



## Assistência a pacientes elegíveis para cuidados paliativos: visão de profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva

Assistance to patients eligible for palliative care: the view of professionals from an Intensive Care Unit  
Asistencia a pacientes elegibles para cuidados paliativos: visión de profesionales de una Unidad de Cuidado Intensivo (UCI)

### Como citar este artigo:

MARTINS MR, OLIVEIRA JS, SILVA AE, SILVA RS, CONSTÂNCIO TOS, VIEIRA SNS. Assistance to patients eligible for palliative care: the view of professionals from an Intensive Care Unit. Rev Esc Enferm USP. 2022;56:e20210429. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0429en>

 Matheus Rodrigues Martins<sup>1</sup>

 Juliana da Silva Oliveira<sup>2</sup>

 Alexandre Ernesto Silva<sup>3</sup>

 Rudval Souza da Silva<sup>4</sup>

 Tatiane Oliveira de Souza  
Constâncio<sup>5</sup>

 Sheylla Nayara Sales Vieira<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência, Jequié, BA, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Departamento de Saúde II, Jequié, BA, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal de São João Del-Rei, Enfermagem Fundamental, Divinópolis, MG, Brasil.

<sup>4</sup>Universidade do Estado da Bahia, Campus VII, Senhor do Bonfim, BA, Brasil.

<sup>5</sup>Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Jequié, BA, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** to understand the perception of the multiprofessional team about the quality of health care provided to patients in palliative care in the Intensive Care Unit. **Method:** qualitative study, anchored to Donabedian's theoretical framework, through semi-structured interviews with 35 professionals working in the Intensive Care Unit. For data analysis, the Content Analysis technique was used. **Results:** three categories were pre-established: structure, process, and outcome, from which five subcategories emerged: *Deficit* in terms of numbers of workers and professional qualification; *Ambience and palliative care*; *(In) existence of assistance based on the principles of palliative care*; *Failures in communication and in the interdisciplinary approach* and *Repercussions of (lack of) assistance*. **Conclusion:** the study allowed understanding the institutional weaknesses for the operationalization of care provided to patients eligible for palliative care in the Intensive Care Unit setting. Thus, for this philosophy of care to be propagated, the co-participation of managers, professionals, patients, and family members is required, since these gaps cannot be filled without collective involvement.

### DESCRIPTORS

Palliative care; Quality Indicators, Health Care; Intensive care units; Patient care team; Health manager; Patient safety.

### Autor correspondente:

Matheus Rodrigues Martins  
Avenida Eugênio de Araújo, nº:21, centro  
47590-000, Ipuçari, BA, Brasil  
matheusrodrigues355@gmail.com

Recebido: 27/09/2021  
Aprovado: 01/04/2022

## INTRODUÇÃO

A discussão mundial sobre a aplicabilidade de Cuidados Paliativos (CP) tem sido baseada no contexto da transição demográfica e epidemiológica vivenciada nas últimas décadas, em consonância com o envelhecimento populacional e o aumento das doenças crônicas. Tal fato tem implicado diretamente as práticas de assistência à saúde, pondo em evidência a necessidade de cuidados especializados que atendam às demandas deste novo perfil epidemiológico<sup>(1)</sup>.

Diante disso, os CP apresentam-se como uma assistência qualificada, capaz de subsidiar ações que proporcionem maior conforto ao doente e seus familiares. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>(2)</sup>, os CP são conceituados como práticas integrais de atenção à saúde, promovidas por uma equipe multiprofissional, voltadas aos pacientes com doenças que ameaçam a vida, baseadas em ações que visam alcançar condições para o bem-estar global do indivíduo, por meio da gestão de sinais e sintomas associados a acometimentos físicos, espirituais, psicossociais e uma avaliação impecável para prevenção e alívio da dor.

Estima-se, que a cada ano, cerca de 40 milhões de pessoas necessitam desse tipo de cuidado, incluindo pacientes em estágio inicial da doença, além de cerca de 20 milhões de pessoas que carecem dessa abordagem ao final de vida. Dessas últimas, 90% apresentam diagnóstico de algum tipo de doença crônica não transmissível. As doenças mais prevalentes estão relacionadas a acometimentos cardiovasculares, neoplasias, doenças pulmonares obstrutivas crônicas e diabetes, que geram maior comprometimento funcional e dependência<sup>(3)</sup>.

Além disso, pacientes com o mesmo perfil epidemiológico apresentam índices elevados de admissões em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), sendo imprescindível a necessidade de instituir medidas que melhorem a qualidade de vida, livre de tratamentos desnecessários que prolonguem o sofrimento<sup>(4)</sup>. Não obstante, observa-se que o modelo assistencial adotado nas UTIs é geralmente pautado em princípios biomédicos, curativistas e com densidade tecnológica que nem sempre permitem um cuidado centrado nas necessidades humanas básicas, no bem-estar, no incentivo ao autocuidado e na autonomia do sujeito<sup>(5-6)</sup>.

No entanto, para que esses cuidados sejam ofertados de forma adequada, é necessário que sejam promovidos por uma equipe multiprofissional, por meio de uma abordagem holística. Assim, é possível proporcionar a prevenção e a identificação precoce do sofrimento em todos os campos que afetam a dignidade humana<sup>(3)</sup>.

Todavia, grande parte dos profissionais da saúde e gestores ainda associam os CP a uma assistência voltada somente para pacientes com neoplasias e em terminalidade de vida, não abrangendo outras condições clínicas e o período inicial do adoecimento. Tal desconhecimento interfere diretamente no planejamento e na qualidade da assistência prestada<sup>(7)</sup>, haja vista que a falta de conhecimento implica práticas assistenciais desorganizadas e sem evidências científicas, tornando os pacientes vulneráveis à ocorrência de eventos adversos, ocasionando tempo de hospitalização prolongado e, conseqüentemente, aumento de custos hospitalares.

