

A PSICOLOGIA E O SERVIÇO SOCIAL NAS EQUIPES DE CUIDADOS PALIATIVOS: UMA CONQUISTA À VISTA!?

PSYCHOLOGY AND SOCIAL WORK IN PALLIATIVE CARE TEAMS:
AN ACHIEVEMENT IN SIGHT!?

LA PSICOLOGÍA Y EL TRABAJO SOCIAL EN LOS EQUIPOS DE
CUIDADOS PALIATIVOS: ¿UN LOGRO A LA VISTA?

Victoria Luzia Antunes Grothe¹
Aline Safiano da Silva²
Gabriela Cristina Leme de Carvalho³
Márcio José de Almeida⁴

INTRODUÇÃO

Este é um ensaio de natureza científica em que se expõe reflexões com base em experiências, conhecimentos, leituras e vivências. Ele tem o propósito de problematizar as questões do trabalho e do ensino envolvidas na atuação das equipes de Cuidados Paliativos (CP). Em julho de 2023 realizou-se a 17ª Conferência Nacional de Saúde e os CP foram objeto de atenção destacada, tendo sido uma das propostas mais discutidas, votadas e aprovadas por centenas de delegados. Com o papel relevante da recém-criada Frente Nacional Paliativista, as deliberações contemplaram demandas por uma política nacional de saúde que incluía os CP como diretriz, como programa prioritário e com a destinação de recursos para a sua implantação & desenvolvimento em todos os estados.

No decorrer do segundo semestre desse ano, a proposta foi inscrita na plataforma “Brasil Participativo” do Governo Federal e recebeu amplo apoio da sociedade, computando 11.419 votos. Dessa forma, tornou-se, entre 1.297 propostas, a quarta mais votada na área da saúde e a 16ª entre as 8.167 propostas de todas as áreas.

Em novembro de 2023, o Ministério da Saúde apresentou durante a 11ª Reunião Ordinária da Comissão intergestores tripartite (CIT), uma proposta de Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS (PNCP-SUS). O Conselho Nacional de Saúde (CNS) decidiu, em dezembro, aprovar a proposta da PNCP-SUS apresentada pelo Ministério da Saúde. Em 7 de maio de 2024 a Ministra da Saúde Nísia Trindade assinou a Portaria 3681 que instituiu a PNCP-SUS¹.

Autor de Correspondência:

* Victoria Luzia Antunes Grothe. E-mail: victoria.grothe@aluno.fpp.edu.br

¹ Psicóloga. Mestranda em Ensino nas Ciências da Saúde pelas Faculdades Pequeno Príncipe. Professora do curso de Psicologia do Centro Universitário do Vale do Ribeira – UNIVR-UNISEPE. Registro, São Paulo

² Assistente Social. Especialista em Cuidados Paliativos. Hospital Pequeno Príncipe. Curitiba, Paraná

³ Acadêmica de Medicina. Bolsista do PIBIS - Programa Institucional de Bolsas de apoio à Inclusão Social, das Faculdades Pequeno Príncipe. Curitiba, Paraná

⁴ Médico. Doutor em Saúde Pública. Professor Permanente do Programa de Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde das Faculdades Pequeno Príncipe. Curitiba, Paraná

A futura PNCP representa um avanço importante no campo dos CP. Considera-se que são vários os motivos de relevância para o fortalecimento da área dos CP, como os princípios norteadores, as diretrizes, os objetivos, os eixos estruturantes, as competências e atribuições dos gestores do SUS, o financiamento, entre outros.

Neste ensaio apresentamos algumas reflexões, sobretudo sobre os capítulos VII e VIII da Política, que dispõem sobre as equipes de CP e sobre a formação, capacitação e educação continuada dos profissionais e das comunidades. Nossas reflexões decorrem de preocupações com a viabilidade da nova política. Embora se reconheça a importância de todas as dimensões de uma política pública, como por exemplo a financeira e a organizacional, prioriza-se a dimensão dos recursos humanos necessários para o desenvolvimento dos programas e serviços.

