

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Thayná Champe da Silva

CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA
AÇÃO EDUCATIVA PARA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Santa Maria, RS
2020

Thayná Champe da Silva

**CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA
AÇÃO EDUCATIVA PARA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação Acadêmica em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Enfa. Elisabeta Albertina Nietsche
Coorientadora: Profa. Dra. Enfa. Silvana Bastos Cogo

Santa Maria, RS
2020

Silva, Thayna Champe
CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA AÇÃO
EDUCATIVA PARA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL / Thayna
Champe Silva.- 2020.
101 p.; 30 cm

Orientador: Elisabeta Albertina Nietzsche
Coorientador: Silvana Bastos Cogo
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, RS, 2020

1. cuidados paliativos 2. atenção primária à saúde 3.
equipe multiprofissional 4. enfermagem I. Albertina
Nietzsche, Elisabeta II. Bastos Cogo, Silvana III.
Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, THAYNA CHAMPE SILVA, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

**CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA
AÇÃO EDUCATIVA PARA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação Acadêmica em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem.**

Aprovado em 28 de maio de 2020:

Elisabeta Albertina Nietzsche, Dra.
(UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Silvana Bastos Cogo, Dra. (UFSM)
(Coorientadora)

Franciele Roberta Cordeiro, Dra.
(UFPEL)

Nara Marilene Oliveira Girardon Perlini, Dra.
(UFSM)

Edison Luiz Devos Barlem, Dr. (FURG) (Suplente)

Santa Maria,
RS 2020

DEDICATÓRIA

A Deus,

Por sempre me conceder sabedoria nas escolhas dos melhores caminhos, coragem para acreditar, força para não desistir e proteção para me amparar, sempre me impulsionando em direção às vitórias dos meus desafios.

À minha mãe, Lourdes Champe da Silva,

Pelo amor e carinho com que me mostrou a direção correta, ensinou-me a ter fé na vida e jamais esmorecer frente às adversidades impostas na minha caminhada (pessoal e acadêmica). Tenho muito orgulho da mulher, mãe, pessoa guerreira que sempre foi. Nela me espelho para ser uma pessoa melhor, com princípios, caráter, honra, sabedoria e bondade.

Ao meu pai, Sidenei Seffrin da Silva (*in memoriam*),

Com todo meu amor e gratidão, por tudo que fez por mim ao longo de minha vida. Desejo ter sido merecedora do esforço dedicado por ele em todos os aspectos, especialmente quanto à minha formação. Muita saudade.

AGRADECIMENTOS

Durante esses dois últimos anos, só tenho a agradecer a todos que passaram pelo meu caminho e que, com certeza, deixaram um pouco de si na minha trajetória. Os momentos de alegria serviram para me permitir acreditar na beleza da vida, e os de sofrimento serviram para um crescimento pessoal único.

Nesses dois anos em que estive cursando o Mestrado em Enfermagem, acredito que um dos maiores desafios que enfrentei foi conciliar o trabalho gerencial/assistencial como enfermeira da atenção primária com as aulas e viagens. Muito viajei nesse período, foram mais de oito horas semanais de viagem (Cerro Largo X Santa Maria e vice-versa).

É muito difícil transformar sentimentos em palavras, mas serei eternamente grata a vocês, pessoas imprescindíveis para a realização e conclusão deste trabalho.

Primeiramente, agradeço:

A **Deus**, que me permitiu encontrar pessoas tão especiais, sensíveis e amorosas, que me encantaram com tanta doçura, receptividade e acolhimento; por ter me concedido discernimento para aceitar cada dificuldade encontrada no caminho; por ter me enviado luz em cada adversidade; por ter me dado serenidade e paz nessa trajetória.

Aos meus pais, **Lourdes e Sidenei** (*in memoriam*), por toda a dedicação, cuidado e carinho verdadeiros, em todos os momentos; por apoiarem a minha trajetória e acreditarem na minha capacidade. Cada êxito alcançado foi graças a eles. Amo-os com todo o amor do mundo.

À minha irmã, **Débora Champe da Silva**, por todo o amparo, companheirismo, irmandade, amizade, amor, cumplicidade; por ser o meu elo, a minha muralha, a minha sustentação. Amo-a doce e infinitamente.

Ao meu sobrinho/irmão, **Heron Lorenzo Brum**, que, mesmo tão jovem, ensinou-me a nunca desistir dos sonhos e persistir sempre pelos nossos ideais, sem perder o sorriso no rosto. Amo-o.

Ao meu amor e melhor amigo, **Pedro**, por ser meu abrigo, colo, ombro e abraço; por trazer leveza e harmonia em cada momento. Agradeço por me confortar e me motivar nos momentos difíceis, por tudo que faz por mim, por nós. Amo-o.

À **Universidade Federal de Santa Maria**, pelo ensino público, gratuito e de qualidade, pela oportunidade de me graduar e, por hora, me pós-graduar em Enfermagem; pelas oportunidades ímpares de crescimento e amadurecimento.

À minha excepcional orientadora, **Enfa. Profa. Dra. Elisabeta Albertina Nietzsche**, por acreditar que eu era capaz de desenvolver esta pesquisa. Desde a graduação sempre nutriu um carinho especial por mim e eu por ela. Só tenho a agradecer os seus ensinamentos (pessoais e acadêmicos), orientações, palavras de incentivo, puxões de orelha, paciência e dedicação. É uma pessoa especial e ética, digna de ser inspiração para muitos. Tenho orgulho em dizer que fui sua orientanda.

