



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL  
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

ALANNA JULIE LEÃO FERREIRA  
FABIANA SOUSA RIBEIRO

**A PERCEPÇÃO DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS DA SAÚDE MENTAL SOBRE  
OS CUIDADOS PALIATIVOS.**

BELÉM – PA  
2018

ALANNA JULIE LEÃO FERREIRA  
FABIANA SOUSA RIBEIRO

**A PERCEPÇÃO DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS DA SAÚDE MENTAL SOBRE  
OS CUIDADOS PALIATIVOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para obtenção do título de terapeuta ocupacional.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Kátia Maki Omura

BELÉM – PA  
2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL  
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

**ALANNA JULIE LEÃO FERREIRA**  
**FABIANA SOUSA RIBEIRO**

Monografia apresentada ao Departamento de Terapia Ocupacional da Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Pará como requisito parcial para obtenção do título de graduação em Terapia Ocupacional.

BANCA EXAMINADORA:

---

Dr<sup>a</sup> Kátia Maki Omura – Orientadora

---

Ms<sup>a</sup>. Gisely Gabrieli Avelar de Souza – Membro da banca

---

Ms. Victor Augusto Cavaleiro Corrêa – Membro da banca

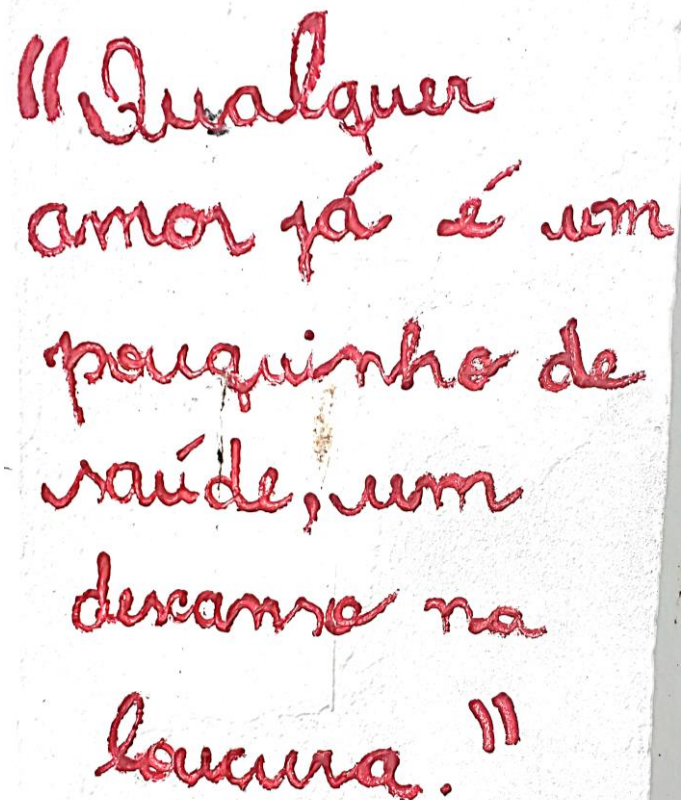
---

Ms<sup>a</sup>. Luísa Sousa Monteiro Oliveira – Membro suplente

Apresentado em:

Conceito:

BELÉM – PA  
2018



“Qualquer  
amor já é um  
pequinhão de  
saúde, um  
descanso na  
loucura.”

Arquivo das autoras. Centro de Atenção Psicossocial. 2018.  
Fotografia.

ROSA, Guimarães (1984). **Grande Sertão**: Veredas. São  
Paulo: Círculo do Livro/ Editora Nova Fronteira.

## RESUMO

Os Transtornos Mentais são definidos como síndromes caracterizadas por uma perturbação clinicamente expressiva na cognição, também na regulação emocional e no comportamento de uma pessoa, refletindo uma disfunção em seus processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento do funcionamento mental. Estes transtornos estão normalmente ligados ao sofrimento e incapacidade significativos que comprometem as atividades sociais, profissionais e outras atividades relevantes. Existem evidências sólidas que apontam o sofrimento mental como um dos mais prevalentes agravos à saúde. Por estes motivos, podemos afirmar, então, que os Transtornos Mentais necessitam de uma atenção especial, principalmente para os adoecimentos mais permanentes. Assim, levando em consideração as características crônicas e debilitantes, elege-se como uma boa estratégia de cuidado, os Cuidados Paliativos, uma vez que segundo seus preceitos, devem ser oferecidos a todo indivíduo que possua tais aspectos. Nesta pesquisa, estão destacados a Esquizofrenia, o Transtorno Afetivo Bipolar e o Transtorno do uso de substâncias psicoativas, que foram escolhidos por serem adoecimentos mentais que demonstram as características descritas como crônicas e incapacitantes. A presente pesquisa é de caráter qualitativa, descritiva e exploratória com o objetivo de investigar se os terapeutas ocupacionais caracterizam a sua atuação enquanto ações paliativas na saúde mental, além de investigar se os terapeutas ocupacionais acreditam que os usuários de saúde mental são elegíveis para o Cuidado Paliativo, conferir quais aspectos da atuação destes profissionais são ações paliativas, verificar o ensino destes cuidados na formação curricular e avaliar quanto os terapeutas ocupacionais conhecem sobre a atuação em Cuidados Paliativos. Desta forma, verifica-se a importância do estudo, uma vez que ainda existe um reduzido arsenal de conhecimento científico que desassocie cuidados paliativos com a terminalidade da vida e leve em consideração, também, as condições crônicas que não podem ser curadas, mas que são passíveis de controle, tal como é o caso de transtornos mentais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados Paliativos. Transtornos Mentais. Terapia Ocupacional.

## ABSTRACT

Mental Disorders are defined as syndromes characterized by a clinically expressive cognition disturbance. Moreover emotional regulation and behavior, reflecting a dysfunction in their psychological, biological, or developmental processes of mental functioning. These disorders are usually linked to significant suffering and disability involving such as social activities, professionals and other relevant activities. There is solid evidence pointing to mental suffering as one of the most prevalent health problems. For these reasons, we can say that Mental Disorders need special attention, especially for more permanent diseases. Thus, taking into consideration the chronic and debilitating characteristics, it is chosen as a good strategy of care, Palliative Care, according to its preception, it can be offered to every individual that possesses such aspects. This project highlighted Schizophrenia, Bipolar Affective Disorder and Drug Addict Disorders, which have been chosen to be mental illnesses that demonstrate the characteristics described as chronic and disabling. The presente study is qualitative, descriptive and exploratory study and aims to investigate whether occupational therapists characterize their action as palliative actions in mental health, as well as investigate whether occupational therapists believe that mental health patients are eligible for Palliative Care. To check which aspects of these professionals are palliative actions, to verify how this subject is teaching in the curricular formation and to evaluate how much occupational therapists know about the work in Palliative Care. In this sense, the importance of the study is verified since there is still a small arsenal of scientific knowledge that disassociates palliative care from the terminality of life and also takes into account the chronic conditions that can not be cured but that are controllable aspects, such as mental disorders.

**KEYWORDS:** Palliative Care. Mental Disorders. Occupational Therapy.

## SUMÁRIO

<b>1 – INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>2 – PRINCIPAIS TRANSTORNOS MENTAIS</b> .....	13
2.1- Esquizofrenia .....	13
2.2- Transtorno Afetivo Bipolar .....	14
2.3- Transtorno do Uso de Substâncias Psicoativas .....	15
<b>3 – A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SEUS SERVIÇOS</b> .....	18
<b>4 – CONCEITOS EM CUIDADOS PALIATIVOS</b> .....	21
<b>5 – A TERAPIA OCUPACIONAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS</b> .....	23
<b>6 – FORMAÇÃO PROFISSIONAL E INTERVENÇÕES</b> .....	25
<b>7 – OBJETIVOS</b> .....	27
7.1 – Objetivo Geral .....	27
7.2 – Objetivos Específicos .....	27
<b>8 - METODOLOGIA</b> .....	28
8.1- Local .....	28
8.2- Participantes .....	29
8.3- Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados .....	29
8.4- Questões Éticas .....	31
<b>9 – RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	32
9.1 - Dados dos Terapeutas Ocupacionais participantes da pesquisa.....	32
9.2 - Conceituação em Cuidados Paliativos .....	33
9.3 - Relação entre Cuidados Paliativos e Saúde Mental .....	37
9.4 - A prática profissional enquanto ação paliativa .....	42
9.5 - Formação profissional .....	48
<b>10 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	51
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	53
<b>APÊNDICE A</b> .....	60
<b>APÊNDICE B</b> .....	61
<b>ANEXO A</b> .....	62
<b>ANEXO B</b> .....	67

## 1 INTRODUÇÃO

O tratamento em Saúde Mental evoluiu bastante com o passar do tempo, caracterizando-se cada vez mais como uma prática humanizada que busca sempre a melhora e a qualidade de vida do indivíduo que dele necessita, levando em consideração o grande universo de fatores únicos e variações de sinais e sintomas apresentados por cada transtorno mental.

Uma característica marcante de determinados transtornos de cunho mental é a cronicidade dos mesmos, o que reduz a possibilidade de cura e levanta a discussão a respeito do controle dos sintomas destes para a manutenção da qualidade de vida dos indivíduos que deles sofrem. Uma intervenção pouco associada, mas de grande sentido, se for analisado o estado dos pacientes crônicos em saúde mental, são os Cuidados Paliativos e suas ações paliativas que não buscam por cura, mas por oferecer o máximo de conforto possível ao paciente desde o diagnóstico até o seu último dia de vida.

Quando se fala em Saúde Mental logo se remete aos Transtornos Mentais, que são definidos como sendo uma síndrome caracterizada por uma perturbação clinicamente expressiva na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados ao sofrimento ou incapacidade significativos que afetam as atividades sociais, profissionais ou outras atividades relevantes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Pensado assim, Silva Júnior (2012) diz que o sofrimento psíquico apresenta características de um processo de sofrimento crônico, e por esse motivo pode levar à incapacidade temporária ou permanente, resultando no envelhecimento funcional precoce. Por isso, é considerado um importante problema de Saúde Pública.

Isto se justifica uma vez que nos países menos desenvolvidos estima-se que cerca de quatro em cada cinco pessoas que necessitariam de serviços para transtornos mentais não os recebem. E quando disponíveis, os serviços oferecidos e suas intervenções geralmente não possuem nenhuma base em evidências científicas ou não são de boa qualidade. Uma tentativa de investimento neste campo é o Programa de Ação para Reduzir as Lacunas em Saúde Mental (mhGAP), que a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou com foco nos países de baixa e média renda, com o objetivo de especializar os cuidados para os transtornos mentais, neurológicos e os decorrentes do uso de álcool e outras drogas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010).

Os transtornos mentais possuem ainda como principais consequências os fatores

atribuídos principalmente em decorrência desta sua natureza crônica e incapacitante, como é o caso da esquizofrenia, do transtorno afetivo bipolar e de outros transtornos psiquiátricos que estão entre os mais graves e debilitantes. Pessoas com transtornos mentais graves lutam contra dois problemas: os sintomas, que interferem na autonomia, independência e qualidade de vida, e ainda toda a questão do estigma social (ROCHA; HARA; PAPROCKI, 2015).

Diante do sofrimento crônico, o profissional que lida diretamente com essa realidade deve trabalhar fortemente a adesão ao tratamento com o usuário, mostrando que o transtorno em questão tem baixo potencial curativo, e que por isso necessita de tratamento por prazo indefinido. Deve-se incentivar para que a medicação não seja interrompida, pois cada crise comprometerá a vida do usuário. É necessário que cada profissional tenha sensibilidade para averiguar a situação e definir o momento adequado, discutir o caso, a evolução do usuário para intervir diante o adoecimento (SHIRAKAWA, 2000). Surge, então, a importância das ações paliativas desenvolvidas por profissionais de saúde mental para esse público.

A prática da psiquiatria atual não prevê explicitamente Cuidados Paliativos, onde os cuidados aos pacientes não são nomeados como tal. No entanto, refletindo sobre o assunto, várias abordagens clínicas em psiquiatria contemporânea já podem ser consideradas paliativas, uma vez que visam reduzir os sintomas das pessoas que sofrem de doença mental, em vez de procurar atingir a remissão ou modificação da doença, ou seja, baseado na definição de Cuidados Paliativos, muitas das intervenções estabelecidas em psiquiatria tem por objetivo promover a qualidade de vida ao invés de remissão, assim, podem ser consideradas paliativas (TRACHSEL et al, 2016).

Por este motivo, o tratamento em saúde mental deve proporcionar uma nova possibilidade de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção e manutenção da saúde e não se limitando à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias maneiras de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar a pessoa em suas várias dimensões, com seus desejos, anseios, valores e decisões (BRASIL, 2013).

Ao falar de pacientes que necessitam de Cuidados Paliativos, e aqui se incluem os usuários em saúde mental, por se encontrarem fora da possibilidade terapêutica de cura, lembre-se que estes, em inúmeros casos, se acumulam nos hospitais e instituições, recebendo constantemente assistência inadequada, normalmente focada na insistência pela tentativa de buscar a cura, utilizando métodos invasivos, tais como terapias que não surtem efeito. Essas abordagens, que podem ser insuficientes, desnecessárias e exageradas, quase sempre ignoram o sofrimento do indivíduo e são incapazes de tratar os sintomas mais prevalentes por não

oferecerem o que de fato é necessário (MATSUMOTO, 2012).

Constata-se que o isolamento familiar e social da pessoa com transtorno mental, através de longas internações em hospitais psiquiátricos, intensificou a condição do doente e da doença, contribuindo ainda mais para a cronicidade destes transtornos. Desse modo, se implica o desejo constante da cura, principalmente pela família, por conta das grandes dificuldades presentes na convivência com as pessoas que possuem este perfil (RAMOS et al, 2011).

Por estes motivos, o Cuidado Paliativo apresenta-se como uma abordagem que não se baseia em protocolos, mas sim em princípios. Não se aplicando somente à terminalidade, mas em qualquer caso de doença que ameaça a vida. O cuidado é indicado desde o diagnóstico, expandindo o campo de atuação (MATSUMOTO, 2012). Por seus princípios, o Cuidado Paliativo não é somente apropriado, mas também indicado para os casos de adoecimento mental.

A Organização Mundial da Saúde (2017) define Cuidados Paliativos como uma abordagem que promove a qualidade de vida das pessoas e seus familiares através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce e alívio da dor e problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. Além disso, os Cuidados Paliativos baseiam-se nos princípios de afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural, não acelerar nem adiar a morte, oferecer apoio para as pessoas viverem o mais ativamente possível, proporcionar ajuda ao familiar em todas as fases e em seu luto, entre outros.

Baseando-se na definição de Cuidados Paliativos da Organização Mundial de Saúde, Trachsel e colaboradores (2016) propuseram uma definição de Psiquiatria Paliativa (PP) como sendo uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias ao enfrentar os problemas associados à uma grave doença mental com persistente risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de uma avaliação e associado ao tratamento físico, mental, social e espiritual. A PP enfoca na redução de danos e na prevenção de intervenções psiquiátricas pesadas quando estas não surtem efeito apropriado.

Além deste, outro estudo que foca os cuidados paliativos em saúde mental é o de Evenblij e colaboradores (2016) onde foram exploradas as experiências dos enfermeiros em prestação destes cuidados a pacientes psiquiátricos em instituições de saúde mental holandesas, onde foram identificadas algumas barreiras. O resultado mostrou que apenas 25% dos pacientes psiquiátricos em instituições de saúde mental receberam os três domínios de cuidados. O cuidado físico foi fornecido à maioria (63%), seguido de atenção psicossocial (46%) e assistência espiritual (33%). Tais domínios estão preconizados na definição de Cuidados Paliativos da OMS, porém muitos pacientes psiquiátricos não receberam os cuidados

necessários nos três domínios.

A importância dos Cuidados Paliativos, então, surge em ser uma estratégia de intervenção utilizada pelos profissionais que atuam na área, uma vez que o tratamento já não tem mais intenções curativas, e sim o objetivo de fornecer qualidade de vida para essas pessoas, mesmo que as mesmas ainda não se encontrem em terminalidade vital (BRASIL, 2015).

Pensando no terapeuta ocupacional que atua nos Cuidados Paliativos, é necessário que este profissional possua um olhar abrangente e integral do usuário que carece de tais cuidados, que geralmente manifesta sintomas debilitantes e estressantes, além de desconfortos e sofrimento físico e psicossocial. É importante levar em consideração que tais sintomas repercutem diretamente nas ocupações, assim, o terapeuta ocupacional tem o papel de facilitador no processo de adaptação do paciente e em seus cuidados para o enfrentamento da doença diante de sua cronicidade, considerando a situação atual, seu prognóstico e perspectivas futuras, respeitando as necessidades e principalmente os desejos de quem está sendo cuidado e de seus familiares, traçando planos realistas na busca da solução de problemas e na organização da rotina (QUEIROZ, 2012).

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2006) diz que: “O profissional deve ter sensibilidade para não querer curar o incurável nem tratar o intratável, mas deve perceber que, se há um limite para a cura e o tratamento, não o há para os cuidados”. Logo, o profissional de saúde mental deve sempre levar em consideração as características crônicas e incapacitantes dos transtornos mentais para que, em seu raciocínio clínico, sejam considerados os aspectos físicos, mentais e espirituais e aplicados em suas ações paliativas.

