

Percepção da equipe de saúde sobre aplicação dos cuidados paliativos à pessoa submetida a transplante cardíaco

Perception of the health team on the application of palliative care to the person undergoing heart transplantation

Lorena Campos de Souza¹ , Virna Ribeiro Feitosa Cestari¹ , Raquel Sampaio Florêncio¹ ,
Amanda Caboclo Flor¹ , Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago¹ , Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa¹ 

RESUMO

Objetivo: elucidar a relação entre cuidados paliativos e transplante cardíaco na visão da equipe de transplante e desenvolver um mapa mental que ajude a repensar a abordagem paliativa à pessoa pós transplante cardíaco. **Métodos:** estudo descritivo, com abordagem qualitativa, foi realizado por meio de entrevista semiestruturada, com 17 profissionais de saúde. O *corpus* constituído foi processado pelo *software* IRaMuTeQ. Utilizou-se análise de conteúdo de Minayo, e elaboração de mapa mental. **Resultados:** as narrativas revelaram dificuldade em estabelecer critérios para indicar uma pessoa pós transplante cardíaco para o cuidado paliativo. Medo, preconceito e falta de conhecimento retardam a abordagem paliativa. O mapa mental evidencia condições que podem ser consideradas para a indicação de cuidados paliativos para pessoas em pós transplante cardíaco. **Conclusão:** a abordagem paliativa no contexto do transplante cardíaco, na visão dos profissionais, é permeada por sentimentos negativos e déficit de informações por parte das equipes. O mapa mental proposto elucidou elementos que podem orientar os profissionais para a inserção da pessoa pós transplante cardíaco na abordagem paliativa.

Descritores: Cuidados Paliativos; Transplante de Coração; Assistência Integral à Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Objective: to elucidate the relationship between palliative care and heart transplantation in the view of the transplant team, and to develop a mind map that helps to rethink the palliative approach to the person after heart transplantation. **Methods:** a descriptive study with a qualitative approach was carried out through a semi-structured interview with 17 health professionals. The constituted corpus was processed by the IRaMuTeQ software. Minayo's content analysis and mind map were used. **Results:** the narratives revealed difficulty in establishing criteria to indicate a person after heart transplantation for palliative care. Fear, prejudice and lack of knowledge delay the palliative approach. The mind map shows conditions that can be considered for the indication of palliative care for people after heart transplantation. **Conclusion:** the palliative approach in the context of heart transplantation, in the view of professionals, is permeated by negative feelings and lack of information on the part of the teams. The proposed mind map brought elements that can guide professionals for the insertion of the person after heart transplantation in the palliative approach.

Descriptors: Palliative Care; Heart Transplantation; Comprehensive Health Care; Patient Care Team.

¹ Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza (CE), Brasil. E-mails: lorena.2306@hotmail.com, virna.ribeiro@hotmail.com, raquelsampy@hotmail.com, amandacf2417@outlook.com, jenifacs@yahoo.com.br, pessoa_vera@hotmail.com.

Como citar esse artigo: Souza LC, Cestari VRF, Florêncio RS, Flor AC, Santiago JCS, Pessoa VLMP. Percepção da equipe de saúde sobre aplicação dos cuidados paliativos à pessoa submetida a transplante cardíaco. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2022 [cited _____];24:69387. Available from: <https://doi.org/10.5216/ree.v24.69387>.

Autor correspondente: Lorena Campos de Souza. E-mail: lorena.2306@hotmail.com.

Recebido em: 22/06/2021. **Aceito em:** 11/07/2022. **Publicado em:** 30/12/2022.

INTRODUÇÃO

Apesar da melhora na expectativa de vida decorrente da terapêutica clínica, o transplante cardíaco ainda é a principal alternativa para a insuficiência cardíaca refratária⁽¹⁾. Conforme os registros do *Global Observatory on Donation and Transplantation* (GODT), em 2020 foram realizados 5.981 transplantes de coração no mundo⁽²⁾. Segundo os dados da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), realizaram-se entre janeiro de 2009 a dezembro de 2019, 3.269 transplantes cardíacos no Brasil.