À minha coorientadora, **Enf^a Prof^a Dr^a Silvana Bastos Cogo**, pelo ciclo que me permitiu viver; por todos os ensinamentos, trocas; por todo o aprendizado; por todo o carinho; por todos os abraços; por todas as conversas; por todos os empurrões; por todas as vezes que me estimulou, inspirou, ensinou; pelo exemplo de caráter, ética e comprometimento. Obrigada por tudo! Receba a minha admiração, gratidão e carinho.

A todos os participantes deste estudo, profissionais da equipe da ESF Urlândia, pela disposição em ajudar no que deles dependesse para a conclusão da pesquisa, embora, muitas vezes, se encontrassem assoberbados pelo trabalho a realizar ou mesmo atravessando momentos de adversidades.

Aos amigos especiais e de longa data, Angélica Dalmolin, Caroline Ilha, Gabriela Oliveira, Polyana de Lima Ribeiro e Oclaris Lopes Munhoz, sorte é quando Deus dá amigos que, de tão próximos, viram FAMÍLIA.

*“O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquentada e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.”*

(João Guimarães Rosa, Sertões Veredas)

RESUMO

CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA AÇÃO EDUCATIVA PARA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

AUTORA:Thayná Champe da Silva

ORIENTADORA:Elisabeta Albertina Nietsche

COORIENTADORA: Silvana Bastos Cogo

O objeto de pesquisa está relacionado aos cuidados paliativos na atenção primária à saúde e suas implicações para a prática multiprofissional. Objetivos: realizar o diagnóstico situacional da equipe da estratégia saúde da família em relação ao cuidado de pacientes em cuidados paliativos; e intervir na qualificação da equipe multiprofissional de saúde de uma estratégia saúde da família de um município do Sul do Brasil para os cuidados paliativos, a partir de suas demandas.A pesquisa é qualitativa do tipo pesquisa-ação. O cenário foi uma estratégia saúde da família localizada em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os participantes foram os profissionais da equipe multiprofissional vinculados a esta instituição, totalizando 17 participantes. Os dados foram produzidos por meio da técnica das entrevistas semiestruturadas, grupo focal e anotações de campo,após a aprovação no comitê de ética sob o parecer n. 2.435.442, utilizando-se da análise de conteúdo de Bardin. A pesquisa seguiu a trajetória proposta pelo referencial metodológico da pesquisa ação: fase exploratória (diagnóstico situacional), planejamento da ação, realização e avaliação da ação. No diagnóstico situacional, formularam-se as seguintes categorias e subcategorias: Cuidados paliativos: conceito, saberes e prática; Obstáculos para implementação do cuidado paliativo na atenção primária à saúde; e suas subcategorias: O despreparo no gerenciamento dos cuidados paliativos; Desvalorização do profissional como contraponto aos cuidados paliativos; e as Estratégias para o desenvolvimento dos cuidados paliativos na atenção primária. O presente estudo evidenciou a importância de atividades educativas em saúde na área dos cuidados paliativos para os profissionais. Este estudo possibilitou identificar os conhecimentos de profissionais de saúde sobre Cuidados Paliativos antes de uma atividade de educação sobre o tema, bem como após a sua realização. O desconhecimento acerca da filosofia e princípios, bem como das indicações de cuidados paliativos, a insegurança para lidar com as condutas necessárias e a falta de atividades de caráter formativo, como um processo de reflexão no e para o trabalho sobre o assunto foram os principais aspectos pontuados pelo estudo.

Palavras-chave: CuidadosPaliativos. Educação. Atenção Primária à Saúde. Equipe Multiprofissional.

RESUME

PALLIATIVE CARE IN PRIMARY CARE: A EDUCATIONAL ACTION FOR MULTIPROFESSIONAL TEAM

AUTHOR:ThaynáChampedaSilva
ADVISOR: Elisabeta Albertina Nietzsche
CO-ADVISOR: Silvana Bastos Cogo

The research object is related to palliative care in primary health care and its implications for multiprofessional practice. Objectives: perform the situational diagnosis of the family health strategy team in relation to the care of patients in palliative care; and to intervene in the qualification of the multiprofessional health team of a family health strategy in a municipality in the south of Brazil for palliative care, based on their demands. The research is qualitative of the type of action research. The scenario was a family health strategy located in a city in the interior of the state of Rio Grande do Sul, Brazil. The participants were professionals from the multiprofessional team linked to this institution, totaling 17 participants. Data were produced using the technique of semi-structured interviews, focus group and field notes, after approval by the ethics committee under opinion no. 2,435,442, using Bardin's content analysis. The research followed the trajectory proposed by the methodological framework of action research: exploratory phase (situational diagnosis), action planning, implementation and evaluation of the action. In the situational diagnosis, the following categories and subcategories were formulated: Palliative care: concept, knowledge and practice; Obstacles to the implementation of palliative care in primary health care; and its subcategories: Unpreparedness in the management of palliative care; Devaluation of the professional as a counterpoint to palliative care; and Strategies for the development of palliative care in primary care. The present study showed the importance of educational activities in health in the area of palliative care for professionals. This study made it possible to identify the knowledge of health professionals on Palliative Care before an educational activity on the topic, as well as after its completion. The lack of knowledge about the philosophy and principles, as well as the indications for palliative care, the insecurity to deal with the necessary behaviors and the lack of training activities, as a process of reflection in and for work on the subject were the main aspects punctuated by the study.

