

**ULTRAPASSAR BARREIRAS NO ENCAMINHAMENTO PARA CUIDADOS
PALIATIVOS – O PAPEL DAS ESTRATÉGIAS DE MARKETING**

Marina Sevilha Balthazar dos Santos

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em gestão

Orientador:

Professora Doutora Helia Gonçalves Pereira, Professora Auxiliar, Departamento de Marketing,
Operações e Gestão Geral (IBS)

Setembro de 2019

“A ignorância das necessidades do cliente não é desculpa
para um marketing que não seja útil ou efetivo”

Jay Baer

Agradecimentos

O presente trabalho foi fruto de grande empenho da minha parte e concluí-lo teria sido infinitamente mais difícil sem a participação de pessoas muitíssimo especiais.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha filha Clara. Ela me mostra o meu melhor lado, me incentiva a ser uma pessoa melhor, buscando ser para ela um bom exemplo de mãe e indivíduo, e me ajuda a enxergar a vida com mais leveza. Espero que um dia ela possa ler este trabalho e compreender que mesmo precisando estar por alguns momentos longe dela para me dedicar a projetos como este, ela é e sempre será a coisa mais importante da minha vida.

Em segundo, gostaria de agradecer ao meu marido Daniel, que está sempre ao meu lado, me apoiando, incentivando, criticando construtivamente para que eu busque continuamente atingir todo o meu potencial. Sem você, tudo seria muito mais difícil e teria muito menos graça.

Agradeço também à minha mãe Fátima e à minha avó Maria Coeli, que sempre estiveram ao meu lado apoiando todos os meus projetos e não medindo esforços para ajudar em todo o possível. A presença de vocês na minha vida e o apoio incondicional que me dão é algo que nunca conseguirei agradecer o suficiente.

Gostaria de agradecer à minha orientadora, Dra Helia, que me trouxe luz em momentos de muitas dúvidas e, com seu feedback afetuoso e preciso, me ajudou a transformar este trabalho na melhor versão dele mesmo.

Por último gostaria de agradecer a todos os médicos que participaram da pesquisa, doando seu tempo e suas valiosas contribuições para a conclusão deste trabalho, e aos pacientes e suas famílias, que a mim confiam seus momentos mais difíceis. Por eles busco aprimorar continuamente meu conhecimento e oferecer o melhor cuidado possível.

A todos meu carinho e minha eterna gratidão.

Resumo

Apesar das inequívocas evidências de que cuidados paliativos trazem melhor controle de sintomas, tratamento individualizado e proporcional e auxiliam no uso racional de recursos médicos, há um elevado número de pacientes elegíveis para cuidados paliativos que não têm acesso a esta modalidade de tratamento. As barreiras identificadas no acesso destes pacientes a esta modalidade de cuidado, assim como possíveis facilitadores, foram alvos de extensa revisão de literatura. Apesar do vasto material encontrado, não há, até o momento e até onde foi possível averiguar, pesquisas publicadas a respeito destas barreiras e facilitadores no contexto brasileiro. Este estudo teve como objetivo identificar estas barreiras e facilitadores e, através de estratégias do marketing, propor ações para superá-las. Através de uma pesquisa qualitativa, foram identificadas barreiras e facilitadores para o encaminhamento de pacientes para cuidados paliativos na visão de médicos de diferentes especialidades no cenário dos hospitais privados. As principais barreiras encontradas dizem respeito ao desconhecimento dos profissionais a respeito dos conceitos de cuidados paliativos e critérios de elegibilidade, a resistência em compartilhar o cuidado, a obstinação terapêutica, a resistência de familiares e a estigmatização dos cuidados paliativos. Os principais facilitadores descritos foram educação e divulgação, disponibilidade, entrosamento com as demais equipes e comunicação adequada. A partir destes achados, foram feitas recomendações utilizando conceitos do marketing, em particular do marketing social.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Facilitadores; Barreiras; Marketing de serviços de saúde; Marketing social; Marketing; Comportamento em saúde.

JEL Classification System:

M31 – Marketing

I12 – Health Behavior

Abstract

Despite unambiguous evidence that palliative care provides better symptom control, individualized and proportional treatment and more rational use of available medical resources, there is a high number of eligible patients for palliative care that don't have access to this treatment. The identified barriers that prevent the access of these patients to palliative care, as well as possible enablers, were studied in an extensive literature review. In spite of the vast material found, there is, until the present time and as far as could be verified, a lack of published researches about these barriers and facilitators in the Brazilian context. This study aimed to identify these barriers and enablers and, through marketing strategies, propose actions to overcome them. Through qualitative research, the main barriers and enablers to palliative care referrals from the perspectives of doctors from different specialties and backgrounds working in private hospitals were identified. The main barriers found were lack of knowledge of palliative care core concepts and patient eligibility criteria, the resistance for care sharing, therapeutic obstinacy, family resistance and palliative care stigma. The main enablers found were education and promotion, rapport between palliative care and other medical teams and adequate communication. From these findings, recommendations were made using marketing concepts, especially from social marketing.

Keywords: Palliative care; Enablers; Barriers; Marketing; Health services marketing; Social marketing; Health behavior.

Índice

1. Introdução	1
1.1. Relevância do tema e contextualização da problemática.....	1
1.2. Objetivos.....	2
1.3. Questões de investigação	2
1.4. Estrutura.....	3
2. Revisão de literatura	4
2.1. Barreiras enfrentadas pelos médicos para o encaminhamento dos pacientes para o cuidado paliativo.....	4
2.1.1. Situações clínicas mais comuns	4
2.1.2. Contextos especiais.....	8
2.1.3. Diferenças regionais e culturais	10
2.2. Marketing social aplicado a serviços de saúde	12
2.2.1. Histórico e definições	12
2.2.2. Decisões operacionais em marketing social	15
2.2.3. O marketing social nos serviços de saúde.....	16
3. Metodologia	19
3.1. Escolha da metodologia	19
3.2. Seleção da amostra.....	20
3.3. Estruturação das entrevistas	21
3.4. Gravação e transcrição.....	22
3.5. Saturação da amostra	22
3.6. Vieses.....	23
3.7. Abordagem analítica	24
3.8. Proposta de um <i>framework</i> de correlação entre barreiras e facilitadores	25
4. Análise dos resultados	27
4.1. Ferramenta utilizada.....	27
4.2. Perfil dos participantes.....	27
4.3. Análise temática.....	29
4.3.1. Barreiras internas	30
4.3.1.1. Equívocos nos conceitos de elegibilidade.....	30
4.3.1.2. Desconhecimento dos conceitos básicos de cuidados paliativos	31
4.3.1.3. Resistência em compartilhar o cuidado	33
4.3.1.4. Obstinação terapêutica	35
4.3.1.5. Dificuldade em definir prognóstico	36

4.3.1.6. Medo de abordar o assunto	36
4.3.2. Barreiras externas.....	36
4.3.2.1. Resistência dos familiares.....	37
4.3.2.2. Estigmatização do cuidado paliativo	38
4.3.2.3. Insuficiência de equipes disponíveis.....	39
4.3.2.4. Dificuldades na interface com a equipe de saúde	40
4.3.2.5. Resistência dos pacientes	41
4.3.2.6. Questões financeiras	41
4.3.2.7. Experiências negativas com equipe de cuidados paliativos.....	42
4.3.2.8. Questões culturais relativas a terminalidade e morte.....	43
4.3.3. Facilitadores.....	43
4.3.3.1. Educação e divulgação.....	43
4.3.3.2. Disponibilidade	46
4.3.3.3. Entrosamento com as demais equipes.....	47
4.3.3.4. Comunicação adequada	49
4.3.3.5. Encaminhamento precoce	50
4.3.3.6. Abordagem multidisciplinar	50
4.3.3.7. Elaboração de critérios objetivos de encaminhamento.....	51
4.3.3.8. Engajamento dos gestores.....	51
4.3.3.9. Mudança no nome da equipe de cuidados paliativos.....	52
5. Discussão e recomendações.....	53
5.1. Discussão sobre as barreiras e facilitadores.....	53
5.2. Correlação entre barreiras e facilitadores	57
5.3. Recomendações para ultrapassar as barreiras de encaminhamento para cuidados paliativos através do uso de estratégias de marketing	58
5.3.1. Etapas do gerenciamento do marketing	59
5.3.1.1. Análise das oportunidades	59
5.3.1.2. Desenvolvimento do Marketing Mix	60
5.3.1.2.1. Produto (<i>Product</i>)	60
5.3.1.2.2. Preço (<i>Price</i>)	61
5.3.1.2.3. Praça (<i>Place</i>).....	61
5.3.1.2.4. Promoção (<i>Promotion</i>).....	61
5.3.1.2.5. Posicionamento (<i>Positioning</i>) e Processo (<i>Process</i>).....	63
5.3.1.2.6. Pessoas (<i>People</i>)	64
5.3.1.2.7. Ambiente físico (<i>Physical environment</i>)	64
5.3.2. Monitoramento.....	65
5.3.2.1. Avaliação do processo	65

5.3.2.2. Avaliação de resultado	65
5.3.2.3. Análise do impacto	65
6. Conclusões, Limitações e Sugestões para Futuras Pesquisas	66
7. Referências bibliográficas.....	68
8. Anexos	74
Anexo 1 – Roteiro da entrevista.....	74
Anexo 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido	75

Lista de Tabelas

1. Tabela 1: Perfil dos médicos entrevistados.....	28
2. Tabela 2: Síntese dos códigos e suas respectivas ocorrências	30
3. Tabela 3: Correlação entre barreiras internas e os achados da literatura.....	54
4. Tabela 4: Correlação entre barreiras externas e os achados da literatura	55
5. Tabela 5: Correlação entre facilitadores e os achados da literatura.....	53

Lista de Figuras

Figura 1 - Identificação de novos códigos nas entrevistas.....	23
Figura 2 - Análise da correlação entre barreiras e facilitadores para o encaminhamento de pacientes aos cuidados paliativos	58

1. Introdução

1.1. Relevância do tema e contextualização da problemática

O cuidado paliativo tem por princípio básico o tratamento de pacientes portadores de condições graves e ameaçadoras da vida buscando a melhoria da qualidade de vida e o alívio do sofrimento em todas as suas esferas. É definido pela Organização Mundial de Saúde como uma “abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares confrontados com os problemas associados a uma doença ameaçadora da vida através da prevenção e alívio do sofrimento, a identificação precoce, avaliação impecável e o tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais” (WHO, 2002).

Numa análise de óbitos de pacientes acima de 18 anos em 11 países no ano de 2008, que compreendeu a avaliação de 4.908.114 óbitos, estimou-se por diferentes métodos de análise que 38% a 74% dos óbitos podem representar situações clínicas elegíveis para o cuidado paliativo (Morin, 2017). Porém, o percentual de pacientes com acesso a estes serviços é muito inferior.

Mesmo em países onde a oferta de serviços de cuidados paliativos é suficiente, como o Canadá, grande parte da população portadora de doenças graves e ameaçadoras da vida não recebe estes cuidados. Numa pesquisa realizada em Ontário, mais 235.000 óbitos foram analisados. Demonstrou-se que 88% dos pacientes com doenças terminais (ex: câncer) receberam ao menos um atendimento por equipes de cuidados paliativos, porém pacientes com falências orgânicas (ex: insuficiência cardíaca) e fragilidade (ex: demência), indicações inequívocas de cuidado paliativo, não tiveram o mesmo acesso, tendo recebido ao menos um atendimento em cuidados paliativos em apenas 44% e 32% dos casos, respectivamente (Seow, 2018).

Ao analisar a cobertura de atendimento por Hospice para beneficiários do seguro de saúde Medicare nos EUA, verificou-se que, no último ano de vida dos beneficiários que evoluíram a óbito, os mesmos receberam cuidados de saúde pelo sistema Hospice por apenas 12 a 15% do tempo (Fine, 2018).

Os benefícios do cuidado paliativo, tanto em termos de melhoria da qualidade de vida e controle de sintomas quanto na redução de custos, são amplamente demonstrados na literatura por diversos estudos (Temel, 2017; Meier, 2011; Temel, 2010, Higginson, 2010, Casarett, 2008), assim como há evidência de que melhores resultados são obtidos quando esta modalidade de cuidado é introduzida precocemente (Bakitas, 2015). Surge então o questionamento sobre os motivos pelos quais ainda há uma importante restrição no acesso dos pacientes a este tipo de serviço e para elaborar uma estratégia que enderece adequadamente este problema é preciso entender que há três principais grupos envolvidos. São eles:

- Gestores e legisladores. Este grupo precisa ser sensibilizado quanto à importância do cuidado paliativo não apenas do ponto de vista humanitário, mas especialmente no que diz respeito a custo-efetividade. Numa meta-análise, comprovou-se que o cuidado paliativo reduz custos com cuidados de saúde oferecidos a pacientes hospitalizados, especialmente os portadores de câncer e/ou que possuem múltiplas comorbidades (May, 2018). Através da sensibilização deste grupo, é possível ampliar o número de serviços especializados a fim de atender às necessidades desta crescente população.

- Comunidade (pacientes, familiares e população em geral). Ainda existem muitos estigmas envolvendo o cuidado paliativo no que diz respeito à população em geral. Essa modalidade de cuidado é frequentemente associada a desistência ou redução da qualidade do cuidado. É preciso utilizar instrumentos como jornais, programas de TV, revistas e mídias sociais para disseminar conhecimento de qualidade acerca do que são cuidados paliativos, ações estas que felizmente vêm crescendo nas últimas décadas em países onde ainda não há amplo conhecimento sobre o tema, como o Brasil.

- Médicos e demais profissionais de saúde. Muitas ainda são as barreiras para encaminhamento de pacientes para cuidado paliativo por parte dos médicos em todos os lugares do mundo. Diversas são as razões para isso e alguns estudos propuseram-se a estudá-las em grupos específicos e os principais resultados encontrados serão detalhados na revisão de literatura (item 2.1).

1.2. Objetivos

Considerando o exposto, o estudo a ser realizado buscará identificar os principais fatores críticos para o não encaminhamento de pacientes a serviços de cuidados paliativos por parte dos médicos brasileiros, estratificando-os em algumas categorias principais, e os facilitadores descritos por este público, a fim de que possam ser desenvolvidas estratégias de marketing baseadas nos princípios do marketing social visando um aumento na cobertura assistencial aos pacientes com demanda para cuidados paliativos.

1.3. Questões de investigação

Este estudo busca elucidar três principais questões relativas ao encaminhamento de pacientes para serviços de cuidados paliativos:

1. Quais as principais barreiras e facilitadores encontrados pelos médicos brasileiros que atuam em hospitais privados para o encaminhamento dos pacientes para serviços de cuidados paliativos?

2. Como as correlações entre barreiras e facilitadores podem interferir positivamente e negativamente no desfecho de encaminhamento de pacientes?

3. Quais estratégias de marketing podem ser elaboradas a fim de auxiliar neste processo?

1.4. Estrutura

A primeira seção desta dissertação destina-se a introduzir o assunto a ser estudado, ressaltando sua relevância e esclarecendo as questões a serem respondidas.

A segunda seção representa uma extensa revisão de literatura sobre as barreiras para o encaminhamento de pacientes a cuidados paliativos e sobre estratégias de marketing aplicáveis a este contexto.

A terceira seção descreve de maneira pormenorizada as escolhas metodológicas do estudo e seu desenho.

A quarta seção corresponde a análise dos resultados obtidos na pesquisa qualitativa conduzida pela investigadora, com avaliação detalhada de todos os códigos identificados.

A quinta seção compreende a discussão, incluindo a correlação dos resultados da pesquisa com a revisão de literatura.

Por último, a sexta seção traz as conclusões do estudo, esclarece suas limitações e traz sugestões para pesquisas futuras.

2. Revisão de literatura

2.1. Barreiras enfrentadas pelos médicos para o encaminhamento dos pacientes para o cuidado paliativo

Em 2014, a Organização Mundial de Saúde proclamou o acesso padronizado ao cuidado paliativo como um direito humano (WHO, 2014). Ainda assim, como já demonstrado anteriormente na análise da problemática de investigação, um expressivo percentual de pacientes com indicação permanece sem acesso a esses serviços. Ao analisar as barreiras a nível macro para a implantação do cuidado paliativo, a exemplo dos Estados Unidos e diversos outros países de alta renda, Meier propõe que estas barreiras ocorram em cinco domínios: falta de consciência por parte do público e dos profissionais a respeito dos benefícios do cuidado paliativo; força de trabalho reduzida e inadequadamente treinada; capacidade organizacional insuficiente, devido em parte a programas de pagamento desalinhados (*fee-for-service*); falta de requisitos regulatórios, supervisão e padrões de acreditação que garantam acesso e qualidade; e base de evidências inadequada para guiar uma prática segura e efetiva (Meier, 2017).

O atual estudo propõe-se a analisar as barreiras do ponto de vista dos médicos, entendidos aqui como os alvos de uma ação de marketing a ser proposta nas recomendações. Buscando compreender um pouco melhor a visão de médicos de diferentes especialidades e realidades a respeito das barreiras para o encaminhamento de pacientes para cuidados paliativos, foi realizada uma revisão de literatura e os achados foram organizados por perfil de especialidades clínicas a fim de facilitar a análise das informações.

2.1.1. Situações clínicas mais comuns

O cuidado paliativo teve início com pacientes oncológicos e até hoje estes pacientes representam grande parte do volume de pacientes acompanhados por equipes de cuidados paliativos. As principais barreiras apontadas nos estudos realizados com oncologistas a respeito do encaminhamento de pacientes a cuidados paliativos dizem a respeito a alguns domínios principais. Uma das barreiras mais citadas diz respeito à falta de conhecimento ou formação dos oncologistas nos principais conceitos de cuidados paliativos (Sarradon-Eck, 2019, Earp, 2018, Horlait, 2016, Fassbender, 2015, Johnson, 2011). Ainda em relação aos próprios médicos, outra barreira observada foi a dificuldade do médico em definir prognóstico (Horlait, 2016, Fassbender, 2015, Johnson, 2011).

Outras barreiras descritas dizem respeito à emoção dos médicos oncologistas no momento do encaminhamento. Fassbender (2015) cita em seu estudo como barreiras a fadiga por compaixão e o *burnout*, onde a sobrecarga emocional dos oncologistas os leva a evitar questões relativas a

prognóstico ou fim de vida, resultando num menor número de encaminhamentos. Num estudo belga, um dos médicos entrevistados descreve que o vínculo existente entre o médico e o paciente pode representar uma barreira, tanto se o vínculo for muito forte como se for muito frágil, como, por exemplo, no caso de um paciente que ele acaba de conhecer. Em ambas as situações ele considera que é difícil encaminhar estes pacientes para cuidados paliativos. Além desta questão, os entrevistados mencionaram a dificuldade emocional em dar más notícias, principalmente pela ausência de treinamento adequado sobre como fazê-lo (Horlait, 2016).

Diversos autores mencionam em seus estudos a resistência de pacientes e familiares para o encaminhamento a cuidados paliativos. Um exemplo é um estudo australiano onde os oncologistas referem preocupação com a reação de pacientes e familiares ao encaminhamento, que poderia levar a estresse e perda de esperança (Le, 2014). Já Smith (2012) apurou em suas entrevistas que os médicos que pouco encaminham pacientes para cuidados paliativos não o fazem porque acreditam que: (1) a menção a cuidados paliativos alarmará pacientes e familiares; (2) os pacientes preferem focar no tratamento curativo; (3) os pacientes não querem discutir seu prognóstico. Já o estudo de Horlait (2016) apontou como barreiras relacionadas a pacientes e familiares questões emocionais, dificuldades na comunicação e dificuldade em compreender o prognóstico.

A percepção de que equipes de cuidados paliativos podem oferecer um cuidado aquém do necessário, além da dificuldade em compartilhar o cuidado, são bastante exploradas em um estudo australiano. O autor realizou *focus groups* e entrevistas com 28 profissionais de saúde trabalhando com pacientes portadores de câncer de pulmão avançado em três hospitais universitários em Melbourne. O foco era a aceitação do cuidado paliativo no manejo destes pacientes e as respostas foram classificadas em quatro grandes grupos: (1) competência/habilidade; (2) facilidade de encaminhamento; (3) coordenação do cuidado e (4) reação percebida do paciente/familiar. Alguns dos pontos levantados como preocupações por parte dos profissionais, que se tornam barreiras para o encaminhamento, são: dúvidas quanto à qualidade das equipes de cuidado paliativo; sensação de que as mesmas podem ser uma ameaça ao profissional que encaminha o paciente; experiências negativas com cuidados paliativos oferecidos na comunidade; ausência da presença física da equipe de cuidado paliativo no ambiente hospitalar; percepção de recursos limitados por parte da equipe de cuidado paliativo e o risco de não tratamento de condições reversíveis; cuidado fragmentado e perda de coordenação do mesmo. (Le, 2014).

Earp (2018) em seu estudo aborda também temas relativos à percepção de qualidade e disponibilidade das equipes de cuidados paliativos, assim como Le. Ele se propôs a analisar as barreiras para o encaminhamento de pacientes com câncer colorretal para cuidados paliativos na visão dos oncologistas. Alguns códigos gerados foram recursos insuficientes; percepção de qualidade

subótima dos serviços de cuidados paliativos; comunicação pobre e confusão de papéis entre os profissionais; desconforto com o tema; pacientes encaminhados, porém rejeitados pelos serviços de cuidados paliativos, por não estarem no perfil elegível; percepção dos oncologistas de não haver necessidade do encaminhamento a cuidados paliativos; e recusa dos pacientes. As estratégias sugeridas pelos entrevistados como facilitadoras também dizem respeito principalmente a aspectos organizacionais e da relação entre equipes. Foram elas educação dos oncologistas através de *guidelines* clínicos de cuidados paliativos; padronização do cuidado, para facilitar a compreensão e comunicação entre as equipes; ter um ponto de contato, alguém a quem se reportar sobre o paciente; educação de pacientes e familiares sobre cuidados paliativos desde o início da doença; e aumentar a disponibilidade de equipes.

Fassbender (2015) fez um amplo estudo, de alcance nacional e voltado para aspectos relativos à gestão. Ele se propôs a analisar as barreiras para a integração precoce dos cuidados paliativos à oncologia na realidade canadense. Algumas interessantes barreiras descritas por ele foram: educação e treinamento, onde ele aponta a necessidade de maior inserção dos cuidados paliativos na formação profissional dos oncologistas; dificuldade na comunicação das metas de cuidado, onde ele aponta que a maior parte dos pacientes canadenses não discute com seus médicos sobre questões relativas a seu fim de vida; terminologia, que se refere ao estigma com a palavra “paliativo” e sua comum associação com fim de vida; baixa atividade em pesquisa, apontando que a maior verba em pesquisa ainda é direcionada para a prevenção e tratamento específico, não para pesquisas em cuidados paliativos; agressividade do tratamento do câncer, referindo-se à dificuldade dos oncologistas em definir prognóstico ou determinar que o tratamento já seja paliativo desde o diagnóstico de uma doença metastática, ao alto custo do tratamento oncológico e o desmerecimento dos sintomas provocados pelo tratamento; e por último as características organizacionais e operacionais, falando da importância do financiamento dos serviços e a necessidade da proximidade geográfica para melhores resultados.

Outro grupo de pacientes comumente elegíveis para cuidados paliativos são os pacientes geriátricos. Na geriatria, a doença que leva a maior número de encaminhamentos para cuidados paliativos é a demência. Esta seção propõe-se a analisar as barreiras descritas para o encaminhamento destes pacientes geriátricos para cuidados paliativos. Carter (2017) avaliou em seu estudo respostas de médicos da Irlanda do Norte quanto às barreiras para o adequado provisionamento de cuidados paliativos a pacientes com demência. Os resultados foram divididos em cinco temas, sendo eles: falta de conhecimento e compreensão, tanto dos profissionais quanto dos familiares; disponibilidade limitada de recursos, tanto no que diz respeito ao acesso aos serviços quanto ao financiamento dos mesmos; cuidado inapropriado, que envolve dificuldade em estabelecer

o prognóstico, falta de *guidelines* padronizados, uso de medidas terapêuticas desproporcionais; pobreza na abordagem multidisciplinar, sem adequada comunicação ou continuidade do cuidado; e envolvimento e suporte familiar, onde os familiares muitas vezes não recebem o suporte necessário ou podem apresentar resistência aos cuidados paliativos.

Em outro estudo sobre estas barreiras, o autor descreve que há uma controvérsia entre os entrevistados no que diz respeito à sistematização dos cuidados paliativos. Alguns acreditam que isto torna o encaminhamento mais simples e os critérios mais claros e outros alegam que a falta de flexibilidade impede o acesso de alguns pacientes aos programas. Outros pontos levantados em sua pesquisa foram a fragmentação do cuidado, com falta de comunicação adequada entre as equipes, e falta de treinamento dos profissionais. Por último, ele aponta os riscos éticos e legais envolvidos nas tomadas de decisão relativas a pacientes portadores de demência, visto que é uma das situações onde há maior dificuldade em estabelecer prognóstico, definir trajetória da doença, definir limites para a autonomia do paciente e, portanto, saber o momento correto de iniciar cuidados paliativos. (Davies, 2014). De maneira semelhante, Ryan (2011) descreve em seu estudo a dificuldade em compreender que pacientes portadores de demência são elegíveis para cuidados paliativos e em que momento ele deve ser iniciado. A perda progressiva da autonomia do paciente e a necessidade de tomar decisões com muita antecedência também foram apontadas pelo autor.