A sobrevida da pessoa submetida ao transplante cardíaco está em torno de uma década, contudo, no Brasil, ocorre sobrevida de mais de 20 anos em numerosos grupos. A melhora inegável na qualidade de vida após a cirurgia não dispensa a necessidade de acompanhamento constante, uma vez que o risco de complicações e de óbito permanecem elevados⁽³⁾. Diante de complicações, é inevitável considerar a probabilidade de sofrimento e de morte desses pacientes, surgindo a necessidade de cuidados paliativos, voltados para o conforto, uma vez que não há perspectiva de cura.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽⁴⁾, cuidados paliativos são abordagens que melhoram a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias, enfrentando os problemas associados à doenças com risco de morte, por meio da prevenção, assim como alívio do sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. Para a ampliação dos cuidados paliativos no contexto brasileiro, é necessário fomentar o suporte educacional e o treinamento profissional, assim como divulgar e ampliar a percepção das possibilidades de cuidado paliativo e cuidados no fim da vida, para toda a sociedade⁽⁵⁾.

Cuidados paliativos ainda são muito concentrados em pacientes oncológicos. Embora esse componente já não esteja presente em suas definições mais recentes, ainda há uma visão de palição associada a abandono e ausência de alternativa⁽⁶⁾. O transplante, por sua vez, é associado ao renascimento⁽⁷⁾.

Buscando conhecer as publicações sobre essas temáticas (cuidados paliativos e transplante cardíaco) foi realizada, preliminarmente, uma busca exploratória na literatura, evidenciando-se uma lacuna no conhecimento, predominando estudos em oncologia.

As particularidades inerentes ao contexto do transplante cardíaco exigem dos profissionais cuidados que possibilitem restaurar danos e limitações e que ultrapassem os aspectos meramente técnicos, uma vez que pode ocorrer uma evolução que implique em cuidados paliativos. Assim, faz-se necessário conhecer as percepções da equipe sobre a temática, para construir uma nova forma de se comportar diante dos pacientes e famílias em palição. Só assim será possível perceber o ser transplantado em sua integralidade.

Nesse sentido, objetivou-se elucidar a relação entre cuidados paliativos e transplante cardíaco na visão da equipe de transplante e desenvolver um mapa mental que ajude a repensar a abordagem paliativa à pessoa pós transplante cardíaco.

MÉTODOS

Tipo do estudo

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado entre os meses de março a junho de 2018. Seguiu as diretrizes do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ)⁽⁸⁾.

Cenário do estudo

O cenário do estudo foi a Unidade de Transplante e Insuficiência Cardíaca (UTIC) de um hospital terciário, da rede pública, o qual é referência em atendimento a pessoas com doenças cardiopulmonares, transplantes cardíacos de adultos e crianças, além de atender pacientes dos 184 municípios do Ceará e das regiões Norte e Nordeste do Brasil.

População

Foram incluídos profissionais da equipe multiprofissional de saúde, que atuavam na assistência ao paciente transplantado há pelo menos um ano. Foram excluídos aqueles que no período da coleta estivessem afastados de suas atividades profissionais. Deste modo, foram entrevistados 17 profissionais, dentre os quais 10 eram enfermeiros, dois médicos, duas assistentes sociais, uma nutricionista, um fisioterapeuta e uma psicóloga.

Coleta de dados

No intuito de conhecer a percepção da equipe de transplante cardíaco sobre os cuidados paliativos e a indicação dessa abordagem ao paciente transplantado, utilizou-se como instrumento de coleta de dados uma entrevista semiestruturada, que teve como ponto de partida a seguinte questão: Qual é a sua percepção sobre a aplicabilidade de cuidados paliativos ao paciente pós transplante cardíaco?

As entrevistas foram individuais e conduzidas em ambientes fora do consultório. Para deixar o entrevistado à vontade para discorrer sobre o assunto, utilizou-se um smartphone com aplicativo de gravador de voz. Em seguida, as falas foram integralmente transcritas e conferidas por dois pesquisadores.

Posteriormente, com base nos resultados, desenvolveu-se um mapa mental para ajudar a repensar a abordagem paliativa dentre os pacientes transplantados cardíacos.

Análise e tratamento dos dados

Depois de transcritas, as entrevistas foram lidas e organizadas com o apoio do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ)*, o qual possui enfoque qualitativo e quantitativo e possibilita diversos diferentes processamentos e análises estatísticos de *corpus* textuais⁽⁹⁾.

