

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO  
FIGUEIRA (IMIP)

**PERCEÇÃO DA EQUIPE DE RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS SOBRE O  
AUTOCUIDADO: UM ESTUDO QUALITATIVO**

**Estudante bolsista do Programa de  
Iniciação Científica (PIBIC/CNPq):**

Eduardo Lima de Moraes Pires

**Orientadora:** Dra. Juliana Monteiro

Costa

**Co-orientador:** José Anchieta de

Brito

RECIFE

OUTUBRO, 2020

**Percepção da equipe de residência multiprofissional em cuidados paliativos sobre o autocuidado: um estudo qualitativo**

**Perception of the multidisciplinary residency team in palliative care on self-care: a qualitative study**

Eduardo Lima de Moraes Pires<sup>1</sup> Juliana Monteiro Costa<sup>2</sup> José Anchieta de Brito<sup>3</sup>

Bruno Pereira Barros<sup>4</sup> Evandro Bezerra Cintra Júnior<sup>5</sup> Camila Batista Mascena

Nogueira<sup>6</sup>

<sup>1, 4, 5, 6</sup> Estudantes da faculdade Pernambucana de Saúde. Recife, PE, Brasil. Av. Mal.

Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira, Recife, PE, Brasil. CEP: 51200-060. E-

mails: seripodraude@hotmail.com, brunobarros47@hotmail.com,

evandro.cintra02@gmail.com, camilamascena@icloud.com

<sup>2</sup> Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife, PE, Brasil. Av. Mal.

Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira, Recife, PE, Brasil. CEP: 51200-060. E-

mail: jullymc@hotmail.com

<sup>3</sup> Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife, PE, Brasil. Av. Mal.

Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira, Recife, PE, Brasil. CEP: 51200-060.

Docente da Universidade de Pernambuco. Recife, PE, Brasil. Rua Arnóbio Marques,

310, Santo Amaro, Recife, PE, Brasil. CEP: 50100130. E-mail:

anchietabrito@gmail.com

**Reconhecimento de apoio ao estudo:** CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

**Autor correspondente:** Eduardo Lima de Moraes Pires, Telefone pessoal: +55 (81) 9

9990-8818, E-mail: seripodraude@hotmail.com

**Os autores negam quaisquer conflitos de interesse no desenvolvimento desta pesquisa.**

## RESUMO

**Objetivos:** Compreender a percepção da equipe multiprofissional em saúde sobre o autocuidado no serviço de cuidados paliativos. **Método:** Trata-se de um estudo de natureza qualitativa realizado com residentes de cuidados paliativos de um hospital terciário do estado de Pernambuco. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o grupo focal e as falas dos participantes foram analisadas de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Minayo. A pesquisa seguiu as normas da Resolução 510/16 do CNS e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, através do parecer número 3.018.083. **Resultados:** Participaram do estudo 12 residentes, todas do sexo feminino, com média de idade de 26,6 anos. A maioria encontrava-se no primeiro ano de residência hospitalar, eram solteiras, sem filhos e possuíam alguma crença religiosa. Após a análise do conteúdo emergiram três categorias temáticas: 1 – Crescimento pessoal e profissional, 2 – Condições de trabalho desfavoráveis e repercussões na saúde física e mental, 3 – Frustração com o trabalho prestado e fragilidades. **Conclusões:** Apesar das dificuldades de lidar com a situação de terminalidade dos pacientes e conviver com fatores estressores arraigados na formação acadêmica, sobressai-se a satisfação advinda do provimento de assistência e acolhimento desses pacientes. **Palavras-chave:** Cuidados Paliativos; Autocuidado; Equipe de Assistência ao Paciente.