E isso é tão mais relevante quando se leva em consideração o reconhecimento de que os CP só podem ser realizados de forma eficaz se houver a participação de equipes multiprofissionais. Pela primeira vez um documento oficial trata o Psicólogo e o Assistente Social com o mesmo grau de importância que o Médico e o Enfermeiro nas equipes preconizadas! Em princípio isso é um reconhecimento correto, pois quem atua no campo dos CP sabe a importância que essas duas categorias profissionais têm para a qualidade de atuação e dos resultados dos CP.

As composições preconizadas para as Equipes Matriciais em CP (EMCP), para as Equipes Matriciais em CP Adulto e Pediátrico (EMCPAP) e para as Equipes Assistenciais em CP (EACP) contemplam a incorporação desses 4 profissionais. E isso é muito importante. Como também é importante ressaltarmos que, no nosso entendimento, a prática é o verdadeiro critério de verdade e neste caso a prática será (ou não) verificada com a efetivação concreta das equipes nos planos municipais e estaduais de saúde e nos serviços públicos, privados e filantrópicos.

Portanto, como sempre fez o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, precisamos estar atentos e participativos. Menos por interesses corporativos e muito mais por compromissos com a qualidade das ações paliativas, que desde os seus primórdios na década de 1960, com o trabalho e o exemplo da enfermeira-médica-assistente social Cicely Saunders, é caracterizado como um trabalho em equipe multiprofissional.

BREVE HISTÓRIA DOS CP E SEU CONCEITO ATUAL

O termo “cuidados paliativos” tem na sua origem alguma confusão com o termo “hospice”. Na Idade Média, este se referia a abrigos, hospedarias. As hospedarias daquele tempo eram destinadas a agasalhar e alimentar os peregrinos e viajantes enfermos. Uma peça do vestuário, o manto ou pallium dos romanos daqueles tempos, tinha a finalidade de proteger do frio e da chuva.

Na Inglaterra dos anos 1960, a Dra. Cicely Saunders desenvolveu um modelo de cuidado interdisciplinar promovendo assistência, educação e pesquisa voltado para pacientes que estavam morrendo de câncer. Mas ela ficou mais conhecida ao abrir em Londres, em 1967, um serviço com o nome de St Christopher’s Hospice que é considerado o marco do movimento hospice moderno. Diferentemente do que ocorria em séculos anteriores, quando eram essencialmente locais de pouso, repouso e alimentação, o projeto Hospice² tem como principal objetivo minorar ao máximo a dor e outros sintomas dos pacientes e, concomitantemente, favorecer a maior autonomia e independência deles nos momentos finais de vida.

Cicely Saunders cunhou na época o termo “dor total” para designar a dor ocasionada pelo câncer³. Esta terminologia engloba a noção de dor oncológica proveniente de múltiplos fatores que tem impacto em diversos domínios da vida do paciente, especialmente com a deterioração da qualidade de vida no que toca ao domínio físico, social, psicológico e espiritual.

O trabalho da Dra. Saunders, reconhecidamente a principal precursora dos CP modernos, realizados por equipes multiprofissionais e com embasamento técnico-científico, também foi importante pela colaboração com experts de outros países, como a Dra. Elisabeth Klüber-Ross (1926 - 2004) psiquiatra, autora de um livro publicado pela primeira vez nos EUA em 1969, no Brasil em 1981, com sucessivas reedições e que até hoje é considerado como imprescindível na formação de profissionais paliativistas⁴. Outro colaborador internacional

da Dra. Saunders foi o Dr. Balfour Mont, cirurgião oncológico no Canadá. Devido ao significado diferente de hospice em francês (hospício), uma das línguas oficiais daquela região do país, o Dr. Mont cunhou pela primeira vez o termo “palliative care”.

Neste contexto, os CP são definidos por uma assistência promovida por uma equipe multidisciplinar visando melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares diante de uma doença que ameaça a vida. Essa abordagem visa não apenas prevenir e aliviar o sofrimento, mas também integrar aspectos físicos, sociais, psicológicos e espirituais do cuidado⁵.