Desse modo, é necessária a utilização de ferramentas de avaliação que garantam a qualidade dos cuidados dispensados a esse público. Nesse contexto, Donabedian propõe indicadores que orientam o caminho para o cuidado de qualidade, formado pela tríade: estrutura, processo e resultado<sup>(8)</sup>. A *estrutura* sintetiza as condições necessárias para a ocorrência de assistência de qualidade; o *processo* relaciona-se com a forma do cuidado a ser realizado e o *resultado* corresponde à resposta do paciente aos cuidados ofertados<sup>(8)</sup>.

Por meio da avaliação desses critérios, é possível mensurar o nível de qualidade alcançado, os pontos positivos e negativos, bem como buscar estratégias de correção e melhoria dos aspectos não satisfatórios. Ademais, os indicadores de qualidade são reconhecidos como ferramentas de gestão indispensáveis para a efetivação de boas práticas no ambiente hospitalar, orientando diretamente a tomada de decisão dos profissionais de saúde para a prática baseada em evidências<sup>(9)</sup>.

Este estudo justifica-se pela necessidade de compreender de forma ampla as características institucionais que influenciam a qualidade da assistência ofertada a pacientes em cuidados paliativos, visto que as unidades de saúde que não dispõem de equipes especializadas para este fim e nas quais os CP não são incorporados como uma filosofia assistencial apresentam barreiras que comprometem a disseminação dessa prática, como o *déficit* na capacitação profissional, a ausência de organização do processo de trabalho, a aplicabilidade de políticas institucionais e protocolos, bem como a escassez de debates bioéticos<sup>(10)</sup>, o que pode levar a práticas de obstinação terapêutica e prevenção/controlado incipiente de sinais e sintomas oriundos do processo de adoecimento.

Assim, por meio desse processo avaliativo, torna-se possível a oferta de cuidados integrais que compreendam as multidimensões do paciente em todas as fases do adoecimento. Espera-se que os achados deste estudo contribuam para fomentar a discussão dessa temática na área da saúde, principalmente para os gestores e equipe multiprofissional que atuam em UTI, promovendo uma reflexão sobre as condições necessárias para a qualidade dos cuidados prestados a esse público. À vista desses apontamentos, formulou-se o seguinte objetivo: compreender a percepção da equipe multiprofissional sobre a qualidade da assistência à saúde prestada a pacientes em CP em UTI.

## MÉTODO

### DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, ancorado no referencial teórico de Avedis Donabedian<sup>(8)</sup>, conduzido a partir do *Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research* (COREQ)<sup>(11)</sup>.

### LOCAL

Como cenário da pesquisa, delimitou-se as três UTIs Adulto de um hospital público terciário, localizado na cidade de Jequié, Bahia, Brasil. O referido nosocômio é considerado uma unidade de referência estadual, atendendo uma população de 27 municípios, abrangendo as especialidades de clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, psiquiatria e terapia intensiva. Entretanto,

não dispõe de uma unidade e/ou equipe especializada em cuidados paliativos, apesar da utilização do termo “cuidados paliativos” para definição de abordagem terapêutica a doentes no cenário da UTI.

## POPULAÇÃO

Os participantes desta pesquisa foram os membros da equipe multiprofissional composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, farmacêuticos, médicos, psicólogos e nutricionistas que ofertavam assistência a pacientes em CP nas UTIs do referido hospital, selecionados por meio da técnica de amostragem não probabilística por conveniência.

## CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Os critérios de inclusão contemplaram participantes voluntários, de ambos os sexos, com no mínimo cinco meses de trabalho assistencial em UTI, pertencentes às categorias profissionais de enfermagem (enfermeiro e técnicos de enfermagem), fisioterapia, farmácia, medicina, psicologia e nutrição. Os critérios de exclusão abrangeram aqueles profissionais que estavam em férias, em licença médica, licença prêmio ou licença maternidade no período da coleta de dados. O quantitativo de participantes foi definido pelo critério de saturação das respostas, sendo representado pela ausência de novos dados que contribuíssem significativamente para o estudo<sup>(12)</sup>.

## COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados pelo primeiro autor, enfermeiro de formação, em um local reservado na própria unidade hospitalar, no período de setembro a dezembro de 2020, com horários pré-estabelecidos entre o pesquisador e os participantes. Para a coleta das informações, utilizaram-se um instrumento com questões objetivas, referente aos aspectos sociodemográficos para caracterização dos participantes, e um roteiro semiestruturado para entrevistas, com questões norteadoras, alicerçado na tríade de Donabedian<sup>(8)</sup>.

O instrumento foi previamente submetido a um estudo piloto com a participação de 13 residentes multiprofissionais de saúde, que atuavam em setores da emergência e UTI. Após a sua aplicação, foram realizadas reformulações de questões de difícil entendimento pelos participantes, bem como a exclusão de perguntas que não estavam relacionadas aos aspectos da tríade de Donabedian<sup>(8)</sup>.

Dessa maneira, utilizaram-se quatro questões norteadoras, a saber: com base na estrutura das UTIs, qual sua percepção sobre a qualidade dos cuidados paliativos prestados? Com base na sua experiência, como é sistematizada a assistência aos pacientes em cuidados paliativos? Qual sua percepção do efeito da sua assistência sobre o estado de saúde dos pacientes em cuidados paliativos? Qual sua percepção do efeito da assistência da equipe multiprofissional sobre o estado de saúde dos pacientes em cuidados paliativos?