Apesar de a insuficiência cardíaca ser uma doença grave e ameaçadora da vida, há uma grande resistência dos cardiologistas em relação ao encaminhamento de pacientes para cuidados paliativos. Um estudo aponta como as principais barreiras para o não encaminhamento o fato de que nesta doença os tratamentos específicos, como marcapassos, cirurgia, drogas inotrópicas e outros têm elevado potencial de não apenas aumentar a sobrevida, mas também melhorar a qualidade de vida destes pacientes. Outra razão apontada neste estudo é a forte correlação que muitos cardiologistas fazem entre cuidados paliativos e cuidados ao fim da vida, o que os leva a postergar demais o encaminhamento dos pacientes. (Gelfman, 2014). Esta confusão entre cuidados paliativos e fim de vida foi também apontada no estudo de Kavalieratos (2014), onde os entrevistados identificam que há falta de conhecimento dos médicos a respeito dos conceitos de cuidados paliativos e critérios de elegibilidade, confundindo cuidados paliativos com cuidados ao fim da vida e, portanto, desconhecendo o melhor momento para o encaminhamento destes pacientes. O mesmo estudo descreve ainda atitudes culturais relativas à morte influenciando negativamente os encaminhamentos. A maior divulgação de resultados positivos e educação dos profissionais foram consideradas os principais facilitadores.

Ziehm (2016), num estudo alemão sobre barreiras e facilitadores observados por profissionais de saúde para o encaminhamento de pacientes com insuficiência cardíaca para cuidados paliativos,

identifica como as principais barreiras identificadas: falta de conhecimento de pacientes e familiares sobre o prognóstico da doença; desconhecimento dos profissionais sobre os benefícios dos cuidados paliativos; maior facilidade de seguir com uma estratégia que propor algo diferente; relutância dos pacientes em aceitar seu prognóstico; tabu da sociedade quanto à morte; ausência de consenso quanto ao melhor tratamento dos pacientes com insuficiência cardíaca; resistência dos familiares e pacientes em aceitar limitação de suporte; impressão de que cuidados paliativos foca em doentes oncológicos; dificuldade no contato com a equipe de cuidados paliativos; confusão com conceito de eutanásia; percepção dos cuidados paliativos como uma derrota; não reconhecem a indicação de cuidados paliativos para insuficiência cardíaca; dificuldades no financiamento dos cuidados paliativos; e percepção de que a especialidade compete com a cardiologia ou medicina interna. Neste mesmo trabalho, o autor se propôs a analisar as estratégias que facilitam o encaminhamento de pacientes e as principais estratégias versam sobre comunicação, entrosamento de equipes, educação dos profissionais, disponibilidade de equipes e apoio institucional.

2.1.2. Contextos especiais

Existem alguns contextos especialmente desafiadores no que diz respeito à integração com cuidados paliativos. Um deles é o ambiente da terapia intensiva, onde o objetivo maior é a preservação da vida, resultando em expectativas irrealistas sobre a terapia intensiva por parte de pacientes, familiares e médicos e a percepção de que cuidados paliativos e terapia intensiva são excludentes ou sequenciais, ao invés de complementares e simultâneos e há uma pesada ênfase em tecnologia e onde. Pesam ainda o treinamento insuficiente de clínicos em questões relacionadas aos cuidados paliativos e competição do tempo do médico com outras demandas (Kyeremanteng, 2019; Aslakson, 2016).

Ainda no contexto da terapia intensiva, mais especificamente em neurointensivismo, outro estudo identificou de maneira um pouco diferente as barreiras principais: falta de coordenação do cuidado; tempo limitado; excessivos formulários; estreito conhecimento de base; incorporação de diretivas antecipadas; interação com pacientes e familiares; aspectos éticos; e obstinação terapêutica. (Bluck, 2019).

Outro contexto especial e por natureza paradoxal é a interface entre cuidados paliativos e pediatria. A morte da criança é vista de maneira geral como algo inesperado, já que crianças são comumente associadas a seres saudáveis e com longa sobrevida (Benini, 2016). Esta mesma autora descreve ainda a dificuldade dos pais e profissionais de saúde em reconhecerem e valorizarem a autonomia da criança, as peculiaridades das crianças no que diz respeito às diferentes etapas do

desenvolvimento cognitivo e emocional e o forte impacto emocional que o diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida numa criança pode causar em toda a família. (Benini, 2016).

Apesar de aspectos emocionais relacionados à dificuldade dos médicos em aceitar cuidados paliativos estarem presentes na maior parte das especialidades, e por diversas razões, como apontado em outras seções, a questão emocional do cuidado com a criança pode representar um papel importante na dificuldade que os médicos têm para encaminhar seus pacientes. Em um estudo norte-americano, o autor divide as barreiras em quatro grandes temas: (1) o papel do profissional; (2) filosofia conflitante; (3) preparação do paciente; e (4) influência emocional. No último tema, o autor aponta como dificuldades emocionais a sensação de fracasso, o receio de diminuir a esperança de pacientes e familiares e a falta de objetividade com seus próprios pacientes. O estudo foi conduzido com médicos e enfermeiras, e a fala de uma enfermeira foi bastante emblemática neste sentido: *“Eu não acho que os nossos médicos não reconheçam quando o cuidado paliativo é apropriado. Acho que eles não reconhecem quando o cuidado paliativo é apropriado para os pacientes deles”*. (Dalberg, 2013, pág. 1878).

No Reino Unido, onde há excelente estrutura de assistência em cuidados paliativos, Twamley (2014) se propôs a analisar por que apenas um pequeno percentual de pacientes elegíveis para cuidados paliativos efetivamente os recebem - ela apurou que apenas 21% das crianças que morrem nos hospitais tiveram algum contato com as equipes de cuidados paliativos. As principais barreiras identificadas por ela foram resistência de familiares, incerteza prognóstica, falta de familiaridade com a equipe de cuidados paliativos e resistência em compartilhar o cuidado. Com esta análise, onde não há qualquer menção a dificuldade de acesso ou treinamento adequado, percebe-se que, mesmo em contextos altamente privilegiados do ponto de vista dos recursos, encaminhar pacientes pediátricos para cuidados paliativos é uma tarefa desafiadora.

Com relação à evolução do cuidado paliativo com o passar do tempo, Bogetz (2018) fez uma comparação entre barreiras descritas pelos profissionais norte-americanos com um intervalo de 15 anos, sendo a última análise realizada em 2017. De maneira semelhante ao que foi observado no estudo realizado no Reino Unido, a resistência de familiares foi considerada como a principal barreira. A pesquisa elencou 26 possíveis barreiras, que foram demonstradas para os profissionais e solicitado a eles que respondessem com que frequência as observavam. Curiosamente, o estudo mais recente demonstrou aumento no percentual de respostas “quase sempre” e “frequentemente” para 15 barreiras e redução para 11. As que apresentaram maior queda foram as que dizem respeito a barreiras culturais e de linguagem, enquanto barreiras como resistência de familiares (não aceitação do prognóstico, desejo por medidas mais agressivas, desconforto com a ideia de antecipação da morte, entre outros) e conhecimento insuficiente de cuidados paliativos aumentaram. Na discussão, a

autora chama a atenção para a frequente menção às barreiras impostas pelos pais, que não se confirmam em pesquisas feitas com os pais de crianças portadoras de doenças graves, assim como a falta de reconhecimento das barreiras internas dos próprios profissionais, que receberam em ambos os anos de pesquisa baixo percentual de respostas. É possível concluir que os profissionais possuem de forma geral grande dificuldade de reconhecer suas próprias dificuldades e mais facilmente atribuem o baixo número de encaminhamentos a terceiros, especialmente familiares.

Outra área que merece especial atenção é a de pacientes com doença mental. Tanto a especialidade de saúde mental quanto a de cuidados paliativos são profundamente estigmatizadas e necessitam de intensa expertise em sua aplicação. Jerwood (2018) publicou um interessante estudo sobre as barreiras para encaminhamento para cuidados paliativos de pacientes com doença mental, uma população frequentemente marginalizada pelo diagnóstico. Um dos aspectos mencionados foi a estrutura do sistema, que não permite uma adequada articulação entre os diferentes serviços. Outra questão apontada foi o comportamento dos pacientes com doença mental, que pode representar um grande desafio para os especialistas em cuidados paliativos não treinados para isso. Por outro lado, os especialistas em saúde mental não conseguem lidar bem com conversas sobre terminalidade e morte. O desconforto de ambas as especialidades em trabalhar com aspectos relacionados à outra impactam diretamente no acesso destes pacientes aos cuidados paliativos. Este aspecto impacta ainda no local onde o cuidado será oferecido, visto que nem as unidades de cuidados paliativos nem as instituições de saúde mental estão plenamente aptas a cuidar de todas as necessidades destes pacientes. A falta de suporte familiar frequentemente observada neste perfil de pacientes gera outra barreira, que é a ausência de pessoas com autonomia e responsabilidade sobre o paciente para compartilhar tomadas de decisão com a equipe médica. Por último, a pobreza da comunicação entre as equipes é uma grande barreira para o cuidado compartilhado destes pacientes.

2.1.3. Diferenças regionais e culturais

Analisando as barreiras para o encaminhamento de pacientes a serviços de cuidados paliativos em diferentes culturas e regiões, é possível encontrar alguns artigos que mencionam aspectos de locais mais específicos. Por exemplo, em um grande estudo em países do oeste europeu, as principais barreiras identificadas foram a falta de educação e programas de treinamento em cuidados paliativos, falta de consciência e reconhecimento dos cuidados paliativos, limitada disponibilidade de conhecimento sobre opioides e analgésicos, financiamento limitado, falta de coordenação entre os serviços e cobertura irregular para cuidados paliativos (Lynch, 2010).

Numa pesquisa realizada no Japão, país considerado como em estágio avançado no desenvolvimento dos cuidados paliativos, as principais barreiras descritas foram uma imagem

negativa da equipe de cuidados paliativos por pacientes e familiares; o desejo de não interromper as terapias anticâncer e negação do paciente e familiares quanto à letalidade de sua doença; e desconhecimento dos conceitos de cuidados paliativos pelos médicos generalistas (Miyashita, 2008). Já na China, que também é um país de cultura oriental, porém muito mais defasado na oferta de cuidados paliativos, um estudo identificou como barreiras o fato de que a maior parte da população acredita que cuidados paliativos limitam-se a pacientes em fim de vida, o que gera uma importante reação emocional negativa no momento do encaminhamento. Em segundo lugar, não existe política de financiamento para cuidados paliativos ou uma política governamental para oferecê-los. Por último, há uma insuficiência de equipes capacitadas assim como de treinamento em conceitos básicos para os profissionais de saúde em geral (Hu, 2016).

Num estudo latino-americano, observou-se que as principais barreiras dizem respeito ao acesso aos serviços de saúde especializados, incluindo desde número insuficiente de serviços, o que resulta em longa espera e muitas vezes impossibilidade completa de acesso, dificuldades geográficas, especialmente para a população rural, ausência de treinamento dos profissionais em cuidados paliativos e dificuldades na comunicação (Uribe, 2018). É uma realidade onde a carência é tão devastadora que algumas barreiras frequentemente observadas em outras realidades, como o estigma relacionado aos cuidados paliativos ou a resistência de pacientes e familiares ao encaminhamento, não desempenham papel significativo.

Donkor (2018) realizou uma revisão de literatura sobre o acesso de pacientes a serviços de oncologia e cuidados paliativos em países de baixa e média renda, em sua maioria africanos. O que ele observou que as principais barreiras, guardando semelhanças com o estudo de Uribe, incluem escassez de recursos humanos, restrições financeiras, limitado comprometimento político, leis regulatórias de farmacovigilância restritivas, dificuldade na importação de medicamentos, atitudes, crenças e práticas culturais relacionadas ao câncer e suas modalidades de tratamento.

No que diz respeito a contextos socioeconômicos e culturais distintos no cuidado a pacientes pediátricos, foi identificado um estudo que se propôs a avaliar o cuidado paliativo pediátrico na Malásia. O autor relata que a estrutura para cuidados paliativos pediátricos no país ainda é precária e a maior parte dos profissionais não conhece conceitos básicos de cuidados paliativos. As barreiras observadas pelos profissionais participantes da pesquisa, além da própria falta de conhecimento e informação, dizem respeito principalmente a insuficiência de equipes e serviços capacitados e resistência de pacientes e familiares. (Chong, 2014). Num interessante paralelo, em um estudo realizado do outro lado do Globo, na Colômbia, com importantes diferenças culturais, porém, com semelhanças no que diz respeito ao baixo provisionamento de serviços especializados em cuidados paliativos, as principais barreiras descritas foram também relacionadas a desconhecimento dos

conceitos básicos, resistência de pacientes e familiares e parca estrutura para referenciamento destes pacientes (Florez, 2015).

2.2. Marketing social aplicado a serviços de saúde

Um dos objetivos da atual pesquisa foi utilizar conhecimentos da área do marketing para auxiliar na elaboração de estratégias para superar as barreiras para o encaminhamento de pacientes para cuidados paliativos. Dentre as diferentes vertentes do marketing, a que mais frequentemente é utilizada no contexto dos serviços de saúde é o marketing social. Esta estratégia tem como princípio fundamental a modificação do comportamento e das atitudes da audiência alvo, o que se aplica de maneira consistente com o objetivo da atual pesquisa. Para uma melhor compreensão das características do marketing social e sua aplicação a serviços de saúde, foi realizada uma revisão com as mais importantes e recentes contribuições sobre o tema na literatura internacional.

2.2.1. Histórico e definições

No início da década de 1970, Zaltman (1971) publicou um artigo a respeito de um tema pouco falado até então: a aplicação do marketing em serviços de saúde. Ele afirma que a promoção de práticas em saúde é interesse das empresas relacionadas à área de saúde, especialmente aquelas orientadas para o lucro, e que estas práticas de promoção de saúde estão fortemente relacionadas ao conceito de marketing social. Este estudo foi uma das primeiras e mais importantes publicações sobre o tema à época. Ainda sobre a relação entre marketing em saúde e marketing social, numa análise mais recente a respeito de artigos publicados sobre marketing em saúde e sua correlação com terminologias específicas, foi observado que a relação mais estreita foi com marketing social, com 115 correlações dentre os 489 artigos analisados, sendo a segunda maior correlação com marketing de serviços (Crié, 2013).

O marketing social tem por objetivo “vender” ideias por natureza altruístas e que trazem benefícios para uma grande parcela da população, através da mudança de hábitos e atitudes. É possível observar que há uma poderosa interface entre o marketing social e os cuidados paliativos - existe um estigma relacionado à especialidade associado a um tabu social a respeito de questões relacionadas a morte e terminalidade da vida e estes precisam ser quebrados através da mudança de comportamento por parte dos profissionais de saúde e da população em geral. Esta mudança de comportamento traz resultados extremamente positivos a nível individual e populacional, com cuidado mais adequado dos pacientes e uso mais racional dos finitos recursos médicos disponíveis, o que a aproxima bastante dos conceitos de marketing social. Dada a importância da compreensão dos conceitos de marketing social e sua aplicação aos serviços de saúde, será feita uma análise mais detalhada sobre o tema.

A ideia de que era mais fácil vender produtos como sabão do que conceitos como fraternidade foi discutida pela primeira vez por Wiebe em 1952. Esta afirmação partia do conceito de que os vendedores de *commodities*, como sabão, eram mais eficientes em sua tarefa do que as pessoas que se dispunham a vender causas sociais. Ele percebeu também que quanto maior a similaridade entre uma campanha social e uma campanha de produtos, melhor era seu resultado (Wiebe, 1952) *apud* Kotler, 1971.

A partir da observação de que para “vender” causas sociais era necessária uma estratégia mais estruturada e que compartilhasse princípios com o que o marketing havia sido capaz de desenvolver até então, Kotler (1971) propôs uma nova denominação para este tipo específico de estratégia de marketing, denominado marketing social. Ele o define como “*o desenho, implementação e controle de programas calculados para influenciar a aceitabilidade de ideias sociais e envolvendo considerações como planejamento de produtos, precificação, comunicação, distribuição e pesquisa de marketing.*” (Kotler, 1971, pág. 5). O autor busca ainda diferenciar marketing social de propaganda social. Enquanto a propaganda social busca um efeito abrangente e pouco personalizado através de estratégias de propaganda de massa (*mass media*), por exemplo, o marketing social atua em níveis mais profundos de comunicação, aumentando sua memorabilidade, penetração e consequência nas ações.

Desde a publicação de Kotler, o estudo do marketing social sofreu diversos avanços e em 1994, Andreasen propôs-se a discutir suas definições e domínios. A pressão por ampliar a atuação do marketing a áreas até então inéditas, como organizações não comerciais, além da necessidade de aproximar o marketing de causas mais nobres, reduzindo assim o impacto negativo do marketing na sociedade foram fatores que contribuíram para o desenvolvimento desta área. O autor propôs então uma nova definição: “*marketing social é a adaptação das tecnologias do marketing comercial para programas desenhados para influenciar o comportamento voluntário de audiências alvo para melhorar seu próprio bem-estar e o da sociedade da qual elas fazem parte*” (Andreasen, 1994, pág. 110).

Neste artigo, são propostas algumas características do marketing social que refletem sua boa qualidade, posteriormente revisadas pelo próprio autor (Andreasen, 2002). As características elencadas neste artigo mais recente seguem abaixo:

1. A mudança de comportamento é o *benchmark* usado para desenhar e avaliar as intervenções.
2. Os projetos consistentemente usam pesquisa de audiência para (a) compreender as audiências alvo no início das intervenções, (b) rotineiramente testar as intervenções antes de serem implementadas e (c) monitorar as intervenções conforme elas são implementadas.

3. Segmentação cuidadosa da audiência alvo para garantir máxima eficiência e efetividade no uso de recursos escassos.

4. O elemento central de qualquer estratégia de influência é criar trocas atrativas e motivacionais com a audiência alvo.

5. A estratégia busca utilizar todos os 4 P's do marketing mix tradicional: por exemplo, criação de pacotes de benefícios atrativos (produto), enquanto minimiza custos (preço), sempre que possível fazendo com que a troca seja conveniente e fácil (praça) e comunicando mensagens poderosas através de mídia relevante para – e preferida pela – audiência alvo (promoção).

6. Atenção cuidadosa é dada à competição enfrentada pelo comportamento desejado.

Dann (2010) publicou um artigo que analisou as principais definições propostas anteriormente para o marketing social, sua evolução no meio acadêmico e profissional, assim como os aspectos implicados na formulação destas definições para, por fim, propor uma nova definição para o marketing social: “*adaptação e adoção de atividades, instituições e processos de marketing comercial como um meio de induzir mudança de comportamento numa audiência alvo em caráter temporário ou permanente para alcançar um objetivo social*” (Dann, 2010, pág. 151).

Dibb (2014) posteriormente descreve que o marketing social permaneceu alvo de intensas discussões entre os autores, especialmente no que diz respeito à sua legitimidade, suas aplicações e sua relação com o marketing comercial. A autora sugere três principais ações para garantir que os estudos neste campo sigam com a liberdade necessária e não atrelados às suas origens históricas:

- A busca pela formação de redes com outras áreas, especialmente as que envolvem pesquisadores de mudança de comportamento.

- Uma melhor compreensão das intervenções necessárias à mudança social, assim como as características dos *stakeholders* envolvidos em sua promoção.

- Focar nas similaridades, muito mais que nas diferenças, entre o marketing comercial e social.

Mesmo nos dias atuais, autores reconhecem haver necessidade de se estabelecer de maneira mais clara alguns conceitos e teorias do marketing social. Rundle-Thiele (2019) descreve em um artigo bastante recente aquilo que ela acredita serem os pontos mais importantes a desenvolver nesta área. Ela propõe que o foco das pesquisas não mais esteja em descrever os comportamentos através de teorias, visto que na prática isso se torna confuso e de pouca utilidade, mas sim descrever os mecanismos através dos quais se promoveu a mudança de comportamento. Ela acredita que este seja o futuro das pesquisas em marketing social e possa trazer mais robustez aos estudos neste campo.

2.2.2. Decisões operacionais em marketing social

O conceito de marketing mix foi desenvolvido em 1953 por Borden e oficializado em sua publicação “O conceito do marketing mix” de 1964. Em 1960, McCarthy propôs os 4 P’s do marketing mix: produto, preço, praça e promoção (Gordon, 2012).

Desde o nascimento do conceito do marketing social, há uma forte relação entre ele e os conceitos do marketing comercial. A importância da manutenção desta relação foi enfatizada por vários autores. Em seus estudos de 1994 e 2002, Andreasen propõe alguns critérios de qualidade do marketing social, entre eles a utilização de todos os 4 P’s do marketing mix, como já visto anteriormente. Em seu artigo de 1994, há uma ênfase na importância de não abandonar o conceito do marketing mix, sob o risco de transformar o marketing social em propaganda social, com aplicação apenas do quarto P (promoção).

Gordon (2012) traz uma reflexão a respeito do marketing mix no marketing social. Ele observa que no marketing social existe a participação de diversos atores cuja origem não está ligada ao marketing, como outras ciências sociais, saúde pública, ambientalismo, política comunitária e justiça social. Os conceitos aplicados ao marketing social foram recebendo contribuições destas áreas e sofrendo alterações, inclusive o próprio marketing mix. Nesta ótica, o autor propõe em seu artigo críticas à utilização do modelo dos 4 P’s. Uma de suas críticas é ao fato de que o modelo tradicional do marketing mix utiliza uma lógica de curto prazo, que não se aplica às mudanças de comportamento de longo prazo ou permanentes almejadas numa estratégia de marketing social. O modelo tradicional não leva em consideração conceitos fundamentais para estes resultados de longo prazo, como o de *brand equity* (valor da marca). Além disso, a orientação do modelo voltada principalmente para o vendedor, e não para o cliente, acaba sendo uma restrição do uso do marketing mix tradicional no marketing social. Uma das propostas para adaptar o modelo de marketing mix ao perfil de uma estratégia de marketing social é a adoção do modelo dos 7 P’s (que incluem também pessoas, processos e ambiente físico), com maior foco no consumidor e nas relações que se estabelecem no processo de marketing.

Outra proposta de reformulação da abordagem do marketing social traz os diversos questionamentos a respeito do uso do marketing mix tradicional e propõe o estabelecimento de alguns *benchmarks* de qualidade a serem adotados baseados na lógica de dominância do serviço. São eles: (1) Uma perspectiva de rede na mudança estrutural e de comportamento; (2) criação de valor no contexto; (3) facilitar a participação do consumidor através de orientação e engajamento; (4) competição e colaboração entre as redes de valor; (5) segmentação através de uma abordagem relacional customizada; e (6) estrutura orientada para o serviço (Luca, 2016). Esta lógica de marketing social aplicada a serviços pode ser bastante adequada ao tema desenvolvido na atual

pesquisa, com a possibilidade de propor um modelo estruturado para promoção de mudanças de atitudes e comportamentos de profissionais de saúde frente à realidade do uso excessivo de recursos tecnológicos para manutenção artificial da vida em detrimento do conhecimento e respeito aos desejos e valores dos pacientes e familiares.

É possível concluir a partir desta revisão que o marketing social apresenta forte correlação com a área da saúde, podendo trazer inúmeros benefícios na mudança de comportamento de determinados públicos e promovendo uma melhoria da saúde da população de maneira geral. Porém, a melhor forma de estrutura-lo, com todas as particularidades envolvidas no contexto de sua aplicação, ainda é um grande desafio e alvo de frequentes estudos na área.

2.2.3. O marketing social nos serviços de saúde

O marketing em saúde tem algumas características peculiares. A primeira diz respeito ao próprio consumidor, o paciente. Muitas vezes, o serviço de saúde é necessário, mas não desejado por quem o consome (Berry, 2007); o consumidor encontra-se muitas vezes numa condição fragilizada e vulnerável, não tendo muito ou nenhum controle sobre os processos de escolha envolvidos no oferecimento daquele serviço (Crié, 2013). Uma autora inclusive aponta a necessidade de estratégias de marketing em saúde voltadas para pessoas saudáveis, o que compreenderia um comportamento voluntário de busca por parte do cliente (paciente) e não um comportamento reativo, o que acontece quando se trata das pessoas doentes (Zainuddin, 2011).

Berry (2007) aponta ainda algumas similaridades e diferenças entre serviços de saúde e os demais serviços. Entre as similaridades, encontram-se a intangibilidade do produto obtido, as discrepâncias técnicas dos prestadores, a perecibilidade do serviço quando não utilizado e a desvantagem do consumidor quanto a conhecimento de aspectos técnicos. No que diz respeito às diferenças, as principais envolvem os consumidores, que boa parte das vezes estão doentes, relutantes, precisam renunciar à sua privacidade, precisam de um atendimento holístico e estão sob risco. Há diferenças também nos prestadores do serviço, em especial os médicos, que geralmente estão estressados, não apenas pela sobrecarga física do trabalho exaustivo por muitas horas consecutivas, como também pela sobrecarga emocional a que estão submetidos. A comunicação estabelecida e suas ações frequentemente envolvem cenários que modificam de maneira definitiva a vida dos indivíduos, o que normalmente não ocorre em outras modalidades de serviço. Por todas estas razões, estabelecer estratégias de marketing para serviços de saúde demanda um conhecimento específico do campo e ações direcionadas.