No Brasil, há registro de discussões e iniciativas isoladas sobre CP desde os anos 1970. Na década de 1980 foi criado o Serviço de CP do HC de Porto Alegre, o Grupo Interdisciplinar de Suporte e Terapêutica Oncológica do Hospital Erasto Gaertner de Curitiba (que em 2020 deu origem ao Hospice Erasto Gaertner) e outros. Em 1998 entrou em funcionamento a Unidade IV do Instituto Nacional do Câncer (INCA) no Rio de Janeiro, exclusivo para CP. Nos anos 2000 entraram em funcionamento as Unidades de CP em vários hospitais, inclusive nos dos Servidores Públicos Estaduais e Municipais de São Paulo.

Enfim, os CP são uma modalidade de assistência recente em nosso país. Está ausente na maioria dos municípios pequenos ou médios e é incipiente nos de médio e grande porte. Segundo o Atlas de Cuidados Paliativos⁶, foram identificados no país 312 serviços, a maioria concentrada na região sudeste e em hospitais. Constatou-se muita discrepância entre atividades realizadas nesses serviços e a existência de vazios assistenciais e regionais. Principalmente se for levado em conta que os CP devem ser ofertados desde o momento do diagnóstico de doenças graves e não só a partir da internação dos pacientes e/ou quando não há mais indicação de medidas curativas. O CP deve ser ofertado em todos os níveis de atendimento da rede de serviços (primária, secundária e terciária) para que as pessoas possam ter acesso na medida em que necessitem e que o tratamento seja de acordo com as suas realidades, propiciando qualidade na convivência com os diagnósticos.

Existe um mapeamento internacional que se chama Observatório Internacional de Cuidados de Final de Vida, que classifica os serviços de CP em 4 grupos, subdivididos em dois níveis cada (A e B). O grupo 1 se refere a locais onde não há nada de cuidados paliativos e o 4 se refere a locais onde tal política é mais capilarizada. Estados Unidos, Canadá, Portugal, Reino Unido e outros países da Europa fazem parte do grupo 4, ou seja, tem política pública e oferta de cuidados paliativos generalizados. O Brasil se encontra no grupo 3A com um indicador de 0,49 equipes por 100 mil habitantes. Precisamos alcançar a condição de integrante do Grupo 4B, o mais completo. Para chegar a tal nível devemos ter pelo menos 1 a 1,5 equipe por 100 mil habitantes, podendo chegar a duas por 100 mil. De acordo com o Observatório da Frente Paliativista, hoje existem 300 equipes no país. Pode-se ter uma ideia, portanto do desafio que será levar à prática a implementação de 1.500 equipes de CP contida na Portaria 3681/2024.

Do ponto de vista conceitual, existe hoje em dia uma discussão acerca da necessidade de o conceito oficializado pela OMS ser revisto e atualizado. A proposta foi apresentada à OMS pela International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC)⁷. O texto do novo conceito proposto é o seguinte: “os cuidados paliativos são cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento relacionados à sua saúde, proveniente de doença severa, especialmente aquelas que estão no final da vida. O objetivo dos cuidados paliativos é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores”⁷.

Essa discussão conceitual precisa ocupar seu lugar no movimento paliativista brasileiro. O conceito de CP evoluiu e amadureceu ao longo dos anos, estendendo a promoção do conforto para além da área da oncologia⁸. Novos elementos foram adicionados à definição, ampliando as faixas populacionais a serem assistidas e acrescentando no seu escopo os problemas de ordem física, psicossocial e espiritual, além da integração da família e dos cuidadores no processo. Apesar da evolução, nota-se que o CP ainda está centrado na doença e não na saúde ou na qualidade de vida, que deveria ser o propósito principal desses cuidados, já que o foco não é mais possibilitar uma morte digna, e sim, uma vida com mais qualidade.

A IMPORTÂNCIA DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS

Segundo a proposta de Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), as equipes mínimas que serão financiadas deverão ser constituídas por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Outras categorias profissionais como nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos e cirurgiões-dentistas também são importantes e poderão atuar nos CP na condição de especialistas atuantes em centros de atenção mais desenvolvidos e como referência das redes de atenção.

A composição das equipes também pode variar dependendo dos locais de realização dos CP: hospitais (enfermarias, ambulatórios, Unidades de Terapia Intensiva, Unidades de Emergência), unidades ambulatoriais da rede de serviços como as Unidades Básicas de Saúde e as Unidades de Pronto Atendimento, domicílios e hospícios. Outra dimensão que também influencia na composição das equipes é a definição da unidade de cuidado (ou unidade de tratamento): paciente ou paciente & familiares ou paciente, familiares & cuidadores. São 3 alternativas que implicam em diversas composições de equipes.

