (ANCP, 2012), qual seja: “usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto”. Portanto, confirma-se que o entendimento sobre o acolhimento não se restringe a um espaço, criado para a reorganização do serviço, conforme apontou Medeiros et al. (2015). Mas, principalmente, a consolidação de uma postura ética dos profissionais de saúde, para que se expresse em todos os processos de trabalho existentes de uma unidade de saúde.

Nessa direção, Frossard (2014, p. 34), registra que a comunicação em Cuidados Paliativos requer a observação de alguns pressupostos básicos:

Conhecer o universo vocabular da população atendida; entender a história de vida das pessoas atendidas; é impensável, fora do processo de humanização hospitalar (privilegiar as expressões de afeto, generosidade, doação e espiritualidade predominantes); requer fortalecimento de vínculos; o diálogo combinando à técnica e emoção (ternura, sensibilidade e ética).

2.1.1 Acolhimento e Serviço Social

Compreende-se que o Serviço Social como integrante da equipe básica no campo dos Cuidados Paliativos Oncológicos compartilha de um trabalho coletivo e possui um papel importante no processo de acolhimento. De acordo, com a literatura especializada, o acolhimento é parte integrante do processo interventivo dos assistentes sociais (HERMES; LAMARCA, 2013, GAMONDI; LARKIN; PAYNE, 2013)

Nesse contexto, uma competência central do Serviço Social, é o acolhimento dos pacientes oncológicos e sua rede de cuidados, considerando o seu instrumento privilegiado de trabalho, a linguagem (IAMAMOTO, 1982), que se constitui em um elemento facilitador para a consolidação de uma relação de segurança e confiança com a equipe (MEDEIROS et al., 2015), primordiais para a aderência ao tratamento no campo em questão.

A prática do profissional de saúde na área de oncologia e, em particular, nos Cuidados Paliativos requer o exercício diário da leveza, da sensibilidade e do compromisso com a qualidade da assistência prestada aos pacientes (FROSSARD, 2014).

Chama-se a atenção para a importância de uma atuação afinada pela disponibilidade para desenvolver um trabalho de parceria, que requer generosidade, busca pelo conhecimento, reconhecimento do valor de cada um na equipe que, dia a dia, busca o significado e a necessidade da abordagem interdisciplinar no exercício do cuidado.

Eu acho interessante esta abordagem multidisciplinar que a gente tem aqui. Eu acho que é isso, primeiro esclarecer para as pessoas que trabalham dentro da área de doenças crônicas, que trabalha com doenças oncológicas, e que também trabalham com doenças neurológicas, que trabalham com Aids, enfim doenças crônicas que o cuidado paliativo é um processo que faz parte da doença (E1)

[...] O trabalho do Posto Avançado é comunicação de notícias difíceis. Isso que a gente faz no Posto Avançado o tempo todo[...] A comunicação que a gente dá [...] é o reforço dessas informações, que às vezes, é o momento em que o familiar e o paciente, entre a consulta médica e a consulta do Posto Avançado, é o tempo que ele precisou processar a informação e compreender o que realmente está acontecendo. (E6)

[...] tem um momento que recai sobre a equipe, mas a função de dizer para o paciente, o deliberar o cuidado paliativo ou dizer para o paciente ou para o familiar: 'eu não tenho o tratamento curativo para ele', é do médico. [...] só que como é uma equipe multidisciplinar, que é um dos princípios do cuidado paliativo, todo mundo está envolvido nesta notícia, porque às vezes o paciente fala com você e não fala com o médico (E4).

Evidencia-se nos depoimentos acima, que o processo de comunicação em saúde deve ser adequado levando-se em conta, o estabelecimento de diálogo acerca do diagnóstico, tratamento, prognóstico, opções e cuidados no intuito de facilitar a tomada de decisões sobre o tratamento e um plano futuro de cuidados.

No campo dos Cuidados Paliativos, o assistente social é o profissional que orienta os usuários sobre o acesso aos direitos sociais específicos, além de auxiliar à equipe de paliativistas na abordagem junto ao paciente e /ou familiares. Ele busca a identificação dos temas centrais que circulam em torno da família, como por exemplo: o desejo do paciente em aprofundar os conhecimentos sobre a doença e o momento que está vivendo e sua dinâmica de compartilhamento com os membros de sua unidade familiar; rastreia as condições dos cuidados disponíveis no lar e, se for o caso, incentiva e viabiliza o atendimento domiciliar; disponibiliza informações acerca do preparo para o plano de cuidado avançado com a equipe.

Em relação à avaliação socioeconômica Andrade (2012) pondera:

É específico do assistente social o conhecimento e a abordagem sobre a realidade socioeconômica da família, bem como sobre os aspectos culturais que compõem este universo. Assim, a decodificação dessa realidade para a equipe de trabalho constitui-se em uma de suas principais atribuições. Este profissional torna-se o interlocutor entre paciente/família e equipe nas questões apontadas, que são fundamentais para se alcançar os objetivos almejados em Cuidados Paliativos: morte digna e cuidado aos que ficam.

No INCA, no seu cotidiano, a abordagem do profissional ocorre por meio da utilização de entrevista com os usuários (pacientes e familiares), que se materializa no preenchimento do formulário de avaliação social, conforme ilustrado no depoimento das assistentes sociais:

As consultas do Serviço Social nos Postos Avançados, as entrevistas, eram muito extensas por conta disso, [...] a gente tentava desmistificar essa ideia do que é o HC IV e o que é cuidado paliativo. (E7)

[...] primeiro porque a gente fazia a Avaliação Social logo ali no Posto Avançado e já fazia as orientações e o profissional do ambulatório, da internação, e assistência domiciliar dava continuidade às orientações (E6).

