 DOI: https://doi.org/10.51723/ccs.v34i04.1400

Avaliação da cobertura em cuidados paliativos de equipe consultora em hospital do Distrito Federal, Brasil

Evaluation of palliative care coverage as a consultant team in a hospital in the Federal District, Brazil

Tatiana Magalhães Silva[1], Gisele O'Dwyer[2]

RESUMO

Objetivo: avaliar a cobertura de cuidados paliativos de equipe consultora em hospital público do Distrito Federal.

Método: estudo de caso único e descritivo. Avaliou-se cobertura real e potencial do serviço relacionando com a avaliação qualitativa baseado na teoria de *stakeholders*. Foram realizadas dez entrevistas com Equipe Interconsultora de cuidados paliativos e Responsável Técnica Distrital para compreender a relação entre *stakeholders* e sua influência na oferta e utilização do serviço, classificando-os segundo atributos de poder, legitimidade e urgência.

Resultados: verificou-se cobertura real menor que a necessidade mínima de Cuidado Paliativo. Fatores individuais, relacionados aos profissionais da saúde, à organização do serviço e às políticas adotadas interferem e influenciam. Assim como baixa carga horária dos profissionais da equipe, crenças e questões culturais associadas à morte e conhecimento deficiente por parte de gestores.

Conclusão: educação e engajamento dos *stakeholders* detentores de poder exercem importante influência no desenvolvimento do Cuidado Paliativo e do serviço ofertado.

Descritores: Cuidados Paliativos; Cobertura de Serviços de Saúde; Participação dos Interessados; Estudo de Avaliação; Interconsulta.

ABSTRACT

Objective: evaluate the coverage of palliative care as a consultant team in a public hospital in Distrito Federal.

Method: ten interviews were conducted with the Palliative Care Interconsulting Team and the District Technical Officer to understand the relationship between stakeholders, classifying them according to attributes of power, legitimacy and urgency.

Result: the actual and potential coverage of the service was calculated according to the estimated target population and the previously constructed logical model of the health intervention was validated during interviews. Individual factors related to health professionals, service organization and adopted policies interfere and influence. Actual coverage was found to be lower than the minimum need for Palliative Care. Factors such as the low hours of work per week of the team, beliefs and cultural issues associated with death, poor knowledge about Palliative Care on the part of managers and professionals influence the provision and use of the service.

Conclusion: the education and engagement of managers were seen as a positive influence.

Keywords: Palliative Care; Health Services Coverage; Stakeholder Participation; Hospital Care; Interconsultation.

[1] Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SESDF.

[2] Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Rio de Janeiro.

Autor correspondente: **Tatiana Magalhães Silva** – Administração Central (ADMC) – Edifício PO 700 – (1º e 2º andar) – Endereço: Setor de Rádio e TV Norte (SRTVN) – 701 Norte – Via W5 Norte, lote D – CEP: 70719-040. E-mail: tatimags@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos (CP) consistem em uma abordagem integral dos pacientes que enfrentam doenças ameaçadoras da vida e daqueles que estão em seu entorno, como familiares, cuidadores e equipe de saúde. A melhoria da qualidade de vida e alívio do sofrimento do indivíduo são os objetivos de uma assistência multidimensional e multidisciplinar que busca medidas para a prevenção e o controle de sintomas, não somente físicos, mas também em seus aspectos psicossociais e espirituais[1].

Por ser uma abordagem ampla, diversos fatores estão imersos neste universo que é o CP, sendo que os valores culturais e sociais sobre a morte são determinantes para a aceitação dos CP tanto para paciente e familiares quanto para profissionais de saúde. A pouca ênfase sobre o tema na formação dos profissionais de saúde causa esse distanciamento da morte, que passa a ser considerada um fracasso e não um processo intrincado à vida[2].

No ambiente hospitalar, o CP pode ser ofertado por meio de uma Unidade de Cuidados Paliativos, por Equipe Consultora ou Volante ou por Equipe Itinerante. Nos dois últimos casos, não existem leitos específicos para CP e o médico assistente é o responsável por acionar a equipe conforme sua percepção das necessidades do paciente. A diferença é que a Equipe Consultora não assume a coordenação dos cuidados, servindo como um grupo de suporte que orienta condutas, enquanto a Equipe Itinerante assume os cuidados, sendo uma prerrogativa do médico assistente acompanhar o caso em conjunto ou não[3].

A maioria das equipes de CP para pacientes internados no Brasil funciona na modalidade de Equipe Consultora. Uma equipe multidisciplinar bem treinada, formada por médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social e outros profissionais não vinculados diretamente à equipe, mas que possam prestar assistência ocasional em situações selecionadas deve estar disponível no hospital[7]. As vantagens desse tipo de serviço são o baixo custo e rapidez na implantação do serviço e a possibilidade de interação de profissionais com alto conhecimento em CP com diversas equipes do hospital, cumprindo uma função pedagógica na disseminação da filosofia dos CP. No entanto, existem também dificuldades relacionadas ao receio do profissional médico de ser invadido em suas decisões e condutas pessoais, baixa adesão ao tratamento proposto, com necessidade de retorno diário da equipe para reavaliar e interagir com a equipe local[3].

Existe pouca referência de serviços disponíveis no país no formato de equipe de consultoria para CP em âmbito hospitalar. Falta um sistema governamental para auditoria, avaliação ou controle de qualidade que monitore a prestação dos CP[4]. Avaliar os serviços existentes em hospitais e a cobertura que proporcionam em relação à demanda da população seria importante como uma avaliação preliminar à avaliação da qualidade e da efetividade[5]. De acordo com Higginson & Bruera[6], mensurar é uma parte importante dos cuidados em saúde. Em CP esta mensuração está centrada na filosofia do cuidado total. Quando essas informações são medidas no dia a dia do cuidado, elas podem ajudar na adequada prestação do cuidado individual ao paciente e familiares. Portanto, quando essas informações são agregadas, analisadas e revisadas, elas podem subsidiar melhores decisões sobre o desenvolvimento do serviço, ser usado para identificar sucessos e falhas, melhorar a prática, definir e monitorar a conquista de padrões ou cuidados.

Não existem no Brasil parâmetros oficiais para o cálculo das necessidades de cuidados paliativos. De acordo com a OMS, pode ser tomado como base o perfil de mortalidade da população[7]. Identificar os indivíduos que necessitam de CP, ou seja, definir a população-alvo, é a primeira etapa para planejar a oferta deste tipo de cuidado[8].

Na oferta de um serviço de saúde, vários atores ou *stakeholders* exercem influência no contexto da intervenção. *Stakeholder* é definido como qualquer grupo ou indivíduo que possui interesse nas atividades de determinada organização e que têm alguma habilidade para influenciá-las, podendo ser afetado ou afetar na realização dos objetivos desta organização[9].

A teoria dos *stakeholders* vem sendo utilizada para orientar as ações dos gestores, de maneira a classificar os *stakeholders* de acordo com sua importância e prioridade de interesses a serem atendidos[10].

Na teoria dos *stakeholders*, de acordo com Mitchell, Agle e Wood (1997) *apud* Machado[9], os atores são identificados com base nos atributos de poder, legitimidade e urgência que possuem ou que têm a posse atribuída. A combinação desses atributos revela oito tipos de *stakeholders*. Os latentes são aqueles que apresentam apenas um atributo. Os

expectantes possuem a combinação de dois atributos e os definitivos possuem os três atributos. O oitavo tipo seria aquele que não está envolvido com o processo[9].

O atributo de poder se refere à habilidade para fazer com que alguém faça algo que não faria se não fosse a influência de determinado ator social, que tenta impor suas pretensões por meios coercitivos, utilitários ou simbólicos, por exemplo, a força da lei, o conhecimento ou a influência social, respectivamente. A legitimidade é um atributo percebido quando as ações de um ator são adequadas dentro de um sistema de normas, valores, crenças e definições construídas socialmente, do ponto de vista do indivíduo, da organização ou da sociedade. O atributo urgência se caracteriza pela sensibilidade de tempo e pela criticidade, ou seja, da necessidade de velocidade na resposta e da importância do clamor ou do relacionamento do gestor com a questão[11].

Dentre os *stakeholders* do tipo latente são definidos adormecidos aqueles com atributo de poder, já que impõem sua vontade na organização, mas o poder fica inutilizado pela falta de legitimação ou pretensão urgente. Os arbitrários possuem legitimidade, porém, não têm poder para influenciar a organização nem pretensão urgente, eventualmente, podem se engajar ativamente com os gestores. Os reivindicadores possuem apenas urgência, que é insuficiente para aumentar a importância de suas pretensões quando são incapazes de adquirir poder ou legitimidade. Os *stakeholders* do tipo expectantes são definidos como dominantes quando possuem influência na organização, pretensões legitimadas, no entanto, não possuem urgência, podem escolher por não reivindicar o engajamento da organização de acordo com suas pretensões. Os dependentes possuem legitimidade e urgência, mas necessitam do apoio de um *stakeholder* dominante ou a benevolência da organização para satisfazer suas pretensões. Os perigosos são coercitivos, pois possuem urgência e poder, mas não a legitimidade, podendo representar perigo para a organização[11].