## **ABSTRACT**

**Objectives:** To understand the perception of the multidisciplinary health team about self-care in the palliative care service. **Method:** a qualitative study carried out with palliative care residents in a tertiary hospital in the state of Pernambuco. The instrument used to collect data from the focus group and how the speeches of the participants were analyzed according to the Thematic Content Analysis Technique proposed by Minayo. The research complied with the norms of Resolution 510/16 of the CNS and was approved by the Ethics Committee in Research with Human Beings, through the opinion number 3.018.083. **Results:** 12 residents participated in the study, all female, with a mean age of 26.6 years. Most were in the first year of hospital residency, were single, had no children and had some religion. After the content analysis, three thematic categories emerged: 1 - Personal and professional growth, 2 - Unfavorable working conditions and repercussions on physical and mental health, 3 - Frustration with the work done and weaknesses. **Conclusions:** Despite the difficulties in dealing with the terminality of patients and living with stressors rooted in academic training, the anticipated satisfaction in caring for and welcoming these patients stands out. **Keywords:** Palliative Care; Self-care; Patient care Team.

## I. INTRODUÇÃO

A saúde tem grande influência no processo de viver, o qual tem se prolongado de forma progressiva nas últimas décadas devido às inovações tecnológicas que tiveram como efeito o aumento da sobrevivência, permitindo compreender a morte não apenas como um episódio isolado, mas como resultado de um processo<sup>1</sup>. Todavia, aliado ao aumento da expectativa de vida, os profissionais de saúde que lidam com pacientes portadores de doenças crônicas que ameaçam a vida, começaram a perceber que existe uma possibilidade de atendimento com ênfase na qualidade de vida e cuidados aos pacientes: os cuidados paliativos<sup>2</sup>. Segundo a OMS, os cuidados paliativos constituem-se em uma abordagem que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes, adultos ou crianças, e de seus familiares que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Além disso, visa prevenir e aliviar sofrimento por meio da investigação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais<sup>3</sup>.

A *Worldwide Hospice Palliative Care Alliance* (WHPCA) estima que existem cerca de 20 milhões de pessoas em fase final da vida que necessitam de atendimento em cuidados paliativos, porém somente 14% deste contingente de pessoas recebe atendimento especializado<sup>4</sup>. Diante disso, tem-se exigido cada vez mais profissionais qualificados para atuar no atendimento de pacientes submetidos a esse contexto.

Os cuidados paliativos são alicerçados na coparticipação de três agentes: o profissional de saúde, o paciente em situação de terminalidade de vida e sua família. Sabe-se que o impacto da possibilidade de morte causa mais sofrimento para essa tríade, pois no cuidado paliativo já não existe mais viabilidade para a cura da doença, sendo abandonado o tratamento baseado em paradigmas curativos e adotada uma nova perspectiva<sup>5</sup>. Assim, o foco é direcionado para o cuidado integral, prevenindo e

controlando os sintomas para todos os pacientes que enfrentem doenças graves, ameaçadoras da vida, conceito que também se aplica aos familiares, cuidadores e equipe de saúde e seu entorno, que adoecem e sofrem em conjunto<sup>6</sup>.

O processo de trabalho em cuidados paliativos requer competências específicas, as quais devem ser resultantes da aquisição de habilidades como parte da formação profissional e que lhes permitam atuar neste cenário<sup>7</sup>. Esses atributos dizem respeito à capacidade de superação pessoal e resiliência por parte dos componentes da equipe profissional, pois estes vivenciam, constantemente, situações que envolvem valores, crenças e emoções para lidar com ocasiões cotidianas de conflito e de estresse, inerentes ao processo de assistência em cuidados paliativos. A ausência destas competências poderá contribuir como fonte geradora de insatisfação e de não realização pessoal e profissional, levando a angústia e sofrimento para o profissional e, em particular, para equipe de saúde que acompanha pacientes que necessitam de cuidados no fim da vida<sup>8</sup>. Portanto, fatores intrínsecos e extrínsecos ao profissional podem interferir de forma negativa no processo de cuidar de si e do outro.

Um dos aspectos significantes e que negligenciados pelos profissionais que trabalham com cuidados paliativos tem sido o autocuidado. O autocuidado é uma prática de atividades que os indivíduos realizam pessoalmente, em favor de si, na manutenção da vida e saúde, que se apresenta associada com as habilidades, valores e regras culturais e científicas do próprio sujeito, ou seja, é um aspecto do viver saudável<sup>9</sup>.