Do ponto de vista ético, há que se ter muita atenção ao marketing de serviços de saúde para evitar ações potencialmente antiéticas. Considerando a premissa mais tradicional do marketing mix,

Latham (2004) busca potenciais conflitos éticos em cada um dos 4 domínios (4 P's). Em relação ao produto ou serviço a ser oferecido, o primeiro questionamento é com relação à sua eficácia. Apesar do grande desenvolvimento da medicina baseada em evidências, alguns profissionais não possuem qualquer embasamento científico para algumas de suas práticas. O autor ressalta ainda que algumas parcerias entre médicos e hospitais, à primeira vista aparentemente inofensivas e até vantajosas, podem conter ressalvas especialmente no que diz respeito à questão dos custos. O local onde os serviços são oferecidos pode diferir de acordo com o tipo de cobertura de saúde que os pacientes possuem. Além disso, a maior parte dos serviços atrativos e de alta complexidade está em grandes centros. Quanto ao preço, é fundamental que seja estabelecido de maneira justa e proporcional ao benefício daquele produto ou serviço oferecido. E por último, a promoção de um produto ou serviço de saúde deve ser honesta, não coerciva e direcionada a pessoas em sua plena capacidade.

O marketing de serviços de saúde pode ser massivo ou direcionado. O marketing direcionado envolve três atividades inter-relacionadas: segmentação da população, escolha dos alvos e posicionamento do produto. No mercado competitivo dos serviços de saúde, modalidades inovadoras de atuação, como o marketing direcionado, podem trazer resultados positivos (Elrod, 2018).

No que diz respeito ao desenvolvimento de estratégias de marketing para promover e consolidar serviços destaca-se o conceito de *brand equity* (ou valor da marca). Um estudo avalia o conceito de *brand equity* na ótica do *business to business* no encaminhamento de pacientes entre diferentes serviços médicos especializados. Este estudo possui semelhanças com o caso estudado na atual pesquisa, já que são os médicos dos demais serviços especializados do hospital que encaminham os pacientes para o serviço de cuidados paliativos. Na pesquisa qualitativa realizada pelo autor, foram observadas 4 principais estratégias adotadas pelos serviços médicos especializados para aumentar o número de encaminhamentos por parte de outros médicos, a saber:

- Trabalhar em parceria com médicos mais experientes, que já possuem uma clientela estabelecida e fiel.

- Reunir-se com os médicos especialistas que potencialmente encaminhariam pacientes face a face, geralmente em situações sociais como almoços e jantares, e mostrar a eles os benefícios que poderiam agregar ao cuidado dos pacientes, sem lhes “roubar” aqueles clientes.

- Promover ações educacionais, como palestras, simpósios, em geral patrocinados por indústrias ligadas ao ramo.

- Enviar folders, panfletos, cartas de apresentação para os potenciais encaminhadores – este último reconhecido por eles como pouco eficaz.

No mesmo estudo, o autor estabelece também que o encaminhamento de pacientes neste caso se dá através de 2 etapas de marketing: o médico especialista estabelece o marketing para o médico

encaminhador, que estabelece então o marketing para o paciente. A partir daí, cria-se a interação direta entre o especialista e o paciente, sem que o marketing tenha ocorrido diretamente de um para o outro. No que diz respeito à criação do valor da marca em serviços médicos especializados, esta se estabelece com a contribuição de três valores: o do paciente, o do médico e o do referenciador. Já existem alguns instrumentos para medir o valor percebido pelo cliente, mas avaliar de forma mais objetiva o valor percebido pelo referenciador e o valor agregado pelo próprio médico especialista ainda são desafios (Kumar, 2015).

No âmbito do marketing social aplicado à saúde pública, Grier (2005) publicou um emblemático artigo sobre o tema. Ela estabelece alguns critérios básicos do marketing social, já discutidos na seção anterior e compara as estratégias de marketing às de educação ou legislação. De maneira similar à educação e contrária às políticas regulatórias e legislação, o marketing não é coercivo. Porém, de maneira diferente da educação, ele não apenas pretende demonstrar o benefício de uma mudança de hábito para a qual o indivíduo já estaria propenso, como é o caso da educação, mas sim demonstrar que a relação custo-benefício da adoção daquele novo hábito ou atitude pode ser vantajosa para o indivíduo, ainda que inicialmente ele não estivesse propenso a adotá-la. Ela enfatiza ainda o desconhecimento de uma parcela da população, inclusive profissionais da área de saúde, sobre as diferenças entre o marketing social e a propaganda social.

Alguns serviços de saúde se beneficiam de estratégias de marketing social de maneira mais clara. Um exemplo são os serviços de saúde mental, que contemplam doenças psiquiátricas sobre as quais há forte estigma. Collins (2019) avaliou os benefícios de uma estratégia de marketing social na Califórnia para ajudar a romper os estigmas relacionados às doenças psiquiátricas e facilitar o acesso de pacientes a serviços de saúde mental. A autora demonstra que reduzir o estigma era apenas um dos objetivos da pesquisa, e que o foco principal da mesma foi mudar o comportamento das pessoas para que passassem a buscar os serviços de saúde mental disponíveis. Os resultados obtidos na pesquisa realizada em 2014 e 2016 com pacientes potencialmente elegíveis para serviços de saúde mental demonstraram não apenas uma redução do estigma como uma maior procura por serviços de saúde mental e ampliação da cobertura deste tipo de tratamento, o que sugere que estratégias de marketing social podem ser efetivas nestes casos. Este achado é bastante interessante no contexto da atual pesquisa visto que, assim como o acesso a serviços de saúde mental, o acesso a serviços de cuidados paliativos também é fortemente influenciado pelos estigmas, como visto na revisão de literatura, na seção 2.1.

3. Metodologia

Esta seção abordará os aspectos metodológicos do estudo, que conferem a ele validade e confiabilidade. Serão descritos: escolhas metodológicas realizadas, assim como as razões para estas escolhas; critérios de seleção da amostra; análise processual da preparação das entrevistas e coleta de dados; análise dos vieses; critérios de saturação de dados; características da abordagem analítica eleita para este estudo; e elaboração de um *framework* para correlacionar os achados do estudo.

3.1. Escolha da metodologia

Há extensa literatura internacional abordando diferentes aspectos das barreiras e facilitadores existentes para o encaminhamento de pacientes para cuidados paliativos. Este tema foi alvo de uma análise aprofundada na revisão de literatura, seção 2.1. Um dos poucos artigos encontrados que abordam a temática dos cuidados paliativos no Brasil (Rozman, 2018), ao mencionar em determinado momento as barreiras para encaminhamento precoce de pacientes para cuidados paliativos, não se baseia no contexto brasileiro e cita um artigo que trata do contexto europeu e cujos autores são em sua maioria belgas.

Considerando a importância das diferenças culturais e sociais entre a população brasileira e as populações de outros locais do mundo onde este tipo de pesquisa foi realizado, torna-se mandatória uma análise qualitativa detalhada do contexto local, a fim de obter um panorama fidedigno das barreiras e facilitadores identificados no universo que pretendemos estudar.

A coleta de dados em pesquisa qualitativa pode se dar principalmente através de três modalidades: entrevistas, observação direta e análise de documentos (Patton, 2005). Como alternativa às entrevistas individuais, podem ser realizadas análises coletivas também conhecidas como *focus groups*, descritos por Guest (2017) como “grupos que variam em tamanho de 6 a 12 indivíduos e capitalizam na dinâmica do grupo para promover a discussão”. Neste mesmo trabalho, o autor compara entrevistas individuais e *focus groups*, com rigor metodológico. Em sua conclusão, afirma: “Diversos estudos, incluindo o nosso, mostraram que entrevistas individuais são tão ou mais efetivas que *focus groups* em gerar uma lista de tópicos a respeito de determinado domínio”.

Considerando o objetivo da pesquisa, que é obter informação mais completa possível sobre os tópicos relacionados às barreiras e facilitadores para o encaminhamento de pacientes para cuidados paliativos no contexto brasileiro, assim como a dificuldade operacional para realização de *focus groups* com médicos de diferentes hospitais, cujas agendas são bastante cheias e os horários disponíveis para a pesquisa bastante restritos, a opção metodológica eleita pela investigadora para coleta de dados foi a realização de entrevistas individuais.

3.2. Seleção da amostra

Patton (2005) descreve que uma das principais diferenças entre a pesquisa qualitativa e a quantitativa é justamente a seleção da amostra. Enquanto na pesquisa quantitativa buscam-se amostras maiores, selecionadas aleatoriamente e que representem estatisticamente a população estudada, nas pesquisas qualitativas as amostras são menores e o objetivo é uma análise mais profunda desta amostra, com seleção de sujeitos que possam trazer informações mais ricas sobre a questão estudada.

A coleta de dados é crucial em qualquer pesquisa científica. Nesta lógica, a maneira que os dados serão coletados deve ser impecável e os sujeitos desta coleta devem passar por rigoroso julgamento, considerando-se que nenhuma análise, por melhor que seja, compensará uma coleta inadequada de dados (Etikan, 2016). Dentre as diferentes modalidades de seleção de amostra em pesquisa qualitativa encontra-se a seleção proposital, escolhida pela investigadora para esta pesquisa por considerá-la a mais adequada ao propósito do estudo. Nesta modalidade de seleção, os indivíduos são escolhidos de forma não aleatória, baseada em seus atributos e qualidades. Fazem parte destes atributos seu conhecimento e experiência no assunto em questão (Etikan, 2016). Dentre os tipos de seleção proposital, a investigadora optou pela amostra de variação máxima, onde se busca a maior variabilidade (ou heterogeneidade) possível entre os entrevistados, a fim de obter uma visão mais ampla que contemple diversos ângulos do objeto de estudo (Etikan, 2016, Patton, 2005). Os critérios específicos utilizados para a seleção da amostra serão descritos de maneira pormenorizada a seguir.

Por tratar-se de pesquisa qualitativa e, portanto, não sendo aplicável a seleção aleatória e baseada em critérios estatísticos como mencionado anteriormente, não houve uma predeterminação do tamanho da amostra e a mesma foi determinada pela obtenção da saturação de dados, que será descrita de maneira detalhada na seção 3.5.

Foram convidados a participar das entrevistas 83 médicos sem formação em cuidados paliativos que trabalham em três hospitais privados do Rio de Janeiro, daqui em diante denominados como Hospital A, Hospital B e Hospital C. O Hospital A possui serviço de cuidados paliativos estruturado, *full-time* e bastante atuante há 4 anos. O Hospital B possui um único profissional de cuidados paliativos *part-time* há 6 meses. O Hospital C não possui serviço de cuidados paliativos, apenas uma comissão onde o tema é discutido do ponto de vista acadêmico.

Dos 83 convidados, 70 convidados responderam ao convite concordando em participar da pesquisa (taxa de resposta de 84%). Foram realizadas 49 entrevistas, até a obtenção da saturação de dados (seção 3.5). Não foi observada neste estudo a presença de *gatekeepers*, que poderiam comprometer a coleta de dados através da restrição de acesso aos informantes-chave (Holloway, Brown e Shipway, 2010) *apud* Fusch, 2015. Em todos os hospitais obteve-se aprovação direta da

direção do hospital para o estudo, sem restrição em relação à lista de convidados, e a inclusão dos convidados selecionados na amostra deveu-se, portanto, puramente à sua relevância para o objetivo do estudo, assim como seu desejo e disponibilidade em participar da pesquisa.

A seleção dos médicos convidados se deu com base nos seguintes critérios:

- Relevância do profissional no contexto do serviço onde atuam no que tange a tomadas de decisão, especialmente nas condutas diretamente relacionadas ao cuidado com o paciente;
- Frequência com que o médico está presente no respectivo hospital;
- Afinidade do profissional com cuidados paliativos;
- Especialidade médica.

A fim de obter uma amostra de variação máxima e representativa das diferentes características do universo da população estudada, a investigadora elegeu os profissionais a serem convidados buscando incluir: o maior número possível de especialidades médicas que possuem interface com cuidados paliativos; médicos que façam parte do grupo de rotinas ou coordenação dos respectivos setores, mais experientes e com maior poder decisório, assim como médicos plantonistas, para ter também uma visão dos profissionais em geral menos experientes e com menor poder decisório; envolvimento de alguns pediatras (apenas o Hospital A tem serviço de pediatria); médicos com alta, média e baixa afinidade com cuidados paliativos.

A seleção de médicos no Hospital A, onde atua a investigadora, foi feita pela própria, considerando o amplo conhecimento desta a respeito das dinâmicas internas, comportamentos e papéis dos médicos desta instituição. Para a seleção de médicos dos Hospitais B e C, a investigadora recebeu indicações de dois profissionais que trabalham com cuidados paliativos nas respectivas instituições, dentro dos mesmos critérios mencionados acima.

3.3. Estruturação das entrevistas

As entrevistas seguiram o modelo semiestruturado, com roteiro pré-estabelecido (Anexo 1), constando em sua maior parte de perguntas abertas. Foram realizadas inicialmente duas entrevistas piloto, com profissionais médicos que fazem parte de outros serviços que não o universo da população avaliada, cuja finalidade era checar a adequação do roteiro, tempo estimado de entrevista, facilidade de aplicação do método e confiabilidade dos instrumentos de coleta de dados. Após as entrevistas piloto, alguns ajustes foram realizados no roteiro. Como o objetivo exclusivo destas entrevistas era o de melhor estruturação do processo e os entrevistados não faziam parte do escopo da amostra, a análise das mesmas não foi incluída nos resultados.

Todos os entrevistados foram informados de antemão do objetivo da pesquisa, conteúdo a ser desenvolvido ao longo da entrevista e confidencialidade das respostas. Todos assinaram um termo de

consentimento livre e esclarecido (Anexo 2), concordando com sua participação na pesquisa e divulgação anônima dos resultados.

As entrevistas foram todas presenciais e realizadas pela investigadora principal. A mediana de duração das entrevistas foi de 7 minutos e 25 segundos, sendo a mais breve com duração de 3 minutos e 39 segundos e a mais longa com duração de 40 minutos e 58 segundos.

3.4. Gravação e transcrição

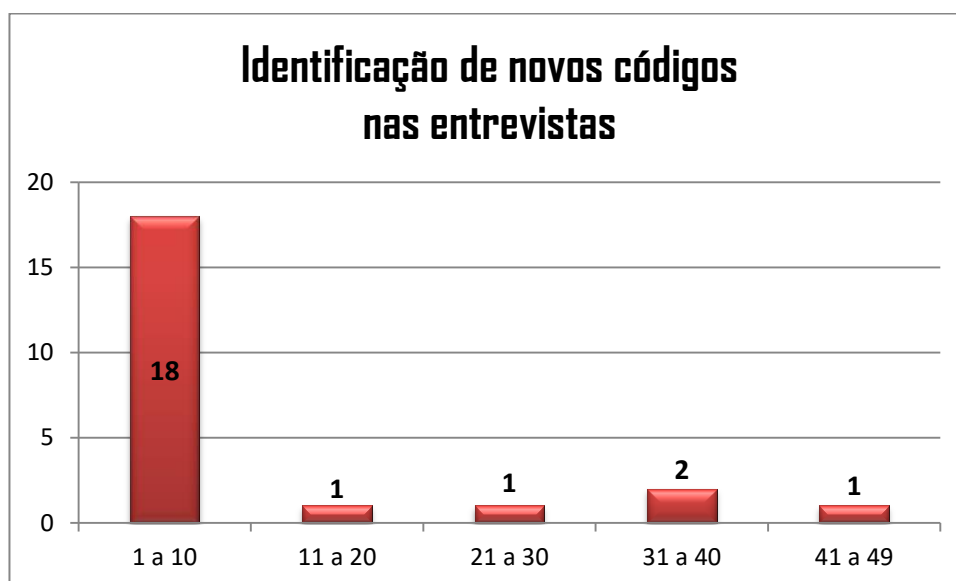
As entrevistas tiveram seu conteúdo integralmente gravado através de aplicativo próprio para esta finalidade e as gravações estão em posse da investigadora principal e disponíveis na íntegra. O conteúdo de cada entrevista foi transcrito por profissional especializada na área e revisado duas vezes pela investigadora principal, sofrendo os necessários ajustes. O material transcrito também se encontra disponível na íntegra para consulta.

3.5. Saturação da amostra

A falha em alcançar a saturação de dados tem impacto na qualidade da pesquisa realizada e compromete a validade de seu conteúdo (Bowen, 2008; Kerr, 2010) *apud* Fusch, 2015. Diversos artigos cujo tema principal é a saturação de dados falam sobre a dificuldade em definir o conceito e a pobreza da literatura científica em apontar de maneira objetiva de que forma essa saturação pode ser obtida (Guest, 2006; Mason, 2010; Fusch, 2015). Entretanto, os pesquisadores concordam em alguns princípios gerais e conceitos: sem novos dados, sem novos temas, sem novos códigos e habilidade para replicar o estudo. Estes princípios foram descritos por Guest (2006) em sua pesquisa, que envolveu 60 entrevistas realizadas em dois sítios (dois países africanos). Os códigos gerados a partir das mesmas foram analisados sob o ponto de vista de sua frequência, relevância e o momento em que foram mencionados inicialmente.

Considerando que a opção de seleção da amostra na atual pesquisa foi a seleção proposital com variação máxima, a investigadora optou por enviar um elevado número de convites (83), buscando uma grande variabilidade no perfil dos entrevistados. Conforme as entrevistas foram sendo realizadas e seu conteúdo transcrito, a investigadora realizava a codificação de seu conteúdo. A nomenclatura e frequência de ocorrência dos respectivos códigos estão resumida na tabela 2, demonstrada na análise de resultados, e a frequência de surgimento de novos códigos por bloco de entrevistas está resumida na Figura 1 a seguir. As entrevistas foram divididas em blocos de 10, portanto o primeiro bloco representa as entrevistas 1 a 10, o segundo bloco representa as entrevistas 11 a 20 e assim por diante.

Figura 1 - Identificação de novos códigos nas entrevistas



Observa-se que a maior parte dos novos códigos (19 códigos, que correspondem a 79% do total) surgiu nas primeiras 10 entrevistas realizadas, sendo que 17 códigos (ou 70%) surgiram nas primeiras 6 entrevistas. Porém, mesmo com a redução expressiva observada na frequência de novos códigos, a investigadora notou que a heterogeneidade dos dados inseridos sob um mesmo código ainda era elevada, apesar de mais difícil de mensurar, e estes olhares singulares dos participantes sobre um mesmo assunto traziam maior riqueza e robustez ao conjunto de informações recolhidas. Este espectro de singularidades dentro dos códigos já estabelecidos foi reduzindo progressivamente ao longo das entrevistas, assim como a identificação de novos códigos. O último novo código surgiu na Entrevista 45. A partir da Entrevista 47, a investigadora observou que as novas entrevistas já não estavam agregando ao escopo da pesquisa de maneira significativa.

Considerando que o material obtido era robusto, vasto e heterogêneo, que não mais foram identificados novos códigos ou temas, que os novos dados recolhidos não mais representavam enriquecimento do material obtido até então, a investigadora considerou que atingiu a saturação de dados e decidiu encerrar a coleta de dados após a Entrevista 49.

3.6. Vieses

O rigor dos instrumentos e o gerenciamento dos vieses estão entre os principais desafios do investigador numa pesquisa qualitativa que se utiliza de entrevistas para coleta de dados (Chenail, 2011). Entretanto, algumas vezes o que seria um viés numa pesquisa quantitativa e, portanto, uma fraqueza, na pesquisa qualitativa pode ser intencional e considerado como uma força, como é o caso da seleção proposital e não aleatória da amostra (Patton, 2005).

Uma das estratégias para reduzir vieses em pesquisas qualitativas é a realização de entrevistas piloto (Chenail, 2011). Com este embasamento, a fim de minimizar possíveis vieses no presente estudo, foram conduzidas duas entrevistas piloto, conforme mencionado anteriormente, e o *feedback* dos entrevistados aliado à análise do conteúdo destas entrevistas piloto permitiu um aprimoramento do roteiro, com maior facilidade de aplicação do mesmo ao longo da pesquisa e redução de alguns possíveis vieses.

Ouvir e compreender a perspectiva do outro pode ser um dos mais difíceis dilemas de um pesquisador (Fusch, 2015). Considerando que uma das habilidades mais importantes de um especialista em cuidados paliativos é a empatia, habilidade de ouvir ativamente e compreender a perspectiva do interlocutor, isto pode ter sido um grande facilitador no discernimento entre a visão do outro e a visão do investigador ao analisar os dados, o que, por conseguinte, pode ter reduzido um viés intrínseco da pesquisa qualitativa, que é a interferência da “lente pessoal” do examinador (Fusch, 2015).

3.7. Abordagem analítica

O presente estudo tem por objetivo elencar, através da análise do conteúdo das entrevistas, quais os tópicos identificados e sua recorrência no que diz respeito às barreiras e facilitadores do encaminhamento de pacientes para cuidados paliativos. Considerando-se esta necessidade, dentre os diferentes tipos de abordagem analítica existentes em pesquisa qualitativa a que melhor se adequa é a análise temática, como será demonstrado a seguir.

Em um capítulo dedicado a descrever a análise temática, Braun (2012) aponta: “A análise temática é um método para sistematicamente identificar, organizar e oferecer *insight* sobre padrões de significado (temas) através de um conjunto de dados. Pelo foco no significado *através* do conjunto de dados, a análise temática permite ao pesquisador enxergar e encontrar sentido nos significados ou experiências coletivos ou compartilhados. Identificar significados e experiências únicos e idiossincrásicos, encontrados apenas em uma fonte de dados, não é o foco da análise temática. Este método, portanto, é uma forma de identificar o que é comum na maneira em que se fala ou escreve sobre um tópico e tirar sentido desses pontos em comum”.

Há duas principais formas de desenvolver uma análise temática: através de abordagem indutiva ou teórica. A abordagem indutiva guarda similaridades com o método *grounded theory* e a sua codificação não é direcionada ao interesse teórico do pesquisador nem guarda necessariamente relação com as questões de investigação ou perguntas da entrevista. Já a abordagem teórica sofre influência direta do interesse teórico ou analítico do investigador naquele campo, o que direciona a codificação dos dados, e consequentemente tende a oferecer uma descrição menos rica dos dados

como um todo, porém uma análise mais detalhada e aprofundada de alguns aspectos destes dados. (Braun, 2006). Considerando que o presente estudo tem o objetivo específico e predeterminado de analisar as barreiras e facilitadores do encaminhamento para cuidados paliativos, a investigadora optou pela abordagem teórica, que possibilitou uma melhor avaliação dos dados relativos às questões de investigação.

No que tange ao nível de análise, a mesma pode ser semântica ou latente. No primeiro nível, utilizam-se basicamente as informações explícitas, inicialmente descrevendo-as e a seguir interpretando-as. Na análise latente, atinge-se um nível mais profundo e além da semântica, a busca é pelas ideias subjacentes, ou implícitas (Braun, 2006). A presente pesquisa, apesar de ter em sua entrevista perguntas em sua maioria abertas, teve um caráter predominantemente direto e objetivo e, por conseguinte, as respostas dos participantes foram, de maneira geral, igualmente diretas e objetivas. Esta característica conferiu à análise dos dados um caráter semântico.

Por último, Braun (2018) divide a análise temática em três escolas, especialmente no que diz respeito à codificação. São elas: confiabilidade de códigos, livro de códigos e reflexiva. Em resumo, tanto na abordagem de confiabilidade de códigos como na do livro de códigos, a codificação parte de uma gama de códigos predeterminados e, muitas vezes, é feita antes mesmo da análise dos dados propriamente. Estas abordagens têm por objetivo criar pontes com a pesquisa quantitativa através da inserção de critérios de confiabilidade e acurácia, especialmente a abordagem de confiabilidade de códigos. A crítica da autora a este método é o fato dele distanciar-se do objetivo principal da pesquisa qualitativa, que é o de flexibilidade, que confere ao processo analítico maior abertura, capacidade exploratória e prioriza a subjetividade e reflexividade do investigador. Já a abordagem reflexiva tem como norteadora uma orientação qualitativa, “*que usualmente enfatiza o significado como contextual ou situado, realidade ou realidades como múltiplas e a subjetividade do pesquisador não apenas é válida, mas um recurso*” (Braun, 2013) *apud* Braun, 2018, pág. 848. Nesta escola, os códigos derivam do conteúdo analisado, seguindo ou não a orientação das questões de investigação, e são desenvolvidos livremente pelo pesquisador. Na atual pesquisa, a investigadora optou pela abordagem reflexiva por julgá-la mais adequada às características da pesquisa e metodologicamente mais alinhada com a intenção da investigadora.

3.8. Proposta de um *framework* de correlação entre barreiras e facilitadores

Com base nas informações obtidas na revisão de literatura, que guardam estreita associação com a análise dos dados resultantes da pesquisa, a investigadora desenvolveu um *framework* demonstrando a correlação entre barreiras e facilitadores. Nesta estrutura estarão claramente demonstradas as interferências positivas e negativas que cada barreira ou facilitador exerce sobre os

demais, sendo possível avaliar de maneira mais ampla as complexas relações estabelecidas entre eles. Isto permitirá, em última instância, a recomendação de estratégias mais específicas e eficazes para superar as barreiras de encaminhamento de pacientes para cuidados paliativos através de estratégias de marketing. A análise das correlações entre barreiras e facilitadores e as recomendações referentes a possíveis estratégias facilitadoras serão descritas respectivamente nas seções 5.2 e 5.3.

4. Análise dos resultados

4.1. Ferramenta utilizada

A fim de tornar a análise dos dados mais completa e confiável, foi utilizada como ferramenta de análise o software NVivo 12. Esta ferramenta foi escolhida pela investigadora pelos altos escores na avaliação por especialistas e usuários comuns e mostrou-se eficaz para o propósito de sua utilização.