O *stakeholder* definitivo possui os três atributos. Quanto mais atributos de poder, legitimidade e urgência acumulados nas pretensões de um *stakeholder*, maior será sua importância para a gestão[11].

A ideia central da abordagem de *stakeholders* consiste em compreender quais as forças de influência e como interagem os diferentes atores que compõem o ambiente em que estão inseridos, com o fim de gerenciar as relações entre eles, entendendo que estas podem afetar a realização dos objetivos da organização[12].

Compreender o contexto e as relações que permeiam a intervenção se torna importante para a apreciação da cobertura, que é preliminar em relação a outros tipos de avaliação e está relacionada à adequação da oferta, à demanda e às necessidades de saúde da população, portanto, mede a proporção da população beneficiada pelas ações do programa[5].

Com o aumento da necessidade de CP, a provisão existente não atinge o nível requerido por menos da metade da população global. A partir de questionário *online* com especialistas em CP de 198 países, verificou-se que cerca de um quarto dos países pesquisados (24%) não apresentam nenhuma evidência de CP, representando 31% da população mundial sem acesso. E 53% da população mundial estão nos 87 países com desenvolvimento limitado de CP[35].

Segundo a Associação Latino-Americana de Cuidados Paliativos (ALCP), a provisão de CP no Brasil, considerando os serviços de CP intra-hospitalares, extra-hospitalares e mistos, é de 198 equipes, com uma taxa de 0,94 equipes por um milhão de habitantes. Fica evidente a desigualdade da distribuição do serviço de CP no Brasil quando comparamos com o total de 482 equipes na Argentina, proporcionalmente à sua população, uma taxa de 10,79 equipes a cada milhão de habitantes[36].

Conhecer quais são as estratégias que estão sendo desenvolvidas, a magnitude da oferta das ações e a população beneficiada pelo serviço, contribuirá para um adequado planejamento da implantação dos CP na atenção hospitalar a partir de exemplos que sirvam como modelo para o monitoramento e avaliação, além de permitir a identificação de pontos de melhoria e de servir como subsídio para gestores. Portanto, objetivou-se com este estudo avaliar a cobertura do serviço da Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos (EICP) de uma unidade da atenção hospitalar do Distrito Federal, considerando as necessidades da população atendida, e utilizando como referencial conceitual a teoria dos *stakeholders*. Este tipo de estudo ganha importância na medida em que apresenta a referência de um serviço de CP hospitalar.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de caso único, com análise descritiva da cobertura de CP relacionando a avaliação qualitativa a partir da teoria de *stakeholders*. A unidade de análise foi a EICP de uma unidade de médio porte da Atenção Hospitalar da Secretaria de Saúde do Distrito Federal no ano de 2019.

A pesquisa avaliativa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciência da Saúde (FEPECS) (CAAE: 36909120.9.0000.5240).

Desde 2016, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal é estruturada em sete Regiões de Saúde, que abrangem Regiões Administrativas (RA), de acordo com a população e disposição do sistema público de saúde disponível. O serviço da EICP é ofertado à população atendida por esta unidade da rede hospitalar, que se encontra na segunda região com maior concentração populacional, com 16,74% da população do DF (504.264 pessoas). Além disso, os serviços de saúde eventualmente atendem a população adstrita do DF, que estão em limites geográficos com os estados de Goiás e Minas Gerais, na chamada Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE)[33].

As primeiras ações em CP no hospital em que se formou a EICP, objeto da avaliação, se iniciaram na Unidade de Pediatria, com bebês dependentes de tecnologia vindos da Unidade de Neonatologia e de Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas da Rede do DF, visando acolhimento e apoio aos familiares e altas hospitalares seguras. No ano de 2016, com o incentivo da direção do hospital, foi formada uma EICP para a linha de cuidado do adulto, composta por nove profissionais, sendo médico, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, farmacêutico e psicólogo, que atendem a população do hospital em um modelo de consultoria, solicitada pelo médico assistente do paciente candidato a ser beneficiado com CP, através de parecer. Posteriormente, a EICP mudou sua composição, com novos profissionais, sendo enfermeiro e odontólogo. Os componentes da equipe são todos servidores estatutários e destinam quatro horas semanais de sua carga horária semanal para dedicação à equipe, exceto uma médica, com formação voltada para os cuidados paliativos, que possui dez horas semanais de liberação de sua carga horária semanal. O restante da equipe passou por treinamento oferecido por hospital da rede, referência em CP, e não possuíam experiência profissional diretamente com CP.

A equipe tem a Referência Técnica Distrital (RTD) como matriciadora do serviço. A RTD foi instituída por meio da Portaria nº 1032, de setembro de 2018 com a finalidade de colaborar nos processos ligados à gestão da clínica em algumas áreas técnicas de atuação, incluindo o CP, sendo o servidor efetivo da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Como não havia um modelo lógico previamente construído para a intervenção objeto da avaliação, após a observação de alguns atendimentos, de reuniões da EICP com familiares, da análise da ficha utilizada como roteiro de avaliação do paciente, registro dos atendimentos em prontuário eletrônico dos pacientes internados e participação nos treinamentos promovidos pela equipe, foi possível a construção do modelo lógico, que explicita a intervenção a ser avaliada.

A construção do modelo lógico permite a racionalização sobre a intervenção, fornecendo informações referentes às condições para que a estratégia seja efetiva, já que discrimina os passos necessários para o alcance das metas[13]. Portanto, não houve uma validação do modelo por *experts*, mas pelos próprios componentes da EICP e pela RTD, para que julgassem se o modelo representava o serviço oferecido na intervenção, com suas ações, objetivos e metas.

Para a avaliação da intervenção da EICP foi proposto um roteiro que inclui fatores contextuais e relações de causa e efeito presumidas no modelo lógico. Critérios e indicadores referentes à estrutura e processo foram incluídos no roteiro para obter dados referentes à população-alvo, ao padrão anual de atendimento do serviço, a demanda de pareceres e o serviço que realmente foi ofertado para a população.

A avaliação da cobertura dos CP ofertada pela EICP se apoiou em dados secundários como dados de mortalidade hospitalar do sítio eletrônico da Sala de Situação de Saúde do Distrito Federal[14] e dados primários como aqueles rotineiros produzidos pelo serviço, concentrados na planilha de registro dos atendimentos da EICP.

Os dados primários foram coletados por meio da planilha de registros dos atendimentos realizados

pela EICP e de entrevistas semiestruturadas com os componentes da EICP e RTD.

Os critérios para inclusão dos participantes da pesquisa foram: fazer parte da EICP por meio de nomeação para compor a equipe em Diário Oficial e aceitar participar da pesquisa por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram não fazer parte da EICP e não aceitar participar da pesquisa, de acordo com o TCLE. Todos os nove componentes da equipe e a RTD aceitaram fazer parte da pesquisa, e foram entrevistados individualmente, por meio do roteiro de entrevista semiestruturada no período entre dezembro de 2020 e maio de 2021. As entrevistas foram gravadas e tiveram duração média de 30 a 40 minutos e, pelo período de pandemia pela covid-19 e de restrição de local reservado e com privacidade dentro da instituição, algumas entrevistas ocorreram por meio de ferramenta *online* de chamada de vídeo. A entrevista com a RTD foi gravada, realizada individualmente e utilizando roteiro de entrevista específico.

As entrevistas semiestruturadas realizadas com a EICP e RTD em CP foram transcritas e categorizadas de maneira a identificar os *stakeholders* a partir da citação deles nos discursos, bem como seus atributos e variáveis que possam influenciar no desenvolvimento do serviço ofertado pela equipe e sua utilização.

Após cada entrevista foi realizada a validação do modelo lógico com as nove componentes da EICP e com a RTD. Em seguida foram feitas alterações no modelo lógico construído previamente, de acordo com as falas das entrevistadas.

Para este estudo foi estimada a cobertura potencial e real do serviço ofertado pela EICP do hospital selecionado do ano de 2019, por ser o ano com o maior número de dados completos na planilha da EICP. Foi realizada avaliação do número de pareceres solicitados e respondidos, dos pareceres não respondidos associado à sua causa, média de solicitação e de atendimento de pareceres em 12 meses e o tempo médio de resposta de pareceres. Para avaliar a cobertura foi necessário estimar a população-alvo do serviço de CP e determinar o padrão de atendimento às solicitações de parecer por ano da EICP.

A estimativa de pacientes que necessitam de CP no presente estudo, ou a população-alvo, foi definida de acordo com o perfil de mortalidade do hospital do ano de 2019, utilizando dados registrados nas declarações de óbito de acordo com o código CID-10 e dados da Sala de Situação do DF sobre mortalidade do hospital pesquisado, de acordo com a metodologia de Murtagh *et al.*[15], que refinaram metodologias existentes e definiram quatro estimativas: mínima, definida pelo número de mortes por condições específicas; intermediária, que também inclui casos admitidos no hospital no ano anterior à morte com mesma condição documentada como "causa de morte", além de mortes pelas quais a doença de Alzheimer, demência, senilidade ou insuficiência renal crônica é registrada como causa contribuinte; média-alta, sendo todas as mortes com qualquer menção no atestado de óbito (subjacente ou contributivo) das categorias de doenças usadas para a estimativa mínima; e máxima, como todas as mortes além daquelas por envenenamento, lesões, morte materna, neonatal ou perinatal.

