

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO**  
**GRANDE DO SUL – CÂMPUS PORTO ALEGRE**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR COM ÊNFASE NA GESTÃO EM**  
**REDES**

**MORTE NO DOMICÍLIO: DIFICULDADES E DESAFIOS PARA**  
**FAMILIARES E EQUIPES DE SAÚDE**

**SIMONI CROCHI DOS SANTOS**

**ORIENTADORA: ADELAIDE LUCIA KONZEN**

**PORTO ALEGRE**

**2015**

Simoní Crochi dos Santos

MORTE NO DOMICÍLIO: DIFICULDADES E DESAFIOS PARA FAMILIARES E  
EQUIPES DE SAÚDE

Projeto apresentado como requisito à  
conclusão do curso de Especialização em  
Atenção Domiciliar com Ênfase na Gestão  
em Redes.

Orientadora:  
Adelaide Lucia Konzen

Porto Alegre, novembro 2015.

## Sumário

1 Introdução .....	4
2 Problema .....	5
3 Justificativa .....	6
4 Objetivos .....	7
4.1 Objetivo geral .....	7
4.2 Objetivos específicos .....	7
5 Revisão de Literatura .....	8
6 Metodologia .....	11
7 Cronograma .....	13
8 Recursos necessários .....	14
9 Resultados esperados.....	15
Referências Bibliográficas .....	16
Apêndices .....	17
Apêndice A .....	18
Apêndice B.....	20

## Resumo

Ao mesmo tempo em que a morte aterroriza a humanidade, ela também fascina, despertando fortes discussões quando as pessoas se propõem a falar a respeito. No entanto, ela tem sido encarada por muitos de maneira fria e distanciada. Sendo assim, este projeto tem por objetivo qualificar a assistência prestada pelas equipes do PAD, vinculadas ao Grupo Hospitalar Conceição, às pessoas que optam por morrer em casa. Investigando como os profissionais trabalham o tema da morte com a família e paciente, quais os sentimentos e conflitos que permeiam o imaginário dos profissionais, familiares e pessoas, tendo a casa como espaço de escolha para morrer e quais as dificuldades que os profissionais e familiares encontram para realizar o óbito no domicílio com qualidade. Com a implantação deste projeto de intervenção espera-se que os profissionais da equipe do PAD tenham melhor qualificação para lidar com o tema da morte no domicílio e que a autonomia do paciente sobre o local onde deseja estar em seus últimos momentos de vida seja respeitada.

**Palavras-chave:** morte, assistência domiciliar.

## 1 Introdução

O trabalho a que me propus desenvolver é um projeto de intervenção visando melhorias na atuação das equipes do Programa de Atenção Domiciliar (PAD), do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), através de revisões e repensar a respeito da prática de suas atividades sobre a temática da morte no domicílio.

Atualmente, com o envelhecimento e o aumento das doenças crônicas, como o câncer, um número cada vez maior de pessoas tem optado por morrer em casa, próximo a seus familiares, mas se deparam com inúmeras dificuldades inviabilizando o exercício deste direito.

Dialogar com equipe ou pacientes a respeito da morte sabe-se que não é uma tarefa fácil de ser realizada, mas a discussão é necessária, principalmente quando a família ou equipe tem algum membro em estado terminal ou doença crônica.

Pensar sobre a morte, nos remete a concluir que a vida realmente tem um fim e isso, automaticamente, desperta um senso de urgência. Obviamente que esta sensação se torna mais real quando nos deparamos com uma doença que ameaça a continuidade da vida. Por isto, é comum neste momento as pessoas refletirem sobre sua trajetória, seja acontecimentos bons ou ruins, pendências que ficavam postergando a resolução como relações mal resolvidas, conflituosas, etc.

Falar sobre o que incomoda pode nos ajudar a clarear pensamentos e a superar sofrimentos, por isso, enquanto profissionais de saúde, quanto mais capacitados e dispostos estivermos a ouvir, melhor poderemos ajudar nossos pacientes e colegas de trabalho a respeito deste tema tão delicado que é a morte.

## **2 Problema**

Dificuldades enfrentadas por pacientes, familiares e equipes na viabilização para assistência ao óbito no domicílio.

### 3 Justificativa

A questão da morte e do morrer, em geral, são tratadas de maneira fria e distanciada pela maioria dos profissionais de saúde e população. Este acontecimento fica claro quando se observa que o cuidado foi transferido do lar para os hospitais, onde os pacientes ficam rodeados de tecnologias duras e modernas, recebendo diversos procedimentos e sendo monitorados por pessoas estranhas, com restrições de horários e número de visitas.