Keywords: Palliative Care. Education. Primary Attention. Multiprofessional Team. Nurse

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 – Imagem confeccionada pelos profissionais acerca do conceito de cuidados paliativos no primeiro grupo focal. Santa Maria, RS, Brasil, 2018.....47
- Figura 2 – Imagem confeccionada pelos profissionais acerca das ações em enfermagem desenvolvidas no segundo grupo focal. Santa Maria, RS, Brasil, 2018.....49

LISTADE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS–AgenteComunitáriodê Saúde
AD–AtençãoDomiciliar
ANCP–AcademiaNacionaldeCuidadosPaliativos
ABCP–AssociaçãoBrasileiradeCuidadosPaliativos
ALCP–AssociaçãoLatino-americanadeCuidadosPaliativos
APS–AtençãoPrimáriaemSaúde
CFM–ConselhoFederaldeMedicina
CACON–CentrodeAssistênciadeAltaComplexidadeemOncologia
CAPES–CoordenaçãodeAperfeiçoamentodePessoaldeEnsinoSuperior
CCS – Centro de Ciências da Saúde
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
CP–Cuidado Paliativo
DCNT - Doença Crônica Não Transmissível
DCV –Doença Cardiovascular
DM – Diabetes Mellitus
ESF–EstratégiaSaúdedaFamília
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
GEPES - Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde
GF – Grupo Focal
HCPA–HospitaldeClínicasdePortoAlegre
HUSM–HospitalUniversitáriodeSantaMaria
IBGE–InstitutoBrasileirodeGeografiaeEstatística
IAHPC–International Associatin for Hospice and Palliative Care
INCA – Instituto Nacional do Câncer
ISCMPA–IrmandadedeSantaCasadeMisericórdiadePortoAlegre

LILACS– Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

NEPES - Núcleo de Educação Permanente

OMS–Organização Mundial da Saúde

OPAS –Organização Pan-Americana da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários

PCP–Programa de Cuidados Paliativos

PNAB–Política Nacional de Atenção Básica

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PSF –Programa Saúde Da Família

RAS–Rede de Atenção à Saúde

SAMU–Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAD–Serviço de Atenção Domiciliar

SUS–Sistema Único de Saúde

TCLE–Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSM–Universidade Federal de Santa Maria

UPA–Unidade de Pronto Atendimento

UNACON–Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

UTI –Unidade De Terapia Intensiva

WHO -World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	16
1.1 OBJETIVOS	22
2 REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1 CUIDADOS PALIATIVOS: ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEITUAIS E PRINCÍPIOS	23
2.2 CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	27
2.3 A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS	30
3 MÉTODO	34
3.1 DESENHO DA PESQUISA.....	34
3.2 PESQUISA-AÇÃO: A ESCOLHA DO MÉTODO	35
3.2.1 Planejamento e elaboração da Pesquisa-Ação	36
3.3 CENÁRIO DA PESQUISA	37
3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	38
3.5 COLETA DE DADOS	38
3.5.1 Entrevista semiestruturada	39
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	42
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	43
4 RESULTADOS	45
4.1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	45
4.2 CUIDADOS PALIATIVOS: CONCEITO, SABERES E PRÁTICA	46
4.3 OBSTÁCULOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	51
4.3.1 O despreparo no gerenciamento dos Cuidados Paliativos	52
4.3.2 Desvalorização do profissional como contraponto aos cuidados paliativos	53
4.4 ESTRATÉGIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA	

ATENÇÃO PRIMÁRIA	55
5 CONSTRUÇÃO E APLICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO EDUCATIVO EM CUIDADOS PALIATIVOS PARA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	59
6 AVALIAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO EDUCATIVO EM CUIDADOS PALIATIVOS PELOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	61
6.1 AVALIAÇÕES DA PESQUISADORA.....	62
7 DISCUSSÃO	65
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS –	79
APÊNDICE A - Diagnóstico Situacional	86
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	88
APÊNDICE C - Termo de Confidencialidade.....	92
APÊNDICE D - Roteiro para realização do grupo focal	94
APÊNDICE E - Guia de Avaliação do Grupo focal.....	96
APÊNDICE F - Material educativo utilizado na proposta educativa.....	97
em Cuidados Paliativos	97
APÊNDICE G - Instrumento de avaliação da proposta educativa.....	98
em Cuidados Paliativos	98
ANEXO A - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.....	99
ANEXO B - Autorização do Núcleo de Educação Permanente de Santa Maria	101

APRESENTAÇÃO

Em 2012, aos 18 anos, ingressei no curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). No ano de 2013, inseri-me no Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (GEPES), da UFSM. No grupo, tive o privilégio de conhecer, conviver e trabalhar com a professora Elisabeta Albertina Nietzsche, fundadora do grupo. O GEPES vem, desde a sua criação, há mais de 20 anos, intensificando a produção do conhecimento na área da saúde, em especial da enfermagem, por meio de pesquisas que possuem, na sua essência, o cuidado, a educação e o processo de morte e morrer. O grupo de pesquisa, ao longo dos anos, desenvolveu estudos nessa temática, proporcionando assim a construção desta pesquisa de forma mais substancial.

No GEPES, fui bolsista de iniciação científica por mais de uma oportunidade durante a graduação; além disso, tive a oportunidade de participar como auxiliar de pesquisa dos alunos da graduação e do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM.

Ainda nesse período, fui bolsista do Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). O período da bolsa foi de 12 meses, cabendo destacar a grande demanda de trabalho na unidade, os momentos de aprendizado de técnicas e de muitos procedimentos de enfermagem, sendo que alguns pacientes tinham seus últimos momentos de vida naquele local, muitas vezes com dor e sozinhos. Nessa época, talvez por falta de sensibilidade ou conhecimento suficiente não me dei conta da realidade daqueles pacientes, ou do significado do cuidado paliativo (CP) para eles e suas famílias.