Com as inúmeras atividades que lhe são atribuídas, o profissional carece de tempo para pensar no seu autocuidado, e entra na rotina que é proposta pelos serviços. Enquanto cuidam do outro, sentem-se realizados, mas não oferecem a si o cuidado devido. Ou seja, quando esses profissionais se sentem “saudáveis”, costumam ter um

descaso para com o cuidado de si próprio, somente sentido a necessidade de rever o seu estilo de vida quando algum elemento relacionado as suas necessidades humanas básicas é afetado por algum evento inesperado<sup>10</sup>. Esta reflexão tem como propósito a necessidade do resgate do autocuidado, para exercício pleno da profissão.

Os fatores que contribuem significativamente para o descuido dos profissionais estão relacionados a ergonomia do ambiente laboral, pelas condições de poder inquestionável de superiores, serviço mal remunerado, jornada dupla, concomitante a não contemplação de suas necessidades básicas bio-psico-sócio-espiritual<sup>11</sup>.

Um estudo transversal descritivo e exploratório com intuito de avaliar a percepção da própria saúde pelos profissionais de enfermagem foi realizado em um hospital filantrópico na cidade do Guarujá, em São Paulo. Concluiu-se que, devido à rotina intensa e às diversas realidades de sofrimento que envolvem o trabalho, a saúde do cuidador se torna ameaçada. Identificou-se, também, que o convívio com a família e os amigos são os valores que com muito esforço procuram ser preservados<sup>12</sup>.

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

Existe evidência moderada de que a escuta ativa, a discussão periódica entre membros da equipe e gestores de saúde por meio de reuniões e a implementação de mudanças no cotidiano dos profissionais melhora a sua qualidade de vida e a assistência

prestada aos pacientes que necessitam de cuidados no processo que engloba o fim da vida. Porém, essas evidências se restringem a uma seleta categoria de profissionais, impedindo a compreensão das demandas dos outros profissionais que compõem a equipe de cuidados paliativos<sup>13,14</sup>. Por isso, faz-se necessário novos estudos a fim de contribuir com as recomendações baseadas em evidência sobre as características capazes de preservar o bem-estar dos profissionais inseridos nesse contexto.

Diante deste cenário, torna-se imprescindível um olhar diferenciado para os profissionais de saúde que atuam em equipes de cuidados paliativos, principalmente para aqueles que se encontram em processo de formação, quer seja ela através de estágios profissionalizantes ou programas institucionais de residentes. Isso se justifica na medida em que estes vivenciam um alto nível de estresse relacionado às atividades cotidianas<sup>15</sup>.

Portanto, o objetivo deste trabalho é compreender a percepção da equipe de residência multiprofissional em cuidados paliativos acerca do autocuidado.

## II. MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, centrado na compreensão dos participantes sobre o fenômeno em questão. A pesquisa qualitativa procura trabalhar o universo de valores crenças, sentidos, significações e intencionalidade inerentes aos atos e as estruturas sociais e requer flexibilidade, a capacidade de observação e interação entre investigador e atores sociais envolvidos<sup>16</sup>.

O estudo foi realizado no Ambulatório de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), pertencente à Universidade de Pernambuco, instituição de direito público, sediada na cidade do Recife.

A coleta de dados ocorreu no ano de 2018. A população do estudo compreendeu a Equipe multiprofissional de saúde composta pelos residentes que estavam atuando no serviço de cuidados paliativos do HUOC durante a execução da pesquisa. O tamanho da amostra foi determinado pelo critério de saturação dos dados onde “o pesquisador fecha o grupo quando, após as informações coletadas com certo número de sujeitos, novas entrevistas passam a apresentar repetições em seu conteúdo”<sup>16</sup>.