Observando publicações científicas na área, avaliaram as abordagens, as ações desenvolvidas e os pontos de convergência de cada categoria profissional que compõe a equipe multidisciplinar em CP⁹. Os resultados, resumidamente, apontam habilidades em comum, como o acolhimento, a escuta e o respeito à autonomia do paciente. Também são apontadas deficiências comuns, como a carência do ensino acerca da morte e os CP nos cursos de graduação de todas as quatro carreiras.

Além disso, o acolhimento, a escuta terapêutica e a comunicação são fundamentais em todas as categorias profissionais, trazendo à tona a complexidade do paciente e a necessidade de desenvolver competências e habilidades comuns, além das específicas de cada profissão. Em linhas gerais, apresentamos em seguida as ações desenvolvidas por cada uma delas, segundo os autores anteriormente citados:

Medicina – fornecer esclarecimentos sobre diagnósticos e prognósticos; acolher; escutar.

Enfermagem – orientar tanto o paciente como a família nos cuidados a serem realizados, esclarecendo a medicação e os procedimentos a serem realizados; acolher; escutar.

Psicologia – atuar nas desordens psíquicas que geram estresse, depressão e sofrimento; fornecer suporte emocional; acolher; escutar.

Serviço social – fortalecer as relações entre pacientes, os seus familiares e a equipe; informar a equipe quem é o paciente do ponto de vista biográfico (em que situação/condições vive); acolher; escutar.

Uma obra, infelizmente ainda pouco difundida no país, discorre sobre o papel desempenhado pelos profissionais de cada uma dessas 4 categorias e de vários outros, bem como sobre o desenvolvimento permanente de competências em saúde, sendo uma excelente fonte para consultas¹⁰.

Aparentemente os papéis estão bem definidos. Mas na prática dos serviços, no dia a dia, não é bem assim. Volta e meia ainda surgem propostas de composição das equipes preconizando a participação de “psicólogo ou assistente social”, como se fosse substituível a função de um profissional pelo outro.

O psicólogo e o assistente social desempenham papéis cruciais ao orientar e apoiar a família, facilitando o processo de luto e criando um ambiente de conforto e confiança durante os momentos finais de vida do paciente. A atuação interdisciplinar visa garantir uma qualidade de vida digna e ajudar na manutenção do equilíbrio familiar diante da terminalidade, facilitando o acesso a benefícios e serviços, garantindo uma abordagem holística e humanizada¹¹.

O acolhimento, como ferramenta central, permeia toda intervenção do psicólogo, do assistente social e de toda a equipe multidisciplinar, reconhecendo a importância de uma abordagem integral e colaborativa preconizada pela Política Nacional de Humanização¹².

Deste modo a Psicologia e o Serviço Social assumem posturas sociopolíticas como profissões, utilizando-se de uma base científica multidisciplinar das Ciências Humanas e Sociais. Sua atuação se estende às diversas manifestações da questão social, como desigualdades econômicas, políticas e sociais, desemprego, vulnerabilidade, doenças, violência, entre outras. Além disto, atuam no contexto dos cuidados paliativos, assegurando que esses cuidados sejam reconhecidos como direito humano e social, focando não apenas no paciente, mas também em sua família e cuidadores¹³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enfim, diante dessas informações, considerações e reflexões, nossa esperança é de que estejamos vivenciando uma transição auspiciosa na história dos CP em nosso país. Para isso, precisaremos não só de uma conquista, como dá a entender o título deste ensaio. Além da conquista de equipes com a participação importante dos profissionais da Psicologia e do Serviço Social de forma efetiva, reconhecida, valorizada e massiva, o desenvolvimento dos CP de forma sustentável e de boa qualidade dependerá de outras.

No momento estamos conquistando novas bases jurídico-legais no campo das políticas públicas. Isso é importante. Mas não é suficiente! É uma conquista que precisa ser acompanhada e seguida por mudanças na organização dos serviços, inclusive nas Unidades da rede de atenção básica, na esfera da formação e da educação permanente de profissionais etc. Caso contrário, o ponto de interrogação no final do título do ensaio prevalecerá e ficará maior do que o desejado ponto de exclamação...

