

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE CASCAVEL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE- MESTRADO

BRUNA TAIS ZACK

**ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CUIDADO PALIATIVO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

CASCAVEL-PR
(Fevereiro/2023)

BRUNA TAIS ZACK

**ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CUIDADO PALIATIVO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

DISSERTAÇÃO apresentada ao Programa De Pós-Graduação em Biociências e Saúde — Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

Área de concentração: Políticas de saúde

ORIENTADORA: Profa. Dra. Gicelle Galvan
Machineski

CASCAVEL-PR
(Fevereiro/2023)

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Zack, Bruna Tais

Atuação dos profissionais de saúde no cuidado paliativo na atenção primária à saúde / Bruna Tais Zack; orientadora Gicelle Galvan Machinesk. -- Cascavel, 2023.

143 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Cascavel) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em BioCiências e Saúde, 2023.

1. Cuidados paliativos. 2. Cuidados paliativos na terminalidade da vida. 3. Atenção primária à saúde. 4. Pessoal de saúde. I. Machinesk, Gicelle Galvan, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

BRUNA TAIS ZACK

ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CUIDADO PALIATIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.



Orientadora: Prof. Dra. Gicelle Galvan Machineski
Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)



Prof. Dra. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso
Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)

Prof. Dra. Luciana Puchalski Kalinke
Universidade Federal do Paraná (UFPR)

CASCAVEL-PR
(Fevereiro/2023)

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação, acerca de um assunto tão emergente e significativo para a saúde coletiva, aos profissionais de saúde da equipe multiprofissional da atenção primária à saúde de Cascavel-PR e à Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), a qual proporcionou a oportunidade de explorar o tema. Dedico especialmente ao programa de pós-graduação de Biociências e Saúde, ao seu corpo docente, de admirável competência, em especial, à Prof. Dra. Gicelle, bem como à assistente Graselha Alves. Ainda, dedico à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a qual concedeu auxílio financeiro para o projeto, fator determinante para a viabilidade da sua conclusão.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento: Talvez, essa seja a parte mais complexa da presente dissertação, pois sou grata a tantos, alguns que possivelmente nem se recordam mais de mim. Existe um teorema de que somos um mosaico de todos com quem já convivemos e/ou amamos, logo, sou um mosaico com partes que foram construídas com diversos, gradativamente, ao longo da caminhada. Sou grata, então, ao Prof. Evandro (em memória) e à Prof. Andrea, do Colégio Estadual José de Anchieta de Ibema-PR. Eles acreditaram em mim muito antes de eu ver que era possível sonhar. Sem eles, com certeza, eu não estaria escrevendo esta dissertação. Sou grata aos professores da graduação, em especial, à Prof. Débora, Prof. Andrea, Prof. Nelsi, Prof. Ulmara e Prof. Beth. Elas inspiraram e ensinaram. Às professoras da residência, Prof. Débora, Prof. Maristela e Prof. Claudia, minha orientadora querida que me incentivou a buscar pelo mestrado. Sou grata aos professores do programa de Biociências e Saúde, em especial, à inspiradora Prof. Solange e à minha orientadora, Prof. Gicelle, acolhedora, compreensiva e competantíssima. À banca, que contribuiu gentilmente para aprimorar o trabalho, com as Prof. Beatriz e Prof. Luciana. Aos meus pais, Geci e Mario, que me apoiaram a voar o mais alto que eu conseguisse. À minha tia, Iolanda, que foi importante em tantos momentos. À minha mana, Maiara, que foi um pilar, entendeu minha ausência e incentivou a seguir firme sempre. Ao meu companheiro, Emilio, que fez da minha, a sua missão, além de ter feito tudo que estava a seu alcance para que eu pudesse dar o meu melhor. Sem ele, seria tão mais difícil. À minha amiga/irmã, Sonia. Sem ela, seria tão mais complicado. À minha amiga confidente, Drieli. Vocês foram preciosas, me entenderam e acolheram tantas vezes. Tem tantos mais a que sou extremamente grata que uma página não comportaria a todos. Mas cada ser que passou por mim, de alguma forma, contribuiu para a minha caminhada, seja como presente ou lição, montando esse mosaico que culminou nessa versão que vos agradece hoje. Então, obrigada a cada um de vocês.

RESUMO

ZACK, B.T. **Atuação dos profissionais de saúde no cuidado paliativo na atenção primária à saúde.** p.143. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós- Graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campus Cascavel, Unioeste, 2023.

Introdução: O cuidado paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e familiares que enfrentam problemas associados às doenças com risco de vida; e a atenção primária, como ordenadora e coordenadora, é responsável por acompanhar longitudinalmente tal usuário. **Objetivo:** Compreender a percepção dos profissionais da atenção primária em saúde quanto à atuação em cuidados paliativos em um município do oeste do Paraná. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa de literatura e de campo. A revisão foi realizada em maio de 2022, na Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores 'Cuidados Paliativos' and 'Atenção Primária à Saúde' and 'Pessoal de Saúde'; foram incluídos estudos em língua portuguesa que abordassem o tema de pesquisa. Obtiveram-se 132 publicações, sendo que sete atenderam aos critérios de inclusão, as quais foram organizadas em quadro sinóptico. A análise foi realizada por estatística descritiva e análise temática de Minayo. A pesquisa de campo, descritiva, qualitativa, com abordagem da fenomenologia social de Alfred Schütz, ocorreu no período de novembro de 2021 ao mês de março de 2022, em 16 das 44 unidades de atenção primária em saúde da rede pública do município, considerando o cálculo amostral estatístico de proporção pelo *Software R*[®]. Participaram do estudo 38 profissionais, sendo 12 médicos, 16 enfermeiros e 10 assistentes sociais. As informações foram coletadas mediante entrevista semiestruturada, com auxílio do aplicativo de gravação Recorder[®]. Os dados objetivos foram sistematizados pelo XLSTAT[®], enquanto os dados subjetivos foram sistematizados pelo IRaMuteQ[®]. **Resultados:** Na revisão integrativa de literatura, obtiveram-se cinco publicações. Identificaram-se duas unidades temáticas: dificuldades dos profissionais, com destaque à restrita disponibilidade da equipe; e dificuldades dos pacientes e familiares, com destaque ao acesso de suporte profissional para o manejo domiciliar. Na pesquisa de campo, foram 38 participantes, a saber, 16 enfermeiros (42,1%), 12 médicos (31,6%) e 10 assistentes sociais (26,3%), formados, em média, há 13 anos (13,3±8,8) e 8 anos exercendo o cargo atual (8,5±6,8). As unidades de sentido captadas foram: entendimento do conceito de cuidado paliativo; organização do processo de trabalho sobre o cuidado paliativo na unidade de saúde; referência e contrarreferência dos pacientes; percepção de como foi a oferta do cuidado paliativo durante a pandemia; possibilidades e expectativas para a assistência em cuidados paliativos e capacitação sobre o cuidado paliativo. Os profissionais entendem parcialmente o que é o cuidado paliativo, secundarizando a atuação interdisciplinar; o processo de trabalho possui significativas limitações nas suas percepções, intensificadas em função da pandemia do Sars-CoV-2; os *Motivos-porque* se voltam para a apreensão das dificuldades do processo de trabalho e os *Motivos-para* para as capacitações e ampliação das equipes. **Contribuições do estudo:** O estudo desvela a atuação desses profissionais de saúde e a realidade de tal cuidado, subsidiando a compreensão de suas motivações. Tal compreensão possibilita, como contribuições para a área, a discussão das necessidades desses profissionais em relação às adequações necessárias das

condições que culminem em um cuidado paliativo mais adequado em um agir futuro, bem como destaca a necessidade de implementação e aprimoramento de políticas públicas voltadas ao tema.

Palavras-Chaves: Cuidados paliativos; Cuidados paliativos na terminalidade da vida; Atenção primária à saúde; Pessoal de saúde.

ABSTRACT

ZACK, B.T. **Performance of health professionals in palliative care in primary health care.** p. 143. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campus Cascavel, Unioeste, 2023.

Introduction: Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and families facing problems associated with life-threatening illnesses; and primary care, as ordering and coordinating, is responsible for longitudinally monitoring such user. **Objective:** To understand the perception of primary health care professionals regarding their performance in palliative care in a municipality in western Paraná. **Methodology:** This is an integrative literature and field review research. The review was carried out in May 2022, in the Virtual Health Library, with the descriptors 'Palliative Care' and 'Primary Health Care' and 'Health Personnel', including studies in Portuguese that addressed the research topic. 132 publications were obtained, seven of which met the inclusion criteria, being organized in a synoptic table. The analysis was performed using descriptive statistics and Minayo's thematic analysis. Field research, descriptive, qualitative, with an approach to Alfred Schütz's social phenomenology, took place from November 2021 to March 2022, in 16 of the 44 primary health care units of the public network in the municipality, considering the statistical sample calculation of proportion by Software R®. The study included 38 professionals, 12 physicians, 16 nurses and 10 social workers. Information was collected through a semi-structured interview, with the help of the Recorder® recording application. Objective data were systematized by XLSTAT®, while subjective data were systematized by IRaMuteQ®. **Results:** In the integrative literature review, five publications were obtained. Two thematic units were identified: Difficulties of the professionals, with emphasis on the restricted availability of the team; and difficulties of patients and family members, with emphasis on access to professional support for home management. In the field research, of the 38 participants, 16 are nurses (42.1%), 12 doctors (31.6%) and 10 social workers (26.3%) with an average training time of 13 years (13.3 ± 8.8) and an average of 8 years in the current position (8.5 ± 6.8). The units of meaning captured were: Understanding the concept of palliative care; Organization of the work process on palliative care in the health unit; Referral and counter-referral of patients; Perception of how palliative care was offered during the pandemic; Possibilities and expectations for assistance in palliative care and Training on palliative care. Professionals partially understand what palliative care is, putting interdisciplinary action on the back burner, the work process has significant limitations in their perceptions, intensified due to the Sars-CoV-2 pandemic, the Reasons-why turn to the apprehension of difficulties of the work process and the Reasons-for for training and expanding the teams. **Study contributions:** The study reveals the role of health professionals and the reality of such care, supporting the understanding of their motivations. Such understanding makes it possible, as contributions to the area, to discuss the needs of these professionals in relation to the necessary adaptations of the conditions that culminate

in a more adequate palliative care in a future action, as well as highlighting the need to implement and improve public policies aimed at theme.

Keywords: Palliative care; Palliative care at the end of life; Primary health care; Health personnel.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1:	Distribuição da população brasileira em 2010	17
Figura 2:	Distribuição da população brasileira em 2021 e 2060	17
Figura 3:	Serviços/prestadores de cuidado paliativo no mundo	19
Fluxograma 1:	Resumo da busca na BVS baseada no modelo PRISMA	38
Figura 4:	Mapa de Cascavel-PR quanto à atenção primária dividido por distritos	43
Fluxograma 1:	Resumo da busca na BVS baseada no modelo PRISMA	54
Figura 1:	Dendrograma horizontal indicando as classes em que o corpus textual foi classificado, com a porcentagem de cada ST em relação ao corpus total	69
Figura 2:	Análise Fatorial por Correspondência sobrepostas	70
Figura 3:	Nuvem de palavras indicando as palavras que mais aparecem nas entrevistas	71
Figura 1:	Nuvem de palavras indicando as palavras que mais aparecem nas entrevistas.	108
Figura 2:	Frequência com que a palavra “equipe” aparece nos segmentos de texto em cada classe, levando em consideração a sua significância (χ^2)	112
Figura 3:	Frequência de “equipe” nos segmentos de texto, levando em consideração a sua significância (χ^2)	113

LISTA DE TABELAS

Quadro 1:	População, interesse e contexto - PICo	38
Quadro 1:	População, interesse e contexto - PICo	53
Quadro 2:	Síntese dos objetivos, resultados, discussões e conclusão do levantamento de literatura	56
Tabela 1:	Frequência de ST (f), Qui-quadrado (χ^2) e p-valor	88
Tabela 1:	Caracterização profissional, com frequência absoluta (n) e frequência relativa (%)	107

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AD	Atenção Domiciliar
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CP	Cuidados Paliativos
DAV	Diretiva Antecipada de Vontade
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IAHPC	<i>International Association for Hospice and Palliative Care</i>
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAID	Programa de Atendimento e Internação Domiciliar
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPS	<i>Palliative Performance Scale</i>
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	22
2.1 Objetivo geral	22
2.2 Objetivos específicos	22
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
4 METODOLOGIA	36
4.1 REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	36
4.1.1 Referencial teórico metodológico	37
4.1.2 Campo de pesquisa, população e amostra	38
4.1.3 Coleta, organização, apresentação, análise e interpretação de dados	39
4.2 PESQUISA DE CAMPO	40
4.2.1 Tipo de pesquisa e questões éticas	40
4.2.2 Referencial teórico-filosófico	40
4.2.3 Campo de pesquisa	42
4.2.4 População e amostra	43
4.2.5 Coleta de dados	45
4.2.6 Organização, apresentação, análise e interpretação de dados	46
5 RESULTADOS	49
ARTIGO I	51
ARTIGO II	64
ARTIGO III	84
ARTIGO IV	103
CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
REFERÊNCIAS GERAIS	124
APÊNDICE I – QUESTÕES NORTEADORAS	137
APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ECLARECIDO	139
APÊNDICE III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ECLARECIDO	140
ANEXO I - Parecer CEP	141
ANEXO II - Parecer CEP	142
ANEXO III - Parecer CEP	143

1. INTRODUÇÃO

A palavra “paliativo” é originada do latim “*palliun*”, que tem como significado o conceito de manto e proteção, trazendo a ideia de proteger do sofrimento aos que necessitam (ANCP, 2009). O termo cuidado paliativo (CP) possui um sinônimo, não incomum na literatura, a atenção paliativa (SILVA *et al.*, 2014; SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2019; KIRBY *et al.*, 2021), contudo, o CP é o mais frequente e adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o qual passou por algumas definições ao longo de sua história.

No ano de 1990, foi conceituado pela OMS como cuidados totais aos pacientes, cuja doença não respondia ao tratamento curativo, visando à qualidade de vida para eles e sua família. No ano de 2002, a OMS atualizou e definiu como assistência multidisciplinar, realizada a um indivíduo portador de uma doença que ameace a vida, bem como à sua família, melhorando a qualidade de vida e reduzindo o sofrimento; ademais, objetiva intervir nas demandas físicas, sociais, psicológicas e espirituais, baseado na prevenção e alívio do sofrimento (OMS, 2002).

Em 2017, a *International Association for Hospice and Palliative Care* - IAHPC (Associação Internacional para Hospice e Cuidados Paliativos) realizou a definição global de cuidados holísticos ativos, de indivíduos de todas as idades, com sofrimento importante relacionado à saúde devido a doenças graves, especialmente próximas ao final de vida, visando à qualidade de vida do paciente, família e cuidadores (RYAN *et al.*, 2020).

A última atualização do conceito define-o como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes que enfrentam problemas associados às doenças com risco de vida, bem como a suas famílias, aliviando sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento dos problemas físicos, psicossociais e espirituais (OMS, 2020).

Estima-se que mundialmente pelo menos 40 milhões de pessoas precisam desse cuidado e pelo menos 18 milhões de pessoas morrem com sofrimento e dor evitáveis. Estima-se também que mais de 75% da população mundial não tem acesso adequado aos analgésicos nessa fase, a fim de minimizar o sofrimento causado pela dor (WHPCA, 2015).

Nesse cenário mundial, o Brasil participou de um estudo realizado em 40 países que analisou a qualidade dos cuidados no final da vida, relevando a assistência

em saúde prestada na terminalidade em diversas categorias (ambiente para cuidados básicos, disponibilidade de serviços, custo, investimento e qualidade dos cuidados) mediante vasta revisão de literatura, levantamento de indicadores e entrevista com profissionais paliativistas, de outras áreas da saúde, economistas de saúde e sociólogos, contudo, o Brasil ocupou a 38ª colocação do índice de qualidade ao morrer, ficando à frente apenas de Uganda e Índia (ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2010).

Em um novo levantamento 5 anos após, em 80 países, o Brasil novamente não ocupou uma boa posição, ficando em 42ª colocação. Tal relatório explana que o país tem margem para melhoria quanto ao ambiente geral, qualificação de profissionais e aponta, ainda, a necessidade de arranjos na formação de redes para disposição do atendimento domiciliar (ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2015).

Para alcançar melhorias na qualidade do cuidado paliativo, há um momento oportuno para iniciá-lo, sendo esse o mais precoce possível. Segundo a OMS, o tratamento paliativo deve ser iniciado antes da fase final da doença, concomitantemente ao tratamento curativo, para melhor entendimento da progressão natural dos sinais e sintomas, a fim de possibilitar mais dias e qualidade de vida ao indivíduo (OMS, 2002).

Para seu início oportuno, é importante a definição dos critérios de elegibilidade e isso demanda avaliação complexa, bem como aprofundada da equipe, sendo a interdisciplinaridade uma possível resposta à dificuldade de avaliação do indivíduo de forma ampliada. Segundo Rios, Sousa e Caputo (2019), a interdisciplinaridade vem sendo apontada como alternativa para a busca de uma visão ampliada e respostas a questões complexas.

Uma equipe multiprofissional articulada pode prover uma assistência efetiva ao paciente nessas condições. Uma vez que a proposta da assistência ao paciente em CP seja em diversos aspectos (físico, mental, espiritual e social), a partilha de saberes, responsabilidades e resolução conjunta das demandas são fatores determinantes para o melhor cuidado (HERMES; LAMARCA, 2013).

Ainda, melhorar a qualidade de morte dos que possuem doenças ameaçadoras será continuamente mais necessário, a considerar o advento do aumento da longevidade humana (HERMES; LAMARCA, 2013). De acordo com o

censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE (IBGE, 2010) (figura 1), bem como o estudo de projeção da população brasileira (figura 2), revela-se uma tendência de inversão da pirâmide etária, com aumento da população mais velha em detrimento da população mais jovem (IBGE, 2008).



Figura 1: Distribuição da população brasileira em 2010 (IBGE, 2010)

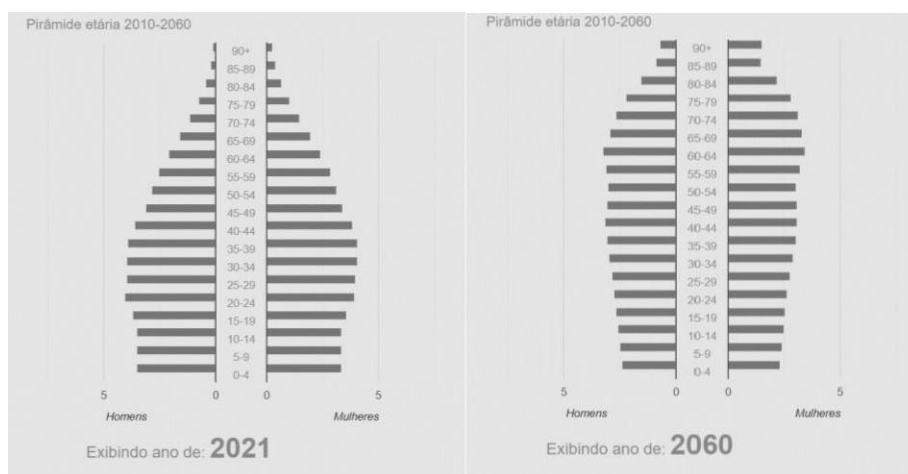


Figura 2: Distribuição da população brasileira em 2021 e 2060 (IBGE, 2008)

Tais mudanças demográficas e epidemiológicas estão relacionadas à maior incidência futura de pessoas idosas e, com elas, a ocorrência de mudança no perfil de saúde da população, bem como aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), responsáveis pela maior causa de morte na população idosa (CORTEZ *et al.*, 2019). Essas incluem doenças cardiovasculares, diabetes, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer, HIV/Aids, distúrbios psiconeurológicos e deficiências, algumas ligadas ao envelhecimento, outras a estilos de vida e hábitos

(VERAS, 2011), abrangendo diversas doenças com risco de vida, que têm indicação de manejo de sinais, sintomas e promoção de alívio do sofrimento.

Complementar a isso, vem sendo empregado, no processo de cuidados de fim de vida, o conceito de boa morte, que requer particularidades, como a ausência da dor no processo de morrer, ausência de sofrimento, respeito aos desejos do paciente na maneira de ser cuidado, de forma individualizada, preferencialmente no ambiente domiciliar (FLORIANI; SCHRAMM, 2008).

Embora seja mais clara a percepção da necessidade do CP na faixa etária mais avançada, a sua necessidade e indicação perpassam as questões etárias, pois, no mundo, todas as faixas etárias necessitam de algum grau de CP, como evidenciado no estudo da *Worldwide Hospice Palliative Care Alliance* (WHPCA), a Aliança Internacional de Cuidados Paliativos. Nele, estima-se que 40% dos indivíduos que necessitaram de CP tinham 70 anos ou mais; 27,1% eram adultos de 50 a 69 anos; 25,9% tinham de 20 a 49 anos e 7% tinham de 0 a 19 anos (WHPCA,2020).

Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021), beneficiam-se dele todos os pacientes que tenham uma doença incurável e junto dela apresentem algum dos seguintes critérios: idas e vindas à emergência; ou aumento da complexidade e maior dependência de cuidados; ou sintomas mal controlados; ou declínio funcional; ou se o profissional avaliador identificar que não se surpreenderia se o paciente morresse em um ano, ou não chegasse à fase adulta, em caso de paciente pediátrico (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021).

Há também uma tendência de associação da indicação do CP ao câncer, especialmente em seu estado terminal (HERMES; LAMARCA, 2013; PEREIRA *et al.*, 2017), contudo, ressalta-se que há outras doenças que se enquadram na indicação dos CP, se acompanhadas de marcadores de terminalidade. Dentre elas, as demências, em suas fases finais, insuficiências renais dialíticas graves, pacientes em filas de espera para transplante de órgãos, insuficiências cardíacas e doenças degenerativas (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021).

Apesar da exposta necessidade, a oferta do CP ainda é heterogênea no mundo e com pouco alcance em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, como identificado na figura 3 (WHPCA, 2020, p. 57). Nela, nota-se a baixa proporção de serviços de CP disponíveis no Brasil, 0,00 – 2,66 serviços prestadores de CP para 1 milhão de habitantes:

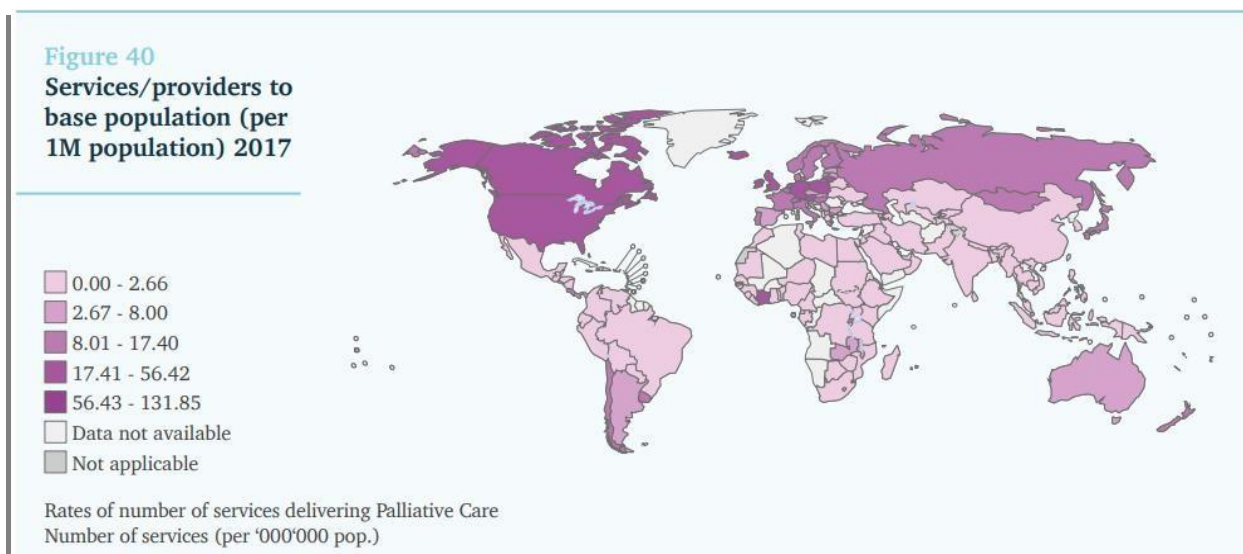


Figura 3: Serviços/prestadores de cuidado paliativo no mundo (WHPCA, 2020, p. 57)

Destaca-se que o tema ainda é um assunto novo na saúde brasileira, com diretrizes recentes, em processo de estruturação, de forma que vem sendo progressivamente desenvolvido no Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, há um importante marco, o ano de 2002, no qual houve a formulação da portaria que institui o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos no SUS (BRASIL, 2002a), bem como a publicação da portaria que criou os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica no SUS (BRASIL, 2002b).

No ano de 2005, publica-se a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos (BRASIL, 2005). Em 2009, tenta-se um projeto de lei que complementa as portarias e dispõe sobre o direito dos pacientes em fase terminal a possuírem atendimentos cabíveis, proporcionais e adequados, mediante os cuidados paliativos, minimizando o sofrimento que tal fase pode trazer (BRASIL, 2009).

Contribuindo também para a popularização do CP entre a população brasileira, foi publicado o livro “A morte é um dia que vale a pena viver”, que conta a história da autora e médica paliativista, de modo bem-humorado, sobre sua trajetória profissional; ademais, desmistifica alguns conceitos (ARANTES, 2019), fator importante quanto ao entendimento da população sobre a possibilidade de indicação em situações específicas.

Nota-se que o maior marco legal para a estruturação desse cuidado até então foi no ano de 2018, quando publicada a resolução que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos CP no SUS. Em sua extensão, dispõe sobre os papéis dos níveis

de atenção à saúde: a atenção domiciliar deve contribuir para que o ambiente domiciliar esteja preparado para a fase de terminalidade sempre que desejado e possível; a atenção ambulatorial deve atender às demandas provenientes de outros pontos de atenção; a urgência e emergência devem promover alívio de sinais e sintomas, ofertando conforto; a atenção hospitalar fica voltada para o controle de sintomas que não sejam passíveis em outro nível (BRASIL, 2018).

Já a Atenção Primária em Saúde (APS) é, nesse contexto, a ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, além de ficar responsável por acompanhar os usuários com doenças ameaçadoras à vida, prevalecendo o cuidado longitudinal, ofertado pelas equipes de atenção à saúde, com retaguarda dos demais pontos de atenção (BRASIL, 2018).

A organização dos CP deverá ter como objetivos o desenvolvimento de uma atenção humanizada, baseada em evidências, com acesso equitativo, abrangendo toda a linha de cuidado e todos os níveis de atenção de forma articulada, com ênfase à atenção primária, domiciliar e integração com os serviços especializados (BRASIL, 2018).

Cabe ressaltar que a atenção primária é composta por unidades de assistência formadas por equipes multiprofissionais destinadas às ações individuais e coletivas, com foco em prevenção, promoção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância à população de seu território de abrangência, sendo considerada a porta de entrada dos usuários no SUS (BRASIL, 2017a).

Nesse sentido, pensou-se em investigar como os profissionais de saúde percebem que acontece o cuidado paliativo em sua porta de entrada e ordenadora da rede, a atenção primária à saúde, na cidade de Cascavel-PR, município sede da 10ª Regional de Saúde, localizado no oeste do Paraná, por ser um município de referência em saúde na região.

Tal município possui 328.454 habitantes, 655 estabelecimentos de saúde, entre privados e públicos, 44 unidades primárias de saúde, 124 ambulatórios especializados, 3 unidades de pronto atendimento, 10 unidades móveis de urgência e emergência e 1 Programa de Atendimento e Internação Domiciliar (PAID), condições que permitem que o indivíduo em CP tenha atendimento com integralidade (PARANÁ, 2018). Diante disso, acredita-se que será um local que subsidiará consistentes informações referentes ao tema.

Assim sendo, questiona-se: “Como os profissionais de saúde percebem a atuação no cuidado paliativo na atenção primária de um município do oeste do

Paraná?”

Tem-se, como pressuposto, que os profissionais da atenção primária desconhecem o conceito de cuidados paliativos e, portanto, não compreendem que a assistência prestada aos que necessitam de cuidados paliativos seja relacionada a esse tipo de atenção; ademais, que os profissionais da atenção primária não realizam ações de cuidado paliativo.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender a percepção dos profissionais da atenção primária em saúde quanto à atuação em cuidados paliativos em um município do oeste do Paraná.

2.2 Objetivos Específicos

1. Entender a relação dos profissionais de saúde com o cuidado paliativo na atenção primária;
2. Identificar o perfil da equipe multiprofissional da atenção primária à saúde de um município do oeste do Paraná;
3. Compreender a percepção e motivação dos profissionais da atenção primária em saúde quanto à atuação em cuidados paliativos;
4. Compreender a percepção de atuação dos profissionais da atenção primária quanto ao atendimento do paciente paliativo durante os períodos mais críticos da pandemia do SARS-CoV-2;
5. Compreender a percepção da equipe da atenção primária à saúde quanto à atuação interdisciplinar no cuidado paliativo.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No mundo, o cuidado paliativo efetivou-se principalmente por meio da assistente social, enfermeira e médica, Cicely Saunders, na década de 1960, sobretudo, quando funda em Londres o *Saint Christopher's Hospice*. Ela teve grande importância no CP e é lembrada por atender os pacientes com foco no cuidado no indivíduo e não apenas na doença. Em 1970, um encontro dela com a psiquiatra norte americana, Elizabeth Klüber-Ross, fez crescer o movimento *Hospice* (MENEZES, 2004; GOMES; OTHERO, 2016).

A palavra *Hospice* deriva do conceito de lugares construídos para atendimento aos pacientes que irão a óbito em um tempo próximo. O movimento *Hospice* é voltado, portanto, para a assistência adequada aos indivíduos com doenças terminais (FLORIANI; SCHRAMM, 2010).

No ano de 1975, o canadense e médico, Balfour Mount, fundou a primeira unidade de cuidados paliativos em seu país. Logo, o tema foi ganhando espaço aos poucos em outros países. Na Argentina, em 1982, começou a haver a oferta do serviço e, em seguida, o ministério da saúde do país o reconheceu como especialidade médica (MENEZES, 2004).

A partir de então, o cuidado paliativo conquistou espaço na Europa, América, Austrália, África do Sul, Ásia, Japão, Taiwan, China e Coréia do Sul. Chegou ao Brasil em 1983, no estado do Rio Grande do Sul, expandindo-se para São Paulo, Rio de Janeiro, Santa Catarina e demais estados (MENEZES, 2004).

O CP foi sendo cada vez mais presente nas discussões, pois, no mundo contemporâneo, passamos pela "Era do Envelhecimento", segundo a Organização das Nações Unidas (MARTINS; LOPES, 2017); com o advento do envelhecimento da população, ocorreu o surgimento de um novo padrão de processo saúde-doença e novos modelos de saúde são necessários.

Considerando a integralidade, um dos princípios básicos do SUS, a assistência ao final da vida deve necessariamente ser incluída, de modo que o CP seja ofertado integralmente visando à qualidade de vida, e não à manutenção sofrida da vida, o que revela que o CP não necessariamente se caracteriza pelo espaço físico, mas por uma "filosofia de cuidados" (COMBINATO; MARTINS, 2012).

Para Veras (2011), a assistência adequada ao idoso é baseada em um modelo de atenção eficiente, que incorpore níveis de forma longitudinal. O autor divide esses níveis em linhas de cuidado, do nível 1 ao 7, as quais são iniciadas no acolhimento, entrada no sistema de saúde, de maneira que se encerram com os CP ou em *Hospices*, nos momentos finais de vida, corroborando a OMS, que recomenda que o CP deve integrar as políticas públicas em saúde (LIMA; MANCHOLA-CASTILLO, 2021).

Quanto à indicação, embora o termo CP ainda tenha forte associação com doenças, como o câncer em estágio terminal (HERMES; LAMARCA, 2013; PEREIRA *et al.*, 2017), ressalta-se que há outras possibilidades de indicação, a exemplo de doenças incuráveis, com aumento de complexidade, sintomas a serem controlados, hospitalizações repetidas e declínio da funcionalidade (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021).

Exemplos de patologias que podem fazer parte do escopo de indicação são as demências em estágios avançados, insuficiências cardíacas, doenças degenerativas, doenças renais graves (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021) e, por ser uma abordagem holística, engloba até mesmo as doenças mentais graves e persistentes, com sintomatologia complexa (RILEY; HUPCEY; KOWALCHIK, 2022).

Segundo o *Global Atlas of Palliative Care at the end of life*, Atlas Global de Cuidados Paliativos de Fim de Vida, as principais doenças que requerem CP no mundo, na população adulta, são doenças cardiovasculares, neoplasias, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica — DPOC, HIV/AIDS, diabetes mellitus, doenças renais, cirrose hepática, Alzheimer e outras demências, tuberculose multirresistente, doença de Parkinson, artrite reumatoide e esclerose múltipla (WHPCA, 2020).

Já na população infantil, a incidência mundial das indicações fica por conta das anormalidades congênitas, condições neonatais, desnutrição calórico-proteica, HIV/AIDS, meningite, doenças cardiovasculares, distúrbios endocrinológicos, imunes ou do sangue, câncer, condições neurológicas, doenças renais e cirrose hepática (WHPCA, 2020).

Enfatiza-se que a doença isolada não configura o prognóstico e devem ser avaliados marcadores de terminalidade. Como um importante marcador de prognóstico, nota-se a funcionalidade, pois não conseguir exercer as atividades da vida diária está relacionado ao estadiamento mais avançado da doença, bem como outros indicadores de evolução desfavorável, a exemplo da presença de caquexia, queda, infecção, internação recorrente e hipoalbuminemia (BRASIL, 2020).

No contexto de avaliação de funcionalidade, há difundidas escalas com escores, sendo a *Palliative Performance Scale* - PPS (Escala de Performance Paliativa) uma das mais conhecidas (CLARA *et al.*, 2020; CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021).

Tal escala avalia aspectos funcionais, sendo eles: deambulação, atividade e evidência da doença, autocuidado, ingesta e nível de consciência. A pontuação vai de zero a 100%, em que o desejável para independência, se houver doença associada, é acima de 70%. Indica proximidade com o óbito, se menor ou igual a 40% (SILVA, 2021), proporcionando um direcionamento à avaliação da equipe.

Ademais, a avaliação deve ser individualizada, levando em conta a singularidade de cada sujeito e suas necessidades. Indo ao encontro das necessidades da população brasileira, a Política Nacional de Humanização da Saúde sugere mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, o uso de protocolos para atendimento, com respeito à singularidade e preservação da autonomia dos sujeitos (BRASIL, 2010).

O respeito às singularidades de cada um, a autonomia e as necessidades do paciente e familiares são descritos como princípios do CP por Byock (2009), de maneira a esclarecer o conceito: as decisões de tratamento são feitas de maneira ética e compartilhada, respeitando valores étnicos e culturais dos indivíduos. O adoecimento é compreendido de maneira global; existe a compreensão da morte como processo natural; a qualidade de vida é o objetivo clínico; o controle de sintomas é o objetivo principal; não há antecipação da morte nem prolongamento do processo de morrer; a família é incluída no cuidado; é um direito ter informações sobre suas condições e tratamento. Tal cuidado é provido por equipe interdisciplinar; existe a continuidade da assistência, bem como há a incorporação de aspectos espirituais e continuidade da assistência no período após a morte, estendida ao apoio no luto da família, pelo período que for necessário.

Ainda sobre princípios norteadores para o CP, a portaria que os organiza no SUS expõe: o início deve ser precoce; deve haver investigação e compreensão do quadro clínico; alívio de sinais e sintomas (físico, psicossocial, espiritual e existencial); afirmação da vida e aceitação da morte, respeitando a evolução natural da doença, com a promoção de qualidade de vida, integração dos aspectos psicológicos e espirituais no cuidado; fornecimento de suporte à família e promoção de autonomia, além de apoio para lidar com a doença e o luto, incluindo o acolhimento dos familiares no período pós-óbito. Deve-se promover o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, com comunicação adequada, respeitando a

autodeterminação do indivíduo, promoção da livre manifestação de preferências para tratamento médico (Diretiva Antecipada de Vontade — DAV), bem como esforço coletivo para assegurar as vontades manifestadas pelo paciente na DAV (BRASIL, 2018).