4.2. Perfil dos participantes

Foram entrevistados 49 médicos. Foram analisadas durante a entrevista algumas características como gênero, tempo de formação, especialidade médica, cargo que ocupam na instituição e hospital onde trabalham. Dos 49 entrevistados, 73% eram do sexo masculino, 43% trabalham no Hospital A, 25% trabalham no Hospital B e 32% trabalham no Hospital C. Nesta amostra, o tempo decorrido desde a graduação em medicina até o ano de 2019 variou entre 6 anos e 38 anos, com uma mediana de 18 anos.

As especialidades médicas com maior número de entrevistados foram cardiologia (13 entrevistados), terapia intensiva (8 entrevistados) e clínica médica (7 entrevistados). A opção pelo maior número de cardiologistas na amostra foi proposital, pois dentre as especialidades médicas que lidam com pacientes portadores de doenças graves e ameaçadoras da vida os cardiologistas de maneira geral são os que têm menor interface com cuidados paliativos. Além disso, no universo dos hospitais analisados, o número de encaminhamentos para cuidados paliativos por médicos desta especialidade é baixo comparado a outras especialidades.

As informações referentes ao perfil dos entrevistados estão pormenorizadas na Tabela 1. Na seção 4.3, onde será desenvolvida a análise temática, os entrevistados serão identificados pelo seu número na ordem em que foram realizadas as entrevistas e a seguir pela letra do hospital onde trabalham. Desta forma, o Entrevistado 3 que trabalha no Hospital A será identificado como “Entrevistado 3(A)”.

Tabela 1 - Perfil dos médicos entrevistados

Identificação	Gênero	Hospital	Especialidade	Cargo	Tempo de formação (em anos)
Entrevistado 1	M	Hospital A	Neurocirurgia	Equipe assistente	22
Entrevistado 2	M	Hospital A	Clínica médica	Coordenação/chefia	28
Entrevistado 3	M	Hospital A	Terapia intensiva	Coordenação/chefia	25
Entrevistado 4	M	Hospital A	Pneumologia	Equipe assistente	17

Entrevistado 5	F	Hospital A	Terapia intensiva pediátrica	Coordenação/chefia	17
Entrevistado 6	M	Hospital A	Clínica médica	Coordenação/chefia	27
Entrevistado 7	F	Hospital A	Oncologia pediátrica	Coordenação/chefia	17
Entrevistado 8	F	Hospital A	Cirurgia oncológica	Equipe assistente	9
Entrevistado 9	M	Hospital C	Clínica Médica	Equipe assistente	26
Entrevistado 10	M	Hospital C	Geriatria	Equipe assistente	19
Entrevistado 11	F	Hospital B	Cardiologia	Rotina	13
Entrevistado 12	M	Hospital C	Cardiologia	Rotina	21
Entrevistado 13	M	Hospital B	Cardiologia	Coordenação/chefia	23
Entrevistado 14	F	Hospital C	Hematologia	Rotina	18
Entrevistado 15	M	Hospital B	Terapia Intensiva	Coordenação/chefia	38
Entrevistado 16	F	Hospital A	Terapia intensiva pediátrica	Rotina	31
Entrevistado 17	F	Hospital A	Terapia intensiva pediátrica	Plantonista	21
Entrevistado 18	M	Hospital C	Cardiologia	Rotina	15
Entrevistado 19	M	Hospital C	Cardiologia	Rotina	16
Entrevistado 20	M	Hospital C	Cardiologia	Plantonista	9
Entrevistado 21	M	Hospital C	Cardiologia	Rotina	11
Entrevistado 22	M	Hospital C	Cardiologia	Rotina	29
Entrevistado 23	M	Hospital C	Cardiologia	Plantonista	6
Entrevistado 24	M	Hospital C	Cardiologia	Plantonista	6
Entrevistado 25	M	Hospital C	Pneumologia	Coordenação/chefia	25
Entrevistado 26	F	Hospital A	Anestesiologia	Rotina	9
Entrevistado 27	M	Hospital A	Neurologia	Plantonista	14
Entrevistado 28	M	Hospital A	Neurologia	Rotina	13
Entrevistado 29	M	Hospital A	Hematologia	Equipe assistente	15
Entrevistado 30	M	Hospital A	Cardiologia	Rotina	15
Entrevistado 31	M	Hospital A	Terapia intensiva	Rotina	23
Entrevistado 32	F	Hospital A	Terapia intensiva	Plantonista	21
Entrevistado 33	M	Hospital A	Nefrologia	Equipe assistente	33
Entrevistado 34	M	Hospital B	Terapia intensiva	Rotina	10
Entrevistado 35	M	Hospital B	Terapia intensiva	Coordenação/chefia	24
Entrevistado 36	M	Hospital C	Clínica médica	Rotina	32
Entrevistado 37	F	Hospital C	Hematologia	Rotina	19
Entrevistado 38	M	Hospital A	Cirurgia oncológica	Equipe assistente	15
Entrevistado 39	M	Hospital B	Terapia Intensiva	Rotina	13
Entrevistado 40	M	Hospital B	Clínica médica	Coordenação/chefia	28
Entrevistado 41	F	Hospital B	Neurologia	Plantonista	13
Entrevistado 42	F	Hospital A	Clínica médica	Rotina	13
Entrevistado 43	M	Hospital C	Clínica médica	Equipe assistente	14

Entrevistado 44	M	Hospital B	Cardiologia	Coordenação/chefia	35
Entrevistado 45	M	Hospital C	Geriatria	Equipe assistente	38
Entrevistado 46	M	Hospital A	Oncologia	Equipe assistente	11
Entrevistado 47	M	Hospital B	Pneumologia	Equipe assistente	30
Entrevistado 48	M	Hospital B	Terapia intensiva	Coordenação/chefia	38
Entrevistado 49	F	Hospital B	Cardiologia	Rotina	15

4.3. Análise temática

A metodologia escolhida para análise das entrevistas foi a análise de conteúdo temática, cujos princípios foram abordados de maneira aprofundada na seção de metodologia. A fim de realizar a análise temática, o primeiro passo foi a leitura de todas as transcrições duas vezes, a fim de obter um panorama amplo do conteúdo das mesmas. Após esta análise inicial, a investigadora inseriu os documentos referentes às transcrições no software NVivo 12 e iniciou a codificação de seu conteúdo. Durante a análise, foram definidos 29 códigos diferentes. O conteúdo destes códigos foi revisado ao longo do processo e alguns tópicos foram unificados, restando 23 códigos. De acordo com o tipo de informação contida nos mesmos, a investigadora propôs a seguir a divisão destes códigos em temas, resultando em três grandes temas de análise: barreiras internas, barreiras externas e facilitadores. Um resumo dos códigos e suas respectivas ocorrências está representado na Tabela 2. Nas próximas seções, será feita uma análise mais detalhada do conteúdo de cada código e suas implicações para a prática.

Tabela 2 – Síntese dos códigos e suas respectivas ocorrências

TEMAS	Entrevistados
Barreiras Internas	
Equívocos nos conceitos de elegibilidade	31
Desconhecimento dos conceitos básicos de cuidados paliativos	22
Resistência em compartilhar o cuidado	14
Obstinação terapêutica	14
Dificuldade em definir prognóstico	6
Medo de abordar o assunto	2
Barreiras externas	
Resistência dos familiares	17
Estigmatização do cuidado paliativo	17
Insuficiência de equipes disponíveis	11
Dificuldades na interface com a equipe de saúde	7

Resistência dos pacientes	5
Questões financeiras	4
Experiências negativas com equipe de cuidados paliativos	2
Questões culturais relativas a terminalidade e morte	2
Facilitadores	
Educação e divulgação	34
Disponibilidade	19
Entrosamento com as demais equipes	12
Comunicação adequada	10
Encaminhamento precoce	6
Abordagem multidisciplinar	6
Elaboração de critérios objetivos de encaminhamento	5
Engajamento dos gestores	2
Mudança no nome da equipe de cuidados paliativos	1

4.3.1. Barreiras internas

Foram consideradas como barreiras internas as barreiras que dizem respeito ao conhecimento prévio, percepções, emoções e comportamentos dos médicos entrevistados.

4.3.1.1. Equívocos nos conceitos de elegibilidade

Na segunda fase da entrevista, foram feitas algumas perguntas relativas ao conhecimento prévio do médico em relação aos cuidados paliativos. As três perguntas formuladas buscavam compreender melhor a capacidade do médico de identificar quais os pacientes elegíveis, em que momento deveriam ser encaminhados e sua compreensão quanto ao papel da equipe de cuidados paliativos.

Neste código foram inseridos os trechos de conteúdo que demonstram as concepções equivocadas dos médicos entrevistados no que diz respeito às indicações de encaminhamento para cuidados paliativos. As informações coletadas corroboram a suposição prévia de que a maior parte dos médicos desconhece o perfil de pacientes elegíveis e o melhor momento para este encaminhamento. Dos 49 entrevistados, 32 demonstraram não saber reconhecer de maneira adequada o perfil de pacientes elegíveis para cuidados paliativos e/ou o momento correto para o encaminhamento destes pacientes.

Boa parte dos entrevistados considera que pacientes elegíveis para cuidados paliativos são aqueles que não têm mais perspectiva de tratamento. O Entrevistado 16(A) descreve os pacientes

elegíveis como: *“Basicamente são aqueles pacientes terminais, vamos dizer assim. Que pra gente acho que não tem mais muita proposta terapêutica e tudo. E aí a gente parte pro paliativo pra poder amenizar o sofrimento, não só deles como da família. E o melhor momento acho que é quando a gente, nós, médicos, chegamos à conclusão que realmente já não tem muito o que fazer”*. O Entrevistado 15(B) tem uma visão semelhante: *“Mas às vezes a pessoa não tem aquele dom de decidir e também a coragem e a prudência de falar no momento certo, e a coragem de dizer ‘olha, não tem mais o que fazer’”*. O Entrevistado 35(B) afirma: *“Então se nós temos um paciente com uma doença limitante e que nós não podemos ofertar mais nada, esse paciente é um paciente pra cuidado paliativo, pra cuidado de fim de vida”*.

Já o Entrevistado 33 (A) limita a indicação de cuidados paliativos a pacientes oncológicos e demenciados em fase terminal: *“Na minha opinião, neoplasia terminal, demência, demência em paciente que não tem mais... que tem uma vida vegetativa, vamos dizer assim... Paciente com neoplasia terminal, sem condições de tratamento da doença de base dele. Eu vejo dessa forma”*. O Entrevistado 7(A) traz a questão da incurabilidade como critério: *“Bom, pra começar eu acho que uma doença incurável, o começo do critério. E mais, evidentemente, a partir do momento que a doença se mostra incurável na prática.”*

Alguns entrevistados trazem conceitos que não guardam qualquer relação com as indicações de cuidados paliativos. O Entrevistado 19(C) utiliza como critério o nível de consciência do paciente: *“Eu vejo quem é o paciente em termos cognitivos. Principalmente, se é um paciente, eventualmente, com demência avançada, sem interação e tudo o mais. Então a parte cognitiva é um grande definidor”*. Já o Entrevistado 23(C) assume o outro extremo: *“Bom, eu já aprendi com os amigos que na verdade todos os pacientes deveriam ter uma avaliação para cuidados paliativos”*, considerando que qualquer paciente, independentemente da natureza de sua doença, deveria receber cuidados paliativos.

4.3.1.2. Desconhecimento dos conceitos básicos de cuidados paliativos

Dos 49 entrevistados, 22 mencionaram em suas respostas que o desconhecimento de conceitos básicos de cuidados paliativos pode ser uma barreira e apenas um deles admitiu o próprio desconhecimento sobre o assunto. O Entrevistado 20(C) descreve como barreira para o encaminhamento aos cuidados paliativos: *“Por desconhecimento, mesmo. Por desconhecimento e ignorância, como é o meu caso. Ou talvez desinteresse, também... Não é um tema que agrada... E ninguém quer se aprofundar nisso, até então. Tudo o que é ainda desconhecido, ninguém quer chegar perto. Eu acredito que seja isso, não é uma coisa que... nunca passou pela minha cabeça...”*

não é uma coisa do meu dia a dia, mas pura ignorância, talvez. Acho que esse é o principal motivo. Não veria nenhuma outra coisa a não a ignorância”.

Ao se referir ao desconhecimento de outros colegas, houve frequente menção à concepção equivocada que muitos médicos têm de que cuidados paliativos é um sinônimo de morte iminente. O Entrevistado 5(A) afirma: *“A gente vê que ainda tem muita confusão entre cuidado paliativo e terminalidade. Então muitos, até colegas médicos mesmo, quando a gente discute e sugere acionar a equipe de cuidados paliativos pro tratamento conjunto, eles recusam, dizem que não vão jogar a toalha, que o doente não está em fim de linha quando, na verdade, não é isso”.* Esta visão é corroborada pelo Entrevistado 44(B): *“Primeiro, ele não sabe o que é paliativismo, o médico. Acha que é fim de vida. É abrir morfina ou dar o fentanil pra tirar a dor”.* O Entrevistado 21(C) tem a seguinte visão em relação à percepção de outros colegas médicos: *“Eu acredito que em relação aos médicos assistentes (...) muitas vezes é desconhecimento em relação a cuidado paliativo. Muitas vezes as pessoas associam cuidado paliativo a cuidado de fim de vida, a algo semelhante a eutanásia ou coisa do tipo. Não necessariamente é isso”.*

Ainda na discussão do desconhecimento dos conceitos, foi mencionado com frequência o desconhecimento dos benefícios dos cuidados paliativos ou ainda a percepção de que esta modalidade de tratamento significa desistir do paciente. O Entrevistado 42(A) menciona essa associação com desistência por parte dos colegas médicos, mas ele mesmo demonstra uma confusão de conceitos ao considerar que no fim de vida cuidados paliativos podem representar efetivamente ausência de tratamento: *“Vejo porque algumas vezes chega um médico oncologista (...) que eu já sugeri chamar cuidados paliativos e ‘não, não, vamos esperar um pouco’. Como se cuidados paliativos fosse sinal de não tratar o doente, que eu acho que não é. No final de vida até que pode ser, mas no início não é”.* O Entrevistado 30(A) afirma: *“Eu percebo que as pessoas, quando elas percebem que existe uma equipe de cuidado paliativo acompanhando, ela dá uma regulação pra baixo do nível de intervenção desse paciente”.*

No âmbito do desconhecimento em relação aos cuidados paliativos, a associação com o uso de morfina como único recurso disponível também foi mencionada por alguns entrevistados. O Entrevistado 41(B) diz: *“Muitas pessoas ainda não têm essa consciência do que é cuidado paliativo, acha que cuidado paliativo é só não entubar e deixar com morfina. Na verdade, muitos hospitais ainda veem cuidado paliativo dessa forma”.* A mesma visão é compartilhada pelo Entrevistado 44(B): *“Então existe um problema conceitual de falta de educação... Não, o termo não é esse. De falta de esclarecimento para a equipe de saúde, não só o médico, a equipe de saúde, do que é paliativismo. Senão as pessoas acham que paliativismo é botar na morfina, entendeu?”* e pelo Entrevistado 18 (C): *“Então acho que a primeira barreira é essa. ‘Não, não vou mandar pra*

paliação porque vai morrer, então vai fazer morfina, não é pra tratar absolutamente nada. Não é nem pra nutrir'. Não, não é assim que a coisa anda. Então acho que essa falta de informação é crucial para número baixo de encaminhamentos que a gente tem pra paliação”.

A opiofobia – aversão ou medo relacionado ao uso de opioides, especialmente a morfina - é um problema comum e desafiador na nossa sociedade, com impacto direto no tratamento adequado dos pacientes portadores de doenças graves. Como descrito pelos entrevistados, a associação frequente da morfina e outros opioides com os cuidados paliativos dificulta ainda mais a aceitação da especialidade. Em um recente posicionamento das associações latino-americanas para estudo da dor, o autor descreve que “a escassa educação sobre o tema dor na graduação e na pós-graduação das escolas médicas, as políticas governamentais restritivas para a compra e distribuição de opioides, a necessidade de registro para adquirir receitas específicas para a prescrição, o medo de adição e do emprego de opioides para fins ilícitos, além das atitudes culturais frente à dor, contribuem para o que a comunidade científica nomeia de *opiofobia*. (...) Na América Latina, no entanto, a incidência de abuso está em torno de 1%. (...) Dessa maneira, estamos diante de um novo paradigma, onde o olhar e a leitura crítica da *opiofobia* deve ser diferenciada e relacionada ao contexto geográfico e econômico global. Basta realçar que a dose média diária de consumo opioides para fins estatísticos é de 150 *Daily doses for statistical purposes* (S-DDD). Essa dose é abaixo da recomendada pela literatura, refletindo o quanto temos que melhorar para alcançarmos um tratamento otimizado da dor” (Kraychete, 2019).

4.3.1.3. Resistência em compartilhar o cuidado

Este código trata da dificuldade dos médicos em compartilhar o cuidado do paciente com outro médico. Diversos motivos foram mencionados a este respeito por 14 dos médicos entrevistados, alguns se referindo a uma dificuldade observada em outros colegas e outros mencionando sua própria dificuldade. Os principais motivos para essa dificuldade envolveram, por exemplo, a percepção do médico não especialista de ser capaz de atuar em cuidados paliativos, não necessitando, portanto do especialista. O Entrevistado 3(A) explica: “Então, às vezes são clientes que já acompanho há vários anos e acho que a melhor pessoa pra fazer esse acompanhamento, esse acolhimento é o médico que conhece a família inteira”. A percepção do Entrevistado 29 (A) é: “Até porque cuidado de fim de vida, teoricamente, a gente consegue fazer tranquilamente”, compartilhada pelo Entrevistado 39(B) “Quando você tem um generalista, uma pessoa que não tem um aprofundamento maior, não tem a formação, um curso que seja, em paliação, mas tem uma história de vida, de prática em cima daquilo, pode ser uma pessoa autossuficiente que dê conta do

recado. Eu já passei por algumas situações assim e me senti confortável em conduzir um final de vida”.

Outros médicos identificam que os profissionais que julgam saber conduzir estas situações de maneira adequada sem formação normalmente não se saem tão bem quanto imaginam. O Entrevistado 26(A) ilustra bem esta questão: *“Eu acho que tem a barreira do médico assistente, muitas vezes o médico assistente se considera capaz de resolver esses problemas e ele não resolve, e ele não tem desejo de pedir ajuda, não quer pedir ajuda”.* O Entrevistado 46(A) afirma com veemência: *“Então eu acho que talvez uma boa parte dos oncologistas não tenha verdadeiramente entendido que o que eles precisam é compreender que existe uma outra especialidade, e essa especialidade trabalha melhor do que você nisso, e que é importante você passar isso”.* Opinião semelhante tem o Entrevistado 10(C): *“Eu acho que um grande mito... como eu trabalho na medicina privada... é o medo de perder o paciente. Acho que perder o controle, eu era o grande controlador, eu era quem cuidava do sujeito e agora vai chegar um médico... Aí é questão de humildade, né. Se está precisando de um médico de cuidado paliativo, você não está suprindo essa necessidade, você ficar abraçado ali, você está, no mínimo, jogando contra o seu paciente”.*

Há ainda aqueles que manifestam o receio de que o paciente entenda esse encaminhamento como uma forma de abandono. O Entrevistado 45(C) coloca isso em sua fala: *“Eu sou médico, geralmente eu sou médico daquela pessoa há vários anos, da família, há muito tempo, tal, então justamente quando chegar nessa situação, que é uma situação e limite, assim, eu próprio me sinto inibido de chamar um outro profissional. Como se eu estivesse passando a bola no final pra um outro profissional e desistindo de alguém que eu cuidei a vida inteira”,* visão semelhante à do Entrevistado 12(C): *“Essa abordagem de chegar pro paciente e falar ‘olha, eu vou te encaminhar para um cuidado paliativo’. Eu acho que eu conseguiria fazer isso se eu acompanhasse conjuntamente, senão parecia que eu estaria abandonando meu paciente e não oferecendo o melhor pra ele. Então acho que até a gente médico ainda teria essa sensação de estar desistindo do paciente quando, na verdade, não seria isso”.*

Por último neste código, entra a percepção de alguns profissionais sobre a vaidade do médico, que se sente ameaçado ao compartilhar a assistência com outro profissional. Esta percepção é demonstrada pela fala do Entrevistado 44(B): *“A visão dele (médico assistente) é do consultório, ele é o ‘Doctor House’, ele tem que resolver tudo... Porque é assim que ele está acostumado a trabalhar, não estou dizendo que está errado. Quer dizer, ele está errado por um ângulo, mas isso é seu modus operandi. Eu sou responsável por esse doente, tudo cabe a mim, todas as decisões são minhas. Poder centralizador”,* assim como pelo Entrevistado 13(B): *“Às vezes, um pouco talvez de*

vaidade do médico. (...) Acho que ainda tem muitos médicos que se consideram um pouco intocáveis, ou um pouco de se sentirem ameaçados por ter um outro grupo”.

4.3.1.4. Obstinação terapêutica

Obstinação terapêutica é definida como tratamento que aparenta ser inútil, desproporcional ou ter unicamente o efeito de manter a vida artificialmente (Spranzi, 2013). A formação médica de maneira geral tem enfoque no diagnóstico e cura de doenças e uma grande satisfação para os médicos é poder salvar vidas. Ainda é bastante difícil para alguns médicos saber o momento de mudar o foco do tratamento para conforto em face de situações irreversíveis e a consequência deste comportamento é a obstinação terapêutica. Esta situação pode ser exemplificada na fala de alguns entrevistados. O Entrevistado 27(A) diz: *“Uma grande barreira, acho que é a própria equipe médica, que tem dificuldade de chamar e às vezes até de aceitar cuidado paliativo. Acha que isso não é pra agora, que não precisa... até porque acho que a formação do intensivista é sempre querer fazer tudo, e às vezes tem essa dificuldade”*.

Já o Entrevistado 33(A), nefrologista, traz a questão da obstinação dentro de sua especialidade e menciona o juramento hipocrático, feito por todos os médicos no momento de sua graduação e que tem como um de seus preceitos guardar respeito pela vida humana: *“Eu vejo isso toda hora porque eu trabalho com hemodiálise. Até tenho um colega que ele diz que a hemodiálise é o corticoide do século XXI. O paciente não podia sem uma dose de corticoide, hoje não pode morrer sem uma sessão de hemodiálise. (...) E o colega, o médico, a meu ver, tem uma interpretação errada do julgamento hipocrático”*. O Entrevistado 30(A) reconhece que a obstinação terapêutica é uma realidade comum em seu ambiente de trabalho e pode trazer sofrimento ao paciente: *“É da formação do médico das unidades de CTI, unidades intensivas, buscar sempre uma saída, uma solução ainda que se vislumbre uma possibilidade bastante remota e com sofrimento grande pelas intervenções”*.

O Entrevistado 40(B) reconhece nele mesmo esta dificuldade: *“A gente às vezes, por uma série de problemas até nossos, de formação, de estereótipo, de achar que a gente tem que tratar e curar todo mundo, a gente demora a entrar nesse processo”*. O Entrevistado 45(C) menciona sua própria resistência em mudar o foco do tratamento e discutir esta questão com pacientes e familiares: *“Eu tenho a impressão também que um pouquinho de dificuldade é nisso, você que introduzir para a família, a ideia de que ‘olha, vamos agora então fazer... Cuidar do conforto e da dignidade e vamos chamar um profissional pra isso’. E eu acho que... Eu, por exemplo, nunca usei esse discurso”*.

O Entrevistado 37(C) vê isso como uma questão cultural brasileira: *“A gente não foi, aqui – ‘aqui’, quando eu digo, não é aqui o hospital, é aqui Brasil - trabalhado pra lidar com morte como uma fase da vida, como uma coisa natural, e aí se tenta evitar até o momento... a qualquer custo a*

morte daquele ente querido, daquele paciente, enfim. então eu acho que a coisa é um pouco mais cultural”.

4.3.1.5. Dificuldade em definir prognóstico

Mesmo quando o médico tem adequado conhecimento das indicações de cuidados paliativos, muitas vezes ele esbarra na própria dificuldade em determinar o prognóstico daquele paciente, que é um determinante do acionamento correto da equipe de cuidados paliativos. Seis médicos entrevistados manifestaram esta dificuldade. O Entrevistado 35(B) faz uma analogia a esse respeito: *“Tem um grande amigo meu que falou uma frase sensacional: ‘não se gasta vela boa com defunto ruim’. O problema é a gente saber que defunto é bom, que defunto é ruim, e muitas vezes a gente não sabe”.*

O Entrevistado 45(C) menciona as doenças crônicas como sendo as mais difíceis de estabelecer o prognóstico para indicar cuidados paliativos no momento adequado: *“Eu tenho dificuldade mesmo, assim, de determinar a partir de que momento eu vou propor pra família uma conduta mais paliativa. Mas essa dificuldade acho que é universal (...) Tem os pacientes com doenças crônicas, como insuficiência cardíaca, insuficiência renal, as insuficiências de órgãos avançadas, que também talvez aí também tenham uma certa dificuldade. Mas... Então acho que é isso, é difícil dar essa resposta com muita clareza”.*

4.3.1.6. Medo de abordar o assunto

Foi reportado por 2 entrevistados o medo de abordar o assunto da terminalidade e encaminhamento a cuidados paliativos por dois dos médicos entrevistados. Curiosamente, de maneira diferente do que traz a literatura, nenhum dos médicos mencionou explicitamente o receio de “tirar a esperança” como uma barreira, mas ainda assim trouxeram de maneira menos específica o medo da reação dos pacientes e familiares. O Entrevistado 28(A) explica a resistência observada: *“É porque eles têm medo que as famílias vão reagir mal. (...) Eles têm medo porque acham que as famílias não querem e, no fundo, as famílias querem”.* O Entrevistado 6(A) correlaciona o desconhecimento do próprio profissional com a insegurança em trazer o assunto: *“Então, nesse contexto, acho que é um pouco do desconhecimento. E às vezes o medo de abordar esse assunto, por não entender bem o que realmente é”.*

4.3.2. Barreiras externas

Foram consideradas como barreiras externas aquelas que dizem respeito a cenários que não estão diretamente ligados a sentimentos, conhecimento, convicções e comportamentos dos próprios médicos, e sim do ambiente onde estão inseridos. Cabe aqui uma ressalva de que a investigadora

observa em sua prática diária que existem situações em que algumas das barreiras externas descritas, especialmente no que tange a resistência de pacientes e familiares, na realidade refletem de maneira indireta dificuldades do próprio profissional médico em realizar o encaminhamento. Não raro na experiência pessoal da investigadora os médicos descrevem pacientes e familiares como resistentes aos cuidados paliativos e no momento em que a equipe especializada os aborda não há qualquer sinal de resistência. A seguir serão descritos de maneira mais pormenorizada os códigos inseridos neste tema.