Em meio aos estágios obrigatórios do curso e a bolsa no Pronto Socorro, iniciei os estágios extracurriculares na área dos cuidados intensivos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e na oncologia. No final da graduação, sofri uma perda familiar muito grande, o falecimento de meu pai de forma inesperada; depois disso, mudei meu caminho de prática e estudos para a área da maternidade e de cuidados com o recém-nascido. Hoje vejo isso como uma forma de defesa ou bloqueio do meu processo de luto, pois achava muito difícil continuar trabalhando com o sofrimento dos pacientes.

Quando ingressei no Mestrado, deparei-me com o retorno à temática, da qual, de certa forma, “fugiu” no final da graduação”. Hoje em dia vejo que tudo acontece por um motivo, e sou muito grata por passar mais de dois anos estudando uma temática que, no fundo, me acolheu e escolheu. Apesar de todos os bloqueios e atrasos enfrentados durante a realização dessa pesquisa, entendi quem eu quero ser e quem eu não quero ser. Foi uma etapa da vida em que atingi amadurecimento profissional e pessoal, além de construir novos vínculos afetivos.

Durante o Mestrado, tomei posse em um concurso público, como enfermeira de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) da minha cidade natal, Cerro Largo, interior do Rio Grande do Sul. Além do desafio do Mestrado, tive que enfrentar o desafio do primeiro emprego. Nessa oportunidade de atuação prática, observei que as ações da equipe multiprofissional, em relação aos CPs, ainda estão distantes dos conceitos e princípios preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre essa assistência.

Recentemente, a OMS emitiu o documento denominado “*Global Atlas of Palliative Care at End of Life*”. Numa estimativa de cerca de 29 milhões de mortes em todo o mundo, identificou a necessidade de assistência por meio de CPs em 20 milhões dessas pessoas. Assim, percebe-se a importância atrelada a essa temática; concomitantemente, uma resolução publicada pelo Ministério da Saúde (MS), em outubro de 2018, estabeleceu diretrizes para organizar os CPs no Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política nacional, o que tende a ampliar a oferta desses serviços pelo país. Dito isso, a pesquisa está relacionada aos CPs na atenção primária e ao desenvolvimento de uma proposta educativa para os profissionais envolvidos.

Para concluir, segue o esclarecimento de como está organizada a apresentação desta dissertação. Na primeira parte, contextualizo o tema e o problema de pesquisa. Apresento um panorama dos aspectos históricos, conceituais e princípios dos CPs, a inserção dos cuidados paliativos na atenção primária e a prática multiprofissional desses cuidados. A seguir, conceituo o método da pesquisa ação e suas fases de aplicação, diagnóstico situacional, aplicação do plano de ação, avaliação, análise e discussão dos dados.

1 INTRODUÇÃO

A situação de saúde no Brasil caracteriza-se por uma transição demográfica acelerada e por um perfil epidemiológico de tripla carga de doenças, trazendo nesse contexto as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). As doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes mellitus (DM) e doenças respiratórias crônicas estão entre as DCNTs de maior magnitude (MALTA et al., 2015). As doenças cardiovasculares (DCVs) são responsáveis pela principal causa de morte para aproximadamente 20% da população brasileira com idade acima de 30 anos (MANSUR; FAVARATO, 2016).

Em nosso país, entre 2004 e 2014, 29% do total dos óbitos foram decorrentes dessas doenças, correspondendo a uma morte em cada 40 segundos. Essa estatística ainda revela-se duas vezes maior que o câncer; 2,3 vezes maior em relação aos acidentes e violência; o triplo frente às doenças respiratórias e 6,5 vezes o número de infecções (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017a). Algumas DCV são potencialmente evitáveis e podem ser prevenidas e tratadas na atenção primária à saúde (APS) por meio de ações como o rastreamento, por exemplo (LENTSCK; MATHIAS, 2015).

Levando em consideração o perfil dos pacientes atendidos na APS e o envelhecimento populacional, as doenças crônicas não transmissíveis representam um grande desafio à prestação dos CPs. Os cuidados paliativos são os cuidados de saúde ativos e integrais prestados à pessoa com doença grave, progressiva e que ameaça a continuidade da vida. Os CP caracterizam-se como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida, ao prevenir e aliviar o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor física e cuidado das questões psicossociais e espirituais (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2017).

Os CPs proporcionam apoio para auxiliar os pacientes que estiverem próximos da morte e as suas famílias a viverem de forma mais plenamente possível, com qualidade. Também auxiliam no estabelecimento dos objetivos do curso do tratamento, através da

comunicação clara e objetiva. São aplicáveis durante todo o percurso de uma doença, de acordo com as necessidades de cada paciente, além de serem oferecidas em conjunto com terapias específicas da doença e também práticas integrativas, sempre que necessário. Os CPs influenciam positivamente na progressão da doença, não com o objetivo de antecipar nem de adiar a morte, mas com o intuito de respeitar a vida e, assim, reconhecer a morte como um processo natural (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE (IAHPC), 2018).

Também têm como objetivo proporcionar apoio à família e aos cuidadores durante a doença do paciente e também no luto, valorizando e respeitando os valores culturais e crenças dos envolvidos. Além disso, há possibilidade dos CP serem aplicáveis em domicílio ou em instituições, do nível primário ao terciário (IAHPC, 2018). A abordagem ao paciente e à família deve ser feita por uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos e farmacêuticos, em atividades diretamente ligadas às necessidades biopsicossociais (WHO, 2018). Pressupõe-se a ação de uma equipe multiprofissional, já que a proposta consiste em cuidar do indivíduo em todos os aspectos: físico, mental, espiritual e social.