Diante do exposto, pode-se inferir que a entrevista é um instrumento mediador no processo de conhecimento entre profissional e usuário possibilitando uma troca intensa com foco na ampliação da consciência crítica e na efetivação de direitos sociais. Vale registrar, o necessário processo de apreensão das várias expressões que assumem na atualidade as desigualdades sociais e a projeção de formas de resistência e de defesa da vida (IAMAMOTO, 2004, p.268).

2.2 Representação Social e Cuidados Paliativos

A teoria de Representação Social é compreendida por meio de diferentes perspectivas teóricas tendo como interesse investigativo a interação entre o indivíduo e sociedade – a linguagem é a mediação privilegiada. No cotidiano se pode observar homens e mulheres compartilhando ideias e expressando seus pensamentos (HELLER, 1989).

Note-se, que os saberes produzidos na vida cotidiana e pertencentes ao mundo vivido, se manifestam em falas, atitudes e condutas que se institucionalizam e se reproduzem rotineiramente. Portanto, repleta de significados e carregada de estruturas de relevância para os grupos sociais em determinado contexto social.

Reportando-se a Marx na Ideologia Alemã (1986, p.37) “o ser dos homens é o seu processo de vida real”. Reforça-se, que a partir do senso comum é possível vislumbrar a construção de conhecimento científico.

Nessa direção, Netto (2012) ao analisar a vida cotidiana, sob a ótica Luckasiana, observa que, se em toda sociedade existe e se põe a cotidianidade, em cada uma delas a estrutura da vida cotidiana é distinta quanto ao seu âmbito, aos seus ritmos e regularidades, bem como, aos comportamentos diferenciados dos sujeitos coletivos em face da cotidianidade.

A preocupação de estudar a natureza do signo para reconhecer os tipos de discurso, conduziu o teórico soviético Mikhail Bakhtin (1981, p.33) a enfatizar que cada época e cada grupo social têm seu repertório de formas de discurso determinadas pelas relações de produção e pela estrutura sociopolítica.

Para o autor mencionado anteriormente, a palavra é o modo mais puro e sensível de relação social. É por meio da palavra que se confrontam interesses contraditórios, veiculando e sofrendo os efeitos das lutas de classe, servindo ao mesmo tempo como instrumento e como material.

Assim, um produto ideológico faz

parte de uma realidade (natural ou social) como todo o corpo físico, instrumento de produção ou produto de consumo; mas ao contrário destes ele também reflete e refrata uma outra realidade, que lhe é exterior. Tudo que é ideológico possui um significado e remete a algo situado fora de si mesmo. Em outros termos, tudo que é ideológico é um signo. Sem signos não existe ideologia. (BAKHTIN, 1981, p.50)

Afirma-se, assim, que o signo que pode ser encontrado numa imagem e nos gestos, por exemplo, transcendendo o plano meramente linguístico, e pode revelar múltiplos comprometimentos de cunho ideológico.

Sobre a atual concepção de ideologia Zizek situa:

Ideologia pode significar qualquer coisa, desde uma atitude contemplativa que desconhece sua dependência em relação a realidade social, até um conjunto de crenças voltado para a ação; desde o meio essencial que os indivíduos vivenciam suas relações com uma estrutura social até as ideias falsas que legitimam um poder dominante. Ela parece surgir exatamente quando tentamos evitá-la e deixa de aparecer onde claramente se esperaria que existisse. (1996, p. 9)

Na perspectiva Bakhtiniana, o uso da linguagem é considerado como um ato eminentemente social e político ligado às formas como os indivíduos definem o significado e constroem suas relações com o mundo por meio de um diálogo contínuo com os outros.

É na linguagem, e por meio dela, que os indivíduos, em contextos históricos específicos, moldam seus valores em determinadas formas e práticas. A linguagem representa uma força central na luta por expressão. Aqui, há uma defesa sobre uma visão de linguagem e de cultura na qual o diálogo e o significado estão associados a um projeto que dá primazia ao político.

“A linguagem é capaz de construir a maneira como os vários indivíduos e grupos codificam e assim leem o mundo” (BAKHTIN, 1981, p.84). Assim, se pensa os Cuidados Paliativos como um campo que produz e reproduz cultura no interior de nossa sociedade.

Desse modo, indaga-se: Hoje, qual o valor dos Cuidados Paliativos? A resposta é dada reiterando a ligação direta que o campo em questão possui com os direitos humanos, ou seja, entendido como o cuidado que todo ser humano merece e deve ser garantido.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, no caput de seu artigo 5º, dispõe: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e

aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida [...]”. Assim, a garantia do acesso aos Cuidados Paliativos é um direito humano fundamental.

2.2.1 A linguagem como expressão da visão dos profissionais de saúde sobre os Cuidados Paliativos

Nesse espaço, a partir de um conjunto de falas que indicam a falta de compreensão dos Cuidados Paliativos ou a dificuldade de comunicação dos profissionais de saúde na fase do tratamento curativo foram iluminados tendo em vista que as ideias são entendidas como frutos de uma consciência determinada historicamente.