Para o cálculo da cobertura potencial e da cobertura real (CR) foi considerada a população-alvo mínima. Levantou-se a população-alvo pela estimativa mínima da necessidade de CP no hospital pesquisado por meio do número de mortes por código CID-10 relacionados à cobertura potencial no ano de 2019. O cálculo da cobertura potencial ou disponibilidade se refere ao percentual de pareceres solicitados no mesmo período em relação à população-alvo. O cálculo da cobertura real leva em conta o percentual de pareceres respondidos em relação à população-alvo.

Para a análise da adequação da cobertura de CP na unidade hospitalar, foi realizada a comparação entre as coberturas real e potencial. De acordo com Vieira-da-Silva[5], discrepâncias verificadas entre as duas coberturas são indicadoras de possíveis problemas na implementação das ações em questão.

Para a análise qualitativa dos dados, foi utilizada a abordagem do *stakeholder*, de acordo com a teoria de Mitchell, Agle & Wood (1997) *apud* Machado[9]. Na literatura da administração, a identificação dos *stakeholders* é utilizada para o melhor entendimento sobre as organizações dentro de seus contextos por meio desta abordagem, fornecendo categorias lógicas para mapear a importância dos *stakeholders* com base no poder, urgência e legitimidade que possuem na organização[11].

As técnicas de análise de *stakeholders* permitem que aspectos analíticos relacionem os diversos grupos de interesses nas mais diversas atividades setoriais, como o setor saúde, entendendo as va-

riáveis do contexto como decorrente das ações e reações dos *stakeholders*, que, por sua vez, podem afetar a realização dos objetivos de determinado programa ou projeto[12].

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os *stakeholders* da intervenção objeto da pesquisa foram identificados pela menção dos mesmos durante as entrevistas semiestruturadas com os membros da EICP e com a RTD em CP, portanto, partindo de uma perspectiva interna em direção ao entorno do serviço que tem o objetivo de oferecer CP à população atendida. Com a possibilidade de observar também, a partir da visão daqueles que oferecem o serviço, as relações entre os atores que possuem interesse e afetam ou são afetados de alguma forma pela intervenção.

A própria EICP, como um *stakeholder*, buscou seguir a recomendação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) para sua estruturação como equipe de Cuidado Paliativo Especializado, sendo a atuação com horário específico para essa atividade, a prestação, educação e desenvolvimento dos CP as principais atividades e o modelo de equipe interconsultora o mais adequado e possível de aplicação para o momento de implantação, mas observa-se nas falas das entrevistadas que o desenvolvimento de seu trabalho foi se ajustando de acordo com as possibilidades e oportunidades encontradas no contexto.

A ampliação do conceito de CP para pacientes com doenças ameaçadoras da vida, tanto para crianças como para adultos, e não mais apenas para pacientes com diagnóstico de câncer, produz uma demanda maior de pacientes que necessitam desta abordagem e um desafio aos serviços de saúde pela variedade de doenças que limitam a vida, exigindo dos profissionais de saúde flexibilidade e responsividade às diversas trajetórias de adoecimento. Além disso, a recomendação pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de políticas de integração dos CP aos sistemas de saúde em todos os níveis de atenção, impulsiona na identificação de modelos adequados para atender as necessidades desses pacientes nos serviços de saúde convencionais, já que uma minoria da população mundial tem acesso a serviços especializados em CP[16].

Além da capacidade técnica e científica para diagnóstico e tratamento, os cuidados paliativos colocam os profissionais de saúde frente a um grande desafio, pois têm que desenvolver ferramentas que permitam um cuidado humanizado, individualizado, capacidade de ouvir e estar sensível às necessidades do paciente, com respeito e empatia[17], de maneira a harmonizar o conhecimento científico profundo sobre as doenças envolvidas e possibilidades de intervenção com o amadurecimento pessoal, que permite perceber as necessidades de mitigar sofrimentos, não só físicos, como psicossociais e espirituais[18].

Neste sentido, as entrevistas com a EICP evidenciaram uma dificuldade na implementação de CP pela falta de competências essenciais para a prestação deste cuidado por parte de outro *stakeholder*, a equipe assistente, ou seja, da equipe multiprofissional responsável pelos cuidados com o paciente.

A falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre CP origina perdas ao paciente que tem a oportunidade de acesso precoce aos CP reduzidos, com a consequente diminuição da possibilidade de desfrutar de benefícios relacionados à melhoria da qualidade de vida, satisfação, tratamento de sintomas e inclusive do aumento da sobrevida[19].

Em uma revisão sistemática da literatura que investigou os motivos pelos quais os doentes oncológicos e não oncológicos adultos são referenciados tardiamente para CP, Alves *et al.*[19] listaram a falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre o que são CP, a quem são direcionados e por quem são prestados; crenças destes profissionais ao supor que o paciente não deseja ser referenciado nem discutir sobre o prognóstico, com receio de que o encaminhamento para CP pareça abandono ou estimule a diminuição da esperança do paciente e família; estigma relacionado ao nome CP, admitindo que referenciariam mais e mais precocemente se chamassem Cuidados de Suporte, por exemplo; falta de preparo dos profissionais de saúde para lidar com o paciente em fim de vida e de falarem sobre paliação e obstinação terapêutica; além da indisponibilidade de serviços de CP no sistema de saúde para o referenciamento como as principais barreiras ao acesso.

Educação é o ponto de partida para a capacitação dos profissionais de saúde em uma abordagem de CP geral[20]. No entanto, como reflexo do tabu que permeia a morte e da percepção desta como fracasso terapêutico, a formação do profissional de saúde no Brasil para a atuação no processo de morrer é deficiente, sem a expressividade necessária na grade curricular dos estudantes para uma mudança de

cenário, ocorrendo, na verdade, um despreparo e distanciamento, que causam sofrimento também aos profissionais de saúde, devido à dificuldade de lidar com sentimentos controversos[21].

Pela análise das entrevistas, uma chave percebida pela EICP para o cumprimento de seu papel educativo é a atuação junto aos residentes enquanto profissionais de saúde que atuam em um hospital-escola.

Além da limitação dos profissionais de saúde em relação ao conhecimento sobre CP, outro fator colocado pela EICP como barreira para a oferta de CP é a alta demanda também da equipe assistente, inclusive no período de pandemia pela covid-19.

O cenário trazido pela pandemia da covid-19, além de impor uma grande sobrecarga aos serviços de saúde, também fizeram emergir a discussão sobre a necessidade de instituição de CP nesta situação emergencial, na qual a atenção voltada somente para o salvar vidas, pode ter levado também à negligência do sofrimento de pacientes e familiares[22].

Neste contexto, o profissional médico foi citado durante as entrevistas como *stakeholder* com influência na intervenção. A falta de médico horizontalmente na EICP é observada de forma unânime pela equipe como barreira para uma oferta mais adequada de CP, já que algumas intervenções em CP são específicas desta categoria profissional. No entanto, também reconhece que toda a equipe assistente deveria ser envolvida no atendimento.

Hermes & Lamarca[23] argumentam que a filosofia do CP preconiza a atuação como equipe multidisciplinar, cada profissional com sua importância, mesmo que haja momentos em que alguma categoria se sobressaia.

A dificuldade de atuação foi colocada pela EICP nas entrevistas nos momentos em que a equipe não conta com o médico paliativista para intervenção junto ao médico assistente para sugestão de condutas em CP.

Budicin *et al.*[24] aponta a medicina medicocêntrica e paternalista como uma das dificuldades que as equipes de saúde encontram para prestar cuidados ao paciente em fim de vida, já que na teoria dos conceitos defendidos pelo CP o paciente se beneficia do atendimento multiprofissional. Mas, na prática, as decisões terapêuticas são centradas no médico, sem a participação dos outros membros da equipe de saúde, e em algumas vezes, desatrelada também da família e do paciente.

O paciente é também um *stakeholder* identificado na intervenção, sendo evidenciado nas entrevistas uma abordagem tardia do paciente que necessita de CP. Na fala das entrevistadas, grande parte das solicitações de interconsulta para a EICP são feitas quando o paciente já está em processo ativo de morte.

Os familiares formam uma unidade com o paciente e durante as entrevistas foram identificados como *stakeholders* que demandam grande atenção da EICP por serem alvo da maior parte das intervenções da equipe.

A filosofia do CP pressupõe apoio interdisciplinar da equipe para a unidade paciente e família, tendo como elemento central a comunicação efetiva para evitar conflitos, solucionar problemas e melhorar qualidade de vida, já que proporciona ambiente seguro e de confiança em situações difíceis[25].

Direção hospitalar e gestores locais foram *stakeholders* que foram citados com destaque em relação à sua importância no desenvolvimento do serviço em CP e maior alcance das ações para a população que necessita.