As entrevistas foram gravadas, por meio de um aparelho digital, e transcritas na íntegra visando garantir maior confiabilidade nos dados coletados, tendo um tempo médio de áudio-gravação de 15 minutos.

## ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Para avaliação dos dados coletados, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo, na qual os dados podem ser avaliados conforme três tipos de abordagem, sendo elas: Convencional, Somativa e Direta<sup>(13)</sup>. Neste estudo, optou-se pela análise do tipo Direta, na qual, a partir do referencial teórico ancorado, são estabelecidos os principais conceitos ou variáveis como categorias iniciais de codificação<sup>(13)</sup>.

Após a leitura completa do material, com a finalidade de evidenciar as características da qualidade da assistência de um serviço de saúde, o conteúdo foi interpretado e organizado à luz da teoria de Donabedian, agregando as respostas em categorias pré-estabelecidas: estrutura (características do local em que o cuidado é realizado), processo (organização e implementação da assistência) e resultado (efeito dos cuidados ofertados ao estado de saúde do indivíduo)<sup>(8)</sup>. Em seguida, foi realizada uma nova leitura elegendo as frases com maior ênfase pelos participantes, das quais emergiram cinco subcategorias. Como forma de garantir a validação dos dados, bem como reduzir os vieses resultantes de uma única perspectiva, essa etapa foi realizada por dois pesquisadores.

## ASPECTOS ÉTICOS

Obteve-se a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, comprovada pelo parecer nº: 4.130.461, do ano de 2020. Os participantes da pesquisa foram previamente esclarecidos sobre o objetivo e a proposta metodológica do estudo, e posteriormente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram identificadas pela primeira letra referente a categoria profissional do participante, acompanhada pelo número correspondente à sua entrevista, por exemplo: enfermeiros (E1); técnicos de enfermagem (T2); fisioterapeutas (F3); farmacêuticos (FA4); médicos (M5); psicólogos (P8); nutricionistas (N9).

## RESULTADOS

Participaram do estudo 35 profissionais que prestavam assistência a pacientes em CP nas UTIs, com idade entre 21 a 56 anos, média de 35,46 anos ( $\pm 8,7$ ). Em relação ao sexo, 28 (80%) dos participantes eram do sexo feminino. No que concerne à categoria profissional, nove (25,7%) eram técnicos(as) de enfermagem, sete (20%) enfermeiros(as), seis (17,1%) fisioterapeutas, quatro (11,4%) médicos(as), quatro (11,4%) psicólogos(as), três (8,6%) nutricionistas e dois (5,7%) farmacêuticos(as).

Quanto ao tempo de atuação em UTI, houve variação entre cinco meses a 14 anos, com média de 48,34 meses ( $\pm 52,9$ ), sendo que 24 (68,6%) profissionais referiram até cinco anos de atuação no setor. No que tange à formação profissional relacionada à área de CP, nenhum participante tinha cursos de formação e 13 (37,1%) haviam participado de alguma atividade de atualização na área supracitada.

Mediante a análise do conteúdo pesquisado, bem como considerando o referencial teórico de Donabedian, foram pré-estabelecidas três categorias: *estrutura*, *processo* e *resultado*. Dessas, emergiram cinco subcategorias, conforme exposto no Quadro 1.

**Quadro 1** – Categorias e subcategorias emergidas do estudo – Jequié, BA, Brasil, 2020.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Estrutura	Déficit no quantitativo e na qualificação profissional; Ambiência e cuidados paliativos;
Processo	(In)existência de uma assistência pautada nos princípios dos cuidados paliativos; Falhas na comunicação e na abordagem interdisciplinar;
Resultado	Repercussões da (des)assistência.

## CATEGORIA 1: ESTRUTURA

A primeira categoria, intitulada *estrutura*, remete-se às menções dos profissionais a respeito das características institucionais para que o cuidado ocorra, perpassando por compreensões que vão desde os aspectos organizacionais, como os recursos humanos, até os atributos físicos da instituição e as suas implicações para uma assistência qualificada, expressos nas subcategorias *Déficit no quantitativo e na qualificação profissional* e *Ambiência e cuidados paliativos*.

### SUBCATEGORIA: DÉFICIT NO QUANTITATIVO E NA QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Nessa subcategoria, as inquietações dos participantes do estudo apontaram para a necessidade de um maior quantitativo de profissionais para atuarem nas UTIs, bem como formação na área de CP: *Em termo de quantitativo de profissionais, eu acho que de várias categorias (...) eu acho que temos profissionais insuficientes.... Né? Então, às vezes você está com um paciente muito grave, está com um dimensionamento apertado na UTI, e isso compromete muito a prestação de um cuidado paliativo para um paciente, né? (...) (FA7).*

*(...) Nós temos uma nutricionista em mais de cinco alas de hospital, então é impossível ela estar presente dentro dessa UTI, (...) então (...) quando se tem esse rodízio (rounds multiprofissionais) (...), nem o psicólogo nem o nutricionista podem estar presentes porque tem uma demanda menor de profissionais para uma demanda maior de pacientes (N28).*

Ademais, a falta de qualificação profissional na área de CP interfere diretamente tanto na eficiência quanto na utilização dos recursos disponíveis para essa abordagem, repercutindo negativamente nos cuidados ofertados: *Quanto à estrutura e o que oferece de equipamento, de tecnologia, eu acho o ideal. Mas o mais importante que eu acho é o fator humano pra lidar com isso, e ainda a meu ver, é um pouco despreparado, quanto à utilização desses equipamentos que a instituição oferece para poder executar o cuidado com esses pacientes paliativos (T31).*

*Com base na estrutura física, eu acho que o hospital tem condições de desempenhar um bom trabalho nesse sentido, mas com base na estrutura técnica, eu acho que precisa de mais qualificação (...) profissionais mais qualificados (...) acredito que a equipe técnica precisa evoluir, e muito, ainda, em todos os aspectos (P33).*

Outrossim, os depoentes consideram importante haver uma equipe com formação teórica e prática em CP, possibilitando o norteamiento da assistência a esses pacientes: *Na verdade, o hospital ainda engatinha no quesito que vem a ser cuidados*

*paliativos, né? A gente não tem uma equipe experiente em cuidados paliativos para guiar, então fica muito... é... solto ainda na questão dos cuidados paliativos (...)* (F17).