Para a análise das entrevistas foi realizada uma comparação das respostas. Inicialmente, exploraram-se as estatísticas textuais clássicas, com uso da lexicografia básica e pesquisa de especificidades por grupos de palavras. Logo depois, para as análises multivariadas, optou-se pelo método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), Análise de Similitude ou de Semelhanças e Nuvem de palavras. Na CHD, os seguimentos textuais ou unidades de contexto elementar (UCE) são classificados em função dos seus respectivos vocábulos e de valores de qui-quadrado mais elevados na classe, tendo em vista a compreensão de que eram significativos para a análise qualitativa dos dados. Todas as palavras selecionadas para compor as classes do dendrograma possuíam $p < 0,001$, indicando associação estatisticamente significativa⁽⁹⁾.

Seguiu-se com a realização da análise de similitude, que constitui o modelo matemático ideal para o estudo da relação entre objetos discretos de qualquer tipo e possibilita identificar as concorrências entre as palavras e seu resultado. No intuito de identificar as palavras-chave das falas dos pacientes, recorreu-se à nuvem de palavras, pois esta possibilita o agrupamento das palavras e as organiza em função da sua frequência⁽¹⁰⁾.

A partir da organização e processamento dos discursos, o vocabulário foi identificado e quantificado em relação à frequência e posicionamento no texto, submetidos à cálculos estatísticos, para, então, serem analisados e interpretados de acordo com a análise de conteúdo de Minayo⁽¹¹⁾.

Construção do mapa mental

Os resultados foram apresentados por meio de um mapa mental a fim de propor o repensar da abordagem paliativa à pessoa pós transplante cardíaco. Para fim de propor o repensar da abordagem paliativa à pessoa pós transplante cardíaco, optou-se por apresentar os resultados por meio da construção de um mapa mental (*Mind Map*). A técnica foi desenvolvida por Buzan⁽¹²⁾ com a intenção de ajudar a criar visualmente o registro de fatos e ideias de forma estruturada, que favorecessem o significado do conteúdo, visando ao aprendizado e não apenas à memorização. Para tal, utilizou-se a ferramenta *Lucidchart* (<https://www.lucidchart.com>), espaço de trabalho visual que mescla diagramação, visualização de dados e colaboração, para acelerar a compreensão e promover a inovação, a partir dos resultados obtidos⁽¹²⁾.

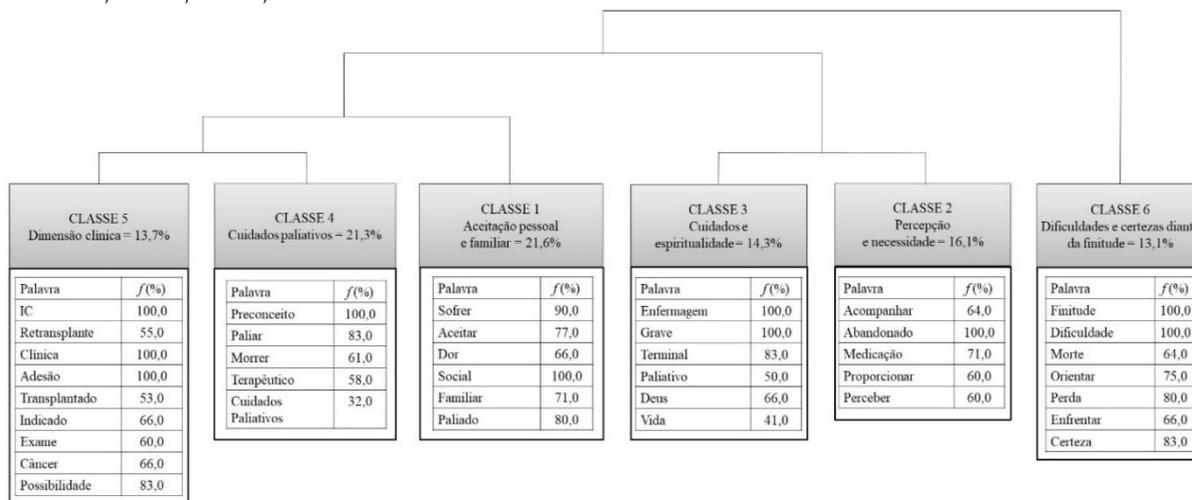
Aspectos éticos

Para preservar o anonimato dos pesquisados, as descrições das falas são apresentadas utilizando-se a letra P, de profissionais, seguida pelos algarismos arábicos de 1 – 17, correspondentes à ordem de realização das entrevistas. O presente estudo foi aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa da instituição lócus da pesquisa sob o número 2.051.518. Foram cumpridas todas as normas para pesquisa com seres humanos, presentes na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil⁽¹³⁾. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

O *corpus* resultante foi composto por 17 textos divididos em 372 segmentos, dos quais 329 foram analisados pelo software, o que equivale a um aproveitamento de 88,44%. Inicialmente, o software gerou seis classes (Figura 1).