Especialmente quando se trata de pacientes terminais, a assistência por vezes, deixa de ser prestada de forma humanizada, pois a cura não é mais possível. Já se olha para o paciente como se ele estivesse morto e desprovido de vontades e desejos. Preparar a família e o paciente para a morte, principalmente, quando se deseja que esta ocorra no domicílio é uma tarefa que deve ser tratada com muito respeito e honestidade, mas não é uma tarefa fácil tanto para a família quanto para a equipe de saúde.

Diante deste contexto, sabendo-se que a morte é um processo tão natural quanto o nascimento, somando-se à realidade enfrentada por profissionais e familiares em seu cotidiano para garantir o direito de escolha das pessoas em situação de terminalidade, faz-se necessário intervir para repensar as práticas a fim de viabilizar assistência qualificada aos óbitos domiciliares.

## **4 Objetivos**

### **4.1 Objetivo geral**

Identificar como é o cotidiano e quais as dificuldades vivenciadas por familiares e profissionais que prestam assistência às pessoas que escolhem morrer em casa.

### **4.2 Objetivos específicos**

Identificar quais os sentimentos e conflitos que permeiam o imaginário de pacientes, familiares e profissionais no enfrentamento do óbito no domicílio;

Apontar quais as dificuldades que os profissionais e familiares encontram para prestar assistência ao óbito no domicílio com qualidade;

Propor discussão de soluções para o enfrentamento destas dificuldades a partir da realidade encontrada.

## 5 Revisão de Literatura

Ao mesmo tempo em que a morte aterroriza a humanidade, ela também fascina, despertando fortes discussões quando as pessoas se propõem a falar a respeito. Um dos motivos destes extremos pode ser o fato de que ela é inacessível aos indivíduos que estão vivos (MENDES; LUSTOSA e ANDRADE, 2009).

Kovács (1992) afirma que ter consciência da própria finitude é determinante para a constituição dos seres humanos, pois a morte é concreta e se faz presente no dia-a-dia. No entanto, o homem busca a imortalidade e a forma como a morte é representada está relacionada ao contexto cultural em que os sujeitos estão inseridos, sendo a religião o principal orientador sobre os rituais de morte.

Em termos biológicos, a morte é um processo tão natural quanto o nascer e o desenvolver. No entanto, não se consegue na sociedade em geral, conversar com tamanha naturalidade sobre esta temática. Por muitos ainda é um tema ignorado, como se ao evitar-se falar do assunto, fosse impedir que a mesma lhes acometesse. Refletir a respeito torna-se inevitável, especialmente diante de um diagnóstico de uma doença crônica. Uma das hipóteses de que a morte não é encarada, em sua grande maioria, de forma natural, é devido ao fato de o ser humano ser dotado de crenças, valores e aspectos simbólicos que ele dá as coisas (PORTO e LUSTOSA, 2010).

Sousa (2000) relata no livro *Morte no Domicílio* que com o avanço dos serviços públicos de saúde nas modalidades assistenciais, dentre elas, o de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) trouxe à tona a questão que se o paciente pode ser tratado em casa, porque não seria possível ele morrer em casa? Outro questionamento que surgiu foi, o que de fato seria um tratamento bom e integral? Considerando-se que o serviço de saúde no Brasil era (e ainda é) muito hospitalocêntrico, onde os indivíduos desde o início de um tratamento até a morte não eram sujeitos nos seus processos, ou seja, era como se não possuíssem mais desejos e opiniões, com isto e principalmente nas grandes cidades, morrer em casa tornou-se exceção.

Ainda para este mesmo autor, as civilizações que encaravam a morte como um rito de passagem, tinham menos sofrimento psicológico. Ele refere que em geral, desejamos escolher sobre como queremos morrer. A morte no domicílio é um tema

que não deve ser encarado como um retrocesso da humanidade, mas sim como algo digno e respeitoso e que deve ser repensado por todos.

Diferentes profissionais já discursaram a respeito de conceituar o que é um paciente terminal, mas embora pareça, não é uma definição simples de ser estabelecida, talvez a dificuldade não esteja em reconhecer este momento, mas sim em objetivá-lo (GUTIERREZ, 2001).

Francisconi e Goldim, (2015) afirmam que o termo doente terminal é utilizado para pacientes que receberam um prognóstico de sobrevida não superior a seis meses. No entanto, independente da definição que se estabeleça, a terminalidade é de fato o eixo central do conceito.