*Então, eu ainda não vejo uma equipe voltada para isso, às vezes eu vejo que a gente peca muito em algumas coisas, algumas condutas que assim (...) poderiam ser tratadas de outra forma (...) Deveria ter uma equipe voltada para palição dentro do hospital, não só uma equipe de plantão (...)* (T29).

### SUBCATEGORIA: AMBIÊNCIA E CUIDADOS PALIATIVOS

Os participantes expressam dificuldades relacionadas à estrutura física e à disponibilidade de recursos materiais adequados nas UTIs, ecoando na humanização e confortabilidade do processo de trabalho entre profissionais, pacientes e familiares: *(...) A gente tem UTIs que não oferecem nada em termo de uma televisão (...) tem UTI sem janela (...) tem UTI que o paciente não vê o sol, não vê a lua... o familiar não fica confortável ali. Se você for falar com o familiar (...) em algumas UTIs aqui, na maioria dos lugares, o boletim seria passado aqui (em um corredor). (...) Não tem uma sala para você se reunir com o psicólogo, com o assistente social (...)* (F17).

*(...) É (...) se a gente passar para o ponto de vista da humanização, de dar ao paciente um ambiente mais agradável (...). A UTI-03, por exemplo, é uma UTI totalmente fechada, que não tem luz do dia, que não tem muitas coisas, né? Para o paciente se sentir mais acolhido (F16).*

De igual modo, os profissionais ratificam a necessidade de uma unidade estruturada para pacientes em CP, visto que as UTIs não propiciam um ambiente acolhedor, acabando por distanciar o doente do seu familiar, conforme explicitado nas falas a seguir: *(...) ter um local para esses pacientes em cuidados paliativos, com mais um pouco de flexibilidade, para estar próximo à família... de ter mais visitas (...) algo assim (...) Porque aqui dentro da UTI mesmo não tem muita condição, mas se tivesse um local apropriado só para eles terem mais contato, seria muito bom (T9).*

*(...) Se são cuidados paliativos, acho que esse paciente não precisaria ficar em uma UTI. Acho que esse paciente deveria ser otimizado e transferido para uma unidade de cuidados paliativos (...) e ter uma unidade só para cuidados paliativos (...) para que ele pudesse estar com a família (F15).*

## CATEGORIA 2: PROCESSO

A categoria denominada *processo* revela, nas narrativas apresentadas, fragilidades na operacionalização da assistência, desde a inexistência de protocolos que norteiam essa prática até a falha na comunicação entre a equipe, reveladas pelos depoimentos organizados nas subcategorias: *(In)existência de uma assistência pautada nos princípios dos cuidados paliativos* e *Falhas na comunicação e na abordagem interdisciplinar*.

### SUBCATEGORIA: (IN)EXISTÊNCIA DE UMA ASSISTÊNCIA PAUTADA NOS PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Esta categoria sustenta-se na percepção de que há uma desorganização dos fluxos assistenciais para elegibilidade de

pacientes em CP: *Acredito que há uma necessidade de uma uniformização de condutas, de conceitos, para que nós possamos trabalhar de uma forma conjunta e objetiva. Porque ainda está um pouco solto, nós não temos ainda um padrão de definição de como iniciar, e para quais pacientes são eletivos esse tipo de situação. Então seria realmente formalizar um padrão aqui dentro da nossa UTI* (M13).

*Acho que há a necessidade de (...) um protocolo, de como realmente agir e como definir, de onde deixar esse paciente. Tem pacientes aqui, que foram intubados com... que já tinha conversado com a família sobre estar em cuidados paliativos (...)* (F16).

Tal fato se faz presente na tomada de decisão da equipe médica para elegibilidade desses pacientes, como relatado nas entrevistas a seguir: (...) *geralmente depende muito da família dar uma resposta, geralmente eu sinto isso da parte médica. Depois que a família diz que não, que a pessoa não quis em vida que fosse intubada.... aí eles sentem uma confiança em não estar investindo mais... acho que o protocolo é mais baseado no que o familiar diz* (E1).

*A dificuldade consiste em alguns profissionais médicos entenderem que é um diagnóstico médico e não uma opinião familiar, certo? (...) alguns profissionais médicos terem receio de diagnosticar o paciente e falar para a família que aquele paciente tem um limite de esforço terapêutico e que aquele paciente vai entrar em cuidados paliativos* (E14).

### SUBCATEGORIA: FALHAS NA COMUNICAÇÃO E NA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR

Os profissionais consideram, ainda, haver lacunas na comunicação entre a equipe e uma assistência centralizada na decisão médica, sem a participação dos demais membros, sendo um fator dificultador para o planejamento e continuidade dos cuidados ofertados, ocasionando fragmentação na abordagem interdisciplinar:

*A falta de comunicação mesmo. A falta de comunicação sobre como agir com eles, né? Porque muitas vezes entra em paliativo, mas aí, outro vem (outro profissional), e já tira, e aí, é falta de comunicação para o cuidado ser melhor com eles* (T12).