4.3.2.1. Resistência dos familiares

Vinte e cinco dos 49 entrevistados mencionam em suas falas uma resistência dos familiares. Essa resistência é descrita de diversas formas, desde questões religiosas, obstinação terapêutica já discutida anteriormente em relação aos médicos e ainda a questão da necessidade de tempo até o momento da aceitação da terminalidade, especialmente em quadros de evolução mais rápida.

O Entrevistado 27(A) comenta: *“A própria família. Que às vezes quando a gente começa a conversar sobre essa possibilidade, a família é muito ligada, a família é difícil de aceitar, algumas famílias. Então às vezes até pra abrir a possibilidade de chamar alguém de fora pra falar sobre isso, a família fica com dificuldade”*. A dificuldade em aceitar a gravidade da doença de um ente querido e o risco de perdê-lo são mencionadas também pelo Entrevistado 30(A): *“A gente pode lidar com a paciente terminal em que a visão da família é ‘faz tudo pela minha avó, quero que você salve a minha avó’ (...) Ainda vivemos, percebo isso nas unidades intensivas, de que existe uma compreensão por parte de alguns familiares de que, ao acionar os cuidados paliativos, estamos jogando a toalha. Isso é muito delicado no dia a dia do tratamento”*. O Entrevistado 11(B) descreve: *“Porque às vezes pode ser o grande impedimento pra gente poder levar esse paciente... definir como cuidado paliativo. Às vezes aquele filho, aquela esposa, aquele marido que quer que você faça o máximo pra não ter aquela sensação de que você deixou de fazer alguma coisa para aquele familiar”*. O Entrevistado 22(C) fala sobre sua experiência no Hospital C, onde identifica que a família é a principal barreira: *“Eu acho que a principal barreira é a família querer ou não. O que eu vejo aqui, já tenho um tempo de hospital, eu vejo que tem muitos pacientes que a família quer manter, independente da condição clínica do paciente”*.

Ao ser perguntado sobre as barreiras, o Entrevistado 33(A) explica sua visão: *“A não aceitação da família, que é o que a gente se depara de forma mais comum. (...) Seja qual for o motivo, afetivo, religioso... Às vezes até motivo econômico, que a gente sabe”*. Questões religiosas são mencionadas também pelo Entrevistado 21(C): *“Por exemplo, presencio aqui questão religiosa, tem algumas famílias que, por questões religiosas acaba não optando, não aceitando esse tipo de*

cuidado” e pelo Entrevistado 43(C): *“Mas as famílias ainda têm muitas dificuldades, tem muita questão religiosa envolta nisso, os próprios pacientes nunca abordam isso de forma clara com seus familiares... Acho que essa discussão é pouca, não sei, das famílias. Acho que isso é um dificultador”*.

A maior dificuldade de aceitação dos familiares quando se trata de um diagnóstico mais recente foi mencionada por alguns profissionais. *“É muito difícil pra família em três a cinco dias acreditar que cuidado paliativo será bem vindo para esse paciente. Eu acho que nas doenças crônicas essa aceitação é mais fácil. Nas doenças agudas é difícil, porque até anteontem a gente não estava vivendo essa realidade. (...) Acho que as famílias já têm uma resistência grande, principalmente quando não são doenças crônicas”*, diz o Entrevistado 30(A). Visão similar tem o Entrevistado 2(A): *“Outra barreira é a barreira familiar mesmo. Tem famílias que não existe espaço. Você tenta, e eles têm uma repulsa. Principalmente quando o diagnóstico é muito recente. O paciente acabou de saber que está com uma doença terminal e não deu tempo de digerir ainda o assunto, então eles ficam em um período meio refratário a qualquer questão que possa remeter a encurtar o tempo de vida de um ente querido”*.

4.3.2.2. Estigmatização do cuidado paliativo

Existe um forte estigma relacionado ao cuidado paliativo, que muito comumente o associa a doenças incuráveis e aos últimos dias de vida como já explorado anteriormente no código 4.3.1.1, onde foram demonstrados equívocos cometidos pelos médicos entrevistados no que diz respeito aos critérios de elegibilidade.

Este estigma é descrito também na literatura e bem ilustrado numa pesquisa realizada em um grande hospital oncológico, onde foi verificado que nos casos em que o paciente apresentava uma doença com proposta de tratamento curativo, os médicos concordavam em encaminhar os pacientes para “cuidados de suporte” com facilidade maior do que encaminhar para “cuidados paliativos”, ainda que na prática ambos representassem o mesmo tipo de abordagem ao paciente (Fadul, 2009).

Ao fazer uma busca pelo significado e sinônimos da palavra “paliativo” no Google, a maior plataforma de buscas online, em meio a links para sites que descrevem corretamente o tratamento paliativo e suas indicações, aparecem como sinônimos palavras como “dissimulação”, em descrições de significado surgem expressões como “medida tomada para determinada situação que apenas disfarça e não resolve o problema” ou até mesmo sugestão de pesquisa relacionada com a palavra “gambiarra” (Google, 2019).

O uso pejorativo da palavra, assim como sua frequente associação com proximidade da morte, são barreiras descritas por alguns dos entrevistados. Entrevistado 5(A) aponta em sua fala a

associação com fim de vida: *“Na verdade, quando você fala em cuidado paliativo a imagem que as pessoas mais leigas fazem é de cuidado ao fim de vida. Então, como se não houvesse mais nada pra se fazer e por isso está se chamando ‘cuidado paliativo’”*. Semelhantes observações são feitas pelo Entrevistado 12(C): *“Terminalidade e cuidado paliativo. E tem alguma diferença. A gente só conversando e pensando nas respostas a gente vai ver que tem. Então acho que esses conceitos pros médicos, pros pacientes, pra sociedade, eles ainda estão um pouquinho misturados. Não sei se o mais importante é a gente definir os conceitos, mas com certeza a gente melhorar o cuidado”* e pelo Entrevistado 23(C): *“Acho que ainda tem uma barreira cultural das pessoas acharem que cuidado paliativo é só cuidado de fim de vida, que tem relação com eutanásia, esse tipo de coisa”*.

Há os que apontem a estigmatização do nome “paliativo” como um adjetivo pejorativo. O Entrevistado 15(B) diz: *“Cuidado paliativo, dentro do nosso ambiente, eu gostaria de explorar um pouquinho isso, ele é visto como uma medida paliativa, uma medida menor. Uma medida quando é denominada ‘cuidado paliativo’... Esse nome é impróprio. (...) Tipo, a estrada principal foi interrompida e o caminho a seguir é aquele atalho, aquele paliativo ali pra podermos voltar a essa via inicialmente interrompida”*. Observamos opinião semelhante na fala do Entrevistado 44(B): *“O problema está no nome ‘paliativo’. Eu acho que o problema já começa no nome ‘paliativo’, na minha opinião. ‘Paliativo’ parece que é algo sem importância. Ou algo que não vai agregar. Ou algo que alguém está no final da vida e você está dando um paliativo pra ele morrer melhor. Esse é o conceito que os médicos têm sobre paliativismo”*. O Entrevistado 14(C) enfatiza a problemática relacionada ao nome: *“É porque eu acho que o nome não ajuda o paciente a entender. Ele associa a morte, e eles não entendem que aquilo ali... (...) Essa é a dificuldade. Eu acho que vocês poderiam, talvez, o nome... O nome que é muito impactante para o doente aceitar. Acho que é o nome”*.

4.3.2.3. Insuficiência de equipes disponíveis

Outro ponto levantado pelos entrevistados foi a insuficiência de equipes disponíveis, especialmente no Hospital C, onde de fato não há equipe estruturada. Chama a atenção o fato de que alguns médicos do Hospital B mencionam a ausência de equipe neste hospital como uma barreira, mesmo já havendo um profissional dedicado a isto nesta instituição. O Entrevistado 34(B) diz: *“A gente não tem equipe de cuidado paliativo intra-hospitalar no hospital. Então a primeira coisa seria montar uma equipe”*, semelhante ao apontado pelo Entrevistado 44(B): *“Você não tem um time pra isso. Primeiro, no hospital tem que ter time. Já começa um problema aí”*.

No Hospital A, as barreiras levantadas dizem respeito ao dimensionamento da equipe para atender a toda a demanda e a estrutura extra-hospitalar, ainda em fase mais inicial. O Entrevistado 29(A) fala sobre a inexistência de serviços estruturados em outros hospitais: *“A gente está falando só*

desse centro aqui. Em outros centros essa visão não existe". O Entrevistado 3(A) descreve a diferença entre oferta do serviço e demanda pelo mesmo, o que resulta em sua opinião nos encaminhamentos tardios: *"Bom, acho que, primeiro, é o... externamente, é o volume. Acho que a gente tem um volume de pacientes elegíveis pra cuidados paliativos muito grande, que faz com que isso impossibilite você poder oferecer de uma forma completa, pra todo mundo. Então a gente acaba selecionando pacientes que realmente se beneficiariam do cuidado paliativo. E aí, como esses pacientes geralmente são pacientes... são os mais graves, o cuidado paliativo acaba se sobrepondo a cuidados de fim de vida*". O Entrevistado 8(A) explicita sua dificuldade no acompanhamento dos pacientes em fase mais precoce, ainda ambulatorialmente: *"A gente tem muita dificuldade... Eu gostaria de encaminhar muito mais os meus pacientes pra acompanhamento conjunto, mas a gente tem dificuldade desse acompanhamento ambulatorial*".

4.3.2.4. Dificuldades na interface com a equipe de saúde

Alguns entrevistados mencionam dificuldades na interface entre eles mesmos e a equipe de saúde, desde dificuldades na comunicação até a não aceitação do encaminhamento dos pacientes para cuidados paliativos por outros membros da equipe. Foi citado pelo Entrevistado 16(A): *"Aquele que eu falei, muito da equipe aceitar, ter a consciência de que realmente não temos mais nada que... pra poder ajudar aquela criança, aquele paciente, e que a gente tá realmente prorrogando o sofrimento daquele doente, no caso da criança. Eu acho que essa é a primeira barreira, é com a equipe mesmo, de fazer eles entenderem que não dá mais. Acho que é a principal barreira*". O Entrevistado 33(A) também traz essa percepção: *"Às vezes, o que é pior, que a gente encontra a maior resistência exatamente no profissional de saúde que é um pouco mais refratário do que a pessoa leiga*".

Mesmo quando a equipe de cuidados paliativos está inserida na rotina do hospital, os médicos identificam barreiras na equipe de saúde. O Entrevistado 32(A) diz: *"Porque alguns profissionais têm algumas restrições e não tem coragem, às vezes, de verbalizar. Principalmente no hospital da gente, que isso é uma coisa que está... Faz parte do nosso corpo clínico, o grupo de cuidados paliativos. (...) Se o colega não se abre pra escutar e pra receber informação, ele não está preparado para abordar essa família de maneira adequada. E aí isso pode fazer com que haja uma dificuldade de conseguir botar todas as pessoas falando a mesma linguagem. É essa a impressão que eu tenho*". O Entrevistado 15(B) também menciona uma preocupação quanto à linearidade da comunicação: *"As comunicações não são estruturadas, não há preparo, habilidade não técnica, diferentes informações... Então, dentro de um ambiente de terapia intensiva vem o paliativista, fala uma coisa, vem o plantonista, fala outra, vem a enfermeira, fala outra, vem o médico assistente, fala outra. Tudo para que você tenha um caldo de... de discussões, de desentendimentos*".

4.3.2.5. Resistência dos pacientes

A resistência do paciente foi mencionada com menor frequência que a resistência de familiares, sendo codificada em apenas 5 das 49 entrevistas. Esta significativa diferença pode estar relacionada a diversos aspectos da nossa cultura, como por exemplo o comportamento frequentemente observado nos médicos de informar más notícias e discutir prognóstico e opções terapêuticas com a família, não com o próprio paciente por uma falsa impressão de que é preciso poupá-lo. Neste caso, haveria uma resistência inicial da família e a proposta de encaminhamento a cuidados paliativos sequer chegaria ao paciente para que ele pudesse avaliá-la, representando uma clara restrição à autonomia do paciente em relação ao seu tratamento. Outra razão possível para isso é a maior abertura do paciente a discutir cuidados paliativos em relação aos familiares. Em sua experiência pessoal, a investigadora observa que não raro o paciente deseja falar sobre sua própria morte e não deseja obstinação terapêutica, ao passo que seus familiares permanecem algumas vezes com a ideia de que o cuidado agressivo é a melhor opção terapêutica.

Dentre as falas a respeito da resistência dos pacientes, destaca-se a do Entrevistado 12(C) sobre a percepção de ausência de tratamento associada aos cuidados paliativos: *“O paciente que entra em cuidado paliativo, ele tem a percepção, na grande maioria das vezes, de que ou não tem mais nada pra fazer por ele ou qualquer coisa que seja feita por ele não é útil”*. O Entrevistado 8(A) acredita que exista uma resistência por parte dos pacientes, porém entende que essa resistência é facilmente vencida após o contato com a equipe. Cabe ressaltar que este médico trabalha no Hospital A, cuja equipe de cuidados paliativos tem estreito relacionamento com as demais equipes e atua de forma integrada. *“Tem a dificuldade do próprio paciente. Essa palavra, “palição”, que é uma dificuldade até o paciente entender isso... Depois que o paciente começa a ter o contato com a equipe de cuidados paliativos, acho que é muito rápido. Ele vê benefícios muito rápido, então ele acaba aceitando. Mas até... Às vezes tem esse problema da aceitação do próprio paciente, né? De não querer ser encaminhado porque ele acha que a gente vai desistir dele, quando encaminha pros cuidados paliativos”*.

4.3.2.6. Questões financeiras

Neste código dentro das barreiras externas para o encaminhamento, houve menção a questões financeiras. Diferentemente de algumas menções a aspectos financeiros encontradas na literatura que dizem respeito ao financiamento das equipes e, portanto, mais pertinente aos tópicos de insuficiência de equipes e engajamento dos gestores, neste tópico os profissionais abordaram especificamente um possível ganho secundário financeiro de médicos com o prolongamento artificial da vida, mesmo sem qualquer qualidade.

Explicando melhor, sabe-se que os três hospitais avaliados são instituições privadas e uma parcela significativa dos pacientes têm seus médicos assistentes externos ao corpo clínico do hospital. A remuneração destes médicos é feita diretamente pelos pacientes ou seus familiares enquanto perdurar o período de internação hospitalar. Este aspecto financeiro específico não foi mencionado em nenhum dos artigos analisados para compor a revisão de literatura, aparentando ser conteúdo inédito até o momento e bastante restrito a esta realidade peculiar de alguns hospitais privados brasileiros.

Alguns médicos entrevistados mencionam sua percepção de que as condutas tomadas por alguns destes médicos externos não estão baseadas no melhor interesse do paciente e seus familiares, e sim em um desejo absolutamente antiético de manter o paciente vivo a fim de continuar a receber pelos atendimentos prestados por período mais longo. O Entrevistado 35(B) descreve: *“Eu acho que a parte comercial da medicina, especialmente aqui na [Região onde ficam os Hospitais B e C], é muito forte. (...) Alguns coleguinhas veem cada paciente como um taxímetro. E por isso que eu acho tão difícil, especialmente em alguns hospitais da [Região onde ficam os Hospitais B e C], que você tenha uma conduta homogênea, transparente, pra todos os pacientes, nesse sentido. O que é uma coisa surreal, porque é antiético, é feio, é desonesto, essa coisa toda”*. O Entrevistado 15(B) traz a mesma visão: *“Quanto à equipe do médico assistente, existem discordâncias. Eles têm o interesse de manter o doente vivo por questões pecuniárias, infelizmente é isso mesmo”*.

Outro Entrevistado, 23(C), traz uma visão semelhante, porém no que diz respeito à própria família. Alguns pacientes internados com doenças graves e incuráveis são mantidos artificialmente vivos a pedido de suas famílias, pois seus proventos são a principal fonte de renda da família: *“E às vezes tem uma barreira social também, financeira, da família, que às vezes não quer minimizar esforços com pacientes que não tem mais proposta de reabilitação, de cura, por uma questão meramente financeira”*.

4.3.2.7. Experiências negativas com equipe de cuidados paliativos

Alguns médicos mencionaram em suas respostas experiências prévias negativas com equipes de cuidados paliativos, o que naturalmente constitui uma barreira. O Entrevistado 34(B) fala sobre sua experiência pessoal: *“Eu já trabalhei com algumas equipes de cuidados paliativos, me chama atenção que... não todos, mas uma maioria deles... infelizmente não são profissionais que eu julgo resolutivos. Tem condutas, algumas vezes, discutíveis, cuidados discutíveis, e a minha sensação é que algumas vezes mais atrapalharam do que ajudaram. Então acho que a gente precisa formar melhor esses médicos paliativistas”*. O Entrevistado 44(B) fala sobre uma interferência excessiva do paliativista na ótica do cuidado compartilhado: *“O paliativista, ele tem que saber qual é o papel*

dele, de um time. Senão ele espanta o médico. Muitas vezes ele quer dar opinião sobre um betabloqueador. (...) Aí o outro 'Péra lá, mas o que isso tem a ver com você?' Entendeu o que quero dizer? (...) Tem paliativistas e paliativistas. Que sabem e não sabem trabalhar em time. Talvez muitos paliativistas estejam acostumados a assumir o caso, e não trabalhar em equipe. E passa a ser o clínico, passa a ser todas as outras funções, aí quebrou um conceito de time. Que é o maior inimigo do próprio paliativismo”.

4.3.2.8. Questões culturais relativas a terminalidade e morte

Alguns entrevistados trouxeram a questão da barreira cultural pelo tabu que a sociedade alimenta em relação a questões relacionadas a terminalidade e morte, não diretamente aos cuidados paliativos. O Entrevistado 34(B) afirma: *“A gente é um país latino, então a gente não discute terminalidade, e a gente não discute as nossas perspectivas futuras sobre como a gente quer morrer. Então a grande barreira, na maioria das vezes, é uma barreira cultural”*. Outro médico, o Entrevistado 43(C), menciona aspecto semelhante: *“Eu acho que ainda existe uma questão de sociedade onde as pessoas não lidam bem com a morte. Não lidam bem com o fim. (...) Que veem isso ainda como um tabu”*.

4.3.3. Facilitadores

O último tema analisado diz respeito aos facilitadores para o encaminhamento de pacientes para os cuidados paliativos no ambiente intra-hospitalar. A parte final da entrevista foi composta de uma pergunta aberta, convidando o entrevistado a propor estratégias que acreditasse serem úteis para transpor as barreiras descritas anteriormente. Foram identificados 11 diferentes códigos referentes a estas propostas e os mesmos serão descritos de maneira mais detalhada nos tópicos a seguir.

4.3.3.1. Educação e divulgação

Com o elevado número de mortes que ocorrem em hospitais, muitas delas secundárias a causas não reversíveis, é fundamental que as equipes de saúde tenham conhecimento sobre cuidados paliativos e cuidados de fim de vida a fim de saber reconhecer e tratar adequadamente estes pacientes, conforme descrito num dos mais emblemáticos artigos sobre educação em cuidados paliativos nos hospitais de cuidados agudos (Weissman, 1999).

Dada sua enorme importância, foi gratificante constatar que esta foi a sugestão mais presente entre os médicos entrevistados, sendo identificada nas falas de 34 dos 49 profissionais. Observamos que a educação de profissionais, pacientes e familiares e a divulgação da equipe de cuidados paliativos foram assuntos que se sobrepuseram nas respostas e por isso foram alocados em um único código.

O Entrevistado 17(A) fala sobre a divulgação dos cuidados paliativos, mas em sua fala percebe-se que ele acredita que os profissionais devem ser educados sobre os conceitos: *“Eu acho que a divulgação. Você primeiro tem que saber o que é cuidado paliativo. Então se você não sabe o que é um cuidado paliativo, você não diagnostica, você não indica. Então eu acho que existe ainda na comunidade médica esse desconhecimento dessa nova área. Então a partir do momento que as pessoas estejam mais cientes do que seja o cuidado paliativo, dos benefícios e de como é conduzido o caso, eu acho que vocês vão ter maior adesão ao tratamento”*. O Entrevistado 3(A) sugere algo semelhante: *“A construção de um projeto de divulgação quase que passivo através de informações, sejam em folders, em palestras intra-hospitalares, seja em vídeos, seja através da educação da própria equipe assistencial sobre isso... Porque nós acabamos sendo divulgadores. Então quando você treita o profissional a explicar o que é um cuidado paliativo, você acaba abordando a família de uma forma mais sólida, e você acaba ajudando nessa construção dessa visão de cuidados paliativos.”*

O Entrevistado 26(A) acredita que esta educação dos profissionais deve ser iniciada pela equipe de cuidados paliativos, mas depois ela se perpetua através dos próprios profissionais que tiveram contato com o tema: *“Bom, talvez fazer palestras com a equipe do hospital. Marcar palestra em horários bons, tipo hora do almoço, marcar todo mundo pra escutar o que é cuidado paliativo. E acho que o boca-a-boca também funciona. Acaba que os médicos se educam, amigos médicos se educam. ‘Ah, chamei uma equipe de cuidado paliativo, foi ótimo. Por que você não chama também?’. Mas isso é um negócio meio sem muito controle. Isso acaba acontecendo meio que de boca em boca”*.

O Entrevistado 42(A) menciona o contato com as equipes de cuidados paliativos como um instrumento de educação dos profissionais: *“Acho que vai ser mesmo a divulgação do que é, porque acho que quando você divulga você cria entendimento... Que acho que talvez até eu mesmo quando comecei a trabalhar aqui, na minha cabeça, o que era cuidados paliativos era o que eu acho que é para a maioria das pessoas, que é final de vida, que é quando não vai mais fazer nada. E convivendo com vocês no dia a dia, eu comecei a ver que não era assim”*.

O Entrevistado 32(A) utiliza o termo *marketing* ao descrever uma estratégia para facilitar os encaminhamentos, voltada especialmente para a equipe multidisciplinar: *“As pessoas precisam escutar. E para escutar... vocês já estão fazendo isso. Já existem as palestras, as discussões de casos... Só que a gente tem que conseguir abordar. Educação. Informação. (...) Um marketing maior em cima das equipes multidisciplinares pra poder desconstruir determinados conceitos, entendeu? Só isso”*.

No contexto de pacientes oncológicos, o Entrevistado 46(A) fala sobre a importância de inserir temas de cuidados paliativos nas ações educacionais: *“Educação médica continuada, não tem dúvida. Então, assim, tem que começar a participar das reuniões nossas, a gente não está tendo reunião de cuidado paliativo. Tem que ter, tem que ter. E mais ainda, eu não acho que tem que ter uma reunião de cuidado paliativo, eu acho que ela tem que ser inserida dentro de um contexto. Então, sei lá, eu vou dar uma aula de cabeça e pescoço, você pegar aquela população dos oncologistas e falar. Eu acho que isso tem que ser massificado, como encaminhar, por que encaminhar, em reuniões privadas dos oncologistas e cada um das suas clínicas. Falar ‘gente, olha só, nós temos uma equipe, essa equipe está aqui, é fácil encaminhar, é só você pedir pra marcar uma consulta com fulano.’ Eu acho que tudo isso facilitaria muito e eu acho que é rápido. Eu acho que a partir do momento que as pessoas começam a ter o hábito de fazer isso, vai, entendeu?”*

O Entrevistado 11(B) fala da importância de educar não apenas os profissionais de saúde, mas também a população em geral: *“Que o mais importante é disseminar essa cultura, né. Primeiramente pro médico e, depois, o que vocês puderem passar isso, transmitir também para o público leigo, eu acho que é muito importante. Porque aí a gente já... quando a gente for falar, quando vocês forem falar do cuidado paliativo, ou mesmo os clínicos, de um modo geral, que forem abordar isso com seus pacientes, ele ‘ah, já ouvi falar na campanha da televisão, na campanha do jornal’... Então acho que talvez divulgar isso usando a mídia de uma forma positiva pra população leiga, acho que isso é bacana. Igual você faz a campanha da hipertensão, a campanha do infarto, do câncer de mama... Se conseguir fazer isso também, ter um alcance, pro cuidado paliativo, mostrar o que realmente é, que não é matar um paciente, que muitas vezes pode ser mal visto pro leigo, dessa forma, então falar todos os benefícios que vocês têm pra oferecer, acho que isso é uma coisa bacana. Facilita”*. Opinião semelhante expressa o Entrevistado 35(B), que também cita o marketing como uma ferramenta: *“E aí vem essa questão de onde o marketing pode ajudar no cuidado paliativo, é na mídia, na mídia leiga, mostrar que existem situações que são limitantes para que as pessoas entendam. (...) Essas pessoas precisam saber o que é o cuidado paliativo pra estarem abertas a ele.”*. O Entrevistado 40(B) também enxerga esta divulgação por uma ótica de marketing, a partir do momento que se refere aos cuidados paliativos como um produto a ser oferecido, mas mantém o enfoque na promoção: *“Acho que é apresentar o seu produto, pra diversos setores de emergência, unidades fechadas, os quartos, as enfermarias... Apresentar pro seu público interno, que são de todos os níveis e de todas as especificidades, ‘nós existimos, vamos fazer isso’, talvez fazer seminários, fazer reuniões. Apresentar... Se apresentar, ‘estamos disponíveis, é isso que a gente vai fazer’”*.