Figura 1. Dendrograma das classes referentes aos cuidados paliativos a pessoa submetida ao transplante cardíaco, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018



Na representação pela nuvem de palavras (Figura 3), a qual agrupa as palavras e as organiza graficamente em função da frequência que aparecem no texto, observamos que “paciente” foi o termo mais citado pelos profissionais, logo seguido por “cuidados paliativos”. Observam-se ainda em destaque as palavras: família, médico, retransplante, transplante cardíaco, cuidado, conforto, qualidade de vida, vida, sofrimento, enfermagem, entender, morte. A posição das palavras na

nuvem também nos permite entender que o termo cuidados paliativos se apresenta de um modo transversal aos demais termos.

A partir das falas dos profissionais, os elementos que permeiam os cuidados paliativos no transplante cardíaco foram representados em um mapa mental para melhor visualização, proporcionando reflexão acerca do tema e auxiliando na indicação dos pacientes a essa abordagem (Figura 4).

Figura 3. Nuvem de palavras, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018

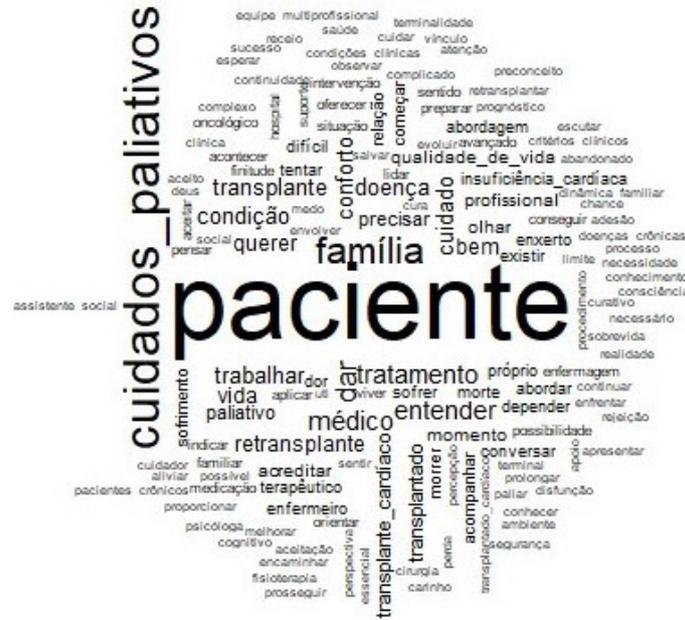


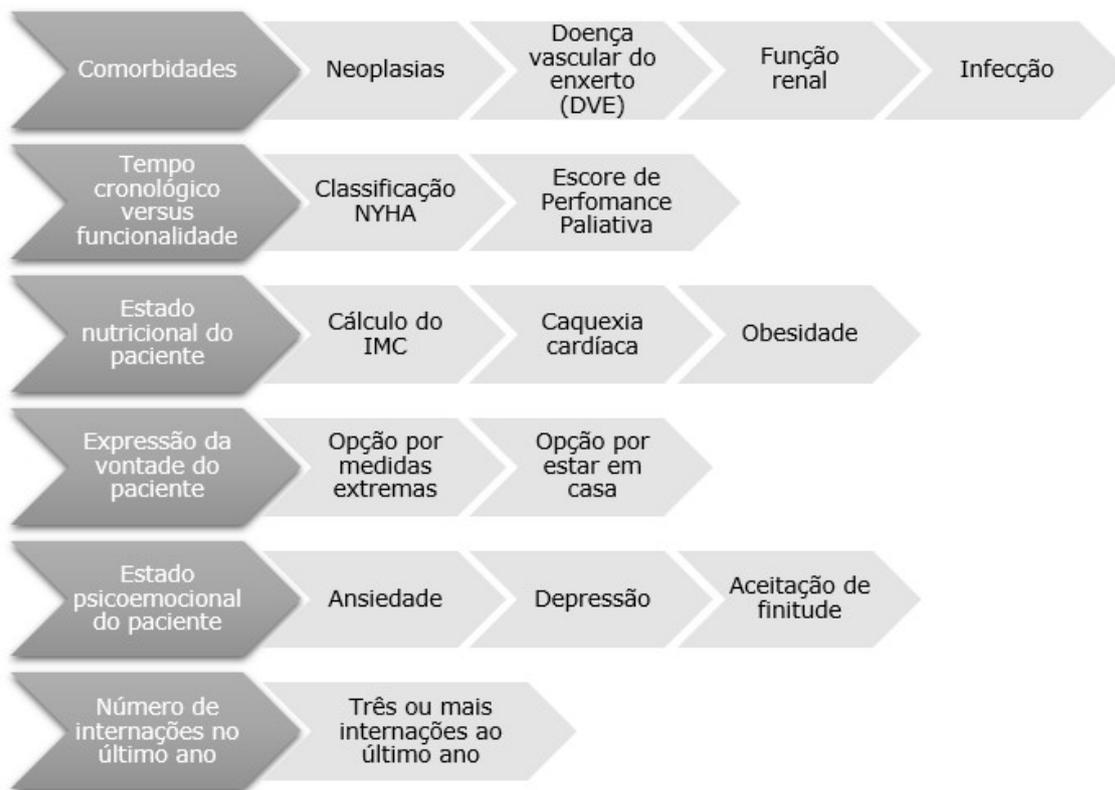
Figura 4. Mapa mental para repensar cuidados paliativos ao paciente transplantado, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018