Tais princípios auxiliam a compreensão do CP, contudo, estão distantes do idealizado, a exemplo das DAV, que não estão bem estabelecidas no âmbito brasileiro, pois permanecem implícitas na constituição e sem legislação específica, conforme Natividade *et al.* (2021) e Silva, Crippa e Bonhemberger (2022).

Silva, Crippa e Bonhemberger (2022) explanam que um modelo para as DAV pode advir da própria Declaração de Óbito, que fica documentada no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde e, no caso de registro de diretivas do paciente, pode ficar a encargo da saúde.

Segundo Dadalto (2021), é possível também que as DAV possam ser lavradas por escrituras públicas, registrando as vontades antecipadas pelo indivíduo no Registro Nacional pelo cartório.

Nesse sentido de direito à autonomia, o Paraná possui uma lei estadual que dispõe sobre o direito à recusa de tratamentos dolorosos ou extraordinários de prolongamento da vida, assim como os estados de São Paulo e Minas Gerais (SÃO PAULO, 1999; PARANÁ, 2003; MINAS GERAIS, 2006).

A discussão da garantia de direitos fundamentais sobre a vida e a morte são necessários no campo da bioética, a considerar os avanços tecnológicos em saúde, que levam ao adiamento desmedido da morte e, assim, ao sofrimento do paciente e seus familiares. Para os autores, a adoção do conceito de libertação na reflexão bioética pode contribuir para o processo de "morrer bem" (LIMA; MANCHOLA-CASTILLO, 2021).

Canguilhem defende que cada indivíduo, dotado de sua singularidade, define para si o normal e o que é patológico (CANGUILHEM, 2000) e, para tal, o sujeito deve ter autonomia. A autonomia, segundo a Política Nacional de Humanização da Saúde, associa-se a considerar o sujeito como corresponsável por si e pelo seu processo de saúde, dando-lhe a possibilidade de ser protagonista (BRASIL, 2010) e, no contexto do CP, é considerada ampliadora de resultados na aceitação do diagnóstico e tratamento (SANTOS *et al.*, 2022).

À luz da dignidade humana, essa é distintiva a cada ser humano, merecedor de respeito e direito de participação corresponsável pela própria existência em comunhão com os demais seres humanos (SARLET, 2011).

Cabe, ainda, a reflexão de que, para desenvolver a autonomia e

empoderamento na tomada de decisão, a informação faz-se relevante, pois, na medida que se obtêm as informações, aumenta também a capacidade de tomada de decisões, autodeterminação e autonomia (ILLICH, 1975). Logo, a educação em saúde da população possui capacidade de incentivar a autonomia do indivíduo (FITTIPALDI; O'DWYER; HENRIQUES, 2021), fator importante para o processo de morrer e CP.

Há de se considerar que o histórico de concepção de morte tem diferenças em suas descrições; cita-se, nesse sentido, Sêneca, que considerava morte como aprender a morrer, Montaigne, que considerava que filosofar era conhecer o aproximar-se da morte, e Heidegger, que entendia a morte como parte da experiência humana (RODRIGUES, 2009).

A construção da ideia de morte e morrer tem alterações conceituais e vivenciais no decorrer do tempo. Kovács, em "Autonomia e o direito de morrer com dignidade" (2009), discorre sobre a ideia de morte no século XX, considerada um processo penoso de dor e sofrimento, diferente do século anterior, vista como algo esperado e respeitoso.

Lima e Manchola-Castillo (2021) defendem a ideia de abandonar o pressuposto de que morrer deve ser algo negativo e temido, caminhando ao encontro da libertação. Contudo, o indivíduo necessita ter consciência sobre seu estado e aceitação da sua condição para alcançar a capacidade de agir com autonomia. Eles reforçam novamente a importância da educação em saúde, que fica em suspensão, exposta pelos autores como obrigatória para garantir efetivamente o CP e a boa morte.

Um estudo, que verificou diferentes categorias de profissionais da saúde e seus papéis no CP, identificou em comum a menção da morte como um tabu pelos profissionais e familiares, revelando uma dificuldade para lidar com ela. Segundo o autor, tal obstáculo de percepção leva muitos profissionais a não optar pelo cuidado de pacientes terminais, não falar sobre o assunto com o paciente, não estabelecer vínculo e dispensar o tratamento individualizado (HERMES; LAMARCA, 2013).

De forma corroborativa, a concepção da morte como uma experiência negativa para os profissionais de saúde está presente também em outros estudos, desvelando certo despreparo para lidar com o processo de fim de vida (PERBONI; ZILLI; OLIVEIRA, 2018; SOUZA *et al.*, 2020).

Sobre as construções de significados diante da morte e luto, outro estudo teve, como resultados, a percepção da morte como um processo inerente e natural da vida, vontade de um ser superior, passagem para uma nova existência e fim do sofrimento. Contudo, os autores afirmam que, mesmo sendo um fenômeno universal, a atribuição

de significados é individual, baseada nas experiências vividas, crenças e visão de mundo (FERREIRA *et al.*, 2021).

Adjacente ao desafio da compreensão da morte na cultura contemporânea, aliam-se, ainda, outros desafios para a assistência no CP. Com o advento da pandemia da COVID-19, a equipe enfrenta adversidades nesse sentido, pois houve a necessidade de mudança nos fluxos do atendimento para dar conta da assistência mediante uma doença, que apresentou milhares de óbitos no país (BRASIL, 2021).

Houve impactos gerados pela pandemia nos serviços de saúde, incluindo na equipe de cuidados paliativos, como a readequação de suas atividades, reorganização das equipes assistenciais para atender à alta demanda, realocação de profissionais da equipe de CP para outros setores, aumento de pacientes em acompanhamento pela equipe, incluindo aqueles mais graves acometidos pela COVID-19 (FIGUEIREDO *et al.*, 2021).

Um estudo, que buscou compreender a indicação do CP no idoso portador de COVID-19, relata que, mesmo com idade avançada, portador de formas graves da doença e com comorbidades, a comunicação do quadro de irreversibilidade e a indicação do CP é um desafio, sinalizado como “algo aflitivo” para a equipe de saúde. Sobretudo, quanto a expor aos familiares que a pessoa está no processo final da vida (JESUS GAZOS; GAZOS, 2020).

Reveladas também como adversidades para o CP, um estudo identificou a inexistência de assistência pautada em protocolos norteadores de atendimento e a dificuldade de comunicação entre a equipe (MARTINS *et al.*, 2022). Constata-se que a comunicação, nesse contexto, pode interferir diretamente no CP, pois, junto ao apoio aos familiares, a comunicação contribui para melhor compreensão do que é ofertado no CP e ajuste das relações interpessoais (FERREIRA *et al.*, 2021).

Frente à falta de protocolos e como uma das alternativas para a capacitação dos profissionais e construção de fluxos, foi desenvolvido, no ano de 2020, o Manual de Cuidados Paliativos, em cooperação do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Hospital Sírio-Libanês; assim, foi reconhecido como a primeira iniciativa parasubsídio teórico aos profissionais de saúde na abordagem ao paciente paliativo (BRASIL, 2020).

Destaca-se que capacitar e instruir os profissionais de saúde é importante e emergente, pois a temática ainda é de abordagem incomum nos cursos de graduação da área da saúde e a desqualificação profissional é uma questão presente (PINELI *et al.*, 2016; GULINI *et al.*, 2017).

Segundo Fonseca *et al.* (2022), o conhecimento superficial é tido como uma

barreira de avanço no CP. Em um trabalho científico sobre a formação acadêmica e qualificação profissional de enfermeiros para o CP, foi identificado não haver disciplina sobre a temática nas instituições em que se graduaram e ausência de educação continuada ou permanente na assistência (SARMENTO *et al.*, 2021). Em outro estudo realizado com médicos de família de 34 cidades brasileiras, a maioria (92%) não teve uma disciplina que abordasse o CP na graduação e relatam também que há deficiência na disponibilidade e capacitação da equipe na atenção primária (MATTOS, 2020).

Esses estudos demonstram contradição ao que seria ideal na prática, pois o Conselho Federal de Enfermagem e Conselho Federal de Medicina, nas versões mais recentes de seus códigos de ética, citam especificamente o CP (COFEN, 2017; CRM, 2019).

O código de ética médica descreve, em seus princípios e fundamentos, que, em clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários, visando aos cuidados paliativos apropriados (CRM, 2019). O código de ética dos profissionais de enfermagem estabelece que cabe ao enfermeiro promover a qualidade de vida no processo do nascer, viver, morrer e luto, bem como prestar cuidados paliativos aos pacientes com doenças graves incuráveis e terminais, respeitando a vontade do paciente (COFEN, 2017).

Adiciona-se, ainda, que, considerando que o instrumento metodológico de trabalho da enfermagem é o processo de enfermagem, estudos demonstram que, no contexto do CP, os diagnósticos de enfermagem específicos ainda são incipientes e poucos discutidos (MORAIS *et al.*, 2020; SILVA; PACHECO; SOUZA, 2020).

Além disso, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou, no ano de 2006 uma resolução que permite ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente terminal, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal (CFM, 2006). Contudo, a resolução nº 2.232 do CFM (2019) explana que, em situações de urgência e emergência, independentemente da recusa do paciente, o médico deve preservar a vida. Natividade *et al.* (2021) descrevem que isso é visto como controverso e que, para estudiosos, pode ser considerado um retrocesso no CP.

Por sua vez, o código de ética do assistente social, embora cite questões relativas à promoção da autonomia do usuário, garantia de informações e outras questões contidas nos princípios do CP, não faz menção específica sobre tal tema (CFESS, 1993).

Tal discussão leva ao direcionamento de que, como alternativa na melhoria

do CP, a educação em saúde (FITTIPALDI; O'DWYER; HENRIQUES, 2021; LIMA; MANCHOLA-CASTILLO, 2021; SARMENTO *et al.*, 2021; MILANI; SILVA, 2021) e a satisfatória comunicação entre os profissionais e usuários (ANDRADE *et al.* 2012; FERIGOLLO; KESSLER, 2017; FERREIRA *et al.*, 2021; SARETTA; DOÑATE-MARTÍNEZ; ALHAMBRA-BORRÁS, 2022) são essenciais.

Para essas melhorias, são necessárias ainda outras variáveis, de modo que o cuidado seja integral, eficiente e eficaz, em tempo oportuno, com suporte adequado. Para Donabedian, o cuidado de qualidade ancora-se em estrutura, que corresponde às condições organizacionais e recursos necessários; ao processo, que corresponde às atividades desenvolvidas; e ao resultado, que corresponde à mudança no estado de saúde do paciente mediante o cuidado (DONABEDIAN, 1988).

Abordar sobre a atuação dos profissionais de saúde no CP requer discussões relativas aos recursos e condições disponíveis, às atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde e ao alcance da equipe na mudança do cuidado aos pacientes terminais, ou seja, na capacidade de acompanhar aos pacientes, incluindo o acolhimento da família enlutada.

Em vários países, a APS é considerada o melhor nível de assistência para a prestação e coordenação dos cuidados paliativos (SILVA, 2014), corroborando a ANCP em sua análise da situação dos CP no Brasil, que discute que a APS é a estratégia de menor custo e maior impacto para a saúde, incluindo quanto ao CP.

Contudo, a avaliação demonstra que o CP brasileiro é uma exceção no sistema de saúde e ainda é centrado em hospitais; ainda assim, menos de 10% dos hospitais possuem uma equipe desse cuidado (ANCP, 2018).

Portanto, a considerar a escassez desse atendimento em ambiente hospitalar e os benefícios do atendimento domiciliar, o cuidado aos pacientes nessas características deve ser realizado preferencialmente pela equipe da APS, com apoio dos demais pontos da rede.

Salienta-se que, devido às características fundamentais para execução do CP na APS, a equipe necessita ainda passar por um processo de enfrentamento dessa cultura hospitalocêntrica, ressignificação das atitudes, conscientização e inclusão da família no processo de cuidar (CARVALHO *et al.*, 2018).

Adicionalmente, cabe a reflexão quanto à heterogeneidade do termo que arremeta ao primeiro nível de atenção à saúde no Brasil. Na resolução que dispõe sobre os CP, o termo usado é “Atenção Básica” (BRASIL, 2018), assim como no Pacto pela Vida (BRASIL, 2006), não aparecendo o termo de “Atenção Primária”. Na nota técnica sobre o Pacto pela Saúde, as expressões utilizadas são “Fortalecimento da

Atenção Básica / Primária” alternadamente (CONASS, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vigente (BRASIL, 2017a) “considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes”. Para Starfield (1998), importante autora na área de atenção primária à saúde, o termo adotado foi “*Primary Care*”, atenção primária.

Segundo Mello, Fontanella e Demarzo (2009), as diferentes terminologias estão relacionadas a propostas ideológicas diversas e inferem também que o termo que melhor se enquadraria seria “*Primary Health Care*” “Atenção Primária à Saúde”, referência utilizada para a Conferência de Alma-Ata. Assim, no presente estudo, o termo utilizado será preferencialmente Atenção Primária à Saúde (APS).

Conseqüentemente, a atenção primária à saúde tem como essência um conjunto de ações em que, dentre suas atribuições, encontra-se o cuidado paliativo (BRASIL, 2017a). Assim, segundo Silva (2014), o papel da equipe da APS é fundamental em diversas dimensões do cuidar, como a garantia da integralidade, o uso da longitudinalidade, manejo com a família, busca de aprimoramento profissional, ajustes na coordenação do cuidado, otimização do acesso e elaboração de parceiros.

Por ser a porta de entrada dos usuários, é na APS que muitos pacientes elegíveis procuram assistência à saúde ou já são acompanhados com um olhar voltado às suas patologias. Um estudo sobre identificação de pacientes elegíveis para CP na atenção primária à saúde identificou 2715 pacientes elegíveis, o que representa 3,59% da população cadastrada e, desses, 17,2% requereram CP precocemente; 9,7%, exclusivos, e os idosos foram o maior número de elegíveis, dados que confirmam a necessidade de estruturação da APS para o atendimento em CP (AZEVEDO, 2016).

Segundo Milani e Silva (2021), a implementação do CP na APS tem como desafio a complexidade da multidisciplinaridade, principalmente no que tange ao cuidado global, humanizado e compartilhamento de saberes e fazeres. Essas habilidades são fundamentais para a otimização da assistência, influenciando diretamente a qualidade do atendimento paliativo.

Complementa-se o aparecimento dos termos multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, que, embora facilmente encontrados como sinônimos, possuem diferenças importantes (GOMES; DESLANDES, 1994). Segundo Ferigollo e Kessler (2017), na multidisciplinaridade, ocorre uma junção de olhares para um aspecto em comum, mas não há uma articulação entre as disciplinas; já na interdisciplinaridade, há essa inter-relação das disciplinas e visa à partilha do saber de forma articulada,

sendo a interdisciplinaridade posta, então, como uma necessidade para a otimização do cuidado (FRIGOTTO, 2008).

Em sequência, as equipes interdisciplinares que atuam em CP geralmente são compostas por médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo, contudo, podem também atuar outros profissionais para auxiliar as demandas, como terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, especialistas e até mesmo capelães, padres, pastores, rabinos, gurus, sacerdotes, para auxiliar as demandas espirituais (TAQUEMORI; SERA, 2008).

Quanto às características da equipe da APS, a equipe da atenção básica é composta no mínimo por médicos, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem, podendo incluir outros profissionais. Já a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), é composta no mínimo por médico, enfermeiro; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, podendo incluir outros profissionais (BRASIL, 2017a). Destaca-se que o município do estudo conta com um assistente social em cada unidade.

Além disso, para complementar as equipes da atenção básica, buscando a solução de problemas da população demandadas pela Rede de Atenção à Saúde, pode haver como suporte o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). Ele é composto por equipe multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2017a), contudo, o município de estudo não o detém.

Quanto às atribuições da equipe da APS, cabe atender aos pacientes em CP nas unidades de saúde e/ou em domicílio, com inclusão da realização de visitas e acompanhamento domiciliar aos usuários com algum grau de dependência. A atenção domiciliar nesse contexto compreende ações de prevenção e tratamento, reabilitação, palição, promoção à saúde, garantindo continuidade de cuidados paliativos, especialmente na fase da terminalidade, com retaguarda nos demais pontos da rede (BRASIL, 2017a).

Cabe, aos profissionais da atenção primária, serem facilitadores do cuidado, orientar os familiares mediante conhecimento teórico-prático sobre o CP e uma atitude coerente com as demandas do paciente e seus familiares (MARCHI *et al.*, 2016).

A Atenção Domiciliar (AD) tem como uma das características as ações relacionadas à palição em domicílio e divide-se em três modalidades: AD1, AD2 e AD3. A prestação de cuidados na modalidade AD 1 é de responsabilidade das equipes de APS, pelo acompanhamento em domicílio. Na AD 2 e AD 3, a prestação de cuidados efetiva-se pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), cabendo à APS compartilhar o cuidado como ordenadora e organizadora (BRASIL, 2016a).

O serviço de atenção domiciliar responsável pelas modalidades AD 2 e AD 3, em Cascavel-PR, acontece pelo Programa de Atendimento e Internação Domiciliar (PAID) e atua de maneira articulada à APS do município (CASCAVEL, 2018).

Destaca-se que o CP realizado em ambiente domiciliar tem descrição na literatura como um marcador da qualidade da assistência, pois, à medida que os cuidados em domicílio se ampliam, os resultados do manejo aumentam e há sua otimização na fase final de vida (SOUSA; ALVES, 2015; CHIANG, 2021; OLIVEIRA *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2022).

Segundo Stall, Nowaczynski e Sinha (2014), os CP domiciliares trazem benefícios, como a redução de idas ao pronto-socorro e hospitalizações; se houver internações, o tempo de permanência em ambiente hospitalar é reduzido. Tal fator impacta também positivamente os custos das hospitalizações e sobrecarga da atenção hospitalar.

Por consequência, pessoas com doenças em fases terminais, mantidas em hospitais, segundo Oliveira *et al.*, (2021), podem receber assistência desproporcional ao seu quadro, com métodos invasivos e aumento do sofrimento. Corrobora-se, dessa forma, Lima e Manchola-Castillo (2021) quanto ao risco de prolongamento da vida e uso de tecnologias que podem desencadear mais sofrimento que benefícios.

Oliveira *et al.* (2021) adicionam, em sua discussão, questões sobre o isolamento do ambiente hospitalar, a distância de seus lares, lembranças, entes e rede de apoio, ressaltando a importância que o CP, na APS, tem, como vantagens da proximidade com o lar do usuário, da facilidade de acesso, da sensibilidade e respeito às realidades pela equipe e por desempenhar um papel crucial no atendimento aos pacientes e familiares que estão nessa condição.

Há de se considerar ainda que o paciente que se encontre em estágio avançado da doença pode apresentar sinais e sintomas, os quais requerem manejo próximo da equipe multiprofissional, resgatando a busca pela qualidade de vida e alívio do sofrimento (OMS, 2020).

Os sinais e sintomas físicos comumente descritos em literatura são: dor, fadiga, náusea, vômitos, inapetência, caquexia, insônia, dispneia, hipersecreção respiratória, depressão, ansiedade, *delirium*, agitação, obstrução intestinal, constipação intestinal e diarreia (ARAÚJO *et al.*, 2021; NATIVIDADE *et al.*, 2021; SANTOS; NASCIMENTO; ALVES, 2022).

Contudo, as manifestações são individuais, dependem de diversos fatores, do quadro, do estadiamento, do diagnóstico, da rede de apoio e, por isso, a discussão do “cuidado adequado” envolve a individualização, otimização da saúde e bem-estar,

bem como proporcionar o que é necessário, desejado e efetivo (BRASIL, 2020).

A exemplo, a dor, o sintoma mais frequente, é experienciada de diferentes formas, em que cada dor é única, relacionada à história, personalidade, contexto e momento, manifestada e percebida de forma diferente em cada indivíduo e situação (CARVALHO, 2009).

Em contribuição com as possibilidades do manejo da dor, a precursora do CP, Cicely Saunders, elaborou o conceito de “Dor Total”, que abarca, além do fenômeno físico, a dor social, psíquica, espiritual, familiar e a financeira (CARVALHO, 2009; BRASIL, 2020), afirmando a dor como uma manifestação sensorial multicausal.

A busca pela amenização dos sintomas dos pacientes visa à integração da equipe e de diferentes tecnologias. Para a resolutividade dos problemas em saúde na APS, tradicionalmente se usa a avaliação de tecnologias em saúde e recursos, como medicamentos e equipamentos (BRASIL, 2017b).

Há vastas opções, a depender da manifestação, as quais podem ser usadas, como a oxigenioterapia domiciliar (BRASIL, 2017b), a hipodermóclise, como opção de via para administração de medicamentos (QUAGLIO *et al.*, 2018), práticas integrativas e complementares em saúde (SANTOS; NASCIMENTO; ALVES, 2022), fitoterapia (PALMA *et al.*, 2015) e muitas outras alternativas. Há até mesmo o uso da realidade virtual para a diminuição dos sinais e sintomas no CP (CARMONT; MCILFATRICK, 2022; MO *et al.*, 2022).

Considerando que o ponto chave é a oferta da possibilidade da “boa morte” (LIMA; MANCHOLA-CASTILLO, 2021), para além dos sintomas físicos, a espiritualidade é um ponto importante, chegando a ser considerada a necessidade mais urgente nesse contexto (AGUIAR; SILVA, 2021; CUNHA *et al.*, 2021).

A espiritualidade aparece como uma demanda do paciente e família, de maneira que algumas técnicas e abordagens facilitam para o profissional de saúde no trabalho dos aspectos espirituais, como reconhecer a espiritualidade dos pacientes e familiares, uso da hipnose clínica e meditação (AGUIAR; SILVA, 2021).

Também, podem compor o quadro da terminalidade o sofrimento psicológico e processo do luto antecipado, pois a morte iminente pode ser sentida simbolicamente antes da morte real, associada, ainda, aos tabus, estereótipos e preconceitos (MELO *et al.*, 2021).

Destaca-se, nesse contexto, a reunião familiar, um momento em que a equipe multiprofissional discute junto ao paciente e familiares sobre o direcionamento do cuidado, as expectativas, as opções de manejo, dentre outros temas que possam vir a surgir. Ela é um importante instrumento de individualização, planejamento e pode

ter como cenário a definição de metas, compartilhamentos de informações, decisões, escuta da família, elucidação de questionamentos e auxílio para a resolução de problemas (BRASIL, 2020).

O CP, portanto, tem sua trajetória sendo construída, pautada na promoção da qualidade de vida, na interdisciplinaridade, o que proporciona diversas vantagens ao paciente que necessite e possui diversas ações possíveis de realizações, distanciando-se da ideia de “não se ter mais nada a fazer” (TAQUEMORI; SERA, 2008); todavia, ainda necessita de aprimoramentos para sua oferta efetiva na APS.

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e qualitativa que se dividiu em dois momentos; o primeiro apresenta a revisão integrativa de literatura, com a finalidade de subsidiar informações a respeito do tema e investigar as lacunas para o desenvolvimento do segundo momento, que é a pesquisa de campo.

Optou-se pelo estudo descritivo, pois esses têm por finalidade observar, descrever e documentar os aspectos de uma situação, população ou fenômeno (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; MANZATO; SANTOS, 2012).

A escolha da pesquisa qualitativa foi motivada pelo fato de que é adequada para captar a observação de realidades e facilita entender mais profundamente. Envolve questões abstratas, incompatíveis com a mensuração numérica, expressas por relatos de experiências, falas e emoções (MANZATO; SANTOS, 2012; MARCONDES *et al.*, 2017), enquanto a pesquisa quantitativa considera a tradução da realidade em números, bem como classificação e análise mediante recursos estatísticos (PRODANOV; FREITAS, 2013).

4.1.1 REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Revisão de literatura das publicações científicas a fim de compreender a relação dos profissionais de saúde com o cuidado paliativo na atenção primária, realizada em maio de 2022, no portal da Biblioteca Virtual em Saúde.

A revisão integrativa é forma de levantamento bibliográfico, que permite “a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais, para uma completa revisão do fenômeno analisado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008): “esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado”.

Assim, Mendes, Silveira e Galvão (2008) afirmam que a revisão integrativa é um método de grande valia, pois oferece o acesso rápido aos resultados relevantes da pesquisa, que, no caso dos profissionais de saúde, podem auxiliar o

desenvolvimento da prática clínica e as tomadas de decisão por se tratar de um saber crítico.

Um revisão integrativa deve considerar as seguintes etapas: elaboração da pergunta norteadora, que deve ser clara e específica relacionada a um raciocínio teórico; busca ou amostragem na literatura, em base de dados, que deve ser ampla e diversificada, contemplando a procura em bases eletrônicas; busca manual em periódicos e referências descritas nos estudos selecionados; deve estar em concordância com a pergunta norteadora; coleta de dados, do material encontrado deve ser feita utilizando um instrumento previamente elaborado, que assegure a extração do máximo de dados relevantes, reduzindo erros e garantindo a checagem do material; análise crítica dos estudos incluídos, realizando uma análise detalhada do material reunido, com a garantia da validação do estudo, buscando a análise crítica de resultados diferentes em pesquisas semelhantes; discussão dos resultados, por meio da síntese e interpretação; faz-se uma comparação com a análise de dados coletados e o referencial teórico, optado por Minayo (2012). Para validar o estudo, o pesquisador deve apresentar suas conclusões e inferências, explicando os seus vieses; apresentação da revisão integrativa, que precisa ser clara e objetiva, permitindo ao leitor a compreensão e a crítica aos resultados apresentados, a qual também deve conter uma apresentação detalhada das informações pertinentes (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

4.1.2 Referencial teórico metodológico

A análise de conteúdos gerados pela revisão integrativa teve as premissas qualitativas do referencial teórico de Minayo, com a análise temática de conteúdo (2012), considerando as etapas da pesquisa qualitativa:

- (1) conhecer os termos das pesquisas qualitativas;
- (2) definir o objeto a ser estudado;
- (3) delinear as estratégias para a busca;
- (4) conhecer o cenário de pesquisa e seus processos;
- (5) conhecer a teoria e hipóteses;
- (6) ordenar e organizar as observações da pesquisa aplicada e o material secundário;
- (7) construir a tipificação do material da pesquisa e fazer a transição;

- (8) compreensão pela leitura aprofundada, unidades de sentido e nova teorização;
- (9) produzir um texto fiel aos achados, contextualizado e acessível;
- (10) assegurar a fidedignidade e validade, como exemplo, validação dos relatos e olhar o objeto sob seus diversos ângulos.

4.1.3 Campo de pesquisa, população e amostra

Utilizou-se o acrônimo PICo (*Population, Interest, Context*) aplicado ao tema de interesse (Quadro 1) para a formulação da pergunta de pesquisa e definição dos Descritores em Saúde.

Quadro 1 – População, interesse e contexto - PICo

Acrônimo PICo	Descrição	Descritor
P	Relação dos profissionais de saúde	Pessoal de Saúde
I	Cuidados paliativos	Cuidados Paliativos
Co	Atenção Primária à Saúde	Atenção Primária à Saúde

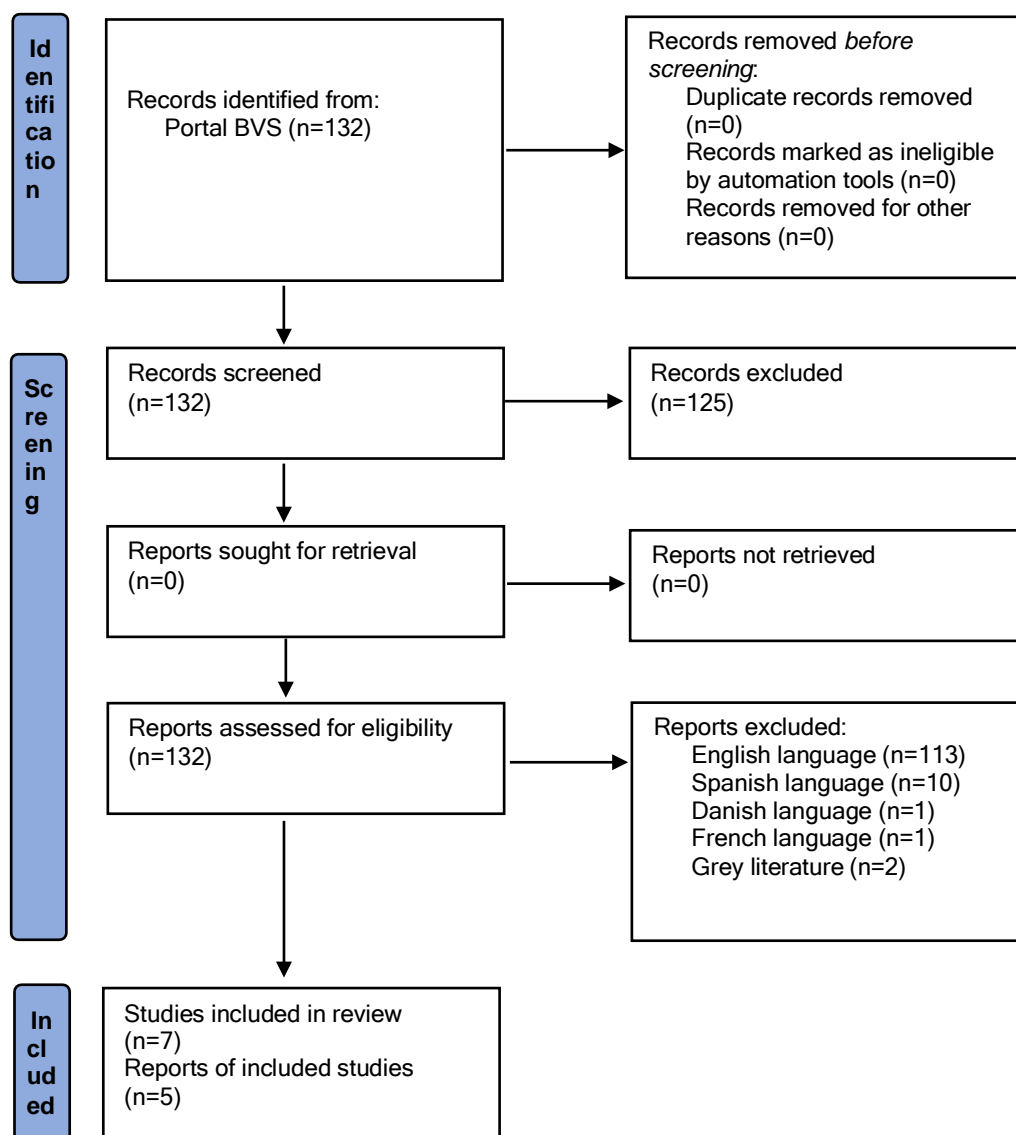
A pesquisa efetivou-se por uma revisão no portal da Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores ‘Cuidados Paliativos’, ‘Atenção Primária à Saúde’, ‘Pessoal de Saúde’ e operador booleano *and* para responder à pergunta de pesquisa: o que há na literatura brasileira a respeito da relação dos profissionais de saúde com o cuidado paliativo na atenção primária à saúde?

Obtiveram-se 132 publicações, aplicando os critérios de inclusão, que foram as publicações serem no idioma português em função da motivação em conhecer a realidade brasileira e abordar sobre a relação dos profissionais de saúde com o cuidado paliativo na atenção primária; e de exclusão, que fossem publicações de outras nacionalidades e que não abordassem sobre o tema.

Resultou-se na composição da amostra de cinco publicações científicas, conforme Fluxograma 1:

Fluxograma 1 – Resumo da busca na BVS baseada no modelo PRISMA

Identification of studies via databases and registers



4.1.4 Coleta, organização, apresentação, análise e interpretação de dados

Seguindo as etapas do referencial teórico metodológico, foram ordenadas e organizadas as observações da pesquisa com auxílio do gerenciador de referências Mendeley®. Optou-se por observar aspectos relacionados ao ano e tipo de publicação científica, se artigo, monografia, tese; autoria, se escrito por equipe multiprofissional ou uniprofissional; nível de evidência (STILLWEL,2010), considerando o método do estudo; objetivos do estudo; resultados, discussão e conclusão, para subsidiar a etapa de construção da tipificação do material.

Em continuidade às etapas seguintes, as publicações foram descritas após serem compreendidas pela leitura aprofundada e foram identificadas unidades de sentido e nova teorização sobre os achados.

As unidades de sentido identificadas foram: Dificuldades dos profissionais de saúde da atenção primária para a atuação nos cuidados paliativos; e dificuldades identificadas pelos profissionais nos pacientes e familiares vinculados à atenção primária em vivenciar os cuidados paliativos.

4.2 PESQUISA DE CAMPO

4.2.1 Tipo de pesquisa e questões éticas

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, qualitativa, com abordagem da fenomenologia social de Alfred Schütz (SCHÜTZ, 2018), que faz parte de um projeto maior intitulado “O cuidado em saúde mental: aspectos relacionados às políticas, aos serviços, às redes de apoio, aos profissionais e aos usuários”, aprovada sob o parecer do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), sob o parecer número 4.124.227, CAAE número 33352220.2.0000.0107 e CEP do Hospital do Trabalhador sob parecer número 4.183.030, CAAE 33352220.2.3001.5225.

Resalta-se que a pesquisa respeitou os preceitos éticos, já aprovada sob o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa e que, na coleta de dados, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice II e III) do projeto aos participantes, conforme recomendação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016b), explicando aos participantes seu direito à não participação da pesquisa ou desistência em qualquer momento do estudo.

4.2.2 Referencial teórico-filosófico

A fenomenologia é uma intersecção da ciência e da filosofia, concebida a partir da ideia de investigação direta e descrição dos fenômenos conscientes vivenciados. Ela pode ser compreendida mediante a ideia de apreensão da essência de determinado fenômeno, em que enfatiza a experiência viva; o que é vivido tem um sentido (GARNICA, 1997).

Dentre os construtos da fenomenologia, destacam-se o filósofo Husserl, o

fundador da corrente, com o conceito de clarificação da realidade e o pressuposto de "ir às coisas mesmas", bem como Heidegger, discípulo de Husserl e idealizador da filosofia heideggeriana e a hermenêutica do ser. Destaca-se também Paul Ricoeur e a fenomenologia hermenêutica, em que o homem se percebe e torna-se humano no contato com os outros humanos, afetado pelo convívio (GARNICA, 1997).

Por sua vez, Alfred Schütz, autor da fenomenologia social, faz menção às motivações desveladas pelo ser humano nos modos de ser e agir, bem como, mediante suas motivações, sobre a compreensão de cada experiência e suas razões (SCHÜTZ, 2018).

A fenomenologia não tem pressuposições, assim, tudo deve ser intensamente investigado, abandonando referenciais prévios mediante a redução fenomenológica, ou *epoché* (suspensão de crenças prévias) e formação de unidades de sentidos para os atores (GARNICA, 1997). Os passos do estudo fenomenológico compreendem a escuta das manifestações do indivíduo, sua descrição e compreensão.

Segundo a fenomenologia social, o mundo em que vivemos é pautado nas relações sociais que precedem o nascimento, com os antecessores, presentes na vivência de cada um, com os contemporâneos, e extrapolam nossa existência, com os sucessores. Essa construção de mundo efetiva-se pelo estoque de experiências anteriores, formando a interpretação de mundo, e incorpora a tipicidade que advém dos antecessores, transita pelos contemporâneos e é repassada aos sucessores. Ou seja, essa tipificação é o que se repete no grupo social de modo semelhante na interpretação do mundo (SCHÜTZ, 1979; SCHÜTZ; LUCKMANN, 2003; SCHÜTZ, 2003).

O compartilhamento de vivência entre os indivíduos possibilita a eles a relação social e compreender o mundo subjetivo dos indivíduos permite a extensão da compreensão do mundo compartilhado por eles (SCHÜTZ, 2018).

Segundo Schütz e Luckmann (2003), isso possibilita a compreensão do outro e, a partir de então, o conhecimento do mundo social por meio da compreensão das experiências do eu.