Foram incluídos no estudo residentes da equipe multiprofissional de saúde que atuavam como parte da equipe de cuidados paliativos do HUOC durante a execução da pesquisa; que aceitaram participar livremente da pesquisa e que compreenderam os objetivos da mesma. Foram excluídos da pesquisa aqueles que estiveram de férias ou aqueles que estavam de licença por qualquer motivo de saúde.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi o Grupo Focal, que é uma técnica de coleta de dados da pesquisa qualitativa, onde ocorre um debate entre os participantes sobre uma temática específica<sup>17,18</sup>. O conteúdo do Grupo Focal foi gravado na íntegra com a autorização de todos os participantes por meio do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido e transcrito, de maneira literal, garantindo a fidedignidade das verbalizações.

A Técnica de Análise de Conteúdo de Minayo foi utilizada para analisar os dados da pesquisa, com o objetivo de permitir ao pesquisador estudar o comportamento dos participantes do grupo focal de forma indireta através de uma análise de suas comunicações. Neste tipo de técnica, busca-se a compreensão de um discurso, do sentido das informações, conteúdo manifesto e/ou latente, significações implícitas e explícitas dos sujeitos envolvidos na pesquisa, na busca de extrair os seus aspectos relevantes.<sup>19</sup>.

Fazer análise temática é um caminho em que se podem encontrar os núcleos de sentido que aparecem nas narrativas dos participantes, cuja frequência ou presença tem alguma representação para o tema da pesquisa. Assim, na análise de significados, a presença de determinados temas denota os valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso. A análise temática se desenvolve segundo as fases da pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação<sup>19</sup>. Dessa forma, foram levantados os temas predominantes nas falas dos participantes e analisados com base na literatura consultada.

Este projeto está inserido em projeto âncora da Pós-Graduação *stricto sensu* Mestrado em Psicologia da saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS que tem como título “Projeto Terapêutico Singular nos Cuidados Paliativos: vivência da equipe multiprofissional em um hospital de referência”, com vigência no período de novembro de 2017 a novembro de 2020. Este projeto foi aprovado pelo CEP-HUOC (CAAE 00603018.2.0000.5192). Todos os participantes que preencheram aos critérios de inclusão foram informados sobre o estudo e convidados a participarem do mesmo. O estudo está em conformidade com a Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de

Saúde (CNS). Foram assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados, não estando o sujeito da pesquisa em risco sob este ou qualquer outro aspecto.

### III. RESULTADOS

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

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

A partir da transcrição e análise dos dados coletados no grupo focal foram estabelecidas três categorias de análise que serão apresentadas, articulando com a literatura existente sobre a temática, a saber: 1 – Crescimento pessoal e profissional, 2 – Condições de trabalho desfavoráveis e repercussões na saúde física e mental, 3 – Frustração com o trabalho prestado e fragilidades.

## IV. DISCUSSÃO

### 1ª categoria – Crescimento pessoal e profissional

Apesar de reconhecerem as limitações e dificuldades de trabalhar em cuidados paliativos, foi evidente, entre os discursos das participantes, reconhecer a capacidade que o seu ofício tem de promover uma ressignificação de paradigmas a respeito da vida pessoal e trabalho. No presente estudo, podemos identificar tais aspectos nas seguintes narrativas:

[...] *“Eu tenho mudado muito a minha visão de vida, hoje eu vejo a vida de uma forma diferente que eu via há 3 meses atrás”* [...] **(Rosa Linda, Enfermeira, 37 anos)**

[...] *“depois de cuidados paliativos, que eu passei uma semana aqui eu realmente comecei a pensar em outras coisas que eu pensava que não tinha importância, como é especial viver cada momento”* [...] **(Borboleta, Terapeuta Ocupacional, 25 anos)**

Um estudo qualitativo brasileiro, realizado com profissionais de saúde com vivência em situações de terminalidade infanto-juvenil, evidenciou que estes desenvolveram novas concepções sobre o processo de morrer, das quais pode-se citar: aprendizado pessoal, autossuperação, sentimento de “dever cumprido” e ampliação do sentido da vida<sup>20</sup>.