Enfatiza-se que, o indispensável é que todas as dimensões e seus aspectos formadores (Figura 5) sejam analisados pela equipe, porém não necessariamente todos os itens devem estar presentes para que seja considerada a opção por cuidados

paliativos, uma vez que se trata de uma ferramenta para promover reflexão e auxílio para a potencial indicação aos cuidados paliativos e não de um instrumento restritivo de indicação

Figura 5. Aspectos formadores de cada dimensão do mapa mental, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018



DISCUSSÃO

O aproveitamento do *corpus* textual foi satisfatório⁽⁹⁾ e trouxe informações relevantes. No dendrograma, “familiar” aparece com maior frequência. Contudo, apesar de um percentual significativo, não é um conceito aprofundado. Na análise de similitude, família é um núcleo com conteúdo escasso e distanciado do núcleo paciente. As dificuldades vivenciadas pelo paciente, tais como medo da morte, da dor e da incerteza do futuro se estendem à família. Os cuidadores passam por muitas dificuldades devido a interferência na vida pessoal trazida pela atribuição de cuidar do ente adoecido⁽¹⁴⁾. Diante da realidade dessas famílias e principalmente da sobrecarga emocional e física daqueles que exercem a função de cuidadores, faz-se necessário trabalhar também esse familiar para uma aceitação, não apenas da finitude do ser cuidado, mas também da situação em que se encontra, pois, a abordagem paliativa também busca o bem-estar da família.

Sofrer foi outro termo com boa representatividade, o que demonstra a dificuldade dos profissionais em dissociar cuidados paliativos de sofrimento. O sofrimento com a terminalidade já começa na possibilidade do diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida e se estende até a morte propriamente dita, sofrimento este que é único em cada indivíduo. As doenças se repetem, o sofrimento não⁽¹⁵⁾. O transplante cardíaco confere maior sobrevida e uma boa qualidade de vida aos pacientes, no entanto, esses benefícios são mantidos à custa de restrições e uso de fármacos imunossupressores, que trazem consequências a longo prazo, tais como diabetes e outras.

O surgimento dessas complicações, as restrições e o risco de morte nos pacientes transplantados cardíacos legitimam a inserção de cuidados paliativos, porém existem fatores que dificultam a introdução dessa abordagem, como por exemplo, o preconceito relacionado à temática⁽¹⁶⁾. Observa-se pelo dendrograma de classes que “preconceito” é um vocábulo

expressivo, assim como é um dos ramos do núcleo cuidados paliativos da árvore de similitude.

Existe preconceito em relação à prática do cuidado paliativo, visto que as pessoas acreditam que ele se encaixa em um momento em que não há mais nada a se fazer pelo paciente, situação temida pela família e pelo médico que está cuidando do paciente⁽⁶⁾. A abordagem paliativa não exclui o uso de tecnologias e terapias diversas, mas busca fazer uso racional de tais recursos por meio de uma avaliação criteriosa sobre o custo-benefício da intervenção na vida do paciente; é preciso questionar até que ponto determinado procedimento será efetivo ou nocivo para o bem-estar do ser humano⁽¹⁵⁾.