O mundo social, por sua vez, é construído no ponto em que ocorrem as experiências compartilhadas, em relação aos demais, pautados na comunicação social. Inclui as relações diretas, face a face, com os contemporâneos próximos, e

também as relações indiretas, com pessoas que dividem a mesma época e mundo que nós, mas de forma distante. Ressalta-se que as relações incluem os predecessores e sucessores (SCHÜTZ, 2018).

Ou seja, o mundo cotidiano constrói-se mediante as relações compartilhadas, não sendo independentes dos outros indivíduos.

Há de se considerar que a situação biográfica determinada do indivíduo é composta por vivências e conhecimentos adquiridos em sua vida e que os indivíduos que pertencem ao mesmo grupo possuem um estoque de conhecimento embasado em pressupostos socioculturais semelhantes (SCHÜTZ, 1979).

Para Alfred Schütz (2018), as relações sociais são desencadeadas por ações, as quais são intencionais, carregadas por motivações. Esses motivos se diferenciam em *Motivos-porque*, que demonstram a percepção dos indivíduos sobre o que foi vivenciado e o que os motivou, bem como os *motivos-para*, que demonstram uma projeção das ações para além do presente, para a possibilidade de continuidade.

Seriam, então, os *motivos-porque* explicados a partir da percepção passada, dos antecedentes, ambiente e predisposição psíquica do autor, enquanto os *motivos-para* são relacionados ao futuro, ao que buscam atingir, às expectativas (SCHÜTZ; LUCKMANN, 2003; SCHÜTZ; 2018).

A junção da compreensão dos motivos resulta na compreensão dos tipos vividos, que, segundo Schütz (2003), configuram um modelo de mundo em que os indivíduos podem ser enquadrados.

No contexto do CP, seria um mundo comum aos profissionais de saúde da APS, compondo um padrão dos indivíduos pertencentes a esse grupo, quanto às características comuns no desempenho do CP (CARVALHO *et al.*, 2018).

Por fim, o objetivo da fenomenologia é compreender e descrever o fenômeno (SCHÜTZ, 2018), interpretando os modos de agir, as percepções e expectativas dos profissionais de saúde na atuação quanto aos CP na APS.

4.2.3 Campo de pesquisa

O estudo foi realizado na rede pública municipal de saúde do município de Cascavel-PR, nas unidades de atenção primária à saúde.

Considerando a composição da equipe da APS e ESF quanto aos profissionais de nível superior, é composta no mínimo por médico e enfermeiro (BRASIL, 2017a), visto que o município de estudo conta com o profissional da assistência social em todas as unidades de saúde. Ademais, não possui Nasf-AB, assim, a população foi composta pelos profissionais médicos, enfermeiros e assistentes sociais, que atuam na equipe multiprofissional das unidades de atenção primária à saúde do município.

Considerando as 44 unidades de atenção primária e sua distribuição por Distritos Sanitários, foi estabelecida uma amostragem estratificada, em que o próprio distrito é o estrato. As amostras foram obtidas de forma aleatória (randomização) no *software R*®.

Segundo Manzato e Santos (2012), a amostragem estratificada tem indicação em estratos que se divide em subpopulações com comportamento homogêneo dentro de cada estrato, como acontece nos distritos sanitários. Se o sorteio dos participantes da amostra for realizado sem levar em consideração a existência dos estratos, pode acontecer que os diversos estratos não sejam representados na amostra.

A quantidade de unidades de saúde randomizadas em cada distrito foi determinada proporcionalmente:

Distrito Sanitário 1: 14 de 44 unidades = 31,8%; Distrito Sanitário 2: 16 de 44 unidades = 36,4%; Distrito Sanitário 3: 14 de 44 unidades = 31,8%.

A amostragem reflete essa proporção:

Distrito Sanitário 1: 31,8% de 14 = 5 unidades;

Distrito Sanitário 2: 36,4% de 16 = 6 unidades;

Distrito Sanitário 3: 31,8% de 14 = 5 unidades.

As unidades de atenção primária randomizadas no distrito 1 foram UBS Claudete, USF Santos Dumont, UBS Santa Cruz, USF Cidade Verde e Palmeiras.

As unidades de atenção primária randomizadas no distrito 2 foram USF São João, USF Interlagos, UBS Floresta, USF Cataratas, UBS São Cristóvão e USF Brás Madeira.

Já as unidades de atenção primária randomizadas no distrito 3 foram USF Juvinópolis, UBS Guarujá, USF São Salvador, USF Maria Luiza e USF Jardim Presidente.

Totalizaram 16 unidades de APS na composição da amostra do estudo. O critério de inclusão foi a atuação há pelo menos seis meses na atenção primária e de exclusão de profissionais administrativos, bem como de outras funções que não se enquadrem na população do estudo, ou que estejam em férias ou licença.

Foram abordados 48 profissionais, desses, incluídos 38 profissionais da equipe multiprofissional assistencial elencados na população do estudo, 12 médicos, 16 enfermeiros e 10 assistentes sociais.

4.2.5 Coleta de dados

A coleta das informações foi realizada no período de novembro de 2021 ao mês de março de 2022, aplicada pela enfermeira mestranda, mediante entrevista gravada pelo aplicativo de gravação Recorder®, norteada por questões abertas aos profissionais definidos na população de estudo (apêndice I), após agendamento prévio, no horário da preferência do participante.

Para a lapidação das questões norteadoras, foi realizado um piloto com a equipe do PAID (médicos e enfermeiros), como recomenda Manzato e Santos (2012); após isso, duas questões foram agrupadas, seguindo a sugestão dos pilotos.

Para aplicação da pesquisa, foi abordado o coordenador das unidades de saúde, por vezes, com contato telefônico e, outras vezes, de forma presencial. Ademais, foi solicitado agendamento com os profissionais elegíveis para estudo de forma individual, priorizando ambiente reservado, a sós, livre de interferências externas e com privacidade para livre expressão dos profissionais.

Na entrevista, inicialmente, foi apresentado, explicado que se tratava de um trabalho de mestrado em Políticas em Saúde e visava compreender sobre o Cuidado paliativo da APS, explicado sobre o objetivo do trabalho, lido o TCLE, solicitado o consentimento para participação, coleta de assinatura. Foi, ademais, explicado que a entrevista seria gravada e que era livre para expressar-se sem interrupções.

Após, iniciou-se, então, a gravação e perguntas norteadoras (apêndice I) sobre sua caracterização e sua atuação no CP na APS. Durante a coleta, o pesquisador buscou manter um padrão de comportamento em todas as entrevistas, neutralidade de expressões, contato visual, movimentos afirmativos com a cabeça para expressar entendimento de sua fala, releitura da pergunta apenas se solicitado, respeitando os momentos de silêncio do entrevistado.

Quando o entrevistado sinalizava que concluiu sua resposta, passava-se, então, para a leitura da próxima pergunta.

Ao fim das perguntas, foi ofertado espaço para acréscimos de fala se fosse da vontade do entrevistado. Após a conclusão da entrevista, era avisado sobre a interrupção da gravação e mostrado que não seria identificado na descrição da entrevista gravada. Foi ofertada a possibilidade do profissional ouvir-se para validação da resposta, porém, não houve manifestação de vontade de nenhum dos casos.

As entrevistas tiveram duração média de 20 minutos gravados; na transcrição, foram 5 páginas por entrevistado, resultando na média de 190 páginas, nas quais os profissionais foram identificados como P1, P2, P3 e, assim, consecutivamente.

Quanto à saturação de dados em pesquisas qualitativas, segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008), ocorre “quando há a percepção de que os dados novos a serem coletados decantam-se, isto é, não são diluídos ou absorvidos na formulação teórica que se processa, não mais contribuindo para seu adensamento”. Logo, notou-se que os dados saturaram à medida que os objetivos foram atingidos, não mais contribuindo com novas informações. Esse processo ocorreu na metade da coleta, posto que as falas foram homogêneas e trouxeram representação ampla de repetição.

Ainda, os autores acrescentam que o ponto da saturação da amostra também é relativo ao referencial teórico usado pelo pesquisador, dos objetivos definidos, do nível de profundidade a ser explorado, assim, houve a continuidade de exploração dos dados nos componentes da amostra, para propiciar ampla compreensão.

4.2.6 Organização, apresentação, análise e interpretação de dados

A análise da pesquisa de campo foi dividida em duas partes; a primeira levou em consideração a caracterização profissional e sociodemográfica dos indivíduos; a segunda ponderou sobre seis unidades de sentido emergentes: a) entendimento do conceito de cuidado paliativo; b) capacitação sobre o cuidado paliativo; c) organização do processo de trabalho sobre o cuidado paliativo na unidade; d) referência e contrarreferência dos pacientes; e) possibilidades e expectativas para a assistência em cuidados paliativos; e f) percepção de como foi a oferta do cuidado paliativo durante a pandemia.

A primeira parte da organização foi feita por meio de estatística descritiva realizada no software estatístico XLSTAT® e as variáveis trabalhadas foram:

- a) “distrito sanitário”;

- b) “UBS/USF”;
- c) “ocupação”;
- d) “tempo de formação”;
- e) “tempo que exerce a função atual”;
- f) “tipo de contratação de trabalho”;
- g) “especialização em saúde da família ou áreas afins”;
- h) “nacionalidade”;
- i) “sexo”;
- j) “idade”
- h) “escolaridade” e,
- i) “religião”.

As entrevistas completas, com 15 perguntas norteadoras cada, foram transcritas pelo pesquisador e organizadas no software IRaMuTeQ® (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Testes et de Questionnaires*), que se ancora no *software R*® e na linguagem *python*. IRaMuTeQ® é um software qualitativo que viabiliza diferentes tipos de aglomerações textuais, desde a lexicografia básica, que abrange a lematização, processo que reduz as palavras com base em suas raízes, e o cálculo de frequência de palavras, até análises multivariadas, como classificação hierárquica descendente de segmentos de texto, análise de correspondências e análises de similitude (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Após a transcrição, foi feita a preparação do *corpus* textual, formado pelo conjunto de textos, as entrevistas. Cada entrevista, ou seja, cada texto é formado por um conjunto de segmentos de texto (ST), que são recortes com cerca de três linhas cada. Em cada ST, podem ser observados os números de ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), o número de formas (palavras distintas) e o número de hápax (palavras que aparecem uma única vez).

Foi realizada a estatística textual, que possibilita que o pesquisador identifique, então, o número de textos, o número de ST, número de ocorrências, número de formas e número de hápax, facilitando a posterior interpretação.

Também, foi realizada a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que consiste em agrupar os ST e seus vocabulários, correlacionando-os por tema, ou semelhança, num sistema hierárquico de classes. Isso possibilita que a classe seja nomeada, facilitando, assim, a compreensão de grupos e discursos ou ideias que surgiram pelos participantes da pesquisa.

As verificações do tipo CHD também são chamadas de Método de Reinert, e, para serem úteis à classificação de material textual, requerem uma retenção

mínima de 75% dos ST. Essas fornecem, junto aos seus resultados, gráficos denominados dendrogramas, que seguem a descrição dos principais resultados.

Após, realizou-se uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC), que se trata de uma verificação feita a partir da CHD, a qual traz, como resultado, um gráfico ou “mapa” com as palavras, diferenciando-as de acordo com as classes e por proximidade, representadas em plano cartesiano. Enfim, foi realizada uma Nuvem de Palavras que mostra as palavras estruturadas em nuvem, em que palavras maiores indicam maior importância no corpus textual, a partir de um indicador de frequência.

Os dados da caracterização profissional e sociodemográfica dos indivíduos foram descritos e os dados qualitativos analisados/compreendidos, de acordo com o referencial teórico-metodológico da fenomenologia social.

Conforme citado, na perspectiva da fenomenologia de Alfred Schütz, tem-se a busca pela compreensão dos motivos relacionados às experiências vivenciadas pelo indivíduo, a fim de compreender cada experiência e as razões que as justifiquem, divididas em *motivos-porque*, ou seja, a percepção do que foi vivenciado e suas motivações; e *motivos-para*, ou seja, a projeção das possibilidades, ou expectativas, para a continuidade da assistência nesse contexto de cuidados paliativos.

5. RESULTADOS

Como resultados da presente dissertação, foi desenvolvida uma sequência de quatro artigos científicos. O primeiro foi realizado mediante a revisão integrativa de literatura e os seguintes são provenientes da pesquisa de campo:

Artigo I: Tem como título “OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E OS CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA”, com o objetivo de entender a relação dos profissionais de saúde com o cuidado paliativo na atenção primária;

Artigo II: Tem como título “A PERCEPÇÃO DE ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CUIDADO PALIATIVO NO CONTEXTO DA FENOMENOLOGIA”, com o objetivo de compreender a percepção e motivação dos profissionais da atenção primária em saúde quanto à atuação em cuidados paliativos em um município do oeste do Paraná.

Artigo III: Tem como título “SIGNIFICADOS DO ATENDIMENTO DO PACIENTE PALIATIVO DURANTE A PANDEMIA DO SARS-COV-2”, com o objetivo de compreender a percepção de atuação dos profissionais da atenção primária quanto ao atendimento do paciente paliativo durante os períodos mais críticos da pandemia do SARS-CoV-2.

Artigo IV: Tem como título “A INTERDISCIPLINARIDADE NO CUIDADO PALIATIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, com o objetivo de compreender a percepção da equipe da atenção primária à saúde quanto à atuação interdisciplinar no cuidado paliativo.

Ressalta-se que serão submetidos às revistas científicas escolhidas de acordo com seu escopo, e ainda, que na pesquisa de campo, ao todo, foram entrevistados 38 profissionais lotados em três distritos sanitários, sendo sua grande maioria, 26 (68,4%), Unidades de Saúde da Família (USF) e o restante, 12 (31,6%), Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Dos profissionais entrevistados, 16 são enfermeiros (42,1%), 12 são médicos (31,6%) e 10 são assistentes sociais (26,3%) com tempo médio de formação de 13 anos e 4 meses ($13,3 \pm 8,8$) e média de 8 anos e 6 meses, exercendo o cargo atual ($8,5 \pm 6,8$). Apenas um desses profissionais entrou no cargo por meio do Programa Mais Médicos e o restante são mediante concurso público (97,3%); 17 deles têm alguma especialização em saúde da família ou áreas afins (44,7%). Todos são

brasileiros, sendo a maioria do sexo feminino (78,9%) e católicos (57,9%), com média de idade de 40 ± 8 anos.

ARTIGO I

OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E OS CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO

Objetivo: Entender a relação dos profissionais de saúde com o cuidado paliativo na atenção primária. **Método:** Revisão integrativa de literatura, qualitativa, realizada em maio de 2022, na Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores 'Cuidados Paliativos' and 'Atenção Primária à Saúde' and 'Pessoal de Saúde', critérios de inclusão à língua portuguesa e ao tema. Foram analisados: ano e tipo de publicação, autoria, nível de evidência, objetivos, resultados/discussão e conclusão. Foi aplicada a estatística descritiva e análise temática de Minayo. **Resultado:** Obtiveram-se 132 publicações, aplicando os critérios; 125 foram excluídos, restando 7: a mais recente de 2018, 5 (71,4%) artigos científicos, 5 (71,4%) uniprofissionais, 6 (85,7%) nível VI de evidência. Na análise temática, surgiram dois enfoques: dificuldades dos profissionais, com destaque à restrita disponibilidade da equipe; e dificuldades dos pacientes e familiares, com destaque ao suporte profissional no manejo domiciliar. **Considerações finais:** Há importantes dificuldades vivenciadas na atenção primária para cuidado paliativo, como falta de um sistema bem definido sobre esse cuidado, disponibilidade de equipe, ações descontinuadas e limitadas, necessidade de ensino e capacitação dos profissionais, necessidade de melhoria na comunicação entre os profissionais, pacientes e família.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Atenção primária à saúde; Pessoal de saúde; Revisão.

INTRODUÇÃO

No cuidado paliativo, a prática depende de diversos fatores, a incluir o modo de concepção de saúde-doença e de como é visto o processo de morrer pela cultura em que o indivíduo está inserido, pois o processo de envelhecer e morrer parte da experiência subjetiva e da indissociabilidade entre o individual e o social.¹ O ideal é que o indivíduo vislumbre o processo de morrer como um processo natural que faz parte da vida.²

O conceito de 'boa morte' vem sendo empregado nos cuidados paliativos junto da busca pela ausência da dor e sofrimento,³ compondo o cenário da discussão ética sobre a terminalidade; há diferenciação dos conceitos de ortotanásia e distanásia, que devem ficar claros aos profissionais de saúde. A distanásia é atribuída à tentativa de impedir a morte a qualquer custo e a ortotanásia propõe a dignidade ao morrer, no tempo certo, levando em conta a finitude, dignidade e preservação do sujeito, com a intenção de ofertar o devido suporte, caso a morteseja inevitável.⁴

Um estudo realizado com profissionais de saúde de um hospital universitário identificou que a maioria dos profissionais não apresentaram domínio sobre os conceitos éticos do cuidado paliativo, contudo, não consideraram viáveis os tratamentos invasivos nas situações de final de vida, pois consideram que o prolongamento da vida promove aumento do sofrimento dos envolvidos.⁵

Segundo a Organização Mundial da Saúde,⁶ o cuidado paliativo é uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes que enfrentam problemas associados às doenças com risco de morte, aliviando sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento dos problemas físicos, psicossociais e espirituais, o que se estende ao suporte às famílias.

Dada a sua importância, um fato que chama atenção é que ele ainda é uma lacuna no atendimento em saúde no mundo,⁶ com alcance baixo, de apenas 12% da necessidade atendida. Estima-se que, até 2060, deverá duplicar o quantitativo dos necessitados desse cuidado devido ao envelhecimento da população, aumento da incidência do câncer e de doenças crônicas não transmissíveis.⁷ Para tanto, no Brasil, têm-se iniciado alternativas e projetos de apoio para melhoria das redes de atenção à saúde.^{8,9}

Para a identificação precoce, há a necessidade da verificação de elegibilidade de indivíduos. As doenças ameaçadoras à vida são diversas e devem ser avaliadas em um contexto individual. Elas podem ser: doença de Alzheimer e outras demências, doença de Parkinson, câncer, algumas das doenças cardiovasculares, doenças hematológicas e imunológicas, cirrose hepática, anomalias congênitas, condições neonatais, doença pulmonar obstrutiva crônica, síndrome da imunodeficiência humana adquirida, insuficiência renal, esclerose múltipla, dentre outras.⁷

O cuidado paliativo também exige da equipe a continuidade da assistência e, segundo a Política Nacional de Atenção Básica,⁹ nas atribuições dos profissionais de saúde da atenção primária, cabe a realização de visitas e acompanhamento domiciliar aos usuários com algum grau de dependência para as atividades da vida diária, incluindo o cuidado paliativo.

A relação da atenção primária e o cuidado paliativo estão dispostos na diretriz de organização do cuidado paliativo no Sistema único de Saúde (SUS), em que a atenção primária fica responsável por acompanhar os usuários com doenças ameaçadoras à vida, envolvendo-se em todo o processo, com a oferta da assistência necessária ou apoio longitudinalmente.¹⁰

Tem-se, como objetivo, entender a relação dos profissionais de saúde com o cuidado paliativo na atenção primária, o qual corresponde ao primeiro objetivo

específico da dissertação de mestrado “Atuação dos profissionais de saúde no cuidado paliativo na atenção primária à saúde”. Diante do exposto, a pergunta de pesquisa foi: o que há na literatura brasileira a respeito da relação dos profissionais de saúde com o cuidado paliativo na atenção primária à saúde?

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizada no período de maio de 2022, com o objetivo de buscar por pesquisas brasileiras acerca do tema “a relação dos profissionais de saúde com o cuidado paliativo na atenção primária à saúde”.

A revisão integrativa de literatura consiste em uma relevante ferramenta de melhoria na prática clínica, trazendo à luz discussões e análises importantes, sínteses e, ainda, a capacidade de direcionar as lacunas do conhecimento.¹¹ Contudo, requer padrões de clareza e rigor na elaboração, tanto quanto outros tipos de estudo, para maior confiabilidade.¹²

Para a elaboração do presente estudo, foram adotadas as 6 etapas para a revisão integrativa: a primeira foi a identificação do tema e seleção da pergunta de pesquisa. Nela, fez-se uso do acrônimo PICo (*Population, Interest, Context*) aplicado ao tema de interesse (Quadro 1).

Quadro 1 – População, interesse e contexto - PICo

Acrônimo PICo	Descrição	Descritor DECs
P	Relação dos profissionais de saúde	Pessoal de Saúde
I	Cuidados paliativos	Cuidados Paliativos
Co	Atenção Primária à Saúde	Atenção Primária à Saúde

Os descritores em saúde, selecionados mediante o uso do acrônimo, resultaram em (Cuidados Paliativos), (Atenção Primária à Saúde), (Pessoal de

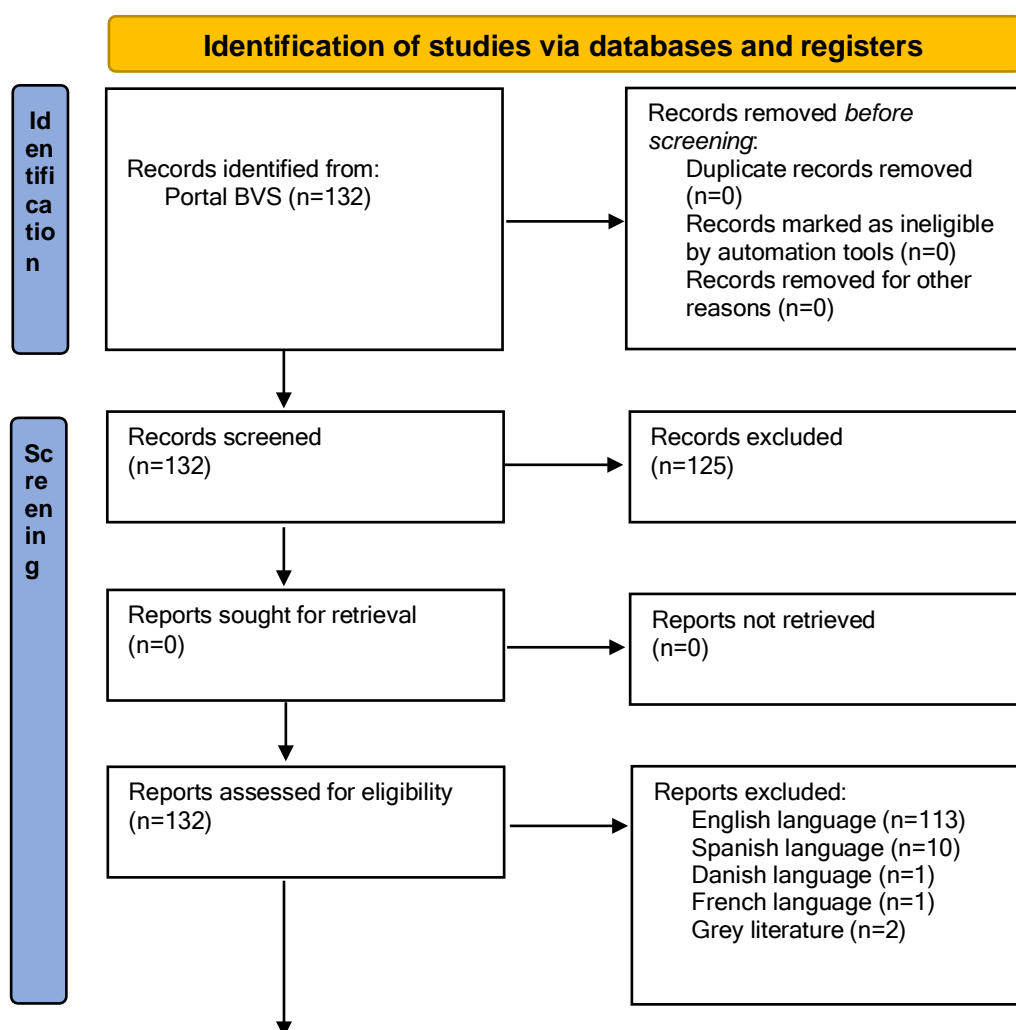
Saúde), presentes no título, resumo ou assunto das publicações, e utilizado o operador booleano *and*.

As etapas seguintes foram: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão; definição das informações a serem analisadas nos estudos selecionados; avaliação dos estudos; interpretação dos resultados; revisão e síntese das informações extraídas.¹¹

Foi utilizada uma busca no portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), plataforma operacional de cooperação técnica da Organização Pan-Americana da Saúde.

Como critérios de inclusão, foram consideradas as publicações na língua portuguesa que abordassem sobre o tema e de exclusão de publicações de outras nacionalidades, as quais não abordassem sobre o tema, resultando em sete publicações científicas (Fluxograma 1).

Fluxograma 1 – Resumo da busca na BVS baseada no modelo PRISMA



In cl ud ed	Studies included in review (n=7) Reports of included studies (n=5)
----------------------	---

As publicações foram importadas para o gerenciador de referências Mendeley® para melhor organização. As informações extraídas e estudadas foram: ano de publicação, autoria (equipe multiprofissional ou uniprofissional na elaboração do estudo), tipo de publicação (artigo, tese, monografia ou outro), nível de evidência, objetivos, resultados, discussão e conclusão.

A análise dos dados aconteceu em dois momentos; primeiro, mediante a estatística descritiva, para a descrição dos dados quantitativos; isso foi seguido da análise temática de Minayo, para os dados qualitativos.

As premissas para a discussão da análise qualitativa de Minayo¹³ seguem as seguintes etapas: (1) conhecer os termos das pesquisas qualitativas. (2) definir o objeto a ser estudado. (3) delinear as estratégias para a busca. (4) conhecer o cenário de pesquisa e seus processos. (5) conhecer a teoria e hipóteses. (6) ordenar e organizar as observações da pesquisa aplicada e o material secundário. (7) construir a tipificação do material da pesquisa e fazer a transição. (8) compreensão pela leitura aprofundada, unidades de sentido e nova teorização. (9) produzir um texto fiel aos achados, contextualizado e acessível. (10) assegurar a fidedignidade e validade, como exemplo, validação dos relatos e olhar o objeto sob seus diversos ângulos.

RESULTADOS

Nessa busca, a publicação menos recente foi do ano de 2012¹⁹ e a mais atual, do ano de 2018¹⁵; 1 (20%) dos últimos cinco anos.¹⁵ Todos são artigos científicos publicados em revistas.

Na caracterização dos autores, a maioria dos trabalhos são uniprofissionais, em que 3 (60%) eram compostos por autores da mesma área de atuação^{15,17,18} e, em 1 (20%), publicada por duas enfermeiras, uma delas com formação também em fonoaudiologia.¹⁹ Apenas 1 (20%) estudo foi publicado em revista multiprofissional e composto por psicólogo, médico e enfermeiro.²⁰

Considerando a classificação de I a VII dos níveis de evidência das publicações científicas, houve predominância do nível IV nos achados, 4 (80%). Esses tratavam-se de estudos qualitativos ou descritivos; 1 (20%) foi classificado como nível V de evidência.¹⁹

Os achados quanto aos objetivos, resultados, discussões e conclusão dos autores (Quadro 2) subsidiam a elaboração da análise temática qualitativa.

Quadro 2 — Síntese dos objetivos, resultados, discussões e conclusão do levantamento de literatura

Título/Referência	Objetivos	Resultados/discussões	Conclusão
Significados atribuídos por profissionais de saúde aos cuidados paliativos no contexto da atenção primária. (CARVALHO <i>et al.</i> 2018) ¹⁵	Compreender os significados atribuídos por profissionais de saúde à assistência em cuidados paliativos na atenção primária à saúde.	Os significados atribuídos envolveram a carência de um sistema organizado em rede, resignificação da atitude dos profissionais, enfrentamento da cultura emodelo hospitalocêntrico sob a inclusão da família.	Envolvem a experiênciados profissionais de saúde a partir de práticas de saúde, interação entre profissionais, rede de atenção, paciente e família.
Vida e morte na atenção primária à saúde: reflexões sobre a vivência do médico de família e comunidade ante a finitude da vida. (VIEIRA <i>et al.</i> 2016) ¹⁷	Relatar, sob a perspectiva dos médicos assistentes, caso de paciente em cuidados paliativos acompanhado por uma equipe de estratégia saúde da família.	Presença de desafios quanto a recursos e tempona assistência; O diálogo na equipe e a abordagem biopsicossocial-espiritual como fator para atribuição de novo significado do processo de cuidado paliativo.	A mobilização da equipee a abordagem biopsicossocial-espiritual mostraram-se potenciais para a promoção da qualidade de vida no cuidado paliativo.
Dificuldades de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos na estratégia da saúde da família. (MENEQUIN; RIBEIRO, 2016) ¹⁸	Desvelar as principais dificuldades enfrentadas pelos cuidadores de pacientes em cuidados paliativos no domicílio e compreender a percepção dos mesmos em relação ao suporte oferecido pela Estratégia da Saúde da Família.	As dificuldades vivenciadas pelos cuidadores são: falta de rede de apoio, precariedade social e econômica, despreparo paralaridar com a morte na terminalidade. As ações desenvolvidas pelaestratégia saúde da família são limitadas e pontuais.	Capacitação das equipes e revisão do processo de trabalho, disponibilidade de tempo dos profissionais, fortalecimento do vínculo, necessidade de rede de apoio, suporte financeiro, técnico e o emocional para o cuidador.

Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. (QUEIROZ <i>et al.</i> 2013) ²⁰	Refletir sobre os cuidados às pessoas com doenças em fase terminal na Atenção Primária à Saúde.	Houve duas categorias no estudo: cuidados no final da vida na percepção dos familiares; e na dos profissionais de saúde, em comum nos dois, há a identificação de descontinuidade dos cuidados paliativos na atenção primária.	Necessidade de melhoria na continuidade e qualidade de vida de quem morre por uma doença em fase terminal no domicílio, sob os cuidados do Sistema Único de Saúde.
Cuidados paliativos na atenção básica: produção científica de enfermagem. (ANDRADE <i>et al.</i> 2012) ¹⁹	Investigar a produção científica sobre cuidados paliativos na Atenção Básica, no âmbito da Enfermagem, no período de 2005 a 2010.	Emergiram dois enfoques: Na visão da equipe teve destaque a importância da implementação dos cuidados paliativos na Atenção Básica e necessidade de capacitação. Na visão da família, destacou-se a importância da comunicação, mais equipes especializadas, inclusão dos cuidadores e suporte.	Necessidade de realização de estudos para discussões sobre o tema; Inserção desse conteúdo nos currículos dos profissionais da saúde; Disseminação dos cuidados paliativos na Atenção Básica de Saúde.

Seguindo a análise temática de Minayo, surgiram dois enfoques: dificuldades dos profissionais de saúde da atenção primária para a atuação nos cuidados paliativos; e dificuldades identificadas nos pacientes e familiares vinculados à atenção primária em vivenciar os cuidados paliativos. Nenhum dos estudos foi desenvolvido sobre os pontos fortes dos cuidados paliativos na atenção primária em saúde.

No primeiro enfoque encontrado, ressaltou-se, como dificuldade, a restrita disponibilidade da equipe que permita a continuidade do cuidado paliativo^{17,18,20}, a necessidade de melhoria no diálogo entre a equipe de saúde e a resignificação da concepção do cuidado ao paciente paliativo^{15,17,19}, a falta de um sistema bem definido sobre a prestação do cuidado ao paciente paliativo^{15,19}, bem como a necessidade de ensino e capacitação dos profissionais sobre o tema.¹⁹

No segundo enfoque, as dificuldades identificadas nos pacientes e familiares estão associadas ao manejo domiciliar do paciente em cuidado paliativo em relação ao acesso de apoio de suporte profissional^{18,19,20}, ações com descontinuidade e limitadas do cuidado paliativo pela atenção básica^{18,20}, além da dificuldade de comunicação entre os profissionais, pacientes e família.¹⁹

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo vão inversamente na direção dos objetivos

da diretriz para a organização dos cuidados paliativos no SUS, que são, dentre outros, a integração na rede de atenção à saúde e incentivo de trabalho em equipe multidisciplinar.¹⁰

Sob o prisma das dificuldades dos profissionais de saúde, há problemas, como a pouca disponibilidade da equipe, comunicação e concepção distorcida do paciente paliativo; assim, sugerem que, na prática, o cuidado paliativo é uma lacuna importante na oferta de atendimento em saúde à população brasileira.

De acordo com a ideia de percepção concebida pela fenomenologia, o indivíduo pouco muda a percepção em relação a um objeto; a depender das condições do ambiente, negar atenção a detalhes da cena é uma condição da percepção humana e, mesmo que alguns detalhes sejam notáveis, a consciência relativa sobre o objeto permanece.²¹ Ainda assim, para os profissionais e familiares, os problemas

encontrados tangem questões que não puderam passar despercebidas, logo, são significativas para a oferta do cuidado paliativo. Essas vão além do ponto central desse cuidado, perpassam questões primárias, como diálogo da equipe, concepção de conceitos e oferta de suporte do manejo domiciliar.

Reforçando tais achados, outros estudos também têm como implicações na oferta dos cuidados paliativos fragilidades semelhantes, sobretudo quanto à disponibilidade da equipe, continuidade da assistência, comunicação e organização das redes de atenção à saúde.^{22,23}

Considerando as dificuldades dos pacientes e familiares vinculados à atenção primária, sobretudo a mais presente, ressalta-se a importância da relação da família e paciente com os profissionais da atenção primária, mormente quanto à sensibilidade sobre as diferentes realidades e o manejo constante dos sintomas, para oferta de um suporte adequado.²⁴

Nota-se também que há dificuldade na comunicação nos enfoques, bem como em outras pesquisas sobre o cuidado paliativo, que a colocam como primordial no cuidado paliativo.^{5,23,25}

Segundo Milani e Silva²⁶, a necessidade de um cuidado partilhado entre a equipe é uma complexa variável que impacta a implementação do cuidado paliativo na atenção primária, contudo, elencam, como uma possibilidade estratégica para a resolução dessa questão, a educação permanente em saúde, a qual pode ser um fator de ajuste da comunicação eficaz e eficiente entre os profissionais.

O uso da educação permanente pode ser uma ferramenta tanto para a união entre os membros da equipe e fortalecimento da interdisciplinaridade quanto para a qualificação dos profissionais de saúde, pois possibilita o enfrentamento criativo dos

problemas de saúde e maior efetividade das ações, estimulando o conhecimento partilhado e a promoção da formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS.²⁷

Os achados quanto às autorias reforçam a necessidade da expansão dessa discussão na ótica da multidisciplinaridade, sobretudo da interdisciplinaridade.

Segundo Ferigollo e Kessler,²⁸ a interdisciplinaridade visa à partilha do saber; há integração entres as disciplinas e demonstra-se efetiva para resolução dos problemas.

Dentre os princípios norteadores para o cuidado paliativo, pauta-se também sobre a percepção do processo de morrer pelos envolvidos, em que o cuidado é norteado pela afirmação da vida e aceitação da morte como um processo natural, bem como o oferecimento de apoio nesse momento,¹⁰ indo ao encontro aos achados de necessidade de ajuste no entendimento conceitual do cuidado paliativo e necessidade de mudança de cultura. Em uma das publicações, Carvalho *et al.*¹⁵ explanam quanto à busca da cura, mesmo quando não é possível, e ao enfretamento da cultura que centra o cuidado no ambiente hospitalar.

Na perspectiva de integração da prática em toda a rede de atenção à saúde, capacitação dos profissionais e construção de fluxos, foi desenvolvido, em 2009, pelo governo brasileiro, o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS),⁸ que, no ano de 2020, em cooperação do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Hospital Sírio-Libanês, publicou o Manual de Cuidados Paliativos, como primeira iniciativa para subsídio teórico essencial de profissionais de saúde na abordagem ao paciente paliativo.²⁹

Em 2017, houve Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do SUS, que, em seu sétimo capítulo, aborda sobre o controle da dor e cuidados paliativos, institui a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos, elencando a ela a responsabilidade de se pronunciar sobre diretrizes nacionais e contribuição para estruturação de redes de atenção nessa área.³⁰

Nota-se que o cuidado paliativo é um campo em ascensão e desenvolvimento. Com políticas recentes, tem a primeira portaria, que efetivamente organiza o cuidado paliativo no SUS, de 2018,¹⁰ contudo, os anos e tipos de publicações observados na presente revisão demonstram escassez no interesse científico em discutir o cuidado paliativo no Brasil, para, assim, apoiar seu desenvolvimento.