De um modo geral, as participantes revelaram uma importante aquisição de conhecimentos a respeito da abordagem de pacientes terminais. Alguns, inclusive, lamentaram o fato do conteúdo ser explorado de maneira superficial durante o período da graduação. As narrativas dos participantes abaixo exemplificam a repercussões positivas das vivências em cuidados paliativos na esfera pessoal e profissional:

[...] *“aprendi em dois anos de residência, o que não aprendi em 4 anos de formação”* [...] **(Rosa, Assistente Social, 23 anos)**

[...] *“a gente vem dando conta e esta dando conta e isso é o que conforta, por mais que nós estejamos muito cansados.”* (Sol, Enfermeira, 25 anos)

[...] *“você não sabe o quanto é gratificante conseguir proporcionar ao outro, no seu momento mais intenso quê é no final, quando você estará se agarrando a tudo, que ele consiga ter um conforto, que ele consiga ir em paz”* [...] (Vitória, Psicóloga, 21 anos)

*“cansada sempre, mas feliz”* (Bela, Fonoaudióloga, 25 anos)

Tais aspectos podem ser corroborado por um estudo de caráter descritivo exploratório, o qual revelou que 92% dos participantes concordaram que o conteúdo “terminalidade da vida” era importante no currículo de enfermeiras que trabalham em cuidados intensivos de pacientes críticos<sup>21</sup>.

Assim, pode-se notar, através das percepções das residentes, os ganhos para a saúde mental, intelectual, espiritual e social advindos do processo de cuidar de pacientes em situação de terminalidade de vida.

## **2ª categoria – Condições de trabalho desfavoráveis e repercussões na saúde física e mental**

A partir dos relatos dos participantes, foi observado que alguns fatores de risco implicaram em uma maior probabilidade de desfechos negativos acerca da saúde mental dos profissionais inseridos no contexto de cuidados paliativos. Dentre estes fatores, pode-se citar: quantidade excessiva de horas no trabalho, higiene prejudicada e isolamento social. Pode-se exemplificar o exposto a partir das seguintes falas das participantes do estudo:

[...] *“dentro dessas 60 horas devem ser contemplados teoria, teórico e prática, e prática... mas é puramente Prática... e a gente não precisa de 10 horas para descansar*

*de um processo, com apenas uma hora eu consigo respirar, pois às vezes não consigo tomar nenhum banho. ” (Bel, Enfermeira, 36 anos.)*

[...] *“ou eu lavo meu cabelo ou eu chego atrasada, eu acabo vindo com o meu cabelo sujo para chegar na hora” [...] (Rosa, Assistente Social, 23 anos)*

[...] *“quantas vezes eu fui uma filha ruim, uma amiga ruim, uma namorada ruim, que faltei várias vezes, mas eu fiz uma escolha de estar aqui” [...] (Lua, Terapeuta Ocupacional, 21 anos)*

Estes fatores também estiveram presentes em uma revisão sistemática recente sobre a magnitude deste problema no sistema de saúde, destacando que mulheres jovens que trabalham excessivamente em ambientes ético-caóticos tem maior chance de apresentar sérios desfechos na vida pessoal<sup>22</sup>.

Dentre as consequências para a saúde física e mental, as participantes afirmaram estar submetidas, em diferentes contextos, a estresse físico, psicológico e emocional. Tais aspectos podem dificultar a dissociação entre o trabalho e sua vida pessoal pois são desenvolvidos por decréscimo no nível de energia e entusiasmo quando o ambiente de trabalho é visto com hostil. Tal fato pode ser visto nas seguintes narrativas das participantes:

[...] *“o nível de exaustão que a gente chega é demais para saúde física e mental de uma pessoa.” (Bel, Enfermeira, 36 anos)*

[...] *“o nível de exaustão é tão grande, ou de você estar tão preso no trabalho que você chega em casa e não consegue desvincular, sua mente literalmente não para”*

[...] *(Vitória, Fisioterapeuta, 27 anos.)*

[...] *“já é definido que a equipe de cuidados paliativos tem que ter um momento só para ela, para o lazer. E a gente não tem.”*

*(Rosa Linda, Enfermeira, 37 anos)*

[...] “*você literalmente para sua vida, pois muitas vezes você quer ver seus amigos, almoçar com sua família a noite, mas você chega tão esgotada do que você viu no dia a dia que você vai direto para o quarto e dorme*” [...] (**Lua, Terapeuta Ocupacional, 21 anos**).