Em complemento ao exposto em epígrafe, Frossard (2016), afirma que o pensar estratégico deve estar atento ao trânsito nos microespaços, pois é neles que circulam todos os dias milhares de pessoas anônimas com suas dúvidas e dores. Assim, a noção de cuidado se tornou o fio condutor para desnudar as narrativas nativas e carregadas de reveladoras imagens cotidianas.

Registre-se, que as mesmas foram compreendidas por meio das múltiplas linguagens em ação com o alinhavo dos pares de fragmentos de sentidos como: cuidado e descuido, desconhecimento e desinformação, cura e morte.

Destacam-se as categorias operativas do eixo temático II, no quadro a seguir:

Quadro 2- Representação Social e Cuidados Paliativos

Eixo Temático	Trechos dos depoimentos	Categorias operativas
Representação Social e Cuidados Paliativos	<p><i>“parece que você vai ser jogado fora. Muitos pacientes me falam isso: 'ah, deixaram de investir em mim, estou sendo jogado fora' [...] vem para cá imaginando corredores escuros, pessoas vestidas de preto, um cenário de descuido. A maioria dos pacientes que eu já conversei pensam que serão jogadas em algum canto e que serão esquecidos para morrer” (E2)</i></p>	Cuidado/ Descuido
	<p><i>"Então, aquele imaginário que o paciente tem muitas vezes, quando chega aqui muda, alguns dizem: Aqui, é muito diferente, pensei que era um depósito, pensei que iria internar e não ia sair mais daqui!" (E7)</i></p>	Desconhecimento/desinformação
	<p><i>" [...] a palavra terminal para eles não quer dizer fase IV ou câncer avançado, para o paciente, terminal é cuidado ao fim de vida. Então, quando o médico, do outro lado, do tratamento específico diz para o paciente que ele irá para os cuidados paliativos, ele acha que está morrendo. E, o próprio profissional pensa isso também! [...] Ou seja, para ele, no HC IV só existia alta celestial." (E3)</i></p>	Cura/Morte

Fonte: Elaboração própria

No campo de estudo, é conhecido um dos princípios dos Cuidados Paliativos, que aborda a importância das decisões sobre os tratamentos médicos e o direito de pacientes e famílias e/ou cuidadores, de receberem informações seguras e precisas sobre a opção de tratamento é primordial que o compartilhamento de conhecimento respeite os valores éticos e culturais.

Desse modo, é pertinente registrar que a livre circulação de informações é defendida internacionalmente desde a Declaração Universal de Direitos Humanos, conforme o artigo 19º:

Todo ser humano tem direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras.

É notório, que o acesso à informação é um direito individual similar ao direito de liberdade de expressão e autonomia, com livre intercâmbio de ideias. Desse modo, como redutor de incertezas, a informação fornece subsídios primordiais à tomada de decisões em saúde (de conhecer, de optar e de recusar).

Assim, os fundamentos dos Cuidados Paliativos, suas especificidades e aplicabilidades são essenciais para o desenvolvimento de práticas humanizadas que possibilitem o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia de usuários e familiares, conforme prevê a Política Nacional de Humanização (PNH).

Neste sentido, é preciso destacar a importância da prevenção embutido no próprio conceito de Cuidados Paliativos, ou seja, o que diz respeito à prevenção e ao alívio do sofrimento humano. O que significa o necessário estabelecimento de um programa de educação direcionado à conscientização sobre os Cuidados Paliativos para a realidade brasileira (considerando, evidentemente, as diferenças regionais), visando à desmistificação da morte e do morrer, à disseminação dos objetivos e princípios dos Cuidados Paliativos e do reconhecimento da importância das preferências e escolhas na fase de cuidados no fim da vida.

A seguir, a fala do entrevistado abaixo expressa o ordinário cotidiano hospitalar que urge por mudanças no âmbito educacional.

A falta de conhecimento da equipe médica a respeito do verdadeiro papel e de todo o potencial que existe na qualidade de atendimento prestado pela equipe de Cuidados Paliativos, provavelmente, faz com que as pacientes não recebam todo o acompanhamento que seria possível ser oferecido. Fica a impressão de que Cuidados Paliativos são iguais aos cuidados de final de vida somente, o que não é correto. (E4)

Além do desconhecimento sobre os fundamentos dos Cuidados Paliativos, destaca-se a ausência da diferenciação entre as fases inerentes ao campo, ou seja, os cuidados no fim da vida é uma parte e não o todo.

O descuido como falta de atenção e de abandono se expressa no depoimento a seguir:

[...] vem para cá imaginando corredores escuros, pessoas vestidas de preto, um cenário de descuido. A maioria dos pacientes que eu já conversei pensam que serão jogadas em algum canto e que serão esquecidas para morrer (E2)

Segundo estudo realizado pelo órgão de pesquisa: Datafolha, publicado na Folha de São Paulo, em 29/01/2018, com uma amostra com 2732 pessoas oriundas de diversas regiões brasileiras, foi constatado que são presentes na realidade brasileira o receio da perda da independência e o descontrole sobre a dor humana.

No estudo supracitado, evidencia-se que o brasileiro não teme a morte ou a velhice, mas tem pavor de se tornar dependente física, mental ou financeiramente. 74% dos entrevistados não temem a morte. O medo entre idosos do sexo feminino de se tornar dependente física ou mentalmente atinge 83%.