Falar de terminalidade significa afirmar que a morte está próxima e parece ser inevitável, sendo inútil qualquer tentativa de se resgatar a saúde do indivíduo. O paciente, familiares e equipe médica se defrontam com o sentimento de impotência diante da morte, sem conseguir impedir que a mesma aconteça. Reconhecer que a vida de alguém está próxima do fim, em geral, é uma grande dificuldade carregada de sofrimentos significativos que precisam ser averiguados, especialmente quando o doente não consegue falar a respeito de suas angústias, e aos que ficam são tomados por sentimentos de culpa e por não ter feito tudo o que podiam (GUTIERREZ, 2001).

Reconhecer a terminalidade não significa que não há mais nada o que podemos fazer pelo paciente. Neste momento, principalmente, trabalhar de forma multidisciplinar com escuta ativa aos desejos do paciente e cuidados paliativos é imprescindível. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) os cuidados paliativos visam melhorar a qualidade de vida dos pacientes e famílias acometidos por alguma doença grave ou em fase terminal, objetivando o controle da dor e alívio de outros sintomas, proporcionando concomitantemente apoio espiritual e psicológico, desde o momento do diagnóstico até a morte e o luto.

Além dos cuidados paliativos, o apoio psicológico faz-se importante, visto que procura auxiliar o paciente a melhor entender e vivenciar além dos sintomas físicos, os sintomas psicológicos e demais percepções que se manifestam durante a fase terminal, possibilitando uma humanização do morrer (PORTO et al, 2010).

Em um estudo realizado por Sanches, Nascimento e Lima (2014) para investigar a experiência de familiares que cuidaram de crianças e adolescentes com

câncer em cuidados paliativos, particularmente ao final da vida, evidenciou-se que a maioria dos entrevistados desejava vivenciar a morte do filho juntos aos demais familiares em casa. O estudo revelou ainda a necessidade de se viabilizar o cuidado domiciliar com dispositivos que viabilizem o cuidado e capacitando os cuidadores para desenvolverem conhecimentos e habilidades tanto na manipulação dos equipamentos quando necessário como na identificação de possíveis complicações, disponibilizando atendimento contínuo de recursos humanos e materiais organizados em rede para prestar esta assistência.

O cuidador no contexto da internação domiciliar desempenha um papel importante no cuidado ao indivíduo enfermo, constituindo-se no elo interativo entre doente e equipe de saúde. A internação domiciliar traz a tona também as dificuldades que os familiares enfrentam ao ministrar o cuidado. É comum encontrarmos apenas uma pessoa como responsável pelo cuidado, onde conflitos, stress e exaustão estão presentes no ambiente familiar (SANCHES et al, 2014).

É cada vez maior a tendência de se transferir doentes terminais do hospital para o domicílio, no entanto, há questões culturais a respeito do óbito no domicílio. Se em um lado temos os familiares que temem não conseguir prestar uma assistência adequada ao doente, por outro, temos a equipe de saúde que, por vezes, tem dificuldade em lidar com a morte e em permanecer cuidando daquele indivíduo, mesmo quando já não existe mais a possibilidade de cura (RIZZATTI et al, 2011).

Outro receio comum aos familiares que estão com um doente terminal em casa quando ocorre o óbito, são as questões burocráticas como serviços funerários, aviso e declaração do óbito, especialmente aos finais de semana. Por isso é importante uma rede de apoio social e o diálogo com a equipe a respeito do óbito no domicílio para que quando ocorrer, os familiares saibam como proceder e a quem procurar tornando menos assustador este momento (RIZZATTI et al, 2011).

## 6 Metodologia

Neste projeto será utilizada a metodologia qualitativa, de natureza descritiva e exploratória. Neste método, a linguagem é expressa de forma descritiva, em termos não numéricos (Cozby, 2006).

O projeto será realizado com todos os profissionais que atuam nas equipes do PAD no GHC, na cidade de Porto Alegre/RS.

Após aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, será realizado um contato telefônico com o gestor do PAD, para marcarmos uma data a fim de apresentar a proposta e buscar a apreciação do mesmo. Havendo a concordância, será agendado um dia para divulgação aos profissionais que atuam nas equipes do PAD.

Na divulgação será explanado como transcorrerá e a duração do projeto. Está previsto a realização de dez encontros quinzenais, em horário previamente acordado durante o expediente de trabalho, de forma a viabilizar a participação de todos. O local será em uma sala a ser disponibilizada pela equipe do PAD. Ficará acordado o envio de um e-mail com 48h de antecedência dos encontros para lembrar os participantes.

No primeiro dia agendado será entregue um Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (Apêndice A), onde solicitaremos a leitura e assinatura dos participantes para continuação das atividades, caso estejam de acordo. O TCLE será armazenado por um período de 05 anos sob sigilo.