O Entrevistado 39(B) cita a própria pesquisa que objeto deste estudo como um facilitador: *“Pra cultura, propagandas, sessões, o seu trabalho mesmo, pro mestrado, ele já sensibiliza, já faz as pessoas pensarem no assunto, isso precisa ser repetido muitas vezes”*.

No Hospital C, onde há uma maioria de pacientes sendo conduzidos por médicos externos, a maior parte dos entrevistados sugere ações educacionais e de divulgação direcionadas também para eles, como exemplificado nas falas do Entrevistado 21(C): *“Primeiramente, acho que a gente tem que abordar, pelo perfil do hospital, abordar os médicos assistentes com palestras, orientações em relação ao que é o cuidado paliativo. Eu não sou especialista na área, mas eu mesmo sinto falta de alguma informação maior na área, assim como eu vejo vários colegas que tem uma formação até mais deficitária que a minha. Um desconhecimento total, mesmo, do que realmente é o cuidado paliativo”* e do Entrevistado 43(C): *“E não tem jeito, isso é um trabalho de convencimento, de treinamento, de ensinamento do médico assistente. Assim como da equipe intra-hospitalar, também, quando está cuidando direto do paciente”*. O Entrevistado 12(C) reforça a importância de informar aos médicos assistentes externos que o trabalho pode ser realizado em conjunto, já que os mesmos tendem a temer serem substituídos no cuidado: *“Eu acho que a medida maior seria tentar fazer com que os médicos que frequentam os hospital entendessem qual é a proposta de cuidado paliativo e que não é substituir o médico que cuida, mas sim agregar outras potencialidades ao tratamento do paciente”*.

Outra estratégia sugerida pelo Entrevistado 37(C) foi a de trazer depoimentos de familiares em casos bem sucedidos de cuidados paliativos, a fim de sensibilizar os profissionais de saúde quanto a importância do tema e benefícios desta modalidade de tratamento: *“Dentro do possível, se puder trazer depoimentos de pacientes, de familiares para que eles possam dizer como eles se sentiram ali naquele momento. ‘Olha, eu perdi minha mãe, mas foi tudo bem, porque ela morreu sem sofrimento, ela morreu sem dor, ela... A família já sabia, tudo foi feito’... Pra que eles escutem isso, que também, assim, eles não estão abandonando ninguém. Eles estão, na verdade, tratando da melhor maneira. Acho que por aí”*.

4.3.3.2. Disponibilidade

Ter uma equipe presente e disponível foi um dos aspectos facilitadores mais frequentemente observados pelos médicos entrevistados. No Hospital C, que não possui equipe estruturada, uma das sugestões dada pelo Entrevistado 21(C) foi justamente a de ter uma equipe: *“Acho que a primeira conduta seria implementar uma equipe”*.

O Entrevistado 9(C) menciona a importância de ter uma equipe acessível: *“Eu acho que a disponibilidade e a facilidade de acesso. Acho que é isso. (...) Quanto mais facilidade de acesso nós,*

clínicos e médicos em geral, hospitalistas, tivermos a equipes de cuidados paliativos, vai facilitar muito a nossa vida e trazer muita qualidade de vida para os pacientes". O Entrevistado 19(C) acredita que a presença constante da equipe de cuidados paliativos no hospital ajuda os médicos a lembrarem-se de que existem pacientes que precisam desta modalidade de tratamento: *"Acho que a pessoa precisa estar presente o tempo todo, até pra gente poder estar lembrando que existem esses pacientes o tempo todo"*.

Nos hospitais que já possuem equipes atuando, os entrevistados reconhecem esta disponibilidade como um facilitador. No Hospital A, o mais maduro dos três em termos de atuação de equipe de cuidados paliativos, alguns entrevistados mencionam esta questão. O Entrevistado 6(A) diz: *"A gente aqui tem uma facilidade por ter uma equipe presente, atuante e mudando o curso clínico, e o curso de conduta e de condução do doente mesmo"*. A fala do Entrevistado 7(A) é complementar: *"E aí é o que acontece aqui, é a persistência do contato frequente, o vínculo com a família, é o que vai ganhar força esse acompanhamento. Então o acompanhamento dos sintomas que forem aparecendo, a avaliação de resposta, isso tudo vai fortalecendo o vínculo que é o que vai ser definidor de sucesso pra família aderir à entrada desse novo time no processo"*. O Entrevistado 49(B) fala também sobre a importância de ter um profissional que se mostre acessível no dia a dia, como tem acontecido no Hospital B: *"Ter a figura dele muito disponível, que é o que tem acontecido aqui. Ele sempre está no hospital, sempre atende a qualquer hora da noite, a qualquer hora do dia, ou pra tirar uma dúvida, ou pra trocar uma angústia, ou pra vir de pessoa física ao hospital"*.

4.3.3.3. Entrosamento com as demais equipes

Doze entrevistados mencionam a importância do bom entrosamento com as demais equipes médicas como um grande facilitador para os encaminhamentos. Alguns, que já têm entrosamento com as equipes de cuidados paliativos, trazem isso como uma experiência positiva e que facilita a prática diária. Neste cenário, o Entrevistado 42(A) aponta: *"Nesse último paciente que a gente estava conversando agora há pouco, era uma coisa que me trazia muito conforto, quando via vocês chegando. Até pra mim. É uma coisa que a gente divide, uma situação que, embora seja o nosso dia a dia, não é a nossa experiência"*.

Já os que têm pouco contato com equipes de cuidados paliativos, apontam como sugestão esse maior entrosamento. O Entrevistado 30(A), que trabalha em um setor cujo número de acionamentos à equipe de cuidados paliativos é muito baixo, descreve de maneira bastante clara a dificuldade em confiar em outra equipe que não está em contato frequente com a equipe do setor, assim como a dificuldade de identificar precocemente os pacientes elegíveis e acionar em momento oportuno. Ele então sugere como estratégia facilitadora: *"Acho que fazer rounds diários, por*

exemplo, seria uma solução fantástica para isso. Primeiro porque, pra você acionar outra equipe, você tem que ter a confiança de toda equipe. Pra se ter a confiança de toda equipe, você tem que trabalhar com a outra equipe. (...) Porque é uma forma dessa pessoa não ser contatada só pro incêndio. Você está no dia a dia das discussões diárias. Até porque, eventualmente, quando a equipe médica intensivista julga que é o momento da palição, talvez esse momento pudesse ter sido antecipado três ou quatro dias antes. Mas é porque é o momento que se conseguiu parar e realmente estampar na nossa cara que ‘Putz! Não dá mais, não tem mais o que fazer. Ou agora a gente está realmente só oferecendo mais sacrifício, mais sofrimento do que benefício’. Então acho que vivenciar mais intensamente com a equipe de palição que tem mais vivência dos sinais iniciais, poderia alertar a equipe que está tomando a decisão”.

O Entrevistado 11(B) acredita que a maior convivência estreita os vínculos de confiança e facilita os acionamentos: *“Então, eles estando presentes, a pessoa já conhecendo, com um tempinho vai ganhando a confiança do grupo, e aí você vê que isso agrega valor pro cuidado, que isso ajuda o outro médico que tá na ponta, eu acho que aí não tem mais o que fazer, só manter o trabalho”.* No que diz respeito a pacientes oncológicos, o Entrevistado 7(A) acha importante um entrosamento maior com os oncologistas, que serão em grande parte responsáveis pelo encaminhamento destes pacientes para os cuidados paliativos: *“Eu acho que o principal facilitador do acesso da equipe de paliativo é o oncologista. Porque a referência da família de uma criança com câncer é o oncologista, sem sombra de dúvidas. Então, se o oncologista estiver seguro em fazer essa transição é muito improvável que a família não tope. Então eu acho que o primeiro passo é o oncologista querer e fazer essa transição, esse encaminhamento e, a princípio, essa dobradinha até que um tome mais espaço do que o outro”.*

O Entrevistado 45(C), que não tem o hábito de acionar equipes de cuidados paliativos enquanto médico assistente externo, traz uma visão bastante interessante e sugere como estratégia um primeiro contato com ele mesmo, para depois pensar num contato direto com paciente e familiares: *“Então aqui eu acho que um caminho talvez fosse esse, ter a possibilidade da equipe de medicina paliativa prestar uma consultoria a mim, como médico do paciente. Até, em um primeiro momento, sem nem aparecer pra família. (...) Então, pra mim, seria interessante ter um telefone, pegar, ligar ‘oh, qual é a dose mesmo da morfina?’ E, enfim, ‘será que o melhor tratamento nesse momento seja isso ou aquilo?’ Ou então até alguém que eu pudesse, eventualmente, tipo ‘olha, eu vou chamar alguém que trabalha com isso, que vai vir aqui, vai olhar, vai dar algumas sugestões em conjunto comigo’”.*

4.3.3.4. Comunicação adequada

Neste código, foram inseridas as observações feitas pelos entrevistados no que diz respeito à forma de comunicar-se como um facilitador do encaminhamento. O Entrevistado 3(A) acredita que quando os cuidados paliativos são explicados de maneira adequada, há uma aceitação muito maior de todos, pacientes e profissionais de saúde: *“A maioria dos pacientes, dos familiares, entende quando a abordagem é feita de uma forma adequada, entendem qual é a proposta e se solidarizam com ela. E, por vezes, se sentem até aliviados. Porque quando você consegue explicar essa abordagem, você tira um peso das costas dos familiares que às vezes, por muitas vezes, sentem culpa de terem determinadas posturas em relação ao parente que está internado por não entenderem essas posturas como terapêuticas. Assim, como ‘não estou fazendo o que deveria ser feito’. Quando o leigo, ele só... não só o leigo, o médico profissional também... só consegue entender um único caminho, que é o caminho do tratamento pleno, que caminha pro tratamento fútil e negligencia toda essa linha de cuidados paliativos, quando você consegue explicar isso, surpreendentemente, positivamente, as famílias conseguem abraçar essa causa com mais facilidade”*. O Entrevistado 11(B) compartilha da mesma opinião: *“Então eu acho que às vezes a forma que vocês conseguem conversar e pra eles que os pacientes vão receber cuidados, vão receber atenção, vão receber todo carinho que precisa, que a gente vai estar oferecendo o melhor pra eles e que o melhor, naquele momento, é isso. Então eu acho que o principal é a abordagem”*. Ele faz a seguir o contraponto com um exemplo de comunicação inadequada, uma frase comumente utilizada no contato com familiares e que costuma ter resultados bastante negativos nestas situações: *“Por exemplo, a minha realidade é na emergência. Então aquele paciente que chega com insuficiência respiratória, por exemplo, na hora você virar e perguntar ‘eu intubo ou eu coloco morfina?’, por exemplo. Essa é a pior forma de abordar”*.

O Entrevistado 10(C) fala da habilidade necessária também ao próprio médico que encaminha o paciente aos cuidados paliativos no momento de comunicar esta decisão: *“Se você prepara bem as pessoas, as pessoas vão aceitar naturalmente isso. E você explica, você não vai dizer ‘oh, vou chamar o médico paliativo’, vira as costas e vai embora. Se você já vem trabalhando a sua ação e você, quando bota esse profissional no meio, você explica o que você está querendo ganhar com isso, o que você está querendo oferecer com isso, acho que, na média, é bem aceito. Depende de como você coloca”*. Já o Entrevistado 23(C), ao ser perguntado sobre quais estratégias poderiam facilitar o encaminhamento, sugere uma abordagem dos próprios médicos da instituição, que já têm contato com o paciente, a família e o médico assistente externo, para ajudar nesta introdução do conceito de cuidados paliativos: *“Acho que faria a mediação entre a família, o médico assistente, pra entender e explicar como é que funciona o cuidado paliativo, explicar que, dependendo da*

situação, é a única coisa que a gente tem pra oferecer para o doente. E é oferecer dignidade, conforto pro paciente”.

4.3.3.5. Encaminhamento precoce

Encaminhamentos mais precoces foram sugeridos como facilitadores, levando em consideração as barreiras descritas em relação à dificuldade de aceitação e atuação adequada quando o contato com equipes de cuidados paliativos ocorre em momentos muito tardios da evolução da doença. Um aspecto interessante é que todos os 6 entrevistados que mencionam este aspecto trabalham no Hospital A, que já possui equipe estruturada de cuidados paliativos. Isto pode representar uma percepção na prática do quão ampla e efetiva é a atuação da equipe de cuidados paliativos quando o encaminhamento é precoce, assim como as limitações que a equipe enfrenta nos encaminhamentos tardios.

Considerando o cenário da pediatria, o Entrevistado 16(A) sugere: *“Talvez entrar mais precocemente no tratamento, junto com a equipe clínica. Mesmo que, assim, pode ser que nem vá caminhar para isso. Pode ser que no meio do caminho a criança melhore, o doente melhore. Ótimo. Mas, senão, acho que é preparar, ficar junto com a equipe um pouco antes”.* A percepção de que o encaminhamento precoce pode ser um facilitador é também manifestada pelo Entrevistado 27(A): *“Isso, já deixar isso meio que encaminhado para que, se precisar, já está a equipe pronta, sabendo e a família já ciente da possibilidade, conhecendo a equipe, para não chegar uma pessoa desconhecida do nada e falar ‘sua mãe está muito mal, a gente vai ter que começar a limitar o suporte’. Acho que alguém conhecido é mais fácil de fazer isso”* e o Entrevistado 3(A): *“Então eu acho que, pra melhorar isso, a gente precisaria de uma detecção precoce e de uma intervenção também nos pacientes menos críticos para que o cuidado paliativo pudesse ser feito de uma forma mais adequada”.*

4.3.3.6. Abordagem multidisciplinar

A abordagem dos pacientes através de equipes multidisciplinares foi uma estratégia sugerida por 6 dos entrevistados. Foi identificada como uma estratégia tanto para vencer a resistência inicial do médico com a entrada de outro médico, através da primeira abordagem por outro profissional, como também usar a característica interdisciplinar dos cuidados como um diferencial de atuação. O Entrevistado 13(B) sugere: *“Ir se aproximando da família de uma maneira multidisciplinar, obviamente que respeitando as individualidades, as crenças, os valores dos pacientes... Mas eu acho que a é equipe multidisciplinar”.* O Entrevistado 43(C) entende que o psicólogo poderia abrir caminhos para a abordagem paliativa: *“Acho que a multidisciplinaridade nesse processo é muito importante. Então, talvez o papel do psicólogo nessa abordagem, nesse entendimento, nessa quebra*

de gelo, de barreira, talvez seja um atalho". Já o Entrevistado 19(C) acredita que o enfermeiro seria o profissional mais recomendado para fazer uma primeira avaliação: *"Acho que uma enfermeira poderia fazer um cuidado de screening de uma maneira bem satisfatória, e envolver o médico a partir do momento que aquilo tem algum tipo de aceitação do tipo médico assistente-família pra poder, aí sim, começar esse acompanhamento horizontal"*.

O Entrevistado 37(C) fala sobre aproveitar o potencial humano da instituição e da importância do engajamento de toda a equipe multidisciplinar neste projeto: *"Então trazer esse conhecimento pra equipe multidisciplinar, de fisioterapeuta, de enfermeiro, de assistente social, que é super importante, nem todo hospital tem... Psicólogo, nutricionista, envolver as pessoas dentro de um grande projeto"*.

4.3.3.7. Elaboração de critérios objetivos de encaminhamento

Alguns médicos sugerem como estratégia a tentativa de tornar os encaminhamentos mais diretos, através da divulgação de critérios objetivos de seleção dos pacientes elegíveis. Alguns até mesmo sugerem que estes encaminhamentos sejam automáticos, não dependendo da aprovação de determinado profissional. O Entrevistado 1(A) reflete sobre essa questão: *"Não sei se criando protocolos ou... definindo quais patologias ou quais estágios da patologia já seriam pertinentes a introdução da equipe de cuidados paliativos... Eu acho que é por aí"*.

O Entrevistado 38(A) advoga que esse encaminhamento não deveria depender do encaminhamento do médico: *"Se faz parte da instituição, o paciente deu entrada, uma doença avançada, ou não, até doença precoce, que já desde o início deveria começar. Eu acho que não necessariamente nós precisaríamos pedir. Eu acho que isso já tinha que ter algum protocolo anotado, esse é um paciente elegível pra cuidados paliativos e, naturalmente, esse paciente deveria ser encaminhado"*. Opinião semelhante tem o Entrevistado 39(B), levando em consideração uma manifestação de vontade do próprio paciente: *"Do ponto de vista processual, a gente tem que pensar em algum gatilho dentro do hospital que leve a esse acionamento. Por exemplo, um termo que o paciente precisa assinar de recusa a alguma terapia considerada fútil acho que isso poderia ser um disparo pra chamar uma equipe, por exemplo"*.

4.3.3.8. Engajamento dos gestores

Dois dos entrevistados reconhecem que para haver um maior acesso de pacientes aos cuidados paliativos é mandatório que haja ações institucionais, com o apoio dos principais gestores. O Entrevistado 40(B) explica seu ponto de vista: *"Acho que isso é uma estratégia que tem que ser institucional. Ou seja, (...) tem que ser uma decisão estratégica da instituição no sentido de você criar um grupo, porque não é uma pessoa só, não é só o médico, é uma equipe multidisciplinar com*

algum treinamento nisso. Isso exige uma estratégia porque isso vai ter um custo, custo financeiro, custo de materiais, custo de pessoas, recursos humanos. Então acho que a principal, eu diria que não única, seria a decisão estratégica do gestor querer fazer isso”. Opinião semelhante foi exposta pelo Entrevistado 25(C): “Eu acho que isso tem que vir de gestão. Eu acho que é preciso haver um entendimento de alta liderança, de gestão, da importância do tema, da importância o assunto para que haja engajamento nesse sentido. (...) Porque eu acho que a grande mudança vem daí. Na hora que essas pessoas comprarem a ideia de que realmente é importante, vamos implementar e vamos fazer, a equipe de cuidados paliativos vai deixar de ser apenas um puxadinho do hospital, ‘já que você está aqui, você gosta disso, você faz isso’, para se tornar uma coisa mais formal, uma coisa mais... mais... elaborada, do ponto de vista de processo intra-hospitalar. Eu acho que a mudança está nisso. Até porque eu já vejo muitas pessoas empenhadas nessa questão, então eu acho que elas estão dependendo agora de um apoio lá de cima”.

4.3.3.9. Mudança no nome da equipe de cuidados paliativos

Apesar de ter havido algumas menções às barreiras relacionadas ao estigma com os cuidados paliativos, especificando o nome da especialidade em alguns casos, quando houve a pergunta sobre as estratégias a serem adotadas como facilitadoras apenas 1 profissional, o Entrevistado 45(C), mencionou a mudança no nome da equipe: “Até acho que é uma intuição minha de que a palavra “paliativa” no meio não-médico pode ter uma conotação de desistência de tratar, de abandono. (...) Essa é uma sensação minha quase que inconsciente, assim, de que isso existe. Então, talvez até o termo ‘suporte’, ou um termo menos... Mas eu acho que essa ideia é interessante sim, acho que isso facilitaria, sim”.

5. Discussão e recomendações

5.1. Discussão sobre as barreiras e facilitadores

As barreiras e facilitadores para o encaminhamento de pacientes a cuidados paliativos são assunto recorrentemente abordado em literatura, como visto anteriormente. Entretanto, um estudo que avalie esta questão no contexto brasileiro é inédito, até onde pôde ser verificado.

Os resultados da pesquisa realizada com médicos brasileiros que atuam em hospitais privados guardam muitas similaridades com o que foi anteriormente publicado sobre o tema em literatura científica internacional. Na presente pesquisa, foram codificados e analisados tópicos anteriormente descritos de maneira esparsa ao longo dos estudos eleitos pela investigadora como sendo os mais pertinentes ao tema em questão nos últimos 10 anos. A correlação entre os achados da pesquisa e os da literatura está resumida nas tabelas 3 a 5

Tabela 3 – Correlação entre barreiras internas e os achados da literatura

Desconhecimento sobre CP e os critérios de elegibilidade	Resistência no compartilhamento do cuidado	Obstinação terapêutica	Dificuldade em definir prognóstico	Medo de abordar o assunto
Sarradon-Eck, 2019 Bluck, 2019 Bogetz, 2019 Earp, 2018 Carter, 2017 Meier, 2017 Benini, 2016 Horlait, 2016 Ziehm, 2016 Florez, 2015 Chong, 2014 Gelfman, 2014 Kavalieratos, 2014 Dalberg, 2013 Johnson, 2011 Ryan, 2011 Lynch, 2010 Miyashita, 2008	Sarradon-Eck, 2019 Earp, 2018 Ziehm, 2016 Le, 2014 Dalberg, 2013	Bluck, 2019 Carter, 2017 Benini, 2016 Horlait, 2016 Chong, 2013 Dalberg, 2013 Johnson, 2011 Miyashita, 2008	Bogetz, 2019 Carter, 2017 Benini, 2016 Horlait, 2016 Ziehm, 2016 Florez, 2015 Chong, 2014 Johnson, 2011	Sarradon-Eck, 2019 Horlait, 2016 Kavalieratos, 2014 Le, 2014 Dalberg, 2013

Tabela 4 – Correlação entre barreiras externas e os achados da literatura

Resistência de pacientes e familiares	Estigmatização dos cuidados paliativos	Insuficiência de recursos humanos/equipes capacitadas	Dificuldades na interface com as equipes de saúde	Experiências negativas com equipes de CP	Questões culturais relativas a terminalidade e morte
Sarradon-Eck, 2019 Bogetz, 2019 Earp, 2018 Carter, 2017 Benini, 2016 Horlait, 2016 Ziehm, 2016 Florez, 2015 Chong, 2014 Le, 2014 Dalberg, 2013 Johnson, 2011 Miyashita, 2008	Sarradon-Eck, 2019 Horlait, 2016 Kavalieratos, 2014 Le, 2014 Miyashita, 2008 Dalberg, 2013	Donkor, 2018 Earp, 2018 Carter, 2017 Meier, 2017 Benini, 2016 Horlait, 2016 Ziehm, 2016 Florez, 2015 Chong, 2014 Le, 2014 Johnson, 2011 Lynch, 2010	Bluck, 2019 Carter, 2017 Horlait, 2016 Ziehm, 2016	Earp, 2018 Le, 2014	Benini, 2016 Ziehm, 2016 Chong, 2014 Johnson, 2011

Tabela 5 – Correlação entre facilitadores e os achados da literatura

Ações educacionais	Disponibilidade	Entrosamento com as demais equipes	Comunicação adequada	Encaminhamento precoce
Donkor, 2018 Earp, 2018 Ziehm, 2016 Kavalieratos, 2014 Dalberg, 2013	Earp, 2018 Ziehm, 2016 Le, 2014 Johnson, 2011	Earp, 2018 Ziehm, 2016 Kavalieratos, 2014	Earp, 2018 Ziehm, 2016 Dalberg, 2013	Le, 2014 Dalberg, 2013
	Crítérios objetivos ou automáticos de encaminhamento	Necessidade de engajamento dos gestores	Mudança no nome da equipe	Abordagem multidisciplinar
	Earp, 2018 Kavalieratos, 2014	Donkor, 2018 Ziehm, 2016	Sarradon-Eck, 2019	Johnson, 2011

Esta análise demonstra que a maior parte das barreiras identificadas neste estudo, internas e externas, foram identificadas também em estudos previamente publicados, assim como os facilitadores propostos. Esta correlação torna possível a dedução de que as diferenças culturais não fazem com que a realidade brasileira mostre-se tão diversa do que é observado em outros países.

Entretanto, alguns tópicos receberam pouca ou nenhuma menção nos estudos analisados. Um exemplo é o que diz respeito aos aspectos financeiros relacionados à resistência dos médicos em encaminhar pacientes aos cuidados paliativos por um suposto ganho secundário destes profissionais com o prolongamento de uma vida sem qualidade, que parece ser algo bastante peculiar na realidade brasileira de hospitais privados. Num paralelo desta situação com uma evidência de literatura não relacionada a cuidados paliativos, um estudo mostrou que no que diz respeito a procedimentos cirúrgicos, foi observada uma diferença de padrão de indicações entre médicos que atuam em hospitais gerais e médicos que operam em suas próprias clínicas. Neste estudo observou-se que, após mudanças na recomendação da indicação de determinados procedimentos cirúrgicos, os médicos que lucram diretamente com estes procedimentos têm uma maior tendência a não adotar a nova recomendação que restringe a indicação dos procedimentos, possivelmente por razões econômicas (Howard, 2017).