Ainda, com o advento da pandemia da COVID-19, os cenários, nacionalmente e internacionalmente, necessitaram de ajustes nos serviços de saúde e tornou-se um desafio para a oferta do cuidado paliativo.³¹ Para tanto, a Academia Nacional de

Cuidados Paliativos posicionou-se sobre continuidade do seguimento desse cuidado durante a pandemia, reforçando a importância de não o negligenciar no contexto da COVID-19.³²

Quanto aos níveis de evidência das publicações, nota-se a presença predominante dos níveis mais baixos. Isso pode estar associado ao fato de que as análises qualitativas não são classificadas como altos níveis de evidência científica, contudo, considerando a natureza desses estudos, utilizados para captar as realidades dos fatos e questões abstratas de forma aprofundada,³³ bem como a necessidade do olhar singular ao paciente paliativo e família nas demandas físicas, psicossociais e espirituais,⁶ esses são estudos legítimos ao identificar as subjetividades do ser humano no processo de morrer, tal qual as expectativas e necessidades dos profissionais para melhor prestar tal cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão sobre a relação dos profissionais de saúde com o cuidado paliativo na atenção primária infere que muitas são as dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde, bem como pelos pacientes, familiares e cuidadores.

Ainda é um tema recente e em desenvolvimento como política pública, com necessidades de estratégias mais claras e instrumentalização da atenção primária, como recursos humanos, definição de atribuições, fluxos, incentivo para a interdisciplinaridade, para que, então, ocorram melhorias na prestação desse cuidado, de forma eficaz e eficiente, garantindo o acesso, integralidade e longitudinalidade.

Destaca-se também que é um tema que possui uma importante lacuna de conhecimento científico no contexto brasileiro, necessitando de mais pesquisas para seu fortalecimento.

Por fim, podem ser citadas, como limitações do presente estudo, a baixa produção científica acerca do tema, que pode gerar uma visão reducionista da realidade do cuidado paliativo nas unidades de atenção primária na ótica dos profissionais de saúde, bem como a possível heterogeneidade dos artigos incluídos, que podem apresentar vieses de escrita e gerar uma interpretação equivocada da realidade.

REFERÊNCIAS

- 1 Santos LADC, Faria L, Patiño RA. O envelhecer e a morte: leituras contemporâneas de psicologia social. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2018;35. doi: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0040>
- 2 Byock I. Principles of Palliative Medicine. In: Gomes ALZ; Othero MB. Cuidados paliativos. *Estudos avançados*. 2016;30:155-166. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.30880011>
- 3 Floriani, CA, Schramm FR. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospices modernos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2010;17:165-180.
- 4 Kovács MJ. A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista bioética*. 2014;22:94-104.
- 5 Santos FPPGD, Comassetto I, Porciúncula AIC, Santos RMD, Ferreira FAS, Magalhães APND. Ortotanásia e distanásia: percepção dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva. *Ciência, cuidado e Saúde*. 2016:288-296. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v15i2.26017>
- 6 Organização mundial da saúde. *Palliative care*. 2020.
- 7 Worldwide Palliative Care Alliance. *Global Atlas of Palliative Care*. 2020
- 8 Brasil (a). Ministério da Saúde. Portaria no 3362, de 8 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 2017 [citado 2022 maio 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3362_13_12_2017.html Acesso em: 07 fev 2022.
- 9 Brasil (d). Ministério da Saúde. Portaria no 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 2017 [citado 2022 maio 21]; Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- 10 Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução no 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 2018 [citado 2022 maio 21]; Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710

11 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto-enfermagem*. 2008;17:758-764. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

12 Dhollande S, Taylor A, Meyer S, Scott M. Conducting integrative reviews: a guide for novice nursing researchers. *J Res Nurs*. 2021;26(5):427-438. doi: <https://doi.org/10.1177/1744987121997907>. PubMed PMID: 35251272; PubMed Central PMCID: PMC8894639.

13 Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(3):621-626.

15 Carvalho GAFL, Menezes RJMP, Enders BC, Teixeira GA, Dantas DNA, Oliveira DRC. Significados atribuídos por profissionais de saúde aos cuidados paliativos no contexto da atenção primária. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2018;27. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005740016>

17 Vieira RR, Robortella AR, Souza AB, Kerr GS, Oliveira JAC. Vida e morte na atenção primária à saúde: reflexões sobre a vivência do médico de família e comunidade ante a finitude da vida. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2016;11:1-7. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1281](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1281)

18 Meneguim S, Ribeiro R. Dificuldades de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos na estratégia da saúde da família. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2016;25. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500003360014>

19 Andrade CG, Costa ICP, Costa SFG, Santos KFO, Lopes MEL, Figueiredo DM. Cuidados paliativos na atenção básica: produção científica de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 2012;6(2):423-430. doi: 10.5205/reuol.2052-14823-1-LE.0602201223

20 Queiroz AHAB, Pontes RJS, Souza AMA, Rodrigues TB. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Ciência & saúde coletiva*. 2013;18:2615-2623. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900016>

21 Verissimo DS. Fenomenologia da percepção: fundamentos teóricos e cenários de investigação. *Revista Psicologia em Pesquisa*. 2021;15. doi: <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2021.v15.29674>

22 Telles AC, Bento PADSS, Chagas MC, Queiroz ABAD, Bittencourt NCCDM, SilvaMMD. Transição para cuidados paliativos exclusivos para mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2021;74. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1325>

23 Silva TCD, Nietzsche EA, Cogo SB. Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2021;75. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1335>

- 24 Silva MLDSR. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2014;9(30):45-53. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)718](https://doi.org/10.5712/rbmfc9(30)718)
- 25 Borges MM, Santos Junior R. A comunicação na transição para os cuidados paliativos: artigo de revisão. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2014;38(2):275-282.
- 26 Milani L, Silva MM. A enfermagem e os cuidados paliativos na atenção primária à saúde. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 2021;13:434-442. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7485>
- 27 Brasil (b). Ministério da Saúde. Portaria no 3194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 2017 [citado 2022 maio 21]; Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194_30_11_2017.html
- 28 Ferigollo JP, Kessler TM. Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional-prática interdisciplinar nos distúrbios da comunicação humana. *Revista CEFAC*. 2017;19:147-158. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201719213816>
- 29 Brasil. Manual de Cuidados Paliativos. 1ª edição. São Paulo: Ministério da Saúde;2020.
- 30 Brasil (c). Ministério da Saúde. Portaria de consolidação no 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 2017 [citado 2022 maio 21]; Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_5_28_SETEMBRO_2017.pdf
- 31 Florêncio RS *et al.* Cuidados paliativos no contexto da pandemia de COVID-19: desafios e contribuições. **Acta paul enferm [internet]**. 2020;33. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO01886>
- 32 Portela MC, Reis LGDC, Lima SML. Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde. São Paulo: Fio Cruz; 2022. Doi: <https://doi.org/10.7476/9786557081587>
- 32 Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Posicionamento da Academia Nacional de Cuidados Paliativos sobre o Covid-19. 2020.
- 33 Marcondes RC, Miguel LAP, Franklin MA, Perez G. Metodologia para trabalhos práticos e aplicados. São Paulo: Editora Mackenzil, 2017.

ARTIGO II

A PERCEPÇÃO DE ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CUIDADO PALIATIVO NO CONTEXTO DA FENOMENOLOGIA

RESUMO:

Introdução: O cuidado paliativo é uma prática multiprofissional de promoção de suporte e conforto aos que possuem doenças que ameacem a vida, devendo ser executado em todos os níveis de atenção, sendo a atenção primária a ordenadora e coordenadora do cuidado. **Objetivo:** Compreender a percepção e motivação dos profissionais da atenção primária em saúde quanto à atuação em cuidados paliativos em um município do oeste do Paraná. **Método:** Pesquisa descritiva, qualitativa, com abordagem da fenomenologia social de Alfred Schütz. O campo de pesquisa foram 16 das 44 unidades de atenção primária em saúde da rede pública de um município do oeste do Paraná, obtidas via cálculo amostral estatístico de proporção por Distrito Sanitário e randomização das unidades participantes no *software R*[®]. Foram entrevistados, presencialmente, de novembro de 2021 ao mês de março de 2022, com auxílio do aplicativo de gravação Recorder[®], 38 profissionais do ensino superior; desses, 12 médicos, 16 enfermeiros e 10 assistentes sociais. As entrevistas foram transcritas e definidas as unidades de sentido para a compreensão fenomenológica de Alfred Schütz mediante o programa IRaMuteQ[®]. **Resultados:** Os profissionais caracterizaram-se como concursados públicos (97,3%), 26 (68,4%) lotados em Unidades de Saúde da Família (USF), 16 enfermeiros (42,1%), 12 médicos (31,6%) e 10 assistentes sociais (26,3%), brasileiros 38 (100%), sexo feminino (78,9%), 40±8 anos, com especialização em saúde da família ou áreas afins (44,7%), tempo médio de formação de 13 anos e 4 meses (13,3±8,8) e média de 8 anos e 6 meses exercendo a função atual (8,5±6,8). As unidades de sentido identificadas foram: entendimento do conceito de cuidado paliativo, organização do processo de trabalho sobre o cuidado paliativo na unidade de saúde, referência e contrarreferência dos pacientes, percepção de como foi a oferta do cuidado paliativo durante a pandemia, possibilidades e expectativas para a assistência em cuidados paliativos e capacitação sobre o cuidado paliativo. Entende-se o que os profissionais compreendem por cuidado paliativo, como ocorre a atuação na unidade de saúde, como foi a oferta durante a pandemia e as projeções futuras para a otimização desse cuidado na atenção primária. **Discussão:** No motivo-porque, os profissionais percebem suas atuações baseada no conceito do cuidado paliativo, embora não elencassem a interdisciplinaridade como ponto central. Eles se orientam à luz da prática dos colegas e em relação ao usuário; percebem a atuação como fragmentada e com restrita capacitação e interação entre os profissionais e setores, sendo significativas as falas sobre referência e contrarreferência. O motivo-para volta-se à expectativa da educação em saúde e equipe suficiente para cumprir as demandas das unidades, a incluir as demandas provenientes do paciente paliativo. **Considerações finais:** O estudo desvela sobre a atuação dos profissionais de saúde no contexto dos cuidados paliativos na atenção primária e sobre a realidade de tal cuidado, subsidiando a compreensão das motivações dos profissionais e informações para discussão da necessidade de políticas públicas voltadas a esse perfil de usuários, bem como aos profissionais.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Cuidados paliativos na terminalidade da vida; Atenção primária à saúde; Pessoal de saúde;

INTRODUÇÃO:

Segundo a Organização Mundial da Saúde,¹ o cuidado paliativo é uma abordagem que busca a melhoria da qualidade de vida dos pacientes que enfrentam problemas associados às doenças com risco de vida, incluindo suporte às suas famílias, aliviando sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento dos problemas físicos, psicossociais e espirituais.

A oferta do cuidado paliativo no mundo ainda não tem o alcance necessário e é menor ainda em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Embora a Organização Mundial da Saúde recomende que ele seja integrado nas políticas públicas em saúde,² no Brasil, a taxa de serviços desse cuidado é de 0,00 a 2,66 prestadores para cada 1 milhão de habitantes.³ Tendo chegado no país em 1983, ainda é um tema recente⁴ e, como política que o organiza no SUS, incipiente.⁵

Em uma análise da situação do cuidado paliativo no Brasil, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos expõe que a atenção primária em saúde é a estratégia de menor custo e maior impacto para a saúde, a incluir quanto ao cuidado paliativo, mas demonstra que ele é uma exceção no sistema de saúde brasileiro, centrado em hospitais e, ainda assim, menos de 10% dos hospitais possuem uma equipe de cuidado paliativo.⁶

Destaca-se que sua execução na atenção primária é descrita nas atribuições de seus profissionais, em que cabe a eles atender tais pacientes nas unidades de saúde e/ou domicílio, mediante visitas e acompanhamento domiciliar, compreendendo ações de prevenção e tratamento, reabilitação, palição e promoção à saúde, garantindo também continuidade do cuidado, especialmente na fase da terminalidade.⁷

Ainda, nesse contexto, a atenção primária é a ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, assim, fica responsável por acompanhar os usuários com doenças ameaçadoras à vida de forma longitudinal, com retaguarda dos demais pontos de atenção.⁵

Compondo os princípios organizativos para a execução do cuidado paliativo, a interdisciplinaridade faz-se necessária para a possibilidade de oferta desse

cuidado,⁵ convergente à composição da atenção primária, que é multiprofissional. A equipe da Atenção Básica é composta no mínimo por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e/ou técnico de enfermagem; a equipe da Estratégia de Saúde da Família é composta no mínimo por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, bem como agente comunitário de saúde, podendo agregar outros profissionais. Pode haver, como suporte, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), composto por equipe multiprofissional complementar, que objetiva soluções de problemas da população demandadas pela Rede de Atenção à Saúde.⁷ Destaca-se que a importância do cuidado paliativo na atenção primária é descrita em estudos, pois ela desempenha um papel muito importante no atendimento dos pacientes e seus familiares, possui vantagens, como a proximidade com o lar do usuário, facilidade de acesso, sensibilidade às realidades pela equipe multiprofissional e outras.^{8,9,10}

Contudo, há desafios para sua implementação, como a partilha de saberes da equipe,⁹ a abordagem incomum nos cursos de graduação da área da saúde,^{11,12} desqualificação profissional,¹³ dificuldade na prática do cuidado paliativo¹⁴ e, ainda, aumento das adversidades mediante o cenário da pandemia do SARS-CoV-2.^{15,16}

Como pergunta norteadora, questionou-se: “ Qual a percepção da atuação e motivações dos profissionais de saúde no cuidado paliativo na atenção primária de um município do oeste do Paraná? ”.

Assim, o objetivo deste estudo corresponde ao terceiro objetivo específico da dissertação de mestrado: “Atuação dos profissionais de saúde no cuidado paliativo na atenção primária à saúde”; dessa forma, visa compreender a percepção e motivação dos profissionais da atenção primária em saúde quanto à atuação em cuidados paliativos.

Segundo Merhy, a percepção é relevante, pois, no modo de construção dos processos de trabalho, organização e atuação na produção do cuidado, há a influência da percepção dos profissionais de saúde e gestores, pois é essa percepção que determina quais condições serão reconhecidas e enfrentadas como problemas de saúde e necessitarão de ajustes para a oferta de saúde.¹⁷

MÉTODO:

Trata-se de uma pesquisa descritiva, qualitativa, com abordagem da fenomenologia social de Alfred Schütz,¹⁸ realizada no município de Cascavel-PR, o qual possui 44 unidades de atenção primária, distribuídas em três Distritos Sanitários, divididos em áreas geográficas que compõem populações com características epidemiológicas, sociais, disponibilidade de recursos e serviços de saúde semelhantes, compostos por 14, 16 e 14 unidades, respectivamente.

Foi estabelecida uma amostragem estratificada obtida de forma aleatória (randomização) no *software R*[®]. A quantidade de unidades randomizadas em cada distrito foi determinada proporcionalmente: Distrito 1 (14 de 44 = 31,8%) 5 unidades; Distrito 2 (16 de 44 = 36,4%) 6 unidades; Distrito 3 (14 de 44 = 31,8%) 5 unidades. Resultou, dessa forma, em 16 unidades de saúde na composição da amostra.

Como população de pesquisa, optou-se por averiguar a atuação da equipe de nível superior, pois estudos demonstram a fragilidade da abordagem do tema na formação.²⁴ Considerando a composição da equipe mínima da atenção primária, que tenha curso de graduação, médico e enfermeiro,⁷ bem como que o município conta com um assistente social em cada unidade e que não possui Nasf-AB, a população foi composta pelos profissionais médicos, enfermeiros e assistentes sociais da equipe multiprofissional das unidades de atenção primária.

Tendo, como critério de exclusão, profissionais administrativos e de outras funções, que atuassem a menos de 6 meses, que estivessem em férias ou licença, bem como os que se recusassem a participar da pesquisa, assim, 10 profissionais tiveram tais critérios aplicados, compondo a amostra final 38 profissionais: 12 médicos, 16 enfermeiros e 10 assistentes sociais.

A coleta das informações foi realizada de novembro de 2021 ao mês de março de 2022, mediante entrevista gravada pelo aplicativo de gravação Recorder[®], pela enfermeira mestranda, após explicar que o trabalho fazia parte de uma pesquisa de mestrado e quanto aos objetivos, direcionada pelas seguintes indagações: “Fale-me sobre o cuidado paliativo, sua atuação e da sua equipe nesse contexto. Como foi a oferta desse cuidado na pandemia? E quais suas expectativas quanto à oferta desse cuidado na atenção primária?”

As entrevistas foram transcritas pela pesquisadora; os dados objetivos foram sistematizados pelo *software* estatístico XLSTAT[®] e descritos, enquanto os subjetivos foram sistematizados com auxílio do IRaMuteQ[®], *software* qualitativo que viabiliza diferentes tipos de análises textuais, o qual possibilita a identificação do número de textos, seguimentos de texto (ST), ocorrências, formas e hápax (palavras que

aparecem uma única vez).

Essa análise estatística requer uma retenção mínima de 75% dos ST; no estudo, foram separados 1376 ST com aproveitamento de 1066 ST (77,47%).

Também, foi realizada a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que consiste em agrupar os ST e seus vocabulários correlacionando-os por tema ou semelhança, num sistema hierárquico de ramificações.

A lista de palavras de cada classe que mais aparecem é gerada a partir do teste de Qui-Quadrado. Nele, emergem as evocações que apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente das outras classes. Considerou-se, então, a Frequência de ST (f), Qui-quadrado (x^2) e p-valor para a formação das classes.

Após, realizou-se uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC), feita a partir da CHD, que traz, como resultado, um gráfico com as palavras e uma Nuvem de Palavras, em que as maiores indicam maior importância no corpus textual e auxiliam a visão geral dos resultados.

Isso possibilitou o uso das classes textuais para formar as unidades de sentido para os entrevistados em relação à sua atuação no cuidado paliativo na atenção primária, como preconiza a fenomenologia.

As informações de cada unidade de sentido serão descritas e compreendidas de acordo com a fenomenologia social de Alfred Schütz. Na perspectiva da fenomenologia de Schütz, tem-se a busca pela compreensão dos motivos relacionados às experiências vivenciadas pelo indivíduo, a fim de compreender cada experiência e as razões que as justifiquem. As razões dividem-se em: *motivos-porque*, ou seja, a percepção do que foi vivenciado e suas motivações; e *motivos-para*, ou seja, a projeção das possibilidades, ou expectativas, para a continuidade da assistência nesse contexto de cuidados paliativos.¹⁸

A pesquisa respeitou os preceitos éticos¹⁹ e faz parte de um projeto maior intitulado “O cuidado em saúde mental: aspectos relacionados às políticas, aos serviços, às redes de apoio, aos profissionais e aos usuários”, aprovada pelos pareceres da Universidade Estadual do Oeste do Paraná número 4.124.227, CAAE número 33352220.2.0000.0107 e CEP do Hospital do Trabalhador sob número 4.183.030 e CAAE 33352220.2.3001.5225.

RESULTADOS

Ao todo, foram entrevistados 38 profissionais lotados em três distritos sanitários, sendo a maioria, 26 (68,4%) Unidades de Saúde da Família (USF) e 12

(31,6%) Unidades Básicas de Saúde (UBS). Dos profissionais entrevistados, 16 são enfermeiros (42,1%), 12 são médicos (31,6%) e 10 são assistentes sociais (26,3%) com tempo médio de formação de 13 anos e 4 meses ($13,3 \pm 8,8$) e média de 8 anos e 6 meses exercendo o cargo atual ($8,5 \pm 6,8$).

Apenas um desses profissionais entrou no cargo por meio do Programa Mais Médicos; o restante envolveu-se mediante concurso público (97,3%); 17 deles têm alguma especialização em saúde da família ou áreas afins (44,7%). Todos são brasileiros, a maioria do sexo feminino (78,9%) e católicos (57,9%), com média de idade de 40 ± 8 anos.

O corpus geral para a compreensão foi constituído por 38 textos provenientes das entrevistas, o que é representado pelo gráfico a seguir, chamado de dendrograma, em que apresenta as ramificações (A, B, C e D) das falas (fig. 1).

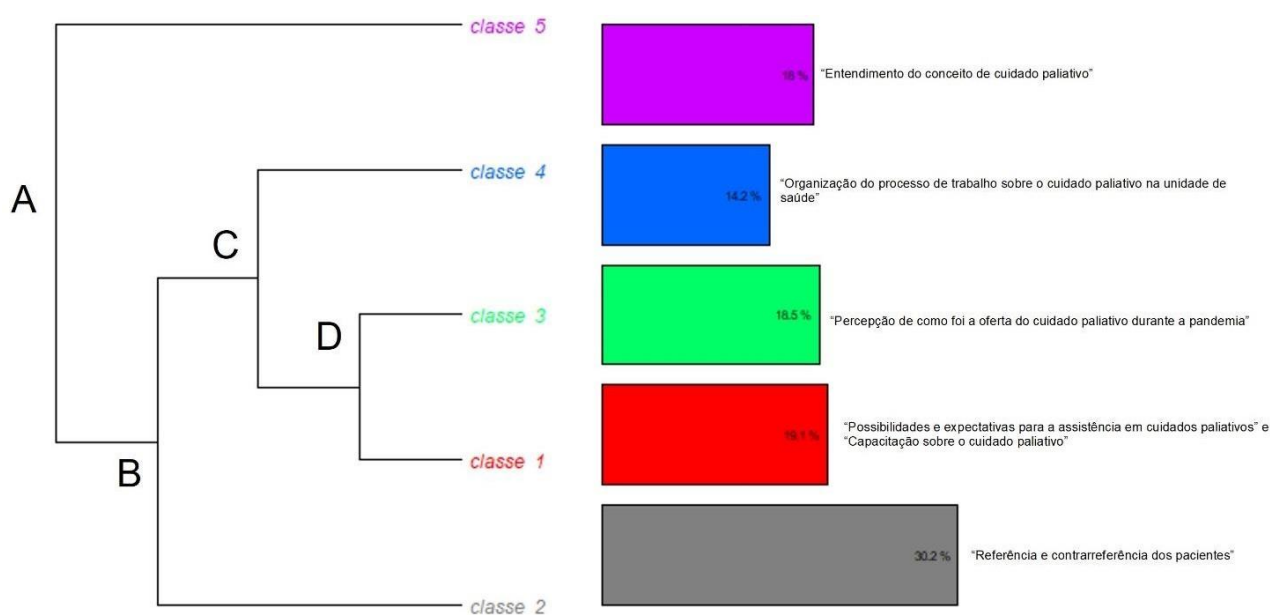


Figura 1. Dendrograma horizontal indicando as classes em que o corpus textual foi classificado, com a porcentagem de cada ST em relação ao corpus total.

Nota-se que as unidades de sentido presentes nas entrevistas foram: Entendimento do conceito de cuidado paliativo; Organização do processo de trabalho sobre o cuidado paliativo na unidade de saúde; Referência e contrarreferência dos pacientes; Percepção de como foi a oferta do cuidado paliativo durante a pandemia; Possibilidades e expectativas para a assistência em cuidados paliativos e Capacitação sobre o cuidado paliativo.

A AFC demonstra visualmente as palavras mais significativas das classes (fig. 2).

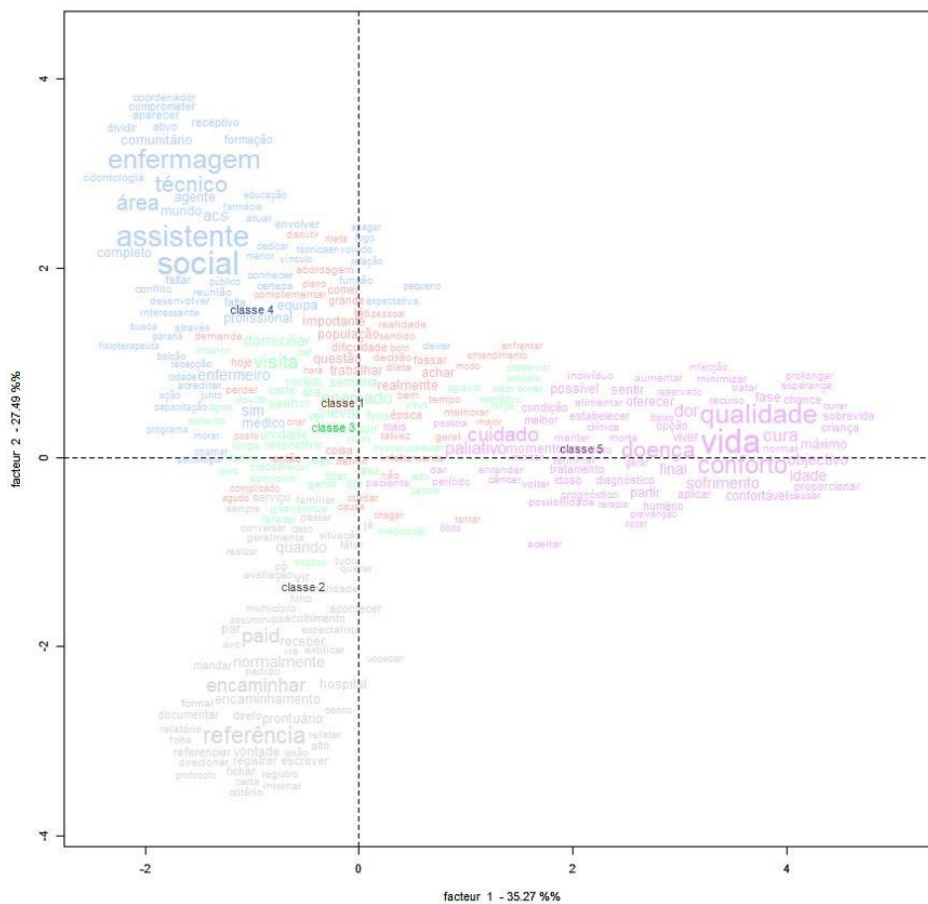


Figura 2. Análise Fatorial por Correspondência sobrepostas.

Há interseção de palavras, sobretudo nas classes 1 e 3, que são referentes à percepção de como foi a oferta do cuidado paliativo durante a pandemia, possibilidades e expectativas para a assistência em cuidados paliativos. Os profissionais tenderam a falar sobre a mesma perspectiva, em que a percepção de como foi ofertado o CP é inversamente proporcional às suas expectativas de como deveria ser a oferta.

Nota-se também que as possibilidades e expectativas para a assistência em cuidados paliativos e a capacitação sobre o cuidado paliativo ficaram sobrepostas, compondo uma única classe. Os profissionais não tiveram capacitações sobre o atendimento aos pacientes paliativos e nas expectativas deles estão contidas as capacitações.

Foi realizada também uma nuvem de palavras a partir das entrevistas, a qual possibilita a visualização global dos relatos e a tendência de suas falas em relação ao paciente, ao cuidado, ao atendimento, às visitas domiciliares, às unidades de saúde, aos componentes da equipe e ao Programa de Assistência e Internação Domiciliar (PAID) (fig. 3).

“Paliativo” ($\chi^2=85,51$; $p<0,0001$); “Final” ($\chi^2=57,78$; $p<0,0001$).

A afirmação da vida, da qualidade de vida e o conforto mediante a doença fazem sentido aos profissionais quanto à definição do CP, representadas pelas falas:

“[...] está certo que a doença dela necessita de cuidado paliativo mesmo, pois se trata de um câncer bem grave e tudo indica que há pouco tempo de vida, mas vamos ter esse tempo com qualidade para depois não ficar se descabelando, chorando. [...] para mim o cuidado paliativo é quando a pessoa já está sem uma perspectiva de cura, então nós vamos dar um cuidado, uma qualidade de vida para esse paciente no tempo que resta e não só para o paciente mas temos que ter também um olhar para o cuidado” (Profissional 5).

“[...] para mim o cuidado paliativo é a assistência que a gente presta ao paciente com o objetivo de conforto e qualidade de vida para ele, não visando a cura em si da doença, porque a gente sabe algumas situações que já foram atingidas todas as possibilidades terapêuticas” [...] “[...], mas o paciente precisa de conforto e qualidade de vida, então, para mim, no cuidado paliativo a gente proporciona esse conforto para ele” (Profissional 34).

“[...] é exatamente isso, oferecer conforto e qualidade de vida no tempo final que resta ao paciente [...] uma boa qualidade na sobrevivência que ele tem, dependendo de quanto tempo ele tem de vida, ou seja, é oferecer um atendimento, um cuidado amplo em tudo o que ele necessita para ter uma boa condição de sobrevivência e de qualidade de vida até a sua morte” (Profissional 35).

Nota-se que termos referentes à equipe, multiprofissional ou interdisciplinar não foram frequentes em relação a essa classe, contudo, os profissionais citam o trabalho em equipe quando referem-se à organização do processo de trabalho e projeções futuras para a melhor oferta desse cuidado.

Organização do processo de trabalho sobre o cuidado paliativo na unidade de saúde

Verificou-se que os profissionais tendem a associar essa classe aos profissionais que compõem a equipe, considerando os vocábulos mais significativos: “Profissional” ($\chi^2=48,98$; $p<0,0001$); “Assistente Social” ($\chi^2=237,87$; $p<0,0001$); “Enfermagem” ($\chi^2=171,31$; $p<0,0001$); “Técnico” ($\chi^2=133,45$; $p<0,0001$); “Enfermeiro” ($\chi^2=58,23$; $p<0,0001$); “Médico” ($\chi^2=37,2$; $p<0,0001$); “ACS” ($\chi^2=70,57$; $p<0,0001$); “Área” ($\chi^2=114,79$; $p<0,0001$); “Abrangência” ($\chi^2=29,67$; $p<0,0001$).

Nota-se que, no sentido do processo de trabalho, os profissionais falaram sobre quais são os profissionais e seus papéis no atendimento aos pacientes

paliativos, exemplificados nas falas a seguir:

“[...] outros profissionais da unidade atendem aos pacientes paliativos. Os técnicos, o assistente social, fazemos visitas, orientamos que não é sempre que tem o enfermeiro que faz o curativo. Tem escala de enfermagem com os técnicos” (Profissional 8).

“Principalmente médico e enfermagem. Entretanto, não demandam de todo o cuidado, não dão conta de todo o cuidado sozinho. Então a área da questão social é com o serviço social, as ações que são específicas de território, atualizações, acompanhamento, ACS tem papel fundamental, então são todos. [...]. As situações, elas são compartilhadas ou com um ou com dois profissionais ou com aqueles que a gente consegue. [...] Mas é pontual. Muito, muito pontual nesse momento, porque as reuniões não estão ainda liberadas para ocorrer. (Profissional 14).

“Antes da pandemia nós tínhamos essa oportunidade de fazer uma data fixa. Toda semana nós tínhamos a data para fazer essa reunião para discutir esses casos. Hoje nós não temos essa data, então quando a gente encontra dentro do nosso horário de trabalho, ali, uma oportunidade a gente discute. Porque são questões importantes, que a gente tem que ter essa conversa” (Profissional 19).

“[...] o enfermeiro conversa com o médico da equipe dele, e o assistente social também. Mas uma reunião para as duas equipes não. Mas reuníamos informalmente para acompanhar, para discutir” (Profissional 29).

“[...] apesar de haver poucos profissionais para tantas pessoas. Os médicos fazem visitas nas residências. Quando não eles, nós. E quando não, as assistentes sociais, as enfermeiras, então a gente procura acompanhar esse paciente, alguma forma dentro do que ele demanda para nós. [...] Enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, principalmente o agente comunitário de saúde, enfim. Acaba de certa forma todo mundo se envolvendo de alguma maneira” (Profissional 31).

Os profissionais relatam conseguir fazer pontualmente alguma assistência, mas observam limitações em suas ações em relação ao CP. O acolhimento pós-óbito não tem sido feito pelos profissionais, apenas se houver procura dos familiares na unidade de saúde:

“Sempre que necessário [...] A qualquer momento que eles nos procuram, a gente vai parar para ouvir, vai entender a sua necessidade, o que que o município possa estar ofertando em termos de serviço que tem disponível” (profissional 28).

“Só se tem uma procura direta, porque a gente ir atrás, ver como que estão os familiares, não acontece. Porque uma que a unidade tem um fluxo grande pra gente fazer esse pós. Acho que talvez nas reuniões seria abordado isso. Às vezes um

trabalho com o psicólogo mesmo! Mas a gente não consegue fazer isso aqui. Não está tendo isso” (Profissional13).

As reuniões na unidade de saúde para discutir o caso dos pacientes foram citadas especialmente quanto a terem sido suspensas no início da pandemia, não sendo retomadas há mais de dois anos. Porém, os profissionais referem que, mesmo sem as reuniões, tentam discutir pontualmente e individualmente casos que necessitem:

“Até 2020 as reuniões ocorriam semanal. A gente tem 2 equipes [...] a gente sentava, discutia. Não só esses, mas como todos os problemas. Veio a pandemia e as reuniões todas ficaram suspensas, como muitas outras ações. Porém, alguns casos que requer atenção multi, a gente continua discutindo” (profissional 28).

“Depois da pandemia, não foi mais feito nada. Desde 2020 que a gente não faz mais nada [...] A gente tem um paciente acamado, a gente resolve, não faz a reunião de equipe, mas a gente senta com o médico [...] mas não a equipe multidisciplinar toda” (Profissional 32).

Referência e contrarreferência dos pacientes

Ainda no sentido de organização de processo de trabalho, verificou-se que os profissionais relataram como acontece a referência e a contrarreferência dos pacientes, evidenciado nos fragmentos de fala a seguir:

“[...] o que o município pode ofertar em termos de serviço, o que tem disponível, e a gente encaminha sim para o serviço de referência quando há necessidade. Sempre trabalhando conforme o que o paciente apresenta de demanda” (Profissional 28).

“Quando o paciente que necessita de um atendimento que não é nosso, a gente encaminha por meio de referências, encaminhamentos... Agora o dos outros serviços, geralmente é o familiar que comunica, ou a gente já está em acompanhamento e já tem ciência do que precisa. Nada escrito” (Profissional 19).

Os relatos expõem que os profissionais encaminham a referência aos profissionais de outros pontos da rede, mas nem sempre recebem a contrarreferência, o que fica exemplificado nas falas a seguir:

“Então, normalmente quando sai daqui a gente sempre faz referência. Quando vem para cá, nem sempre vem referência! [...] pode vir o paciente sem nenhum papel que a gente vai atender da mesma forma. O contrário não acontece, na especialidade” (Profissional 2).

“[...] Às vezes vem lá com uma cartinha, mas não são todos [...] Então assim, isso não acontece não, infelizmente” (Profissional 37).

Percepção de como foi a oferta do cuidado paliativo durante a pandemia

Essa classe é composta por palavras que remetem aos termos “Acamado” ($x^2 = 86,39$; $p < 0,0001$); “Visita” ($x^2 = 106,69$; $p < 0,0001$); “Domiciliar” ($x^2 = 69,98$; $p < 0,0001$); “Levar” ($x^2 = 64,17$; $p < 0,0001$); “Unidade” ($x^2 = 42,03$; $p < 0,0001$).

Verificou-se que os profissionais falaram sobre as dificuldades vivenciadas por eles, dando ênfase à realização das visitas domiciliares aos pacientes antes e durante os períodos mais críticos da pandemia.

Foram observados relatos sobre como ocorre esse atendimento, o que é evidenciado nos fragmentos de fala a seguir:

“[...] se o paciente é acamado a gente vai e faz a visita, ou se por algum motivo ele não consegue vir até a unidade porque as estradas aqui são muito ruins e é longe e algumas pessoas não têm condições de vir para cá” (Profissional 34).

“[...] o enfermeiro faz a visita a cada 3 meses e o ACS pode passar todo mês. Mas com a pandemia esse cuidado ficou meio defasado, mas a gente atende mais esses pacientes crônicos e esses acamados que precisam do cuidado e não podem vir até a unidade” (Profissional 4).

“[...] a gente tenta fazer. Então o paciente que não consegue vir a gente faz visita domiciliar prescrição de medicação principalmente para a dor aqueles que usam muito soro, dieta” (Profissional 21).