Dessa forma, é fundamental ampliar a discussão e a formação sobre os cuidados paliativos, aprimorando o currículo dos cursos de graduação, com disciplinas que tratem da morte e dos cuidados, e na conscientização da própria população que pouco discute a temática haja vista que ainda não há no Brasil uma Política Nacional de Cuidados Paliativos. O Ministério da Saúde vem consolidando formalmente os Cuidados Paliativos no âmbito do sistema de saúde do país, por meio de portarias e documentos, emitidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e pelo próprio Ministério da Saúde (HERMES; LAMARCA, 2013).

Além da falta de formação e preparo das equipes de saúde em Cuidados Paliativos de uma forma geral e, mais fortemente, quando o foco é o tratamento de pacientes com transtorno mental, no Brasil ainda existem dificuldades a mais que são impostas quando se fala desta área, como a escassez de serviços diante das necessidades da comunidade, a violação dos direitos humanos, os baixos orçamentos investidos, a falta de capacitação das equipes de saúde em geral, a influência de fatores socioeconômicos no desencadeamento e cronicidade dos

transtornos mentais, o atraso no início do tratamento e a elevada morbimortalidade das pessoas com esses diagnósticos são exemplos práticos desta realidade (MANSUR, 2013).

Caso houvesse uma efetiva rede de atenção à saúde mental, as intervenções poderiam ser menos traumáticas e os cuidadores saberiam lidar melhor com o indivíduo com transtorno mental, evitando internações de longa duração em hospitais. A ideia do hospital como o lugar da “cura do louco” precisa ser desmistificada junto a compreensão histórica dos vários abusos cometidos em nome de terapêuticas psiquiátricas (RAMOS et al, 2011). O hospital passou por várias evoluções desde a reforma psiquiátrica e agora é também um lugar em que se pode promover os cuidados paliativos, sendo as internações necessárias em casos indicados. Diante do que foi exposto, o presente trabalho tem por objetivo compreender a percepção dos terapeutas ocupacionais da saúde mental sobre os Cuidados Paliativos.

Diante do que foi exposto, o presente trabalho tem por objetivo compreender a percepção dos terapeutas ocupacionais da saúde mental sobre os Cuidados Paliativos.

## **2 PRINCIPAIS TRANSTORNOS MENTAIS**

Há evidências sólidas de que o sofrimento mental tem um impacto expressivo em alguns dos mais prevalentes agravos à saúde. Seja piorando a aderência ao tratamento, seja como fator de risco, ou ainda agravando o prognóstico, as pesquisas que estudaram os sintomas depressivos e ansiosos mostraram que esses estão relacionados às doenças cardíaco e cerebrovascular e também ao diabetes. A dependência de substâncias psicoativas também se mostrou adjunta ao curso de doenças infecciosas, principalmente no que se refere à adesão ao tratamento (BRASIL, 2013). Por estes motivos, podemos afirmar então que os Transtornos Mentais, cujos sintomas sejam crônicos e debilitantes, necessitam de uma atenção especial, principalmente para os adoecimentos mais permanentes. Aqui foram destacados a Esquizofrenia, o Transtorno Afetivo Bipolar e o Transtorno do uso de substâncias psicoativas, que foram escolhidos como foco desta pesquisa, uma vez que demonstram as características descritas como crônicas e incapacitantes.

### **2.1 Esquizofrenia**

Este transtorno é considerado uma doença paradigmática da Psiquiatria. Caracteriza-se como síndrome clínica complexa que compreende diversas manifestações psicopatológicas, podendo ser do pensamento, percepção, emoção, movimento e comportamento. Apresenta sintomas chamados positivos: delírios, alucinações, catatonia; e sintomas ditos negativos: embotamento afetivo, alogia, avolição. Estes sintomas se manifestam dependendo da variação de características da pessoa e com o tempo, mas na maioria dos casos o efeito cumulativo da doença tende a ser grave e persistente, constituindo-se no perfil de doença psiquiátrica crônica, com prejuízo sociofuncional marcante dos acometidos (SOUZA; COLTINHO, 2006).

Reforçando este conceito, Nicolino e outros (2011) diz que a Esquizofrenia é uma das condições psiquiátricas mais intrigantes e também estudadas. Este transtorno acomete cerca de 1% da população mundial, seus sintomas comprometem os mais diversos aspectos da vida da pessoa e representa uma importante carga em termos sociais e financeiros, não somente para o usuário, mas também para a família, cuidadores e para a sociedade como um todo. Por sua característica crônica, é necessário tratamento prolongado por meio de medicamentos e este se dá, principalmente, pela utilização de antipsicóticos. Não há dúvidas de que os antipsicóticos podem ser eficazes para o controle da esquizofrenia. Estas drogas podem atenuar os sintomas, aumentar a adaptação psicossocial do usuário e melhorar o seu bem-estar subjetivo.

Uma das diversas repercussões no cotidiano destes usuários foi destacado na pesquisa de Loch e colaboradores (2011), que teve como resultado um grande quantitativo de profissionais psiquiatras que estereotipam negativamente os indivíduos com esquizofrenia.

Psiquiatras brasileiros, de uma maneira geral, tiveram opiniões positivas a respeito dos medicamentos psicotrópicos, mas quanto melhor a opinião para este aspecto, maior a estereotipagem negativa do indivíduo com esquizofrenia e também maior a aceitação de efeitos colaterais advindos do tratamento. Isso possivelmente representa a crença de que os usuários indesejáveis devem ser mais medicados e que devem tolerar mais efeitos colaterais a longo prazo.

Sendo este transtorno mental de grande complexidade, e, em geral, com evolução crônica, os profissionais de saúde precisam desenvolver um seguimento mais qualificado para o tratamento desses usuários (CARDOSO; GALERA, 2009).

A Esquizofrenia implica então em consequências nocivas não somente sobre as histórias de vida dos usuários por ela acometidos, mas também sobre todos os contextos em que estão inseridos, tendo sua maior incidência em uma parcela importante da população economicamente ativa, onde a idade os classifica como jovens, sendo este adoecimento extremamente dispendioso para a sociedade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

## **2.2 Transtorno Afetivo Bipolar**

As bases biológicas do Transtorno Afetivo Bipolar são sempre complexas e apresentam vários fatores. Muitos estudos vêm sendo realizados com o intuito de identificar itens como genes, proteínas, modificações pós-transducionais, metabólitos e endofenótipos que tenham a capacidade de identificar usuários saudáveis, chamados “controles”. Assim como esperado, muitas alterações já foram identificadas nos usuários, onde a maioria ainda segue em processo de exploração nos estudos clínicos e pré-clínicos na busca de desenvolver tratamentos eficazes e inovadores. Contudo, a grande quantidade de dados produzida nos últimos anos não foi suficiente para identificar as causas do Transtorno de fato, ainda menos os mecanismos pontuais associados à resposta ao tratamento ou à melhora dos sintomas. O resultado disto é que não há prognóstico de sucesso para o Transtorno Afetivo Bipolar, e no acompanhamento de muitos usuários é utilizada a abordagem “tentativa e erro” até que possa ser encontrado o medicamento ideal em seu tratamento. Mas, mesmo com as limitações, não há dúvidas de que um entendimento minucioso das bases biológicas do transtorno é o mais importante aspecto para oferecer o tratamento e manejos adequados (FRIES; PFAFFENSELLER; KAPCZINSKI, 2016).

Assim como a Esquizofrenia, o Transtorno Bipolar também é crônico e ainda constitui a forma mais grave de transtorno do humor, dado seu caráter recorrente. Por sua característica

crônica, a adesão e continuidade ao tratamento são fundamentais para aumentar a chance de melhorar o prognóstico. A eficácia nos cuidados está diretamente relacionada à adesão. Entretanto, um problema comum no tratamento do Transtorno Bipolar é que as pessoas nem sempre tomam os medicamentos regularmente. É significativo o número de não-adesão ao tratamento em Transtorno Bipolar, representando 47% em alguma fase do processo. Aproximadamente 50% dos usuários bipolares interrompem o tratamento pelo menos uma vez, e 30% deles o fazem ao menos duas vezes. São estatísticas bastante significativas, que se entendidas pelo ponto de vista epidemiológico, adesão ou a baixa adesão à terapêutica constituem graves problemas de saúde pública (MIASSO CASSIANI; PEDRÃO, 2011).

O transtorno possui duas principais fases: a depressão e a mania. Na depressão existe a presença de alterações no humor, na psicomotricidade, na cognição e nas funções vegetativas, o quadro clínico é caracterizado também por outros sintomas, tais como humor depressivo, incapacidade de sentir alegria ou prazer, lentificação ou agitação psicomotora, dificuldades de concentração e pensamentos de cunho negativo. Na fase de mania, o comportamento do indivíduo muda completamente, e este apresenta humor expansivo ou eufórico, podendo cegar a ser irritável e desinibido. Há, também, diminuição da necessidade de sono, inquietação, agitação psicomotora, aumento de energia e de libido. Nessa fase é comum ainda ocorrer ideias de grandeza, prolixidade, pressão para falar, prejuízo da crítica e aumento da impulsividade. Deste modo, a conduta social torna-se inadequada, o indivíduo pode ficar indiscreto, invasivo, bem como aumentar o consumo de álcool e/ou outras drogas, aumentar os gastos financeiros e o envolvimento em atividades potencialmente danosas, como dirigir em alta velocidade, promiscuidade sexual e dívidas (MENEZES; SOUZA, 2012).

### **2.3 Transtorno do Uso de Substâncias Psicoativas**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017), droga é toda a substância que introduzida no organismo vivo modifica uma ou mais das suas funções. Esta definição engloba substâncias ditas lícitas e, igualmente, as substâncias ilícitas. Já a definição de substâncias psicoativas são as que, quando absorvidas ou administradas no próprio corpo, afetam processos mentais, como o afeto ou a cognição.

Sobre o conceito de dependência, a OMS (2016) define como sendo um estado psíquico e por ocasiões físico, marcado por comportamentos e respostas que incluem sempre a compulsão e necessidade de utilizar a droga, de forma ininterrupta ou recorrente, para experimentar efeitos físicos ou para evitar o desconforto da sua ausência, podendo a tolerância estar ou não presente.

O termo usado na CID-10, “Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas”, foi abreviado pela OMS para “Transtornos do uso de substâncias psicoativas”, que engloba intoxicação aguda, uso nocivo, síndrome de dependência, estado de abstinência, estado de abstinência com delírio, distúrbio psicótico e síndrome amnésica. Para uma substância particular, estas condições podem ser agrupadas como, por exemplo, distúrbios de álcool, distúrbios de uso de *cannabis* e distúrbios de uso de estimulantes (OMS, 2017).

As drogas capazes de alterar o funcionamento mental ou psíquico são denominadas drogas psicotrópicas ou psicotrópicos. Psicotrópico sucede da conexão entre psico (mente) e trópico (atração por). Assim, drogas psicotrópicas são aquelas que operam sobre o nosso cérebro, alterando nossa maneira de sentir, de pensar e, muitas vezes, de agir. Essas alterações do nosso psiquismo se diferem de acordo com cada droga e pode causar diversas reações. Algumas drogas psicotrópicas são capazes de causar dependência, sendo, nesses casos, denominadas drogas de abuso, tendo em vista que o uso impulsivo é observado frequentemente entre os seus usuários. Substâncias com potencial abusivo são aquelas que podem desencadear no indivíduo a autoadministração repetida, que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo (BRASIL, 2012).

Todas as drogas que são consumidas demasiadamente têm em comum a ativação direta do sistema de recompensa do cérebro, o qual está envolvido no reforço comportamental e na produção de memórias. A ativação do sistema de recompensa é tão intensa a ponto de fazer com que as atividades normais sejam negligenciadas. Em vez de alcançar a ativação do sistema de recompensa por meio de comportamentos adaptativos, as drogas de abuso acionam diretamente as vias de recompensa. Além disso, pessoas com um nível baixo de autocontrole, que pode ser deficiências nos mecanismos cerebrais de inibição, podem ser individualmente predispostas a desenvolver transtornos por uso de substância, indicando que, em determinadas pessoas, a origem dos transtornos por uso de substância pode ser notada em seus comportamentos muito antes do início do uso atual de substância propriamente dito. Os efeitos comportamentais dessas alterações cerebrais podem ser observados nas frequentes recaídas e na fissura intensa por drogas quando os indivíduos são expostos a estímulos relacionados a elas. Um tratamento ao longo prazo pode ser proveitoso para a terapêutica desses efeitos persistentes da droga (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Também é necessário trabalhar o estigma que a população, os profissionais de saúde e os próprios usuários de drogas têm sobre esta condição, de maneira a superar as barreiras que agravam a sua vulnerabilidade e marginalidade e dificultam a busca de tratamento. Lidar com os próprios preconceitos e juízos sobre o que desperta o consumo de drogas é fundamental para

poder cuidar das pessoas que precisam de ajuda por esse motivo. A clandestinidade associada ao uso de drogas ilícitas cria medo, dificulta a busca de ajuda e agrava o estado de saúde física e psíquica dessas pessoas (BRASIL, 2013).

As intervenções terapêuticas iniciais devem estar direcionadas para a estruturação de novas rotinas de vida, evitando-se ao máximo o contato com ocasiões e situações relacionadas aos hábitos de uso antes da abstinência. Tais transformações são possíveis, e exigem a participação de uma rede primária de apoio, como a família, que se engaje ativamente tanto no monitoramento das rotinas como na adesão ao tratamento. Acompanhamento social, aconselhamento familiar, grupos de ajuda, acompanhamento terapêutico, consultas ambulatoriais de psiquiatria e psicoterapia são serviços de extrema importância para a manutenção da abstinência e da nova rotina, bem como para o tratamento de possíveis comorbidades psiquiátricas associadas, onde geralmente ocorrem nos casos de dependência de cocaína e crack (BRASIL, 2012).

Uma vez que se entende a complexidade dos Transtornos Mentais, fica claro que para um bom atendimento nos serviços de atenção à saúde destes usuários, é necessário que haja uma rede especializada, que ofereça subsídios que possam suprir todas as demandas de um público que traz além de seus sintomas, grandes estigmas e preconceitos, que ainda passam por um longo processo de desinstitucionalização e reestruturação.

### **3 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SEUS SERVIÇOS**

Para compreender de que forma a Rede de Atenção Psicossocial funciona e todos os seus níveis de complexidade, é preciso antes falar de um processo que se iniciou no Brasil durante a década de 1980 e que continua em construção em todo o mundo. A reforma psiquiátrica não faz parte de um processo consensual ou homogêneo, onde podem haver mudanças conforme as condições econômicas, históricas, políticas e culturais das diferentes regiões e países onde ela acontece, determinando as práticas singulares de cada local. A reforma é entendida como um movimento social, que se articula em um conjunto de ações que envolvem áreas legislativas, jurídicas, administrativas e culturais, objetivando uma alteração de maneira como a sociedade compreende e enxerga a loucura (MACIEL, 2012).

Assim surgiu a atual política de saúde mental brasileira, sendo resultado de uma mobilização que envolveu usuários, familiares e trabalhadores da Saúde, para mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. O impulso do movimento foi a importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no decorrer do combate à ditadura militar e teve como base as experiências de países europeus que substituíram o modelo de saúde mental no hospital psiquiátrico, por um modelo constituído de serviços comunitários. A maior forma de expressão deste processo de mudança nas últimas décadas, acontece principalmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e da própria reforma psiquiátrica, com seu projeto coletivo e produtor de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado das pessoas que sofrem de transtornos mentais (BRASIL, 2013).

Maciel (2012) diz que mesmo com todas as lutas no âmbito político-ideológico e também das diversas inovações teórico-técnicas que foram efetivadas para quebrar o modelo asilar que afasta os adoecidos mentais do convívio social, marginalizando-os e pouco contribuindo para o alcance de sua qualidade de vida, ainda é possível observar a absoluta dominância de um modelo hospitalocêntrico para o cuidado destes usuários, deixando a figura do hospital como o principal fornecedor terapêutico. Nesse sentido, a reforma psiquiátrica deve atingir outro campo ideológico, transformando a relação da sociedade com a loucura, de forma a combater o preconceito e a exclusão social.

Para tanto, a aprovação de leis estaduais somadas com esses princípios ao longo da década de 1990 teve como consequência o progresso do processo político de mobilização social não só no campo da Saúde mas de toda a sociedade. Normativas federais passam a estimular e regular a rede de serviços, como foi o caso da Lei nº 10.216 que após mais de dez anos em tramitação no Congresso Nacional foi sancionada em 2001, que afirma os direitos das pessoas

portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Em 2000, com financiamento e regulação tripartite, amplia-se fortemente a rede de atenção psicossocial (RAPS). Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial trazidos pela RAPS, podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (Cecos), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros. As Unidades Básicas de Saúde cumprem também uma importante função na composição dessa rede comunitária de assistência em saúde mental (BRASIL, 2013).

Assim, esta pesquisa se voltará para a atuação dos CAPS, uma vez que entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, este torna-se um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS. Sendo um lugar estratégico, de referência e tratamento para pessoas com transtornos mentais. Assim, o CAPS se torna um dos maiores equipamentos para a reforma psiquiátrica brasileira (MANSUR, 2013). E também para os serviços de hospitais gerais, dos quais devemos desassociar a ideia de manicômios ou hospitais psiquiátricos, uma vez que a reforma presa pela desinstitucionalização, o que não é o mesmo que desospitalização, pois os serviços hospitalares na saúde mental são extremamente necessários para lidar com os sintomas dos transtornos em internações.

Então pensando especialmente nesses dois serviços, os papéis do CAPS estão voltados para a promoção de um fórum com todos os parceiros do território, buscando ser um serviço que substitua, e não que complemente o hospital psiquiátrico. O CAPS deve ainda garantir a continuidade da assistência dos usuários de transtornos mentais graves e persistentes, em formas de acolhimento e procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário nessa rede, oferecendo assistência promovendo também discussões acerca da escuta e do olhar, permitindo identificar os reais problemas que devem ser cuidados e considerando os diversos recursos (MANSUR, 2013).