De acordo com Machado, Ouro e Santana (2015), a maneira como abordar e acolher o paciente oncológico torna-se essencial para: a adesão ao tratamento, melhoria da qualidade de vida, o resgate da dignidade, a reinserção no seio familiar e social, continuidade e desenvolvimento de suas atividades rotineiras.

A fase dos cuidados no fim da vida se refere à assistência que o paciente deve receber durante a última etapa de sua vida (fase de terminalidade), ao se aproximar da finitude. Acredita-se que se trata de um momento delicado tanto para quem está partindo quanto para sua família, sendo imprescindível o acompanhamento da equipe interdisciplinar.

Mas, na cabeça do paciente, ele entende que está entregue a agonia profunda, sentenciado à morte e ninguém vai poder fazer nada por mim [...] parece que você vai ser jogado fora. (E7)

Quando o sentido da cura como solução e retorno à vida se faz distante/ impossível, o acolhimento é o remédio que prepara, acalma e protege para a passagem ao desconhecido. Assim posto, o acolhimento na fase de luto é um componente primordial na prática paliativista onde há uma intercessão entre ações interdisciplinares com foco no núcleo de cuidado.

Assim posto, recorre-se a Américo (2012, p.542) para enfatizar que, nas últimas horas de vida, o paciente deve se sentir “acolhido em seu ambiente, com presença contínua de alguém querido ao seu lado, suficientemente capaz de cuidar de detalhes do conforto e, ao mesmo tempo, permitir partida serena e digna”.

Considerando um dos princípios dos Cuidados Paliativos, qual seja: “abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto” (ANCP, 2012), destacaram-se as intensas trocas de saberes entre a Enfermagem e o Serviço Social no cotidiano, dando-se ênfase ao núcleo específico da ação do assistente social, nos termos de Merhy (1999).

Os cuidados durante a morte e o morrer estão associados às abordagens práticas relacionadas aos cuidados físicos pelo corpo de enfermagem, às orientações funerárias e sociais pelo Serviço Social envolvendo o óbito e o pós-óbito. A cooperação entre Enfermagem e Serviço Social gira em torno das respostas que podem ser requeridas pelos pacientes em cuidados no fim da vida (CFV), considerando o respeito à sua vontade e às suas preferências, o estímulo à presença de familiares e amigos, a facilitação das reconciliações, a resolução de pendências e a assistência espiritual (SBGG, ANCP, 2015).

No Quadro 3, disposto na sequência, destacam-se alguns procedimentos práticos relacionados à intervenção do Serviço Social.

Quadro 3– Cuidados durante a morte e o morrer

Procedimentos gerais	
Óbito	<ul style="list-style-type: none"> • Orientação quanto aos trâmites legais para o sepultamento. • Perda de documentação: retirada de segunda via da documentação civil no cartório da origem. Na ausência de familiar e/ou responsável, a instituição poderá efetuar a retirada do documento. • Sem referência de origem: comunicar à delegacia da circunscrição para a identificação por meio de papiloscopia. • Ausência de documentação: comunicar à instituição, que notificará o Ministério Público.

Pós-óbito	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecimento de orientações e declarações para a aquisição dos direitos previdenciários aos familiares. • Relatórios para definição de segurados e guarda de dependentes, e/ou outras questões de heranças, quando solicitadas (verificar comprovação da vinculação do solicitante ao falecido). • Orientação quanto aos direitos sociais e previdenciários (pertinentes às questões de identificação, sepultamento, assistência e pensões), de acordo com as legislações vigentes nas esferas municipal, estadual e federal. • Após a avaliação médica e diante da comunicação do profissional (verbal e descrita em prontuário) à equipe multiprofissional, direcionamento da atuação do Serviço Social às necessidades sociais inerentes à morte. • Realização da identificação prévia do familiar e/ou responsável e do cuidador principal para a avaliação da necessidade de facilitar ou não o processo de comunicação com os demais familiares. • Identificação de necessidades para suporte psicológico e/ou espiritual das famílias.
------------------	--

Fonte: Elaboração própria.

Os assistentes sociais, por exemplo, têm como norte as decisões pertinentes ao cuidado do paciente. Estas incluem o prognóstico sobre a morte e a disposição para uma comunicação informativa, sensível e possível (não uma ideia de evolução/progressão de uma conversa simplesmente, mas de seres mutuamente afetados no relacionamento estabelecido de forma complementar e contraditória como é a vida).

Concluiu-se, primeiramente, que se faz pertinente a capacitação das equipes para lidar com condições tão adversas inerentes à atual realidade brasileira, que requerem respostas para além da esfera clínica. Portanto, devem ser consideradas as requisições por parte dos usuários e de suas famílias, da equipe e do processo de integração da rede de cuidados em Cuidados Paliativos, com especial atenção às populações em estado de pobreza ou de indigência.

2.3 Comunicação e Cuidados Paliativos

O conceito de informação deriva do latim e significa a comunicação ou notícia trazida ao conhecimento de uma pessoa ou do público; conhecimento e participação. Informação é tudo que reduz a incerteza; é um instrumento de compreensão do mundo e da ação sobre ele (DANTAS, 2012). Por sua vez, a palavra comunicação vem do latim *comunicare*, que significa troca de mensagens, por isso é entendida como um processo, método ou instrumento, por meio do qual as significações são transmitidas entre pessoas ou grupos.