O apoio das gerências da instituição onde o serviço está inserido foi apontado pela EICP nas entrevistas como fator essencial para o trabalho de sensibilização das demais equipes do hospital, assim como para que a carga horária prevista para o desenvolvimento do trabalho seja respeitada. Ações vindas de instâncias superiores como da Secretaria de Saúde e do Ministério da Saúde são importantes para que os gestores tenham a percepção da necessidade de ações voltadas para a promoção do CP.

A falta de vinculação da EICP dentro do organograma do hospital foi apontada como um ponto de fragilidade durante as entrevistas, pois não estão ligados a nenhum núcleo ou chefia, ficando assentados em terreno pouco estável, a depender da conexão das gerências com o tema ou não.

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), como uma entidade de representação multiprofissional da prática paliativa, foi citado como *stakeholder* que exerce influência por meio de seu referencial teórico no apontamento de estruturação de serviços em CP.

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) foi evidenciada como *stakeholder* importante para a organização e estruturação do serviço em CP nas entrevistas. No entanto, ações que dependem deste nível de gestão foram citadas como fatores dificultadores no desenvolvimento dos cuidados paliativos, como questões relacionadas à formulação de regulamentação, organização e financiamento dos CP na rede com a finalidade de fortalecer o serviço.

A Referência Técnica Distrital (RTD), como cargo que deve ser ocupado por profissional especializado, instituída para auxiliar a SES-DF na gestão em CP, foi referida nas entrevistas como *stakeholder* que desempenha seu papel no treinamento das equipes de CP e ofertando apoio técnico e científico, usando como estratégia a Câmara Técnica Distrital, que dialoga com os serviços que oferecem CP no DF. Além disso, atua de forma propositiva no apoio à gestão mais eficiente da assistência em CP junto à administração central da Secretaria de Saúde.

Por fim, o Ministério da Saúde, enquanto *stakeholder* representante da instância federal, é citado nas entrevistas pela ausência de políticas públicas que indiquem o rumo da atenção em saúde em CP.

No Brasil, houve avanços em relação à cobertura potencial no SUS, evidenciado pelo surgimento de resoluções éticas e técnicas sobre CP, como a publicação em 2018 da Resolução nº 41 da Comissão Intergestora Tripartite, que estabelece a oferta do CP como parte dos cuidados continuados integrados em toda a Rede de Atenção à Saúde, trazendo princípios e diretrizes norteadoras. No entanto, com a falta de regulação nacional que aponte estratégias de gestão para atender os objetivos da resolução, alguns estados começaram a instituir leis estaduais, como no Rio Grande do Sul e em São Paulo. Estas iniciativas promovem avanços regulatórios, porém, a ausência de regulamentação federal limita a expansão da oferta de CP no mesmo nível de atendimento a todos os brasileiros[26].

Uma das ações da instância federal veio através do Programa de Apoio ao Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – PROADI-SUS[27], que foi lançado em 2008 pelo Ministério da Saúde para que instituições hospitalares sem fins lucrativos desenvolvam projetos utilizando suas competências para qualificar e desenvolver o SUS em todo o Brasil, incluindo o CP.

Um ponto importante ressaltado pela EICP foi a visibilidade que o projeto em CP pelo PROADI-SUS trouxe para o trabalho da equipe e para a ampliação do conceito de CP para mais profissionais de saúde do hospital.

A partir das falas dos entrevistados é possível extrair alguns fatores que facilitam e outros que dificultam a disponibilização e a utilização dos serviços oferecidos pela EICP, conforme o Quadro 1.

Quadro 1

Fatores que facilitam e que dificultam a oferta do serviço da EICP a partir das falas dos entrevistados.

FATORES QUE DIFICULTAM
Baixa carga horária dos profissionais integrantes da EICP para atendimento à população que necessita *"Precisaríamos de mais horas de trabalho para conseguir atender a demanda. A gente tem uma equipe que seria suficiente se tivesse mais horas disponíveis."* (E6)
Estrutura física inadequada para realização de reuniões familiares *"...hoje a maior falta é ter um local que desse para acolher essas famílias e conversar mais particular com eles."* (E8)
Falta de conhecimento ou compreensão equivocada dos profissionais de saúde sobre CP *"O que dificulta é a falta de conhecimento ou talvez uma compreensão equivocada ainda dos profissionais de saúde sobre o que é CP..."* (E4) *"… às vezes o médico assistente ele está focado só no paciente com aquela doença ali. Nem todos têm essa 'expertise' de identificar a necessidade de CP."* (E7)
Cultura institucional que ainda não compreende os benefícios e necessidade do CP *"(Falta por parte) da gestão do hospital, compreender, tomar para si essa potencialidade que é a equipe interconsultora e dar para ela, assim, um 'status' mais consistente dentro do funcionamento do hospital."* (E4)
Acesso tardio ao CP com perda da autonomia pelo paciente *"Às vezes, o paciente chega na gente já em processo ativo de morte... O paciente já está bem debilitado e não consegue participar."* (E1)

FATORES QUE DIFICULTAM
Falta de política pública em CP em nível nacional *"Eu acho que muitas vezes a gente trabalha dentro dessas limitações institucionais, da limitação enquanto servidor também, e eu acho que se houver mais políticas voltadas para esse cenário... uma política que seja mais abrangente, que englobe todos os níveis de atenção, com profissionais capacitados, seria perfeito."* (E9)
Baixa priorização das decisões em CP pelos gestores *"O trabalho de sensibilização. Eu acho que isso parte da equipe (EICP) porque nós que estamos ali no dia a dia, a gente vê, a gente sabe o que precisa. Então, partindo da gente, mas com o apoio dos nossos superiores, direção e superintendência. Porque, assim, para a gente alcançar a equipe, não tem como a gente alcançar só de par para par, tem que ter um incentivo, um suporte, um apoio da gestão."* (E6)
Alta demanda de trabalho das equipes assistenciais, com superlotação e carência de profissionais *"Mesmo a gente tendo disponibilidade da carga horária, mas nem sempre a gente consegue participar (dos trabalhos da EICP) por causa da escala que tá apertada."* (E1) *"A demanda do serviço também atrapalha. A gente no cuidado paliativo, a gente precisa parar e conversar sobre aquela pessoa e às vezes o médico, o enfermeiro, o fisioterapeuta, eles estão tão alvoroçados com o trabalho, com tanta coisa, que é difícil conseguir esse momento dessa pausa para conseguir."* (E8)
Falta de habilidade em comunicação interdisciplinar e entre profissionais e a unidade paciente-família *"...às vezes, aqui dentro do hospital não há ainda uma cultura de comunicação de más notícias, de entender que a família é uma unidade de atendimento junto com o paciente."* (E4)
FATORES QUE FACILITAM
Treinamento oferecido para os integrantes da EICP *"O que a gente está fazendo também é treinar as equipes de CP no sentido de uniformizar o conhecimento, por causa daquele documento da ANCP, as equipes têm que ter uma formação mínima, né… a gente colocou 80 horas..."* (E10)
Equipe multidisciplinar completa *"Neste hospital existe uma das equipes mais bem elaboradas que a gente tem, no sentido de ter muitos profissionais."* (E10)
Aceitação e engajamento dos profissionais assistenciais ao perceber os benefícios do CP *"Mas eu acredito que nós temos voz, sabe... Eu acho que o hospital viu a importância, sabe, e a diferença que faz, no custo inclusive, né, para o hospital se esses pacientes receberem de forma adequada o cuidado."* (E5)
Apoio dos gestores para a educação em CP *"... eu acho que é interessante essa parte das gerências, elas permitirem a capacitação também da equipe, porque a gente vai capacitar outros, mas a gente precisa também se capacitar."* (E3)
Organização do CP em RAS *"Uma coisa que chama atenção que a gente tem aqui que a gente não tem em outro lugar é essa organização em rede. A gente não tem isso em outros lugares. Nos outros lugares tem iniciativas soltas. A gente tenta pensar nos CP como rede, mesmo."* (E10)
Promoção de cursos de sensibilização dos profissionais de saúde em relação a CP *"No ano passado foi iniciado o projeto aqui... de sensibilização em relação à abordagem de CP. Então, assim, pessoas que nunca tinham ouvido falar em CP passaram a entender e passaram a procurar a equipe, né... para discutir caso, para verificar a abordagem em CP para alguns pacientes."* (E6)

Legenda: RAS – Redes de Atenção à Saúde.

Fatores como o acesso ao serviço de saúde, os cuidados prestados, o vínculo com os profissionais de saúde, a qualidade do atendimento, o controle de sintomas e presença da família estão associados com a melhoria da qualidade de vida[28]. No entanto, avaliar estes fatores isoladamente, sem compreender a relação entre eles e os atores envolvidos não é efetivo[29]. Avaliar a qualidade de vida dos pacientes em CP permite identificar sua condição global, assim como avaliar os serviços oferecidos[5].

Análise da cobertura potencial e real da intervenção

A análise da cobertura de serviços de saúde foi feita com base em três elementos: a sua disponibilidade, a utilização e a população-alvo a quem se destina as intervenções em saúde. Para compreender como se dá a oferta de CP na modalidade de interconsulta no hospital estudado é importante definir o contexto em que está inserido o serviço da EICP.