Os hospitais gerais por sua vez, estão descritos na RAPS no âmbito da atenção hospitalar, que contam com os serviços de enfermagem especializada em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Atende com internações de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário, devendo funcionar em regime integral, durante 24 horas diárias, sete dias por semana, sem interrupção e dando continuidade entre os turnos. Este serviço possui como diretriz fundamental não se constituir como um ponto de atenção isolado, mas que sempre funcione em conjunto com todos os outros pontos de atenção da rede. É recomendável que os hospitais gerais favoreçam a continuidade do cuidado dos

usuários após o período de internação nos demais âmbitos do serviço (BRASIL, 2013).

Contudo, é notória a importância da RAPS para as pessoas que sofrem com algum transtorno mental, uma vez que o serviço preconiza a total atenção à saúde deste público, sem distinção ou discriminação. No entanto, ainda que o principal objetivo seja a promoção da qualidade de vida e o acesso aos serviços oferecidos, a Rede nada diz a respeito dos Cuidados Paliativos, não levando em consideração a importância desta prática para os usuários que dela possam necessitar.

#### 4 CONCEITOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Os usuários “fora de possibilidade terapêutica de cura” acumulam-se nos hospitais, recebendo constantemente assistência inadequada, normalmente focada na tentativa de cura, utilizando métodos invasivos e de alta tecnologia. Essas abordagens, ora insuficientes, ora desnecessárias e exageradas, quase sempre ignoram o sofrimento e são incapazes, por carência de conhecimento adequado, de tratar os sintomas mais prevalentes, sendo o principal sintoma e o mais dramático, a dor (MATSUMOTO, 2012).

A saúde não deve ser vista apenas como resultado de processos de intervenção na doença, mas também de intervenções que ofereçam ao indivíduo e seu meio social estratégias para promoção, recuperação e manutenção de seu estado de saúde inserido no contexto e cotidiano particular de cada um (CARDOSO; GALERA, 2009).

Em Cuidados Paliativos não se fala também em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, desta maneira, repelindo a ideia de “não ter mais nada a fazer”. Pela primeira vez, uma abordagem inclui a espiritualidade dentre as dimensões do ser humano. A família não é só lembrada como também assistida após a morte do indivíduo, principalmente no período de luto (MATSUMOTO, 2012).

O termo paliativo deriva do latim *pallium*, que significa um manto usado pelos peregrinos durante suas viagens para protegê-los das tempestades. Em afinidade, o cuidado paliativo tem o objetivo de proteger a pessoa doente durante seu último período de vida. No uso popular, o termo paliativo tem uma conotação de inutilidade, ineficácia. Pelo contrário, os Cuidados Paliativos são os únicos verdadeiramente úteis ao paciente crônico, porquanto o protegemos do sofrimento que é evitável, defendendo sua dignidade como pessoa até seus últimos momentos (MACIEL, et al 2006).

Os Cuidados Paliativos apresentam qualidades que os diferenciam de outras modalidades terapêuticas: o centro da abordagem é a pessoa e não sua doença; a morte é aceita como processo natural e se busca ofertar maior qualidade de vida; há participação ativa do paciente e de seus cuidadores na tomada de decisões terapêuticas, com o objetivo de alcançar o conforto para os envolvidos, transferindo o foco tradicionalmente dado para a cura da doença (CARLO, QUEIROZ, SANTOS, 2007).

Pessini (1996) afirma que o paradigma do cuidar nos permite enfrentar os limites de nossa mortalidade e da capacidade médica com uma atitude de serenidade. A medicina dirigida para o alívio do sofrimento estará mais preocupada com a pessoa doente do que com a doença da pessoa. Nesse sentido, cuidar não é o prêmio de consolação pela cura não obtida, mas sim, parte integral do projeto de tratamento da pessoa a partir de uma visão integral. Assim sendo, a

relação médico-paciente adquire grande importância.

Apesar do maior desenvolvimento dessa abordagem junto à pessoa com câncer, atualmente a filosofia dos cuidados paliativos tem se direcionado à indivíduos que apresentam doenças crônicas progressivas e incapacitantes, abrangendo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), as doenças do neurônio motor, as demências, dentre outras (CARLO, QUEIROZ, SANTOS, 2007).

Levando em consideração, então, o conceito de Cuidados Paliativos, percebemos assim sua ligação com os transtornos mentais, considerando que as principais consequências das doenças de cunho mental são atribuídas principalmente em decorrência de sua natureza crônica e incapacitante, como é o caso da depressão, esquizofrenia e de outros transtornos psiquiátricos mais comuns (ROCHA; HARA; PAPROCKI, 2015).

Um dos importantes preceitos levantados neste aspecto é o suporte prestado à família, o qual está assegurado pelos princípios dos Cuidados Paliativos. Dessa forma, as sensações de tranquilidade e alívio, experimentadas pelo familiar devido à internação da pessoa com sintomatologia psiquiátrica presente é um fator impactante na preferência de familiares pela transferência total da responsabilidade do cuidado para o hospital, evidenciando a fragilidade do conceito de “cura” da doença mental, que atribui um caráter natural à ruptura dos laços familiares e do convívio social provocados pela internação (CARDOSO; GALERA, 2009).

Desta forma, o tratamento por meio dos Cuidados Paliativos precisa oferecer uma equipe multiprofissional, com habilidades de auxiliar a pessoa a adaptar-se às mudanças que o adoecimento implicará em sua vida, também promover as medidas necessárias para o enfrentamento desta condição tanto para pacientes, quanto para seus familiares. Para tanto é necessária uma equipe mínima, sendo composta por um médico, uma enfermeira, uma psicóloga, uma assistente social e pelo menos um profissional da área da reabilitação, onde se encaixa o Terapeuta Ocupacional. Cada membro da equipe deve buscar alguma formação ou treinamentos dentro da filosofia da abordagem de Cuidados Paliativos. Dentre os serviços oferecidos por esta equipe, encontram-se ações que incluem medidas terapêuticas com o objetivo de controle dos sintomas físicos, intervenções psicoterapêuticas e apoio espiritual ao paciente desde o diagnóstico, em modalidades ambulatoriais, domiciliares e de internação em unidades de média complexidade. Os familiares, passam por ações de apoio social e espiritual, assim como intervenções psicoterapêuticas que se iniciam desde o diagnóstico. Para intervenções mais completas, o programa inclui ainda medidas de sustentação espiritual e de psicoterapia voltadas para os profissionais da equipe, garantindo uma educação continuada (JORGE; OTHERO, 2012).

## 5 A TERAPIA OCUPACIONAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS

A Resolução 429, de 08 de julho de 2013 que reconhece e disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares e dá outras providências, traz em seu artigo quarto que a formação profissional dessa especialidade apresenta três áreas de atuação: atenção intra-hospitalar, atenção extra-hospitalar oferecida pelo hospital e atenção em Cuidados Paliativos. Dentro da última área citada, a atuação compreende o oferecimento de cuidados terapêuticos ocupacionais junto a equipes multiprofissionais, a pessoas em condições crônico-degenerativas potencialmente fatais (oncológicas e não-oncológicas) e que estão em tratamento sem condições de modificação da doença; os Cuidados Paliativos podem ser realizados tanto em contextos hospitalares, como através de ações em contextos fora do hospital oferecidas por equipe hospitalar, não se restringem à fase de terminalidade da vida e são considerados cuidados preventivos, pois previnem um grande sofrimento motivado por dores, sintomas e pelas múltiplas perdas físicas, psicossociais e espirituais e podem reduzir o risco de luto complicado.

O papel da Terapia Ocupacional é essencial, pois em um contexto de limitações causadas pelo adoecimento, a vida não deve perder o seu sentido. Através das intervenções do terapeuta ocupacional, são criadas possibilidades para o exercício das ocupações, ou seja, haverá condições físicas e emocionais para que as atividades significativas da pessoa e dos seus familiares possam ser realizadas e mantidas, permitindo que o indivíduo possa ser e estar no mundo com mais qualidade de vida (OTHERO, 2008).

O plano de tratamento pode incluir, entre outras coisas, a efetivação do cuidado, com procedimentos que podem variar por diversas complexidades, medidas de higiene, conforto e segurança, assim como a orientação e integração da família e principalmente do paciente, inserindo-os no planejamento das ações do cuidar, e ainda a supervisão das tarefas assumidas e realizadas pelo cuidador (OTHERO, 2012).

Para cada paciente, é indicado um projeto terapêutico individualizado, feito a partir de desejos, necessidades e interesses e construído pelo olhar unido do terapeuta e do indivíduo, a fim de que o cotidiano seja recheado por atividades significativas, realizando projetos em curto prazo e permitindo experiências intensificadoras (OTHERO, 2008).

É delineado também no plano terapêutico o resgate das potencialidades e dos afazeres dos sujeitos atendidos através de atendimentos individuais e grupais. Para aqueles com a capacidade funcional mais afetada, com prejuízos importantes das funções motoras e cognitivas

e com pouca interação com o meio, a intervenção visa promover um ambiente mais acolhedor, com cuidado e conforto emocional e espiritual. Já para os pacientes com melhor capacidade funcional e maior possibilidade de ação e interação com o meio, pode-se resgatar atividades que foram deixadas de fazer por conta da doença ou criar novos projetos de aprendizagem e descoberta (OTHERO, 2007).

O terapeuta ocupacional busca criar mecanismos de ampliação da autonomia e das possibilidades do fazer, entendendo as atividades como potencializadoras de experiências para o sujeito. A confecção de adaptações para a realização das Atividades de Vida Diária também faz parte do projeto terapêutico. Familiares e crianças podem participar a fim de proporcionar momentos de trocas afetivas muito importantes (OTHERO, 2007).

Como já preconizado pelos princípios de Cuidados Paliativos, a assistência aos familiares também faz parte das intervenções terapêuticas ocupacionais e é parte fundamental para um cuidado integral e humanizado. O adoecimento faz com que os familiares passem por momentos difíceis, de sofrimento e ruptura na rotina familiar: questões físicas e emocionais para os cuidados, alterações no cotidiano, variação de papéis e responsabilidades, prorrogação de projetos, inquietações financeiras, além de tantos outros aspectos com os quais os familiares poderão ter que enfrentar (OTHERO, 2007).

O terapeuta ocupacional não deve voltar seu olhar para os aspectos reabilitativos ou para o processo de adoecimento e suas consequências, seu foco também não pode estar nos diferentes espaços de atuação, mas sim na qualidade de vida e na autonomia da pessoa em adoecimento e de sua família. A Terapia Ocupacional pode possibilitar a construção das lacunas da vida em um cotidiano por vezes escasso e restrito pela doença (OTHERO, 2008).

A intervenção terapêutica ocupacional pode acrescentar à experiência de ruptura e limitação, novas histórias e registros que enriquecem o cotidiano e a vida do ser humano, resgatando um novo significado para o momento da doença e cooperando efetivamente para uma vida mais completa, com autonomia e com mais qualidade. A ocupação em Terapia Ocupacional não é vazia de significados ou distante da realidade e das demandas do sujeito (OTHERO, 2008).

Para que sua atuação seja mais efetiva, é importante que o terapeuta ocupacional busque formação neste campo, de modo que os profissionais com menor relação ou menor formação em Cuidados Paliativos não limitem sua intervenção à importância da qualidade de vida e do conforto do paciente. Essa carência de formação comumente interfere no trabalho realizado, pois muitos profissionais, por não estarem empoderados dos princípios recomendados por essa modalidade de cuidado, intervêm de maneira inadequada (PORTELA; GALHEIGO, 2015).

## 6 FORMAÇÃO PROFISSIONAL E SUAS INTERVENÇÕES

O tratamento em saúde mental deve proporcionar uma nova possibilidade de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se limitando à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias maneiras de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar a pessoa em suas várias dimensões, com seus desejos, anseios, valores e decisões (BRASIL, 2013).

Ao pensar por esse viés, percebe-se que uma grande parte da formação dos profissionais de Saúde tem dirigido o seu foco principal de intervenção somente à doença. Por essa razão, entre outras, muitas das expectativas que os profissionais têm acerca de como lidar com os casos de saúde mental são de acabar com os sintomas que os usuários exibem. Nesse contexto, muitas vezes não se consegue satisfazer a esta tradição e expectativa. Deve-se realmente perguntar se os sintomas manifestados pelos usuários são as causas dos seus problemas ou se tais sintomas também não estão realizando uma função de indicar que algo não vai bem com aquele usuário. Alguns dos temores declarados pelos profissionais de Saúde sobre o manejo das demandas de saúde mental são justificados por essa expectativa de cura. Os profissionais afirmam não saber o que falar ou perguntar, e possuem medos de agravar o quadro dos usuários ou entendem que este campo do saber não lhes é compreensível (BRASIL, 2013).

E dentro desse âmbito existem alguns profissionais de saúde, que são quem mais mantêm contato com as pessoas em adoecimento. Por tal proximidade deveriam suprir não só as necessidades clínicas, mas também humanas, no entanto, muitas vezes apresentam uma atuação de forma autoritária e controladora, de vigiar e reprimir. A melhor forma de agir nesses casos é através de atitudes terapêuticas diante do usuário em sofrimento psíquico, como, por exemplo, o acolhimento e empatia, assim como ter bom conhecimento sobre psicofarmacologia, psicopatologia, alicerçados nos princípios da Reforma Psiquiátrica e Reabilitação Psicossocial (SOARES et al, 2014).

Outro fator importante nesta abordagem é a comunicação adequada entre equipe de saúde, familiares e os indivíduos em adoecimento, sendo a base para o esclarecimento e favorecimento da adesão ao tratamento e aceitação da proximidade da morte. Caso não haja um diálogo adequado, pode ser que entre todos os problemas vivenciados nesta área, talvez o mais exigente e difícil, esteja relacionado com a divulgação do diagnóstico e prognóstico para a pessoa em processo de adoecimento. O modelo da relação médico-paciente que prevalece no Brasil é culturalmente admitida por uma visão paternalista, e na maioria dos casos, exclui a pessoa do seu diagnóstico e de participar no processo de tomada de decisão clínica, tornando

assim mais fácil para o profissional compartilhar tais problemas com a família do paciente. Isto leva-nos a questionar que tipo de ideologia de Cuidados Paliativos está sendo construída no Brasil (FLORIANI, 2008).

Assim entende-se que os Cuidados Paliativos devem ser uma estratégia de intervenção utilizada pelos profissionais que atuam na área, uma vez que o tratamento já não tem mais intenções curativas e sim o objetivo de dar qualidade de vida para essas pessoas, mesmo que as mesmas ainda não se encontrem em terminalidade vital. Com isso, encontra-se a necessidade de inserir estes usuários na Rede de Atenção Psicossocial, para que possam assim desfrutar do atendimento adequado para sua melhoria de vida, mas a qualidade do atendimento em saúde mental ainda é considerada um grande desafio da Rede, que ainda precisa garantir que se cumpra sua finalidade de garantir serviços de saúde com qualidade, atendimento integral e inclusivo a todo cidadão (BRASIL, 2015).

## **7 OBJETIVOS**

### **7.1 Objetivo Geral**

- Compreender a percepção dos terapeutas ocupacionais da saúde mental sobre os Cuidados Paliativos.

### **7.2 Objetivo Específico**

- Investigar o que os terapeutas ocupacionais entendem sobre saúde mental e Cuidado Paliativo;
- Entender a concepção da atuação destes profissionais enquanto ações paliativas;
- Verificar o ensino dos Cuidados Paliativos na formação curricular dos terapeutas ocupacionais.

## 8 METODOLOGIA

Esta pesquisa é de caráter qualitativa, descritiva e exploratória. Segundo Turato (2005, p. 509.), a pesquisa qualitativa gira em torno do significado, pois o mesmo “(...) tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão, de certo modo, suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde”. O autor ainda afirma que é um erro achar, de forma intuitiva, que o método qualitativo observa a “qualidade” de um objeto, mas defende que a concepção trazida das Ciências Humanas não estuda o fenômeno em si, porém busca entender o significado tanto coletivo quanto individual para as pessoas.

Marconi e Lakatos (2011) apontam que, por meio do método qualitativo, o pesquisador se insere no contexto do indivíduo ou dos grupos humanos por maior tempo e vivencia o ambiente e a situação que está sendo investigada, as quais permitem um contato mais aproximado com os informantes da pesquisa.

Turato ainda afirma (2005) que fazem parte das características da abordagem qualitativa o local onde ocorre a observação do sujeito o qual é o próprio ambiente natural livre de controle de variáveis. Outra característica é o uso do pesquisador como principal instrumento para coleta de dados através de seus órgãos do sentido. Além disso, o método qualitativo oferece maior rigor da validade dos dados, pois a observação e a escuta da entrevista pode ser apurada em profundidade levando o pesquisador na essência do tema em estudo.

A pesquisa exploratória por sua vez, tem como objetivo o desenvolvimento de hipóteses, além de aumentar o conhecimento do pesquisador dentro de um determinado ambiente em que se deseja iniciar um estudo, fato ou fenômeno, para que posteriormente seja realizada uma pesquisa mais precisa ou ainda para modificar e clarificar conceitos. Assim, a pesquisa exploratória constitui a primeira etapa de uma investigação mais ampla, tendo como propósito desenvolver, explicar e alterar conceitos e ideias (ALVES, 2013).