Há uma associação natural entre a comunicação e o processo de humanização, pois as pessoas estabelecem diálogos de diferentes formas e contextos (PESSINI, 2006). No caso dos profissionais de saúde, a comunicação humanizada está presente em todos os níveis de atenção, ou seja, na prevenção, promoção à saúde, no processo de cura, reabilitação ou na finitude.

Apesar do consenso sobre a relevância dos Cuidados paliativos, a formação acadêmica dos profissionais de saúde no Brasil ainda não contempla adequadamente abordagens teórico-práticas inerente a este cuidado, disciplinas que abordem os temas da morte, luto e do processo de morrer (ESSLINGER, 2006).

Observem-se as falas a seguir:

Quando os residentes chegam, uma estratégia seria incluir esta questão de comunicação de notícia difícil [...] teria que ter esta disciplina de comunicação. No hall de disciplinas da residência, de uma forma geral, da residência médica e multiprofissional [...] falar sobre Comunicação em Saúde, incluindo Comunicação de Notícias Difíceis [...] realmente, fazer essa educação para quem chega, seja residente, seja staff, que acabou de chegar e, essas capacitações têm que ser multidisciplinar." (E4)

Eu acho que a integração da unidade de Cuidados Paliativos dentro da Unidade de Tratamento específico e Educação Continuada com o profissional de tratamento específico para que ele entenda seu papel dentro da palição, que não começa com a gente que é paliativista, mas que começa com eles no momento que eles estabelecem uma linha de tratamento paliativa e na desmistificação deles com relação suas próprias fantasias sobre os Cuidados Paliativos. (E3)

A seguir, apresenta-se o quadro sobre as estratégias de aperfeiçoamento da comunicação direcionada aos Cuidados Paliativos.

Quadro 4 - Estratégias para o aperfeiçoamento da comunicação direcionada aos Cuidados Paliativos

Eixo Temático	Trechos dos depoimentos	Categorias operativas
Estratégias para o aperfeiçoamento	<p><i>"A primeira foi a iniciativa do ambulatório conjunto do HC IV nas outras unidades. O médico assistente fazia o tratamento curativo e o médico do HC IV em conjunto já fazia o controle da dor e dos sintomas. Então, assim, pelo fato do paciente já ter o contato prévio com o médico do HC IV, passava mais segurança, quando ele recebia a notícia de que iria para o HC IV, definitivamente isso ajudou muito! [...] foi uma iniciativa do Serviço Social do HC II, na época que eu fazia Posto Avançado, nas reuniões de família na internação, elas abordavam a questão dos cuidados paliativos [...] isso foi de extrema qualidade, agregou qualidade a própria comunicação do prognóstico e até mesmo na nossa própria entrevista no Posto Avançado facilitou bastante." (E7)</i></p> <p><i>"Eu acho que o round na discussão dos casos dentro do tratamento curativo, o cuidado paliativo deveria ser incluso [...] O paciente é matriculado, vai começar o tratamento com a finalidade de cura, pelo menos naquele momento, então ali, ele já começa a ter a orientação do que é o cuidado paliativo, como outra modalidade de tratamento e que será em conjunto [...]" (E8)</i></p>	Organização do Serviço
	<p><i>"O que é necessário é que a gente trabalhe este processo de comunicação, que aumente a carga horária relacionada a comunicação, principalmente, questão de comunicação envolvendo morte, isso precisa ser trabalhado muito na graduação da área da saúde como um todo [...] A gente precisa trabalhar no conceito de capacitação, educação continuada, educação permanente [...] através de múltiplas técnicas, não só aulas. Existe a questão de Workshop, cursos em forma de vivências [...] desenvolver algumas habilidades [...] capacidade de relação interpessoal e intrapessoal" (E1)</i></p>	Formação Profissional

Fonte: Elaboração própria

A informação e divulgação sobre os princípios e objetivos dos Cuidados Paliativos são essenciais para a ação assistencial paliativista. O conjunto de falas exposto em epígrafe indica que a educação contribui para o alcance de um adequado manejo de comunicação de notícias difíceis.

Em relação à organização do serviço destaca-se a atuação dos times de paliativistas. Na reunião anual da *American Society of Clinical Oncology* (ASCO 2017) divulgado pela ANCP no mesmo ano, em entrevista o seu vice-presidente, o Dr. André Filipe Junqueira dos Santos registra que a atuação dos times foi um dos principais destaques apresentados sobre os Cuidados Paliativos.

De acordo com a ANCP (2017) com objetivo de fornecer recomendações atualizadas, a ASCO atualizou a Opinião Clínica Provisória (PCO) de 2012, sobre a integração de Cuidados Paliativos no atendimento de pacientes com diagnóstico de câncer. A atualização representa as mudanças nas evidências sobre a prestação destes cuidados para pacientes com câncer e seus familiares. A recomendação apresentada é a de consultar a equipe paliativista no máximo até oito semanas após o diagnóstico de câncer avançado, recebendo o atendimento adequado, simultaneamente ao início do tratamento.

Assim posto, em 2016, registra-se que a Organização Mundial de Saúde sinaliza as barreiras referentes aos cuidados paliativos a serem transpostas em diferentes realidades nacionais. Estas incluem: a falta de consciência entre os gestores políticos, os profissionais de saúde e a população sobre o que são os cuidados paliativos e os benefícios que podem oferecer aos pacientes e aos sistemas de saúde; limitações culturais e sociais, como crenças sobre morte e morrer, dentre outros.