Buscando identificar na literatura uma aproximação cultural, foi analisado um estudo latino-americano que se propôs a estudar as barreiras e facilitadores do encaminhamento de pacientes com neoplasia gástrica para cuidados paliativos (Uribe, 2019). Entretanto, este estudo foi realizado em um contexto bastante diferente do observado em nosso estudo, ficando claro que se trata da realidade de uma população acima de tudo carente de acesso à saúde básica. Por este motivo, a maior parte das barreiras e propostas deste estudo trata do acesso a esta modalidade de cuidado e à saúde em geral, não podendo, portanto, ser adequadamente comparado à pesquisa a ser analisada aqui.

Já no que tange às estratégias propostas como facilitadoras, é possível notar que no presente estudo houve um maior número de sugestões oferecidas pelos entrevistados do que o que foi previamente descrito em outros estudos. Foi interessante observar que nos estudos avaliados há pouca menção específica à atuação multidisciplinar como um possível facilitador, através da atuação primária de outros profissionais de saúde antes da abordagem médica. Uma possível razão para isso talvez seja o fato de que nos países estudados é bastante comum que haja uma abordagem interdisciplinar e na maior parte das vezes não cabe ao médico fazer esta primeira abordagem. Outros aspectos relacionados às estratégias facilitadoras serão mencionados na correlação entre barreiras e facilitadores, assim como na seção de recomendações.

Iniciaremos agora uma discussão reflexiva sobre algumas conclusões dedutivas às quais a investigadora chegou ao analisar o conteúdo das entrevistas. Foi possível observar que os médicos brasileiros reconhecem diversas barreiras para o encaminhamento de pacientes para cuidados paliativos, porém têm maior facilidade de descrever estas barreiras através daquilo que eles afirmam observar como comportamentos de outros médicos, e não deles mesmos. Muitos deles inclusive afirmam ao longo da entrevista ser entusiastas dos cuidados paliativos, não identificarem barreiras

peçoais para o encaminhamento, mas, diferentemente do que alegam, pela observação da investigadora no Hospital A e de seus pares especialistas em cuidados paliativos nos Hospitais B e C, estes mesmos médicos não encaminham os pacientes elegíveis com a frequência necessária. Isto pode estar em parte relacionado ao fenômeno “eles não sabem o que eles não sabem”, como sugerido em um trabalho feito em unidade neurointensiva, onde um terço dos entrevistados não menciona qualquer barreira para o encaminhamento para cuidados paliativos, apesar da observação clara de que isto não é real (Bluck, 2019).

Outro aspecto interessante observado foi o fato de que alguns médicos atribuem grande peso para o não encaminhamento de pacientes a uma resistência de pacientes e especialmente familiares. Este padrão foi mais observado nos Hospitais B e C e em alguns médicos do Hospital A que têm pouca interface com a equipe de cuidados paliativos. Os médicos que encaminham pacientes com maior frequência e têm maior contato com o trabalho da equipe posicionam-se de maneira oposta: mencionam uma possível dificuldade inicial dos pacientes e familiares, mas que é facilmente contornada com uma comunicação adequada no momento do encaminhamento e também através da abordagem da equipe de cuidados paliativos. Isso demonstra que quanto maior o contato das equipes com a equipe especializada em cuidados paliativos, menor resistência é identificada neste encaminhamento, especialmente no que diz respeito a responsabilizar pacientes e familiares por esta dificuldade. Esta observação assemelha-se à que foi feita por Bogetz,(2018), que em seu estudo observa elevada menção, por parte dos profissionais, à resistência dos pais no encaminhamento de pacientes pediátricos a cuidados paliativos, porém descreve que os estudos feitos com os próprios pais de pacientes pediátricos portadores de doenças graves não confirmam estas barreiras. Por outro lado, a frequência de respostas relacionadas às dificuldades e barreiras dos próprios profissionais foi pouco mencionada, o que pode representar uma falta de percepção dos mesmos sobre suas próprias limitações.

A questão da figura do médico assistente também foi trazida de maneira recorrente, especialmente pelos entrevistados dos Hospitais B e C. Isto se deve a um modelo de assistência centrado na figura de um único profissional, que detém todo o poder decisório a respeito do cuidado com o paciente. Neste modelo existe a vantagem do forte vínculo e profundo conhecimento do profissional sobre seu paciente, porém a enorme desvantagem de ter um único olhar sobre determinadas questões, com grande dificuldade no compartilhamento do cuidado. A vaidade destes profissionais e o receio de “perder” o paciente são mencionados por alguns dos entrevistados e já exemplificados na análise temática.

Diferente do observado na literatura, a obstinação terapêutica não foi um tema tão recorrente entre os pediatras, tendo sido mencionado por apenas 1 entre os 4 pediatras entrevistados, e a

resistência dos familiares foi mencionada apenas por 2. Também de forma interessante, as questões culturais relacionadas à morte não foram abordadas por estes profissionais. Os quatro pediatras entrevistados cometeram equívocos quanto aos critérios de encaminhamento, considerando os pacientes como elegíveis em momentos já bastante tardios da doença.

Entre os cardiologistas, os equívocos nos critérios de elegibilidade, a dificuldade em compartilhar o cuidado e o estigma relacionado aos cuidados paliativos foram as barreiras mais comumente encontradas. Já entre os intensivistas, houve baixa ocorrência de equívocos quanto aos critérios de elegibilidade e as barreiras mais comuns foram estigmatização dos cuidados paliativos e dificuldades na interface com as equipes de saúde. Mais de 70% das menções a dificuldades na interface com as equipes de saúde foram feitas por intensivistas, o que pode demonstrar que a equipe de saúde das unidades fechadas está menos aberta aos conceitos de cuidados paliativos que as equipes dos demais setores do hospital.

A maior parte dos geriatras e clínicos cometeram equívocos nos critérios de elegibilidade e metade desconhecem conceitos básicos de cuidados paliativos. Das barreiras descritas por eles, as mais frequentes foram dificuldade no compartilhamento do cuidado, obstinação terapêutica e resistência dos familiares.

Não houve diferença significativa no padrão de respostas na análise por gênero, cargo ou tempo de formação.

5.2. Correlação entre barreiras e facilitadores

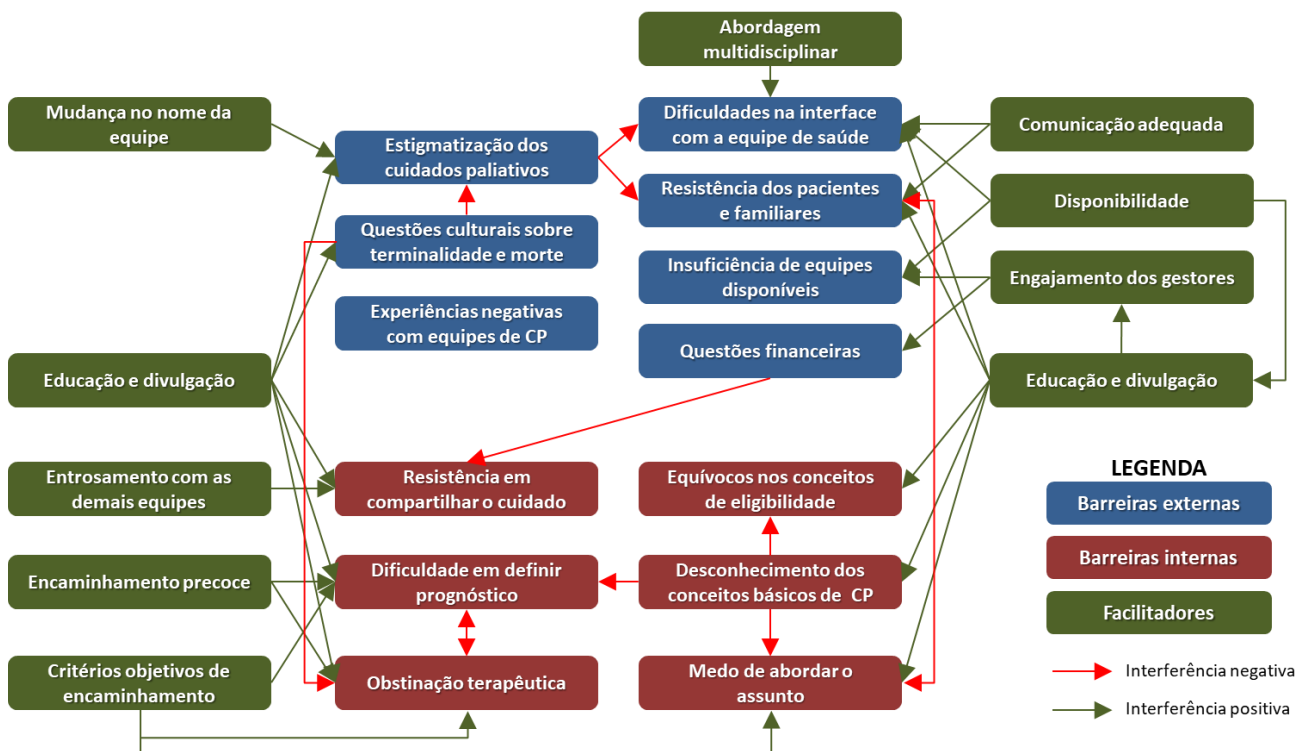
Uma das questões de investigação dizia respeito às correlações existentes entre barreiras e facilitadores. Uma hipótese seria a interferência que cada barreira ou facilitador poderia exercer sobre os demais, tanto positiva quanto negativamente. Através da análise das informações obtidas na revisão de literatura e dos dados resultantes da pesquisa, é possível demonstrar que as barreiras e facilitadores descritos se correlacionam. Algumas barreiras têm a capacidade intrínseca de gerar ou potencializar outras barreiras, como ocorre, por exemplo, com o desconhecimento sobre os conceitos básicos de cuidados paliativos. Esse desconhecimento faz com que os médicos: cometam equívocos ao selecionar pacientes potencialmente elegíveis, assim como determinar o melhor momento para o encaminhamento; tenham maior dificuldade em estabelecer corretamente o prognóstico do paciente; tenham medo de abordar o assunto com pacientes e familiares; interpretem uma resistência de pacientes e familiares que frequentemente não existe. Outro exemplo é a estigmatização dos cuidados paliativos, alimentada por questões culturais relativas a terminalidade e morte, e que interfere negativamente na interface com as equipes de saúde e na resistência de pacientes e familiares.

O mesmo modelo de raciocínio pode ser aplicado aos facilitadores. O principal exemplo é a educação e divulgação, positivamente alimentada por outro facilitador que é a disponibilidade da equipe, e que interfere positivamente em diversas barreiras como: a estigmatização dos cuidados paliativos; questões culturais relativas a terminalidade e morte; a resistência em compartilhar o cuidado; o desconhecimento sobre conceitos básicos de cuidados paliativos e, conseqüentemente, a dificuldade em definir prognóstico, identificar os critérios de elegibilidade e o medo em abordar o assunto; a obstinação terapêutica; a interface com as equipes de saúde; a resistência de pacientes e familiares.

Uma descrição mais completa das correlações entre barreiras e facilitadores está demonstrada na Figura 2, a seguir.

Figura 2 – Análise da correlação entre barreiras e facilitadores para o encaminhamento de pacientes aos cuidados paliativos

ANÁLISE DA CORRELAÇÃO ENTRE BARREIRAS E FACILITADORES



5.3. Recomendações para ultrapassar as barreiras de encaminhamento para cuidados paliativos através do uso de estratégias de marketing

Serviços são feitos por pessoas para pessoas. Na elaboração das estratégias para implantação de um novo serviço, frequentemente há uma maior ênfase em táticas focadas em eficiência, em

detrimento da psicologia social envolvida no contexto de entrega de um serviço e as relações interpessoais (Schneider, 2010). Muitos gestores reconhecem a necessidade de desenvolver novos serviços que estejam de acordo com a necessidade dos usuários (Alam, 2002).

Estes conceitos podem ser tomados como base e transferidos para a realidade de um serviço de cuidados paliativos, que pode ser definido como um “novo serviço”, visto que a maioria dos serviços de saúde ainda não integrou esta prática às suas rotinas. Fica claro que não é suficiente ter um serviço bem estruturado, com profissionais capacitados e elevada performance se não levarmos em consideração os aspectos humanos da relação interpessoal e as necessidades dos usuários.

No marketing em saúde, é fundamental que sejam alcançados os objetivos tanto de quem oferece o serviço quanto dos usuários. Os usuários finais de um serviço de cuidados paliativos são os pacientes, porém é raro que o serviço seja diretamente oferecido a eles. Existem usuários intermediários, que são os médicos que recorrem às equipes de cuidados paliativos para auxiliá-los na assistência aos pacientes, e por este motivo eles são o foco inicial das estratégias de marketing. Possíveis estratégias gerais para encaminhamento de pacientes entre serviços de saúde adaptáveis ao caso atual são: (1) encontros face a face com os potenciais encaminhadores, ressaltando as vantagens do acompanhamento conjunto e assegurando que os pacientes não serão “roubados” do médico assistente; (2) atividades educacionais, demonstrando o perfil de pacientes elegíveis e os benefícios do encaminhamento. (3) envio de material específico, como folders e cartas de apresentação (Kumar, 2015).

Entende-se que esses médicos potenciais referenciadores são os clientes dos serviços de cuidados paliativos, enquanto os pacientes e seus familiares serão os consumidores, ou usuários finais. “Apesar de o cliente alvo ser o paciente, o médico que encaminha, o empregador, o plano de saúde ou qualquer número de outras possibilidades, o plano de marketing é baseado nas necessidades de alguém” (Thomas, 2008). A presente pesquisa teve por objetivo principal elucidar os aspectos mais importantes da percepção dos médicos com quem a equipe de cuidados paliativos se relaciona e compreender suas necessidades para, desta forma, oferecer um serviço que se adeque às expectativas e seja bem recebido por este público.

5.3.1. Etapas do gerenciamento do marketing

5.3.1.1. Análise das oportunidades

Ao conceber as questões de investigação a respeito das barreiras para o encaminhamento de pacientes a serviços de cuidados paliativos, a pesquisadora baseou-se na observação do baixo número de encaminhamentos de pacientes, que foi confirmada e amplamente analisada na revisão de literatura. Esta foi configurada como uma grande oportunidade para melhoria no processo de

encaminhamento destes pacientes através da identificação correta das necessidades do cliente e posterior estabelecimento de uma sólida estratégia de marketing.

Dentre os três possíveis alvos ou *stakeholders* envolvidos (pacientes/familiares, médicos encaminhadores e gestores), escolhemos para esta pesquisa os médicos encaminhadores, por entendê-los como peça chave na fase inicial deste plano de marketing e os principais *gatekeepers* do processo como um todo.

5.3.1.2. Desenvolvimento do Marketing Mix

Para esta etapa, utilizaremos dados da análise de resultados da pesquisa, a fim de elaborar uma estratégia que melhor se adeque ao universo analisado. O marketing mix corresponde a um conjunto de variáveis para influenciar o alvo daquele projeto de marketing. É muito importante que o marketing mix englobe o maior número possível de componentes, pois diferentemente do que se entende em algumas situações, o marketing não se resume apenas à promoção (Andreasen, 1994). Inicialmente, o marketing mix era composto apenas por 4 itens (produto, preço, praça e promoção). Entretanto, estes componentes não contemplam todas as variáveis envolvidas num plano de marketing que se propõe a uma mudança de comportamento, como o marketing social (Gordon, 2012). O marketing mix do serviço a ser oferecido no caso atual foi elaborado de acordo com recomendações da literatura e características deste caso particular. Para isso, foram utilizados os dados obtidos na etapa de pesquisa com os clientes, sendo estes os médicos que potencialmente encaminham pacientes para este serviço.

5.3.1.2.1. Produto (*Product*)

Os possíveis produtos a serem oferecidos no mercado da saúde incluem basicamente ideias, bens e serviços (Thomas, 2008). De forma mais específica, o principal produto é o serviço prestado pela equipe de cuidados paliativos. Esta equipe estará disponível para: auxiliar as demais equipes no manejo de pacientes graves, utilizando sua expertise para oferecer melhor controle de sintomas; acolher pacientes e familiares em suas demandas e fragilidades; e auxiliar na elaboração de um plano de cuidados que leve em consideração os desejos e valores do paciente e seus familiares. Não há um serviço que ofereça competitividade direta ao serviço de cuidados paliativos, a não ser sua não adoção. Portanto, o objetivo da estratégia de marketing será mostrar ao cliente (médicos que potencialmente encaminhariam estes pacientes) que o cuidado com os pacientes e os desfechos obtidos quando se aciona uma equipe de cuidados paliativos são superiores aos que normalmente ocorreriam sem este serviço. Ainda no quesito produto, em se tratando de cuidados paliativos, pode-se considerar que são também vendidas ideias relacionadas ao conceito dos cuidados paliativos. São indissociáveis de boas práticas em cuidados paliativos premissas como “o paciente no centro do

cuidado” e “tratamento humanizado”, que podem ser ideias interessantes a serem vinculadas a determinado serviço ou profissional. Estas ideias agregam valor às equipes médicas e médicos autônomos que possuem estas características, tornando-os mais valorizados por seus pacientes/familiares. O estreitamento da relação com equipes de cuidados paliativos pode lhes oferecer isto, e portanto é também uma parte do produto oferecido.

5.3.1.2.2. Preço (*Price*)

A forma de remuneração destas equipes deverá ser discutida preferencialmente com os gestores da instituição, considerando os benefícios que o serviço oferece não apenas para pacientes/familiares e equipes assistentes, como para o hospital de maneira geral. Este tópico deverá ser mais bem aprofundado em uma pesquisa que tenha como alvo os gestores, visto que são peça fundamental do processo no que diz respeito a questões financeiras. O modelo de cobrança direta dos pacientes, onde estes seriam responsáveis pelo financiamento das equipes, geraria uma barreira adicional ao sucesso do serviço e não deve ser uma estratégia a ser considerada, ao menos não inicialmente.

5.3.1.2.3. Praça (*Place*)

O local de atuação e disponibilidade das equipes, como já visto na análise do conteúdo das entrevistas, são peças fundamentais para o sucesso do projeto. Idealmente, as equipes de cuidados paliativos deverão ser habilitadas e estar disponíveis para assistir aos pacientes em todos os setores do hospital, inclusive com atividade ambulatorial se possível, e mostrar-se disponível *full-time*. O modelo de assistência presencial diária com horário ampliado é o ideal e deve ser perseguido sempre. Entretanto, mesmo que não haja possibilidade de implantação deste modelo, ao menos num primeiro momento, a equipe deve mostrar-se disponível para auxiliar as equipes assistentes nas tomadas de decisão e, se necessário, com possibilidade de visitas emergenciais num sistema de sobreaviso.

5.3.1.2.4. Promoção (*Promotion*)

Conforme identificado na análise do conteúdo das entrevistas, as melhores formas de promoção dos cuidados paliativos são através de educação, disponibilidade, entrosamento com as equipes, elaboração de critérios objetivos de encaminhamento, abordagem precoce. No contexto hospitalar, algumas estratégias são possíveis para promover o serviço:

- Realização de simpósios, workshops, sessões clínicas com temas relacionados a cuidados paliativos. Como estratégia adicional, pode-se buscar como chamariz temas mais polêmicos e que provocam muitas dúvidas nos profissionais. Estes eventos permitem a transmissão dos conceitos básicos, sensibilização para a importância do assunto e a possibilidade de mostrar resultados

positivos. Esta estratégia endereça uma das principais barreiras, que é o desconhecimento sobre os conceitos e critérios de elegibilidade, assim como as outras barreiras negativamente influenciadas por ela.

- Participação frequente nos *rounds* interdisciplinares, onde se discutem os pacientes do ponto de vista clínico. São excelentes oportunidades para identificar pacientes elegíveis e educar os profissionais de saúde quanto aos conceitos de elegibilidade, permitindo mostrar diferentes abordagens para pacientes graves que podem resultar em melhores desfechos. Isto permite atuar sobre as barreiras de desconhecimento sobre conceitos e critérios de elegibilidade, dificuldade em definir prognóstico, obstinação terapêutica, medo em abordar o assunto.

- “Corpo a corpo” é uma estratégia bastante utilizada, que consiste em conversar informalmente com os profissionais sobre os conceitos de cuidados paliativos, oferecer-se para o esclarecimento de dúvidas, ter um olhar atento para acolher e explorar eventuais dúvidas manifestadas pelos profissionais e mostrar-se disponível para auxiliar em diversos aspectos do cuidado ao observar dificuldades que o profissional possa estar manifestando. Com isso, é possível vencer barreiras como as dificuldades na interface com equipes de saúde, desconhecimento sobre conceitos e critérios de elegibilidade, estigmatização dos cuidados paliativos.

- *Branding* é uma possível estratégia para romper a barreira da estigmatização dos cuidados paliativos, descrita pelos entrevistados. A disseminação da cultura e tentativa de reduzir o estigma relacionado ao nome são medidas úteis e relevantes, porém enquanto isso não ocorre a nível mais amplo, deve-se buscar uma forma de não permitir que este estigma impeça o acesso de pacientes a cuidados paliativos. Uma forma de fazê-lo é a mudança no nome da equipe. Através desta mudança de nome é possível vencer barreiras como a estigmatização dos cuidados paliativos, que influencia negativamente a resistência de pacientes e familiares, o medo dos médicos de abordar o assunto. Nos Hospitais A e B, que já possuem equipe, optou-se por nomear esta equipe como “Cuidado Integrado”, e não “Cuidados Paliativos”. Como descrito no estudo de Fadul (2009), mencionado anteriormente, houve uma percepção subjetiva, apesar de não mensurada, dos membros da equipe de que a mudança no nome facilitou os encaminhamentos, situação nomeada por diversos médicos desde a implementação desta mudança. Esta “marca” passou a ser vista no hospital como sinônimo de eficiência e disponibilidade, como mencionado por alguns entrevistados. A importância da formação do valor da marca é mencionada no estudo de Kumar (2015), avaliado na revisão de literatura.

- Material promocional e educativo pode ser usado como estratégia tanto para acessar os médicos, interesse principal deste estudo, como seus pacientes, reduzindo a resistência observada e descrita por estes profissionais. Folders, cartilhas e brochuras impressos podem ser distribuídos pelo

hospital, priorizando locais estratégicos como salas de espera, serviço de atendimento ao cliente, material de boas vindas entregue aos pacientes e familiares no momento da admissão hospitalar. Além disso, pode-se promover o serviço e facilitar o acesso à informação através das mídias digitais dos hospitais, como páginas em redes sociais, websites e outros. Pode-se enviar e-mails aos médicos cadastrados no corpo clínico do hospital com material informativo sobre o escopo de atuação da equipe, os benefícios que ela pode oferecer ao auxiliar na assistência aos pacientes e como contatá-la. Nesta última modalidade, poderia ser inserida a informação de que o trabalho é sempre conjunto, transmitindo a mensagem de que o médico assistente segue no controle e a equipe está lá apenas para auxiliá-lo. Esta seria uma estratégia para superar uma das barreiras descritas, que é a dificuldade no compartilhamento do cuidado por receio de perder o controle sobre a condução clínica do paciente.

- Reuniões com gestores para demonstrar a importância do serviço de cuidados paliativos, os benefícios que o programa pode trazer para o hospital, exemplificando com casos de sucesso e experiências positivas em outros hospitais, inclusive com um panorama do que é oferecido pelos concorrentes, e desta forma buscar financiamento para as equipes de cuidados paliativos com dimensionamento adequado para suprir a demanda, solucionando a barreira da insuficiência de equipes disponíveis através do engajamento dos gestores.

5.3.1.2.5. Posicionamento (*Positioning*) e Processo (*Process*)

Aqui serão discutidos tanto o posicionamento da equipe de cuidados paliativos dentro do hospital quanto o processo envolvido na entrega do serviço, pois ambos se relacionam. É crucial para o sucesso do serviço que uma equipe de cuidados paliativos posicione-se da maneira correta na instituição onde atua e estabeleça um processo de trabalho que se adeque ao perfil desta instituição. Em primeiro lugar, é fundamental obter apoio institucional a nível de gestão para o desenvolvimento do programa. Questões financeiras relacionadas aos modelos de remuneração em saúde sofrem forte influência dos cuidados paliativos (positiva ou negativamente sob a ótica do hospital) e por este motivo a atuação da equipe precisa estar alinhada com os objetivos gerenciais da instituição onde ela atua. Além disso, o posicionamento perante as demais equipes é extremamente importante. A equipe de cuidados paliativos precisa se relacionar com as demais equipes de maneira respeitosa, conquistando espaços através de uma relação de parceria e sem conflitos diretos nas tomadas de decisão. Importante lembrar que, até que a cultura dos cuidados paliativos se estabeleça de maneira mais ampla no hospital, a equipe de cuidados paliativos precisa ser cuidadosa ao sugerir as condutas, sempre se embasando em conhecimento técnico e evidências científicas e por muitas vezes precisando aceitar que apenas parte de suas sugestões sejam acatadas. Em função disso, o processo de trabalho deverá incluir critérios de acionamento previamente discutidos com as demais equipes e

estabelecimento de padrões para o acompanhamento dos pacientes (diário compartilhado com outra equipe, sob demanda, exclusivo pela equipe de cuidados paliativos) para diferentes perfis de pacientes e equipes médicas assistentes. Esta definição mais clara auxilia na barreira da dificuldade do compartilhamento do cuidado através de um maior entrosamento entre as equipes.