Um dos maiores números de internações no DF ocorre neste estabelecimento de saúde, estando em quarto lugar com 19.603 internações em 2019. Foram 709 óbitos no hospital nesse mesmo período, sendo 550 de pacientes residentes da região administrativa onde o hospital está situado. A principal causa está relacionada a doenças do aparelho circulatório, seguida de neoplasias (tumores), causas externas de morbidade e mortalidade, doenças do aparelho respiratório e do aparelho digestivo (SIM-INFOSAÚDE)[14].

Neste sentido, por meio de informações sobre mortalidade, coletadas na Sala de Situação de Saúde do DF, investigou-se a estimativa mínima da população atendida que poderia representar a demanda em CP no local, de acordo com a metodologia de Murtagh *et al.*[15]. Assim, a estimativa mínima de CP foi calculada a partir da mortalidade por causa de óbito relacionado à cobertura potencial registrada na Declaração de Óbito de acordo com os códigos CID-10 determinados na metodologia.

A Tabela 1 mostra a estimativa mínima de pessoas residentes no DF, na região administrativa (RA) onde se situa o nosocômio e no hospital que morreram e poderiam ter se beneficiado do CP por terem associadas à sua morte uma causa tipicamente relacionada ao CP. Em 2019, 54,1% das pessoas residentes no DF e na RA que foram a óbito necessitavam de CP, enquanto, no mínimo 47,8% das pessoas tinham essa mesma demanda somente no hospital.

Tabela 1

Estimativa mínima da necessidade de CP no DF, na região administrativa onde se situa o hospital e no hospital onde a EICP oferta o serviço de CP.

Estimativa mínima da necessidade de CP baseado na causa de morte de acordo com código CID-10 relacionados aos CP no DF, na Região Administrativa e no Hospital.									
Ano	Nº Óbitos DF	Nº Óbitos RA	Nº Óbitos Hospital	Nº mortes no DF por cód. CID-10 relacionados aos CP	Estimativa mínima necessidade de CP no DF (%)	Nº mortes na RA por cód. CID-10 relacionados aos CP	Estimativa mínima necessidade de CP na RA (%)	Nº mortes Hospital por cód. CID-10 relacionados aos CP	Estimativa mínima necessidade de CP no Hospital (%)
2020	16562	2716	501	6916	41,8	1046	38,5	171	34,1
2019	13174	2071	550	7121	54,1	1120	54,1	263	47,8
2018	12566	2038	515	6817	54,2	1071	52,6	233	45,2
2017	12908	2015	504	6981	54,1	1058	52,5	233	46,2
2016	12438	1962	518	6401	51,5	1005	51,2	232	44,8
2015	12380	1968	547	6543	52,9	1016	51,6	242	44,2
2014	12361	2022	564	6510	52,7	1053	52,1	252	44,7
2013	11763	1962	584	6204	52,7	990	50,5	259	44,3
2012	11684	1992	574	5942	50,9	1000	50,2	254	44,3
2011	11669	1981	591	5869	50,3	1006	50,8	202	34,2
2010	11266	1789	582	5723	50,8	879	49,1	251	43,1

Fonte: Elaboração da própria autora baseado em dados da Sala de Situação do DF.

Esta abordagem populacional com foco na estimativa mínima representa apenas um ponto de partida para o planejamento de políticas públicas que atendam a estas demandas, já que não somente os pacientes acometidos pelas doenças codificadas pelo Código Internacional de Doenças (CID-10) relacionadas à cobertura potencial sofrem durante seu processo de adoecimento. Um exemplo, que pode explicar a redução das estimativas no ano de 2020, está no óbito causado pela infecção pela covid-19, que não consta entre as causas de óbito relacionadas à cobertura potencial, mas que pode ter levado pacientes e familiares ao sofrimento, que poderia ser reduzido por uma abordagem individualizada como preconizado nos princípios do CP.

A cobertura potencial mede os recursos materiais ou humanos disponíveis para a realização de determinada ação, ou o que está sendo ofertado à população que necessita. Esta ponderação da disponibilidade de recursos auxilia no planejamento de metas mais precisas[5].

Ao buscar um padrão de atendimento da EICP a fim de descobrir a disponibilidade do serviço é possível observar que não há um parâmetro mais ou menos fixo da capacidade de oferta do serviço, visto que a equipe passa por um processo de amadurecimento desde sua instituição em 2016, além dessa oferta sofrer a influência de outros fatores.

Ao longo do tempo, a EICP adquiriu experiência na sua atuação e maior capacidade de ofertar seu serviço. A Tabela 2 permite analisar a evolução da capacidade de resposta durante o período de funcionamento do serviço, praticamente dobrando o número de pareceres respondidos entre os anos de 2017 e 2019. Assim, como se observa também o aumento da demanda pela solicitação de pareceres crescente nos três primeiros anos de funcionamento do serviço, exceto no ano de 2020, em que houve declínio do número de solicitação de pareceres e também da capacidade de resposta. Este fato pode estar associado ao período da pandemia pela covid-19 em que vários setores do hospital se tornaram de atendimento exclusivo de pessoas acometidas pela doença e que vários profissionais estiveram sobrecarregados com as demandas do trabalho dos seus locais de lotação, inclusive os profissionais da EICP, que não tem carga horária exclusiva para o trabalho de interconsulta na equipe.

Tabela 2

Disponibilização e utilização do serviço ofertado pela EICP/ano.

EICP	Ano															
	2017				2018				2019				2020			
Nº pareceres solicitados	73				92				160				90			
Nº pareceres respondidos	60				68				115				59			
Nº Pareceres Não Respondidos/Causa	13				24				45				31			
	óbito	**alta**	**transf.**	**não esp.**	**óbito**	**alta**	**transf.**	**não esp.**	**óbito**	**alta**	**transf.**	**não esp.**	**óbito**	**alta**	**transf.**	**não esp.**
	8	4	0	1	17	6	1	0	29	7	0	9	9	1	1	20
Média de solicitações de pareceres em 12 meses	6				7,7				13				6,5			
Média de atendimento aos pareceres em 12 meses	5				5,5				9,5				3,9			
Tempo médio de resposta de parecer (dias)	3,3				5,1				4,5				3,3			

Legenda: Nº pareceres respondidos contém a causa do não atendimento em cada ano: óbito, alta, transferência ou não especificado.

A carga horária que os profissionais de saúde que compõem a EICP possuem para a prestação do CP nesta equipe é um dos fatores que influenciam na disponibilidade do serviço de saúde. A distribuição da carga horária para o atendimento à demanda em CP influenciou no tempo médio de resposta dos pareceres, como mostra a Tabela 2. Inicialmente, com uma demanda menor no ano de 2017, o tempo de resposta foi de 3,3 dias, sendo a dinâmica de atendimento distribuída em duas vezes na semana. Praticamente todos os pareceres foram respondidos, com exceção daqueles cujo óbito do paciente ocorreu antes da avaliação e que receberam alta antes da resposta do parecer, tendo apenas uma falta de atendimento não especificado o motivo. Com a mesma dinâmica de atendimento e uma demanda maior, o tempo médio de resposta saltou para 5,1 dias. Em 2019, a experiência e maior treinamento da equipe impactou em redução de um dia no tempo de resposta, apesar de uma demanda maior. Em 2020, o seguimento deste fator foi interrompido pela mudança de cenário, causado pela pandemia.

A baixa disponibilidade da EICP revelada pelo alto tempo de resposta de pareceres também leva a uma capacidade reduzida de realizar reavaliações de pacientes após o primeiro atendimento, o que pode interferir no acompanhamento dos pacientes e familiares atendidos e na função educativa da EICP junto à equipe assistente. Além disso, a indisponibilidade de carga horária inviabiliza também os registros adequados dos atendimentos em planilha e registro das ações educativas.

O treinamento para desenvolvimento do CP oferecido no cenário, no ano de 2020, trouxe algumas mudanças expressas nas entrevistas com a EICP. Entre elas, a distribuição da carga horária das integrantes da equipe para atendimento em mais dias da semana, que pode ter trazido reflexo na disponibilidade da equipe. Este movimento foi possível devido à maturidade da equipe neste momento, segundo seu próprio relato. Além disso, a sensibilização dos profissionais de saúde da instituição em relação ao CP por meio de cursos oferecidos em oficinas, *workshops* e na modalidade educação à distância (EAD) pode ter trazido algum reflexo, difícil de mensurar devido à interferência da pandemia. No entanto, uma importante contribuição trazida por esta intervenção foi a necessária conexão da gestão local com o CP, o que permitiu ganhos em relação a recursos materiais que, de alguma maneira, influenciaram na disponibilidade do serviço, assim como a concessão de um espaço físico e de computadores para o seu funcionamento. Apesar dos relatos da EICP revelarem que este ainda não é o espaço ideal por não permitir a realização de reuniões com familiares, o fato de ter um local de referência para que as pessoas cheguem até o serviço já demonstra um movimento para a disponibilização do serviço de saúde.