### 8.1 Local

A presente pesquisa foi desenvolvida na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna e nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS: CAPS Icoaraci, CAPS Renascer, CAPSi, CAPS Casa Mental, CAPS Grão Pará, CAPS Amazônia e CAPS Marajoara, que possuem terapeutas ocupacionais incluídos em sua equipe, localizados em Belém, Pará.

A Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV) é uma instituição do Governo do Estado do Pará vinculada à Câmara Setorial de Políticas Sociais. Hoje é Referência Estadual em Psiquiatria, Cardiologia e Nefrologia com excelência e

humanismo. O Hospital de Clínicas tem como missão garantir atendimento ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade e apoiar o ensino e pesquisa na área de saúde. Em 1987, foi inaugurada a Clínica Psiquiátrica, mas só em 1989 os leitos foram disponibilizados para a população. Em 1991 foram inaugurados o Ambulatório de Especialidades e parte da Administração. Além de continuar como Referência em Psiquiatria, passou a ser Referência em Nefrologia e Cardiologia, oferecendo consultas e internações em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica e Clínica Ginecológica e Obstétrica, voltadas prioritariamente a pacientes que se encaixam no perfil das novas referências (HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA, 2016).

Com a Reforma Psiquiátrica, tornou-se indispensável suprir todas as necessidades dos usuários em Saúde Mental, desta forma foram criados novos serviços, que englobam atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outras unidades. Nestes serviços são propostas novas modalidades para o tratamento e a reinserção social das pessoas com transtornos mentais (WACHHOLZ; MARIOTTI, 2009).

Entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental implantados no Brasil, o CAPS tornou-se um dos serviços de saúde mais abertos e comunitários do SUS, sendo um lugar estratégico, de referência e tratamento para as pessoas com transtornos mentais. Assim, o CAPS se consolidou como um dos maiores equipamentos para a constante reforma psiquiátrica brasileira (MANSUR, 2013).

## **8.2 Participantes**

Participaram da pesquisa 18 terapeutas ocupacionais que atuam na área de saúde mental, sendo 16 do sexo feminino e 2 do sexo masculino. Os critérios de inclusão foram: terapeutas ocupacionais que atuam em Saúde Mental e que aceitaram participar da pesquisa. Como critério de exclusão: profissionais que não atuam em saúde mental, que não aceitaram participar da pesquisa e que não são terapeutas ocupacionais.

## **8.3 Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados**

Primeiramente, os participantes foram recrutados por meio de visitas em seus locais de trabalho, onde foi solicitada a autorização da participação do terapeuta ocupacional na pesquisa através da leitura, assentimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Após o aceite, foi aplicado o instrumento de coleta de dados Questionário de Investigação de Cuidados Paliativos em Saúde Mental criado pelas pesquisadoras para esta pesquisa (APÊNDICE B). Este instrumento foi dividido em duas partes: a primeira consiste na

identificação do profissional de saúde (nome, sexo, data de nascimento, dados referentes à formação profissional, entre outros): a segunda, nos questionamentos direcionados ao cerne da pesquisa. Mediante autorização, as respostas foram gravadas em áudio, transcritas e interpretadas posteriormente. É válido reiterar que o termo ação paliativa refere-se aos cuidados prestados por profissionais de saúde que não possuem a certificação em Cuidados Paliativos, porém a exerce em sua prática baseando-se pelas premissas da abordagem.

As perguntas relacionadas a prática profissional dentro da perspectiva dos Cuidados Paliativos foram realizadas na forma de entrevista. Marconi e Lakatos (2011) afirmam que a entrevista é um encontro entre pessoas para que seja obtida informações acerca de um determinado assunto, mediante um diálogo de natureza profissional.

Para a interpretação dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo. Laurenci Bardin (2011) define a Análise de Conteúdo como sendo “um conjunto de técnicas de análises das comunicações”. O autor ainda afirma que seja qual for o tipo de comunicação, isto é, qualquer veículo de significados de um emissor para um receptor, controlado ou não por este, poderia ter o dever de ser escrito, para ser decifrado pelas técnicas de Análise do Conteúdo.

A Análise de Conteúdo se organiza basicamente em três divisões: a Pré-análise, a Exploração do Material e o Tratamento dos Resultados, a Inferência e a Interpretação. A primeira fase (Pré-análise), é marcada pela organização baseada através das intuições dos pesquisadores e tem como objetivo desenvolver as ideias primitivas organizando-as de maneira a obter uma sequência lógica e adequada para a análise (BARDIN, 2011).

Nesse aspecto, foi produzida uma planilha no Microsoft Office Excel 2013 com os dados coletados dos terapeutas ocupacionais que participaram da pesquisa. A tabela continha os seguintes dados: idade, sexo, local de trabalho, tempo de atuação no trabalho, formação acadêmica e tempo de formado. As respostas das perguntas também foram distribuídas na planilha, depois de serem transcritas de áudio para texto, organizadas em categorias de acordo com as perguntas do questionário, onde cada pergunta gerou uma categoria, sendo elas: Conceituação em Cuidados Paliativos, Relação entre Saúde Mental e Cuidados Paliativos e a prática profissional enquanto ação paliativa. Por fim, as respostas foram sintetizadas em trechos principais para ser realizada a exploração do material.

Sobre o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, Bardin (2011) afirma que os dados brutos devem ser tratados de maneira a se tornarem objetos de significação e aplicáveis. No momento que os dados foram tratados e dispostos aos pesquisadores foi possível então mergulhar em sentidos e apresentar inferências, obter insights de interpretações e conseguir novas descobertas.

Para cada resultado da pesquisa foram estabelecidas categorias por aproximação de afinidade da temática, para melhor leitura e compreensão dos resultados baseados na aplicação do questionário e dos dados pessoais. Segundo Marconi (2003), a interpretação na fase da análise dos dados exige a constatação ou a contestação das hipóteses. É importante ressaltar que os dados por si só não podem dizer nada, pois é necessário que o pesquisador os interprete, ou seja, exponha o real significado para compreender as deduções mais profundas que encontrar.

#### **8.4 Questões Éticas**

Foi solicitada a autorização da Instituição para a realização da pesquisa. Após a autorização (ANEXOS A e B), a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para análise ética e autorização para a realização da pesquisa nas instituições.

A pesquisa foi realizada respeitando todos os princípios éticos, previstos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) /Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde. Foram prestados todos os esclarecimentos aos profissionais através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, o qual, após explicação dos objetivos, riscos e benefícios do estudo, foram entregues em duas vias, ficando uma com o participante da pesquisa e outra com os pesquisadores. A pesquisa só foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos.

Também foi comunicado aos participantes a livre interrupção da participação na pesquisa em qualquer momento, sendo livre até se recusar a responder a qualquer questão, a fim de que não se sentissem pressionados a participarem da pesquisa.

## 9 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 9.1 Dados dos Terapeutas Ocupacionais participantes da pesquisa

Na tabela 1 estão dispostos os dados dos participantes do estudo (número de participantes, local de trabalho, média de tempo que exerce o serviço em Saúde Mental e a média do tempo de formação). Foi possível observar que a maioria dos terapeutas ocupacionais foi encontrada dentro dos CAPS que destinam seus serviços para o público adulto, somando o total de 11 TOs (11, 58%). Obteve-se ainda o quantitativo de 3 terapeutas ocupacionais que atuam em CAPS Infanto-juvenil (3,16%) e 4 atuantes em Serviço de Internação Hospitalar (5, 26%), somando o total de 18 participantes.

O tempo de formação em Terapia Ocupacional varia significativamente se analisados de forma isolada (de 2 a 28 anos), contudo, as médias se aproximam entre os locais de atuação, onde é possível perceber que a maior parte dos participantes se formou há um período em média de 17,2 anos, sendo representada por uma amostra de 11 indivíduos. Do restante dos terapeutas ocupacionais, 4 concluíram sua formação acadêmica em média há 12 anos e 3 terapeutas ocupacionais em um período de 20 anos.

Outro dado importante é o tempo no qual o profissional atua na área de Saúde Mental. Neste caso encontrou-se a variável de 2 a 20 anos, sendo as médias de tempo de atuação dos terapeutas ocupacionais de CAPS as mais altas. Pode-se observar que a maioria dos participantes da pesquisa, 8 terapeutas ocupacionais, relatou atuar em Saúde Mental no período de 11 a 30 anos. Oito participantes atuam de 6 a 10 anos e 3 profissionais trabalharam de 1 a 5 anos na área.

Estes dados foram transformados em média a fim de evitar a identificação dos participantes da pesquisa, o que foi assegurado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Tabela 1.** Dados demográficos dos participantes por serviço.

<b>Número de participantes</b>	<b>Local de Trabalho</b>	<b>Média Tempo de Atuação</b>	<b>Média Tempo de Formação</b>
11	CAPS Adulto	11,4 anos	17,2 anos
4	Serviço de Internação Hospitalar	10,2 anos	12 anos
3	CAPS Infanto-juvenil	12,6 anos	20,3 anos

Após análise das respostas obtidas através da aplicação do questionário com os terapeutas ocupacionais atuantes nos CAPS e no Serviço de Internação Hospitalar em Psiquiatria, suas respostas foram divididas correspondendo às perguntas do questionário, para uma análise mais detalhada.

## 9.2 Conceituação em Cuidados Paliativos

Para se compreender o nível de conhecimento dos terapeutas ocupacionais sobre Cuidados Paliativos, foi questionado de forma ampla o que eles entendiam a respeito destes cuidados. Para esta questão foi possível observar divergências com relação a percepção conceitual dos terapeutas ocupacionais. O total de 10 participantes referiram-se aos Cuidados Paliativos de forma mais próxima ao conceito preconizado neste estudo (Sra. A, Sr. E, Sra. F, Sra. G, Sra. H, Sra. L, Sra. M, Sra. O, Sra. P e Sra. Q). Estes participantes responderam à questão levando em consideração que os Cuidados Paliativos devem ser dispensados aos casos de indivíduos em que não se tem mais uma possibilidade de cura, seja qual for a patologia, não relacionando diretamente aos casos em que a terminalidade da vida está próxima. Esta categoria pode ser representada pela fala da Sra. F:

*“Olha, eu acho que em cuidados paliativos a gente busca trabalhar o máximo de recursos dentro de uma equipe multiprofissional pra gente dar uma qualidade melhor de vida pra essa pessoa. E vendo assim, o cuidado paliativo não é só pra aquele paciente que tá com uma doença crônica como o câncer, mas na saúde mental a gente também busca trabalhar isso, tentar dar a melhor qualidade pra essa pessoa”. Sra. F.*

O conceito de Cuidados Paliativos é relativamente novo no Brasil. Antes de 2002, este conceito era ainda restrito às pessoas com câncer, sendo que no ano em questão tal conceito foi revisto e ampliado, incluindo assim a assistência a outras doenças como AIDS, doenças cardíacas e renais, doenças degenerativas e doenças neurológicas. Mas somente em 2004 a Organização Mundial de Saúde – OMS, publicou o documento *“The solid facts - Palliative Care”*, que trouxe a necessidade de incluir os Cuidados Paliativos como parte da assistência completa à saúde, no tratamento a todas as doenças crônicas. Assim, o conceito da OMS ampliou a possibilidade de atuação dos Cuidados Paliativos, podendo ser adaptado às realidades locais, aos recursos disponíveis e ao perfil epidemiológico dos grupos a serem atendidos. Portanto, os Cuidados Paliativos são uma abordagem para melhoria da qualidade de vida das pessoas que passam por um processo de adoecimento que ameaça a vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, através da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais, podendo estender-se aos familiares (OMS, 2007).

Outro fator recorrente nas falas dos participantes da pesquisa que conceituaram os Cuidados Paliativos sem associação a terminalidade da vida, é que estes cuidados possuem como grande objetivo proporcionar qualidade de vida para os indivíduos que deles precisam, observando sempre os contextos em que ele está inserido, como podemos observar na fala do Sr. E:

*“Cuidado Paliativo pra mim são aqueles cuidados necessários quando você lida com alguma situação que se mantém por um período de difícil reversão. As vezes o paciente tá num quadro bem avançado, onde você não vai tratar necessariamente pra questão da cura, digamos assim, mas você vai trabalhar pra que ele possa ter uma qualidade de vida. Então tem que envolver um cuidado multidisciplinar, focado nas condições sociais do paciente, nas condições ocupacionais pra que ele possa, na medida do possível, ter uma qualidade de vida. Ou seja, não é focar só a questão do sintoma e a questão da cura, né (...)”. Sr. E.*

Esta fala interliga-se a ideia de Cuidado Paliativo em que o objetivo principal é a promoção da qualidade de vida, fornecendo alívio da dor, dos sintomas estressantes e ansiedade. Este cuidado objetiva também oferecer um sistema de apoio à família para lidar com a doença da pessoa, ajudar ela a ter uma vida ativa e não ficar somente esperando a morte, além de aconselhamento e suporte ao luto (TAVARES; NUNES, 2015).

Para essa categoria de participantes, os Cuidados Paliativos possuem ainda uma forte relação com a independência e autonomia dos sujeitos, para o melhor desempenho possível na realização de suas atividades, uma vez que não se tem a possibilidade da cura, preconizam então o controle dos sintomas do sofrimento. Este ponto de vista fica evidente no discurso da Sra. Q:

*“Eu penso que seja algo assim pra amenizar, pra aliviar o sofrimento psíquico, é claro que a gente não consegue na saúde mental as vezes ter uma cura completa, então esse cuidado paliativo, acredito que seja pelo menos o alívio dos sintomas e a forma de fazer com que aquele usuário seja o mais independente possível, tenha mais autonomia diante de suas atividades... a ideia que eu tenho é essa”. Sra. Q.*

Sobre isto, é importante lembrar que a Rede de Atenção Psicossocial preconiza que os CAPS devem ser espaços que proporcionem recursos nos projetos terapêuticos que são elaborados para os usuários com Transtornos Mentais, e suas famílias. Os trabalhos nestes Centros favorecem e têm por objetivo a ampliação de suas possibilidades de inserção social e a construção de novos projetos de vida que objetivem sua autonomia e emancipação para estes usuários (BRASIL, 2014).

Apesar das respostas em que foi possível observar o discurso de que os Cuidados Paliativos não necessariamente precisam possuir ligação com o término da vida, 5 terapeutas ocupacionais (Sra. B, Sra. C, Sra. D, Sra. J, Sra. R) trouxeram falas diferentes desta percepção. Em seus discursos é possível notar a presença da associação da destinação destes cuidados

somente às pessoas que estão em um processo de adoecimento que as levará à morte de maneira certa, não havendo possibilidade de cura ou sobrevida. Representando estes discursos pode-se observar a fala da Sra. R:

*“Cuidados paliativos, eu não diria um conceito, né, mas vejo muito na área hospitalar isso, as pessoas que já estão em um estado bem avançado de algum tipo de doença, que precisam estar mais sendo cuidadas de forma intensiva e, assim, minuciosa, nos detalhes mesmo. (...) Tá muito relacionado a questão até assim da proximidade da morte, de não ter mais alternativa, alguma coisa do tipo. O que eu entendo”. Sra. R.*

Como já foi explanado, o conceito de Cuidados Paliativos ainda é bastante recente, sendo que com o passar dos anos este conceito sofreu algumas alterações. Em 1990, a OMS definiu pela primeira vez o que seriam os Cuidados Paliativos, reconhecendo-os e recomendando-os. Esta definição foi inicialmente voltada somente para as pessoas com câncer, preconizando-os na assistência integral a esses pacientes, visando os cuidados de final de vida (OMS, 2007). Contudo, com o passar dos anos, este conceito foi atualizado, abrangendo então todo processo de adoecimento crônico e degenerativo, não restringindo mais ao público do tratamento oncológico. Desta forma, notamos que alguns terapeutas ocupacionais reconhecem o conceito dos Cuidados Paliativos, mas ainda não o fazem de forma atualizada, pensando ainda nos primeiros conceitos definidos pela OMS.

Para os participantes da pesquisa que não reconhecem os Cuidados Paliativos desassociados da finalidade da vida, talvez seja mais fácil visualizar a necessidade deste cuidados em casos de doenças cujos quadros já se fazem avançados como na oncologia e cardiologia, onde nas fases iniciais de uma doença o tratamento adquire uma abordagem curativista e, muitas vezes, radical, porém, a medida que a doença avança, ocorrem mudanças na terapia, onde ocorre a introdução de cuidados paliativos de acordo com as necessidades. (BERK et al, 2012). A abordagem de Cuidados Paliativos poderia ser mais útil e ter um maior aproveitamento desde o momento do diagnóstico de uma doença crônica, porém normalmente só é iniciada quando a doença é irreversível e/ou a pessoa se encontra no fim de vida.

Mesmo com a associação à finalidade da vida, para estes participantes os objetivos do tratamento em Cuidados Paliativos concordam com os participantes da categoria anterior, em que estes cuidados visam garantir e proporcionar o máximo de qualidade de vida aos que passam por tal processo, como é notório no discurso da Sra. J:

*“Cuidado paliativo é trabalhar com aqueles pacientes que estão em fase terminal de vida, que não tem mais possibilidade nenhuma de cura. (...)principalmente objetivando a qualidade de vida que resta a esse paciente. Então a parte do bem-estar, físico, motor, corporal, espiritual, relacional”. Sra. J.*

Ainda nesta questão obteve-se também o resultado de 2 entrevistados (Sr. I e Sra. K) que trouxeram em seus discursos características de um cuidado que se distanciou da base conceitual em Cuidados Paliativos, isto é, não trouxeram nenhuma das características específicas deste tipo de cuidado, não sendo possível permanecerem junto as categorias anteriores. Pode-se observar tais características em suas respectivas falas:

*“Cuidados em geral, eu acho. Porque ele vai precisar de toda atenção, né?”.*

*Sr. I.*

*“Cuidados paliativos são cuidados mesmo preventivos, a nível de prevenção, onde o cuidador deve estar dando todas as orientações básicas para prevenir determinado tipo de enfermidade em relação àquela pessoa. Os cuidados que a própria pessoa precisa ter.” Sra. K.*

Desta forma fica claro que mesmo com os avanços da discussão sobre os Cuidados Paliativos no Brasil, este ainda é um assunto restrito, uma vez que há divergências sobre os conceitos entre os terapeutas ocupacionais e ainda há aqueles que não possuem conhecimentos teóricos a respeito do tema. Esta situação poderia ser revertida caso os debates a respeito dos Cuidados Paliativos estivessem ainda mais presentes não só nos meios de formação acadêmica, mas também nos âmbitos de discussão profissional.