O cenário da pesquisa é a APS, geralmente o primeiro ponto de contato, oferecendo atendimento abrangente, acessível e baseado na comunidade, que pode atender de 80% a 90% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida. Na sua essência, a APS cuida das pessoas e não apenas trata doenças ou condições específicas. Esse setor oferece atenção integral o mais próximo possível do ambiente cotidiano dos indivíduos, famílias e comunidades. Isso inclui um espectro de serviços que vai desde a promoção da saúde (por exemplo, orientações para uma melhor alimentação) e prevenção (como vacinação e planejamento familiar) até o tratamento de doenças agudas e infecciosas, o controle de doenças crônicas, cuidados paliativos e reabilitação (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), 2019).

O cenário do Brasil aponta que o principal mecanismo para induzir a expansão da cobertura de atenção primária tem sido a consolidação da ESF. Por exemplo, em 2012, a

cobertura da ESF era de 59,4%. No ano seguinte, passou para 59,6%. Já em 2014, um ano após a criação do Programa *Mais Médicos*, esse índice saltou para 66,9%; e continuou crescendo até alcançar 70%, em 2017 (OPAS, 2019).

O marco mais importante da APS ocorreu por meio da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), influenciado por abordagens internas e externas de cuidados primários (PAIM, 2012). Em decorrência das suas potencialidades, o PSF passou a ser reconhecido como ESF pela sua capacidade de orientar a organização do sistema de saúde, buscar respostas para todas as necessidades de saúde da população e contribuir para a mudança do modelo assistencial vigente (MENDES, 2012).

Para isso, a ESF baseia-se em princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde. Os princípios da ESF vão ao encontro da filosofia dos CPs, cuidados esses que prezam a longitudinalidade, que garantem a continuidade da assistência e a possibilidade de atendimento domiciliar, vinculando o paciente e a família com a integralidade da assistência.

O MS, com a intenção de implementar políticas nas áreas de cuidados paliativos e de assistência aos pacientes com dor, instituiu, no âmbito do SUS, em 2002, o Programa Nacional de Assistência à Dor e CP, por meio da Portaria MS/GM nº 198, a qual foi revogada pela Portaria MS/GM nº 3.150/2006, que instituiu a Câmara Técnica em Controle da Dor e CP, e passou a responder pelas diretrizes nacionais sobre controle da dor e CP, pela estruturação de redes de atenção nesse âmbito e pela formação e qualificação de profissionais para atuação em controle da dor e CP, entre outros assuntos (BRASIL, 2012a).

Em relação à orientação para os profissionais que atuam na APS, o MS publicou manuais que norteiam o cuidado na atenção domiciliar, na prevenção e no controle de doenças crônicas. Nesses manuais, os cuidados paliativos aparecem como uma abordagem a ser trabalhada no contexto do domicílio, especialmente com adultos e idosos. Dentre os manuais destacam-se: Caderno sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa, Caderno da Atenção Domiciliar – Programa Melhor em Casa (BRASIL, 2006a ou 2006b, 2012^a, 2013).

Também em relação ao Brasil, o Atlas Global de Cuidados Paliativos, da OMS, classificou o país no nível 3A (em uma escala de 1 a 4) quanto ao desenvolvimento da área. Apesar de o país ter bons serviços, eles são oferecidos de maneira isolada (WHO, 2014). Em 31 de outubro de 2018, foi publicada a Resolução nº41, a qual normatiza que o SUS deve ofertar gratuitamente cuidados paliativos, como parte dos cuidados continuados incluídos no âmbito do SUS, em referência ao tratamento e cuidados destinados a toda pessoa acometida por uma doença que ameace a vida, podendo ser crônica ou aguda; como, por exemplo, as doenças neurodegenerativas e as demências: Alzheimer e Parkinson (BRASIL, 2018).

Há que se destacar que, somado ao fato da incipiência da temática no contexto brasileiro, a escolha por este tema emergiu da necessidade de discussão sobre os cuidados paliativos, sabendo que tal prática ainda não é amplamente efetivada pela saúde pública brasileira, e que a abordagem paliativa é uma das opções para os pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas. A fim de identificar as tendências na produção do conhecimento sobre o assunto, em 2018, consultou-se o Banco de Teses e Dissertações, do período de 2000 a 2017, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), utilizando a associação entre as palavras “atenção primária” e “cuidados paliativos”.

A questão que norteou o estudo: qual a tendência em teses e dissertações defendidas nos programas de Pós-Graduação em Enfermagem do Brasil acerca dos cuidados paliativos? foi buscada durante a análise dos estudos encontrados, realizando-se a leitura do título das produções, visando identificar os trabalhos conforme as hipóteses e objetivos investigados. Após, ocorreu à leitura dos resumos, resultando em um *corpus* de 51 produções. As percepções sobre cuidados paliativos encontrados foram referentes à qualidade e valorização da vida, e à importância da Atenção Primária.

A concepção de qualidade de vida como algo extremamente importante para paciente e família, encontra-se presente em todos os estudos selecionados, sendo o CPreconhecido como uma abordagem que melhora essa qualidade de vida. A família e o cuidador são elementos de extrema importância na prestação de cuidados de qualidade ao doente com necessidades de

CPs(SOUZA, 2016).

A importância da Atenção Primária está associada ao retorno da pessoa para casa diante da inexistência de tratamento curativo no hospital. No contexto domiciliar, a equipe de Atenção Primária seria responsável pelo suporte ao paciente e à família, de maneira a garantir o controle dos sintomas e a dignidade no processo de morte (LIMA, 2015).