A cobertura real se refere à proporção da população que efetivamente se beneficiou de determinada intervenção, ou seja, mede o grau de interação entre os serviços de saúde e determinada população[5].

De acordo com Travassos e Martins[34], o processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. O tipo e a intensidade de recursos que são consumidos para resolver os problemas de saúde dos pacientes são definidos, em grande parte, pelos profissionais de saúde. Fatores relacionados à necessidade de saúde, aos usuários, aos prestadores de serviço, à organização e política adotada pelos serviços são determinantes da sua utilização.

Portanto, um serviço de CP em ambiente hospitalar que tem como principal gatilho a solicitação de parecer para a interconsulta da EICP necessita que profissionais de saúde saibam reconhecer as necessidades da unidade paciente e família para guiarem os mesmos da maneira mais adequada e respeitosa possível dentro do sistema de saúde.

Neste sentido, o número de pareceres solicitados para a EICP revela esta capacidade do profissional de saúde reconhecer a necessidade de CP. No entanto, o número de pareceres respondidos mostra a cobertura real ou a utilização do serviço. Esta cobertura aumentou desde o início do serviço de saúde (vide Tabela 2), exceto em 2020, período de decréscimo, provavelmente associado a fatores ligados à pandemia pelo coronavírus, como relatado nas entrevistas a percepção da EICP desta redução na solicitação de pareceres.

Ainda assim, quando comparamos a estimativa mínima da necessidade de CP, na Tabela 1, com o número de solicitações de pareceres para a EICP, na Tabela 2, no mesmo ano, vemos que a percep-

ção da necessidade de apoio da equipe especializada em CP está sempre abaixo da estimativa mínima. Em 2019, foi estimado pelo método populacional que no mínimo 263 pacientes necessitavam de CP. Neste mesmo ano foram solicitados 160 pareceres para a EICP e 115 foram respondidos. Ou seja, a EICP teria uma cobertura potencial de 60% em relação à necessidade mínima de CP no hospital, caso conseguisse atender a todas as solicitações de pareceres no ano de 2019. No entanto, a cobertura real foi de 43% da necessidade mínima. Essa discrepância nas percentagens mostra a limitação da utilização do serviço de saúde associado a fatores relacionados aos profissionais de saúde, assim como o conhecimento deficiente sobre CP, citado nas entrevistas como elemento que dificulta a prestação de CP.

Este mesmo aspecto também fica evidente ao analisar os motivos pelos quais os pareceres não foram respondidos pela EICP, sendo o óbito antes do atendimento da equipe a causa preponderante. Considerando o maior tempo médio de resposta de pareceres de 5 dias, é possível verificar que a solicitação do parecer ocorre já em um período de fim de vida, distanciando o paciente do acesso precoce ao CP.

As ações educativas em CP para os profissionais de saúde da instituição também fazem parte do escopo do serviço e ocorrem de maneira indireta durante os atendimentos da EICP, nas discussões de caso com a equipe assistente e reuniões familiares. Os treinamentos formais realizados pela EICP com as equipes de saúde não têm disponível os registros de participação. Da mesma forma, registros importantes e indicadores mais complexos para o acompanhamento da qualidade do serviço ficam em segundo plano devido à falta de carga horária disponível da EICP para tal função, que necessitaria de um apoio administrativo.

Fatores individuais também influenciam na utilização de serviços de saúde. O fator comportamental está associado a crenças dos indivíduos. A probabilidade de um indivíduo adotar uma determinada ação em saúde é influenciada por propensão à ação, pela avaliação das vantagens e inconvenientes de adotar esta ação e pelos estímulos internos e externos para adotá-la[34]. Portanto, tanto em relação ao paciente, à família, como em relação ao profissional da saúde, as crenças, percepções de custo-benefício, perigo, desagrado ou inconveniência em incorporar o CP em sua ação serão influência para esta utilização do serviço da EICP.

Validação do modelo lógico da intervenção

A equipe observou durante a validação que o modelo lógico representa o serviço de saúde, destacando que algumas ações, como a reavaliação do plano de cuidados, descrita no Quadro 2 na coluna relacionada ao processo não ocorrem ou não são viáveis, justamente pela falta de recursos, entre eles a baixa carga horária dos componentes para dedicação à EICP.

Neste sentido, nas observações relacionadas à estrutura, foi adicionado um apoio administrativo para funções burocráticas da EICP. Em processo, inicialmente houve a dúvida do prazo de 48 horas para reavaliação, no entanto, pensando no serviço ideal, notou-se que esse prazo ficou razoável. A elaboração das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) junto aos familiares e pacientes e a orientação para a alta hospitalar foram elementos acrescidos em processo.

Apesar do foco do trabalho estar na compreensão da relação entre os aspectos da estrutura e processo, entendendo que esta combinação proporcionaria maior cobertura do serviço de CP hospitalar, com maior probabilidade de trazer os resultados esperados a curto, médio e longo prazo, as principais observações e acréscimos feitos durante a validação do modelo lógico ocorreram nos resultados.

As entrevistadas descreveram que as ações da EICP, contando com uma estrutura adequada, também propicia a curto e médio prazo a redução do sofrimento da equipe assistente e da própria EICP, a redução de sintomas desagradáveis ao paciente e a desospitalização ou encaminhamento para hospital especializado. Ao longo prazo, a equipe também acrescentou que o CP também reduz o luto complicado, melhora a saúde emocional das equipes de saúde e a qualidade de vida e de morte dos pacientes e familiares.

Quadro 2

Modelo Lógico da Intervenção em Saúde.

<table>
<tr><th colspan="7">Modelo Lógico da Intervenção – Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos (EICP)</th></tr>
<tr><td colspan="7">Problema: aumento da demanda por CP e baixa capacidade de resposta pelo sistema de saúde, carência de política pública que estruture os serviços hospitalares de CP, ausência de diagnóstico, produção e cobertura de CP</td></tr>
<tr><th></th><th>Componentes</th><th>Subcomponentes</th><th>Estrutura</th><th>Processo</th><th>Resultados (curto e médio prazos)</th><th>Resultados (longo prazo)</th></tr>
<tr><td rowspan="12">Organização dos serviços hospitalares de CP por meio da EICP</td><td rowspan="9">Fluxo de atendimento de pareceres e inserção da unidade paciente família em CP</td><td rowspan="2">Fluxo de parecer para a EICP</td><td rowspan="12">Espaço físico (sala de reunião); equipamentos (informática, papel, caneta, prontuário eletrônico, manual técnico); recursos humanos (carga horária dos servidores, equipe multidisciplinar. Referência Técnica Distrital – RTD, pessoal para apoio administrativo).</td><td>Avaliação dos pacientes com pareceres solicitados pela equipe assistente</td><td rowspan="2">Redução do sofrimento físico, psicossocial e espiritual de pacientes e familiares atendidos pela EICP</td><td rowspan="12">Melhora da qualidade de morte e de vida dos pacientes em CP e seus familiares
Redução do luto complicado
Melhora da saúde emocional das equipes de assistência hospitalar
Redução dos custos hospitalares</td></tr>
<tr><td>Sugestão de plano de cuidados adequado para a unidade paciente-família</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Avaliação</td><td>Registro do atendimento em prontuário eletrônico</td><td>Redução do sofrimento da equipe assistente e EICP quanto aos cuidados ao paciente</td></tr>
<tr><td>Reavaliação do plano de cuidados pela EICP em até 48 horas</td><td>Controle de sintomas</td></tr>
<tr><td>Reunião com familiares e pacientes conforme necessidade</td><td>Desospitalização/ Encaminhamento para cuidado especializado</td></tr>
<tr><td>Elaboração das Diretivas Antecipadas de Vontade junto com pacientes e familiares</td><td>Redução da distanásia</td></tr>
<tr><td>Busca ativa de pacientes que necessitam de CP</td><td>Acesso precoce à CP aos pacientes que necessitam</td></tr>
<tr><td>Disseminação da informação</td><td>Orientação da equipe sobre plano de cuidados / Orientação para a alta hospitalar</td><td>Respeito à dignidade e autonomia do paciente</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Capacitação e gerenciamento das informações</td><td>Capacitação</td><td>Capacitação de profissionais de saúde da instituição</td><td rowspan="2">Integração dos CP à prática dos profissionais da instituição</td></tr>
<tr><td>Registro de atendimentos e desfechos</td><td>Registro em planilha dos atendimentos da EICP e desfechos</td></tr>
<tr><td>Destinação da informação</td><td>Encaminhamento dos dados referentes aos atendimentos à RTD</td><td>Geração de dados para planejamento das ações em CP</td></tr>
<tr><td colspan="7">Cenário: Unidade de atenção hospitalar com 430 leitos, com média de 17.995 internações por ano. Conta com enfermarias de internação em clínica médica, cirúrgica, ortopédica, maternidade e pediatria. Pronto socorro, Centro Cirúrgico e Obstétrico, UTI adulto com 10 leitos e UTI neonatal com 20 leitos.</td></tr>
</table>

Análise dos *stakeholders*

Para a compreensão do contexto no qual iniciativas voltadas para o desenvolvimento dos CP se desenvolvem, como a estratégia da interconsulta de equipes de cuidados paliativos especializadas no ambiente hospitalar, se torna importante conhecer quem são os *stakeholders* que possuem interesse, influenciam ou são afetados pela intervenção.