*Não existe, né? Essa questão multiprofissional. O que eu já vi muito na UTI-03 (...): O médico que tomava conta da decisão, sem fazer "diarismo" (rounds com a participação da equipe multiprofissional) (...) passava o "diarismo" e colocava lá "Cuidados paliativos" (...) O médico diarista do outro dia não concordava com aqueles cuidados paliativos, então não escrevia em prontuário. O plantonista do outro dia não passava o boletim frisando a questão do cuidado paliativo, né? (...) o médico tirava HGT de horário, tirava a questão da gasometria e de algumas medicações. O outro, do outro dia, colocava tudo de novo...* (P8).

## CATEGORIA 3: RESULTADO

### SUBCATEGORIA: REPERCUSSÕES DA (DES)ASSISTÊNCIA

Quanto à categoria intitulada *resultado*, esta se apresenta como o desenlace das categorias *estrutura* e *processo*, nas quais as lacunas observadas reverberaram em comprometimento na eficácia e efetividade da proposta terapêutica, refletindo na segurança e qualidade de vida do paciente, originando a

subcategoria *Repercussões da (des)assistência*, identificada por meio das unidades de análise:

*(...) a gente tem pacientes com cuidados paliativos que usam medicação para dor, tem pacientes em cuidados paliativos que não usam medicação para dor. Na verdade, nós temos uma desorganização da assistência em relação a cuidados paliativos, porque isso fica à mercê do plantonista do dia que também não é treinado, né? Não tem capacidade para isso* (E32).

*(...) o paciente fica mal assistido, principalmente em termo de banho (...) é (...) acha que porque o paciente está em cuidados paliativos ele não pode, né? Realizar o banho de forma totalizada (...) e sim, só higiene íntima e oral (...) então tem uma certa resistência. Existe até uma fala, que é uma coisa que eu queria desqualificar, que é: "Ah, mas não está em palição? Mas o paciente não vai morrer?"* (E14).

## DISCUSSÃO

As constatações evidenciadas neste estudo, por meio dos indicadores de estrutura, processo e resultado, permitem compreender de forma global os aspectos institucionais que levam ao comprometimento de uma assistência paliativista de qualidade, haja vista que essas implicações são multifatoriais, não sendo limitadas apenas ao desfecho final da assistência. Nesse contexto, os seus achados apontam para a necessidade de readequação no quantitativo e na qualificação profissional, melhorias na estrutura física e no processo de trabalho como forma de mitigar as lacunas que comprometem a qualidade da assistência.

Desse modo, a estrutura é compreendida como as características do local em que o cuidado é realizado, levando em consideração os recursos físicos, humanos e financeiros; o processo refere-se à organização e à implementação da assistência, enquanto o resultado é a dimensão que corresponde ao efeito da terapêutica implementada sobre o estado de saúde do indivíduo<sup>(8)</sup>. Assim, a qualidade da assistência é evidenciada após considerar o equilíbrio entre os aspectos positivos e negativos esperados em todas essas etapas de avaliação. O resultado final, portanto, decorre da soma entre o conhecimento científico, das tecnologias de saúde disponíveis e da sua aplicabilidade no cuidado ao paciente<sup>(14)</sup>.

Logo, as debilidades estruturais reveladas neste estudo apontam o *déficit* no quantitativo e na qualificação profissional, além de fragilidades na ambiência das UTIs para a aplicabilidade dos CP, o que poderá repercutir diretamente na assistência ao indivíduo. Um estudo realizado com 34 profissionais de uma equipe de cuidados intensivos realça que o subdimensionamento predispõe a uma maior ocorrência de eventos adversos durante a assistência à saúde, em decorrência da sobrecarga e precarização do trabalho às quais os trabalhadores estão expostos<sup>(15)</sup>.

Nesse sentido, faz-se necessário estabelecer parâmetros legais para dimensionar adequadamente as equipes atuantes em ambientes de alta complexidade, levando em consideração as exigências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e as normatizações dos Conselhos de Classes Profissionais, promovendo, dessa forma, a redução de riscos e danos desnecessários à saúde do doente<sup>(16)</sup>. Todavia, observa-se que não há na literatura critérios para o dimensionamento adequado dos profissionais atuantes com pacientes em CP,

o que deve ser explorado, pois o perfil de pacientes elegíveis para essa terapia apresenta uma maior demanda de cuidados biopsicossociais e espirituais em detrimento da sua condição clínica, necessitando de uma assistência minuciosa para prevenção e controle adequado dos sintomas, tendo em vista o sofrimento iminente que se apresentam, em condições ameaçadoras de vida.

No que concerne ao perfil de qualificação profissional na área de CP, uma pesquisa realizada com uma equipe multiprofissional de UTI desvelou a existência de *deficit* na formação adequada para lidar com pacientes em CP, especialmente no atendimento a pacientes em terminalidade de vida<sup>(17)</sup>. Tal fato coincide com os dados deste estudo, o que precisa ser debatido institucionalmente, pois o nível mínimo de complexidade para efetivação dessa prática em ambientes não especializados requer treinamento básico de vinte a quarenta horas, conforme preconizado pela OMS<sup>(18)</sup>.

Essa precariedade formativa resulta em práticas limitantes, que suscitam danos na qualidade de vida do indivíduo, pois os profissionais de saúde não estão capacitados adequadamente para prevenir e gerir de forma eficaz os sinais e sintomas provenientes do sofrimento multidimensional. Logo, torna-se imprescindível o treinamento dos recursos humanos para o desenvolvimento de competências essenciais à assistência paliativa, para que boas práticas na atenção à saúde, aliadas ao cuidado seguro ao paciente e seu familiar<sup>(19)</sup>, sejam realizadas.