Por fim, tomando como base dados revelados nos artigos pesquisados, observou-se a necessidade de formação de profissionais e criação de serviços de cuidados paliativos, pois o Brasil ainda não possui estrutura física e humana que atenda a demanda por estes cuidados, existindo uma verdadeira lacuna nos cuidados aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura.

No mês de junho de 2018, a busca dos artigos foi desenvolvida nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed e Scopus. Foram utilizados os descritores disponíveis Decs/Mesh: cuidados paliativos, *palliativecare*, atenção primária à saúde, *primaryhealthcare*, estratégia de saúde da família, combinados por meio do operador booleano AND. As estratégias de busca utilizadas para a seleção dos artigos foram, no PubMed e Scopus: *Palliativecare AND Primaryhealthcare*; na LILACS: Cuidados Paliativos AND Atenção Primária à Saúde. Foram incluídos artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola que contemplavam a temática CP na APS. Quanto ao período de tempo considerado durante o processo de seleção das produções, salienta-se que não houve recorte temporal, foram selecionados ao final 20 artigos que atendiam aos critérios de seleção propostos.

Para a análise dos artigos selecionados, foram propostas duas categorias temáticas: experiências de profissionais e a gestão dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde, e os desafios dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde. Preparar os profissionais e incorporar programas que integrem, de maneira articulada, os CPsna APS à rede de saúde contribuirá para a humanização e integralidade da assistência, visto que essa incorporação poderá ajudar a diminuir o abandono e o sofrimento dos pacientes e de suas famílias. A formação de recursos humanos em CP, incluindo o preparo emocional para lidar com esses

pacientes e seus familiares, e a continuidade da assistência ao paciente na transição do tratamento curativo para o paliativo são fatores que favorecem a humanização, a integralidade e a obtenção de respostas mais adequadas aos desafios éticos vividos pelas equipes no atendimento de pessoas cuja continuidade de vida se encontra ameaçada (SOUZA, 2015).

Considerando a recomendação da OMS para a ampliação do acesso a serviços de CP, é necessário desenvolver políticas públicas que estimulem a inserção das ações em CP de forma planejada, para atender às complexidades dessas condições e estimular o treinamento dos profissionais de saúde nessa área (WHO, 2014). Diante do cenário nacional, que sofre mudanças constantes em relação ao envelhecimento populacional e ao aumento da demanda de doenças crônicas, percebe-se o profissional da enfermagem como um importante recurso para a implantação e disseminação dos CP dentro do sistema de saúde.

Os profissionais de enfermagem representam 1,8 milhão dos trabalhadores da saúde, um contingente que corresponde a segunda maior classe profissional do Brasil. Internacionalmente, são reconhecidos por representarem o maior grupo de profissionais de saúde, e estão preparados 24 horas por dia para prestação dos cuidados, direta ou indiretamente, em todos os níveis de atenção à saúde (FIOCRUZ/COFEN, 2015). Os profissionais de enfermagem recebem formação focada na integralidade do ser, na prestação de cuidados holísticos e centrada na pessoa e na família. Enfermeiros desempenham papéis importantes nas equipes de CP, ou de forma independente nas consultas de enfermagem, avaliando os sintomas, gerenciando cuidados, mantendo a continuidade do cuidado dentro das redes de atenção à saúde, auxiliando famílias no luto e tantas outras atividades (SCHROEDER; LORENZ, 2018).

Ainda, justifica-se que a filosofia dos cuidados paliativos pode contribuir positivamente para a melhoria da qualidade de vida do portador de doença crônica; possibilita um olhar holístico, capaz de formar vínculos entre os profissionais envolvidos no cuidado e pacientes. Além disso, entende-se ser pertinente o desenvolvimento deste estudo considerando-se a aptidão desses profissionais para refletir sobre a realidade, contribuindo efetivamente para um cuidado de qualidade, possibilitando a atuação multiprofissional e o fortalecimento de espaços

para a educação permanente. Espera-se, com este estudo, trazer maior conhecimento sobre o tema abordado, com possibilidade de melhora no atendimento dos usuários que necessitam de cuidados paliativos, além de intervir na qualificação da equipe da ESF.

Dessa forma, o presente estudo tem como perguntas orientadoras: Qual é a formação dos profissionais da equipe multiprofissional de estratégia saúde da família para a atuação em cuidados paliativos? Como atua a equipe multiprofissional de saúde de uma estratégia saúde da família de um município do Sul do Brasil? Qual é o diagnóstico situacional da equipe da estratégia saúde da família em relação ao cuidado de pacientes e família em cuidados paliativos?

1.1 OBJETIVOS

- Realizar o diagnóstico situacional da equipe da estratégia saúde da família em relação ao cuidado de pacientes em cuidados paliativos.
- Intervir na qualificação da equipe multiprofissional de saúde de uma estratégia saúde da família de um município do Sul do Brasil para os cuidados paliativos, a partir de suas demandas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão de literatura aborda os seguintes eixos: Cuidados paliativos: aspectos históricos, conceituais e os princípios; cuidados paliativos na atenção primária à saúde e a prática multiprofissional dos cuidados paliativos. Essa revisão foi construída a partir da busca livre em bases de dados.