O atributo de poder está relacionado à capacidade de um *stakeholder* exercer influência sobre a organização de modo coercitivo, utilitário ou simbólico, fazendo prevalecer sua vontade apesar da resistência[30].

Nesta classificação, os *stakeholders* latentes são aqueles com apenas um atributo. No caso de possuírem apenas o poder atribuído são denominados adormecidos, pois têm a capacidade de influenciar na organização, mas por não ter urgência ou legitimidade, seu poder fica em desuso[31].

Neste sentido, o Ministério da Saúde pode ser classificado como adormecido de acordo com a EICP, pois tem o poder de instituir uma política em CP mais abrangente, porém, escolhe não dar prioridade ao tema, que poderia ser contemplado, por exemplo, por meio da edição de portarias que regulamentem o CP em toda a RAS. Apesar do PROADI-SUS ser uma iniciativa do MS, ainda assim, essa estratégia não tem o alcance necessário para promover uma oferta adequada de CP.

Por meio das entrevistas, é possível notar também a SES-DF como um *stakeholder* adormecido, já que possui poder de influência na intervenção em CP. No entanto, em algumas questões organizacionais que poderiam aumentar a oferta de CP na população que necessita, como na instituição de equipes de CP a nível hospitalar dentro do organograma da Secretaria de Saúde com a possibilidade de lotação de servidores exclusivos para o serviço e maior estabilidade no seu funcionamento, decidiu ou não reconheceu a necessidade de atuar prioritariamente.

A direção do hospital e gestores locais também são considerados adormecidos em alguns trechos das entrevistas, já que podem utilizar sua influência para o crescimento da atuação da EICP, impõem sua vontade sobre a organização, mas não têm a legitimidade nem a urgência de atender a pretensão. Além disso, têm pouca ou nenhuma interação com a organização.

Todos os *stakeholders* adormecidos podem se tornar dominantes ao decidirem utilizar suas habilidades para agir sobre as pretensões da organização, pois ganham legitimidade diante do que é considerado adequado para o funcionamento de um serviço

hospitalar de CP. A direção do hospital, por exemplo, se tornou dominante ao atender a necessidade de espaço físico para o trabalho da EICP e conceder um local compartilhado para este fim.

Na intervenção não foram identificados *stakeholders* arbitrários, ou seja, que possuem apenas o atributo de legitimidade. O conceito de legitimidade trazido por Mitchell, Agle e Wood (1997), que criaram o modelo de identificação e saliência de *stakeholders*, se refere a ações de um ator percebidas a nível individual, organizacional ou da sociedade como adequadas dentro de um sistema de normas, valores e crenças construídas socialmente[11]. No entanto, foi possível identificar *stakeholders* que acumulavam dois atributos: os dominantes, que acumulam poder e legitimidade, e os dependentes, que acumulam legitimidade e urgência. O *stakeholder* dominante possui influência na organização, garantida pelos seus atributos, por isso espera e deveria receber muita atenção dos gestores.

A equipe assistente em alguns momentos pode ser classificada como adormecida em relação à organização quando inutiliza o poder que tem de impor sua vontade em relação à aplicação dos princípios dos CP no cuidado ao paciente, já que possui essa autonomia. No entanto, se torna dominante quando usa de sua legitimidade. Pela fala dos entrevistados supõe-se que a equipe assistente perde legitimidade em alguns momentos devido à falta de conhecimento sobre CP. Portanto, do ponto de vista dos princípios dos CP perde oportunidade de agir precocemente em relação às necessidades dos pacientes e familiares que necessitariam da abordagem.

O atributo de urgência está relacionado à necessidade imediata de ação que vai determinar o tempo de resposta da organização quanto à solicitação do *stakeholder*, considerando-se a sensibilidade de tempo e criticidade[10].

Os *stakeholders* com atributos de legitimidade e urgência são denominados dependentes, pois precisam contar com o apoio de um *stakeholder* poderoso para que suas pretensões sejam atendidas[11].

O paciente é considerado um *stakeholder* dependente pois possui urgência no seu clamor, de ter seu sofrimento reduzido, e tem legitimidade. No entanto, pela fala das entrevistadas, muitas vezes perde a oportunidade de se tornar um *stakeholder* definitivo, ou seja, aquele que acumula os três atributos, pois perde poder por não poder expressar e impor suas vontades por seu acesso ao CP ser tardio neste cenário.

Os familiares também podem ser classificados como dependentes pela urgência de sua pretensão de mitigar o sofrimento de seu familiar e pela legitimidade de seu clamor. Porém, os familiares podem se tornar perigosos, ou seja, quando acumulam urgência e poder. Neste caso, os familiares perdem a legitimidade quando não compreendem o que é CP e não são abordados de forma oportuna, com comunicação falha entre equipe de saúde e familiares; além de ganharem o poder de impor sua vontade quando o paciente é abordado tardiamente e já estão em fim de vida, em situação que não lhe permite decidir sobre seu tratamento.

A promoção da autonomia do paciente é um fundamento ético do CP que pressupõe a informação e comunicação adequada ao paciente sobre sua enfermidade, evolução clínica, possíveis intercorrências e alternativas terapêuticas de modo a permitir que suas vontades sejam atendidas. Consistem em desafios para essa realidade a conjunção da autonomia do paciente com as expectativas da equipe de saúde, sendo essencial a avaliação prognóstica, que pode ser feita com auxílio de ferramentas de avaliação da capacidade funcional e mental do paciente[32].

A herança de um modelo paternalista do exercício da medicina, o uso indiscriminado de procedimentos terapêuticos viabilizado pelos avanços tecnológicos e um relacionamento precário com comunicação débil, sem condições de diálogo sobre a finitude e a elaboração de Diretivas Antecipadas de Vontade, entre profissionais de saúde, e a unidade paciente e família propicia fragilidade no exercício da autonomia de ambos[32].

A ANCP, RTD e o hospital representante do projeto do PROADISUS, também podem ser classificados como *stakeholders* dependentes pois, apesar de possuírem legitimidade e urgência, não possuem poder, dependendo de *stakeholders* dominantes, como o Ministério da Saúde, a SES-DF, gestores e profissionais da saúde, quando decidem tomar para si a pretensão dos primeiros.

A própria EICP é também um *stakeholder* dependente, pois atua a partir do pedido de pareceres, que começam a ser solicitados a partir do momento que existe uma educação e compreensão em relação à cobertura potencial pelos profissionais de saúde e sociedade.

O Quadro 3 apresenta esta classificação inicial dos *stakeholders* categorizados na intervenção a partir da visão da EICP, de acordo com seus atributos de poder, legitimidade e urgência. Porém, esta não é uma classificação estática, pois depende da relação entre os *stakeholders* e influência que exercem de acordo com seus atributos.

Quadro 3
Análise dos *stakeholders* identificados na intervenção.

Stakeholder	Poder	Legitimidade	Urgência	Classificação
EICP		X	X	Dependente
Equipe assistente/multidisciplinar	X	X		Dominante
Médico	X	X		Dominante
Paciente		X	X	Dependente
Familiares		X	X	Dependente
Direção/Gestores locais	X			Adormecido
ANCP		X	X	Dependente
SES/DF	X			Adormecido
RTD/Câmara Técnica		X	X	Dependente
Ministério da Saúde	X			Adormecido
PROADI-SUS (H. Sírio Libanês)		X	X	Dependente

De acordo com Melo e Regis[11], a ideia é que as relações sejam classificadas de acordo com os atributos e não os atores. Assim, os *stakeholders* são percebidos com importâncias diferentes a partir de diferentes pontos de vista. Esta percepção dada pela teoria dos *stakeholders* pode auxiliar na compreensão do contexto em que se estabelece um serviço de saúde.

CONCLUSÃO

A avaliação da cobertura de um serviço hospitalar de CP na modalidade de equipe consultora somente com a análise descritiva torna simplória uma avaliação complexa de uma intervenção, que influencia na organização, assim como recebe a influência de vários *stakeholders*.

Neste estudo, a diferença entre a cobertura potencial e a cobertura real da EICP foi de 17 pontos percentuais, evidenciando uma parcela da população atendida neste hospital que deixou de beneficiar-se do CP, a partir do cálculo de uma estimativa mínima de pessoas que poderiam necessitar desse tipo de assistência.

Fatores como a falta de adequada estrutura e de carga horária suficiente para o atendimento da demanda da EICP, assim como o conhecimento deficiente sobre CP por parte dos profissionais e população em geral, exercem influência na cobertura de CP por parte de *stakeholders* dependentes.

Quanto mais gestores e profissionais de saúde, como *stakeholders* detentores de um poder que, em sua maioria, ainda está adormecido, abraçarem e compreenderem a filosofia de atenção à saúde dos CP e buscarem formas de gestão e políticas que proporcionem o seu desenvolvimento, mais paciente, familiares e sociedade compreenderão a relevância e se beneficiarão deste tipo de cuidado.