Nos encontros seguintes, será utilizado um Roteiro (Apêndice B) com questões abertas lançadas ao grupo para fomentar a discussão a respeito de diversas temáticas, como: terminalidade, morte no domicílio, autonomia no tratamento e diretivas antecipadas de vontade. As equipes poderão sugerir outros assuntos que identificarem ser difíceis de lidar no dia-a-dia da atenção domiciliar e indicarem para serem trabalhados com o grande grupo. A proposta é fazer com que as equipes dialoguem sobre como se sentem ao trabalhar com os pacientes e familiares estes temas.

Durante os encontros e ao término dos mesmos, o ministrante deste projeto, fará um registro das informações trabalhadas com os participantes, sem identificá-los. As verbalizações serão analisadas a partir da análise de conteúdo sugerida por

Bardin (1977) e agrupadas em categorias. De acordo com o autor, este tipo de análise visa conhecer o que está por trás das palavras do material a ser analisado através de um mecanismo de associação em categorias.

Será feito uma análise a cada final de sessão, visando aperfeiçoar as discussões nos próximos encontros. Após a execução do projeto, será feito um relatório com levantamento das principais dificuldades encontradas pelos profissionais sobre a morte no domicílio e sugestões de melhorias para o projeto.



## 8 Recursos necessários

Para implantação deste projeto de intervenção será necessário a disponibilização de recursos humanos e materiais, conforme segue abaixo:

Recursos humanos: profissionais das equipes PAD, um psicólogo a ser contratado via carta contrato.

Recursos materiais: sala de aula ou de reuniões, uma lousa branca, canetas para quadro branco, um projetor, um computador, mesa e cadeiras. Estes recursos serão fornecidos pelo hospital GHC.

<b>Itens</b>	<b>Valor</b>
Profissional Psicólogo	R\$ 120,00 hora
Folhas	R\$ 2,00
Caneta esferográfica	R\$ 7,00
Impressão	R\$ 12,00
<b>Total</b>	<b>R\$ 141,00</b>

Os itens da tabela serão custeados pela idealizadora deste projeto, exceto o item Profissional Psicólogo que deverá ser custeado pela instituição.

## **9 Resultados esperados**

Com a implantação deste projeto de intervenção espera-se que os profissionais da equipe do PAD sintam-se mais preparados e tenham melhor qualificação para lidar com o tema da morte no domicílio, respeitando a autonomia do paciente sobre o local em que este deseja passar seus últimos momentos de vida.

A ideia aqui não é esgotar esta temática, mas sim tornar menos aterrorizante aos profissionais o tema da morte, especialmente quando ocorrer no domicílio, para que possam melhor auxiliar os familiares e seus próprios colegas sobre como proceder quando esta ocorrer.

Obviamente que não será apenas com material técnico que os profissionais conseguirão abordar de forma mais natural o assunto com seus pacientes, mas também quanto mais estiverem dispostos a se conhecer, identificar e dialogar a respeito de suas próprias crenças, fantasias e religiosidade a respeito da morte, mais capacitados serão para trabalhar estes aspectos.

Acredito que a discussão desta temática, não deva se restringir aos profissionais envolvidos, mas possibilitar que essa discussão se amplie, a fim de viabilizar o cuidado em casa para melhorar a qualidade de vida e porque não de morte também? Penso que esta deva ser uma preocupação da sociedade como um todo, afinal, a morte faz parte do ciclo vital.

## Referências bibliográficas

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Editora 70, 1977.

COZBY, Paul Chris. **Métodos de pesquisa em ciência do comportamento**. São Paulo, SP: Editora Atlas, 2006.

DE SOUSA, João Bosco Alves. **Morte no domicílio**. Brasília, DF: Editora Coordenação de Processo Editorial/CGDI/SAA/SE, 2000.

FRANCISCONI, Carlos Fernando; GOLDIM, José Roberto. **Problemas de Fim de Vida: Paciente Terminal, Morte e Morrer**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/morteres.htm>>. Acesso em: 27 set. 2015.

GUTIERREZ, Pilar. Bioética: O que é o paciente terminal? **Revista da Associação Médica Brasileira**. [S.l.], v. 47, n. 2, p.92-92, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302001000200010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000200010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 set. 2015.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Morte e desenvolvimento humano**. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

MENDES, Juliana Alcaires; LUSTOSA, Maria Alice; ANDRADE, Maria Clara Mello. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 151-173, jun. 2009. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582009000100011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100011)>. Acesso em: 27 set. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados paliativos. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/es/>>. Acesso em: 07 set. 2015.