2.1 CUIDADOS PALIATIVOS: ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEITUAIS E PRINCÍPIOS

Na Idade Média, durante as Cruzadas, era comum achar *hospices* em monastérios, que abrigavam não somente os doentes, mas também os famintos, mulheres em trabalho de parto, pobres, órfãos e necessitados em geral. Essa forma de hospitalidade tinha como característica trazer alívio ao sofrimento e cuidado para os necessitados (Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2017). No século XVII, um jovem padre francês fundou a Ordem das Irmãs da Caridade, em Paris, e abriu várias casas para órfãos, pobres, doentes e moribundos. Em 1900, irmãs irlandesas fundaram o St. Josephs's Convent, em Londres, e começaram a visitar os doentes em suas casas (ANCP, 2018).

A partir de década de 1960, na Europa, ocorreu o crescimento de movimentos sociais em defesa dos direitos dos pacientes com reivindicações relacionadas ao direito à morte digna, configurando o chamado Movimento *Hospice* Moderno. Destaca-se, na Inglaterra, berço desse movimento, Cicely Saunders, que fundou o primeiro *hospicemoderno*, em 1967, o St. Christopher Hospice, instituição que segue atendendo pacientes com doenças ameaçadoras da vida. Esse movimento chegou aos Estados Unidos da América na década de 1970 e logo ocorreu sua disseminação (MATSUMOTO, 2012).

Na Inglaterra, os pacientes têm acesso gratuito aos CPs, cujos serviços são custeados pelo governo ou por doações. A medicina paliativa é reconhecida como especialidade médica. Nos Estados Unidos, o movimento cresceu, de um grupo de voluntários que se dedicava a pacientes que morriam isolados, para uma parte importante do sistema de saúde. Em

2005, mais de 1,2 milhão de pessoas e suas famílias receberam tratamento paliativo. Nos EUA, a medicina paliativa é uma especialidade médica reconhecida também (ANCP, 2017).

No Brasil, iniciativas isoladas e discussões a respeito dos cuidados paliativos são encontradas desde os anos 70. Contudo, foi nos anos 90 que começaram a aparecer os primeiros serviços organizados, ainda de forma experimental. Vale ressaltar o pioneirismo do Prof. Marco Túlio de Assis Figueiredo, que abriu os primeiros cursos e atendimentos com filosofia paliativista, na Escola Paulista de Medicina – UNIFESP/EPM. O Rio Grande do Sul foi o primeiro estado brasileiro a contar com um Serviço de Cuidados Paliativos. Em 1983, o Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, anexou um Serviço de Cuidados Paliativos ao seu “Serviço de Dor”, coordenado pela médica Miriam Marteleite. Três anos depois, teve início o Serviço de Dor e Cuidados Paliativos da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Ainda na década de 80, surgiram, em Florianópolis (1989) e no Rio de Janeiro (1989), unidades de Cuidados Paliativos (VIEIRA et al., 2017).

Outro serviço importante e pioneiro no Brasil é o do Instituto Nacional do Câncer (INCA), do Ministério da Saúde, que inaugurou em 1998 o Hospital Unidade IV, exclusivamente dedicado aos Cuidados Paliativos. Contudo, atendimentos a pacientes fora da possibilidade de cura acontecem desde 1986. Em dezembro de 2002, o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE/SP) inaugurou sua enfermaria de Cuidados Paliativos, comandada pela médica Maria Goretti Sales Maciel. Outro serviço pioneiro é o do Hospital do Servidor Público Municipal, comandado pela médica Dalva Yukie Matsumoto, que foi inaugurado em junho de 2004, com início do projeto em 2001 (ANCP, 2017).

No cenário atual, os dados de uma pesquisa da ANCP, em parceria com o HCMUSP, realizada entre 2016-2017, sobre serviços, equipes, participação em ensino e formação em CP no Brasil foram divulgados pelo Dr. Ricardo Tavares, no III Curso Internacional Avançado em Cuidados Paliativos do Instituto Paliar, ocorrido em agosto de 2019 (INSTITUTO PALIAR, 2019). O cenário encontrado foi o seguinte:

- Cerca de 121 serviços identificados;

- Mais da metade desses serviços iniciaram suas atividades há menos de 10 anos, em sua maioria são públicos e da modalidade assistencial consultiva;
- Quanto à faixa etária da população atendida, mais da metade (64%) são maiores de 18 anos;
- Cerca de 52% não têm dificuldade quanto ao acesso de opioides;
- Os serviços também são essencialmente compostos por médicos, seguidos de enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, esses dois últimos proporcionalmente em menos da metade do valor absoluto de médicos e enfermeiros;
- Em relação ao ensino, apesar de existirem mais de 300 escolas médicas no país, menos de 5% tem algum ensino de CP como disciplina;
- Em relação às pós-graduações *lato sensu*, existem oito cursos de aperfeiçoamento (com mais de 180 horas presenciais) e 26 cursos de especialização (mais de 360 horas presenciais);
- Desde 2013, há cerca de 12 programas de residência médica, com aproximadamente 100 residentes no total, e 2 programas de residência multiprofissional, desde 2014.

A partir do fortalecimento dos Cuidados Paliativos como um saber da área da saúde, na década de 1990, a OMS incluiu essa filosofia de cuidados como uma das suas recomendações. Assim, cria-se a definição de Cuidados Paliativos e seus princípios. O CP não se baseia em protocolos, mas sim em princípios. Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça à vida. Não se fala também em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, dessa forma afastando a ideia de “não ter mais nada a fazer”. Pela primeira vez, uma abordagem inclui a espiritualidade entre as dimensões do ser humano. A família é lembrada, portanto, assistida também após a morte do paciente, no período de luto (WHO, 2018).