Houve ainda uma participante da pesquisa (Sra. N) que ao iniciar sua resposta demonstrou uma concepção direcionada aos Cuidados Paliativos em contextos hospitalares sendo destinados à finalidade da vida, mas que ao longo de seu discurso direcionou a concepção para a esfera de CAPS, e assim conceituando a partir de uma outra perspectiva.

*“O termo Cuidados Paliativos é um termo muito usado em hospitais gerais, com pacientes em estágios terminais, que já não há muito o que ser feito por aquele usuário e que a gente precisa ver o que a gente pode fazer pra ajuda-lo a ter uma vida mais digna (...) mas aí quando se reporta essa questão dos cuidados paliativos pra CAPS, eu acho que você tá se referindo aos pacientes mais crônicos, os pacientes mais graves (...) eu penso que esteja relacionado a essa clientela”. Sra. N.*

Desta forma, pode-se observar nas falas dos participantes da pesquisa variações conceituais, onde encontram-se discursos que direcionaram os Cuidados Paliativos de forma ampla para pessoas em processos de adoecimento crônico e degenerativo, visando proporcionar qualidade de vida para este indivíduo, perpassando por conceitos em que se fez presente a relação destes cuidados com a independência e autonomia dos sujeitos, preconizando o controle dos sintomas. Contudo, alguns participantes trouxeram ainda a relação direta entre os Cuidados Paliativos e a morte, direcionando esta abordagem somente aos indivíduos em processo de terminalidade de vida.

Encontramos estas dificuldades de padronização de respostas uma vez que o Cuidado

Paliativo pode ser autônomo no prognóstico e é ofertado em conjunto com outros tratamentos adequados. Sendo assim, essa abordagem ainda existe de maneira pouco homogênea, pois apresenta suas origens na oncologia e logo é associado com a mortalidade das doenças crônicas, que não ocorrem da mesma maneira no campo da saúde mental. (BERK et al, 2012).

Um instrumento legal (Portaria GM/MS nº 2.439/2005) já inclui os Cuidados Paliativos na Política Nacional de Atenção Oncológica. No entanto, esta é a única política em que este tipo de cuidado está legalmente incluso, excluindo assim demais doenças e pacientes que também necessitam desses cuidados, em uma linha que contemple todos os níveis de atenção (RABELLO; RODRIGUES, 2010), tais como os usuários de saúde mental cujos casos não possuem probabilidade de cura.

É necessário rever estas ações excludentes e restritas com relação aos Cuidados Paliativos, uma vez que toda e qualquer sensação dolorosa ou sofrimento, não somente a oncológica, tem por consequência um prejuízo na qualidade de vida e na realização das atividades de vida diária, aspectos esses que são particularmente agravados em se tratando de populações cujos diagnósticos são crônicos (CARLO, QUEIROZ, SANTOS, 2007).

### **9.3 Relação entre Cuidados Paliativos e Saúde Mental.**

Para a pergunta do questionário que indagou sobre a percepção dos participantes a respeito da relação entre Cuidados Paliativos e Saúde Mental, e de que maneira eles poderiam enxergá-la, as respostas foram divididas em colocações positivas, as quais os entrevistados enxergam tal relação, mas não estritamente relacionada com Transtornos Mentais. E ainda colocações negativas, onde os terapeutas ocupacionais não observam a existência de relação entre as duas temáticas sob nenhuma perspectiva.

Dentre os terapeutas ocupacionais que percebem a existência da relação e a direciona para os usuários com Transtornos Mentais, a parcela de 7 participantes (Sra. A, Sra. B, Sr. E, Sra. G, Sra. H, Sra. N e Sra. Q) trouxeram esses aspectos em seus discursos. Para estes terapeutas ocupacionais, os Transtornos Mentais podem fazer com que hajam grandes prejuízos para o seguimento da vida de um usuário, sendo possível o controle dos sintomas, mas não havendo a possibilidade de cura. Assim sendo, este indivíduo é elegível para receber a abordagem de Cuidado Paliativo. A Sra. A representa esta categoria em sua fala:

*“Claro, percebo sim. Como eu falei, né, não tem a cura da doença. ‘Ah, ele tá com transtorno mental se curou.’ Não. Vão ser os cuidados paliativos. Os sintomas que vai aparecendo, né, a gente vai trabalhando pra reduzir pra ver de que forma ele pode se adaptar ao novo quadro que ele se encontra”.* Sra. A.

O Sr. E atua em serviço de internação hospitalar psiquiátrica, e mesmo dentro do

contexto hospitalar considera existente a relação entre os Cuidados Paliativos e a Saúde Mental em usuários com Transtornos Mentais. Para ele os indivíduos em internação hospitalar muitas vezes possuem sintomas irreversíveis do adoecimento, o que reforça a questão da cronicidade. Nestes casos, os cuidados destinados precisam visar a qualidade de vida, sem focar-se na cura, como ele traz em seu discurso:

*“(...) quando você tem um caso crônico, você não vai tratar necessariamente pra questão da cura. (...) a gente tem que não focar a questão da doença em si né? o paciente ele já tá num estágio bem avançado mesmo, então você vai trabalhar as condições que são possíveis, a questão de tentar fazer a desinstitucionalização dele e procurar ver o que é possível, uma moradia, algum local que possa ser acolhido e possa ressignificar a vida dele (...)”. Sr. E.*

Estes participantes reconhecem a necessidade dos Cuidados Paliativos em Saúde Mental uma vez que entendem a cronicidade dos Transtornos Mentais. Ainda que a grande parte da população conheça o prognóstico dos transtornos mentais, existem aqueles que ainda duvidam de sua natureza crônica. Familiares de pessoas com transtornos mentais adotam uma posição esperançosa ao serem questionados sobre perspectivas futuras, há esperança na ciência, na descoberta de cura, ou nas intervenções farmacológicas para que deem mais conforto e melhora dos sintomas. Se esse usuário encontrasse uma cura, não mais seria dependente de medicamentos ou, ao menos, talvez pudesse se tornar um participante ativo do contexto familiar e social. (SANTORO, GALERA, 2013).

Por este motivo, é de extrema importância que profissionais de saúde sejam conscientes de que prover perspectivas irrealistas para usuários com doenças crônicas pode piorar o papel desempenhado enquanto pessoa doente e o curso natural da doença. Assim, quando as expectativas do tratamento e evolução da pessoa são alinhadas adequadamente, pode promover a valorização de objetivos a curto prazo e possíveis de serem atingidos, além de reduzir o desconforto e melhorar a qualidade de vida (BERK et al, 2012).

Nesta categoria de respostas encontrou-se ainda participantes que atuam nos CAPS e fizeram não só a relação entre os Cuidados Paliativos e Saúde Mental direcionada aos sujeitos que têm algum Transtorno Mental, como também perceberam esta relação dentro dos seus locais de trabalho e já relacionaram à sua forma de atuação com este determinado público. Podemos notar estes discursos nas respostas das Sras. G e N, respectivamente:

*“Total. Porque a gente tem muitos pacientes aqui no CAPS que são pacientes esquizofrênicos, ou então que tem depressão recorrente. E esses pacientes a gente tem que tratar com os cuidados paliativos porque a gente sabe que eles não vão conseguir a ‘cura’ e alguns sintomas sempre vão persistir, né? E alguns sintomas bem incapacitantes”. Sra. G.*

*“Toda uma relação. Em CAPS, trabalhamos com usuários que têm transtornos*

*mentais severos, graves e persistentes, ou seja, a grande maioria deles nunca vai se recuperar cem por cento ou ter cura. Elas são doenças que infelizmente ainda hoje não temos uma cura, temos um controle. O sofrimento psíquico é um sofrimento que acabam todos necessitando de um apoio especial, aí que eu vejo que entram os Cuidados Paliativos”. Sra. N.*

Isto fica claro quando se pensa nos CAPS sendo um lugar onde é possível encontrar vários tipos de clientela, podendo haver pessoas com quadros de Transtornos Mentais cujos sintomas são mais brandos e também aquelas cujos sintomas podem ser extremamente prejudiciais para o desenvolvimento de suas vidas. Contudo, os serviços dos CAPS são destinados aos indivíduos cujos transtornos sejam crônicos, recorrentes e prejudiciais ao seu desempenho nas atividades do cotidiano, sem distinção de grau de dificuldades. Desta forma, nota-se a importância de reconhecer os Cuidados Paliativos como forma de intervenção com essa população.

Nesta mesma questão também obteve-se como resultado os discursos de terapeutas ocupacionais que afirmaram reconhecer a existência da relação entre Cuidados Paliativos e Saúde Mental, mas que, no entanto, não direcionaram esta relação aos usuários com Transtornos Mentais, mas sim aos indivíduos que estão passando por um processo de adoecimento que resultará no término de sua vida de forma irremediável e que, portanto, necessita de atenção à sua saúde mental. Dentre este padrão de resposta é possível observar uma parcela de 6 entrevistados (Sra. C, Sra. D, Sra. F, Sra. K, Sra. M e Sra. R).

A fala da Sra. C explana a visão destes terapeutas ocupacionais a respeito da temática, uma vez que, para ela, o processo de terminalidade de vida pode trazer sofrimentos psíquicos as pessoas que passam por este processo:

*“Sim, a gente sabe que na questão de uma pessoa que entra em processo paliativo isso vai acarretar muitos problemas no caso dos aspectos da saúde mental dessa pessoa, e ela vai precisar de um até realmente chegar o momento da partida. Então até que ponto eu posso tá promovendo também a qualidade da saúde mental dessa pessoa que está em um processo paliativo, processo de vida terminal (...)”. Sra. C.*

A Sra. D, assim como a Sra. C, atua no Serviço de Internação Hospitalar em psiquiatria. Para elas, os Cuidados Paliativos inseridos no campo da Saúde Mental são direcionados para auxiliar a compreensão do processo de morte e luto, favorecendo, assim, a qualidade de vida deste indivíduo em adoecimento. Contudo, a participante da pesquisa relaciona o processo de finalidade de vida com o público da urgência psiquiátrica:

*“Sem dúvida. Hoje a gente pode ver que muitas pessoas vêm com processo de luto, vem aqui pra nossa clínica psiquiátrica, emergência psiquiátrica, então a gente começa a ver sempre esse link com as especificidades que a Terapia Ocupacional pode oferecer. Quando a pessoa que ‘tá’ em processo de morte é*

*preparado, quando ela compreende o que 'tá' passando na vida dela, ela consegue vivenciar melhor, e vivenciando melhor ela tem uma partida muito melhor, mais agradável, no máximo possível né". Sra. D.*

Sampaio e Caetano (2006) em seu estudo sobre às taxas de mortalidade em pacientes psiquiátricos, tiveram como resultado a existência de uma alta mortalidade, apontando que na maioria dos estudos revisados, apesar das diferentes abordagens e correlações verificadas, essa mortalidade foi maior do que na população geral. As pesquisas realizadas nos períodos de mudanças nas políticas de saúde mental de diversos países sugerem a necessidade de cuidados específicos e a criação de serviços de suporte adequado para os clientes desinstitucionalizados. Isso indica a necessidade de políticas de saúde direcionadas aos cuidados de saúde geral do indivíduo com transtornos mentais e, conseqüentemente, melhoria de sua qualidade de vida.

Tal benefício fica evidente nos relatos de enfermeiros que apontam que pacientes psiquiátricos internados em instituições de saúde mental apresentam grandes dificuldades em se reintegrarem na sociedade e, assim, precisarão de Cuidados Paliativos no estabelecimento de saúde mental em um determinado momento. No entanto, mostram dificuldades porque as possibilidades de prestar Cuidados Paliativos dentro do estabelecimento de saúde mental são limitadas, muitos pacientes psiquiátricos são transferidos para ambientes de cuidados físicos no final da vida. Isso não só prejudica a continuidade de cuidados, mas também é problemático porque os prestadores de cuidados físicos podem ser incapazes ou não querem lidar com pacientes psiquiátricos. Assim, os pacientes podem não receber Cuidados Paliativos. O que seria mais oportuno e adequado (EVENBLIJ et al, 2016).

E, por fim, foram 2 os terapeutas ocupacionais que afirmaram não perceber uma relação entre Cuidados Paliativos e Saúde Mental (Sra. J e Sra. L). É importante ressaltar que ambas as participantes atuam em CAPS Infante-juvenil. Para elas é difícil enxergar a relação entre as duas temáticas, uma vez que, segundo as mesmas, na atuação com os Transtornos Mentais em crianças e adolescentes não é possível notar riscos à vida, ou a presença de comorbidades que causem alguma necessidade para os Cuidados Paliativos, exceto em casos de tentativa de suicídio, o que mesmo assim, não é certeza de que se possa levar o usuário à morte. Estas percepções ficam nítidas em seus discursos respectivamente:

*"Pois é, ainda não consegui encontrar. Dentro do CAPS não tô encontrando, não. Porque aqui a gente não vivencia isso, né? No CAPS a gente não vivencia nenhum tipo de situação que o indivíduo tá à beira da morte, a não ser em caso de tentativa de suicídio, mas mesmo assim é uma coisa muito de espaço, não é certeza que o indivíduo vá morrer, que tem uma data certa, o organismo dele tá debilitado". Sra. J.*

*"Olha, me causa até uma estranheza com a relação dos dois temas, né, porque a gente não tem muito como mensurar, até pela realidade que a gente tem em*

*infanto-juvenil, principalmente a gente trabalha muito aqui com infantil, as doenças psiquiátricas não cursam em nenhuma comorbidade que poderia o cuidado paliativo ajudar nesse aspecto. Eu não consigo fazer uma correlação direta em saúde mental infantil especificamente”. Sra. L.*

Assim como o conceito de Cuidados Paliativos, a atenção voltada à saúde mental de crianças e adolescentes e seu reconhecimento como uma questão de saúde pública integrante das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) é recente. Este é considerado um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira (DELFINI; REIS, 2012).

Alguns estudos mostram que grande parte da clientela que procura os serviços de saúde mental infanto-juvenil é composta por crianças e adolescentes, a maioria do sexo masculino, sendo a queixa de maior incidência o mau desempenho acadêmico, seguido de comportamento agressivo e desobediência em casa e na escola, (SANTOS, 2006). Desta forma pode ser que os quadros atendidos nos CAPS infanto-juvenil pareçam mais brandos e seja mais dificultoso encontrar a relação com os Cuidados Paliativos.

Contudo, a RAPS traz que os CAPS infanto-juvenil realizam prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes, destinada a adolescentes e jovens de 12 até 18 anos completos. É preciso levar em conta que, ao se receber cuidados em saúde, devem ser consideradas as dimensões biológica, psíquica e social dos indivíduos e os contextos em que este está inserido. Muitos sintomas físicos têm origem em situações de sofrimento psíquico de origens diversas. Em muitos casos, por exemplo, o uso de álcool e outras drogas pode estar associado à tentativa pessoal de manejo de um sofrimento (BRASIL, 2014). Assim, é possível entender que mesmo com a possibilidade de uma clientela com sintomas aparentemente brandos, todo sofrimento acarreta dificuldades para a vida dos indivíduos, o que pode se intensificar em uma fase de grande desenvolvimento como é a infância e adolescência, sendo os Cuidados Paliativos uma forma possível para o tratamento com este público.

Assim, ao que diz respeito às percepções de relação entre os Cuidados Paliativos e Saúde Mental, também obteve-se divergências quanto a maneira que se dá esta relação e sobre a sua existência, uma vez que alguns terapeutas ocupacionais relataram enxergar o paralelo dentro dos dois temas, direcionando também aos usuários que possuem diagnósticos de Transtornos Mentais. Encontrou-se também discursos de participantes que enxergam tal relação, mas sem direcionar necessariamente aos usuários com Transtornos Mentais, voltando a percepção para a Saúde Mental de pessoas em terminalidade de vida. E houveram também terapeutas ocupacionais que afirmaram não enxergar a existência de tal relação a partir de seus conceitos sobre os temas.

Um pesquisador pós-doutorando da Universidade Central de Queensland com interesses em cuidados paliativos, realizou um estudo no *The Park, Center for Mental Health*, na Austrália, instituição que deixou de lado os cuidados prolongados e adotou um paradigma voltado para a reabilitação e recuperação. O objetivo da pesquisa foi analisar, através de entrevistas, a experiência para profissionais de saúde de fornecer cuidados de fim de vida aos usuários. Os resultados apontaram uma incrível semelhança tênue entre a prática em saúde mental já exercida na instituição e Cuidados Paliativos, que inclui uma prática centrada na pessoa, conexão baseada em relacionamento, crença em cuidados compassivos, cuidados holísticos, respeito pela autonomia e escolha, promoção da qualidade de vida, família como unidade de atendimento e necessidade de uma equipe de trabalho democrática e multidisciplinar (MCGRATH; HOLEWA, 2004).