Uma recente revisão sistemática revelou uma alta prevalência da Burnout (síndrome caracterizada por esgotamento físico e mental relacionado à vida profissional) em profissionais que exercem ofício nesse contexto<sup>23</sup>.

Não obstante, as residentes deixaram clara a importância do trabalho que vem desenvolvendo, ressaltando que isso não acontece apenas em cuidados paliativos, mas em todos os programas de residência, inclusive em outros estados.

### **3ª categoria – Frustração com o trabalho prestado e fragilidades**

As narrativas das participantes exemplificam que a vivência da residência em cuidados paliativos está inserida em um contexto multidisciplinar e revela um ambiente com potencial para a troca de conhecimentos e experiências, porém, as expectativas destoam da realidade. O aprendizado, em alguns momentos, fica prejudicado por falta de um planejamento institucional mais coeso e com um melhor direcionamento acadêmico, que representam desafios a serem enfrentados em um programa de residência médica. Tais situações tem reflexo direto na formação do residente e impacta no trabalho prestado por esses. Portanto, a frustração é um sentimento com o qual os residentes de cuidados paliativos se defrontam ao iniciarem a residência. O primeiro contato com esse sentimento é identificado em uníssono quando questionados se sentem acolhidas pelo setor que atuam:

“*Não, não, não, não...*” (**Respostas coletivas**).

Corroborando com esse estado de frustração a comunicação ineficiente de alguns

preceptores para com seus residentes, podendo fazer com que estes se sintam inferiorizados e sobrecarregados. O cenário exposto é ilustrado pelas seguintes narrativas:

[...] *“não nos enxergam como residente de cuidados paliativos, nem como profissionais, muitos veem a gente como estagiário ou como um escravo, como um tapa buraco.”* (Sol, Enfermeira, 25 anos)

[...] *“às vezes tem coisas que a gente poderia fazer, mas por outras pessoas colocarem tantos empecilhos a gente não consegue fazer, nem trabalhar corretamente isso é muito frustrante”* [...] (Dona Marlene, Cirurgiã-dentista, 30 anos)

[...] *“eles falam que não ganham nada por está preceptorando a gente.”* (Dora, Fonoaudióloga, 25 anos)

*“Nós damos o nosso melhor, mas, às vezes, não corresponde às expectativas e às necessidades. Isso nós frustra e nos adocece”* [...] (Flor de Liz, Farmacêutica, 27 anos)

Essa pressão psicológica sentida pelo grupo de residentes parece estar perpetrada nas instituições médicas de todo o mundo<sup>24</sup>. Esse tipo de relação de trabalho, intitulado como “mobbing”, que é caracterizado por uma comunicação hostil de um indivíduo para outro em ambiente de trabalho, foi abordada por uma recente pesquisa mexicana<sup>25</sup>. Esta temática também foi alvo de uma pesquisa nacional que evidenciou como fator de risco o sexo feminino, dado que condiz com o perfil do grupo focal abordado, composto por 13 residentes sendo todas do sexo feminino<sup>26</sup>.

Além de todos os obstáculos já citados, percebe-se também a resignação das residentes em relação ao desvio de função que alguns preceptores as submetem para sanar a demanda do seu serviço e com isso mantém a produtividade atualizada. Tais situações são descritas pelas seguintes falas:

*“O maior problema de todo mundo aqui é um bocado de demanda que não é da*

*gente (residente de cuidado paliativos)” [...] (Bela, Fonoaudióloga, 25 anos)*

*[...] “a gente tem que resolver as demandas do setor e da residência” [...]*

**(Violeta, Psicóloga, 21 anos)**

*[...] “e a gente ainda acrescenta o paciente domiciliar nesse meio do caminho, porque o R2 acaba pegando ainda mais demanda: TCR, PTS, visita domiciliar, ambulatório, enfermaria... Então são muitas coisas.” (Flor de Liz, Farmacêutica, 27 anos)*

O exposto está de acordo com um estudo comparativo multicêntrico sobre os desafios que permeiam hospitais universitários. Neste, os autores revelam que profissionais de enfermagem, devido a uma deficiência estrutural de profissionais, tem de lidar com uma nova demanda que é o cuidado dos familiares dos pacientes, o que tem gerado reclamações e sanções legais<sup>27</sup>.