5.3.1.2.6. Pessoas (*People*)

As pessoas são peça fundamental na elaboração e implementação de uma estratégia de marketing. Para que haja sucesso neste processo, todos os envolvidos precisam ser escolhidos de maneira cuidadosa e adequadamente orientados. Os membros da equipe de cuidados paliativos precisam ser profissionais de alta capacidade técnica e também habilidosos nas relações interpessoais, a fim de garantir uma boa impressão para todos os envolvidos e desta forma evitar a barreira das experiências negativas com equipes de cuidados paliativos. Da mesma forma, deve-se selecionar nas demais equipes pessoas que demonstrem ter afinidade e receptividade ao tema, que são considerados como *champions*. Estes profissionais são de fundamental importância e funcionam como pontes entre o novo serviço e a realidade previamente existente, sensibilizando outras pessoas em relação ao tema e funcionando como replicadores de conhecimento. Saber identificar estas pessoas, encorajá-las e aproximá-las é uma estratégia brilhante na conquista do público alvo.

5.3.1.2.7. Ambiente físico (*Physical environment*)

Neste tópico, pode-se pensar sob a perspectiva de alocação de pacientes de acordo com as diferentes modalidades assistenciais possíveis num hospital. A equipe de cuidados paliativos pode ser uma equipe exclusivamente volante, que atenda a pacientes internados em diversos setores do hospital, pode ser uma equipe atuante apenas um setor específico, designado para pacientes em cuidados paliativos, ou uma combinação das duas modalidades. Ambientes físicos específicos para pacientes em cuidados paliativos possuem algumas vantagens, como possibilidade de decoração do setor de forma mais humanizada, contar com equipe multidisciplinar completa selecionada por perfil e treinada para este tipo de atuação, facilidade logística de atendimento para a equipe de cuidados paliativos, que não desperdiça tempo com deslocamentos e com isso pode acompanhar um maior número de pacientes. O ideal em geral é uma combinação das duas modalidades (ambiente específico e equipe volante para atender aos demais setores na forma de parecer) e a definição das características do ambiente onde ocorrerá a entrega do serviço deve ser um ponto a ser avaliado ao se estabelecer um plano de divulgação de um serviço de cuidados paliativos.

5.3.2. Monitoramento

5.3.2.1. Avaliação do processo

Durante a implementação do plano de marketing, devem ser colhidas informações com os principais envolvidos (equipe de cuidados paliativos atuando em campo, médicos encaminhadores, equipe de saúde multidisciplinar, gestores hospitalares, pacientes e familiares) a fim de identificar necessidade de aprimoramento no processo e resultados preliminares.

5.3.2.2. Avaliação de resultado

Após a campanha de marketing ser implementada, é necessário avaliar sua efetividade. Deve-se estabelecer KPIs (*Key Performance Indicators*) para monitoramento de resultados, que podem incluir desde dados simples e objetivos como o número absoluto de encaminhamentos, passando pelo *timing* do encaminhamento (análise da precocidade), satisfação de profissionais que encaminharam pacientes ao serviço, até uma reavaliação das atitudes e crenças dos profissionais em relação aos cuidados paliativos, esta última podendo ser comparada aos dados obtidos na pesquisa de base. É fundamental que o hospital onde se pretende implantar o serviço conheça seus dados iniciais e estabeleça metas, que serão monitoradas através destes KPIs.

5.3.2.3. Análise do impacto

Por último, é importante que após um determinado período de ocorrência da campanha, seja feita uma análise do impacto. Esta avaliação pode incluir uma análise dos desfechos clínicos observados nos pacientes elegíveis a cuidados paliativos, como local do óbito, controle de sintomas, luto de familiares, satisfação com a assistência de saúde prestada no hospital através de métricas como NPS e também uma análise de desfechos econômicos, como custo evitado no tratamento destes pacientes. Em última instância, a análise do impacto, juntamente com as análises de processo e resultados, permitirá aperfeiçoamentos contínuos, guiando os próximos passos do projeto de marketing de um serviço de cuidados paliativos. A meta deverá ser que este serviço torne-se acessível a 100% dos pacientes que dele necessitam.

6. Conclusões, Limitações e Sugestões para Futuras Pesquisas

Através do presente estudo foi possível concluir que há diversas barreiras para o encaminhamento de pacientes para cuidados paliativos, mesmo nos casos em que este acompanhamento traria grandes benefícios para os pacientes, seus familiares e a própria equipe de saúde que o assiste. As barreiras descritas pelos médicos brasileiros não diferem muito das barreiras descritas em literatura internacional, mesmo com as diferenças existentes nos contextos socioculturais. Entretanto, este estudo não apenas confirmou as similaridades entre a realidade brasileira e as dos demais países já estudados como sistematizou de maneira mais abrangente as diferentes barreiras descritas e estabeleceu correlação entre elas e com os possíveis facilitadores encontrados. Além disso, valeu-se de conhecimentos específicos da área do marketing para propor estratégias mais objetivas e eficazes para transpor estas barreiras, algo até então inédito na literatura existente sobre o tema.

Uma das limitações identificadas nesta pesquisa foi o fato de haver uma única investigadora principal e também pesquisadora de campo, o que não permitiu que fosse realizada uma revisão por pares (*peer review*) dos dados obtidos na análise. Além desta questão, identifica-se como possível viés o fato de a entrevista ter sido realizada por uma profissional que atua diretamente em cuidados paliativos, fato conhecido pelos sujeitos da amostra, e por isso há o risco de que aspectos negativos relacionados aos cuidados paliativos não tenham sido explorados com completa honestidade por parte dos médicos entrevistados por receio de constranger o entrevistador. A fim de minimizar este viés, antes do início da entrevista foi reforçada a importância das respostas honestas e diretas para alcançar o objetivo da pesquisa, especialmente em relação aos aspectos negativos envolvidos.

Outra limitação do estudo foi o fato de, apesar de multicêntrico, ter sido realizado em um recorte bastante específico de hospitais brasileiros, que são hospitais privados de uma grande capital e que atendem a uma população de perfil socioeconômico mais privilegiado. Por este motivo, não foram contempladas outras barreiras como dificuldade de acesso aos serviços de saúde de maneira geral ou carência de recursos da população, mencionadas em outros estudos latino-americanos. Outra limitação foi o fato de apenas um dos *stakeholders* envolvidos ter sido avaliado, o que representa apenas uma parte das barreiras para o concreto estabelecimento de serviços de cuidados paliativos em hospitais. Ainda assim, o estudo sem dúvidas trouxe grande contribuição teórica sobre o tema, especialmente na realidade brasileira, mas não apenas. A demonstração da complexa correlação entre barreiras e facilitadores e a aplicação prática de conceitos do marketing podem auxiliar profissionais de qualquer parte do mundo no estabelecimento de estratégias mais objetivas para vencer as barreiras comuns a tantas realidades distintas.

A investigadora sugere que sejam realizadas pesquisas em outros perfis de hospitais e setores da saúde, como hospitais públicos, assistência domiciliar, serviços comunitários, a fim de obter um retrato mais abrangente das barreiras encontradas nestas diferentes realidades. Além disso, faz-se necessária também uma análise das barreiras a serem descritas pelos outros *stakeholders* envolvidos, que são pacientes, familiares, gestores e representantes políticos.

7. Referências bibliográficas

- Alam, I. 2002. An exploratory investigation of user involvement in new service development. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 30(3): 250-261.
- Andreasen, A. R., 1994. Social Marketing: Its definition and Domain. *Journal of Public Policy and Marketing*. 13(1): 108-114.
- Andreasen, A. R., 2002. Marketing Social Marketing in the Social Change Marketplace. *Journal of Public Policy and Marketing*. 21(1): 3-13.
- Aslakson, R., Cheng, J., Vollenweider, D., Galusca, D., Smith, T. J., & Pronovost, P. J. 2014. Evidence-based palliative care in the intensive care unit: a systematic review of interventions. *Journal of palliative medicine*. 17(2): 219-235.
- Bakitas, M. A., Tosteson, T. D., Li, Z., Lyons, K. D., Hull, J. G., Li, Z., ... & Azuero, A. 2015. Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 33(13): 1438-1445.
- Benini, F., Orzalesi, M., Santi, A., Congedi, S., Lazzarin, P., Pellegatta, F., De Zen, L., Spizzichino, M., & Alleva, E. 2016. Barriers to the development of pediatric palliative care in Italy. *Anali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 52(4): 558-564.
- Berry, L. L., & Bendapudi, N. 2007. Health Care: a Fertile Field for Service Research. *Journal of Service Research*, 10(2): 111-122.
- Bluck, S., Mroz, E. L., & Baron-Lee, J. 2019. Providers' Perspectives on Palliative Care in a Neuromedicine-Intensive Care Unit: End-of-Life Expertise and Barriers to Referral. *Journal of Palliative Medicine*, 22(4): 364-369.
- Bogetz, J. F., Root, M. C., Purser, L., & Torkildson, C. 2019. Comparing Health Care Provider-Perceived Barriers to Pediatric Palliative Care Fifteen Years Ago and Today. *Journal of Palliative Medicine*, 22(2): 145-151.
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., & Terry G. 2018. Thematic Analysis. In: P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences*, vol. 2: 843-860. Singapore: Springer Nature.
- Braun, V., & Clarke, V. 2012. Thematic analysis. In: H. Cooper (Ed.), *APA handbook of research methods in psychology*, vol. 2: 57-71. Washington, DC: APA books.
- Braun, V., & Clarke, V. 2006 Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2): 77-101.
- Carter, G., van der Steen, J. T., Galway, K., & Brazil, K. 2017. General practitioners' perceptions of the barriers and solutions to good-quality palliative care in dementia. *Dementia*, 16(1): 79-95.
- Casarett, D., Pickard, A., Bailey, F. A., Ritchie, C., Furman, C., Rosenfeld, K., ... & Shea, J. A. 2008. Do Palliative Consultations Improve Patient Outcomes? *Journal of American Geriatric Society*, 56(4):593-599.

- Chenail, R. J. 2011. Interviewing the Investigator: Strategies for Addressing Instrumentation and Researcher Bias Concerns in Qualitative Research, *The Qualitative Report*, 16(1): 255-262.
- Chong, L., & Kahlid, F. 2014. Paediatric palliative care in Malaysia: Survey of knowledge base and barriers to referral. *Progress in Palliative Care*, 22(4): 195-200.
- Collins, R. L., Wong, E. C., Breslau, J., Burnam, M. A., Cefalu, M., & Roth, E. 2019. Social Marketing of Mental Health Treatment: California's Mental Illness Stigma Reduction Campaign. *American Journal of Public Health*, 109(53): S228-S235.
- Crié, D., & Chebat, J-C. 2013. Health marketing: Toward an integrative perspective. *Journal of Business Research*, 66(1): 123-126.
- Dalberg, T., Jacob-Files, E., Carney, P. A., Meyrowitz, J., Fromme, E.K., & Thomas, G. 2013. Pediatric Oncology Providers Perceptions of Barriers and Facilitators to Early Integration of Pediatric Palliative Care. *Pediatric Blood Cancer*, 60(11): 1875–1881.
- Dann, S., 2010. Redefining social marketing with contemporary commercial marketing definitions. *Journal of Business Research*, 63(2): 147-153.
- Davies, N., Maio, L., Vedavanam, K., Manthorpe, J., Vernooij-Dassen, M., & Iliffe, S. 2014. Barriers to the provision of high-quality palliative care for people with dementia in England: a qualitative study of professionals' experiences. *Health and Social Care in the Community*, 22(4): 386–394.
- Dibb, S., 2014. Up, up and away: social marketing breaks free, *Journal of Marketing Management*, 30(11-12): 1159-1185.
- Donkor, A., Luckett, T., Aranda, S., & Phillips, J. 2018. Barriers and facilitators to implementation of cancer treatment and palliative care strategies in low- and middle-income countries: systematic review. *International Journal of Public Health*, 63(9): 1047-1057.
- Earp M. A., Sinnarajah A., Kerba, M., Tang P. A., Rodriguez-Arguello, J., King S., Watanabe, S. M., & Simon, J. E. 2018. Opportunity is the greatest barrier to providing palliative care to advanced colorectal cancer patients: a survey of oncology clinicians. *Current Oncology*, 25(5): 480-485.
- Elrod, J. K., & Fortenberry Jr, J. L. 2018. Target marketing in the health services industry: the value of journeying off the beaten path. *BMC Health Services Research*, 18(3): 923.
- Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. 2016. Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistic*, 5(1): 1-4.
- Fadul, N., Elsayem, A., Palmer, J. L., Del Fabbro, E., Swint, K., Li, Z., ... & Bruera, E. 2009. Supportive versus palliative care: what's in a name? A survey of medical oncologists and mid-level providers at a comprehensive cancer center. *Cancer*, 115(9): 2013-2021.
- Fassbender, K., & Watanabe, S. M. 2015. Early palliative care and its translation into oncology practice in Canada: barriers and challenges. *Annals of Palliative Medicine*, 4(3): 135-149.

- Fine, P. G. 2008. Hospice Underutilization in the United States: The Misalignment of Regulatory Policy and Clinical Reality. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(5): 808-815.
- Florez, S. P., Tovar, M. B., Leon, M. X., Villegas, K., Villamizar, D. P., & Granados, C. E. 2015. Caracterización del conocimiento en cuidado paliativo pediátrico y percepción de barreras por parte de los pediatras y residentes de pediatría. *Medicina Paliativa*, 22(4): 127-135.
- Fusch, P. I, & Ness, L. R. 2015. Are We There Yet? Data Saturation in Qualitative Research. *The Qualitative Report*, 20(9): 1408-1416.
- Gelfman, L. P., Kalman, J., & Goldstein, N. E. 2014. Engaging Heart Failure Clinicians To Increase Palliative Care Referrals: Overcoming Barriers, Improving Techniques. *Journal of Palliative Medicine*, 17(7): 753-760.
- Gordon, R. 2012. Re-thinking and re-tooling the social marketing mix. *Australasian Marketing Journal*. 20(2): 122-126.
- Grier, S., & Bryant, C. A. 2005. Social Marketing in Public Health. *Annual Review of Public Health*, 26: 319-339.
- Guest, G., Namey, E., Taylor, J., Eley, N., & McKenna, K. 2017. Comparing focus groups and individual interviews: findings from a randomized study, *International Journal of Social Research Methodology*, 20(6): 693-708.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. 2006. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1): 59–82.
- Higginson, I. J., & Evans, C. J. 2010. What Is the Evidence That Palliative Care Teams Improve Outcomes for Cancer Patients and Their Families? *Cancer Journal*, 16(5): 423-435.
- Horlait M., Chambaere K., Pardon K., Deliens, L., & Van Belle, S. 2016. What are the barriers faced by medical oncologists in initiating discussion of palliative care? A qualitative study in Flanders, Belgium. *Supportive Care Cancer*, 24(9): 3873-81.
- Howard, D. H., David, G., & Hockenberry, J. 2017. Selective Hearing: Physician-Ownership and Physicians' Response to New Evidence. *Journal of Economics & Management Strategy*, 26(1): 152–168.
- Hu, K., & Feng, D. 2016. Barriers in Palliative Care in China. *The Lancet*, 387(10025): 1272.
- Jerwood, J., Phimister, D., Ward, G., Holliday, N., & Coad, J. 2018. Barriers to palliative care for people with severe mental illness: Exploring the views of clinical staff. *European Journal of Palliative Care*, 25(1): 20-25.
- Johnson, C., Paul, C., Girgis, A., Adams, J., & Currow, D. C. 2011. Australian General Practitioners' and Oncology Specialists' Perceptions of Barriers and Facilitators of Access to Specialist Palliative Care Services. *Journal of Palliative Medicine*, 14(4): 429-435.
- Kavalieratos, D., Mitchell, E. M., Carey, T. S., Dev, S., Biddle, A. K., Reeve, B. B., ... & Weinberger, M. 2014. "Not the 'Grim Reaper Service'": An Assessment of Provider Knowledge,

Attitudes, and Perceptions Regarding Palliative Care Referral Barriers in Heart Failure. *Journal of the American Heart Association*, 3(1): e000544.

Kotler, P., & Zaltman, G. 1971. Social Marketing: An Approach to Planned Social Change. *Journal of marketing*, 35(3): 3-12.

Kraychete, D. C., & Garcia, J. B. S. 2019. The adequate use of opioids and the position of the Latin American Federation of Associations for the Study of Pain, *Brazilian Journal of Pain*, (2): 99-100.

Kumar, V., Cohen, G. S., & Rajan, B. 2015. Establishing brand equity among business-to-business referral sources in the emerging markets: The case of specialty medical practices. *Industrial Marketing Management*, 51: 26-34.

Kyeremanteng, K., Beckerleg, W., Wan, C., Vanderspank-Wright, B., D'Egidio, G., Sutherland, S., Hartwick, M., Gratton, V., & Sarti, A. J. 2019. Survey on Barriers to Critical Care and Palliative Care Integration. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, article in press – published online in August, 2019.

Latham, S. R., 2004. Ethics in the Marketing of Medical Services. *The Mount Sinai Journal of Medicine*. 71(4): 243-250.

Le, B. H., Mileschkin, L., Doan, K., Saward, D., Spruyt, O., Yoong, J., ... & Philip, J. 2014. Acceptability of Early Integration of Palliative Care in Patients with Incurable Lung Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 17(5): 553-8.

Luca, N. R., Hibbert, S., & McDonald, R. 2016. Towards a service-dominant approach to social marketing. *Marketing Theory*, 16(2): 194–218.

Lynch, T., Clark, D., Centeno, C., Rocafort, J., De Lima, L., Filbet, M., ... & Wright, M. 2010. Barriers to the development of palliative care in Western Europe. *Palliative Medicine*, 24(8): 812–819.

Mason, M. 2010. Sample Size and Saturation in PhD Studies Using Qualitative Interviews. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 11(3).

May, P., Normand, C., Cassel, J. B., Del Fabbro, E., Fine, R. L., Menz, R., ... & Morrison, R. S. 2018. Economics of palliative care for hospitalized adults with serious illness: a meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 178(6): 820-829.

Meier, D. E., Back, A. L., Berman, A., Block, S. D., Corrigan, J. M., & Morrison, R. S. 2017. A National Strategy for Palliative Care. *Health Affairs*, 36(7): 1265–1273.

Meier, D. E., & Brawley, O. W. 2011. Palliative care and the quality of life. *Journal of clinical oncology*, 29(20): 2750-2752.

Miyashita, M., Hirai, K., Morita, T., Sanjo, M., & Uchitomi, Y. 2008. Barriers to referral to inpatient palliative care units in Japan: a qualitative survey with content analysis. *Supportive Care Cancer*, 16(3): 217–22.

- Morin, L., Aubry, R., Frova, L., MacLeod, R., Wilson, D. M., Loucka, M., ... & Teno, J. 2017. Estimating the need for palliative care at the population level: A cross-national study in 12 countries. *Palliative Medicine*, 31(6): 526–536.
- Patton, M. Q. 2005. Qualitative research. In: B. S. Everitt & D. C. Howell (Eds.), *Encyclopedia of statistics in behavioral Science*: vol. 3: 1633-1636. Chichester: John Wiley & Sons.
- Rozman, L. M., Campolina, A. G., López, R. V. M., Kobayashi, S. T., Chiba, T., & de Soarez, P. C. 2018. Early Palliative Care and Its Impact on End-of-Life Care for Cancer Patients in Brazil. *Journal of palliative medicine*, 21(5): 659-664.
- Ryan, T., Gardiner, C., Bellamy, G., Gott, M., & Ingleton, C. 2011. Barriers and facilitators to the receipt of palliative care for people with dementia: The views of medical and nursing staff. *Palliative Medicine*, 26(7): 879–886.
- Sarradon-Eck, A., Besle, S., Troian, J., Capodano, G., & Mancini, J. 2019. Understanding the Barriers to Introducing Early Palliative Care for Patients with Advanced Cancer: A Qualitative Study. *Journal of Palliative Medicine*, 22(5): 508-516.
- Schneider B., & Bowen, D. E. 2010 Winning the Service Game: Revisiting the Rules by Which People Co-Create Value. In: P. Maglio, C. Kieliszewski & J. Spohrer (Eds.), *Handbook of Service Science*: 31-59. Boston, MA: Springer.
- Seow, H., O’Leary, E., Perez, R., & Tanuseputro, P. 2018. Access to palliative care by disease trajectory: a populationbased cohort of Ontario decedents. *BMJ Open*, 8(4):e021147.
- Rundle-Thiele, S., David, P., Willmott, T., Pang, B., & Hay, L. E. 2019. Social marketing theory development goals: an agenda to drive change. *Journal of Marketing Management*, 35(1-2): 160-181.
- Smith, C. B., Nelson, J. E., Berman, A. R., Powell, C. A., Fleischman, J., Salazar-Schicchi, J., & Wisnivesky, J. P. 2012. Lung cancer physicians’ referral practices for palliative care consultation. *Annals of Oncology*, 23(2): 382–387.
- Spranzi, M. 2013. The French euthanasia debate: exception and solidarity. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 22(3): 254–262.
- Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., ... & Billings, J. A. 2010. Early palliative care for non-small-cell metastatic lung cancer. *New England Journal of Medicine*, 363(8): 733-742.
- Temel, J. S., Greer, J. A., El-Jawahri, A., Pirl, W. F., Park, E. R., Jackson, V. A., ... & Rinaldi, S. P. 2017. Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 35(8): 834-841.
- Thomas, R. K. 2008. *Health Services Marketing*. New York: Springer-Verlag.
- Twamley, K., Craig F., Kelly, P., Hollowell, D. R., Mendoza, P., & Bluebond-Langner, M., 2014. Underlying barriers to referral to paediatric palliative care services: Knowledge and attitudes of

health care professionals in a paediatric tertiary care centre in the United Kingdom. *Journal of Child Health Care*, 18(1): 19–30.

Uribe, C., Amado, A., Rueda, A. M., & Mantilla, L. 2019. Barriers to access to palliative care services perceived by gastric cancer patients, their caregivers and physicians in Santander, Colombia. *Ciencia & saude coletiva*, 24: 1597-1607.

Weissman, D. E., Block, S. D., Blank, L., Cain, J., Cassem, N., Danoff, D., ... & Wheeler, H. B. 1999. Recommendations for incorporating palliative care education into the acute care hospital setting. *Academic Medicine*, 74(8): 871-877.

World Health Organization, 2002. Palliative care definition.
<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

World Health Organization, 2014. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf

Zainuddin, N., Previte, J., & Russell-Bennett, R. 2011. A social marketing approach to value creation in a well-women's health service. *Journal of Marketing Management*, 27(3-4): 361-385.

Zaltman, G. & Vertinski, I. 1971. Health Service Marketing: A Suggested Model. *Journal of Marketing*, 35(3): 19-27.

Ziehm, J., Farin, E., Schäfer, J., Woitha, K., Becker, Z., & Köberich, S. 2016. Palliative care for patients with heart failure: facilitators and barriers - a cross sectional survey of German health care professional. *BMC Health Services Research*, 16(1): 361.

8. Anexos

Anexo 1 – Roteiro da entrevista

Roteiro da Entrevista

Parte I – Características do entrevistado

1. Nome, ano de formatura, especialidade
2. Local onde trabalha e cargo que ocupa
3. Se lida com pacientes portadores de doenças que ameacem a vida

Parte II – Conhecimento acerca de cuidados paliativos

4. Quais os pacientes elegíveis para cuidados paliativos?
5. Qual o melhor momento para acionamento da equipe?
6. Em que a equipe de cuidados paliativos pode auxiliar?
7. Considera este acompanhamento desnecessário, desejável ou imprescindível?

Parte III – Comportamento relativo ao encaminhamento

8. Costuma encaminhar os pacientes elegíveis para equipes de cuidados paliativos?
9. Como foi a experiência prévia em relação ao acompanhamento dos pacientes encaminhados?
10. Quais as barreiras que identifica para o encaminhamento?
11. Quais estratégias as equipes de cuidados paliativos podem adotar como facilitadores para o encaminhamento?
12. Comentários adicionais

Anexo 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo/pesquisa intitulado(a) “Rompendo barreiras para o encaminhamento para cuidados paliativos através de estratégias de marketing”, conduzida por Marina Sevilha Balthazar dos Santos. Este estudo tem por objetivo analisar as barreiras e facilitadores no encaminhamento de pacientes para o cuidado paliativo, a fim de desenvolver estratégias específicas que facilitem o acesso dos pacientes a esta modalidade de tratamento.

Você foi selecionado(a) por sua atuação junto a pacientes com doenças ameaçadoras da vida e sua importância no contexto da instituição onde atua. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Sua participação não é remunerada nem implicará em gastos para você. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a algumas perguntas em uma entrevista concebida em modelo semiestruturado, buscando ser o mais honesto(a) possível em suas respostas. As entrevistas terão seus áudios gravados e posteriormente transcritos, sendo as transcrições enviadas aos participantes por e-mail para eventuais correções necessárias e validação do conteúdo. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Os participantes serão identificados através de número, sem menção às suas características pessoais. No que tange ao conteúdo e análise de discurso, só serão divulgadas citações que não comprometam a confidencialidade do entrevistado. O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições participantes. Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua e a outra do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os contatos do pesquisador, através dos quais você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Marina Sevilha Balthazar dos Santos, coordenadora da equipe de cuidados paliativos do Americas Medical City. Tel: 21 999431698 / E-mail: marinasevilha@yahoo.com.br.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Nome do participante: _____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____