“[...] coitadinhos dos pacientes. A gente ficou sem visita um bom tempo, primeiro porque a demanda foi em alguns meses a demanda foi brutal foi muito difícil e segundo que para a equipe sair da unidade demanda recurso” (Profissional 21).

A maior dificuldade foi na realização das visitas domiciliares aos pacientes.

Possibilidades e expectativas para a assistência em cuidados paliativos e Capacitação sobre o cuidado paliativo

Essa classe é composta por palavras como “Demanda” ($x^2 = 18,26$; $p < 0,0001$); “Profissional” ($x^2 = 14,82$; $p = 0,00011$); “Tempo” ($x^2 = 12,63$; $p = 0,00038$); “Dificuldade” ($x^2 = 26,46$; $p < 0,0001$); “Tentar” ($x^2 = 5,26$; $p = 0,02186$); “Melhorar” ($x^2 = 14,16$; $p = 0,00016$); “Saúde” ($x^2 = 6,45$; $p = 0,01109$).

As expectativas voltam-se ao maior quantitativo de profissionais disponíveis

para atender os pacientes paliativos, que possibilitem abarcar a demanda do CP, a fim de melhorar a assistência e minimizar as dificuldades.

Os profissionais trouxeram preocupações relacionadas ao cuidado dos pacientes, durante a pandemia, e à grande demanda que a equipe de saúde precisa atender. Isso é evidenciado nos ST, a seguir:

“[...] e tais lugares que as ACS traziam, e, hoje, a gente também está com dificuldade de fazer visita pelo mesmo motivo. Talvez não ficar transmitindo [COVID] de uma casa para outra, então realmente o cuidado paliativo nessa época da pandemia foi complicado” (Profissional 33).

“[...] e as vezes nós conseguimos uma ambulância e aí trazemos o paciente até aqui, ou a equipe consegue fazer uma visita, mas a demanda daqui é muito grande. Temos poucos profissionais médicos para atender uma população que chega a aproximadamente 25.000 habitantes” (Profissional 9).

“[...] acho que uma dificuldade maior ainda, porque aumentou a demanda e nossos profissionais também adoeceram. A equipe é pequena, então teve adoecimento dos profissionais que tiveram que ficar afastados deixando menor ainda a equipe para atender um público maior” (Profissional 19).

Ressalta-se, ainda, que, nessa classe, ficaram sobrepostas as falas a respeito das capacitações sobre o cuidado paliativo nas unidades de saúde, sendo uma lacuna para os profissionais e importante expectativa dos profissionais, como representam as falas:

“Acho que isso tem que ser discutido, principalmente pelos gestores, né! Eles entenderem que isso é importante, que a gente precisa de treinamento para isso, de curso, de capacitação! E aí eu acredito que as coisas comecem a melhorar um pouquinho [...]” (Profissional 1)

“[...] A gente precisava de mais treinamentos também” (Profissional 12)

“[...] conversas, discussão com colegas. Mas um treinamento aqui na unidade, não temos [...]” (Profissional 22)

“Nenhum tipo de treinamento nesse sentido” (Profissional 29).

DISCUSSÃO

Resgata-se que o presente estudo foi formulado à ótica do referencial da “Construção significativa do mundo social”, de Alfred Schütz, que possibilita a compreensão interpretativa do agir social, pautado nos sentidos visados, que levam ao ensaio da compreensão das motivações dos indivíduos em relação ao cuidado

paliativo, com foco nos Motivos-porque e Motivos-para.¹⁸

Inicialmente, ressalta-se que esse agir se diferencia de ação e comportamento, uma vez que agir é embasado por um objetivo visado, em que apenas se a ação possuir um projeto, torna-se, então, um agir, e, portanto, a ação será concretizada mediada por um agir intencionado.

Uma ação ao acaso, não intencional, não necessariamente denota sentido, a menos que houvesse uma intenção nesse comportar-se. Uma vez que há uma projeção, há, então, uma intencionalidade e uma motivação e, portanto, um sentido visado. Assim, nem todas as vivências da consciência possuem um sentido, apenas as vivências dadas na intencionalidade.¹⁸

Ainda, destaca-se que esses Motivos do estudo fenomenológico são identificados como os contextos de sentido que surgem no agente como fundamento significativo do comportamento e sua formulação de um agir, seja na percepção retrospectiva ou prospectiva.^{18,20}

Nas entrevistas, apenas as vivências dotadas de significados pelos profissionais serão reveladas; isso porque o que é vivência única, ou sem um projeto e sentido, não será significativa a ponto da apreensão e revelação pelos profissionais, pois a percepção passa por um “filtro” e é modulada na medida que vivências dos indivíduos acontecem e lhe são tomadas como significativas.

Para Schütz, “pode-se falar de expressão nesse sentido [manifestação de motivação] se aquilo que veio a ser expresso foi trazido a expressão com intento comunicativo”, ou seja, verbalizado.¹⁸

Dito isso, é necessária a compreensão de que os indivíduos, em interação com demais indivíduos, formem seu mundo social, o qual pode ser estruturado de diversas formas. Esse mundo social é compartilhado e o resultado significativo desses fenômenos varia a depender da esfera do mundo social em que os indivíduos estão alocados.^{18,20-21} Logo, a compreensão inicial do presente estudo é de que os indivíduos compartilham do mesmo mundo social, o mundo dos profissionais da saúde, atuantes na atenção primária à saúde, exercendo a função atual em média há 8 anos.

Nesse aspecto, o ser humano vive com e para os outros indivíduos, pelos quais orientam a atividade diária nesse mundo social. Diante disso, compreende-se, então, que os profissionais do estudo, enfermeiros, médicos e assistentes sociais, orientam-se à luz da prática dos colegas e em relação ao usuário do SUS, uma vez que a palavra “paciente” foi central nas falas das vivências dos profissionais, bem como que a assistência efetiva-se na medida em que são demandadas, sendo o ser

humano “paciente” integrante do mundo social compartilhado dos profissionais.

Ainda, levando em conta que a experiência cresce a cada vivência e forma-se o estoque de conhecimento do indivíduo, reais ou ideias,¹⁸ as unidades de sentido geradas trazem à luz esse estoque de conhecimentos e vivências nas classes relativas ao entendimento do que é para eles o cuidado paliativo, como acontece sua atuação no processo de trabalho e como esse foi durante a pandemia. Tal estoque de conhecimentos e experiências atua compondo vivências já decorridas, o que possibilita a compreensão reflexiva sobre elas e associação dos Motivos-porque, o qual é composto por vivências já esvaídas, retrospectivas, de caráter temporal passado e constituem a formulação de um projeto com base nas vivências antecedentes, fundamentando o agir e projeções futuras.

Notou-se que o estoque de conhecimento não teve como embasamento a construção relacionada à capacitação profissional, tampouco tiveram um tempo e espaço para compartilhar teorias e saberes adquiridos com os colegas de forma conjunta, sobretudo nos períodos mais críticos da pandemia, - que não deram a possibilidade de reuniões de equipe - levando a compreender que foram as vivências concretas, face a face, com pacientes em terminalidade, nos atos construídos em fases que os levaram a compor tal estoque, o estoque de objetualidades.^{18,20,22}

Destaca-se que se utilizou da recordação dos profissionais para a apreensão de suas vivências e projeções, em que a recordação primária, ou retenção, consiste na retratação não tão clara dos atos passados e diferenciam-se da recordação secundária, um reviver da consciência, presenciada a cada ato e expressa pelo agente.¹⁸

Quando voltamos o olhar para a vivência e a captamos, *voltar-se-para*, ela adquire um novo modo, em que novas vivências alteram o sentido da vivência esvaída e, logo, a presença de capacitação sobre os conceitos, possibilidades e opções de oferta do CP poderia, então, mudar a forma de recordação (primária e secundária) dos fatos e, assim, constituir um projeto de ação (intencional) mais aprimorado, dando origem a um Motivo-para mais claro e substancial aos profissionais.

Ainda, no âmbito dos motivos-porque, identificados no presente estudo, há definição dos profissionais quanto aos significados atribuídos ao CP, uma vez que os conceitos atribuídos se reportam para a oferta do cuidado, centralizadas no “paciente”, relacionado à oferta de conforto, qualidade de vida, manejo da dor e sofrimentos do usuário.

As vivências dos profissionais os levaram a apreender o CP nesses aspectos e, ainda que não houvesse a associação da sua definição com a

interdisciplinaridade e houve a revelação da falta da capacitação, os profissionais trouxeram à tona os principais conceitos bases do CP na composição de seus Motivos-porque.¹

Compondo também esse tópico, compreende-se que os profissionais reconhecem sua atuação nos processos de trabalho, voltando-se às visitas domiciliares, bem como revelam as ações dos outros profissionais e reconhecem as limitações, a exemplo do caso do acolhimento pós-óbito e adequado funcionamento da referência e contrareferência.

Levando em consideração que o comportar-se é pré-fenomenal, apenas as vivências decorridas podem ser apreendidas pelo olhar retrospectivo e as recordações prospectivas podem compor o plano do ensaio da ação, o vir-a-ser- percebido¹⁸; assim, o presente estudo necessita de esclarecimento quanto à compreensão sobre a percepção de como foi a oferta do cuidado paliativo durante a pandemia do COVID-19, ainda em curso, pois é um evento pré-fenomenal, um comportar-se.

Contudo, é possível a compreensão do que foi vivenciando no ápice da pandemia; enquanto a vacina ainda não havia sido fornecida [tardiamente] para a população, o atendimento estava voltado para os casos de COVID-19 e o remanejamento dos profissionais ainda não havia sido desfeito.

Com posterior retorno dos profissionais remanejados e fluxo da COVID-19 redefinido, já se configura um *ter-se-comportando* e fundamenta a possibilidade de apreensão pós-fenomenal. Nesse sentido, os profissionais falaram das dificuldades, sobretudo em relação ao processo de trabalho, considerando a centralidade das falas em relação ao acesso da equipe ao paciente acamado e nos modos como os profissionais se ajustaram para realizar as visitas domiciliares, mesmo que pontuais.

Ressalta-se que a recordação dos processos de trabalho foi central nas vivências expostas pelos profissionais de saúde, compondo os motivos-porque genuínos, que motivam, portanto, a constituição de um projeto do agir ideal.

Esse projeto de agir dá vez à discussão em relação ao Motivos-para, que é partido de um projeto concreto, dado a partir de uma intenção para a constituição de uma ação futura, como se fosse um ensaio para o próximo agir.^{18,20,22}

Esse aspecto da motivação representa o que seria uma projeção para a possibilidade dessa equipe na prestação futura do CP na atenção primária, ou seja, do que seria necessário para esse cuidado nesse ambiente e suas expectativas idealizadas prospectivamente. Nesse sentido, é importante compreender quais são esses projetos e motivações, refletindo sobre as possibilidades necessárias.^{20,22}

No presente estudo, os Motivos-para apresentam maior força de possibilidade

de compreensão nas classes que se relacionaram com oferta da capacitação profissional sobre os temas e nas possibilidades e expectativas de ampliação da equipe.

Compreendeu-se a sobreposição das classes, o que revelou a capacitação sobre a principal expectativa dos profissionais da APS; juntando-se a esse projeto o aumento pela gestão pública da saúde do quantitativo de profissionais, assim, é possível abarcar tal demanda percebida pelos profissionais.

Incorporada a isso, na composição do projeto para ações futuras, também se compreendeu quanto à obtenção dos recursos necessários – recursos humanos, físicos, materiais — para a oferta de conforto, qualidade de vida, manejo da dor e sofrimentos do usuário em CP, de modo que favoreça o acolhimento das demandas e a realização das visitas domiciliares pela equipe.

Para Alfred Schütz:¹⁸

“Quem planeja inserir uma nova vivência concreta no contexto geral da sua experiência, orienta esse seu comportamento pelo problema enquanto motivo-para do seu interpretar, ao selecionar dentre todos os esquemas de interpretação possíveis no seu estoque na sua experiência atual, aquilo que é relevante para a solução do problema”.

Assim, no presente estudo, o Motivo-para, que seria o plano, não se concretiza no Motivo-porque, que seria o ato desvaído; uma vez que a expectativa se volta para questões ausentes nas vivências, as expectativas pregressas não estão no agora-e-assim contempladas, mas são projetadas prospectivamente.

Ou seja, uma vez que o problema seja identificado pelo indivíduo na apreensão das experiências pregressas, fará, como parte do projeto prospectivo, uma seleção nos esquemas de interpretação, ou esquemas de experiência; os agentes resolutivos para o problema identificado compõem, nesse projeto futuro, mecanismos de resolução.¹⁸

No estudo, os profissionais possuem concreta seleção dos problemas mais significativos das vivências pregressas nos Motivos-porque, bem como projeções de esquemas de resoluções concretas nos Motivos-para.

Os profissionais identificam nas suas vivências pregressas as limitações da equipe na resolução das demandas do paciente paliativo, a fragmentação do cuidado, a sobrecarga da equipe e pouca interação entre eles e com outros serviços, como identificado na unidade de sentido sobre a relação de referência com outros serviços.

Dessa forma, apreendem a pouca disponibilidade de recursos humanos no passado e nos Motivos-para, de maneira que projetam como agentes resolutivos para

um agir prospectivo, nos meios-para, justamente em relação à capacitação dos recursos humanos e maior quantitativo de profissionais.

Assim, compreendeu-se que as motivações dos profissionais de saúde da APS voltam-se para a resolução das dificuldades contemporâneas na oferta dos cuidados paliativos aos usuários e melhores condições na atuação futura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendeu-se a percepção desses profissionais em relação às suas vivências no contexto da atuação, bem como suas expectativas para a continuidade e melhorias desse cuidado.

Embora não completamente apreendido pelos profissionais, justificada pela falta da associação da interdisciplinaridade na sua definição, o CP é realizado [parcialmente] aos pacientes que o demandam; ademais, possui descontinuidade nas visitas domiciliares, dependência dos programas de atenção domiciliar e ainda teve o agravante da pandemia. Ainda assim, é ofertado pelos profissionais dentro das suas possibilidades percebidas, na composição dos seus projetos de agir. Ainda, compreendeu-se que, para a mudança da realidade identificada, a expectativa se voltou à educação em saúde e equipe suficiente para as demandas.

Logo, para um CP futuro equitativo, integral e igualitário, foi possível compreender que a projeção dos profissionais precisa estar alinhada ao projeto das políticas públicas brasileiras, para compor um agir direcionado que contemple as demandas trazidas, respaldando o suporte ao paciente terminal na atenção primária à saúde.

Como limitação do presente estudo, identifica-se que ainda há margem para compreensão dos profissionais não obrigatórios da equipe mínima, da equipe técnica, dos usuários, familiares e demais redes de apoio, para uma apreensão maior sobre o cuidado paliativo e compreensão estendida da atuação da APS nesse cuidado.

REFERÊNCIAS

1 World Health Organization. Paliative care. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.

2 Lima MA, Manchola-Castillo C. Bioética, cuidados paliativos e libertação: contribuição ao “bem morrer.” Revista Bioética [Internet]. 2021 Jun [cited 2021 Nov 18];29(2):268–78. Available from: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/mGV647XycTDSqfnRmC5KtTy/?format=pdf&lang=es>

- 3 Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care. 2020.
- 4 Menezes RA. Em busca da boa morte, Antropologia dos Cuidados Paliativos. [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz e Garamond; 2004 [cited 2022 Aug 9]. Available from: DOI: <https://DOI.org/10.7476/9786557081129>.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução no 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2018 [citado 2022 maio 21]; Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710
- 6 Academia Nacional De Cuidados Paliativos. Análise situacional e recomendações da ANCP para estruturação de programas de Cuidados Paliativos no Brasil. São Paulo 2018 [Internet]. 2018. Available from: https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL_ANCP-18122018.pdf
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2017 [citado 2022 maio 21]; Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- 8 Stall N, Nowaczynski M, Sinha SK. Systematic Review of Outcomes from Home-Based Primary Care Programs for Homebound Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014 Nov;12(62):2243–51.
- 9 Milani L, Silva MM. A enfermagem e os cuidados paliativos na atenção primária à saúde. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 2021;13:434-442. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7485>
- 10 Oliveira J da S. Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde: atribuições de enfermeiros e enfermeiras. [Internet]. *Rev. APS*. 2021 [cited 2022 Aug 9]. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16848>
- 11 Pineli PP, Krasilcic S, Suzuki FA, Maciel MGS. Cuidado Paliativo e Diretrizes Curriculares: Inclusão Necessária. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2016 Dec;40(4):540–6.
- 12 Fonseca L dos S, Carvalho BC, Santos HO, Silva JM da, Santos JC de O, Ferreira LL de L, et al. Atuação do Enfermeiro em Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2022 Jan 6;68(1).
- 13 Gulini JEHM de B, Nascimento ERP do, Moritz RD, Rosa LM da, Silveira NR, Vargas MA de O. Intensive care unit team perception of palliative care: the discourse of the collective subject. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2017;51(0).
- 14 Hermes HR, Lamarca ICA. Palliative care: an approach based on the

professionalhealth categories. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 Sep 1;18(9):2577–88.

Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012

15 Gazos WM de J, Gazos SM. Cuidados paliativos ao idoso com COVID-19. *Anais do Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG* [Internet]. 2020 Nov 12 [cited 2022 Aug 9];1(1). Available from:

<http://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/congressogeriatría/article/view/2350>

16 Figueiredo SV, Guimarães JCMJ, Magalhães LL de F, Pires NDO, De Nadai CP, Costa MLP, *et al.* Atuação da equipe de cuidados paliativos frente a pacientes com aCOVID-19. *Enfermagem em Foco*. 2022 May 5;12(6).

17 Merhy, Emerson Elias. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelo de atenção. *In: MERHY, Emerson Elias et al. O trabalho em Saúde: olhando a experiência do SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2006.

18 Schütz A. 1899-1959. A construção significativa do mundo social: uma introdução à sociologia compreensiva. Tradução de Tomas da Costa. Petrópolis-RJ: Editora Vozes; 2018.

19 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais [Internet]. Conselho Nacional de Saúde, Brasília (DF), 2016 [citado 2022 maio 21]; Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

20 Machineski, GG. O tipo vivido de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial infantil. Orientador: Schneider, Jacó Fernando. Tese [Doutorado em enfermagem] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/31946>. Acesso em: 20 jul. 2022.

21 Machineski GG, Schneider JF, Camatta MW. O tipo vivido de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial infantil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2013 Mar;34(1):126–32. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100016>.

22 Schutz A. *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu; 2015.

23 Oliveira GC de, Schneider JF, Pinho LB de, Camatta MW, Nasi C, Guimarães AN, *et al.* Ações do apoio matricial na Atenção Primária à Saúde: estudo fenomenológico. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2019 Dec;32(6):674–82. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900093>.

24 Mattos, MP; Gutiérrez, AC; Campos, GWS. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 3503-3516, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.01472022>.

ARTIGO III

SIGNIFICADOS DO ATENDIMENTO DO PACIENTE PALIATIVO DURANTE A
PANDEMIA DO SARS-COV-2**RESUMO:**

Introdução: A atenção primária em saúde é a ordenadora e coordenadora do cuidado, incluindo o cuidado paliativo, o qual promove a qualidade de vida aos pacientes e familiares de indivíduos com doenças ameaçadoras; contudo, a pandemia da COVID-19 trouxe desafios à atuação dos profissionais de saúde. **Objetivo:** Compreender a percepção de atuação dos profissionais da atenção primária quanto ao atendimento do paciente paliativo durante os períodos mais críticos da pandemia do SARS-CoV-2. **Método:** Pesquisa descritiva, qualitativa, com abordagem da fenomenologia social de Alfred Schütz. O campo de pesquisa foram 16 das 44 unidades de atenção primária da rede pública de um município do oeste do Paraná, obtidas via cálculo amostral estatístico de proporção por Distrito Sanitário e randomização das unidades participantes no *software R*[®]. Foram entrevistados presencialmente, de novembro de 2021 ao mês de março de 2022, com auxílio do aplicativo de gravação Recorder[®], 38 profissionais do ensino superior; desses, são 12 médicos, 16 enfermeiros e 10 assistentes sociais. As entrevistas foram transcritas e definidas as unidades de sentido para a compreensão fenomenológica de Alfred Schütz mediante o programa IRaMuteQ[®]. **Resultado:** Dos 38 profissionais do estudo, 26 (68,4%) eram lotados em Unidades de Saúde da Família (USF), 16 enfermeiros (42,1%), 12 médicos (31,6%) e 10 assistentes sociais (26,3%); brasileiros eram 38 (100%); a maioria era do sexo feminino (78,9%), com idade média de 40±8 anos; ademais, possuíam especialização em saúde da família ou áreas afins (44,7%), tempo médio de formação de 13 anos e 4 meses (13,3±8,8) e média de 8 anos e 6 meses exercendo a função atual (8,5±6,8). A maioria é de concursados públicos (97%). Sobre a percepção em relação ao atendimento do paciente paliativo frente à pandemia da COVID-19, entende-se que os profissionais enfrentaram dificuldades para o cuidado, principalmente na realização das visitas domiciliares aos acamados e que houve remanejamento de profissionais, como do serviço social, nos períodos mais críticos. **Discussão:** Compreendeu-se que os Motivos-porque são compostos de percepções das dificuldades no atendimento domiciliar e nas condições de trabalho e que os Motivos-para compreendem-se a resolução de questões de adequação do quantitativo de profissionais e adequação das tecnologias materiais e não materiais. **Considerações finais:** Tal estudo possibilita a compreensão da atuação e do impacto da pandemia no atendimento dos pacientes paliativos vinculados às unidades de atenção primária à saúde, bem como a reflexão sobre as motivações dos profissionais em relação ao que foi vivenciado no período mais crítico da pandemia, bem como as projeções futuras, para retomada e melhoria desse atendimento.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Cuidados paliativos na terminalidade da vida; Atenção primária à saúde; COVID-19.

INTRODUÇÃO

O cuidado paliativo (CP) é uma abordagem que tem por objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes que enfrentam problemas associados às doenças com risco de vida, bem como suas famílias, aliviando o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento dos problemas físicos, psicossociais e espirituais.¹ Ele pode ser desenvolvido em diversos níveis da Rede de Atenção à Saúde, cada um com suas atribuições, sendo a Atenção Primária em Saúde (APS) a ordenadora e coordenadora nesse contexto, responsável por acompanhar o paciente em terminalidade de forma longitudinal.²

Apesar do mundo estar passando por um processo de envelhecimento da população³ e de cerca de 40 milhões de pessoas necessitarem do cuidado paliativo,⁴ sua oferta mundial ainda é incipiente, estando o Brasil dentre os países com menores ofertas desses serviços.^{5,6}

Com organização no Sistema Único de Saúde (SUS) recente,² a implementação tem como adversidade a pandemia do SARS-CoV-2, que gerou impacto aos serviços de saúde, incluindo à equipe de cuidados paliativos, como a readequação das atividades, reorganização das equipes assistenciais para atender à demanda, realocação de profissionais para outros setores, aumento de pacientes em acompanhamento pela equipe, incluindo aqueles mais graves acometidos pela COVID-19.^{7,8,9}

Em razão da relevância do tema, a OMS incluiu no *Clinical management of COVID-19* citação específica quanto ao cuidado paliativo, recomendando um plano de cuidados para a COVID-19,¹⁰ mas não está sendo uma tarefa fácil aos profissionais de saúde, como divulgado em estudos.^{11,12,13} Um trabalho, que buscou compreender a indicação do cuidado paliativo no idoso portador da COVID-19, relata que, mesmo com idade avançada, apresentando as formas graves da doença, para possuir diversas comorbidades, a comunicação do quadro de irreversibilidade e a indicação desse cuidado têm sido um desafio, sinalizado como “algo aflitivo” para a equipe de saúde, sobretudo quanto a expor aos familiares que a pessoa está no processo final da vida.¹⁴

Fragilidades na instrução da equipe sobre o tema^{15,16,17,18}, aliadas à pouca disponibilidade do cuidado paliativo e ao acontecimento de uma pandemia, que desencadeou a necessidade de reorganização dos serviços de saúde^{9,14}, podem ter gerado impacto para a atuação da equipe da porta de entrada dos usuários quanto ao

atendimento aos pacientes crônicos, com doenças ameaçadoras à vida e que necessitariam do acompanhamento multiprofissional para o manejo de sinais e sintomas preconizados pelo cuidado paliativo.¹

Diante do exposto, tem-se, como pergunta de pesquisa: como foi o atendimento ao paciente em cuidado paliativo acompanhado na atenção primária em saúde frente aos períodos mais críticos da pandemia do SARS-COV-2 na percepção dos profissionais de saúde?

Nesse contexto, esta pesquisa visou compreender a percepção de atuação dos profissionais da atenção primária quanto ao atendimento do paciente paliativo durante os períodos mais críticos da pandemia do SARS-CoV-2, objetivo o qual corresponde ao quarto específico da dissertação de mestrado: “Atuação dos profissionais de saúde no cuidado paliativo na atenção primária à saúde”.

MÉTODO

Tal pesquisa faz parte de um projeto maior, intitulado “O cuidado em saúde mental: aspectos relacionados às políticas, aos serviços, às redes de apoio, aos profissionais e aos usuários”, aprovada pelos pareceres dos comitês de ética da Universidade Estadual do Oeste do Paraná número 4.124.227, CAAE número 33352220.2.0000.0107 e CEP do Hospital do Trabalhador sob número 4.183.030 e CAAE 33352220.2.3001.5225.

Consiste em uma pesquisa descritiva, qualitativa, realizada em um município do oeste do Paraná, com amostragem estratificada (randomização) no *software R*[®], que possui 44 unidades de atenção primária à saúde, distribuídas em três distritos sanitários, compostos por 14, 16 e 14 unidades em cada um, respectivamente.

A quantidade de unidades randomizadas em cada distrito foi determinada proporcionalmente: Distrito 1 (14 de 44 = 31,8%) 5 unidades; Distrito 2 (16 de 44 = 36,4%) 6 unidades; Distrito 3 (14 de 44 = 31,8%) 5 unidades. Isso resultou em 16 unidades de saúde na composição da amostra.

Considerando a composição mínima da atenção primária à saúde dos profissionais graduados, médico e enfermeiro,¹⁹ e que, no município, há um assistente social em cada unidade e não possui o NASF-AB, a população foi composta por médicos enfermeiros e assistentes sociais, com o critério de exclusão de atuar há menos de 6 meses, ser das áreas administrativas, estar de férias, licença ou atestado, assim, 10 profissionais tiveram tais critérios aplicados, compondo a amostra final 38 profissionais: 12 médicos, 16 enfermeiros e 10 assistentes sociais.

Tais profissionais foram abordados pela enfermeira mestranda, de novembro de 2021 ao mês de março de 2022, de acordo com a disponibilidade dos profissionais em seu horário de serviço, em local que propiciasse a privacidade; foi explicado sobre o objetivo da pesquisa, que se tratava de um trabalho acadêmico de mestrado. Após a autorização, a entrevista foi gravada pelo aplicativo de gravação Samsung Recorder®, direcionada pela indagação norteadora: “Qual sua percepção de como foi ofertar o cuidado aos pacientes paliativos, crônicos ou com doenças que ameacem a vida durante pandemia na sua unidade de saúde?”

As entrevistas foram transcritas pelo entrevistador; os profissionais foram denominados por P1, P2 e, assim por diante, para preservação da identidade. As entrevistas tiveram duração média de 20 minutos, as quais foram compiladas em 5 páginas de transcrição cada uma. Foi dada a possibilidade aos participantes de se ouvir na gravação para a devolutiva; todos recusaram. Ressalta-se que a pesquisa respeitou os preceitos éticos em todo o seu desenvolvimento.

Os dados subjetivos foram sistematizados no programa qualitativo IRaMuteQ® para captar segmentos de textos (ST) das falas que estivessem relacionadas à percepção de como foi a oferta do cuidado paliativo durante a pandemia na atenção primária em saúde.

Essa análise estatística requer uma retenção mínima de 75% dos ST; no estudo, foram separados 1376 ST com aproveitamento de 1066 ST (77,47%). A lista de palavras relacionadas ao tema é gerada a partir do teste de Qui-Quadrado. Considerou-se, então, a Frequência de ST (f), Qui-quadrado (χ^2) e p-valor.

Os dados de caracterização da amostra foram descritos utilizando a estatística descritiva e os dados qualitativos gerados das entrevistas foram compreendidos à luz do referencial teórico metodológico da fenomenologia social de Alfred Schütz. Nessa perspectiva, tem-se a busca pela compreensão das motivações dos profissionais de saúde em relação ao cuidado paliativo na atenção primária, os *motivos-porque*, ou percepção e motivações do que foi vivenciado; e *motivos-para*, a projeção das expectativas.²⁰

RESULTADOS

Dos 38 profissionais, todos são brasileiros, a maioria do sexo feminino (78,9%), idade média de 40±8 anos, 26 (68,4%) lotados em Unidades de Saúde da Família (USF), 12 (31,6%) em Unidades Básicas de Saúde (UBS), 16 são enfermeiros (42,1%), 12 são médicos (31,6%) e 10 são assistentes sociais (26,3%), com

especialização em saúde da família ou áreas afins (44,7%), tempo médio de formação de 13 anos e 4 meses (13,3±8,8) e média de 8 anos e 6 meses exercendo a função atual (8,5±6,8). A maioria é de concursados públicos (97,3%).

Quando os profissionais expuseram sobre sua percepção em relação ao atendimento do paciente que necessite de cuidado paliativo frente à pandemia da COVID-19, termos relacionados à oferta do cuidado paliativo no domicílio, especialmente aos pacientes acamados, foram significativos nas falas, como demonstra a Tabela 1.

Tabela 1. Frequência de ST (*f*), Qui-quadrado (χ^2) e p-valor.

Palavra	<i>f</i>	χ^2	p-valor
Acamado	32	86,39	
Domiciliar	34	69,98	
Levar	19	64,17	
Ver	47	45,81	
Dia	26	44,29	<0,0001
Semana	16	40,72	
Conseguir	41	34,42	
Horário	10	29,84	
Carro	6	26,62	
Atender/Atendimento	28	10,86	0,00098

Os profissionais falaram sobre a dificuldade da realização das visitas domiciliares antes e durante os períodos mais críticos da pandemia e como ocorre esse atendimento, que demanda de profissionais disponíveis, recursos e logística:

“Foi difícil! Porque aumentou uma demanda que a gente não tinha. O medo, a gente percebeu muito medo das pessoas. [...] Eu acho que a mídia acabou de instigar. Pessoas importantes do nosso país, acalmar a população e não instigar o medo maior pra eles [...] todo nosso cuidado, acompanhamento de pacientes crônicos, que a gente tinha acabou [...] ficou bem complicado o acompanhamento [...] a gente tem que estar indo atrás, fazer busca ativa porque eles não apareceram mais, então é um acompanhamento que a gente perde” (Profissional 1).

“A gente está fazendo o melhor para as visitas domiciliares. Os que podem vir até a gente, a gente sempre manteve. Por mais que teve os decretos pedindo para fazer respiratório sempre alguns dias, a gente sempre colocava na agenda. [...] Mas infelizmente a gente está com uma doença que para pacientes que são paliativos, é abreviar mais ainda a vida deles” (Profissional 2).

“Foi muito difícil, sabe! [...] nós não tínhamos carro na época, nós não tínhamos profissional. Mas a gente tentou de todas as formas. [...] a gente contava com todos os serviços existentes, mas a gente se sentia um pouco amarrado [...] Teve

um momento que a unidade ficou fechada totalmente! [...] A gente, digamos assim, pra quem veio procurar, a gente não deixou desassistido de maneira nenhuma. Mas a gente vê que eles sofreram [...]” (Profissional 3).

“Durante a pandemia mesmo, que eles cancelaram o atendimento, só atendia COVID. Ai o que fazia o cuidado, você só renovava a receita. A gente parou um pouco de fazer visita, só ia em caso de emergência mesmo. [...] ficou tudo parado (Profissional 4).

“Houve-se todo aquele cuidado, mas ele foi ofertado. As enfermeiras iam todas protegidas com seus equipamentos, EPI [...] Eu tenho um senhor idoso, que ontem ele veio aqui buscar ajuda para esposa que está com câncer [...] Está certo que a doença dela é cuidado paliativo mesmo, um CA bem grave. Tudo indica aqui há pouco tempo de vida, mas vamos prestar com qualidade esse pouco tempo [...]” (Profissional 5).

“Durante a pandemia foi bem difícil, eu quase não conseguia fazer atendimentos fora da unidade. Alguns pacientes que a gente teve nessa condição, durante a pandemia, a gente ajustou as visitas, fez algumas orientações pra família, disponibilizou algumas coisas, facilitou alguns outros atendimentos! Foi o que a gente fez nesses períodos. E desses, alguns entraram em óbito” (Profissional 6).

“Deu uma boa defasagem. Antes a gente tinha um pouquinho mais de cuidado, um pouquinho mais de visita, um pouquinho mais de atenção e hoje bem mais difícil mesmo. [...] Não sei, mas deve ter ficado coisa para trás” (Profissional 7).

“Acho que não houve. Praticamente não houve. Porque se voltou tudo para pandemia, houve uma carência, uma falta de atenção para esses pacientes. Em parte, pela situação que a gente tá vivendo, pela falta de profissionais que pudessem dar suporte também” (Profissional 9).

“A gente deixou de acompanhar muitas coisas! Tinha paciente que a gente ia na casa toda semana. Podia não ser a médica, podia ser só eu [enfermeiro] ou podia ser eu e um dos técnicos, mas que ia, via, trazia, retornava com informação sobre o quadro de saúde. [...] então a pandemia mexeu muito, a gente não consegue nem fazer as visitas, [...] pacientes crônicos, que não conseguem vir até a unidade, mas que também não são cuidados paliativos. Então dificultou bastante, e eu acredito que essas pessoas sem a assistência, elas vão decaindo. A pandemia acabou com tudo” (Profissional 10).

“Os casos que eu tenho ido na casa é porque eu passei, né, o familiar vem pedindo pelo amor de Deus para ir, porque está ruim. Que é quando eu separo algum horário na agenda, mas aí igual te falei, tinha um monte de paciente agendado, a

gente desmarca, porque daí tem a parte COVID que para tudo para atender. Então, nesse momento da pandemia, foi horrível. Assim, até os casos de COVID mesmo, que a gente poderia ter abordado, a gente, não [abordou]. Simplesmente morreu e teve zero atendimento” (Profissional 12).

“Então, durante a pandemia igual eu falei, teve um acompanhamento mais distante do paciente. Pelo fato da gente ter outras preocupações. Apesar que gerou no começo da pandemia, gerou mais pacientes acamados e alguns paliativos. Então, a gente ficou, eu acho que ficou mais distante, principalmente daqueles pacientes que já têm controle a longo prazo e tal. A gente visitou menos, eu acho que ficou meio aquém do que poderia ter sido feito, mas por falta de profissional mesmo” (Profissional 13).

“De forma imediatista, das urgências que foram sendo demandadas, conforme a possibilidade que foi. Não foi a excelência. [...] ou seja por falta de profissionais em específico nos períodos, ou pela própria familiar não trazer a demanda [...] muitas ações deixaram de ser realizadas” (Profissional 14).

“Nós aqui chegamos bastante tempo atendendo exclusivo COVID, então se perdeu bastante acompanhamento, o mínimo que tinha acabou se perdendo. [...] muitos acabaram falecendo. Então, por conta da pandemia, bastante coisa ficou perdida. Às vezes, o paciente pode receber um outro tipo de atendimento, mas ficou desfalcado, porque não tinha como. Porque é arriscado o médico sair daqui, atendendo só exclusivo, para ir na casa” (Profissional 15).

“Eu acho que é complexo, porque aqui, e outras unidades, só ficaram muito tempo atendendo exclusivo COVID. [...] E vira e mexe, as vezes tinha um médico, e esse médico responsável por atender, às vezes podia estar afastado, as vezes com suspeita de COVID. Ai não tinha nem um médico para atender. Daí você vê o paciente crônico, precisa de atendimento, mas na unidade dele só estava atendendo respiratório” (Profissional 16).