Embora os residentes reconheçam que haja um desentendimento no âmbito do trabalho, alguns temem por retaliações por parte dos seus superiores no decorrer do ciclo acadêmico e posteriormente, em razão do nicho “cuidados paliativos” ser bem restrito. A fala da participante abaixo sintetiza a visão de alguns dos participantes:

*[...] “e se ela te der uma nota baixa? como é que isso vai repercutir na nossa formação?” [...] (Bela, Fonoaudióloga, 25 anos)*

*“ [...] a gente tá aqui para ser avaliadas quanto a nossa assistência prestada e as pessoas avaliam a gente se vão ou não com a cara da gente” [...] (Borboleta, Terapeuta Ocupacional, 27 anos)*

Um estudo qualitativo, realizado em um hospital de ensino, mostrou que os residentes evitavam prestar denúncias sobre desentendimentos com seus preceptores por medo de serem identificados pelos mesmos<sup>28</sup>.

Portanto, a falta de espaço, dentro da carga horária da residência, para discutir

questões vinculadas ao autocuidado dos profissionais, o fato de muitas vezes não serem vistas, em alguns momentos, como residentes e a subutilização dos seus serviços para cumprir a carga horária de outros profissionais do hospital foram pontos elencados pelas residentes.

### **Conclusão**

Apesar da dificuldade de lidar com a situação de terminalidade dos pacientes e conviver com fatores estressores arraigados da formação acadêmica, sobressai-se a satisfação advinda do provimento de assistência e acolhimento desses pacientes. Como evidência, foi reconhecido de forma unânime entre as participantes, que o grupo focal mesmo não tendo esse objetivo desempenhou um efeito terapêutico no grupo. Logo, é possível afirmar que a criação de espaços de escuta, a melhoria da comunicação e a reestruturação da carga horária são fatores que necessitam serem abordados ou aperfeiçoados em programas de residência em cuidados paliativos. Por se tratar de um estudo com um número pequeno de participantes e em um contexto específico, não se pode generalizar os resultados. Desse modo, sugere-se o desenvolvimento de novas pesquisas sobre esta temática, de modo que inclua outros programas de residência em Cuidados Paliativos de outros estados. Ademais, pesquisas de natureza quantitativa sobre a percepção do autocuidado em residentes de diferentes áreas pode elucidar novos achados, ao mesmo tempo em que abre possibilidade de criação de programas de prevenção e promoção à saúde mental desta população.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benedetti GMS, Oliveira K, Oliveira WT, Sales CA, Ferreira PC. Significado do processo morte/morrer para os acadêmicos ingressantes no curso de enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm*, 2013; 34(1): 173-179.
2. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 2014; 18: 2577-2588.
3. Senderovich H, McFadyen K. Palliative Care: Too Good to Be True?. *Rambam Maimonides Medical Journal*, 2020; 1-12.
4. Connor SR; Gwyther E. The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2018; 55: 112-116.
5. Rodrigues BO; Zacharias DG. Acompanhamento psicológico e cuidados paliativos: as possibilidades de trabalho com pacientes oncológicos. *Revista Salão de Ensino e Extensão*, 2016; 6: 94-95.
6. Gomes ALZ; Othero MB. Cuidados paliativos. Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo. 2016; 30: 155-166.
7. Zubiri MO, Legault A, Martinez AM. Diseño de un curso de formación continuada en cuidados paliativos basado en competencias. *Revista Ene de Enfermería*. 2020; 14(1).
8. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Domiciliar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
9. Tzeng MH. Do Self-healing and Self-care Mean the Same Thing?. *Holistic Nursing Practice*, 2020; 34(3): 150-154.