Nas atuais circunstâncias, a prevalência da interrogação significará a permanência da distanásia nos serviços de saúde, especialmente nas unidades de terapia intensiva de hospitais, onde acontecem práticas de futilidade ou obstinação terapêutica.

Em outro campo, agora mais no nosso “quintal”, existe a necessidade de desmistificar pseudos cuidados paliativos que às vezes são observados. Estamos nos referindo ao “palifofismo”, ou seja, aquele tipo de atendimento em que predominam as pieguices (alisando a cabeça ou pegando na mão do paciente e dizendo amenidades) sem existir a preocupação em aliviar a dor e outros sintomas, sem fazer uma rigorosa avaliação clínica, social, psíquica, espiritual e sem ter um plano terapêutico estabelecido com a equipe. Em outras palavras, bom senso, compaixão, empatia fazem parte dos verdadeiros CP quando compõem um conjunto de ações embasadas no conhecimento científico e na aplicação de técnicas afins disponíveis. Como tem sido reiteradamente lembrado pela ANCP, os CP são técnicas específicas, com resultados baseados em evidências. Ou seja, técnicas adequadas de CP agregam valor ao sistema de saúde, pois aumentam a qualidade da atenção e geram economia de recursos¹⁴.

Existem ainda muitas ações importantes para serem desenvolvidas, como a inclusão dos conteúdos a serem estudados e das competências a serem desenvolvidas nas DCN dos cursos da área da saúde. Até o momento só as DCN da medicina tiveram, tardiamente, essa alteração (Res 3/2022). Faltam iniciativas na esfera dos cursos de enfermagem, psicologia, serviço social e outros.

Outra ação importante a ser desenvolvida é com relação às Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). Apesar da existência de excelentes publicações a respeito^{15,16} e da Resolução nº 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina¹⁷, verifica-se uma dificuldade persistente entre os próprios profissionais paliativistas em usar essa ferramenta para qualificar os CP. Na própria DCN da medicina que recentemente incluiu a obrigatoriedade do ensino dos CP, não existe uma palavra a respeito! Essa situação dá razão, a nosso ver, a um dos autores desse campo que escreveu na apresentação de um dos seus livros: “Vemos uma negação e fuga da palavra morte até na definição de cuidados paliativos com o uso de eufemismos como “doenças ameaçadoras da vida”, ou seja, doenças que podem levar à morte”¹⁸. Essa é uma mudança mais difícil de acontecer, porque se trata de uma mudança cultural. Mas não podemos desistir. Essa conquista também acontecerá!

A implementação de uma Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no Brasil representa um avanço significativo para a saúde pública e o bem-estar dos pacientes com doenças crônicas e ameaçadoras à vida. Sendo assim, a inclusão da Psicologia e do Serviço Social nas equipes multiprofissionais de cuidados

paliativos é uma conquista notável, pois reconhece a importância desses profissionais no manejo do sofrimento humano. O psicólogo e o assistente social têm como objetivo abordar não apenas as necessidades sociais e emocionais dos pacientes e suas famílias, mas também promover a equidade no acesso aos serviços de saúde.

A trajetória histórica e a integração dos cuidados paliativos ao Sistema Único de Saúde (SUS) evidenciam o início de uma trajetória de compromisso com a dignidade e qualidade de vida dos pacientes. A aprovação da Resolução CIT 48 em 2018 e a Política Nacional, destacada na 17ª Conferência Nacional de Saúde, aprovada pelo CNS e publicada em 22/5/2024 sinalizam um progresso nas políticas públicas de saúde. Sendo importante refletir sobre os desafios que ainda precisam ser enfrentados para que essa política se materialize efetivamente na prática.

A formação de equipes multiprofissionais de cuidados paliativos, como previsto pela proposta, requer não apenas recursos financeiros, mas também um investimento substancial na capacitação contínua dos profissionais de saúde. Os desafios para viabilizar um trabalho interdisciplinar, que inclua médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, não podem ser subestimados, pois cada um desses profissionais traz consigo uma perspectiva singular e necessária sobre o cuidado integral dos pacientes.