No que diz respeito à ambiência das UTIs para a promoção dos CP, os achados deste estudo assemelham-se aos resultados de uma pesquisa de revisão integrativa, a qual revela que este cenário está associado a fatores negativos, como distanciamento familiar, falta de privacidade, espaço físico insuficiente, má iluminação e estressores inalteráveis necessários à assistência à saúde, como a monitorização contínua e utilização de dispositivos<sup>(20)</sup>. Dessa forma, deve-se pensar em alternativas para construção de ambientes que proporcionem confortabilidade e humanização para o processo de cuidar<sup>(21)</sup>, como adequações físicas, possibilidade de visitas estendidas, apoio espiritual e acolhimento para os pacientes e seus familiares.

Nesse contexto, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos<sup>(22)</sup> propõe caminhos para nortear a realização dessa abordagem em ambiente hospitalar, considerando três possibilidades: por meio de uma Unidade de Cuidados Paliativos, mediante uma Equipe consultora/volante ou por uma Equipe Itinerante. A *Unidade de Cuidados Paliativos* dispõe de leitos específicos para esse tipo de cuidado, sendo operacionalizada por uma equipe capacitada para esse serviço; a *Equipe consultora ou volante* orienta as condutas quando sinalizadas pelo médico assistente, porém não operacionaliza o cuidado; já a *Equipe Itinerante* efetua a prática do cuidado quando sinalizada pelo médico assistente, cabendo a ele a decisão de continuar acompanhando o caso em conjunto ou não.

No que se refere ao processo de trabalho para operacionalização dessa abordagem, nota-se a inexistência de uma assistência pautada em CP e falhas na comunicação e abordagem interdisciplinar. Tais aspectos são observados em unidades hospitalares que não abarcam os CP como uma filosofia assistencial e não dispõem de equipes paliativistas para nortear essas ações. Ademais, nestes locais observa-se ainda a existência de barreiras para a disseminação dessa prática, como a ausência de protocolos

assistenciais, inexistência de formação profissional e escassas discussões bioéticas entre a equipe<sup>(10)</sup>.

Essas lacunas organizativas tornam a oferta de cuidados centrada em experiências pessoais, com foco na doença em relação ao doente, ocasionando o início tardio dos CP e, consequentemente, o prolongamento do sofrimento multidimensional. Portanto, é necessário estabelecer diretrizes norteadoras para efetivação dessa abordagem terapêutica, levando em consideração as singularidades dos sujeitos envolvidos.

Nesse ínterim, a Constituição da República Federativa do Brasil<sup>(23)</sup>, nos seus artigos primeiro e quinto, versa, respectivamente, sobre o direito à dignidade de vida e a não submissão a torturas e terapêuticas desumanas. Essas prerrogativas subsidiam os princípios filosóficos e técnicos dos cuidados paliativos, garantindo-os como direito legal do paciente e seus familiares.

Por conseguinte, o Ministério da Saúde<sup>(24)</sup> publicou a Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, que versa sobre as diretrizes organizativas dos CP no Brasil, estabelecendo o início dessa abordagem o mais precocemente possível, concomitantemente ao tratamento modificador da doença, prevenindo e promovendo o alívio do sofrimento no âmbito biopsicossociespiritual, estendendo esses cuidados aos familiares e/ou acompanhantes, livres de futilidades diagnósticas e terapêuticas. Assim, compreende-se a morte como um processo natural do viver, garantindo uma comunicação empática, com respeito à verdade, propiciando a autonomia do paciente por meio de uma vida ativa.

Outrossim, quando esses princípios são estabelecidos desde o diagnóstico médico, levam a uma maior probabilidade de compreensão da condição clínica pelo paciente e pela família, criando um vínculo mais efetivo com a equipe que os acompanha<sup>(25)</sup>. Essa relação de confiabilidade favorece o processo de trabalho entre profissionais, paciente e familiares. Além disso, a incorporação dos CP no fim da vida diminuem a necessidade de intervenções diagnósticas e terapêuticas que não mais trazem benefícios ao doente, o que, consequentemente, implica em redução dos custos assistenciais<sup>(26)</sup>.

No que tange à interlocução da equipe multiprofissional relatada neste estudo, as falhas na comunicação observadas são consideradas um dos principais fatores que levam ao comprometimento da qualidade da assistência à saúde e da segurança do paciente<sup>(27)</sup>. De acordo com um estudo realizado com 44 profissionais de saúde, em três hospitais da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, foi possível observar a presença de falhas na passagem de informações entre a equipe sobre as alterações e/ou continuidade do plano terapêutico, bem como fragilidades nos registros do histórico e da avaliação clínica do paciente, contribuindo para o aumento de ocorrência dos eventos adversos<sup>(28)</sup>.

Nesse contexto, os *deficits* encontrados no processo de comunicação geram dificultadores para a participação da equipe multiprofissional na condução dos CP. Por conseguinte, decisões tornam-se uniprofissionais e as multidimensões do paciente e familiar não conseguem ser contempladas. É necessário fomentar a participação democrática de todos os membros da equipe e, sobretudo, do próprio paciente e família<sup>(29)</sup>.

Dadas as características institucionais observadas nesta pesquisa, a categoria *resultado* denotou o efeito dos aspectos

estudados na prestação da assistência aos pacientes elegíveis para CP, impactando diretamente a vida do doente. Conforme analisado, a qualidade de vida e a segurança do paciente são prejudicadas, pois além da gestão ineficaz dos sinais e sintomas, tornam-se vulneráveis a incidentes e danos ocasionados pela assistência fragilizada.