Identificamos que termos como “Deus” e “Vida” tiveram representação significativa nas falas dos profissionais. A religiosidade/espiritualidade pode atenuar a atividade do sistema nervoso simpático e aumentar a ativação parassimpática, além de estar relacionada a níveis mais baixos de cortisol circulante ou à responsividade do cortisol e, portanto, podem contribuir para a redução das queixas somáticas, principalmente na melhora de parâmetros de depressão e ansiedade⁽¹⁷⁾. Para as pessoas que estão em cuidados paliativos, a espiritualidade dá um sentido de continuidade quando expressam que a vida não encerra com a morte física, inclusive ressaltando que, com o enfraquecimento do corpo, sentem o fortalecimento do espírito e vislumbram a morte como uma passagem para um outro lugar⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Além da espiritualidade, a dimensão clínica dos cuidados paliativos também foi relatada nas entrevistas e refere-se às condições clínicas e terapêuticas desses pacientes. Após algum tempo de transplante, o paciente pode apresentar novamente sintomas de insuficiência cardíaca (IC). Semelhante a outras condições crônicas, a IC determina acentuado sofrimento aos doentes. Ademais, os pacientes com essa síndrome têm a mínima compreensão de sua condição e menor envolvimento no processo de tomada de decisões relativas aos seus cuidados, além de serem os que menos recebem cuidados paliativos⁽²⁰⁾.

Ao fim da análise compreende-se que o fenômeno morte, assim como o nascimento, precisa ser protagonizado pelos sujeitos que vivenciam essa experiência, pois é um acontecimento essencialmente humano e as tecnologias existentes devem estar a serviço desse ser humano e não o inverso, pois não se trata apenas de um corpo adoecido, mas de uma pessoa que não deve ser objeto de intervenções desnecessárias.

Dentre os itens recomendados para uma reflexão sobre abordagem paliativa e tomada de decisão terapêutica, faz-se necessário atentar para outros elementos para além da idade cronológica do paciente, uma vez que, como fator isolado, não indica necessidade de palição. Deve-se avaliar a habilidade funcional desse paciente, haja vista que, segundo a OMS⁽²¹⁻²²⁾, não existe mais um idoso típico e as alterações do processo de senescência resultam não só de fatores genéticos,

mas, principalmente, da interação com o meio físico e social, de modo que os mais jovens podem apresentar declínio físico e mental mais significativo do que pessoas com idade mais avançada.

Além da idade é pertinente considerar o tempo de transplante. Até pelo menos um ano depois do procedimento existe a possibilidade de surgimento da doença vascular do enxerto (DVE), principal complicação desenvolvida por transplantados e maior responsável pela disfunção tardia do enxerto, além de ser a segunda causa mais comum de óbito em longo prazo⁽²³⁾. Deste modo, o item em questão necessita considerar não somente a quantidade de anos decorrida após o procedimento, mas o quanto a evolução da DVE foi deletéria a esse coração, ou seja, o que esse tempo representa na função cardíaca do paciente. O declínio da capacidade cardiovascular do paciente ocasiona sintomas de IC, o que torna útil avaliar também a classe funcional NYHA, pois pacientes em classe III e IV apresentam muitas limitações às atividades diárias.

Em pacientes recém transplantados também podem surgir complicações. Algumas vezes o paciente não retorna da cirurgia com um bom prognóstico, podendo ocorrer rejeição, infecção ou outros fatores decorrentes do próprio procedimento⁽³⁾. Nesse caso, é preciso rever a situação e quais procedimentos são viáveis para manutenção do conforto desse paciente, advertindo que, a depender da gravidade, medidas extremas são desaconselhadas⁽³⁾. Além da DVE e das complicações que podem ocorrer após o procedimento cirúrgico, outras comorbidades devem ser consideradas como a presença de problemas renais, neoplasias, diabetes, hipertensão, infecções⁽³⁾.

É relevante examinar a condição nutricional do paciente, pois tanto a subnutrição quanto a obesidade podem ser fatores impeditivos para uma cirurgia de retransplante, por exemplo, bem como para a recuperação do estado geral da pessoa⁽²³⁾. A avaliação nutricional é de suma importância em todo o curso da doença cardíaca, inclusive no seguimento pós-transplante, quer sigam-se as vias convencionais ou se opte por ações paliativistas⁽²³⁾.