“Normalmente a gente oferta em domicílio, para eles não ter contato. Porque a gente atende respiratório. Então os terminais mesmo normalmente, a gente vai na casa. Um ou outro que vem, e quando vem, é com horário agendado. Que vem normalmente esposa, filha, pede, daí a gente agendar um horário, mas assim nunca deixa de atender, sempre atende. [...] Que nem hoje eu estou de motorista, porque eu estou sem o motorista. Mas é um dia que eu precisava do carro. Uma das meninas trouxeram, aí eu fui fazer as visitas que eu precisava. [...] A gente faz assim, a gente sempre dá um jeito” (Profissional 17).

“Como qualquer oferta de serviço, acho que a gente teve grande dificuldade

de fazer esse suporte quando ele foi necessário, porque a gente deixou de fazer para qualquer necessidade de cuidar do crônico, seja cuidado paliativo, seja de hipertenso, diabético. [...] a gente está tentando começar a correr atrás dessas... disso que a gente perdeu. Acho um divisor de águas na atenção básica. E eu acho que para todo mundo. Vai ter que correr atrás de muita coisa” (Profissional 18).

“Foi acho que com uma dificuldade maior ainda. Porque daí aumenta a demanda e nossos profissionais também adoecem. A equipe é pequena, então teve adoecimento dos profissionais, que tiveram que ficar afastados, e que a mesma equipe, menor ainda para atender um público maior. [...] A gente acabou fazendo mais os ‘apaga fogo’ pro paliativo. Vem, atende, dispensa” (Profissional 19).

“A gente faz teste aqui, muito caso positivo. Como é que a gente vai levar isso para dentro da casa do paciente? Como é que a gente vai receber um paciente junto com tudo isso? Eu tentei ao máximo, agora, fazer com que eles ficassem mais afastados. A gente está fazendo o teste rápido pela janela, só pra você ter noção. O paciente ficava do lado de fora e a gente aqui dentro. [...] E aqui a unidade, uma área de abrangência bem grande, então tem muita gente aqui, o tempo todo” (Profissional 20).

“Difícil. Muito difícil. [...] Eles precisavam do cuidado, e a gente poderia estar levando uma outra situação que poderia piorar. Ao mesmo tempo, a gente poderia ajudar e ao mesmo tempo a gente poderia ... foi bem difícil a tomada de decisão, e a organização de como seria esse atendimento” (Profissional 22).

“A gente deixa um pouco a desejar porque tinha tomado cuidado para não levar o que eu tinha nos aventais em mim mesmo para os pacientes. Aí a gente normalmente fazia [a visita] o primeiro horário da tarde. [...] Muitas vezes eumedicava paciente sem nem ver ele. A gente conversava com um familiar, o familiar dizia que tinha e tal, a gente acabava medicando paciente que já conhecia sem mesmo ver eles”. (Profissional 25).

“Horrível, porque os pacientes simplesmente não chegam. E a família fica com muito receio da gente ir levar o vírus para dentro de casa. Eu tenho um paliativo que ele é acamado por distrofia muscular. E é uma briga para eu ir na casa fazer visita uma vez por mês, que a família tem muito medo de eu levar o vírus para eles. [...] E sem contar que várias vezes eles não conseguiram ter acesso à atenção primária, por exemplo. Agora, a gente está com atendimentos eletivos suspensos, inclusive visitas domiciliares. Então se criou uma barreira bem importante, que infelizmente a gente não está vendo a hora que vão derrubar essa barreira de volta. Mas teve um impacto, sim, bastante” (Profissional 27).

“Acho que foi um caso singular. Trabalhei diretamente na pandemia, o que a gente viu foi não quadros de terminalidade ou de cuidado paliativo, teve muito quadro de morte súbita, vamos dizer. Que levou pouco tempo entre o começo da doença e o e o desfecho final. Então na pandemia, eu acho que os crônicos, foi um pouco mais difícil. Não teve um seguimento como poderia ter sido [...]”. (Profissional 30).

“A minha foi mais uma questão médica, mesmo, não de toda a equipe, sabe? Mas mais no sentido também da necessidade. Não que o médico ia atrás. Geralmente a família procurava, e o médico atendia. Aí ficou aquela questão, mais médico-paciente, medicamento, sabe? Não ficou aquele atendimento por completo” (Profissional 31).

“Como vinha pacientes suspeitos, ou até depois de diagnóstico laboratorial de COVID, a gente tentou o máximo possível de fazer menos visitas. Por causa do risco de contaminação, baixa resistência, idade, as doenças, já, crônica, tal. Então, realmente a pandemia atrapalhou bastante. [...] então realmente o cuidado paliativo nessa época da pandemia foi complicado. Não deu para fazer talvez o trabalho que a gente esperava. [...]”. (Profissional 33).

“Eu acho que prejudicou muito. Porque os pacientes, eles foram meio que desencorajados a procurar a unidade por causa da pandemia em si. Então eles vinham muito pouco para cá e muitas vezes a gente não ficava sabendo do que acontecia, porque as visitas domiciliares também estavam suspensas por um tempo bem longo. Então assim, às vezes o paciente estava muito mal e a gente não ficava sabendo, porque eles não buscavam a gente e a gente também não podia procurar eles. Então acho que essa foi a maior dificuldade que a gente teve” (Profissional 34).

“Foi muito prejudicada durante a pandemia. O PAID reduziu bastante a sua vinda. Inclusive no PAID, não só aqui, pelos próprios decretos de atendimento de saúde, COVID e tal, a gente não saiu da unidade, a gente não tem feito visita e tal. Isso prejudica o atendimento, sim. E até o PAID, é um volume grande de pacientes pós COVID, ficou muito a desejar nos pacientes paliativos [...] pacientes oncológicos e tal, tiveram uma redução de atendimento”. (Profissional 35).

“[...] conforme a necessidade e a disponibilidade, que é a falta de mão de obra, muitas vezes foi atendido. Mas é o que eu falei anterior, falta profissionais, falta equipe para prestar o atendimento devido, merecido pelo paciente. Então assim, muitas vezes acaba pecando por falta de profissionais. Os que estão, fazem um trabalho maravilhoso, muito bem feito, mas eles não têm capacidade de atender grande demanda com uma qualidade. Então na medida do possível e conforme o

que tinha de equipe, foi atendido [...]”. (Profissional 36).

“[...] os familiares vinham em busca igual, ligavam para as enfermeiras, para a equipe, eles, as enfermeiras se deslocam, porque não tinha como fazer. A pessoa acamada tem que ir. Todos paramentados, acabavam indo sim [...]. Então, elas avaliam o caso, mas eu acredito que o atendimento na casa continuou, não digo como era antes, [...] não deixaram de atender por conta da pandemia (Profissional 38).

Acrescenta-se que, na análise estatística do corpus textual das entrevistas, foram mais representativas as falas do sexo feminino ($\chi^2=9,81$; $p=0,00173$), com 39 ($\chi^2=4,64$; $p=0,0312$) e 56 anos de idade ($\chi^2=21,3$; $p<0,0001$), enfermeiras ($\chi^2=5,35$; $p=0,02071$), formadas há 13 anos ($\chi^2=4,32$; $p=0,03776$), trabalhando há mais de dois anos ($\chi^2=21,3$; $p<0,0001$), relatos compostos de percepções das dificuldades no atendimento domiciliar e nas condições de trabalho, bem como expectativas na resolução de questões de adequação do quantitativo de profissionais e tecnologias materiais e não materiais, descritas a seguir:

“Na época de troca de sondagem a gente foi. A gente não fez outras visitas, porque a gente não tinha condição. Nós enfermeiros tinha que estar coletando os testes rápidos. Mas a troca de sondagem a gente agendou, e foi. Ninguém ficou sem aquela visita que precisava. [...] porque a enfermeira da unidade foi transferida e não contratou outra enfermeira. De manhã estou fazendo hora extra. [...] Não tinha um espaço para fazer visita domiciliar” (Profissional 8).

“Foi bem ruim, a gente ficou um período longo que a gente não teve essa oferta, até mesmo porque o paciente crônico paliativo, se ele for acamado, piorou a condição dele. Ele não conseguia vir até nós e nós estávamos proibidos por um tempo de sair. Proibidos não. Não necessariamente com essa palavra. Mas nós estávamos com a restrição, por conta da contaminação do vírus. E por fim, nós estávamos saindo assim nos casos de extrema necessidade. [...] acabou piorando a qualidade do atendimento nos pacientes, principalmente os acamados (Profissional 24).

“Eles, de certa forma, eles foram prejudicados, como a maioria dos outros, pessoas que possuem doenças crônicas. [...] claro que se tiver uma queixa, o médico atende com uma emergência, mas a maioria está sendo encaminhada pra UPA nesse momento” (Profissional 26).

“Muito ruim, porque no geral ficou que nem muitos reclamam. Agora só existe COVID. Desde o início, sempre nesses períodos que fecha e fica atendendo só os COVID, os demais pacientes ficam a Deus dará. Entendeu? E, lógico, vão se cronificando, os hipertensos, diabetes, enfim né, todas as outras patologias que são crônicas”. (Profissional 37).

Ainda, também foram significativas as entrevistas dos profissionais 21, médico, ($\chi^2=5,22$; $p=0,02238$) e 32, enfermeiro, ($\chi^2=21,3$; $p<0,0001$):

“A gente ficou sem visita um bom tempo, primeiro porque a demanda foi em alguns meses, a demanda foi brutal. Foi muito difícil e segundo que, para a equipe sair da unidade demanda recurso. [...] O carro tem alguém à disposição para levar se deslocar até o local, ver se tem alguém em casa. Então a gente perdia muito tempo nisso, a gente acaba colocando a equipe em risco também, porque é um local que absolutamente tudo é contaminado. Eu levar um risco para o paciente também, que as vezes é uma senhora de 90, mas a cuidadora tem 70, bem comum, na verdade. Então, na pandemia, acho que foi bem difícil para os pacientes. Para a gente foi, porque pra todo mundo da saúde foi difícil. Mas eu acho que decaiu muito a oferta que a gente tinha para ofertar” (Profissional 21).

“A gente se organizou, a gente se reinventou [...] Os mais graves assim, eu acabei fazendo visita, indo lá, dando uma olhada como que eles estavam. Aí quando começou a vacina, a gente precisou que eles voltassem para a unidade [...] agendou eles em grupo de 10, aí passou eles com todo o cuidado, verificou PA, glicemia dos diabéticos, e daí os que estavam com diabetes muito descompensada, o doutor já atendia, já pediu os exames. [...] Mas na pandemia a gente conseguiu fazendo isso, se reinventando [...]” (Profissional 32).

Outro ponto identificado foi que os profissionais do serviço social foram realocados durante o período mais crítico da pandemia, para organização do fluxo de atendimento no município de estudo e orientações via atendimento telefônico dos usuários sintomáticos respiratórios, bem como para auxiliar a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em referência dos casos COVID:

“[...] nós todas do serviço social fomos destinadas ao call center, então a gente passou lá a maior parte do tempo da pandemia. [...] depois eu fui para a UPA, ainda. UPA que atendia COVID, a Veneza, passei uma temporada lá. [...] E a gente via que lá no call center, era uma equipe grandona, devia ter umas cinco assistentes sociais, em turnos diferentes. [...] Mas eu acho que os pacientes terminais, acabaram talvez meio negligenciados, porque a equipe não esteve aqui”. (Profissional 11).

“Bom, foi péssimo, porque, nós nem ficamos aqui, nós assistentes sociais. A gente foi transferida para a secretaria, para fazer o atendimento pelo telefone, pelo call center. Então assim, teve alguns casos que eu perdi totalmente, [...] E quando a gente voltou para a unidade, nós assistentes sociais, a gente não conseguia fazer o atendimento também, o ideal. Uma porque a gente não podia fazer visita, porque corria o risco de levar o vírus para a pessoa na casa. Nossas visitas eram limitadas,

quando muito, quando eram muito necessários, ia ficar no portão”. (Profissional 23).

“A gente fechou um período, outro período, a gente foi remanejado para atendimento na UPA. A gente perdeu um pouco a conexão com o paciente, muitas coisas, muitos pacientes evoluíram a óbito. A gente não ficou sabendo. Não participamos desse processo justamente pelo esse isolamento [...] A gente ficou com atendimento meio período pra crônicos e meio período só para sintomas respiratórios. A gente fez o que pôde [...] lutamos com as armas que tínhamos. A gente fez realmente o que pode. Eu acredito que a família também fez o que podia na situação, porque o serviço todo, né, de uma forma geral, estava paralisado, mas a gente ofertou o que tinha”. (Profissional 28).

Portando, a atuação dos profissionais da atenção primária durante a pandemia aos pacientes paliativos foi compreendida pelos profissionais como um desafio, especialmente quanto ao atendimento nos domicílios dos pacientes acamados, de maneira que a razão dessa dificuldade foi principalmente as mudanças de fluxos dos serviços em decorrência das demandas da pandemia.

DISCUSSÃO

A fenomenologia social explana que as relações humanas são passíveis de compreensão dos significados atribuídos, crenças, valores, em relação a suas interações e ações. Alfred Schütz perpassa a compreensão individual social, abarcando a compreensão coletiva, de um grupo social que está vivenciando determinada situação.²⁰ No caso do presente estudo, há a compreensão dos profissionais de saúde da atenção primária em relação à oferta do cuidado paliativo durante os períodos mais críticos da pandemia.

Esses profissionais dividem o mesmo grupo social; embora possuam diferentes estoques de conhecimentos e diferentes antecessores, têm em comum a vivência do mesmo acontecimento, no mesmo espaço de tempo, com a partilha do cuidado dos mesmos indivíduos, interagindo entre si, face a face, compondo os contemporâneos das suas relações sociais. Ademais, também contemporâneos aos profissionais, os gestores federais são citados, o que está expresso na fala do Profissional 1.

A COVID-19 foi um grande desafio para a saúde pública,¹⁴ sobretudo para APS, evento o qual teve períodos críticos, que necessitou de reorganização nos processos de trabalho devido à alta demanda de casos respiratórios; assim, os profissionais de saúde necessitaram se adequar à nova realidade,²³ com confirmação

dessa informação nas falas dos profissionais.

A atuação na APS, em tempos de pandemia, foi descrita como sistematizada em quatro eixos: vigilância em saúde nos territórios; atenção aos usuários com COVID-19; suporte social a grupos vulneráveis; e continuidade das ações próprias da APS.²²

Em um panorama marcado por instabilidade e precarização das relações de trabalho, sobretudo com o advento de um vírus que teve tão importante impacto para a saúde, associado à restrição orçamentária em todos os níveis de atenção, a APS passou, e passa, por dificuldades no atendimento aos usuários.²³

Conforme a fenomenologia social, as perspectivas dos indivíduos revelam seu mundo social, compartilhado nesse período, envolto na oferta do cuidado paliativo no domicílio, especialmente aos acamados, bem como a descrição de suas percepções em relação à organização para atender tais pacientes. Compreendeu-se que houve um movimento de planejamento e ações voltadas aos pacientes mais emergentes, enquanto se dava conta da demanda espontânea dos casos respiratórios da pandemia.

Sobre a ação e o agir, Schütz as distingue, em que o agir é o elemento dotado de sentido e elaborado anteriormente, e a ação não é necessariamente dotada de um projeto, pois nem todas as vivências possuem a característica de doação de sentido, apenas as vivências dadas na intencionalidade, ou seja, se há a intencionalidade na ação, ela é, portanto, um agir.²⁰

Assim, as ações dos profissionais de saúde, nesse contexto, eram dotadas de um plano, que ficou compreendido sobre como atender em domicílio ao paciente acamado em fase final de vida, para levar a assistência até ele, mesmo com dificuldades nos processos de trabalho.

As ações são, nesse tocante, quando dotadas de sentido, compreendidas como um agir intencionado; esse agir acontece devido a um contexto de motivação.²⁰

A motivação, por sua vez, é descrita pela fenomenologia social como retrospectivas e prospectivas, em que “Todo agir se executa segundo um projeto, e se orienta pela ação fantasiada *modo futuri exacti* como decorrida”, ou seja, antes de agir, o indivíduo fantasia a ação, elabora um projeto ideal para cumprir essa ação intencionada e, assim, o executa em um modo futuro, gerando um agir previamente intencionado.²⁰

As motivações, nesse sentido, são, então, segmentadas em Motivo-para e Motivo-porque. O Motivo-para significa, então, as expectativas na composição de um planejamento de agir futuro, que serão instrumento para a concretização.²⁰

O Motivo-para só pode ser interpretado na subjetividade do indivíduo, pois somente ele pode definir e expressar seu projeto de ação, seu desempenho social.²⁴

Essa expectativa, dotada de sentido e fantasias para um futuro decorrido, desencadeia todo um esforço dos profissionais por uma ação planejada, seja na execução no *agora-e-aqui* de algo decorrido já percebido anteriormente (motivo-porque), seja na projeção da expectativa do que seria necessário para o cuidado paliativo futuro, sobretudo considerando os efeitos da pandemia sobre os serviços de saúde.

Nesse sentido, os profissionais elencaram como expectativas a reorganização dos serviços de prestação de cuidado na APS, no sentido de necessidade de ampliação da equipe para a promoção futura de um CP, bem como reorganização do processo de trabalho para devolver a possibilidade de acesso a esse grupo de usuários.

Ainda, numa ótica biológica médico-cêntrica, há as falas dos profissionais que se voltam bastante à figura médica no projeto para a resolução dos problemas percebidos e projeção de solução futura de ampliação de acesso aos pacientes em fim de vida aos cuidados possíveis na APS.

Falas em relação ao atendimento ampliado, alternativo e multidisciplinar não compuseram as expectativas para atendimento futuro dos pacientes paliativos, salvo um profissional que teve uma percepção de que o atendimento ideal seria um atendimento “completo”, termo identificado na fala do Profissional 31.

Ainda, no sentido das motivações, mas nos atos já decorridos, já percebidos e elaborados, a fenomenologia social também descreve o Motivo-porque.²⁰ Tais motivações são uma visão retrospectiva do agir, em que se apreende a percepção do que foi vivenciado e teve significados atribuídos.

Nesse sentido, o ápice da pandemia proporcionou a percepção de limitações na realização das visitas domiciliares, componente central do processo de trabalho dos profissionais de saúde aos usuários em fim de vida que não possuem mecanismos necessários para o deslocamento até as unidades de atendimento devido à condição comum dentro desse contexto de se apresentarem acamados. Foi compartilhada pelos profissionais a percepção de dificuldade de acesso dos pacientes e principalmente aos pacientes, justificada pela sobrecarga de trabalho das equipes da APS, especialmente nesse momento pandêmico.

Dentro da percepção de como foi vivenciado, foi citada como significativa a realocação dos profissionais enfermeiros e assistentes sociais nas próprias unidades, ou intersetorialmente, para dar conta da demanda dos atendimentos aos usuários

acometidos pela COVID-19.

Foi percebida, pelos profissionais, também, a diminuição do suporte Inter setorial para as demandas dos atendimentos aos pacientes em fim de vida, vinculados à APS, uma vez que a atenção domiciliar tem como uma das características as ações relacionadas à palição em domicílio e divide-se em três modalidades: AD1, AD2 e AD3. A prestação de cuidados na modalidade AD 1 é de responsabilidade exclusiva das equipes da APS, mediante acompanhamento em domicílio. Na AD 2 e AD 3, a prestação de cuidados dá-se pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), cabendo à APS compartilhar o cuidado como ordenadora e organizadora desse.²⁵

O serviço de atenção domiciliar responsável pelas modalidades AD 2 e AD 3 em Cascavel-PR acontece pelo Programa de Atendimento e Internação Domiciliar (PAID) e atua de maneira articulada à APS do município.²⁶ Nesse sentido, o paciente paliativo tem suporte da APS e do PAID, que foi compreendido na percepção dos profissionais como reduzido em função da pandemia, sendo relatado, pelo profissional 35, que o PAID absorveu pacientes com sequelas de COVID, inclusive, aumentando a demanda que já era significativa.

Ademais, compreendeu-se que, nos Motivos-porque, houve a percepção de uma realidade com desafios significativos aos profissionais e, em contramão a isso, nos Motivos-para, espera-se a resolução dos problemas vivenciados, como a ampliação da equipe, para a execução de um agir considerado ideal aos profissionais do estudo.

Ressalta-se que o presente estudo tem o fato de que, para a compreensão da percepção, apenas o que já foi efetivamente decorrido pode ser percebido,²⁰ o que resulta em uma compreensão parcial apenas dos períodos mais críticos da vivência da pandemia da COVID-19, ou seja, enquanto não havia vacina e os casos extrapolavam a capacidade da equipe.

Como limitação do estudo, houve, então, uma visão reduzida em relação à percepção das consequências na atuação em CP na pandemia, relevando as consequências imediatas apenas quando esses períodos mais críticos propuseram, bem como na projeção de expectativas, em que é baseado o projeto de ação no estoque de conhecimento e experiências²⁰ com essa visão reduzida.

Logo, há, ainda, uma lacuna de tempo necessária para a real compreensão dos efeitos reais da pandemia sobre a atuação no paciente paliativo na APS, objetivando este estudo se ater ao recorte dos períodos iniciais até a realocação deles nas unidades, contudo, sugerindo estudos posteriores que abranjam a retomada das reuniões de equipe e os impactos a longo prazo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tal estudo possibilita a compreensão da atuação e do impacto da pandemia no atendimento dos pacientes paliativos vinculados às APS. Compreendeu-se que os Motivos-porque são compostos de percepções relacionadas às dificuldades no atendimento domiciliar e nas condições de trabalho para dar conta de toda demanda, bem como a percepção de aumento das necessidades da população durante os períodos mais críticos da pandemia, que persistem após esse período e se estendem até o momento presente dos profissionais.

Já os Motivos-para, compreendem a resolução de questões relacionadas à adequação do quantitativo das equipes e provimento de condições em relação a tecnologias materiais e não materiais para a realização do atendimento proporcional à demanda do usuário em fim de vida.

A compreensão das percepções e expectativas dos profissionais no enfrentamento de situações como uma pandemia proporcionam dados para reflexão e percepção de oportunidades de melhorias importantes no funcionamento da atenção primária em saúde no país, na previsão de melhores condições de trabalho e consequente ajuste entre demanda e atendimento, sem prejuízos à promoção e prevenção, que devem também ocupar a programação da atenção integral à saúde.²⁷

A leitura da percepção perpassa uma questão pontual desse grupo compreendido, pois desvela sinalizações acerca de importantes fragilidades percebidas por indivíduos que atuam dia a dia nesse nível de atenção e explicitam um processo de trabalho fragmentado, frágil e disfuncional.

REFERÊNCIAS

1 World Health Organization. Palliative care. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.

2 Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução no 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2018 [citado 2022 maio 21]; Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710

3 Dias Júnior CS, Costa CS, Lacerda MA. O envelhecimento da população brasileira: uma análise de conteúdo das páginas da REBEP. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [Internet]. 2006 Aug [cited 2021 Oct 3];9(2):7–24. doi:

10.1590/1809-9823.2006.09022

4 Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. General fact sheet 2015 [Internet]. TheWorldwide Hospice Palliative Care Alliance. 2014 [cited 2022 Aug 9]. Available from: <http://www.thewhpc.org/about-us-3>.

5 Economist Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death Index Country profiles [Internet]. 2015. Available from: https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/images/2015%20Quality%20of%20Death%20Index%20Country%20Profiles_Oct%206%20FINAL.pdf

6 Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care. London, UK: 2020. Disponível em: <https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>

7 World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide [Internet]. Who.int. 2019. Available from: <https://apps.who.int/iris/>

8 Sampaio Florêncio R, Ribeiro Feitosa Cestari V, Campos de Souza L, Caboclo Flor A, Pessoa Nogueira V, Magalhães Moreira TM, *et al.* Palliative care amidst the COVID-19 pandemic: challenges and contributions. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2021 Feb 9];33(6):1–9. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=13&sid=dcef5c55-15e7-4b40-8ee2-9a90cbaa63f2%40sessionmgr103&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=ccm&AN=148168859>

9 Figueiredo SV, Guimarães JCMJ, Magalhães LL de F, Pires NDO, De Nadai CP, Costa MLP, *et al.* Atuação da equipe de cuidados paliativos frente a pacientes com aCOVID-19. *Enfermagem em Foco*. 2022 May 5;12(6).

10 World Health Organization. Clinical management of COVID-19 [Internet]. WHO. 2020. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>

11 Fausto J, Hirano L, Lam D, Mehta A, Mills B, Owens D, *et al.* Creating a Palliative Care Inpatient Response Plan for COVID-19—The UW Medicine Experience. *Journal of Pain and Symptom Management* [Internet]. 2020 Mar [cited 2020 Apr 23];60(1). Available from: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(20\)30176-7/pdf](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(20)30176-7/pdf)

12 Hendin A, La Rivière CG, Williscroft DM, O'Connor E, Hughes J, Fischer LM. End-of-life care in the emergency department for the patient imminently dying of a highly transmissible acute respiratory infection (such as COVID-19). *CJEM*. 2020 Mar 26;22(4):414–7.

13 Nehls W, Delis S, Haberland B, Maier BO, Sängler K, Tessmer G, Radbruch L, Bausewein C. Recommendations for treatment of patients with COVID-19 from the palliative care perspective. S.I. [cited 2022 Aug 9]; Available from: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Handlungsempfehlung_palliative_Therapie_bei_COVID18_V2.0_English_version.pdf.

14 Gazos WM de J, Gazos SM. Cuidados paliativos ao idoso com COVID-19. *Anais do Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG* [Internet]. 2020 Nov 12

[cited 2022 Aug 9];1(1). Available from:

<http://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/congressogeriatrics/article/view/2350>

15 Andrade CG, Costa ICP, Costa SFG, Santos KFO, Lopes MEL, Figueiredo DM. Cuidados paliativos na atenção básica: produção científica de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 2012;6(2):423-430. doi: 10.5205/reuol.2052-14823-1-LE.0602201223

16 Santos G. Formação em cuidados paliativos na residência médica em medicina família e comunidade: visão dos preceptores e residentes [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2017.

17 Bajwah S, Wilcock A, Towers R, Costantini M, Bausewein C, Simon ST, et al. Managing the supportive care needs of those affected by COVID-19. *The European Respiratory Journal* [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2020 Jun 15];55(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32269090/>

18 Rodrigues Martins M, da Silva Oliveira J, Ernesto Silva A, Souza da Silva R, Constâncio TO de S, Vieira SNS. Assistência a pacientes elegíveis para cuidados paliativos: visão de profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2022;56(56).

19 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 2017 [citado 2022 maio 21]; Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

20 Schütz A. 1899-1959. A construção significativa do mundo social: uma introdução à sociologia compreensiva. Tradução de Tomas da Costa. Petrópolis-RJ: Editora Vozes; 2018.

21 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais [Internet]. Conselho Nacional de Saúde, Brasília (DF), 2016 [citado 2022 maio 21]; Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

22 Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM de, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2020;36(8). Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2020.v36n8/e00149720/pt>

23 Cabral ER de M, Bonfada D, Melo MC de, Cesar ID, Oliveira REM de, Bastos TF, et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. *InterAmerican Journal of Medicine and Health* [Internet]. 2020 Apr 11;3:1–12. Doi: <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.87>. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/44753>

24 Merighi MAB, Gonçalves R, Rodrigues IG. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2006 Dec;59(6):775–9. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000600010>.

25 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 825 de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualizadas equipes habilitadas. Ministério da saúde: 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 16 jun. 2022.

26 Cascavel (Cidade). Secretaria municipal de saúde. Plano municipal de saúde 2018-2021. Paraná, Cascavel, 2018, 75 p. Disponível em: http://www.cascavel.pr.gov.br/arquivos/12042018_planomunicipalsaude_livreto.pdf. Acesso em: 26 nov 2022.

27 Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://portalpos.unioeste.br/media/File/biociencias/Lei_8080_90.pdf. Acesso em: 25out 2022.

ARTIGO IV

A INTERDISCIPLINARIDADE NO CUIDADO PALIATIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RESUMO:

Introdução: O cuidado paliativo visa promover a assistência por equipes multiprofissionais, sendo a atenção primária à saúde a ordenadora e coordenadora desse cuidado. Contudo, a sua implementação nesse nível de atenção traz como adversidade a complexidade da multidisciplinaridade. **Objetivo:** Compreender a percepção da equipe da atenção primária à saúde quanto à atuação em equipe interdisciplinar no cuidado paliativo. **Método:** Pesquisa descritiva, qualitativa, com abordagem da fenomenologia social de Alfred Schütz. O campo de pesquisa foram 16 das 44 unidades de atenção primária da rede pública de um município do oeste do Paraná, obtidas via cálculo amostral estatístico de proporção por Distrito Sanitário e randomização das unidades participantes no *software R*. Como população de estudo, foram entrevistados presencialmente, de novembro de 2021 ao mês de março de 2022, com auxílio do aplicativo de gravação Recorder®, 38 profissionais do ensino superior, desses, 12 médicos, 16 enfermeiros e 10 assistentes sociais. As entrevistas foram transcritas, analisadas mediante o programa qualitativo IRaMuteQ® e definidas as unidades de sentido para a compreensão fenomenológica de Alfred Schütz. **Resultado:** Na caracterização da população de estudo, a maioria são concursados públicos (97%): 16 enfermeiros (42,1%), 12 médicos (31,6%) e 10 assistentes sociais (26,3%); brasileiros são 38 (100%), a maioria do sexo feminino (78,9%), com idade média de 40±8 anos, além de especialização em saúde da família ou áreas afins (44,7%); tempo médio de formação de 13 anos e 4 meses (13,3±8,8) e média de 8 anos e 6 meses exercendo a função atual (8,5±6,8); 26 (68,4%) eram lotados em Unidades de Saúde da Família (USF) e o restante em Unidades Básica de Saúde. Nas entrevistas, a menção de equipe foi mais significativa nas falas dos enfermeiros e assistentes sociais e relacionada aos que declaram possuir especialização em saúde da família. Percebe-se que os profissionais médicos não tiveram a menção de equipe significativas nas falas. O trabalho em equipe foi também mencionado de forma significativa quando associado às capacitações sobre o cuidado paliativo, às expectativas para essa assistência e à organização do processo de trabalho na unidade de saúde. **Discussão:** Nos Motivos-porque, compreendeu-se que os profissionais percebem sua atuação reconhecendo os componentes da equipe no processo de trabalho, mas normalizam a fragmentação do trabalho, bem como as vivências permeiam a pandemia, que veio a agravar as já delicadas relações interdisciplinares, com interrupção das reuniões de equipe. Dentre os Motivos-para, compreendeu-se sobretudo a retomada das reuniões de equipe, junto da ampliação das equipes. **Considerações finais:** Tal estudo possibilitou compreender a interdisciplinaridade na atenção primária, bem como as motivações dos profissionais em relação às experiências vivenciadas e projeções sobre o tema, para fomentar a reflexão à melhoria da partilha de saberes entre os profissionais de saúde.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Comunicação Interdisciplinar; Atenção primária à saúde; COVID-19.

INTRODUÇÃO

O conceito de boa morte vem sendo empregado na assistência em saúde e requer particularidades, como a ausência da dor e sofrimento no processo de morrer, respeito aos desejos do paciente e cuidado individualizado, preferencialmente no ambiente domiciliar.¹

A fim de trazer mais qualidade de vida aos pacientes que enfrentam problemas associados às doenças com risco de óbito, aliviando seu sofrimento e de sua família, o cuidado paliativo (CP) visa promover essa assistência de forma integral e com ênfase de abordagem da Atenção Primária em Saúde (APS),² realizado por equipes multiprofissionais.³

Destaca-se que a promoção de alívio do sofrimento do paciente paliativo requer planejamento interdisciplinar, com atuação multiprofissional⁴ e a equipe da atenção primária em saúde; uma vez que é a ordenadora e coordenadora do cuidado, é, nesse cenário, responsável por acompanhar os usuários longitudinalmente.³ O CP, na APS, é descrito por ter vantagens, como a proximidade com o lar, facilidade de acesso e sensibilidade pela equipe quanto às realidades dos usuários.⁵

Uma equipe articulada pode prover uma assistência efetiva, em que a partilha de saberes, responsabilidades e resolução conjunta das demandas são fatores determinantes do cuidado⁶ e a satisfatória comunicação da equipe impacta diretamente a qualidade dessa assistência.^{7,8,9}

Contudo, como desafio da implementação do CP na APS, tem-se a complexidade dessa multidisciplinaridade, principalmente no que tange ao cuidado global e compartilhamento de saberes e fazeres.¹⁰ Os próprios termos multidisciplinaridade e interdisciplinaridade requerem esclarecimentos; embora sejam facilmente encontrados como sinônimos, possuem diferenças importantes.¹¹ Destaca-se que, na multidisciplinaridade, ocorre uma junção de olhares para um aspecto em comum sem articulação entre as disciplinas; já na interdisciplinaridade, há uma relação entre as disciplinas e visa à partilha dos saberes de forma articulada,⁸ sendo essa uma necessidade histórico-cultural e epistemológica.¹²

A discussão sobre tal partilha de saberes é necessária, inicialmente, pois ela colabora com o conceito ampliado de saúde e favorece a garantia de um dos

princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade,¹³ também presente nos princípios do CP.³

Acrescenta-se, ainda, que o cuidado paliativo é uma temática de abordagem incomum aos profissionais de saúde^{14,15,16,17,18}, dificultando a partilha de saberes, bem como que o trabalho em equipe interdisciplinar no CP possui apontamento de fragilidades.¹⁹

Entreposto a isso, amplia-se a discussão com a pandemia do SARS-CoV-2, que, de acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde, marcou uma emergência em saúde pública internacional²⁰ e repercutiu na necessidade de revisão da prática em saúde em todos os países atingidos. Dessa maneira, necessitou de maior aprofundamento em pesquisas sobre a atuação da equipe multiprofissional na assistência à saúde durante a pandemia.¹³

Diante disso, tem-se, como pergunta norteadora: qual a percepção dos profissionais da atenção primária à saúde em relação à atuação da equipe interdisciplinar no atendimento ao paciente em cuidado paliativo?

Assim, este estudo teve como objetivo compreender a percepção da equipe da atenção primária à saúde quanto à atuação interdisciplinar no cuidado paliativo, o qual corresponde ao quinto objetivo específico da dissertação de mestrado: “Atuação dos profissionais de saúde no cuidado paliativo na atenção primária à saúde”

MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, descritivo, que compõe um projeto sobre “O cuidado em saúde mental: aspectos relacionados às políticas, aos serviços, às redes de apoio, aos profissionais e aos usuários”, com referencial teórico metodológico da fenomenologia social de Alfred Schütz.²²

A pesquisa respeitou os preceitos éticos e foi realizada pautada na aprovação sob os pareceres da Universidade Estadual do Oeste do Paraná número 4.124.227, CAAE número 33352220.2.0000.0107 e CEP do Hospital do Trabalhador sob número 4.183.030 e CAAE 33352220.2.3001.5225.

O referencial metodológico moldou a construção de todo o projeto de pesquisa e interpretação dos resultados. A fenomenologia social²² utiliza o método compreensivo dos resultados da pesquisa qualitativa, a qual possibilita a compreensão dos motivos relacionados às experiências vivenciadas pelo agente

mediante a percepção, bem como as suas motivações para a composição do projeto futuro, pautado nas expectativas.

As motivações, na ótica da fenomenologia, dividem-se em *Motivos-porque*, que busca a apreensão do que foi vivenciado e suas motivações, e os *Motivos-para*, que visa à compreensão da projeção das expectativas um agir futuro.²²

O campo de pesquisa do estudo foi o município de Cascavel-PR, o qual possui 44 unidades de APS, distribuídas em três Distritos Sanitários, compostos por 14, 16 e 14 unidades.

A população foi composta por profissionais de saúde com graduação que compõem as equipes multiprofissionais assistenciais. Considerou-se a estrutura das equipes da APS segundo a PNAB, uma vez que, no município, existe um profissional de assistência social em cada unidade e que não possui NASF-AB, chegando à composição da população do estudo: Médicos, enfermeiros e assistentes sociais.

A amostra do estudo foi realizada mediante estratificação estabelecida de forma aleatória (randomização) no *software R*[®]. A quantidade de unidades sorteadas em cada distrito foi determinada proporcionalmente: Distrito 1 (14 de 44 = 31,8%) 5 unidades; Distrito 2 (16 de 44 = 36,4%) 6 unidades; Distrito 3 (14 de 44 = 31,8%) 5 unidades. A composição final da amostra foi de 16 unidades de saúde.