PORTO, Gláucia; LUSTOSA, Maria Alice. Psicologia hospitalar e cuidados paliativos. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.13, n. 1, p. 76-93, jun. 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582010000100007&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100007&lng=pt)>. Acesso em: 07 set. 2015.

RIZZATTI, Salete de Jesus Souza et al. Cuidados paliativos e o preparo para o óbito no domicílio: relato de experiência. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 865-868, jan./jun. 2011. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/viewFile/1683/1395>. Acesso em 05 set. 2015.

SANCHES, Mariana Vendrami Parra; NASCIMENTO, Lucila Castanheira; DE LIMA, Regina Aparecida Garcia. Crianças e adolescentes com câncer em cuidados paliativos: experiência de familiares. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 67, n. 1, p. 28-35, jan./fev. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000100028&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000100028&script=sci_arttext)>. Acesso em: 04 out. 2015.

## Apêndices

## **Apêndice A**



## GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. (Matriz) CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 596 F. 33572000 - Porto Alegre - RS - CEP 91350 200  
 Filiais: Hospital Fêmina, Hospital Cristo Redentor, Hospital Criança Conceição, Unidade de Pronto Atendimento Zona Norte Moacyr Scliar, Unidade de Saúde Santíssima Trindade, Unidade de Saúde Parque dos Maias, Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida, Unidade de Saúde Jardim Leopoldina, Unidade de Saúde Floresta, Unidade de Saúde Divina Providência, Unidade de Saúde Costa e Silva, Unidade de Saúde COINMA, Unidade de Saúde Barão de Bagé, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - CETPS, Centro de Atenção Psicossocial I - Infantil, Unidade de Saúde SESC, Centro de Atenção Psicossocial II - Adulto, Unidade de Saúde Conceição, Unidade de Saúde Jardim Itu e Centro de Atenção Psicossocial III - Alcool e Drogas.  
 Vinculado ao Ministério da Saúde - Decreto 99244/90

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico do Curso Especialização em Atenção Domiciliar com Ênfase na Gestão em Redes da Escola GHC, intitulada: **“Morte no domicílio: dificuldades e desafios para familiares e equipes de saúde”**, que tem como objetivo principal identificar quais os sentimentos e conflitos que permeiam o imaginário dos profissionais e familiares, tendo a casa como espaço de escolha para morrer. O tema escolhido se justifica pela importância de qualificarmos a assistência prestada aos pacientes e familiares que escolhem morrer em casa.

O trabalho está sendo realizado pela acadêmica de Psicologia Simoní Crochi dos Santos e sob a supervisão e orientação da prof<sup>a</sup> Adelaide Lucia Konzen.

Para alcançar os objetivos do estudo serão realizadas anotações das verbalizações emitidas nos encontros. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo(a) pesquisador(a) principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/12).

EU \_\_\_\_\_, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.

- De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a mim.

- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.

- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Simoní Crochi dos Santos, telefone 51 9224-2994 e-mail: simonicrochi@yahoo.com.br e endereço: Rua Três, nº 50 Torre 2 / apt 802 - Bairro Igara – Canoas/RS.

- Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14h:30min às 17h.

Declaro que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**Assinatura do entrevistado**  
**Nome:**

**Assinatura da pesquisadora**  
**Nome: Simoní Crochi dos Santos**

Este formulário foi lido para \_\_\_\_\_ (nome do paciente) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ por Simoní Crochi dos Santos enquanto eu estava presente.

**Assinatura da Testemunha**  
**Nome:**

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **Apêndice B**

## Roteiro para os encontros com a equipe PAD

Encontro 1: leitura do TCLE e levantamento de casos vivenciados de morte no domicílio.

Encontro 2: *Brainstorming* sobre a morte no domicílio.

Encontro 3: Diálogo a respeito da terminalidade, medos e angústias, abordando o tema da morte com paciente e familiares. O que penso sobre a morte?

Encontro 4: Autonomia do paciente na escolha do seu local para morrer.

Encontro 5: Diálogo sobre as questões: E se eu tivesse apenas um dia? Uma semana? Um mês? Um ano? O que eu faria? Quais seriam minhas prioridades?

Encontro 6: Nos últimos dias de vida, se eu pudesse escolher como gostaria de ser tratado? Já pensei a respeito das diretivas antecipadas de vontade?

Encontro 7: Tema livre a ser definido pela equipe no encontro 6.

Encontro 8: Tema livre a ser definido pela equipe no encontro 7.

Encontro 9: De que maneira posso contribuir para melhor auxiliar familiares e pacientes sobre o óbito no domicílio?

Encontro 10: Fechamento do projeto