Dessarte, um estudo realizado no *National Health Service*, na Inglaterra, durante um período de 12 anos, por meio da análise dos relatórios de incidentes graves que requerem investigação envolvendo pacientes em CP, apontou um total de 475 notificações de eventos adversos. Destas, 266 foram relacionadas à ocorrência de lesão por pressão, 91 por erros de medicação, 46 por quedas, 21 por infecções provenientes da assistência à saúde e 35 por outras circunstâncias. As principais causas destacadas foram a falta de experiência profissional em CP, *déficit* de recursos físicos e gerenciamento deficiente dos serviços<sup>(30)</sup>.

A ocorrência de eventos adversos contribui para a perpetuação do processo de adoecimento, ocasionando o prolongamento do tempo de internação, além da elevação dos custos assistenciais. Por meio desses danos, aumenta-se o grau de dependência assistencial, corroborando a sobrecarga de trabalho da equipe multiprofissional.

Os achados deste estudo apontam a urgência de se estabelecer critérios de qualidade assistencial na abordagem aos pacientes em CP no cenário da UTI, correlacionando fatores estruturais e do processo de trabalho, o que reverbera diretamente nos resultados dos cuidados ofertados. Além disso, fornecem subsídios para o planejamento, monitoramento e avaliação dos gestores e profissionais de saúde para o estabelecimento de práticas baseadas em evidências.

Quanto às suas limitações, deve-se considerar que reflete a realidade de apenas uma unidade de saúde localizada no interior do Estado da Bahia, Brasil, onde não havia implantação de uma equipe e/ou unidade especializada em CP. Sendo assim, destaca-se a importância de novas pesquisas que envolvam a temática para o fomento de reflexões acerca da qualidade dos serviços de saúde que assistem pacientes em CP.

## CONCLUSÃO

O estudo permitiu compreender as fragilidades institucionais sobre a qualidade da assistência à saúde dispensada aos pacientes elegíveis para CP, no cenário da UTI. As características evidenciadas destacam a necessidade de readequação das demandas estruturais e do processo de trabalho, pois são divergentes dos princípios filosóficos e técnicos dos CP.

Todavia, para que essa filosofia seja propagada nas UTIs, necessita-se de investimento adequado no quantitativo de recursos humanos, capacitação profissional, estrutura física, implementação de normas, rotinas e protocolos, como forma de subsidiar as ações dispensadas a esse perfil de pacientes. Além disso, devem-se instituir indicadores de avaliação, facilitando aos profissionais de saúde a análise de forma gradual e sistemática da evolução da qualidade da assistência, visando determinar a eficiência e a eficácia dos cuidados dispensados, além de propor estratégias de ajustes para os aspectos não satisfatórios.

Logo, a coparticipação dos gestores, equipe multiprofissional, pacientes e familiares é de suma importância para o resultado final dessa modalidade de cuidado, uma vez que essas lacunas não conseguem ser supridas sem que haja um envolvimento coletivo.

## RESUMO

**Objetivo:** compreender a percepção da equipe multiprofissional sobre a qualidade da assistência à saúde prestada a pacientes em cuidados paliativos em Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** estudo qualitativo, ancorado no referencial teórico de Donabedian, por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com 35 profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. Para análise dos dados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo. **Resultados:** foram pré-estabelecidas três categorias: estrutura, processo e resultado, das quais emergiram cinco subcategorias: *Déficit* no quantitativo e na qualificação profissional; Ambiente e cuidados paliativos; (In)existência de uma assistência pautada nos princípios dos cuidados paliativos; Falhas na comunicação e na abordagem interdisciplinar; e Repercussões da (des)assistência. **Conclusão:** o estudo permitiu compreender as fragilidades institucionais para a operacionalização da assistência dispensada aos pacientes elegíveis para cuidados paliativos no cenário da Unidade de Terapia Intensiva. Dessa forma, para que essa filosofia de cuidado seja propagada, necessita-se da coparticipação dos gestores, profissionais, pacientes e familiares, uma vez que essas lacunas não conseguem ser supridas sem que haja um envolvimento coletivo.

## DESCRITORES

Cuidados paliativos; Indicadores de qualidade em assistência à saúde; Unidade de terapia intensiva; Equipe de Assistência ao Paciente; Gestor de saúde; Segurança do paciente.

## RESUMEN

**Objetivo:** comprender la percepción del equipo multiprofesional sobre la calidad de la asistencia a la salud destinada a pacientes en cuidados paliativos en UCI. **Método:** estudio cualitativo, basado en el referencial teórico de Donabedian, por medio de entrevistas semiestruturadas realizadas con 35 profesionales que actúan en Unidad de Cuidados Intensivos. Para análisis de los datos, se utilizó la técnica de Análisis de Contenido. **Resultados:** Fueron inicialmente establecidas tres clases: estructura, proceso y resultado, de las cuales emergieron cinco subclases: *Déficit* en el cuantitativo y en la calificación profesional; Ambiente y cuidados paliativos; Inexistencia de una asistencia pautada en los principios de los cuidados paliativos; Fallos en la comunicación y en el abordaje interdisciplinar y repercusiones de la desasistencia. **Conclusión:** El estudio nos llevó a comprender las debilidades institucionales para poner en funcionamiento la asistencia dispensada a los pacientes elegibles para cuidados paliativos en el escenario de la UCI. Así, para que esa filosofía de cuidado sea propagada, se necesita la coparticipación de los gestores, profesionales, pacientes y familiares, una vez que esas debilidades no lograrán ser resueltas sin que haya una participación colectiva.