Como critério de exclusão, foram considerados profissionais administrativos e de outras funções, que atuassem há menos de 6 meses, que estivessem em férias ou licença; 10 profissionais foram excluídos do estudo, compondo a amostra final 38 profissionais: 12 médicos, 16 enfermeiros e 10 assistentes sociais.

A coleta de dados foi realizada pela enfermeira mestranda, de novembro de 2021 ao mês de março de 2022, após horário agendado, preservando a privacidade do profissional, após a leitura dos objetivos do estudo e consentimento obtido pelo TCLE.

A entrevista foi gravada pelo aplicativo *Recorder*[®] após a autorização, com tempo médio de fala de 20 minutos por profissional, direcionada pela indagação norteadora: “Fale-me sobre o cuidado paliativo, sua atuação e da sua equipe nesse contexto, a relação entre os profissionais, as reuniões de equipe e quais suas expectativas quanto à oferta desse cuidado na atenção primária”. Posteriormente, foi dada a possibilidade do profissional se ouvir, sem adesão de nenhum.

As entrevistas foram, então, transcritas manualmente, gerando em média de 5 páginas por profissional, que foram nomeados como P1, P2, P3 (...) para preservação de sua privacidade.

A análise do perfil dos profissionais contou com a estatística descritiva com

auxílio do software estatístico XLSTAT®; os dados qualitativos, antes de passar pela análise fenomenológica, foram sistematizados no programa qualitativo IRaMuteQ®, ancorado no software R® e na linguagem *python* e que viabiliza diferentes tipos de análises textuais.

Essa análise requer uma retenção mínima de 75% dos segmentos de textos (ST); no estudo, foram separados 1376 ST com aproveitamento de 1066 ST (77,47%). Considerou-se, então, a Frequência de ST (f), Qui-quadrado (χ^2) e p-valor para determinar qual foi efetivamente a frequência e representatividade das falas dos profissionais sobre as 'equipes' no presente estudo. Isso com o intuito de possibilitar a suspensão das apreensões e compreensão das motivações dos agentes mediante a análise qualitativa de Alfred Schütz.²²

RESULTADOS

Ao todo, foram entrevistados 38 profissionais lotados em três distritos sanitários; 16 enfermeiros (42,1%), 12 médicos (31,6%) e 10 assistentes sociais (26,3%), com média de idade de 40 ± 8 anos, tempo médio de formação de 13 anos e 4 meses ($13,3 \pm 8,8$) e média de 8 anos e 6 meses exercendo o cargo atual ($8,5 \pm 6,8$). De acordo com a Tabela 1, nota-se que são brasileiros, a maioria do sexo feminino e com especialização em saúde da família ou áreas afins:

Tabela 1. Caracterização profissional, com frequência absoluta (n) e frequência relativa (%).

Variável	Categoria	Freq. absoluta (n)	Freq. relativa (%)
Distrito Sanitário	Distrito Sanitário 1	11	28,9
	Distrito Sanitário 2	14	36,8
	Distrito Sanitário 3	13	34,2
UBS/USF	UBS	12	31,6
	USF	26	68,4
Ocupação	Assistente Social	10	26,3
	Enfermeiro	16	42,1
	Médico	12	31,6
Contrato	Concurso	37	97,4
	Programa Mais Médicos	1	2,6
Especialização	Não	21	55,3
	Sim	17	44,7
Tipo especialização	Nenhum	21	55,3
	Saúde Coletiva	1	2,6
	Saúde da Família	12	31,6
	Saúde Família e Saúde Mental	1	2,6
	Saúde Pública	2	5,3

exemplificado pelas falas:

“[...] reunião de equipe com todo mundo é mais difícil por conta da pandemia. Todos os fluxos mudaram, mas a equipe de enfermagem normalmente sempre se senta e se organiza. Normalmente com um assistente social também [...]” (Profissional 15)

“[...] reuniões de equipe onde a gente conversa com o médico, coma assistente social, com a coordenação, ultimamente não estamos fazendo. Não está dando tempo para ser todo mundo junto. Mas de preferência todos juntos [...]” (Profissional 08)

“[...] desde que eu estou aqui, foi só o período da pandemia, não teve nenhuma reunião de equipe. A gente tenta discutir já diretamente com médico e assistente social, geralmente. A gente faz entre nós 3, porque está muito difícil” (Profissional 12)

“[...] com o COVID parou de ter reunião de equipe, estava para voltar agora esse mês, mas a gente teve um avanço também nos casos e precisou parar. E aí provavelmente agora em março a gente tenha. Está programado. ”

(Profissional 20)

“[...] o enfermeiro conversa com o médico da equipe dele. E o assistente social também. Mas uma reunião para as duas equipes, não. Mas reuníamos informalmente para acompanhar, para discutir [...]” (Profissional 29)

“[...] nosso trabalho era todo em equipe e era muito bom, todos os profissionais sabiam de tudo [na USF]. Eu achava maravilhoso, e aqui na UBS é outra rotina, nem sempre você consegue passar o que você acabou de ficar sabendo [...]” (Profissional 31)

“[...] eu entendo uma coisa, ela entende outra. Assim, as vezes os nossos entendimentos se complementam, então eu acho bem-vindo se fosse o caso de ter [capacitações]. Acho que seria bem interessante para a equipe, não só para o enfermeiro ou só para o médico [...]” (Profissional 24)

Esteve presente nas falas também a projeção de expectativas relacionadas à ampliação das equipes em quantitativo e em inclusão de outros profissionais, estando presentes declarações a respeito dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), psicólogos e fisioterapeutas:

“[...] que seja atendimento em uma forma integral. A expectativa é que tivesse uma das equipes completas, que não estão está. Está sempre faltando com as equipes. São 3 equipes aqui, de saúde da família, mas ela nunca está completa [...]” (Profissional 14)

“[...] a principal oportunidade de melhoria no atendimento da unidade aos pacientes paliativos é a questão da equipe completa, já que temos o carro, o que é uma benção. Até gostaríamos que o carro ficasse aqui mas não pode [...]” (Profissional 03)

“[...]faltam profissionais, falta equipe para prestar o atendimento devido, merecido pelo paciente. Então muitas vezes acaba pecando por falta de profissionais [...]” (Profissional 36)

“[...] você demanda uma manhã inteira, e aí esse paciente fica para nós [paliativo], só que a nossa equipe é mínima do mínimo. Nós não temos como assumir e fazer tudo o que o PAID faz com o paciente [...]” (Profissional 32)

“[...] eu sinto falta mais de fisioterapia motora. Eu sei que tem mais essa questão para recuperação do paciente [...]” (Profissional 31)

“[...] um profissional de fisioterapia [...] vamos utilizar um exemplo NASF, antigamente nesse estilo. Assim, estarem cada ponto, em cada distrito. Ter uma unidade de atendimento com mais profissionais, umas 3 equipes ali atendendo talvez [...]” (Profissional 31)

“[...] o que ocorre é que nem todos ao mesmo tempo são atendidos por toda a equipe, pela demanda que há o território abrangente. Mas o indivíduo, paciente, ele demanda de todos os profissionais no atendimento [...]” (Profissional 14)

“[...] eu acho que nós do interior temos vários pacientes que eram do PAID. Aí o PAID vem, traz o paciente. Mas aí não é por culpa da equipe, é porque têm muitos pacientes e é muito longe para você fazer um atendimento de um paciente no interior [...]” (Profissional 32)

“[...] há 20 anos participamos das conferências locais, municipais e estaduais, sempre pedindo por esse profissional na equipe [psicólogo]. Hoje a questão da saúde mental está aflorada em todas as faixas etárias e situações de saúde geral da população [...]” (Profissional 03)

“[...] aumentou a demanda e nossos profissionais também adoeceram. A equipe é pequena, então teve adoecimento dos profissionais, que tiveram que ficar afastados, deixando menor ainda a equipe para atender um público maior [...]” (Profissional 19)

“[...] a demanda daqui é muito grande, temos poucos profissionais médicos para atender uma população que chega a aproximadamente 25.000 habitantes [...]” (Profissional 09)

“[...] a gente conseguia mais. Mas já trabalhei em bastante unidades, e das unidades que eu trabalhei, aqui a questão é mais da equipe. O pessoal para se

conversar é bem tranquilo [...]” (Profissional 17)

Quanto à organização do processo de trabalho, os profissionais explanam sobre como ocorre o cuidado paliativo na unidade de saúde e sobre quais componentes da equipe multiprofissional participam desse cuidado, mesmo de forma fragmentada:

“[...] como a gente é uma equipe multidisciplinar, acaba que o paciente passa portodo mundo. Pela odontologia, pela enfermagem, pela assistente social, pelas ACS, que são importantíssimas nesses casos. A equipe toda tem sim esse contato [com o paciente paliativo] [...]” (Profissional 27)

“[...] todos, equipe completa, desde serviço social, médico, enfermeiro, agente comunitário, técnico de enfermagem, odontologia [...]” (Profissional 36)

“[...] a gente geralmente faz com assistente social, enfermeiro, equipe de enfermagem, e o médico [...]” (Profissional 10)

“[...] o ACS, o serviço social, o médico, enfermeiro, os técnicos de enfermagem. De resto, toda a equipe. Quando tem, o coordenador da unidade. Já aconteceu até de o coordenador ir junto [na visita domiciliar] [...]” (Profissional 38)

“[...] quando não é possível a vinda deles até aqui [pacientes paliativos], nós tentamos programar uma visita domiciliar, sejado profissional enfermeiro, assistente social ou o médico, quando possível. E o agente de saúde, que é quem mais faz esse elo entre a família e a equipe [...]” (Profissional 24)

“[...] através de visita domiciliar de qualquer membro da equipe, o ACS, enfermeira, assistente social, médico. Todos fazemos esse trabalho [...]” (Profissional 03)

“[...] acho que a equipe como um todo atende aos pacientes paliativos: enfermeiro, assistente social, médico, dentista, ACS. Todos. Eles devem atender [...]” (Profissional 01)

“[...] se não for equipe de enfermagem, ou equipe médica, pelo ACS. Eles entram em contato com a família. O pessoal da assistência social também [...]” (Profissional 10)

“[...] com visitas domiciliares da equipe, tanto de médico, enfermeiro, serviço social, agente comunitário de saúde, da equipe completa. Então se precisa, o familiar liga às vezes. Não precisa nem vir [...]” (Profissional 38)

“[...] nas visitas da equipe ao paciente paliativo eles me chamam, porque eu sou a assistente social. Quando tem alguma situação de conflito familiar ou alguma situação assim [...]” (Profissional 38)

“[...] geralmente vai só assistente social e agente de saúde. Quando o agente

de saúde e assistente social identificam que é necessária alguma outra parte da equipe particular, ou trazer o paciente aqui, a gente acaba acolhendo, comprometendo mais pessoas da equipe [...]” (Profissional24)

“[...] as enfermeiras se deslocam, porque não tinha o que fazer. A equipe tem que ir toda paramentada, mas dependendo da situação eu acredito que orientavam a família a chamar o SAMU, porque normalmente a equipe verifica primeiro qual é a situação [...]” (Profissional 38)

“[...] acho que a gente sempre pode estar melhorando. Uma questão que a gente sempre coloca culpa é que não tem equipe suficiente, mas eu acho que de repente uma organização [...]” (Profissional 36)

“[...] essa desmistificação eu acho que é o mais importante hoje: fazer a sociedade entender que a equipe do paliativo não é a equipe que vai adotar o paciente para cuidar dele na hora da morte [...]” (Profissional 27)

Nas entrevistas, a equipe não foi significativamente citada quando os profissionais explanaram sobre a referência e contrarreferência (Classe 2), percepção de como foi a oferta do cuidado paliativo durante a pandemia (Classes 3) e entendimento do conceito de cuidado paliativo (Classe 5), como demonstra a figura 2:

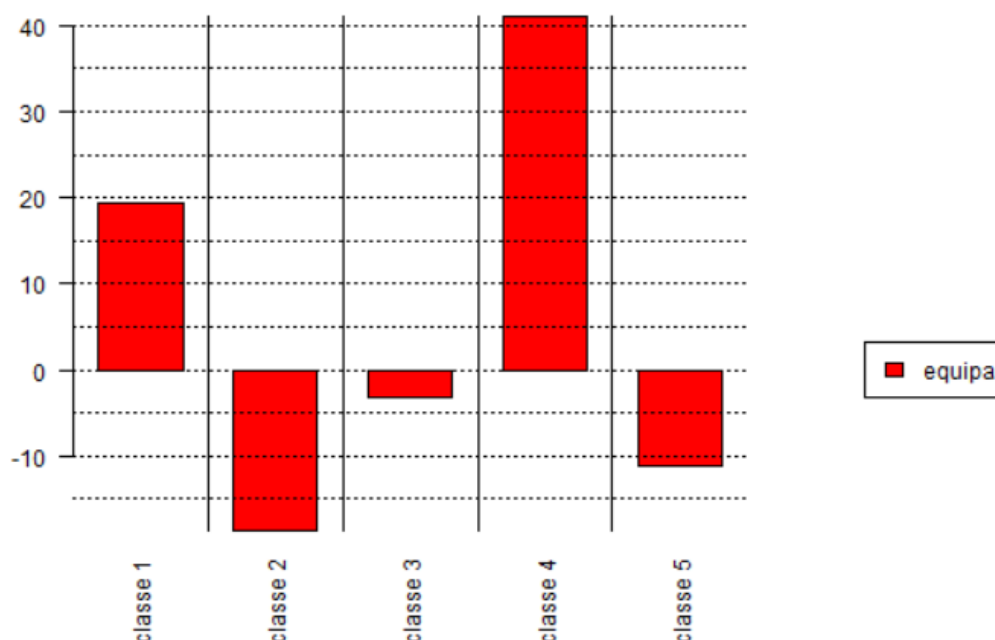


Figura 2. Frequência com que a palavra “equipe” aparece nos segmentos de texto em cada classe, levando em consideração a sua significância (χ^2).

Ainda, a menção das equipes teve maior força nas falas dos profissionais que afirmaram ter alguma especialização em saúde da família, bem como entre enfermeiros e assistentes sociais (figura 3).

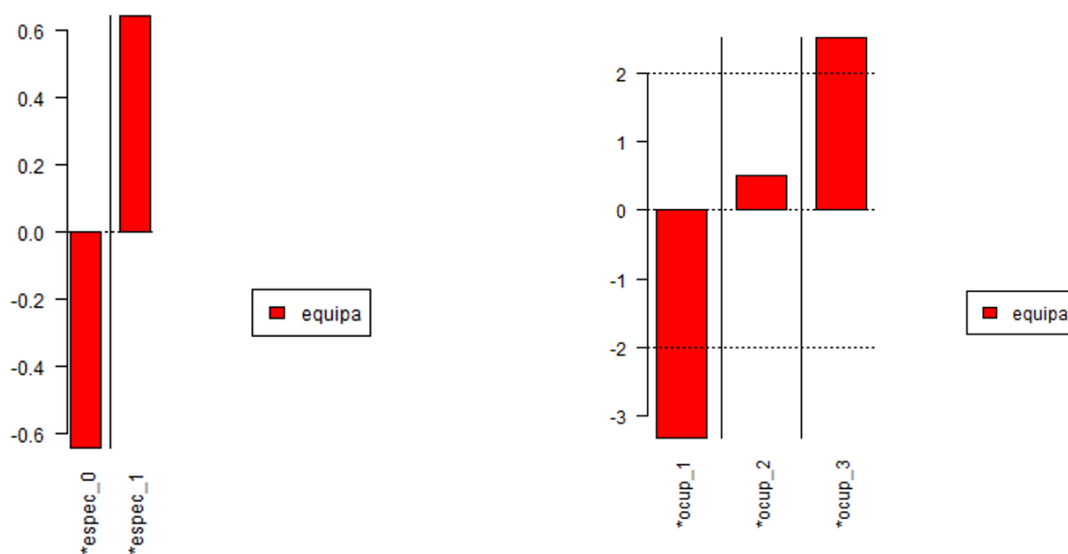


Figura 3. Frequência de “equipe” nos segmentos de texto, levando em consideração a sua significância (χ^2).

Legenda:

espec_0: profissionais sem especialização

espec_1: profissionais com especialização em saúde da família ou áreas afins

ocup_1: médico

ocup_2: enfermeiro

ocup_3: assistente social

Portanto, percebe-se que os profissionais reconhecem os componentes da equipe, não associam o atendimento em equipe à definição do cuidado paliativo, mas projetam suas expectativas de melhoria do cuidado paliativo na retomada das reuniões interdisciplinares, descontinuadas durante a pandemia. Também, identifica-se que possuir especialização em saúde da família possibilitou um olhar voltado ao trabalho em equipe e que os profissionais enfermeiros e assistentes sociais tenderam a associar mais o atendimento paliativo de forma compartilhada.

DISCUSSÃO

Segundo a fenomenologia social de Alfred Schütz, cada ser humano está posto em um mundo social, que é constituído com os contemporâneos, em que o estoque de conhecimento é formado a partir de vivências individuais e coletivas; o estoque de experiências, por sua vez, é constituído por retenção de experiências passadas.^{22,24}

Esse mundo social é um fenômeno que necessariamente requer interação, pautada nesse estoque de conhecimentos e experiências de cada um, bem como nas suas intenções e motivações compartilhadas.²²

Toda interação social é um operar social, em que tem como objeto do projeto as vivências de consciência alheias e como base uma orientação recíproca por parte do parceiro na interação, ou seja, o indivíduo vive com e para o outro, sendo a vivência social um projeto e um produto da interação social.²²

Logo, compreende-se que o mundo social, a ser compreendido no presente estudo, são os contemporâneos do atendimento em saúde da atenção primária, enfermeiros, médicos e assistentes sociais, e suas interações interdisciplinares, bem como seus estoques de conhecimentos e experiências, para, a partir disso, compreender suas motivações. São componentes desse grupo profissionais brasileiros, majoritariamente mulheres, com a média de idade que pressupõe mais experiência de vida e vivências, formados há aproximadamente 13 anos e 8 anos exercendo o cargo atual.

Vale contextualizar que, quando o SUS se organizou, em 1990,²⁵ os indivíduos da amostra tinham em média 12 anos de idade, mas, quando iniciaram os trabalhos em saúde, já havia a contribuição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que teve a primeira edição oficial em 2006, no contexto do Pacto pela Saúde, apenas 3 anos antes da entrada desses profissionais no concurso público municipal.²⁶

Essa PNAB ampliou a concepção da atenção básica e incorporou atributos de atenção primária abrangentes, reconhecendo a Saúde da Família como um modelo assistencial de saúde e espelho de organização, resgatando atributos de assistência preconizados pela lei orgânica da saúde no Brasil.²⁷

Compreender a conformação social auxilia a perceber o mundo social, pois a organização social coletiva também interfere no modo de agir, logo, na concepção do plano do agir e nas motivações.

Segundo Schütz, a fenomenologia compreende os fenômenos da coletividade, dos grupos e das interações na construção de motivações para o agir intencional, em que nossas vivências podem se referir ao mundo dos consociados ou contemporâneos, de forma que um projeto de ação pode ser projetado como um agir por indivíduos antecedentes aos contemporâneos.²²

“O comportamento próprio orientado pelo mundo dos predecessores jamais será, portanto, *operar-sobre-otrem*, senão *ocasionado-por-otrem*”,²² logo, os comportamentos dos predecessores podem ocasionar comportamentos nos indivíduos consequentes, em que o modo como os predecessores culturalmente

entendem o processo de cuidar e de morrer pode ocasionar interferência no ato de cuidar dos paliativos.

Logo, esses indivíduos incorporam formas de se relacionar em saúde e modos de produção de saúde que não compunham os pressupostos da integralidade e do acesso universal, pois, na prática, o Sistema Único de Saúde ainda está se consolidando em seus princípios e diretrizes.²⁸

Para um cuidado paliativo em equipe, logo, os indivíduos que compõem o grupo social devem necessariamente apresentar ações projetadas para o *modo futuri exacti* no trabalho em equipe.²² Para que eles tenham como expectativa isso, devem apreender, na consciência, sobre o trabalho em equipe e incorporar, em seu estoque de conhecimentos, conceitos fundamentais sobre a execução do trabalho interdisciplinar.

Logo, compreendeu-se que ter especialização em saúde da família, conhecer sobre o processo de trabalho integrado, multidisciplinar e longitudinal, pressupostos da saúde da família,²¹ determinaram, neste estudo, a presença das interações das equipes nos projetos de ação.²²

Compreendeu-se também que duas categorias profissionais tiveram como base falas sobre o cuidado compartilhado, em detrimento à ocupação médico. Um ponto que chamou a atenção foi que, no teste de Qui-quadrado, as falas dos profissionais médicos foram mais heterogêneas e menos significativas em relação ao resultado e à distribuição do fenômeno, ou seja, foram falas que destoaram das falas da maioria, que se centralizaram no paciente.

Ainda, identificou-se, na fala do Profissional 27, médico, que traz um conceito de cuidado paliativo dissonante com o preconizado pela Organização Mundial da Saúde e pela portaria de organização do CP no SUS,^{1,3} com uma ideia de que a sociedade precisa entender que não será uma “adoção” do paciente para ofertar o adequado cuidado na hora de seu óbito.

A ideia de vínculo com a família, a ideia de equidade para o acesso desse paciente requer o cuidado na hora da morte, não necessariamente de forma física da equipe, mas necessariamente com orientações, preparo da família, manejo de sinais e sintomas, suporte, acompanhamento longitudinal, promoção da autonomia do paciente e familiares.³

Essa concepção do CP pode estar diretamente ligada ao fato dessa categoria não expor, em suas falas, as variações do termo equip@ (e, es: interdisciplinar, transdisciplinar, multidisciplinar, de saúde), por falta de incorporação do conceito do que é o CP em seus estoques de conhecimento e, logo, a incapacidade de incorporá-

los nos projetos de ação e execução em um futuro agir.²²

Há a ideia fragmentada consonante a uma esteira de produção de cuidado em que o paciente passa pelos profissionais, ainda que cite “equipe multidisciplinar”, como nota-se na fala do Profissional 27, em que o paciente “*passa por todo mundo*” no sentido de ser atendido pelos componentes da equipe multiprofissional.

Ademais, após reconhecer os problemas, é necessário considerar a motivação do ato projetado.²⁹ Nesse sentido, a fenomenologia social traz os conceitos de Motivos-para, que seriam as expectativas presentes nos planos para agir, e os Motivos-porque, que seriam a percepção do que foi vivenciado até então e seus significados atribuídos, que serão incorporados e fantasiados no projeto futuro.²²

Dentre os Motivos-para do presente estudo, notou-se sobretudo a retomada das reuniões de equipe, para, assim, ser possível exercer o cuidado paliativo na APS. Segundo a fenomenologia, há diferença entre ação e agir, pois, no agir, há um plano constituído na intencionalidade e, nesse caso, o plano compreende predominantemente a partilha das reuniões.

Para Schütz, o ser humano vive com e para os outro e constituem coletivamente projetos com os contemporâneos.²² Também, em uma ideia coletiva de atendimento em saúde aos pacientes paliativos, há a presença de expectativas relacionadas à ampliação das equipes em quantitativo, inclusão de outros profissionais para compor as equipes multidisciplinares, como psicólogos e fisioterapeutas, bem como a presença do Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Vale contextualizar que o NASF-AB foi desmontando no programa Previne Brasil, o qual o retirou do financiamento discricionário em 2019, que, na prática, repercutiu no desmonte desse suporte interdisciplinar à APS.³⁰

Outra expectativa, dentro da ideia de ampliação das equipes, seria a equipe conformada, explicitada na fala dos profissionais, a exemplo da fala do Profissional 14, que acrescenta que as equipes nunca estão completas.

Já nos Motivos-porque, tratando-se da percepção de como aconteceu a atuação da equipe interdisciplinar no cuidado paliativo até então,²² notou-se que as vivências esvaídas dos profissionais permeiam a pandemia, que veio a agravar as já delicadas relações interdisciplinares. A interrupção das reuniões de equipe gerou a percepção negativa em relação a essa interação para a discussão dos casos.

Na percepção do que foi vivenciado, os profissionais reconhecem os componentes da equipe no processo de trabalho, percebem sua atuação, mas normalizam a fragmentação do trabalho em suas falas, não apreendendo questões sobre a percepção de fragmentação, em que, para eles, o trabalho interdisciplinar

seria cada um atender, mesmo que de forma individual, o mesmo paciente, sem um olhar conjunto e compartilhado.

Acrescenta-se que compreender a percepção do que foi vivenciado auxilia a perceber o modelo de atenção à saúde praticado, uma vez que a percepção dos profissionais e gestores determina o que é entendido como problemas de saúde a serem resolvidos.³¹ Nesse sentido, os profissionais do presente estudo demonstraram, em seus Motivos-porque, as dificuldades enfrentadas na multidisciplinaridade, sendo encarada, como um fator necessário de enfrentamento, a carência de reuniões de equipe; contudo, muitos profissionais sequer desenvolveram um conceito prático de interdisciplinaridade, expondo que seus estoques de conhecimento não abarcam o trabalho interdisciplinar, mas sim puramente multidisciplinar e quase individual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendeu-se a percepção dos profissionais da atenção primária à saúde em relação à atuação da equipe interdisciplinar no atendimento ao paciente em cuidado paliativo e percebeu-se que, nos Motivos-porque, os profissionais percebem sua atuação e reconhecem os componentes da equipe no processo de trabalho, porém, de forma fragmentada, em tempos de atuação distintos.

Compreendeu-se também que a pandemia teve impacto para a percepção de atuação, uma vez que alterou o funcionamento das unidades e impossibilitou reuniões de equipe, que, antes da pandemia, aconteciam semanalmente.

A questão da reunião também foi central nas expectativas, Motivos-para, em que a maior expectativa é a retomada das reuniões de equipe, acrescida da ampliação das equipes para suporte adequado ao paciente em fase final de vida na APS.

Tal compreensão fomentou a reflexão para a promoção da partilha de saberes entre os profissionais de saúde e quais são os possíveis caminhos a serem implementados para a melhoria no cuidado paliativo e fortalecimento da interdisciplinaridade.

Por fim, ressalta-se que, como limitações, o estudo teve a não inclusão dos demais componentes da equipe, os de nível médio e os não obrigatórios na equipe mínima, causando uma visão reduzida ao mundo social e motivação dos indivíduos da equipe mínima de nível superior, dando margem à continuação do presente estudo de maneira ampliada.

REFERÊNCIAS

- 1 Floriani CA, Schramm FR. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospícios modernos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [Internet]. 2010 Jul 1;17(7):165–80. Available from: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/GBPNNCRyLb69gZX8ppXpKPR/abstract/?lang=pt>
- 2 World Health Organization. Palliative care. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução no 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 2018 [citado 2022 maio 21]; Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710
- 4 Taquemori LY, Sera CTN. Interface intrínseca: equipe multiprofissional. In: *Cuidado Paliativo* [Internet]. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008 [cited 2022 Aug 9]. p. 689 p. Available from: http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/livro_cuidado-paliativo.pdf#page=55
- 5 Oliveira J da S. Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde: atribuições de enfermeiros e enfermeiras. [Internet]. *Rev. APS*. 2021 [cited 2022 Aug 9]. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16848>
- 6 Hermes HR, Lamarca ICA. Palliative care: an approach based on the professional health categories. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 Sep 1;18(9):2577–88. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012
- 7 Andrade CG, Costa ICP, Costa SFG, Santos KFO, Lopes MEL, Figueiredo DM. Cuidados paliativos na atenção básica: produção científica de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 2012;6(2):423-430. doi: 10.5205/reuol.2052-14823-1-LE.0602201223
- 8 Ferigollo JP, Kessler TM. Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional-prática interdisciplinar nos distúrbios da comunicação humana. *Revista CEFAC*. 2017;19:147-158. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201719213816>
- 9 Ferreira EC da S. Perception of palliative care by family caregivers of elderly patients. Silva SM da, Mendoza IYQ, Pereira FM, Soares RA de Q, editors. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2021 [cited 2022 Aug 9];15(2):e245029. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/245029/38997>
- 10 Milani L, Silva MM. A enfermagem e os cuidados paliativos na atenção primária à saúde. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 2021;13:434-442. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7485>

- 11 Gomes R, Deslandes SF. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 1994 Jul;2(2):103–14. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/hXBq9Ky7QT97zgrTzYbpR4w/?format=pdf&lang=pt>
- 12 Frigotto G. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. *Ideação* [Internet]. 2010;10(1):41–62. Available from: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/ideacao/article/view/4143>
- 13 Silva IM da, Silva MTBF da, Santos RG dos, Ferreira RKG. Trabalho da Equipe Multiprofissional no contexto da COVID-19: Diversos olhares, um só objetivo. *Research, Society and Development* [Internet]. 2021 Mar 25;10(3):e53210313439–e53210313439. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13439>
- 14 Pineli PP, Krasilcic S, Suzuki FA, Maciel MGS. Cuidado Paliativo e Diretrizes Curriculares: Inclusão Necessária. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2016 Dec;40(4):540–6.
- 15 Gulini JEHM de B, Nascimento ERP do, Moritz RD, Rosa LM da, Silveira NR, Vargas MA de O. Intensive care unit team perception of palliative care: the discourse of the collective subject. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2017;51(0).
- 16 Wassmansdorf Mattos C, D'Agostini Derech R. Cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária à saúde brasileira. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2020 Mar 23;15(42):2094.
- 17 Sarmiento WM, Araújo PCB de, Silva BN da, Silva CRDV, Dantas RC de O, Véras GCB. Formação acadêmica e qualificação profissional dos enfermeiros para a prática em Cuidados Paliativos. *Enfermagem em Foco* [Internet]. 2021 Jun 11 [cited 2021 Oct 5];12(1). Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3805/1092>
- 18 Fonseca L dos S, Carvalho BC, Santos HO, Silva JM da, Santos JC de O, Ferreira LL de L, *et al.* Atuação do Enfermeiro em Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2022 Jan 6;68(1).
- 19 Cruz NAO da, Nóbrega MR, Gaudêncio MRB, Andriani MT, Farias TZTT de, Pimenta TS, *et al.* O papel da equipe multidisciplinar nos cuidados paliativos em idosos. *Research, Society and Development* [Internet]. 2021 Jul 17 [cited 2021 Oct 25];10(8):e52110817433. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/17433/15772/222628>
- 20 Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus) [Internet]. OPAS. 2020. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:COVID19&Itemid=875
- 21 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a

organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2017 [citado 2022 maio 21]; Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

22 Schütz A. 1899-1959. A construção significativa do mundo social: uma introdução à sociologia compreensiva. Tradução de Tomas da Costa. Petrópolis-RJ: Editora Vozes; 2018.

23 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais [Internet]. Conselho Nacional de Saúde, Brasília (DF), 2016 [citado 2022 maio 21]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

24 Machineski, GG. O tipo vivido de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial infantil. Orientador: Schneider, Jacó Fernando. Tese [Doutorado em enfermagem] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/31946>.

25 Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://portalpos.unioeste.br/media/File/biociencias/Lei_8080_90.pdf. Acesso em: 25 out 2022.

26 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf

27 Melo EA, Mendonça MHM de, Oliveira JR de, Andrade GCL de, Melo EA, Mendonça MHM *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde em Debate [Internet]. 2018 Sep 1;42(SPE1):38–51. Doi: 10.1590/0103-11042018S103. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500038&lang=en

28 Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciência & Saúde Coletiva. 2018 Jun;23(6):1723–8. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.

29 Schran L da S, Machineski GG, Rizzotto MLF, Caldeira S. Percepção da equipe multidisciplinar sobre a estrutura dos serviços de saúde mental: estudo fenomenológico. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]. 2019 Feb 18 [cited 2022 May 25];40. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.2018015>. Available from: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/j9zmCwWPFnkvGctzFjZLjDb/?lang=pt>.

30 Mattos MP de, Gutiérrez AC, Campos GW de S. Construção do referencial

histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022 Sep;27(9):3503–16. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.01472022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LMK5hJxzTYsJHr5LzdBdtsK/abstract/?lang=pt>.

31 Merhy, EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelo de atenção. *In*: Merhy, EE *et al.* O trabalho em Saúde: olhando a experiência do SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2006.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo abarcou o objetivo de compreender a percepção de atuação dos profissionais da atenção primária em saúde quanto ao cuidado paliativo, identificando fragilidades na definição do que os profissionais entendem por tal cuidado e a secundarização do papel da basilar equipe interdisciplinar.

Ainda nesse sentido, revelou também o impacto do ápice da pandemia de Sars-CoV-2 em diversos aspectos, especialmente na interferência na organização do processo de trabalho e possibilidade de partilha de saberes mediante as reuniões interdisciplinares, bem como identificou dificuldades nas relações intersetoriais.

Compreendeu-se, no que tange às motivações, que eles apreendem tais dificuldades nas vivências passadas e projetam mecanismos plausíveis para oportunidades de melhorias pontuais na oferta futura desse cuidado, pautadas principalmente na educação permanente e recursos humanos compatíveis com a demanda.

Inicialmente, como hipótese do presente estudo, tinha-se que tais profissionais desconhecem o conceito de cuidados paliativos e, portanto, não compreendem que a assistência prestada seja relacionada a esse tipo de atenção e que não o realizam; contudo, compreendeu-se que, dentro das citadas limitações reveladas, entendem parcialmente o que é o cuidado paliativo, bem como o realizam pontualmente, a considerar a [in]disponibilidade de recursos materiais e não materiais necessários.

Ainda, foi possível compreender que a atuação interdisciplinar e o processo de trabalho possuem significativas limitações percebidas, intensificadas com a pandemia do Sars-CoV-2; os *Motivos-porque* apreendem as ações fragilmente exercidas e os *Motivos-para* voltam-se às melhorias, havendo, em seus planos de agir, a busca por esquemas de ações que contemplem a possibilidade de prestação desse cuidado de modo mais quantitativo e qualitativo.

Ao revelar a percepção de atuação desses profissionais e a realidade de tal cuidado, considera-se a aparente dissonância entre o que está posto teoricamente, na organização do SUS, em relação ao cuidado paliativo, com a realidade vivenciada no dia a dia.

Assim, como contribuições para a área, há de se sugerir sua efetiva implementação do cuidado paliativo na organizadora e coordenadora atenção primária

como um caminho requerido, bem como que os próprios profissionais citam alternativas para soluções pontuais e emergentes, como o treinamento da equipe frente a essa demanda e planejamento dos gestores em relação ao quantitativo profissional.

Como um ponto de reflexão, poder-se-ia discutir a possibilidade da existência de possíveis câmaras técnicas municipais, compostas por profissionais da equipe interdisciplinar que tenham interesse e afinidade com o tema, para passarem por cursos de educação continuada em cuidado paliativo e replicar, em forma de educação permanente, os conceitos e alternativas para a oferta em tal nível de assistência.

Ainda, o aprimoramento de políticas públicas voltadas ao tema também se faz necessário, clarificando as possibilidades nos processos de trabalho, definindo de forma mais precisa os fluxos de atendimento desses pacientes, colaborativamente com o fortalecimento das relações *et al.* de referência e contrarreferência.

Adicionalmente, como dificuldade na aplicação da pesquisa, percebeu-se a sobrecarga dos profissionais da atenção primária, sendo corriqueira a espera por um período inteiro, visando uma brecha nos atendimentos, para a entrevista dos profissionais, sendo utilizados, algumas vezes, seus horários de alimentação para tal fim. Assim, notou-se que a demanda é significativa e, ainda assim, houve adesão e interesse na participação da pesquisa, visando à contribuição para a ciência e saúde coletiva brasileira.

Por fim, como percebido nos resultados da pesquisa, há oportunidade de maior exploração científica sobre o tema, sendo importante a continuidade da discussão, no intuito de contribuição com a gestão da saúde como uma das estratégias para fortalecimento do cuidado paliativo e do SUS.

REFERÊNCIAS GERAIS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANCP. **Análise situacional e recomendações da ANCP para estruturação de programas de Cuidados Paliativos no Brasil**. ANCP, 2018. Disponível em: https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL_ANCP-18122018.pdf. Acesso em: 21 jun. 2022.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANCP. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

AGUIAR, Beatriz Fonseca; SILVA, Jéssica Plácido. Psicologia, espiritualidade/religiosidade e cuidados paliativos: uma revisão integrativa. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 158-167, 2021. DOI: <https://DOI.org/10.17267/2317-3394rps.v10i1.2964>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1282790>. Acesso em: 21 jun. 2022.