As comorbidades em questão e a necessidade de realização constante de exames e procedimentos culmina em sucessivas internações para estabilizar o quadro do paciente⁽²⁴⁾. Deste modo, outro componente que merece ser avaliado é o número de internações no último ano; a função cardíaca do paciente se deteriora a cada descompensação da doença, ou seja, mesmo que haja uma estabilização do quadro, esta acontecerá em nível inferior ao estado antes da internação. Portanto, um alto número de internações em curto intervalo de tempo representa um mau prognóstico⁽²⁴⁾.

Ademais, o estado psicoemocional do paciente e da família também se deteriora a cada internação e é imprescindível para decidir sobre a condução do tratamento⁽²⁴⁾. São dias de sofrimento, distanciamento dos familiares, modificações

na rotina dessas pessoas, o que torna esperado e até mesmo justificado que em algum momento do processo haja o desejo de parar, ou pelo menos de reduzir, tantas internações e procedimentos.

Com esta proposta retoma-se ao princípio original de que a ação de paliar pacientes e famílias não deverá estar restrita àquelas situações clínicas comumente esperadas⁽²⁵⁾, como por exemplo, nas condições oncológicas. Logo, a expectativa é de que na reunião dos aspectos particulares relacionados a diferentes dimensões, os profissionais que cuidam e assistem os pacientes submetidos ao transplante cardíaco e familiares sintam-se encorajados a repensar os cuidados paliativos não como uma sentença, mas sim como qualidade de vida quando esta anuncia a proximidade do seu fim.

O estudo traz como benefício a possibilidade de reavaliar cuidados paliativos aos pacientes transplantados, uma vez que muitos destes encontram-se em condições passíveis de receberem esses cuidados, mas não recebem indicações formais, o que compromete a qualidade da assistência e o bem-estar do paciente. Entretanto, o estudo encontra limitações uma vez que foi realizado em um único centro transplantador.

Propõe-se a realização de novos estudos sobre a temática, no intuito de aplicar e difundir o conhecimento científico em torno do mesmo, tendo em vista que outros centros transplantadores podem vivenciar realidades distintas e/ou complementares, as quais precisam ser exploradas.

CONCLUSÃO

Repensar cuidados paliativos no transplante cardíaco é desafiador devido à associação feita entre transplantar e renascer. Os discursos revelaram que há um caminho extenso a ser percorrido até que pacientes transplantados cardíacos se beneficiem da abordagem paliativa considerando que essa abordagem, na visão dos profissionais, é permeada por sentimentos negativos e por déficit de informações por parte das equipes. O desenvolvimento do mapa mental mostrou um processo complexo, pois envolveu a necessidade de equilibrar as especificidades do transplante cardíaco com os princípios paliativistas. O mapa mental se mostra útil à medida que contém elementos dos cuidados paliativos no transplante cardíaco e pode orientar a inserção destes cuidados ao paciente transplantado, contudo seu uso não exige a equipe de analisar cada caso em busca da melhor tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

1. Moraes ACF, Fonseca OCL Neto. The use of meld score (model for end-stage liver disease) and derivatives in cardiac transplantation. *Arq Bras Cir Dig.* 2018;31(2):e1370. doi: [10.1590/0102-672020180001e1370](https://doi.org/10.1590/0102-672020180001e1370)
2. Global Observatory on Donation and Transplantation; World Health Organization; Organización Nacional de Trasplantes. Global Report on Organ Donation and Transplantation 2020. Activity and legislative & organizational issues [Internet]. Toledo (ES): aulamédica; 2022 [cited 2022 Dec 28]. Available from: <http://www.transplant-observatory.org/wp-content/uploads/2022/07/2020-Global-report-para-web.pdf>
3. Bacal F, Marcondes-Braga FG, Rohde LEP, Xavier Júnior JL, Brito FS, Moura LAZ, et al. 3ª Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco. *Arq Bras Cardiol.* 2018;111(2):230-89. doi: [10.5935/abc.20180153](https://doi.org/10.5935/abc.20180153)
4. World Health Organization. Definition of palliative care [Internet]. Genebra (SW): World Health Organization; c2020 [cited 2020 May 10]. Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/#:~:text=Palliative%20care%20is%20an%20approach,pain%20and%20other%20problems%2C%20physical%2C>
5. Souza Filho BAB, Tritany EF, Smethurst WS, Barros MVG. Inserção dos Cuidados Paliativos na formação dos profissionais de educação física. *Rev. bras. ativ. fis. saúde* 2021;26:e0184. doi: [10.12820/rbafs.26e0184](https://doi.org/10.12820/rbafs.26e0184)
6. Souza LC, Cestari VRF, Nogueira VP, Furtado MA, Oliveira IMM, Moreira TMM, et al. Análise da evolução histórica do conceito de cuidados paliativos: revisão de escopo. *Acta Paul Enferm.* 2022 ;35:eAPE01806. doi: [10.37689/acta-ape/2022AR018066](https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR018066)
7. Martins R. Da dor ao dom: memória e trajetória do ser transplantado. *Revista de Ciências Sociais* [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 28];52(2):273-312. Available from: <http://periodicos.ufc.br/revcienso/article/view/43391>
8. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-57. doi: [10.1093/intqhc/mzm042](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042)
9. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: free software for analyzing textual data. *Temas em Psicologia.* 2013;21(2):513-8. doi: [10.9788/TP2013.2-16](https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16)
10. Mattos PLCL. A entrevista não-estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise. *Rev. Adm. Pública* [Internet]. 2005 [cited 2022 Dec 28];39(4):823-48. Available from: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6789>
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013. 408p.
12. Buzan T. Mapas mentais e sua elaboração: um sistema definitivo de pensamento que transformará a sua vida. São Paulo: Cultrix; 2005. 118p.