## DESCRIPTORES

Cuidados paliativos; Indicadores de calidad de la atención de salud; Unidades de cuidados intensivos; Grupo de atención al paciente; Gestor de salud; Seguridad del paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Alves RF, Andrade SFO, Melo MO, Cavalcante KB, Angelim RM. Cuidados paliativos: desafios para cuidadores e profissionais de saúde. *Fractal (Niterói)*. 2015;13(2):165-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0292/943>.
2. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. Geneva: WHO; 2021. [citado 2021 Maio 13]. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
3. Worldwide palliative care alliance. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Maio de 2021 [citado 2021 Maio 13]. Disponível em: <https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>.
4. Luiz MM, Mourão Netto JJ, Vasconcelos AKB, Brito MCC. Palliative nursing care in the elderly in UCI: an integrative review. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 2018;10(2):585-92. DOI: <https://10.9789/2175-5361.2018.v10i2.585-592>.
5. Costa RS, Santos AGB, Yarid SD, Sena ELS, Boery RNSO. Bioethical reflections about the promotion of palliative care for elderly. *Saúde Debate*. 2016;40(108):170-77. DOI: <https://10.1590/0103-1104-20161080014>.
6. Faria TNT, Carbogim FC, Alves KR, Toledo LV, Marques DA. Palliative care in an intensive therapy unit: perceptions of nursing professionals. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 2017;11(5):1996-002. DOI: <https://10.5205/reuol.9302-81402-1-RV.1105sup201704>.
7. Pereira DG, Fernandes J, Ferreira LS, Rabelo RO, Pessalacia JDR, Souza RS. Meanings of palliative care in the view of nurses and managers of primary health care. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 2017;11(3):1357-64. DOI: <http://10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1103sup201706>.
8. Donabedian A. The Quality of Care. How Can It Be Assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-48. DOI: <http://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>.
9. Baó ACP, Amestoy SC, Moura GMSS, Trindade LL. Quality indicators: tools for the management of best practices in Health. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(2):377-84. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479>.
10. Pinto KDCM, Cavalcanti AN, Maia EMC. Principles, challenges and perspectives of palliative care in the context of the multiprofessional team: literature review. *Psicologia, Conocimiento y Sociedad*. 2020;10(3):226-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.26864/PCS.v10.n3.10>.
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6): 349-57. DOI: <https://10.1093/intqhc/mzm042>.
12. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):243-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>.
13. Hsieh H, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005;15(9):1277-88. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>.
14. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: White KL, Frank J, editors. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington (DC): OPAS. 1992(534): 72-90 [citado 2021 Abr 16]. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4358251/mod\\_resource/content/6/Antologia%20Investigaciones%20SS](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4358251/mod_resource/content/6/Antologia%20Investigaciones%20SS).
15. Souza CS, Tomaszewski-Barlem JG, Rocha LP, Barlem ELD, Silva TL, Neutzling BRS. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(spe):e20180294. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180294>.
16. Maziero ECS, Teixeira FFR, Cruz EDA, Matsuda LM, Sarquis LMN. Nursing staff sizing in pediatric intensive care units: workload versus legislation. *Cogitare enfermagem*. 2020;25:e64058. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i.64058>.
17. Gulini JEHMB, Nascimento ERP, Moritz RD, Rosa LM, Silveira NR, Vargas MAO. Intensive care unit team perception of palliative care: the discourse of the collective subject. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03221. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016041703221>.
18. World Health Organization. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. 2016 [citado 2021 Abr 21]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
19. Brabo BCF, Laprano MGG. Nurse's skills for cardiology palliative care competencias del enfermero para el cuidado paliativo en cardiología. *Revista de Enfermagem UFPE online*. 2018(9):2341-8. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a234942p2341-2348-2018>.
20. Gomes AGA, Carvalho MFO. The patient's perspective regarding hospitalization experience in intensive care unit (ICU): integrative literature review. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. 2018(21):167-168. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v21n2/v21n2a10.pdf>.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010 [citado 2021 Abr 24 2021]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf).
22. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. 2.ed. Novembro de 2021 [citado 2021 Nov 26]. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>.
23. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Maio de 2021 [citado 2021 Maio 3]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).
24. Brasil. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução N° 41, de 31 de outubro de 2018. Diário Oficial da União, N° 225, 23 de novembro de 2018. Maio de 2021 [citado 2021 Maio 14]. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710).
25. Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;(6):1-96. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011129.pub2>.
26. Isenberg SR, Meaney C, May P, Tanuseputro P, Quinn K, Qureshi D, et al. The association between varying levels of palliative care involvement on costs during terminal hospitalizations in Canada from 2012 to 2015. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(331):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06335-1>.
27. Sousa JBA, Brandão MJM, Cardoso ALB, Archer ARR, Belfort KP. Effective communication as a quality tool: A challenge in patient safety. *Brazilian Journal of Health Review*. 2020;3(3):6467-79. DOI: <http://10.34119/bjhrv3n3-195>.

28. Biasibetti C, Hoffmann LM, Rodrigues FA, Wegner W, Rocha PK. Communication for patient safety in pediatric hospitalizations. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(spe):e20180337. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180337>.
29. Cardoso DH, Muniz RM, Schwartz E, Arrieira ICO. Hospice care in a hospital setting: the experience of a multidisciplinary team. *Texto Contexto Enfermagem.* 2013;22(4): 1134-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400032>.
30. Yardley I, Yardley S, Williams H, Carson-Stevens A, Donaldson LJ. Patient safety in palliative care: A mixed-methods study of reports to a national database of serious incidents. *Palliat Med.* 2018;32(8):1353-62. DOI: <http://10.1177/0269216318776846>.

## EDITOR ASSOCIADO

Thiago da Silva Domingos



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.