#### **9.4 A prática profissional enquanto ação paliativa.**

Ao se falar da questão da percepção dos profissionais sobre suas práticas e o reconhecimento das mesmas como ações paliativas, é importante ressaltar que em pesquisas recentes e em alguns lugares de todo o mundo é possível observar o avanço do questionamento e das práticas, relacionando os profissionais de saúde mental e os Cuidados Paliativos. Um exemplo, é o estudo de Patterson e colaboradores (2014) que foi realizado nos Estados Unidos da América com o objetivo de indagar aos diretores das equipes de Cuidados Paliativos acerca do envolvimento do médico psiquiatra nos serviços. Os resultados apontaram que 71% dos entrevistados relataram que gostariam de psiquiatras atuando de maneira mais efetiva nos serviços de Cuidados Paliativos. A maioria dos entrevistados (68%), concordou fortemente que a participação de um médico psiquiatra beneficia ou poderá beneficiar seus usuários.

Um outro estudo indica ainda como resultado que um número significativo de diretores do programa de Cuidados Paliativos indicou um desejo de maior inclusão da psiquiatria com a equipe multidisciplinar destes cuidados, particularmente para tratar de áreas de interesse comuns, tais como o abuso de substâncias e transtorno de personalidade. Embora mais da metade dos entrevistados indicasse que os provedores de saúde mental são essenciais para o seu serviço, muitos diretores de serviços de Cuidados Paliativos acreditam que seus pacientes se beneficiariam a partir de uma interação igualmente investida com um psiquiatra (PATTERSON et al, 2014).

Ao analisar as respostas dos participantes da pesquisa para a questão sobre a prática profissional enquanto ação paliativa, foi possível observar que a maior parte dos participantes afirmam estar realizando ações paliativas em suas intervenções direcionadas aos usuários de

Saúde Mental (Sra. A, Sr. E, Sra. F, Sra. H, Sra. O e Sra. Q). Fica clara a relação entre esta percepção dentro da atuação profissional, com a percepção de Cuidados Paliativos, uma vez que os participantes que reconhecem suas atuações como paliativas, conseguem observar uma existência de relação direta entre os Cuidados Paliativos e os Transtornos Mentais. A Sra. O atua em um CAPS de atendimento adulto e traz em seu discurso os principais pensamentos dos terapeutas ocupacionais que se encaixaram nesta categoria:

*“Minha rotina é fazer os cuidados paliativos. Eu sei que eu não vou conseguir muitas vezes mudar situações de conflitos, mas quando ele ‘tá’ aqui e eu posso oferecer algo de um atendimento onde ele vai sair daqui um pouco mais fortalecido pra enfrentar o problema que ele tem lá fora, pra mim isso é um cuidado paliativo. (...) eu não resolvi, nem vou conseguir resolver os problemas dele, mas eu acho que de algum modo eu dei uma assistência. É exatamente isso que eu faço, que o TO faz dentro do CAPS é Cuidados Paliativos”. Sra. O.*

Sobre os Cuidados Paliativos Queiroz (2012) afirma que o terapeuta ocupacional deve ter um olhar abrangente e integral do usuário que sofre com os sintomas debilitantes, sofrimentos físicos, psicossociais e/ou espirituais que impactam grandemente sua vida ocupacional e, a partir disso, poderá ser um facilitador na adaptação do usuário e sua família das perdas advindas da progressão da doença e a proximidade da terminalidade.

É possível verificar nesta fala que quando o terapeuta ocupacional exerce na sua prática em saúde mental esse olhar mais profundo dos Cuidados Paliativos, ele se doa muito além, pois apesar da escassez de formação na área, há tentativas de promover qualidade de vida além dos conhecimentos teóricos para o usuário. Os Cuidados Paliativos e Saúde Mental se tornam conectados e possuem claras semelhanças. Ambos são baseados em aliviar o sofrimento para o usuário e seus familiares. Ambos lidam com o crescimento do conhecimento e, ao mesmo tempo, com as respostas insuficientes para aliviar o sofrimento e muitas vezes, há escassez de pesquisas. (AGORA, 2012).

Foram encontrados ainda, discursos em que os terapeutas ocupacionais identificaram desenvolver as ações paliativas, mas que não as destinam para todos os usuários. Este quantitativo (Sra. B, Sra. C, Sra. D, Sra. G e Sra. N), traz em suas falas a questão de que nem toda a clientela de Saúde Mental possui perfil para o tratamento em Cuidados Paliativos, uma vez que consideram elegíveis para esta abordagem somente os casos em que o usuário apresenta sintomas mais severos e incapacitantes. Nota-se esta seleção de forma bastante clara nas falas da Sra. N e D:

*“Em alguns pacientes sim. Tem alguns pacientes que ficam aqui por um longo período, justamente por essa dificuldade em conduzir sua própria vida, e a gente tem que pensar em realmente cuidados paliativos pra que ele tenha uma vida digna e nesse momento a gente pensa muito na sua rede social, e eu penso que os cuidados paliativos em CAPS estão muito relacionados a isso”. Sra. N.*

*“Em alguns momentos, assim principalmente quando a gente se depara com paciente que institucionalizado, que ‘tá’ aí há muito tempo, que a gente não vê uma perspectiva de alta e o tratamento passa a ser paliativo a partir do momento que já se esgotou todas as formas de tratamento (...)”. Sra. D.*

Diferentemente da percepção das falas acima, existe a concepção mais ampla sobre a população alvo a ser beneficiada desta forma de cuidado, pessoas com alguma doença não responsiva ao tratamento curativo ou paralelamente ao tratamento ativo, sendo iniciado o tratamento desde o momento do diagnóstico, e não somente na finitude de vida (PORTELA; GALHEIGO, 2015).

Berk (et al, 2012) acreditam que um tratamento apropriado que ofereça suporte psicossocial pode levar a um investimento mais adequado de recursos ao invés de gastos em terapias indevidas. Gastos demasiados também podem levar a reduzir o acesso aos usuários mais necessitados. Dessa forma, para os usuários com transtornos mentais crônicos e não responsivos a tratamentos pode ser mais eficaz a adoção de Cuidados Paliativos a modelos centralizados em tratar os sintomas em uma rotina desgastante. A partir dessa lógica é válido notar que quanto mais cedo for iniciada a abordagem em Cuidados Paliativos, juntamente com outros tratamentos ativos independentemente de seu diagnóstico, mais qualidade de vida é oferecida, maior conforto é dado ao usuário e mais tranquilidade a família.

Desta forma, é importante ressaltar que a intervenção em Cuidado Paliativo demanda um enfoque integrado e multidisciplinar ou interdisciplinar, pois apresenta um caráter intenso e multidimensional (físico, mental, psicossocial e espiritual) e cuidados complexos a serem disponibilizados. Os cuidados paliativos assim como os cuidados no campo da psiquiatria, abrangem todos os aspectos da existência do ser (AGORA, 2012).

Ainda nesta pergunta, 3 das participantes da pesquisa responderam não considerar a presença de ações paliativas em suas atuações profissionais (Sra. L, Sra. M e Sra. R). Estas respostas podem ser justificadas principalmente pela visão do público que atendem e dos Cuidados Paliativos em si. A Sra. L não conseguiu identificar sua prática como ação paliativa pelo contexto em que percebe os usuários de CAPS Infanto-juvenil.

*“Não, né? Porque dentro da área da saúde mental infantil principalmente não tem né essa correlação direta”. Sra. L.*

Nesta categoria também foi possível perceber que a forma com que os profissionais enxergam os Cuidados Paliativos influencia diretamente na percepção de sua prática com relação a essa categoria de cuidado, como é o caso da Sra. R, que não entende os Cuidados Paliativos como uma forma eficaz de intervenção, logo, não reconhece sua prática como ações paliativas.

*“Eu não consigo ver dessa forma. Não sei, eu teria que adentrar mais nesse universo dos cuidados paliativos, entende? Porque eu acho que ele é reduzido. Talvez a gente consiga sim avaliar, mas não penso nisso, não consigo assim ver muito isso. As pessoas dizem assim ‘ah, porque isso aí é paliativo’, como se fosse uma coisa só uma ‘manutençãozinha’ que não vai dar em nada, entendeu? Eu não posso pensar assim, eu me recuso. (...)” Sra. R.*

Sobre essa questão, Faria (2014) comenta que o principal foco da Terapia Ocupacional em Cuidados Paliativos deve ser a valorização da vida para a pessoa que apresenta diagnóstico de uma doença incurável ou terminal. Terapeutas ocupacionais juntamente com seus clientes concluem quais atividades e ocupações são significativas e importantes para alcançar a independência, autonomia e confiança, as que influenciam no bom desempenho dos seus papéis ocupacionais e que são capazes de resgatar o sentido da vida.

Pensando assim, o Cuidado Paliativo não deve ser realizado em associação com a desesperança e falta de cuidados, mas pode reformular objetivos tornando-os mais acessíveis. A definição de metas que são possíveis de serem atingidas e que transbordam de significados podem contribuir para sustentação da esperança e dos esforços, ao invés de ocorrer perda da esperança em cada erro seguido de outro ao se engajar em uma caça ativa em uma lista de tratamentos falhos. Sendo assim, o tratamento deve ser realizado com flexibilidade e ser moldável e adaptado as mudanças no contexto clínico e a vida dos usuários. (BERK et al, 2012).

Quando o Cuidado Paliativo é iniciado, não significa que ocorreu alguma falha clínica ou fracassos, assim, deve ser considerado o início de algo novo, um caminho de investimentos a ser trilhado, uma mudança da forma de olhar o usuário e sua família de maneira mais humana e não mais em uma busca incessante da cura. Esta linha de pensamento não se refere a uma crítica negativa ao tratamento ativo curativo, pois sua importância é única para a saúde, o que se pede é a complementação das linhas de tratamento e abrangência para uma atenção apropriada para os usuários, familiares e cuidadores (SILVA, 2012).

Em casos em que se encontra a relação irremediável com a finalidade da vida, uma forma de abordar temas como o fim de vida dentro da prática profissional saúde pode ser utilizar métodos simples como perguntas diretas para escutar e explorar todas as questões do usuário e tocar em pontos delicados como as emoções e, dessa forma, chegar ao assunto de Cuidados Paliativos. Esses profissionais também devem ampliar sua linha de cuidado ao dispor atenção não somente ao físico, como também ao sofrimento emocional, psicológico, social, espiritual e existencial do usuário. Uma boa escuta ativa, um bom acolhimento e o exercício da empatia é de grande valia na terapêutica conforme as pessoas lutam consigo mesmas a fim de encontrar alívio e fechamento de suas vidas. (BERNARD LO et al, 1999).

Outro fator importante quanto a prática profissional em Cuidados Paliativos é a

percepção do usuário e a habilidade cognitiva preservadas influenciam diretamente no tratamento de Cuidados Paliativos na psiquiatria. É indispensável particularizar a intervenção para todas as pessoas e em todas as etapas. As decisões e as metas terapêuticas serão personalizadas e diferenciadas de pessoas com esquizofrenia crônica que vivem em cuidados prolongados para pessoas com transtorno de humor crônico, complicado pela dependência química. Outras variáveis devem ser levadas em consideração no que se refere a adaptação da terapêutica individualizada, por exemplo, a volição, engajamento, individualidade, comorbidade, rede de apoio social, habilidades cognitivas e história prévia. (BERK et al, 2012).

Dando continuidade aos resultados encontrados a partir do questionário, outro tipo de discurso foi notório quando a fala da Sra. J é analisada. Para ela é difícil considerar as ações paliativas em sua prática principalmente pela dificuldade em encontrar a relação dos Cuidados Paliativos dentro da Saúde Mental, no entanto, a entrevistada não deixa claro se observa o desenvolvimento destas ações em seus atendimentos em Saúde Mental.

*“Pois é, eu não sei nem te dizer se é ou não é porque sempre meu conceito de palição, ele é um conceito muito ligado ao término de vida, uma limitação. Mas eu entendo assim, do ponto de vista da qualidade de vida, sim. Porque a palição trabalha com qualidade de vida e bem-estar, e dentro do CAPS a gente busca isso na saúde mental, bem-estar e qualidade de vida também”. Sra. J.*

Neste caso, é notória a dificuldade que a participante possuiu em relacionar sua prática profissional com ações paliativas, uma vez que seu conceito a respeito dos Cuidados Paliativos não se estende ao público atendido pela mesma, sendo difícil até mesmo analisar o parecer final desta participante. Contudo, é importante ressaltar que pessoas que sofrem com os transtornos mentais que assumem modos incuráveis, porém não de forma ameaçadora a vida também pode receber a abordagem de cuidados paliativos. Neste caso, o enfoque reside na qualidade de vida e não na cura (AGORA, 2012). Os Cuidados Paliativos inseridos na psiquiatria podem ainda inferir em uma reconfiguração de objetivos através da utilização conceitual e com a apropriação do manejo de outras doenças crônicas e incapacitantes, como a promoção da qualidade de vida, diminuição de fatores negativos e redefinição de metas atingíveis. (BERK et al, 2012).

Quando se fala das atuações profissionais dentro do ambiente dos CAPS, as intervenções devem sempre visar a (re)integração dos usuários na comunidade, através do acolhimento, da escuta, e de ferramentas que transpõe os limites medicamentosos das paredes de uma consulta, estas coisas contribuem significativamente na promoção da qualidade de vida (BOTTAN, 2013). Esta forma humanizada de atendimento e prática é semelhante ao que é preconizado pelos Cuidados Paliativos, o que deve ser realizado nos atendimentos nos CAPS mesmo os profissionais não reconheçam com a devida nomenclatura.

Quanto aos dados a respeito dos danos à vida dos usuários por conta dos Transtornos Mentais, Arantes (2012) diz que pessoas que sofrem de algum transtorno mental tendem a morrer prematuramente se comparadas com a população em geral. Mesmo assim, existem poucos relatórios ou estudos de investigação sobre o planejamento dos cuidados para o fim da vida desses indivíduos. As informações sobre as circunstâncias da finalidade da vida dessas pessoas, tais como preferência dos cuidados em saúde, ou a disponibilidade de serviços em Cuidados Paliativos ainda não foram avaliadas, até mesmo em países desenvolvidos. Ter o controle dessas informações seria importante, para um bom planejamento de procedimentos, orientações e práticas com a finalidade de proporcionar qualidade de vida para pessoas com transtorno mental, e para a promoção de uma reflexão mais ampla pelos profissionais com relação às suas práticas com o público em questão.

De forma geral, é possível observar que também nesta categoria de pergunta, mais uma vez não foram colhidas respostas homogêneas também no que diz respeito às ações paliativas dentro da atuação dos terapeutas ocupacionais em Saúde Mental, uma vez que houveram discursos onde o participante reconhece plenamente a realização das ações paliativas dentro de sua atuação e outros cujas falas mostram que apesar de reconhecer a prática de ações paliativas, não a destinam para todos os usuários em Saúde Mental. Além disso, houveram entrevistados que relataram não reconhecer as ações paliativas dentro de sua atuação. Foi observado que esta divergência de conceitos dentro da atuação está relacionada também com a maneira que o terapeuta ocupacional enxerga a relação dos Cuidados Paliativos dentro da Saúde Mental e se este faz o exercício de perceber de que maneira está se engajando em sua atuação profissional com o público de saúde mental.

Enxergando o Cuidado Paliativo como uma forma de atuação, ele pode ser considerado como uma das áreas mais importantes e gratificantes de cuidados. Embora seja desafiador e emocionalmente exigente, se a equipe tem o conhecimento, habilidades e atitudes necessárias, ela também pode ser imensamente gratificada. No entanto, muitos profissionais de saúde e da assistência social tiveram formação insuficiente para identificar os que se aproximam do fim da vida, em se comunicar com eles ou na prestação de cuidados ideal. Para resolver isso, uma iniciativa de grande desenvolvimento da força de trabalho se faz necessária, com particular ênfase na equipe que oferece cuidados no fim da vida, sendo apenas um aspecto do seu trabalho (DEPARTMENT OF HEALTH, 2008).

Cada usuário possui sua própria percepção de qualidade de vida. Ainda que os transtornos mentais possam impedir a clareza desta percepção, deve ser considerado como um ponto de partida, pois somente o indivíduo é capaz de saber suas necessidades. É incumbência

dos familiares e dos profissionais de saúde a preparação de um plano de atendimento consistente, real e de acordo com os anseios do usuário. O processo de morrer e a qualidade de vida são importantes e merecem que haja a descoberta dos interesses e desejos do usuário. A atenção e o cuidado não cessam após a morte ter ocorrido, pelo contrário, a continuidade da abordagem está intimamente ligada aos familiares, ou no processo de luto ou em aconselhamentos, como é contemplado pelos Cuidados Paliativos (AGORA, 2012).