13. Resolução N° 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR) [Internet]. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 12 dez 2012 [cited 2022 Dec 28]. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
14. Arantes ACQ. A morte é um dia que vale a pena viver. Rio de Janeiro: Casa da Palavra; 2016. 192 p.
15. Vicensi MC. Enfermagem em cuidados paliativos. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina: Letra Editorial; 2016. 60 p.
16. Gimenez CPC, Sangoi KCM, organizadores. Olhares interprofissionais sobre vida e morte: mediação entre a vida e a terminalidade pelo Direito, Saúde e Bioética. Porto Alegre: Editora Fi; 2021. 283p.
17. Oliveira JY, Rolim Neto ML. Espiritualidade em cuidados paliativos: uma revisão sistemática com metanálise. Rev. Mult. Psic. 2018;12(40):28. doi: [10.14295/online.v12i40.1081](https://doi.org/10.14295/online.v12i40.1081)
18. Arrieira ICO, Thofehrn MB, Porto AR, Moura MPM, Martins CL, Jacondino MB. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03312. doi: [10.1590/S1980-220X2017007403312](https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017007403312)
19. Arrieira ICO, Thoferhn MB, Schaefer OM, Fonseca AD, Kantorski LP, Cardoso DH. O sentido do cuidado espiritual na integralidade da atenção em cuidados paliativos. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(Suppl 3):e58737. doi: [10.1590/1983-1447.2017.03.58737](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.58737)
20. Teixeira TG, Xavier LEF, Rosa LA, Fonseca CBR, Carvalho VT. Cuidados paliativos no manejo da insuficiência cardíaca. Rev Med Minas Gerais. 2015;25(Suppl 5):S14-7. doi: [10.5935/2238-3182.20150104h](https://doi.org/10.5935/2238-3182.20150104h)
21. Organização Mundial da Saúde. Resumo. Relatório mundial de envelhecimento e saúde [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2015 [cited 2022 Dec 28]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf
22. Dambros V. Variabilidade do peso corporal e parâmetros metabólicos em pacientes submetidos ao transplante cardíaco [Monografia na Internet]. [Porto Alegre]: Hospital de Clínicas de Porto Alegre; 2020 [cited 2022 Dec 28]. Available from: <http://hdl.handle.net/10183/218983>
23. Weschenfelder C, Figueira LV, Cabral TSS, Santos JS. Associação entre ferramenta de triagem e avaliação nutricional entre pacientes hospitalizados no município de Porto Alegre. BRASPEN J. 2020;35(2):144-8. Available from: [10.37111/braspenj.2020352007](https://doi.org/10.37111/braspenj.2020352007)
24. Mesquita ET, Jorge AJL, Rabelo LM, Souza Jr CV. Understanding Hospitalization in Patients with Heart Failure. Int. J. Cardiovasc. Sci. 2017;30(1):81-90. doi: [10.5935/2359-4802.20160060](https://doi.org/10.5935/2359-4802.20160060)
25. Owen MI, Braun LT, Hamilton RJ, Grady KL, Gary RA, Quest TE. Palliative care in heart transplantation. Prog Transplant. 2020;30(2):144-6. doi: [10.1177/1526924820913521](https://doi.org/10.1177/1526924820913521)