Conclui-se, desse modo, que as visões expressas pelo conjunto de depoimentos reafirmam o detectado pelo estudo suprarreferido em âmbito internacional.

III. Considerações Finais

Pode-se afirmar que o país se encontra em um momento ímpar de reconhecimento e expansão dos Cuidados Paliativos como especialidade médica. Assim, o conjunto das análises tecidas teve como norte contribuir para o aprofundamento da temática: comunicação, no campo em questão. Sobretudo, para área de Serviço Social, pois este estudo apresenta uma reflexão sobre as temáticas comunicação e Cuidados Paliativos, ainda pouco discutidos por esta categoria profissional.

Assim, o cuidado como fio condutor para as análises realizadas permitiu a disponibilização de um panorama geral a partir de um cenário específico, ou seja, de um determinado espaço do Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva foi possível realizar inúmeras aproximações e abstrações permitindo um olhar atento para as seguintes questões:

- A comunicação em Cuidados Paliativos deve ser informativa, sensível e possível e não uma ideia de evolução/progressão de uma conversa simplesmente – de uma boa para uma má/ difícil, mas de seres mutuamente afetados no relacionamento estabelecido de forma complementar e contraditória como é a vida.
- Há uma associação natural entre a comunicação e o processo de humanização. No cotidiano, os paliativistas exercitam esse processo nos diferentes níveis de atenção.
- As estratégias de aperfeiçoamento da comunicação direcionada aos Cuidados Paliativos devem estar inseridas em um processo de Educação Continuada e Permanente.
- É necessária uma sólida inserção dos times de paliativistas na atenção primária de saúde visando à integração do sistema de saúde baseado na reumanização do cuidado – do início do tratamento à finitude.
- Em relação ao Serviço Social pode-se afirmar que os Cuidados Paliativos são um lócus privilegiado de intervenção.

- A linguagem como instrumento profissional de excelência permite ao Assistente Social exercitar a comunicação interprofissional, bem como, centralizar a família em suas ações, atuar na garantia de direitos sociais, planejar e executar ações no âmbito da rede de cuidados e de suporte e, ainda, compartilhar diferentes atribuições referentes ao óbito e pós-óbito.

Por fim, por meio do diálogo intenso entre o cuidar e o acolher recorreu-se ao escritor Leonardo Boff (2015), que compreende o cuidar como uma síntese onde as contradições não se anulam, mas o lado luminoso predomina. Assim posto, que se ilumine para a população brasileira dependente dos Cuidados Paliativos Oncológicos.

Referências Bibliográficas

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**. CARVALHO, Ricardo Tavares de PARSONS, H. A. (Org.). 2ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

AMÉRICO, A. F. Q. **As últimas quarenta e oito horas de vida**. In. CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (org.). Manual de Cuidados Paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP, 2ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

ANDRADE, L. **O papel do assistente social na equipe**. In: CARVALHO, RT e PARSONS, HAF (org.). Manual de Cuidados Paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP 2ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

ANDRADE, L. (Org.). **Cuidados Paliativos e Serviço Social: Um exercício de coragem**. São Paulo: Setembro, 2015.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO)**: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.439, 2005.

_____. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS. 3ª edição. Brasília, 2006.

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. São Paulo: Hucitec, 1981

BOFF, L. **Desafio permanente: cuidar de si mesmo**. Artigo publicado no Jornal do Brasil, em 2 de agosto de 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 16 fev. 2018

BURLÁ, C.; PY, L. **Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(6):1-3, jun, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n6/pt_0102-311X-csp-30-6-1139.pdf

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas, 2003. Disponível em: <http://www.iqg.com.br/pbsp/img_up/01317818578.pdf> Acesso em: 6 fev. 2018.

CHUPEL, C.P.; MIOTO, R.C.T. **Acolhimento e Serviço Social: contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde.** Serviço Social e Saúde, Campinas, SP, v. 9, n. 2, p. 37-59, maio 2015. ISSN 1676-6806. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634882>>. Acesso em: 25 jan. 2018. Doi <http://dx.doi.org/10.20396/sss.v9i2.8634882>.

DANTAS, M. **Economia política da informação e comunicação em tempos de internet: revisitando a teoria do valor nas redes e no espetáculo.** In. Liinc em Revista.Vol.8, nº1.Rio de Janeiro, 2012.

DATAFOLHA. **Brasileiros não temem a morte, mas a dependência.** Instituto de Pesquisa. Equilíbrio e Saúde. São Paulo, 29 de janeiro de 2018. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2018/01/1953745-brasileiros-nao-temem-a-morte-mas-a-dependencia-mostra-datafolha.shtml>>. Acesso no dia 06 de fevereiro de 2018.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. ONU, 1948. Disponível em: <<http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/regionais.html>>. Acesso em: 16 fev. 2018.

ESSLINGER, Ingrid. **O paciente, a equipe de saúde e o cuidador: de quem é a vida, afinal? Um estudo acerca do morrer com dignidade.** In. PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. Humanização e Cuidados Paliativos. São Paulo: Edições Loyola, 3ª edição, 2006, p. 149-162.

FROSSARD, Andréa. **Vidas em Partidas.** Rio de Janeiro: Quarter, 2014. 88p.