Dessa forma, esta avaliação buscou pensar na intervenção em CP da EICP como uma forma de evidenciar como o trabalho ocorre, quem é a população que pode se beneficiar dele, como as ações desenvolvidas chegam até essa população e se são suficientes, gerando uma forma de aprendizado a partir daqueles que estão no processo de desenvolvimento do serviço de saúde em CP.

REFERÊNCIAS

1. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. Estudos Avançados. 2016 Dez; 30(88): 155-66. DOI: 10.1590/S0103-40142016.30880011.

2. Ferreira JMG, Nascimento JL, Sá FC. Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia. Rev. bras. educ. méd. 2018 Set; 42(3): 87-96. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3RB20170134.

3. Rodrigues LF. Modalidades de atuação e modelos de assistência em cuidados paliativos. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª edição. 2012. [acesso em 5 dez 2019]. Disponível em: https://paliativo.org.br/download/manual-decuidados-paliativos-ancp/.

4. Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenchlas J, Monti C, Rocafort J, Centeno C. Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica ALCP. 1ª edição. Houston: IAHPC Press, 2012. [acesso em 15 dez 2019]. Disponível em: https://cuidadospaliativos.org/uploads/2014/1/Atlas%20Portugues.pdf.

5. Vieira-da-Silva LM. Avaliação de políticas e programas de saúde. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014.

6. Higginson IJ, Bruera E. Do we need palliative care audit in developing countries? Palliative Medicine. 2002; 16: 546-47. Available from: https://doi.org/10.1191/0269216302pm576xx.

7. Maciel MGS. Organização de serviços de cuidados paliativos. In: Carvalho RT, Parsons HA Organizadores. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª edição. 2012. [acesso em 5 dez 2019]. Disponível em: https://paliativo.org.br/download/manual-decuidados-paliativos-ancp/.

8. Orzechowski R, Galvão AL, Nunes TS, Campos LS. Necessidade de cuidados paliativos em pacientes com insuficiência cardíaca avançada internados em um hospital terciário. Ver. Esc. Enferm. USP. 2019; 53: e03413. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018015403413.

9. Machado SHS. O uso da teoria de stakeholders em uma análise da etapa de formulação da Política Nacional de Medicamentos. Rev. Adm. Pública. 2013 Mai/Jun; 3(47): 543-65. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-76122013000300001.

10. Mainardes EW, Alves H, Raposo M, Domingues MJCS. Um novo modelo de classificação de stakeholders [Apresentação no V Encontro de Estudos em Estratégia; 2011 Mai 15-17; Porto Alegre, Brasil]. Disponível em: http://www.sigmees.com.br/files/evento-2011-13.PDF.

11. Melo PTNB, Régis HP. Classificação dos laços entre gestores e Stakeholders na rede dos pontos de cultura no grande Recife. Organ. Soc. 2013 Jan-Mar; 20(64): 75-96. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1984-92302013000100006.

12. Gonçalvez PC, Boaventura JMG, Costa BK, Fischmann AA. Stakeholders na atividade hospitalar: uma investigação setorial no Estado de São Paulo. Rev. Adm. FACES Journal. 2008 Abr-Jun; 7(2): 84-101. [Acesso em 13 set. 2020]. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194016906006.

13. Abreu DMF, Santos EM, Cruz MM. Avaliação de implantação do núcleo descentralizado de vigilância em saúde na região metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro (2005-2007). In: Santos EM, Cruz MM (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 95-127.

14. SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL – InfoSaúde [homepage internet]. Sala de Situação. [Acesso em 5 nov. 2021]. Disponível em: https://info.saude.df.gov.br/pagina-inicial/sala-de-situacao/.

15. Murtagh FEM, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higgnson IJ. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. Palliative Medicine. 2014 Jan; 28(1): 49-58. DOI: 10.1177/0269216313489367.

16. Robson J, Gott M, Gardiner C, Ingleton C. Specialist palliative care nursing and the philosophy of palliative care: a critical discussion. International Journal of Palliative Nursing. 2017 Jul; 23(7): 352-58. Available from: https://doi.org/10.12968/ijpn.2017.23.7.352.

17. Cardoso DH, Muniz RM, Schwartz E, Arrieira ICO. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. Texto & Contexto – Enfermagem. 2013 Dez; 22(4): 1134-41. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400032.

18. Burlá C, Ly P. Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. Cad. Saúde Pública. 2014 Jun; 30: 1139-41. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE020614.

19. Alves JM, Marinho MLP, Sapeta P. Referenciação tardia: barreiras a referenciação de adultos oncológicos e não oncológicos para serviços de cuidados paliativos. Cuidados Paliativos. 2019 Nov; 6(1): 13-26. [Acesso em 15 ago 2021]. Disponível em: https://smartcms.boldapps.pt/publicfiles/Uploads/Files/91/SubContent/74c15124-b794-457e-955d-05b536786c41.pdf#page=13.

20. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus Specialist Palliative Care – Creating a More Sustainable Model. New Eng. J. Med. 2013 Mar; 368(13): 1173-75. Available from: https://doi.org/10.1056/NEJMp1215620.

21. Vicensi MC. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. Rev. bioét. (Impr.). 2016 Abr; 24(1): 64-72. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241107.

22. Florêncio RS, Cestari VRF, Souza LC, Flor AC, Nogueira VP, Moreira TMM *et al*. Cuidados paliativos no contexto da pandemia de COVID-19: desafios e contribuições. Acta Paul. Enferm. 2020 Out; 33(26): 1-9. Disponível em: http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2020AO01886.

23. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2013 Set; 18: 2577-88. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012.

24. Budicin B, Aroeira-Neves MGP, Silva J. Identificação dos conflitos mais comuns experienciados por médicos não paliativistas no atendimento de pacientes em fim de vida. EIDON. Revista española de bioética. 2020 Jun; (53): 4-21. DOI: 10.13184/eidon.53.2020.4-21.

25. Silva RS, Trindade GSS, Paixão GPN, Silva MJP. Conferência familiar em cuidados paliativos: análise de conceito. Rev. Bras. Enferm. 2018 Fev; 71(1): 206-13. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0055.

26. Santos AFJ, Ferreira EAL, Guirro UBP. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019 (livro eletrônico). 1ª edição. São Paulo: ANCP 2020. [Acesso em 01 nov. 2021]. Disponível em: https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf.

27. PROADI-SUS [homepage na internet]. Programa de Cuidados Paliativos no SUS – Atenção Hospitalar, Ambulatorial Especializada e Atenção Domiciliar. [Acesso em 27 out. 2021]. Disponível em: https://hospitais.proadi-sus.org.br/projeto/cuidados-paliativos-cp.

28. Mendonça DMC. Qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos no Hospital Universitário de Brasília. Brasília: Dissertação [Mestrado em Políticas Públicas em Saúde] – Escola Fiocruz de Governo, Fundação Oswaldo Cruz, 2019. [Acesso em 20 ago 2020]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/49600.

29. Zadeh RS, Eshelman P, Setla J, Sadatsafavi H. Strategies to Improve Quality of Life at the End of Life: Interdisciplinary Team Perspectives. Am. J. Hosp. Palliat. Care. 2018; 35(3): 411-6. DOI: 10.1177/1049909117711997.

30. Sarturi G, Pinto NGM, Klein LL. Gestão Pública de Stakeholders: Quem Priorizar? Gestão & Governança Pública. 2017 Nov; 97-117. [Acesso em Mai 2021]. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Greici-Sarturi/publication/321307398_Gestao_Publica_de_Stakeholders_Quem_Priorizar/links/5a85d374458515b8af88ff15/Gestao-Publica-de-Stakeholders-Quem-Priorizar.pdf.

31. Lyra MG, Gomes RC, Jacovine LAG. O papel dos stakeholders na sustentabilidade da empresa: contribuições para construção de um modelo de análise. Rev. Adm. Contemp. 2009 Jun; 13(spe): 39-52. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1415-65552009000500004.

32. Scottini MA, Siqueira JE, Moritz RD. Direito dos pacientes às diretivas antecipadas de vontade. Rev. Bioética. 2018 Jul-Set; 26(3): 441-50. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-80422018263264.

33. DISTRITO FEDERAL (BRASIL). Secretaria de Estado de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2019. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, 2020. [Acesso em 25 out. 2021]. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/RAG2019_FINAL.pdf.

34. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública. 2004; (20): 190-8. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014.

35. Clark D, Baur N, Clelland D, Garralda E, López-Fidalgo J, Connor S, Centeno C. Mapping levels of palliative care development in 198 countries: the situation in 2017. J Pain Symptom Manage. 2020 Abr; 59(4): 794-807. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.11.009.

36. Pastrana T, Lima L de, Sánchez – Cárdenas M, Vansteijn D, Garralda E, Pons JJ, Centeno C. Atlas de Cuidados Paliativos em Latinoamérica 2020. 2ª edição. Houston: IAHPC Press, 2021. Disponível em: https://cuidadospaliativos.org/uploads/2021/8/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20en%20Latinoamerica%202020.pdf. Acesso em 10 dez. 2021.