10. Mull CC, Bowman WR. A Call to Restore Your Calling: Self-Care of the Emergency Physician in the Face of Life-Changing Stress. *Pediatric Emergency Care*, 2020; 36(1): 25-29.
11. Cruz TA, Carvalho AMC, Silva RD. Reflexão do autocuidado entre os profissionais de enfermagem. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 2016; 5: 96-108.
12. Silva T, Guerra GM, Pessini L. Caracterização do autocuidado do profissional de enfermagem e reflexões à luz da bioética. *Revista Bioethikos*, 2014; 8: 61-74.
13. Silva GM, Cavalcante ER, Souza VMS, Lima KMO, Cavalcanti BKC, Silva SSC. Análise do conhecimento da equipe multidisciplinar em uma unidade de terapia intensiva a cerca dos cuidados paliativos. *Revista Saúde – UNG-Ser*, 2017; 11: 39.
14. Stephens CE et al. Palliative Care Eligibility, Symptom Burden, and Quality-of-Life Ratings in Nursing Home Residents. *JAMA Internal Medicine*, 2018; 178: 141-142.
15. Cavalcanti IL, Lima FLT, Souza TA, Silva MJS. Burnout e depressão em residentes de um Programa Multiprofissional em Oncologia: estudo longitudinal prospectivo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2018; 42: 188-196.
16. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínica-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2011.
17. Backes DS, Colomé JS, Erdamann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisa qualitativa. 2011; 35(4): 438-442.
18. Ressel LB, Beck CLC, Gualda DMR, Hoffmann IC, Silva RM, Sehnem GB. O Uso do Grupo Focal em Pesquisa Qualitativa. *Texto contexto Enferm*. 2008; 17(4): 779-86.
19. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2004.

20. Ranse K, Delaney L, Ranse J, Coyer F, Yates P. End-of-life care content in postgraduate critical care nursing programs: Structured telephone interviews to evaluate contentinforming practice. *Australian Critical Care*, 2019; 33(2): 181-186
21. Fernandes FS, Ferraz F, Salvaro GIJ, Castro A, Soratto J. Representações sociais dos profissionais de saúde sobre a terminalidade infanto-juvenil. *Revista CEFAC*, 2018; 20(6): 742-752
22. Horn DJ, Johnston CB. Burnout and Self Care for Palliative Care Practitioners. *Med Clin North Am*, 2020; 104(3): 561-572
23. Parola V, Coelho A, Cardoso D, Sandgren A, Apóstolo J. Prevalence of burnout in health professionals working in palliative care: a systematic review. *JBIC Database System Ver Implement Rep*, 2017; 15(7): 1905-1933
24. Samsudin EZ, Isahak M, Rampal S. The prevalence, risk factors and outcomes of workplace bullying among junior doctors: a systematic review. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 2018; 27(6): 700-718
25. Citalán SB, Estrada VME, Meyer AJB, Cervantes CG, Chavolla OYB, Villa NEA. Sadismo educativo y psicoterror en la enseñanza de las residencias médicas. Parte I. *Rev Mex Psiq*, 2019; 1(3): 103-108
26. Ayala MS, Chaudhry S, Windish D, Dupras D, Reddy ST, Wright SM. Awareness of bullying in residency: results of a national survey of internal medicine program directors. *Journal of graduate medical education*, 2018; 10(2): 209-213
27. Scherer MDA, Conill EM, Jean R, Taleb A, Gelbcke FL, Pires DEP, Joazeiro EMG. Challenges for work in healthcare: comparative study on University Hospitals in Algeria, Brazil and France. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2018; 23(7): 2265-2276
28. Azevedo ARI, Rocha MS, Rezende AML, Vieira JV, Sousa RC, Gonçalves ALC. Um estudo de caso sobre estresse em residentes de cirurgia vascular periférica em

um hospital de ensino. *Brazilian Journal of Development*, 2020; 6(4): 19475-19496