_____. **A formação profissional numa perspectiva interdisciplinar: os cuidados paliativos em foco.** In: Revista Acadêmica Magistro, vol. 2, nº 2. Rio de Janeiro: Unigranrio, 2015. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/magistro/article/view/2975>>. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. **Os Cuidados Paliativos como política pública: notas introdutórias.** In: Cadernos EBRAPE BR, v. 14, Edição Especial. Rio de Janeiro: FGV, 2016.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. Rio de Janeiro: Paz e Terra Ed, 1989.

HERMES, H.R; LAMARCA, I.C.A. **Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva* vol.18 no.9 Rio de Janeiro Sept. 2013. Disponível em: [<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012.>](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012.>) Acesso em: 13 fev. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Manual de elaboração e apresentação de trabalhos acadêmicos** – Shirley Moreira Burburan (coordenadora). – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

_____. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil** – Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 17. ed. São Paulo: Cortez, 1982.

IAMAMOTO, M. V. **Questão social, família e juventude**: desafios do trabalho do assistente social na área sociojurídico. In: SALES, M. A. et al. *Política social, família e juventude: uma questão de direitos*. São Paulo: Cortez, 2004, p.261-98

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LARKIN; GAMONDI; PAYNE. **Competências Centrais em Cuidados Paliativos: Um Guia Orientador da EAPC sobre Educação em cuidados paliativos** – parte 1. In. *The European Journal of Palliative Care* 2013; 20(2): 86-91 and 2013; 20(3): 140-145.

MCCOUGHLAN, M. **A necessidade de cuidados paliativos**. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo: Edições Loyola, 3ª edição, 2006, p. 167-179.

MACHADO, G. C.; OURO, E. T. R; SANTANA, F.P. G. **Acolhimento de enfermagem em oncologia: enfrentamento da doença pelos pacientes em Feira de Santana-BA**. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, v.2.n.12, 2015.

MARINHO, J. M. de A. **Uma ação de mudança na organização dos cuidados oferecidos às pacientes com câncer avançado do colo do útero em um hospital do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2011.

Disponível em: < <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-609668>.> Acesso em : 15 de março de 2017.

MERHY, EE. **O Ato de Cuidar: a alma dos serviços de saúde?**. Campinas, 1999. Disponível em: < http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/ato_cuidar.pdf> . Acesso em: 10 fev, 2018.

MINAYO. M. C. de S. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 7ª ed, São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. **O desafio da pesquisa social**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 27. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, p. 09 - 29.

MORITZ, RD. (Org.). **Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva**. 1ed.São Paulo: Atheneu,. 2012.

NETTO, J.P; CARVALHO, MCB. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. 10ªed.São Paulo: Cortez editora, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados Paliativos**, 2017. Disponível em: <<http://portalhospitaisbrasil.com.br/os-cuidados-paliativos-no-brasil/>>. Acesso em: 02/02/2018.

PESSINI, L. **A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica**. In. PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. Humanização e Cuidados Paliativos. São Paulo: Edições Loyola, 3ª edição, 2006, p. 181-204.

SANTOS. E.T. **O acolhimento como um processo de intervenção do Serviço Social**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Serviço Social, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **O que são Cuidados Paliativos?** Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da SBBG, 2015.

SOUZA, R. P.; FORTE, D. **Especialidades da Comunicação em Situações Críticas**. In Moritz, Raquel Duarte Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva. São Paulo: Ateneu, 5-16, 2012.

ZIZEK, S. (org.) **Um Mapa da ideologia**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

Apêndice A

Roteiro da entrevista

1. Qual a importância que é dada ao processo de comunicação com o paciente e familiar sobre a transferência para a unidade de Cuidados Paliativos?
2. Quais são as dificuldades encontradas na comunicação sobre o prognóstico e transferência para a unidade de Cuidados Paliativos aos pacientes e familiares?
3. Na sua opinião, como esse processo de comunicação poderia ser aperfeiçoado?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Profissionais de Saúde)

Título da Pesquisa – A assistência em Cuidados Paliativos Oncológicos: a compreensão das múltiplas linguagens em ação.

Nome do Participante: _____

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa realizada dentro do Programa de Residência Multiprofissional do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), que tem como objetivo de compreender as representações sociais elaboradas pelos pacientes, cuidadores/familiares e profissionais diante da comunicação sobre o prognóstico e da transferência para a unidade de Cuidados Paliativos, realizada nos Postos Avançados.

A responsável por essa pesquisa é uma das assistentes sociais que realiza os atendimentos com você nesta unidade hospitalar: Thayana Christina de Castro Miller (CRESS: 26452/ 7ª Região) e Andrea Geórgia de Souza Frossard (orientadora). Você será convidado a realizar uma única entrevista, com horário agendado, onde serão feitas perguntas simples e diretas e gastará no máximo 30 minutos.

Para que você possa decidir sobre a sua participação na presente pesquisa, precisa conhecer seus benefícios, riscos e consequências. Após receber todas as informações abaixo, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso concorde em participar da pesquisa.

OBJETIVOS DA PESQUISA

O objetivo deste estudo é compreender os processos de acolhimento e humanização hospitalar à luz da teoria das representações sociais, ou seja, como as pessoas envolvidas no processo de comunicação (prognóstico e transferência para o HC IV) entendem os Cuidados Paliativos.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Se você concordar com a sua participação nesta pesquisa, o pesquisador participante poderá utilizar parte das falas relacionadas à experiência de comunicar sobre o diagnóstico e a transferência do paciente para a unidade de Cuidados Paliativos. A partir destes dados, será feita uma articulação com a teoria, que se relaciona com essa experiência de processo e elaboração das representações sociais de cada sujeito, para a construção do trabalho. Na divulgação do trabalho, o seu nome não será revelado, garantindo-se o sigilo das informações.