A educação e sensibilização tanto dos profissionais de saúde quanto da população em geral são essenciais para desmistificar o conceito de cuidados paliativos e garantir que todos aqueles que necessitem desse tipo de cuidado tenham acesso a ele. Com a implementação da PNCP, o país demonstra um passo vital para assegurar que os pacientes com doenças graves recebam cuidados humanizados e integrados. Os papéis da Psicologia e do Serviço Social, serão essenciais para alcançar os objetivos dessa política, promovendo o acesso a saúde do sujeito, ou seja, a dignidade e o bem-estar dos pacientes em todas as fases de suas vidas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS. Diário Oficial da União [Internet]. 2024 maio 22; Seção 1: p. 215 [citado 29 de nov 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html
2. Menezes RA. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Fiocruz; [Internet]. 2004 [citado 05 de abr. 2024]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/49906>
3. Clark D. Total pain: the work of Cicely Saunders and the maturing of a concept Dumfries: University of Glasgow; [Internet] 2014 [citado 20 de abr. 2024]. Disponível em: <http://endoflifestudies.academicblogs.co.uk/total-pain-the-work-of-cicely-saunders-and-the-maturing-of-a-concept/>
4. Klübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 9th ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2008.
5. World Health Organization (WHO). Palliative care: cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programs. Geneva: WHO; 2007. Module 5. [citado 20 de abr. 2024]; Disponível em: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/CC_PalliativeCareModule.pdf
6. Guirro ÚBP. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; [Internet]. 2022 [citado 20 de abr 2024]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1r0DVSyo08-ArD-Pf7KjspXB0ALjGEO9p/view>
7. International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC). Consensus-based definition of palliative care. Houston: IAHPC; [Internet]. 2019 [02 de mai. 2024]. Disponível em: <https://iahpc.org/research/consensus-based-definition-of-palliative-care/>

8. Souza LC, Cestari VRF, Nogueira VP, Furtado MA, Oliveira IMM, Moreira TMM, et al. Análise da evolução histórica do conceito de cuidados paliativos: revisão de escopo. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2022;35:e018066 [3 de mai. 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR018066>
9. Hermes HR, Lamarca IC. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013;18(9):2577-88 [citado 20 de abr 2024]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6RByxM8wLfBBVXhYmPY7RRB/?lang=pt>
10. Nunes R, Rego F, Rego G, editores. *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cuidados Paliativos*. Coimbra: Almedina; 2018.
11. Medeiros TS, Silva OR, Sardinha ALB. Acolhimento e acesso aos direitos sociais: assistência a pacientes em cuidados paliativos. *Textos Contextos* [Internet]. 2015;14(2):403-15 [citado 21 de abr 2024]. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/article/view/21225>
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização: formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde; [Internet]. 2012 [citado 20 de abr. 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf
13. Frossard A. Concepções sobre dor e cuidados paliativos. *Rev Políticas Públicas Segur Soc* [Internet]. 2018;2(2):35-52 [citado 22 de abr 2024]. Disponível em: <https://www.neppps.com/revista/index.php/revistappss/article/view/2018020202>
14. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Análise situacional e recomendações para estruturação de programas de cuidados paliativos no Brasil. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; [Internet]. 2018 [citado 04 de mai. 2024]. Disponível em: https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL_ANCP-18122018.pdf
15. Dadalto L, Tupinambás U, Greco DB. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. *Rev Bioética* [Internet]. 2013;21(3):463-76 [citado 20 de mai. 2024]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/SzZm7jf3WDTczJXfVFpF7GL/?format=pdf&lang=pt>
16. Nunes R. Diretivas antecipadas de vontade. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; [Internet]. 2016 [citado 3 de mai. 2024]. Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2017/01/diretivas_antecipadas_de_vontade_-_rui_nunes.pdf
17. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução nº 1.995/2012, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2012 [citado 3 de mai. 2024]. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=10938&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1995&situacao=VIGENTE&data=09-08-2012&vide=sim>
18. Santos FS. *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Atheneu; 2009.



DATA DE SUBMISSÃO: 02/12/2024 | DATA DE ACEITE: 05/12/2024