### 9.5 Formação profissional

Um outro resultado interessante que foi possível obter através da aplicação do questionário com os terapeutas ocupacionais atuantes em Saúde Mental, foi o fato de que a pesquisa pôde proporcionar para estes a reflexão a respeito de suas próprias atuações. Conforme as perguntas eram feitas, cada vez mais eles precisaram observar em si mesmos e em suas práticas os aspectos investigados, algo que nem sempre é possível de ser observado pela própria rotina do trabalho. Para as Sras. L, O e Q a pesquisa trouxe o reconhecimento da necessidade de aprofundamento sobre os Cuidados Paliativos na Saúde Mental, como foi explanado em seus discursos:

*“Eu gostaria até de ouvir sobre, estudar sobre, né, porque eu acho que é uma temática nova, diferenciada, corajosa, empreendedora, mas que com certeza o maior benefício é pro paciente”. Sra. L.*

*“Eu preciso me inteirar mais sobre o tema, vou ficar feliz de saber da resposta do seu trabalho, de ter acesso a ele pra ler porque eu acho que vai me ajudar muito na minha prática, muito mesmo porque eu não conhecia diretamente o tema e vejo que ele tem total relação com que eu faço. Então me empoderar disso vai ser importante pra mim e com certeza pra minha prática diária aqui no CAPS.” Sra. O.*

*“(...) eu até fiquei interessada em conhecer um pouco mais sobre os cuidados paliativos. As vezes a gente depois da formação acaba se acomodando um pouco, até a nível dos estudos direcionados, a própria terapia ocupacional (...).” Sra. Q.*

Foi possível observar então um fator positivo da pesquisa com relação à atuação dos terapeutas ocupacionais em Saúde Mental a respeito dos Cuidados Paliativos, uma vez que houve o despertar do interesse para o tema e a maneira que tal prática pode ser vivenciada dentro da atuação destes terapeutas ocupacionais participantes da pesquisa. Assim, verifica-se a importância da atual pesquisa uma vez que ainda exista um arsenal reduzido de conhecimento científico que desassocie cuidados paliativos da terminalidade de vida e também leve em consideração as condições crônicas que são passíveis de controle, tal como é o caso de transtornos mentais.

É importante reforçar a necessidade um maior número de investigações a respeito do tema, o que poderia resultar em maneiras mais apropriadas de pensar as ações, planejamento dos procedimentos e orientações, visando sempre contribuir para a melhor promoção de qualidade de vida para qualquer pessoa com transtorno mental. De maneira que tal discussão poderá auxiliar profissionais a repensarem suas práticas e reconhecerem a importância dos cuidados paliativos com o público em questão e sempre irem em busca da atualização sobre conceitos presentes em suas práticas e buscar novos conceitos que podem ser utilizados.

Quanto a formação acadêmica dos terapeutas ocupacionais que participaram desta pesquisa, apenas 4 entrevistados relataram possuir pós-graduação em Saúde Mental, nenhum terapeuta ocupacional possui formação específica em Cuidados Paliativos, porém a maioria entrou em contato com o tema de alguma forma, ou durante a graduação em palestras, grupos de estudos, na literatura, estágios, ou após a graduação em congressos ou afins.

Este resultado traz à tona a triste realidade no cenário brasileiro no que se refere a investimento e interesse por parte dos profissionais de saúde para ir em busca desse conhecimento. A baixa incidência de profissionais de Terapia Ocupacional com formação em Cuidados Paliativos pode significar a insuficiente oferta de cursos de pós-graduação voltados a esse campo no cenário brasileiro (PORTELA; GALHEIGO, 2015).

No estudo de Soares e colaboradores (2014), foi comparada as concepções sobre doença mental de profissionais dos serviços de saúde de urgência no município de Londrina-PR. Uma pesquisa transversal que utilizou a escala “Opiniões sobre a doença mental (OMI)” com uma amostra de 96 sujeitos no período de 2010 a 2011. Os resultados apontaram que as concepções sobre doença mental destes profissionais são tidas como extremamente autoritária, pouco benevolentes e pouco conscientes dos fatores que desencadeiam o transtorno mental, o que caracterizou a concepção dos profissionais que atuam nos serviços de urgência como preconceituosa, ao mesmo tempo em que sugere o escasso conhecimento científico sobre os transtornos mentais.

Floriani (2008) aponta que há uma grande necessidade de fornecer programas de treinamento de habilidades de comunicação e outros programas baseados nas competências necessárias a equipe multidisciplinar, envolvendo órgãos profissionais e instituições de ensino superior. Um dos aspectos mais críticos de fundamental importância refere-se à qualificação dos recursos humanos em Cuidados Paliativos, levando à necessidade de criar programas de educação continuada. Como existem poucos centros de Cuidados Paliativos no Brasil, um grande desafio é formar equipes que sejam capacitadas para lidar com cuidados de fim de vida em lugares localizados longe de tais centros. Deve acontecer uma mudança na visão acadêmica,

com a necessidade urgente de implementar uma disciplina de Cuidados Paliativos no currículo dos profissionais de saúde.

Para Figueiredo (2006), ainda que de forma lenta e gradativa, está havendo um crescimento expressivo dos Cuidados Paliativos no Brasil. De acordo com o autor, é necessário que universidades, cursos de graduação e de pós-graduação tenham em sua matriz curricular disciplinas que tratem a temática dos Cuidados Paliativos. Contudo, essa necessidade ainda não é a realidade, e na maioria das vezes o contato com o tema vem na experiência que se dará apenas na prática, o que causa dificuldades para o trabalho das equipes de uma maneira geral. Muitos médicos ainda se sentem receosos ao tratar do assunto, pelo fato que podem ser mal interpretados, ou confundidos com praticantes de eutanásia, justamente pela falta de conhecimento da população em geral.

Na pesquisa de Mendes e Vasconcellos (2015) foi constatado na revisão da literatura que não há registros de impacto significativo na rede de atenção do Programa Melhor em Casa, o qual existe na tentativa de promover assistência em cuidados paliativos domiciliares. Dessa forma, torna-se mais importante ainda a iniciativa da formação continuada e o aumento das especializações e formações específicas em Cuidados Paliativos no Brasil.

Um fator que poderia contribuir para maior disseminação do tema seriam treinamentos e formações educacionais em Cuidados Paliativos Psiquiátricos, além de suporte para ofertar um atendimento integral para as pessoas que sofrem com transtornos mentais no fim de vida, havendo ainda grande necessidade e carência. (MORGAN, 2016).

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De maneira geral, conclui-se que o atual estudo alcançou os objetivos traçados, uma vez que foi possível identificar a percepção dos terapeutas ocupacionais atuantes em saúde mental a respeito dos Cuidados Paliativos. A pesquisa pôde obter resultados satisfatórios ao identificar um quantitativo de participantes que além de reconhecerem os Cuidados Paliativos sem a obrigatoriedade da terminalidade da vida, também o fazem como possível estratégia para a atuação no campo da saúde mental.

Mendes e Vasconcellos (2015) afirmam que a habilitação dos profissionais de saúde da rede de assistência à saúde em cuidados paliativos é imprescindível, tanto no nível de formação acadêmica, quanto nas modalidades de especialização, e principalmente na formação de pesquisadores, com a finalidade de fortalecer o cientificismo para o melhor refinamento do cuidado.

Um fator surpreendente, contudo bastante positivo, foi o fato de que a pesquisa pôde não somente colher dados para análise, mas também instigar em alguns profissionais, através do interesse em gerar conhecimento sobre o tema, a necessidade de auto percepção quanto às ações profissionais e a vontade de atualização, aprofundamento e até mesmo o conhecimento quanto o conceito de Cuidados Paliativos. É interessante imaginar que se a aplicação de um questionário foi capaz de despertar tais sentimentos, ações de cunho mais direcional, com objetivo de discussão e disseminação do tema, seriam capazes de auxiliar de forma bastante significativa a produção de conhecimentos a respeito do tema.

Ainda se faz muito necessário que os Cuidados Paliativos possam romper a barreira do que é eminente e facilmente palpável, para que essa forma de cuidado humanizado e gerador de qualidade de vida possa chegar também às populações menos discutidas quanto a dispersão destes cuidados, de maneira que saia do campo ideológico e passe para as ações concretas, como o caso das políticas públicas.

A base para o surgimento de novas políticas públicas parte da lógica de que o adoecimento mental também traz prejuízos para os usuários, podendo levar à morte e pode causar o empenho para as instituições a trazer o pensamento sobre os Cuidados Paliativos. Quando uma pessoa é elegível para receber a abordagem e quando não é? Geralmente confundem terminalidade de vida com Cuidados Paliativos, sendo que o primeiro refere-se a um processo de finitude de vida por uma doença terminal de três meses aproximadamente. Já Cuidados Paliativos objetiva promover aos usuários qualidade de vida principalmente, independente de uma categoria de patologias (AGORA, 2012).

O desejo para o futuro no que se refere as políticas públicas brasileiras é que existam para os cidadãos o direito de ter direitos, o direito de ter saúde e o direito de cuidado no fim da vida significa ter o direito à um fim de vida mais digna. (MENDES; VASCONCELLOS, 2015). É de extremo valor que a vida da pessoa em sofrimento, seja ele qual for, que procura por conforto tenha significados, que seja acolhida e, que não seja um mero sobrevivente, mas um protagonista da vida (SILVA, 2012).

Desta maneira, o presente estudo poderá colaborar para a maior disseminação de conhecimentos junto à comunidade científica a respeito de forma como os terapeutas ocupacionais enxergam os conceitos de Cuidados Paliativos e de que forma o inserem em suas práticas profissionais dentro do contexto da saúde mental. Contudo, faz-se ainda necessário ressaltar a importância da continuidade de pesquisas a respeito do tema, cuja discussão ainda é tão pouco disseminada, com o intuito de assim ampliar o arcabouço teórico sobre a temática.

## REFERÊNCIAS

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. 2012. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=oqueecuidados>>. Acesso em: 02. jan. 2017.
- AGORA. Cuidados Paliativos em Pessoas com um Distúrbio Psiquiátrico: Guia para Praticar. p.50, 2012.
- ALVES, A. J. O planejamento de pesquisas qualitativas em educação. **Cadernos de pesquisa**, n. 77, p. 53-61, 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 992, 2014.
- ARANTES; A. C. L. Q. Indicações de Cuidados Paliativos. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS,H. A. (Orgs). **MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS**. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. 2ª edição. atual. e ampl. 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.
- BOTTAN, G. **Determinantes de Qualidade de Vida de Idosos Usuários de Centro de Atenção Psicossocial**. 2013. 88 f. Tese (Pós-Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos Humaniza SUS**. p. 548, v. 5, Brasília, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional do Ministério Público**. Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS Tecendo Redes para Garantir Direitos. Brasília, DF, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Saúde Mental na Atenção Básica**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. p. 176, n. 34, Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde mental**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. n. 34, Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**.

Brasília, 2004.

CARDOSO, L; GALERA, S. A. F. Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n.1, p.161-167, 2009.

DE CARLO, M. M. R. P; QUEIROZ, M. E. G.; SANTOS, W. A. Terapia ocupacional em dor e cuidados paliativos: princípios, modelos de intervenção e perspectivas. In: DE CARLO, M. M. R. P.; QUEIROZ, M. E. G. (Org). **Dor e cuidados paliativos: terapia ocupacional e interdisciplinaridade**. São Paulo: Roca, 2007. p. 126-145.

DELFINI, P. S. S; REIS, A. O. A. Articulação Entre Serviços Públicos de Saúde Nos Cuidados Voltados à Saúde Mental Infanto-Juvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 28, n. 2, p. 357-366, fev. 2012.

DEPARTMENT OF HEALTH. **End of Life Care Strategy**: Promoting high quality care for all adults at the end of life. 2008.

EVENBLIJ, K. et al. Palliative care in mental health facilities from the perspective of nurses: a mixed-methods study. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 23, p. 409–418, 2016.

FARIA, N. C. **Mulheres com Câncer de Mama em Cuidados Paliativos**. 2014. Monografia (Programa de Aprimoramento Profissional/CRH/SES-SP e FUNDAP) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, 2014.

FIGUEIREDO, M. T. A. Reflexões sobre os Cuidados Paliativos no Brasil. **Rev Prática Hospitalar**, v. 8, n. 47, p. 36-40, 2006.

FLORIANI, C. A. Palliative Care in Brazil: A Challenge to the Health-Care System. **Palliative Care: Research and Treatment**, v. 2, p. 19–24, 2008.

FRIES, G. R; PFAFFENSELLER, B; KAPCZINSKI, F. Fisiopatologia do Transtorno Bipolar: novas tendências. In: KAPCZINSKI, F; QUEVEDO, J. (Org). **Transtorno Bipolar: teoria e clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

HERMES, H. R; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n, 9, p. 2577-2588, 2013.

HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA. 2015. Disponível em:

<<http://www.gasparvianna.pa.gov.br/oficial/index.php/hospital>>. Acesso: 02 jan. 2017.

JORGE, L. L.; OTHERO, M. B. Reabilitação em Cuidados Paliativos: atuação do profissional e particularidades. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs). **MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS**. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. 2ª edição. atual. e ampl. 2012.

LO, B; QUILL, T; TULSKY, J. Discussing Palliative Care with Patients for the ACP–ASIM End-of-Life Care. **Ann Intern Med**, v. 130, p. 744-749, 1999.

LOCH, A. A. et al. O estigma atribuído pelos psiquiatras aos indivíduos com esquizofrenia. **Rev Psiq Clín**, v. 38, n. 5, p. 173-7, 2011.

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. In: **Cuidado paliativo**, CREMESP, São Paulo, p. 18-21, 2008.

MACIEL, M. G. S. et al. Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**, Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.

MACIEL, M. G. S. et al. **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, Rio de Janeiro: Diagraphic, p. 60, 2006.

MACIEL, S. C; Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 73-82, jan./jun. 2012.

MANSUR, C. G. **Psiquiatria para o médico generalista**. Porto Alegre: Artmed; 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5ª Ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs). **MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS**. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. 2ª edição. atual. e ampl. 2012.

MENDES, E. C; VASCONCELLOS, L. C. F. Cuidados Paliativos no Câncer e os Princípios Doutrinários do SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 39, n. 106, p. 881-892, jul./set. 2015.

MENEZES, R. A. Tecnologia e “Morte Natural”: O morrer na contemporaneidade. **Physis**, v. 13, n. 2, p. 367-385, 2003.

MENEZES, S. L.; SOUZA, M. C. B. M. Implicações de um grupo de Psicoeducação no cotidiano de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 46, n. 1, p. 124-131, 2012.

MIASSO, A. I; CASSIANI, S. H. D. B; PEDRÃO, L. J. Transtorno afetivo bipolar e a ambivalência em relação à terapia medicamentosa: analisando as condições. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 433-441, 2011.

MORGAN, B. D. “No Right Place to Die”: Nursing Attitudes and Needs in Caring for People With Serious Mental Illness at End-of-Life. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, v. 221, n. 31, p. 42, 2016.

NICOLINO, P. S; VEDANA, K. G. G; MIASSO, A. I; CARDOSO, L; GALERA, S. A. F. Esquizofrenia: Adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 708-715, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 02 jan. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. 2016. Disponível em: <[http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition4/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition4/en/)>. Acesso em: 02 jan. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. 2016. Disponível em: <[http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition1/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/)>. Acesso em: 02 jan. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. 2016. Disponível em: <[http://www.who.int/topics/pharmaceutical\\_products/en/](http://www.who.int/topics/pharmaceutical_products/en/)>. Acesso em: 02 jan. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Manual mhGAP de Intervenções para Transtornos Mentais, Neurológicos e Decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas nos serviços de atenção à saúde não especializados. Programa de Ação para Reduzir as Lacunas em Saúde Mental. Tradução da versão em português: José Manoel Bertolote. 2010.

OTHERO, M. B. Terapia Ocupacional em Oncologia. In: CARVALHO, V.A.; MACIEIRA, R.C.; LIBERATO, R.P.; VEIT, M.T.; KOVACS, M.J.; GOMES, M.J.B.; FRANCO, M.H.P.; BARROS, L.H.C. (Org). **Temas em psicooncologia**. São Paulo: Summus Editorial, 2008. p.

456-464.

OTHERO, M. B; COSTA, D. G. Propostas desenvolvidas em CP em um Hospital amparador – TO e psicologia. **Prática Hospitalar**, n. 52. jul./ago. 2007.

PATTERSON, K. R.; CROM, A. R.; TEVEROVSKY, E. G.; ARNOLD, R. Current state of psychiatric involvement on palliative care consult services: results of a national survey. **Jornal of pain and symptom management**, v. 47, n. 6, jun. 2014.

PESSINI, L. Distanásia: Até quando investir sem agredir? **Bioética**, v. 4, p. 31-43, 1996.

PORTELA, S. G; GALHEIGO, S. M. Cuidados paliativos na atenção domiciliar: A perspectiva de terapeutas ocupacionais. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 1, p. 15-29, 2015.

PORTELA, S. G; GALHEIGO, S. M. Cuidados Paliativos na Atenção Domiciliar: A Perspectiva de Terapeutas Ocupacionais. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, SP, v. 23, n. 1, p. 15-29, 2015.

QUEIROZ, M. E. G. Atenção em cuidados paliativos. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 2, p. 203-205, 2012.

QUEIROZ, M. E. G. Atenção em Cuidados Paliativos. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, SP, v. 20, n. 2, p. 203-205, 2012.

RABELLO, C. A. F. G; RODRIGUES, P. H. A. Saúde da família e cuidados paliativos infantis: Ouvindo os familiares de crianças dependentes de tecnologia. **Cien Saude Colet**, v. 15, n. 2, p. 379-388, 2010.

RAMOS, D. K. R; GUIMARÃES, J; ENDERS, B. C. Contextual analysis of frequent hospital readmissions of the individual with mental disorder. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. **Interface - Comunic., Saude, Educ**, v. 15, n. 37, p. 519-27, abr./jun. 2011.

ROCHA, F. L; HARA, C; PAPROCKI, J. Doença mental e estigma. **Rev Med Minas Gerais**, v. 25, n. 4, p. 590-596, 2015.

SAMPAIO, A. L. P; CAETANO, D. Mortalidade em pacientes psiquiátricos: Revisão bibliográfica. **J Bras Psiquiatr**, v. 55, n. 3, p. 226-231, 2006.

SANTOS, P. L. Problemas de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes Atendidos em um Serviço Público de Psicologia Infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, PR, v. 11, n. 2, p. 315-321, jan./abril. 2006.