BENEFÍCIOS

Apesar de não haver um benefício direto a você, a participação na pesquisa possibilitará um melhor conhecimento sobre esse processo de comunicação, na área de oncologia, auxiliando na organização do serviço e aprimorando o atendimento a pacientes em Cuidados Paliativos.

RISCOS

Esta pesquisa apresenta o risco mínimo de que as perguntas realizadas mobilizem

sentimentos incômodos aos participantes e sua identificação. E, aos profissionais de saúde será garantido o sigilo, uma vez que nenhum dado biográfico é relevante para o presente estudo (análise temática).

CONFIDENCIALIDADE

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e você não será identificado em nenhum momento. Os usos dos trechos dos atendimentos serão realizados de tal forma que a privacidade e identidade de todos os envolvidos sejam preservadas. O seu nome não será revelado no trabalho a ser desenvolvido.

BASES DA PARTICIPAÇÃO (direito à recusa ou abandono)

É importante que você saiba que a sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária e que você pode recusar-se a autorizar o uso das informações para esta pesquisa ou interromper a sua participação a qualquer momento sem prejuízos, pois o seu tratamento será o mesmo. Caso você decida interromper a sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores envolvidos nesse estudo deve ser comunicada e a utilização do conteúdo dos atendimentos na pesquisa será imediatamente interrompida.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Para esclarecer dúvidas sobre esta pesquisa, você pode entrar em contato com a assistente social residente responsável: Thayana Christina de Castro Miller, através do telefone celular (21) 98338-3590, assim como com a orientadora da pesquisa, a assistente social Andréa Geórgia de Souza Frossard, através do telefone celular (21) 98719-0837, ou ainda, no telefone (21) 32073711, em horário comercial (das 8:00 às 17:00 h).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA, que é formado por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todas as pessoas que se voluntariam a participar destes. Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode entrar em contato com o CEP do INCA na Rua do Resende N°128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 h, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

Este termo foi elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito desta pesquisa, assim como os procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes. Ficou claro que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de esclarecer dúvidas em qualquer momento. Entendo que o meu nome não será publicado, preservando minha identidade e privacidade. Sendo assim, concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para a minha participação nesta pesquisa.

		/ /
Nome e Assinatura do participante		Data
		/ /
Nome e Assinatura do Responsável Legal/Testemunha Imparcial (quando pertinente)		Data

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

		/ /
Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo		Data

Ministério da Saúde

[principal](#) [sair](#) [Sair](#)

THAYANA CHRISTINA DE CASTRO MILLER - Pesquisador | V3.2

Cadastros

Sua sessão expira em: 39min 4

Detalhar projeto de pesquisa

Dados da Versão do Projeto de pesquisa

Título da Pesquisa: A Assistência em Cuidados Paliativos Oncológicos: a compreensão das múltiplas linguagens em ação.
Pesquisador Responsável: THAYANA CHRISTINA DE CASTRO MILLER
Área
Temática:
Versão: 3
CAAE: 69485317.4.0000.5274
Submetido em: 13/07/2017
Instituição Proponente: Hospital do Câncer IV
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Financiamento Próprio
Principal:

Comprovante de Recepção: [PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_916005](#)

Comprovante de Recepção: [PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_916009](#)

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 3

- Pendência de Parecer (PO) - Versão 3
- Documentos do Projeto
- Comprovante de Recepção - Submissão 5
- Folha de Rosto - Submissão 5
- Informações Básicas do Projeto - Submissão 5
- Outros - Submissão 5
- Projeto Detalhado / Brochura Investigador - Submissão 5
- Recurso Anexado pelo Pesquisador - Submissão 5
- TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência - Submissão 5
- Apreciação 5 - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA - Versão 3
- Projeto Completo

Documento	Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
					Selecionar tudo Imprimir Ler em voz alta

Lista de Apreciações do Projeto

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	14/07/2017 16:18:25	Parecer liberado	3	Coordenador	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA	PESQUISADOR	
PO	14/07/2017 16:18:04	Parecer do colegiado emitido	3	Coordenador	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA	
PO	14/07/2017 16:17:42	Parecer do relator emitido	3	Coordenador	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA	
PO	14/07/2017 16:08:15	Aceitação de Elaboração de Relatoria	3	Coordenador	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA	
PO	14/07/2017 16:07:53	Confirmação de Indicação de Relatoria	3	Coordenador	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA	
PO	14/07/2017 16:07:45	Indicação de Relatoria	3	Coordenador	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA	
PO	14/07/2017 16:05:01	Aceitação do PP	3	Coordenador	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA	
PO	13/07/2017 10:18:17	Submetido para avaliação do CEP	3	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA	
PO	08/07/2017 12:52:24	Parecer liberado	2	Coordenador	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA	PESQUISADOR	
PO	08/07/2017 12:51:34	Parecer do colegiado emitido	2	Coordenador	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA	

«««Ocorrência 1 a 10 de 29 registro(s)»»»

[Voltar](#)

Este sistema foi desenvolvido para os navegadores Internet Explorer (versão 7 ou superior), ou Mozilla Firefox (versão 9 ou superior).