ARANTES, Ana Claudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019. 192 p.

ARAÚJO, Hirla Vanessa Soares de *et al.* Assistência de enfermagem na terapêutica paliativa direcionada ao controle de sintomas. **Nursing (São Paulo)**, v. 24, n. 278, p. 5932-5947, 2021. DOI: <https://DOI.org/10.36489/nursing.2021v24i278p5932-5947>. Disponível em: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1384>. Acesso em: 16 jun. 2021.

AZEVEDO, Cissa *et al.* Perspectivas para os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: estudo descritivo. **Online Braz J Nurs [Internet]**, v. 15, n. 4, p. 683-93, 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/967511/objn-2016.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL(a). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério Nacional de Saúde. **Portaria nº 19, 03 de janeiro de 2002**. Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Brasília: DF, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html. Acesso em: 16 jun. 2021.

BRASIL(a). Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 825 de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualizadas equipes habilitadas. Ministério da saúde: 2016. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 16 jun. 2021.

BRASIL(a). Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 16 jan. 2022.

BRASIL(b). Ministério da Saúde. **Guia de avaliação de tecnologias em saúde na Atenção Básica**. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 96 p. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/07/1254579/guia_ats_24_08.pdf. Acesso em: 16 jun. 2021.

BRASIL(b). Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.319, de 23 de julho de 2002**. Centros de Referência em Tratamento e Dor. Brasília, 2002. Brasília: DF, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4449.html>. Acesso em: 17 jun. 2021.

BRASIL(b). **Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016**. Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2021.

BRASIL. **Manual de Cuidados Paliativos**. 1. Ed. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde: 2020, 175 p. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html. Acesso em: 16 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Diretrizes operacionais dos Pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 16 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS** [Internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/acervo/humanizasus-documento-base-para-gestores-e-trabalhadores-do-sus-ministerio-da-saude-secretaria-de-atenc%CC%A7a%CC%83o-a-saude-nucleo-tecnico-da-politica/>. Acesso em: 21 jun.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2439, de 08 de dezembro de 2005**.

Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: DF, 2005. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html. Acesso em: 16 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Doença pelo Novo Coronavírus — COVID-19. **Boletim Epidemiológico Especial: Semana Epidemiológica 39 26/9 a 2/10/2021**. Brasília: DF, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/boletins-epidemiologicos-covid-19/2021/boletim_epidemiologico_covid_83.pdf. Acesso em: 16 mai. 2021.

BRASIL. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2021.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de lei do senado n. 524 de 2009**. Dispõe sobre os direitos da pessoa em fase terminal de doença [Arquivada ao final da Legislatura - 26/12/2014] Senado: 25 nov. 2009. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:senado.federal:projeto.lei;pls:2009;524>. Acesso em: 18 jun. 2021.

BYOCK, Ira MD. Principles of Palliative Medicine. *In*: GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estudos avançados**, v. 30, p. 155-166, 2016. DOI: <https://DOI.org/10.1590/S0103-40142016.30880011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/gvDg7kRRbzdXfr8CvBbXL/?format=html>. Acesso em 03 jun. 2021

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2000.

CARMONT, Hannah; MCILFATRICK, Sonja. *Using virtual reality in palliative care: a systematic integrative review*. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 28, n. 3, p. 132-144, 2022. DOI: <https://DOI.org/10.12968/ijpn.2022.28.3.132>. Disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/DOI/abs/10.12968/ijpn.2022.28.3.132>. Acesso em: 15 jan. 2022

CARVALHO, Gleyce Any Freire de Lima *et al.* Significados atribuídos por profissionais de saúde aos cuidados paliativos no contexto da atenção primária. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 2, 2018. DOI: <http://dx.DOI.org/10.1590/0104-070720180005740016>.

CARVALHO, Maria Margarida MJ. A dor do adoecer e do morrer. **Boletim-Academia Paulista de Psicologia**, v. 29, n. 2, p. 322-328, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-711X2009000200009. Acesso em: 12 jun. 2020.

CASCADEL (Cidade). Secretaria municipal de saúde. **Plano municipal de saúde 2018-2021**. Paraná, Cascavel, 2018, 75 p. Disponível em: http://www.cascavel.pr.gov.br/arquivos/12042018_planomunicipalsaude_livreto.pdf.

Acesso em: 26 jun 2021.

CASTILHO, Rodrigo Kappel; SILVA, Vitor Carlos Santos da; PINTO, Cristhiane da Silva. Academia nacional de cuidados paliativos (ANCP). **Manual de Cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Atheneu, 3. ed. 2021.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. DOI: 10.9788/TP2013.2-16. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751532016.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2022.

CHIANG, Jui-Kun; KAO, Yee-Hsin. *Quality of end-of-life care of home-based care with ou without palliative services for pacientes with advanced illnesses*. **Medicine**. v. 100, n. 18, 2021. DOI: 10.1097/MD.00000000000025841. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8104190/>. Acesso em: 23 abr. 2022

CLARA, Maykel Gonçalves Santa *et al.* Escala Ferramenta de triagem de cuidados paliativos como instrumento para indicação de cuidados paliativos em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, 2020. DOI: <http://dx.Doi.org/10.1590/1981-22562019022.190143>.

COMBINATO, Denise Stefanoni; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. (em defesa dos) cuidados paliativos na atenção primária à saúde. **Mundo da Saude (1995)**, p. 433-441, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-36728>. Acesso em: 23 abr. 2022

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Resolução nº 564/2017**. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE). Conselho Federal de Enfermagem: 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html#:~:text=I%20%E2%80%93%20DOS%20DIREITOS-,Art.,%C3%A9ticos%20e%20dos%20direitos%20humanos. Acesso em: 15 mai. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. Resolução CFM nº 1.805 de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. **Diário Oficial da União**: Seção 1, n. 227, p.169, 28 nov. 2006. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras_pdf/RES_CFM_1805_2006.pdf Acesso em: 15 mai. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. Resolução nº 2.232 de 2019. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. **Diário oficial da união**: Seção 1, 17. Ed., p. 113, 16 set. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.232-de-17-de-julho-de-2019-216318370>. Acesso em: 15 mai. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**. Código de Ética Médica. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48226289/do1-2018-11-01-resolucao-n-2-217-de-27-de-setembro-de-2018-48226042. Acesso em: 15 mai. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. Lei nº 8.662 de 13 de março de 1993 de Regulamentação da Profissão. **Código de Ética do/a Assistente Social**. CFESS, n. 10, 62 p., 1993. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 15 mai. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **Nota Técnica 06/2006**. Para Entender o Pacto pela Saúde. Notas técnicas para o ano 2006. CONASS: 2006. Disponível em: http://www.conass.org.br/?page=publicacao_notas&ano=2006. Acesso em: 13 jan 2022.

CORTEZ, Antônio Carlos Leal *et al.* Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 5, 2019. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v18i5.2785>. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Cortez/publication/337330308_Aspectos_gerais_sobre_a_transicao_demografica_e_epidemiologica_da_populacao_brasileira/links/5ede707692851cf138698aa6/Aspectos-gerais-sobre-a-transicao-demografica-e-epidemiologica-da-populacao-brasileira.pdf. Acesso em: 15 jan. 2022.

CUNHA, José Henrique da Silva *et al.* Significados atribuídos à morte segundo a perspectiva de profissionais de saúde da área de oncologia. **Rev. enferm. UERJ**, p. e52717-e52717, 2021. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.52717>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/52717>. Acesso em: 20 jan. 2022.

DADALTO, Luciana. Aspectos registrais das diretivas antecipadas de vontade. **Civilistica.com**, v. 2, n. 4, p. 1-9, 2013. Disponível em: <https://civilistica.emnuvens.com.br/redc/article/view/135>. Acesso em: 15 mar. 2022.

DONABEDIAN, Avedis. *The quality of care: how can it be assessed?* **Jama**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988. DOI: <http://DOI.org/10.1001/jama.260.12.1743>. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/374139>. Acesso em: 17 abr. 2022.

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The 2015 Quality of Death index: ranking palliative care across the world**. London: Economist Intelligence Unit, 2015. Disponível em: https://eiperspectives.economist.com/sites/default/files/images/2015%20Quality%20of%20Death%20Index%20Country%20Profiles_Oct%206%20FINAL.pdf. Acesso em: 23 jun 2021.

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The quality of death: ranking end-of-life care across the world**. London: Economist Intelligence Unit, 2010. Disponível em: http://www.lienfoundation.org/sites/default/files/qod_index_2.pdf. Acesso em: 23 jun 2021.

FERIGOLLO, Juliana Prestes; KESSLER, Themis Maria. Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional - prática interdisciplinar nos distúrbios da comunicação humana. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 147- 158, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/3NXWwWJjgjjrHRsszwpJsGJ/?lang=pt>. Acesso em: 13 jan 2022.

FERREIRA, Erica Conceição da Silva *et al.* Perception of palliative care by family caregivers of elderly patients. **J Nurs UFPE online**, v. 15, n. 2, p. e245029, 2021. DOI: 10.5205/1981-8963.2021.245029. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/245029/38997>. Acesso em: 13 jan 2022.

FIGUEIREDO, Sarah Vieira *et al.* Atuação da equipe de cuidados paliativos frente a pacientes com a covid-19. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 6, 2021. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4865>. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4865>. Acesso em: 13 jan 2022.

FITTIPALDI, Ana Lúcia de Magalhães; O'DWYER, Gisele; HENRIQUES, Patrícia. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200806, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200806>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/t5MyrjCKp93sxZhmKTKDsbd/abstract/?lang=p>. Acesso em: 10 jan. 2022.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. *Homes for the dying: the history of the development of modern hospices*. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 17, p. 165-180, 2010. DOI: <http://dx.Doi.org/10.1590/S0104-59702010000500010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/GBPNNCRyLb69gZX8ppXpKPR/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2022.

FONSECA, Luan dos Santos *et al.* Atuação do Enfermeiro em Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 68, n. 1, 2022. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n1.1383>. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1383>. Acesso em: 20 jan. 2022.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 17-27, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Disponível em: Acesso em: 23 nov. 2022.

GARNICA, Antonio Vicente Marafioti. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 1, p. 109-122, 1997. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32831997000200008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/CMZhfqQZbFHBdTjg9fFWpkd/?lang=pt>. Acesso em: 23 mai. 2022.

GOMES, Romeu; DESLANDES, Suely Ferreira. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. v. 2, n. 2, p. 103-114, jul. 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/hXBq9Ky7QT97zgrTzYbpR4w/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jan 2022.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estudos avançados**, v. 30, p. 155-166, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.30880011>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ea/a/gvDg7kRRbzdXfr8CsvBbXL/?format=html>. Acesso em: 13 jun. 2022.

GULINI, Juliana El Hage Meyer de Barros *et al.* Percepção da equipe da unidade de terapia intensiva sobre os cuidados paliativos: o discurso do sujeito coletivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016041703221>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/XJH7HjzN8m4XzXMD7dGvSmw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jan 2022.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2577-2588, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/6RByxM8wLfBBVXhYmPY7RRB/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 15 jan. 2022.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde**. Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975, ed. 3, p. 33.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade: BRASIL**. Disponível em:

https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?ano=2008&cor homem=88C2E6&cormulher=F9C189&wmaxbarra=180. Acesso em: 20 nov. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. *In: Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília, Rede Interagencial de Informação para a Saúde: Organização Pan-Americana de Saúde, n. 2, 2008.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2021.

JESUS GAZOS, Williane Moraes de; GAZOS, Spriridon Mateus. **Cuidados paliativos ao idoso com COVID-19**. Anais do Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG. n.1, v.1, 2020. Disponível em:

<http://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/congressogeriatria/article/view/2350>.

Acesso em: 15 jan. 2022.

KIRBY, Endi Evelin Ferraz *et al.* COVID-19 e suas influências psíquicas na percepção da equipe de enfermagem da atenção paliativa oncológica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 25, p. 1-9, 2021. DOI:

<http://www.doi.org/10.5935/1415-2762-20210003>. Disponível em:

<https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1544>. Acesso em: 19 fev. 2022.

KOVÁCS, Maria Julia. Autonomia e o direito de morrer com dignidade. **Revista bioética**, v. 6, n. 1, 2009. Disponível em:

https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/326 Acesso em: 19 fev. 2022.

LIMA, Meiriany Arruda; MANCHOLA-CASTILLO, Camilo. *Bioética, cuidados paliativos y liberación: una contribución al “buen morir”*. **Revista Bioética**, v. 29, p. 268-278, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292464>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/bioet/a/mGV647XycTDSqfnRmC5KtTy/abstract/?lang=es>.

Acesso em: 20 fev. 2022.

MANZATO, Antonio José; SANTOS, Adriana Barbosa. **A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa**. Departamento de Ciência de Computação e Estatística–IBILCE–UNESP. Universidade Estadual Paulista: 2012, p. 1-17.

Disponível em:

http://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/Ensino_2012_1/ELABORACAO_QUESTIONARIO_S_PESQUISA_QUANTITATIVA.pdf. Acesso em: 03 mar. 2021.

MARCHI, Joisy Aparecida *et al.* Significado de ser-cuidador de familiar com câncer e dependente: contribuições para a palição. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016007600014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/tTpNTfdBCmpkvKSL4TdgQTF/abstract/?lang=p>. Acesso em: 20 jan. 2022.

MARTINS, Matheus Rodrigues *et al.* Assistência a pacientes elegíveis para cuidados paliativos: a visão de profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0429pt>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/NXVp4LTjxJc3JNh6ndZp9Rx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2022.

MATTOS, Caroline Wassmansdorf; DERECH, Rodrigo D.'Agostini. Cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária à saúde brasileira. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2094-2094, 2020. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2094](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2094). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2094>. Acesso em: 22 jun. 2022.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção básica e atenção primária à saúde-origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14247/7708>. Acesso em: 13 jan 2022.

MELO, Cynthia de Freitas *et al.* O binômio morte e vida para idosos em cuidados paliativos. **Revista da SPAGESP**, v. 22, n. 2, p. 5-18, 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702021000200002. Acesso em: 15 jun. 2022.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, p. 758-764, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/abstract/?lang=pt> Acesso em: 24 ago 2022.

MENEZES, Rachel Aisengant. **Em busca da boa morte, Antropologia dos Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Fiocruz e Garamond, 2004, p.53-82. DOI: <https://DOI.org/10.7476/9786557081129>. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/sgprn>. Acesso em: 15 jun. 2021.

MILANI, Larissa; SILVA, Marcelle Miranda da. A enfermagem e os cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Pesqui.** Univ. Fed. Estado Rio de Janeiro (Online), v. 13, p. 434-442, 2021. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7485.

Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/hansen/resource/pt/biblio-1151989?src=similardocs>. Acesso em: 23 jun. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n.3, p. 621-626, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMFf/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2022.

MINAS GERAIS (Estado). **Lei estadual 16.279/2006**. Dispõe sobre os direitos dos usuários das ações e dos serviços públicos de saúde no estado. Minas Gerais, 2006. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/mg/lei-ordinaria-n-16279-2006-minas-gerais-dispoe-sobre-os-direitos-dos-usuarios-das-acoes-e-dos-servicos-publicos-de-saude-no-estado>. Acesso em: 12 jun. 2022.

MO, Jiping *et al.* How effective is virtual reality technology in palliative care? A systematic review and meta-analysis. **Palliative Medicine**, v. 36, n.7, p. 1047-1058, 2022. DOI: <https://DOI.org/10.1177/02692163221099584>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/02692163221099584>. Acesso em: 12 jun. 2022.

MORAIS, Sofia Mello *et al.* Diagnósticos de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa da literatura. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, p. 1233-1240, 2020. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v12i2.1233-1240. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1120344>. Acesso em: 12 jun. 2022.

NATIVIDADE, Taiane do Socorro Silva *et al.* Extubação paliativa: reflexões bioéticas sobre cuidados em fim de vida. **Revista Bioética**, v. 29, n. 3, p. 558-566, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021293491>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/yrryZnKL6txgQfDrqsKDhFz/?lang=pt>. Acesso em: 14 jun. 2022.

OLIVEIRA, Juliana da Silva *et al.* Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde: atribuições de enfermeiros e enfermeiras. **Rev. APS**, p. 410-428, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.16848>. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16848>. Acesso em: 14 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relato de alívio da dor oncológica e cuidados paliativos**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39524>. Acesso em: 13 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Palliative care**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 13 jan 2022.

PALMA, Josiane Santos *et al.* Modelos explicativos do setor profissional em relação às plantas medicinais. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 3, p. 2998-3008, 2015. DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2998-3008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750947026>. Acesso em: 13 jun. 2022.

PARANÁ (Estado). Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social - IPARDES. **Caderno estatístico – Município de Cascavel**. Paraná, 2018.

Disponível em

<https://cascavel.atende.net/atende.php?rot=1&aca=119&ajax=t&processo=viewFile&ajaxPrevent=1613939436933&file=EB1CF2907C99CBF63A9AD19C03F5AB791061A60F&sistema=WPO&classe=UploadMidia>. Acesso em: 5 jan. 2021.

PARANÁ (Estado). **Lei estadual 14.254/2003**. Prestação de serviço e ações de saúde de qualquer natureza aos usuários do sistema único de saúde - sus e dá outras providências. Paraná, 2003. Disponível em:

<https://leisestaduais.com.br/pr/lei-ordinaria-n-14254-2003-parana-prestacao-de-servico-e-acoes-de-saude-de-qualquer-natureza-aos-usuarios-do-sistema-unico-de-saude-sus-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 11 jun. 2022.

PERBONI, Jéssica Siqueira; ZILLI, Francielly; OLIVEIRA, Stefanie Griebeler. Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: uma revisão integrativa. **Persona y bioética**, v. 22, n. 2, p. 288-302, 2018. DOI:

<https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.7>. Disponível em:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0123-31222018000200288&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 12 jun. 2022.

PEREIRA, Deisiane Géssica *et al.* Significados dos cuidados paliativos na ótica de enfermeiros e gestores da atenção primária à saúde. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n.3, p. 1357-1364, 2017. DOI: Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13977>. Acesso em: 22 jun. 2022.

PINELI, Paula Pereira *et al.* Cuidado Paliativo e Diretrizes Curriculares: Inclusão Necessária. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. v. 40, n. 4, p. 540-546, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e01182015>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbem/a/sXyHPTHV9XC7WHHTz6NcQLB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2022.

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Tradução: Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2 ed. Novo Hamburgo: Freevale, 2013.

QUAGLIO, Rita de Cássia *et al.* Medicamentos passíveis de infusão por hipodermóclise. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 51, n. 1, p. 55-68, 2018. DOI:

<https://DOI.org/10.11606/issn.2176-7262.v51i1p55-68>. Disponível em:

<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/150079>. Acesso em: 25 jun. 2022.

RILEY, Kiernan; HUPCEY, Judith E.; KOWALCHIK, Kalei. Palliative Care in Severe and Persistent Mental Illness: A Systematic Review. **Journal of Hospice & Palliative Nursing**, v. 24, n. 3, p. E88-E93, 2022. DOI:

10.1097/NJH.0000000000000855. Disponível em:

https://journals.lww.com/jhpn/Abstract/2022/06000/Palliative_Care_in_Severe_and_Persistent_Mental.13.aspx. Acesso em: 26 jun. 2022.

RIOS, David Ramos da Silva; SOUSA, Daniel Andrade Barreto de; CAPUTO, Maria Constantina. Diálogos interprofissionais e interdisciplinares na prática extensionista:

o caminho para a inserção do conceito ampliado de saúde na formação acadêmica. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180080>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Y5JFvLzLD3H8sWGLHgc9ZJz/>. Acesso em: 13 jan. 2022.

RODRIGUES, Inês Gimenes. **Os significados do trabalho em equipe de cuidados paliativos oncológicos domiciliar: um estudo etnográfico**. Orientador: Zago, Marcia Maria Fontao. Tese [Doutorado]. Universidade de São Paulo, São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. DOI: 10.11606/T.22.2009.tde-08012010-130039. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-08012010-130039/pt-br.php>. Acesso em: 13 jan. 2022.

RYAN, Suzanne *et al.* *Evolving definitions of palliative care: upstream migration or confusion? Current treatment options in oncology*, v. 21, n. 3, p. 1-17, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11864-020-0716-4>. Acesso em: 12 jun. 2022.

SANTOS, Adrielle Alves *et al.* Cuidados paliativos aplicados em idosos no domicílio. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, p. e10095-e10095, 2022. DOI: 0.9789/2175-5361.rpcfo.v14.10095. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1355017>. Acesso em: 05 jun. 2022.

SANTOS, Amanda Tinôco Neto; NASCIMENTO, Natali dos Santos; ALVES, Priscila Godoy Januário Martins. Efeitos de Abordagens não Farmacológicas nos Sintomas Físicos de Indivíduos com Câncer Avançado: Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 68, n. 2, 2022. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n2.2125>. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2125>. Acesso em: 05 jun. 2022.

SÃO PAULO (Estado). **Lei estadual 10.241/1999**. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. São Paulo, 1999. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei10241.htm#:~:text=10.241&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20os%20direitos%20dos,Estado%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs>. Acesso em: 01 jun. 2022.

SARETTA, Michela; DOÑATE-MARTÍNEZ, Ascensión; ALHAMBRA-BORRÁS, Tamara. *Barriers and facilitators for an effective palliative care communication with older people: A systematic review*. **Patient Education and Counseling**, v. 105, n. 8, p. 2671-2682, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.04.003>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399122001483>. Acesso em: 11 jun. 2022.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais: na Constituição Federal de 1988**. Livraria do Advogado Editora, 2021.

SARMENTO, Wagner Maciel *et al.* Formação acadêmica e qualificação profissional dos enfermeiros para a prática em Cuidados Paliativos. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 1, 2021. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3805. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/07/formacao-academica-qualificacao-profissional-enfermeiros-pratica-cuidados-paliativos.pdf>. Acesso em: 11

jun. 2022.

SCHÜTZ, Alfred. **Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schütz**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

SCHÜTZ, Alfred; LUCKMANN, Thomas. **Las estructuras del mundo de la vida**. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.

SCHÜTZ, Alfred. **El problema de la realidad social**. Escritos I. Buenos Aires; Amorrortu, 2003.

SCHÜTZ, Alfred. **A construção significativa do mundo social: uma introdução à sociologia compreensiva**. [1899-1959] Tradução de Tomas da Costa. Petrópolis-RJ: Vozes, 2018.

SILVA, Caroline Oliveira da; CRIPPA, Anelise; BONHEMBERGER, Marcelo. Diretivas antecipadas de vontade: busca pela autonomia do paciente. **Revista Bioética**, v. 29, p. 688-696, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294502>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/7HQq4Y675HFRqJHNwtfDqZf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 jun. 2022.

SILVA, Cátia Cândido da; BORGES, Fabrícia Teixeira. Análise Temática Dialógica como método de análise de dados verbais em pesquisas qualitativas. **Linhas críticas**, v. 23, n. 51, p. 245-267, 2017. DOI: <https://doi.org/10.26512/lc.v23i51.8221>. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/linhascriticas/article/view/8221>. Acesso em: 14 jun. 2022.

SILVA, Daniel Espirito Santo da; PACHECO, Patrícia Quintans Cundines; SOUZA, Sônia Regina de. *Palliative care and its relationship with the nursing diagnoses of NANDA-I and NIC taxonomies*. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 12, p. 282-291, 2020. DOI: <https://DOI.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8548>. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/8548>. Acesso em: 22 jun. 2022.

SILVA, Janete Maria da *et al.* **Manual de Condutas e Práticas Fisioterapêuticas em Cuidados Paliativos Oncológicos da ABFO**. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações, 2021. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=S2EuEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT15&dq=elegiveis+para+cuidados+paliativos&ots=M4bwWbdOUt&sig=H0OaqvbQ9cvY2eUOaRfptn0iJc8#v=onepage&q=elegiveis%20para%20cuidados%20paliativos&f=false>. Acesso em: 23 jun. 2022.

SILVA, Mariana Lobato dos Santos Ribeiro. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 30, p. 45-53, 2014. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)718](https://doi.org/10.5712/rbmfc9(30)718). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/718>. Acesso em: 15 jun. 2022.

SILVA, Marcelle Miranda da *et al.* Índícios da integralidade do cuidado na prática da equipe de enfermagem na atenção paliativa oncológica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 795-803, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v16i4.25700>. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/25700>. Acesso em: 18 jun. 2022.

SIQUEIRA, Alex Sandro de Azeredo; TEIXEIRA, Enéas Rangel. A atenção paliativa oncológica e suas influências psíquicas na percepção do enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. 1-9, 2019. DOI: 10.5935/1415-2762.20190116. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1268.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2022.

SOUSA, Janaina Meirelles; ALVES, Elíoenai Dornelles. Cuidados paliativos de enfermagem na atenção domiciliar. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 669-676, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i2a10386p669-676-2015>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10386>. Acesso em: 02 jun. 2022.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, p. 102-106, 2010. DOI: 10.1590/s1679-45082010rw1134. Disponível em: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/revisao-integrativa-o-que-e-e-como-fazer/>. Acesso em: 24 ago 2022.

SOUZA, Taísa Izabela Magalhães *et al.* Feelings of Medical Students and Resident Doctors Facing Death: a Systematic Review. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20200082>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/Sc8cqggg9QyTJM95cLh7tkk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 jun. 2022.

STALL, Nathan; NOWACZYNSKI, Mark; SINHA, Samir K. Systematic review of outcomes from home-based primary care programs for homebound older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 62, n. 12, p. 2243-2251, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.13088>. Disponível em: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.13088>. Acesso em: 10 jun. 2022.

STARFIELD, B. **Primary care. Balancing health Needs, services, and technology**. New York: Oxford University Press, 1998.

STILLWELL, Suzan B. *et al.* Evidence-based practice: step by step. **American Journal of Nursing**, v. 110, p. 51-53, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20520115/>. Acesso em: 24 ago 2022.

TAQUEMORI, Lais Yassue; SERA, Celisa Tiemi Nakagawa. Interface intrínseca: equipe multiprofissional. *In: Cuidado Paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, 689 p. Disponível em: http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/livro_cuidado-paliativo.pdf#page=55. Acesso em: 03 jun. 2022.

WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE - WHPCA. **General fact sheet 2015**. WHPCA, 2015. Disponível em: <http://www.thewhpc.org/about-us-3>. Acesso em: 23 jun. 2021.

WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE - WHPCA. World Health Organization (WHO). **Global Atlas of Palliative Care**. Ed2. London, UK: 2020. Disponível em: <https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>. Acesso em: 18 jan. 2022.

APÊNDICE I

Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde – Nível
Mestrado Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE
CASCAVEL/PR

QUESTÕES NORTEADORAS

Descrição do local:	Distrito Sanitário:	UBS/USF:	Entrevistado Nº:	Ocupação:	Data da entrevista:
Caracterização profissional:	Tempo de formação:	Tempo que exerce a função atual:	Tipo de contratação de trabalho: (Estatutário/PSS/PJ)	Especialização em saúde da família ou áreas afins?	
Caracterização sócio/demográfica:	Nacionalidade:	Sexo:	Idade:	Escolaridade:	Religião:

1. O que você entende por cuidado paliativo?
2. No seu entendimento qual o objetivo do cuidado paliativo?
3. A que perfil de indivíduo e que momento você acredita que aplica-se o cuidado paliativo?
4. Já teve algum treinamento ou educação continuada sobre o tema?
5. Na unidade onde você trabalha, percebe que é realizado de alguma forma o cuidado paliativo? Se sim, de que modo? Se não, por que?
6. Você percebe que outros profissionais da unidade atendam aos pacientes paliativos?
7. Sobre os pacientes crônicos ou com doenças que ameacem a vida, como você desenvolve o cuidado deles no seu dia-a-dia (consulta, visita domiciliar)?
8. É feito reuniões de equipe para discutir casos de pacientes, especialmente os que necessitem de maior assistência? (interdisciplinaridade/plano terapêutico)
9. Acontece o acolhimento dos familiares, responsáveis ou paciente para esclarecer sobre a terminalidade? De que modo?

10. Os pacientes ou responsáveis declaram as vontades sobre o modo como gostariam que fossem atendidos mediante caso de terminalidade? Se sim, isso fica documentado em algum local?
11. É realizado o acolhimento aos familiares no período pós óbito do paciente acompanhado pela unidade de saúde?
12. Sobre referência e contrarreferência: Quando vocês recebem pacientes crônicos ou com doenças que ameacem a vida, eles vem com contrarreferência formal ou vem apenas a família procurar a unidade? E se algum paciente acompanhado aqui nessas características necessitar de encaminhamento, vocês encaminham com referência para algum outro serviço? (PAID/PAR/UPA/hospitais para manejo de sintomas)
13. Você percebe alguma oportunidade de melhoria no atendimento da unidade aos pacientes paliativos, crônicos ou com doenças que ameacem a vida? Se sim, qual? Se não, por que?
14. Quais suas expectativas quanto a oferta do atendimento da atenção primária aos pacientes que necessitem de cuidados paliativos?
15. Qual sua percepção de como foi ofertar o cuidado aos pacientes paliativos, crônicos ou com doenças que ameacem a vida na pandemia na sua unidade de saúde?

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - PARTE 1



Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE

CCBS - *Campus* de Cascavel

Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde – Mestrado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012 E RESOLUÇÃO CNS 580/2018.

Prezado (a) Senhor (a) esta pesquisa é sobre **“O cuidado em saúde mental: aspectos relacionados às políticas, aos serviços, às redes de apoio, aos profissionais e aos usuários”**. O tema central dessa proposta é analisar o cuidado em saúde mental na rede de atenção psicossocial nos aspectos relacionados às políticas, aos serviços, às redes de apoio, aos profissionais e aos usuários em todas as fases do ciclo vital. Para tanto, será realizada uma pesquisa exploratória, descritiva, quantiquantitativa, de campo e avaliativa sobre políticas, serviços, redes de apoio e com profissionais e usuários da saúde mental em todos os níveis de atenção e serviços intersetoriais. Os dados serão coletados por meio de questionários, formulários, entrevistas e aplicação de escalas validadas no Brasil. Sendo que os dados quantitativos serão analisados por meio de estatística descritiva e inferencial e as informações qualitativas por técnica de análise de conteúdo e fenomenologia social. O estudo pretende contribuir para que os direitos da população em relação aos cuidados com a saúde mental sejam garantidos por meio da avaliação, análise e compreensão das políticas, serviços, redes de apoio, práticas profissionais e visão dos usuários nos seus distintos momentos de vida. Solicitamos a sua colaboração para responder o questionário com perguntas abertas e fechadas, em entrevista gravada, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa poderá ocasionar possíveis desconfortos devido à dificuldade de responder

APÊNDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - PARTE 2

algumas perguntas, e caso ocorra algum desconforto ou alteração clínica, o participante poderá ser encaminhado para atendimento na Unidade de Saúde. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Este TCLE será disponibilizado em duas vias, sendo que uma ficará com o Senhor(a) e outra com a pesquisadora.

Ass: _____

Assinatura do participante, considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações).

Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Cascavel, ___ de _____ de _____

Ass: _____

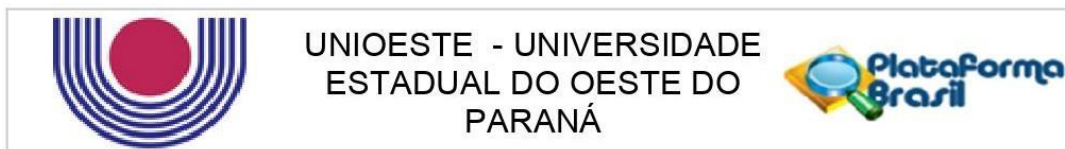
Assinatura da pesquisadora responsável.

Contato da Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Gicelle Galvan Machineski-Telefone: 45-99981-0684 ou para o Comitê de Ética da Universidade do Oeste do Paraná -Endereço: R. Universitária, 2069 - Universitário, Cascavel - PR, 85819-110, telefone (45) 3220-3000. E-mail: gmachineski@gmail.com

ANEXO I

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – PARTE 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: ASPECTOS RELACIONADOS ÀS POLÍTICAS, AOS SERVIÇOS, ÀS REDES DE APOIO, AOS PROFISSIONAIS E AOS USUÁRIOS

Pesquisador: Gicelle Galvan Machineski

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33352220.2.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.124.227

Apresentação do Projeto:

Pesquisa exploratória, descritiva, quantiqualitativa, de campo e avaliativa sobre políticas, serviços, redes de apoio e com profissionais e usuários da saúde mental em todos os níveis de atenção e serviços intersetoriais. Os dados serão coletados por meio de questionários, formulários, entrevistas e aplicação de escalas validadas no Brasil. Sendo que os dados quantitativos serão analisados por meio de estatística descritiva e inferencial e as informações qualitativas por técnica de análise de conteúdo e fenomenologia social

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o cuidado em saúde mental na rede de atenção psicossocial nos aspectos relacionados às políticas, aos serviços, às redes de apoio, aos profissionais e aos usuários em todas as fases do ciclo vital.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O estudo apresenta risco aos participantes pois podem apresentar desconforto ao responder as questões por lembrarem de situações estressantes, para minimizar esse risco os pesquisadores apresentarão os objetivos e métodos de forma clara, porém caso ocorra alguma intercorrência durante a coleta dos dados, os sujeitos serão encaminhados para atendimento na Unidade de Saúde mais próxima.

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCABEL

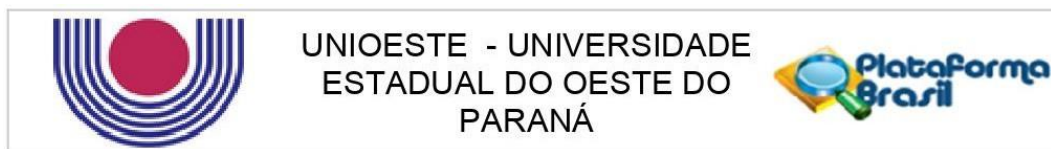
CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

ANEXO II

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – PARTE 2



Continuação do Parecer: 4.124.227

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Benefícios:

Como benefícios o estudo pretende contribuir para que os direitos da população em relação aos cuidados com a saúde mental sejam garantidos por meio da avaliação, análise e compreensão das políticas, serviços, redes de apoio, práticas profissionais e visão dos usuários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos anexados.

Recomendações:

Projeto cumpre todos os requisitos exigidos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto bem elaborado, com grande alcance social.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1562553.pdf	09/06/2020 09:44:37		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_maior.pdf	09/06/2020 09:42:26	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	Autorizacao_Nucleo_Regional_Educacao_Cascavel_PR.pdf	04/06/2020 13:55:45	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	Autorizacao_HUOP2.jpg	29/05/2020 13:57:11	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	Autorizacao_HUOP1.jpg	29/05/2020 13:56:20	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	25/05/2020 18:17:25	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	Formulario_CEP.pdf	22/05/2020 13:50:09	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	AutorizacaoSesau.jpg	22/05/2020 13:40:49	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	22/05/2020 13:36:22	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.pdf	22/05/2020 13:36:08	Gicelle Galvan Machineski	Aceito

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

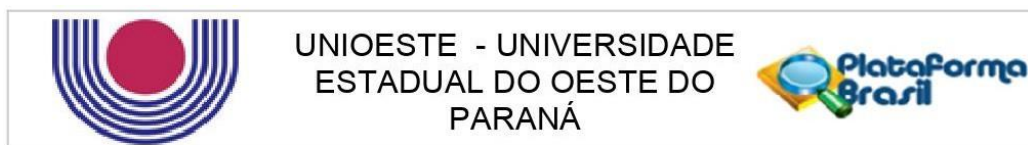
Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

ANEXO III

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – PARTE 3



Continuação do Parecer: 4.124.227

Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/05/2020 13:36:08	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	Instrumento_de_coleta_de_dados.pdf	22/05/2020 11:59:02	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	Autorizacao10RS.pdf	22/05/2020 11:55:26	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	AutorizacaoUnioeste.pdf	22/05/2020 11:54:59	Gicelle Galvan Machineski	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 30 de Junho de 2020

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCADEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br