SHIRAKAWA, I. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 22, p. 56-8, 2000.

SILVA JÚNIOR, J. S. **Afastamento do trabalho por transtornos mentais e fatores associados: um estudo caso-controle entre trabalhadores segurados da Previdência Social**. 2012. 101 f. Tese (Mestrado) - Departamento de Saúde Ambiental, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-26102012-134845/pt-br.php>>. Acesso em: 02 dez. 2016.

SILVA, A. C. C. **Diferentes Intervenções de Terapia Ocupacional em Cuidados Paliativos – Revisão Sistemática de Literatura**. 2012. Monografia (Programa de Aprimoramento Profissional em Terapia Ocupacional Hospitalar) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, 2013.

SILVA-JUNIOR, J. S; FISCHER, F. M. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 186-190, 2014.

SOARES, M. H. et al. Concepção de profissionais de saúde que atuam em emergência de saúde mental. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, v. 10, n. 2, p. 85-92, maio-ago. 2014.

SODRÉ, F. Alta Social: A atuação do Serviço Social em Cuidados Paliativos. **Serviço Social e Sociedade**, v. 82, p. 131-147, 2002.

SOUZA, L. A; COUTINHO, E. S. F. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 28, n. 1, p. 50-8, 2006.

TAVARES, A. G. S; NUNES, J. S. S. Cuidados Paliativos e Melhoria da Qualidade de Vida dos Pacientes Oncológicos. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 4, n. 1, p. 39-47, jan./jun. 2015.

TRACHSEL, M. et al. Palliative psychiatry for severe persistent mental illness as a new approach to psychiatry? Definition, scope, benefits, and risks. **BMC Psychiatry**, v. 16, p. 260, 2016.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças

e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

WACHHOLZ, S. M.; MARIOTTI, M. C. A participação do Terapeuta Ocupacional na Reforma Psiquiátrica e nos novos serviços de saúde mental. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 17, n. 2, p. 147-159, 2009.

## APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL  
 CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar **voluntariamente** da pesquisa: “**A PERCEPÇÃO DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS DA SAÚDE MENTAL SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS**”.

Este estudo tem por objetivo compreender a percepção dos terapeutas ocupacionais da saúde mental sobre os Cuidados Paliativos e constará de aplicação de entrevista e registro da resposta através de gravação. Você pode **concordar ou não** em participar do estudo, e pode decidir, a qualquer momento, esclarecer suas dúvidas referentes à pesquisa, e se **retirar da mesma, sem penalidades e sem prejuízos**.

A divulgação dos resultados da pesquisa, contendo análises dos dados coletados será feita após a finalização do estudo, que estará disponível aos interessados, podendo ser apresentado em encontros científicos e publicado em revistas especializadas. Afirma-se que **existe um risco mínimo de ocorrer a identificação do usuário**, os pesquisadores se comprometem em **manter o sigilo da identidade e a privacidade deste**, assim como há a possibilidade de constrangimento por parte do entrevistado. Caso isso ocorra, o mesmo pode retirar-se da pesquisa, sendo um compromisso das pesquisadoras o bem-estar dos participantes. Ressalta-se, ainda, que sua participação na pesquisa **poderá ocasionar em riscos mínimos e que estará contribuindo para a disseminação de conhecimento científico sendo peça ativa deste processo**. Informa-se que sua participação na pesquisa não acarretará **despesas para você** em qualquer fase do estudo, **nem haverá pagamento pela participação da mesma**, pois esta será **voluntária**.

Os responsáveis por esta pesquisa são os estudantes de Terapia Ocupacional da Universidade do Federal do Pará, Alanna Julie Leão Ferreira, Fabiana Sousa Ribeiro, e a Prof.<sup>a</sup> Dra. e Terapeuta Ocupacional Kátia Maki Omura, pesquisadora responsável.

---

Pesquisador Responsável Prof. Dra. Kátia Maki Omura  
 CREFITO 12: 10.116 - TO

---

Pesquisadora Alanna Julie Leão Ferreira  
 alannajulie018@gmail.com

---

Pesquisadora Fabiana Sousa Ribeiro  
 fabianaribeiro.to@gmail.com

Diante das informações acima prestadas e após o esclarecimento de outras dúvidas, concordo em participar voluntariamente da pesquisa.

---

Assinatura do (a) entrevistado (a)  
 Belém, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

**APÊNDICE B****QUESTIONÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM SAÚDE MENTAL**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL  
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( ) Estado Civil : \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_ Local de trabalho: \_\_\_\_\_

Tempo na função: \_\_\_\_\_ Tempo de formado: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Formação profissional: \_\_\_\_\_

Trabalha em outro local? Se sim, qual? \_\_\_\_\_

1. O que você entende por Cuidados Paliativos?
2. Você recebeu algum tipo de formação acadêmica ou profissional sobre Cuidados Paliativos? Se sim, onde/qual?
3. Você percebe alguma relação entre Cuidados Paliativos e saúde mental? Qual?
4. Você acredita que sua prática atualmente pode ser considerada uma ação paliativa? Em quais aspectos?
5. Gostaria de fazer alguma outra consideração sobre o tema?

## ANEXO A

UFGA - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE  
BARROS BARRETO DA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A PERCEPÇÃO DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS DA SAÚDE MENTAL SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS.

**Pesquisador:** Katia Maki Omura

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 69923617.9.0000.0017

**Instituição Proponente:** Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.146.804

**Apresentação do Projeto:**

Os Transtornos Mentais são definidos como síndromes caracterizadas por uma perturbação clinicamente expressiva na cognição, também na regulação emocional e no comportamento de uma pessoa, refletindo uma disfunção em seus processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento do funcionamento mental. Estes transtornos estão normalmente ligados ao sofrimento e incapacidade significativos que comprometem as atividades sociais, profissionais e outras atividades relevantes. Existem evidências sólidas que apontam o sofrimento mental como um dos mais prevalentes agravos à saúde. Por estes motivos, podemos afirmar então que os Transtornos Mentais necessitam de uma atenção especial, principalmente para os adoecimentos mais permanentes. Assim, levando em consideração as características crônicas e debilitantes, eleges e como uma boa estratégia de cuidado, os Cuidados Paliativos, uma vez que segundo seus preceitos, devem ser oferecidos a todo indivíduo que possua tais aspectos. Neste projeto estão destacados a Esquizofrenia, o Transtorno Afetivo Bipolar e o Transtorno do uso de substâncias psicoativas, que foram escolhidos por serem adoecimentos mentais que demonstram as características descritas como crônicas e incapacitantes. Esta pesquisa é de caráter qualitativa, descritiva e exploratória com o objetivo de investigar se os terapeutas ocupacionais caracterizam a sua atuação enquanto ações paliativas na saúde mental, além de investigar se os terapeutas

**Endereço:** RUA DOS MUNDURUCUS 4487

**Bairro:** GUAMA

**CEP:** 66.073-000

**UF:** PA

**Município:** BELEM

**Telefone:** (91)3201-6754

**Fax:** (91)3201-6663

**E-mail:** cephujbb@yahoo.com.br

UFPA - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE  
BARROS BARRETO DA



Continuação do Parecer: 2.146.804

ocupacionais acreditam que os usuários de saúde mental são elegíveis para o Cuidado Paliativo, conferir quais aspectos da atuação destes profissionais são ações paliativas, verificar o ensino destes cuidados na formação curricular e avaliar quanto os terapeutas ocupacionais conhecem sobre a atuação em Cuidados Paliativos. Desta forma, verifica-se a importância do estudo uma vez que ainda existe um reduzido arsenal de conhecimento científico que desassocie cuidados paliativos com a terminalidade da vida e leve em consideração também as condições crônicas que não podem ser curadas, mas que são passíveis de controle, tal como é o caso de transtornos mentais.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Compreender a percepção dos terapeutas ocupacionais da saúde mental sobre os Cuidados Paliativos.

Objetivo Secundário:

Investigar o que os terapeutas ocupacionais entendem sobre saúde mental e Cuidado Paliativo; Entender a concepção da atuação destes profissionais enquanto ações paliativas; Verificar o ensino dos Cuidados Paliativos na formação curricular dos terapeutas ocupacionais.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Aos participantes da pesquisa existe o risco mínimo de identificação de suas identidades. Quanto a isso, assegura-se o anonimato total das identificações, quer na transcrição das entrevistas, quer na análise e publicação dos dados, fica garantido o anonimato, oferecendo a segurança de que as identidades serão mantidas em confidencialidade. Para a minimização dos possíveis riscos que venham a ocorrer fica assegurado a não utilização, por parte dos pesquisadores das informações obtidas em pesquisa de maneira inadequada em prejuízo dos seus participantes e o compromisso de oferecer assistência a eventuais danos imateriais decorrentes da participação na pesquisa, conforme o caso, sempre e enquanto necessário. Há ainda a possibilidade de os entrevistados sentirem-se constrangidos, para tanto, afirma-se o compromisso com o bem-estar dos participantes, estando estes livres para deixar a participação na pesquisa. À comunidade científica, existe o risco de que não sejam publicados os resultados da presente pesquisa, contudo, afirma-se o compromisso das pesquisadoras com a disseminação de conhecimento proveniente deste estudo.

**Endereço:** RUA DOS MUNDURUCUS 4487

**Bairro:** GUAMA

**CEP:** 66.073-000

**UF:** PA

**Município:** BELEM

**Telefone:** (91)3201-6754

**Fax:** (91)3201-6663

**E-mail:** cephujbb@yahoo.com.br

UFGA - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE  
BARROS BARRETO DA



Continuação do Parecer: 2.146.804

**Benefícios:**

Quanto aos benefícios, informa-se que esta trará contribuições quanto a investigações e produção de conhecimento relacionado ao saber dos profissionais de saúde a respeito dos Cuidados Paliativos em Saúde Mental, possibilitando informações necessárias para que no futuro, o serviço com enfoque nestes cuidados possa estar solidificado no território brasileiro. Contribuindo com o conhecimento para a área em questão. Além disso, os resultados do presente estudo, auxiliará na discussão sobre como o tema de cuidados paliativos na saúde mental vem sendo abordado dentro da prática profissional, fomentando o debate sobre a atual formação profissional e de que forma isto pode ser aprimorado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa relevante com base em um projeto executável e consistente em termos éticos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos apresentados e de acordo com a Resolução vigente do sistema CEP-CONEP/CNS.

**Recomendações:**

Recomendamos a coordenação que mantenha atualizados todos os documentos pertinentes ao projeto.

Deverá também ser informado ao CEP:

Relatório Semestral;

Relatório Final;

Envio de Relatório de Cancelamento;

Envio de Relatório de Suspensão de projeto;

Comunicação de Término do projeto na Plataforma Brasil.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pesquisa aprovada. Recomendamos que seja acrescentado no TCLE o endereço e contato do CEP do HUJBB.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, este Colegiado manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa por estar de acordo com a Resolução nº466/2012 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Ainda em atendimento a Res. 466/2012 esclarecemos que a responsabilidade do pesquisador é

**Endereço:** RUA DOS MUNDURUCUS 4487

**Bairro:** GUAMA

**CEP:** 66.073-000

**UF:** PA

**Município:** BELEM

**Telefone:** (91)3201-6754

**Fax:** (91)3201-6663

**E-mail:** cephujbb@yahoo.com.br

**UFPA - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE  
BARROS BARRETO DA**



Continuação do Parecer: 2.146.804

indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais. Além de apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; de elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

Cabe ainda ao pesquisador:

- 1- desenvolver o projeto conforme delineado;
- 2- Em acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa. Os relatórios deverão ser inseridos no Sistema Plataforma Brasil pelo ícone "Inserir Notificação" disponível para projetos aprovados.
- 3- apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP, a qualquer momento;
- 4- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 05 anos após o término da pesquisa;
- 5- encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;
- 6- justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_892752.pdf	07/06/2017 21:18:04		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Final.docx	07/06/2017 21:13:02	Katia Maki Omura	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	07/06/2017 21:11:05	Katia Maki Omura	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	sespa.pdf	07/06/2017 21:05:26	Katia Maki Omura	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SESMA.pdf	07/06/2017 21:05:06	Katia Maki Omura	Aceito
Declaração de Instituição e	hc_autorizacao.pdf	06/06/2017 21:14:09	Katia Maki Omura	Aceito

**Endereço:** RUA DOS MUNDURUCUS 4487  
**Bairro:** GUAMA **CEP:** 66.073-000  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)3201-6754 **Fax:** (91)3201-6663 **E-mail:** cephujbb@yahoo.com.br

UFPA - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE  
BARROS BARRETO DA



Continuação do Parecer: 2.146.804

Infraestrutura	hc_autorizacao.pdf	06/06/2017 21:14:09	Katia Maki Omura	Aceito
Folha de Rosto	Alanna_e_Fabiana.pdf	06/06/2017 21:04:57	Katia Maki Omura	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELEM, 29 de Junho de 2017

---

**Assinado por:**  
**João Soares Felício**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** RUA DOS MUNDURUCUS 4487

**Bairro:** GUAMA

**CEP:** 66.073-000

**UF:** PA

**Município:** BELEM

**Telefone:** (91)3201-6754

**Fax:** (91)3201-6663

**E-mail:** cephujbb@yahoo.com.br

## ANEXO B

FUNDAÇÃO PÚBLICA  
ESTADUAL HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS GASPAR VIANNA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A PERCEPÇÃO DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS DA SAÚDE MENTAL SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS.

**Pesquisador:** Katia Maki Omura

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 69923617.9.3001.0016

**Instituição Proponente:** Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.242.675

**Apresentação do Projeto:**

Esta pesquisa é de caráter qualitativa, descritiva e exploratória com o objetivo de investigar se os terapeutas ocupacionais caracterizam a sua atuação enquanto ações paliativas na saúde mental, além de investigar se os terapeutas ocupacionais acreditam que os usuários de saúde mental são elegíveis para o Cuidado Paliativo, conferir quais aspectos da atuação destes profissionais são ações paliativas, verificar o ensino destes cuidados na formação curricular e avaliar quanto os terapeutas ocupacionais conhecem sobre a atuação em Cuidados Paliativos.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Compreender a percepção dos terapeutas ocupacionais da saúde mental sobre os Cuidados Paliativos.

**Objetivo Secundário:**

Investigar o que os terapeutas ocupacionais entendem sobre saúde mental e Cuidado Paliativo; Entender a concepção da atuação destes profissionais enquanto ações paliativas; Verificar o ensino dos Cuidados Paliativos na formação curricular dos terapeutas ocupacionais.

**Endereço:** Travessa Alferes Costa s/n

**Bairro:** Bairro Pedreira

**CEP:** 66.087-660

**UF:** PA

**Município:** BELEM

**Telefone:** (91)3276-1770

**Fax:** (91)3276-1770

**E-mail:** cepfhcgv@yahoo.com.br

FUNDAÇÃO PÚBLICA  
ESTADUAL HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS GASPARIANNA



Continuação do Parecer: 2.242.675

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

RISCOS E BENEFÍCIOS EM CONSONÂNCIA COM A RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Verifica-se a importância do estudo uma vez que ainda existe um reduzido arsenal de conhecimento científico que desassocie cuidados paliativos com a terminalidade da vida e leve em consideração também as condições crônicas que não podem ser curadas, mas que são passíveis de controle, tal como é o caso de transtornos mentais. Sobremaneira, o estudo contribuirá para a problematização das estratégias de cuidados que devem fazer parte do rol da Rede de Atenção Psicossocial e provocar um debate nas Instituições de Ensino Superior sobre as habilidades e competências que deverão ser contempladas pelos currículos que pretendem formar profissionais para o SUS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos apresentados porém ressalta-se que devido a pesquisa ser realizada nos CAPS que estão sobre gestão e gerência da SESPA, ou seja CAPS ESTADUAIS, o termo de autorização para a pesquisa deveria ter tramitado no nível central da Secretaria (CITO A AVENIDA JOÃO PAULO II, 602, GERÊNCIA DE FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO - GDI) conforme fluxo para autorização de pesquisas.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

PROJETO APROVADO

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_892752.pdf	07/06/2017 21:18:04		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Final.docx	07/06/2017 21:13:02	Katia Maki Omura	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	07/06/2017 21:11:05	Katia Maki Omura	Aceito
Declaração de	sespa.pdf	07/06/2017	Katia Maki Omura	Aceito

**Endereço:** Travessa Alferes Costa s/n

**Bairro:** Bairro Pedreira

**CEP:** 66.087-660

**UF:** PA

**Município:** BELEM

**Telefone:** (91)3276-1770

**Fax:** (91)3276-1770

**E-mail:** cepfhcgv@yahoo.com.br

FUNDAÇÃO PÚBLICA  
ESTADUAL HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS GASPAR VIANNA



Continuação do Parecer: 2.242.675

Instituição e Infraestrutura	sespa.pdf	21:05:26	Katia Maki Omura	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SESMA.pdf	07/06/2017 21:05:06	Katia Maki Omura	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	hc_autorizacao.pdf	06/06/2017 21:14:09	Katia Maki Omura	Aceito
Folha de Rosto	Alanna_e_Fabiana.pdf	06/06/2017 21:04:57	Katia Maki Omura	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELEM, 28 de Agosto de 2017

Assinado por:

**José de Arimateia Rodrigues Reis**  
(Coordenador)

**Endereço:** Travessa Alferes Costa s/n

**Bairro:** Bairro Pedreira

**CEP:** 66.087-660

**UF:** PA

**Município:** BELEM

**Telefone:** (91)3276-1770

**Fax:** (91)3276-1770

**E-mail:** cepfhcgv@yahoo.com.br