Todos os pacientes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis, que ameacem a continuidade da vida, deveriam receber a abordagem dos Cuidados Paliativos,

desde o seu diagnóstico (WHO, 2018). É necessário proporcionar alívio da dor e outros sintomas angustiantes, afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal resgatando a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida, não pretendendo apressar ou adiar a morte. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais do atendimento ao paciente oferecendo um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver o mais ativamente possível até a morte e também oferecendo um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e seu próprio luto. Além de utilizar uma abordagem de equipe para atender às necessidades dos pacientes e de suas famílias, incluindo aconselhamento sobre luto, se indicada.

Trazer melhorias para a qualidade de vida também pode influenciar positivamente no curso da doença. Com uma abordagem holística, observando-se o paciente como um ser biográfico, mais que um ser simplesmente biológico, pode-se, respeitando seus desejos e necessidades, melhorar sim o curso da doença e, segundo a experiência de vários serviços de Cuidados Paliativos, também prolongar sua sobrevida. Vivendo com qualidade, ou seja, sendo respeitado, tendo seus sintomas impecavelmente controlados, seus desejos e suas necessidades atendidas, podendo conviver com seus familiares, resgatando pendências, com certeza, os pacientes também viverão mais.

Em janeiro de 2019, o governador do Rio Grande do Sul instituiu a Política Estadual de Cuidados Paliativos, estabelecida pela Lei nº 15.277, de 31 de janeiro de 2019. Por meio dessa lei, foi instituída a Política Estadual de Cuidados Paliativos, visando à atenção integral da saúde das pessoas com doenças ameaçadoras à vida. A Política Estadual de Cuidados Paliativos tem como princípios reafirmar a vida e a morte como processos naturais, a melhoria da qualidade de vida das pessoas e seus familiares, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. A organização dos serviços, os fluxos, as rotinas e a formação dos profissionais de saúde serão aqueles preconizados pelos gestores do SUS brasileiro (RIO GRANDE DO SUL, 2019).

Um dos grandes desafios para a integração do CP em todos os níveis de atenção em saúde é a identificação de pacientes que podem se beneficiar dessa abordagem. Por falta de conhecimento adequado, muitos profissionais ainda vinculam cuidados paliativos a cuidados de final de vida, marcadamente, para pacientes com câncer. Nesse sentido, em 2010, com a liderança da Dra. Kristy Boid e Dr. Scott Murray, em Edimburgo, na Escócia, foi desenvolvida uma ferramenta para auxílio na identificação de pacientes que podem precisar de cuidados paliativos. O *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* (SPICT™) é um instrumento simples, baseado em indicadores clínicos de doença avançada, de fácil reconhecimento. Ele permite orientação prática sobre quais pacientes estão em risco de deterioração e descreve mudanças no estado de saúde e necessidades. Isso auxilia os profissionais de saúde, que trabalham tanto na atenção primária quanto em hospitais, a reconhecerem paciente que pode se beneficiar dos cuidados paliativos e do apoio no planejamento de cuidado (HIGHET et al., 2013).

Outro instrumento utilizado, o NECPAL CCOMS-ICO© surge como um instrumento que propõe parâmetros úteis para a identificação dos pacientes com doença crônica avançada de prognóstico de vida limitado, em qualquer tipo de instituição de saúde, e constitui a primeira medida para a gestão do cuidado. Segundo os criadores do instrumento NECPAL CCOMS-ICO©, ele permite uma avaliação quantitativa, multifatorial, indicativa e não-dicotômica que combina avaliação de percepção subjetiva, demanda e necessidades percebidas de atenção paliativa, parâmetros de gravidade, aspectos evolutivos de progressão, síndromes geriátricas, aspectos emocionais, comorbidades, uso de recursos e indicadores específicos de algumas enfermidades. Além disso, oferece validade de conteúdo no que se refere à equivalência semântica, idiomática, vivencial e conceitual, estando adaptado à cultura espanhola e incorporou, como elementos conceituais centrais, os conceitos de gravidade e progressão, quando comparado ao PIG/GSF, que foi um dos instrumentos inspiradores para a criação do NECPAL CCOMS-ICO© (GÓMEZ-BATISTE et al., 2011).

2.2 CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

De acordo com a OMS (2017), os CP podem e devem ser realizados nos diversos níveis de atenção à saúde e são benéficos para os sistemas de saúde, pois podem reduzir as hospitalizações. Uma das metas propostas pela OMS aos sistemas de saúde no mundo é melhorar o acesso aos CP. Segundo dados da OMS, a cada ano, cerca de 40 milhões de pessoas necessitam de CP. Dentre essas, quase 39% são pessoas com doenças cardiovasculares, 34% com câncer, 10% com doenças pulmonares, 6% com HIV/AIDS e 5% com diabetes, todos em estágio avançado (WHO, 2017).

Em diversos países, a exemplo da Austrália, Canadá, Itália, Reino Unido e Polônia, a APS é considerada o nível de saúde mais apto a prestar e coordenar a assistência de cuidados paliativos (ANCP, 2018). Além disso, a APS tem a possibilidade de proporcionar ao usuário a permanência no seu domicílio com a companhia e apoio familiar além de assistência dos profissionais das unidades de saúde próximas ao seu domicílio (FLORIANI; SCHRAMM, 2008).

No Brasil, os poucos serviços de cuidados paliativos existentes geralmente estão ligados a hospitais de grande porte. A APS é responsável pelo acompanhamento dos usuários de todas as faixas etárias, do nascimento aos momentos finais, sendo um serviço que prioriza a continuidade e coordenação do cuidado (BRASIL, 2017). Esse nível corresponde à porta de entrada do usuário nos serviços de saúde, o primeiro nível de atenção à saúde (STARFIELD, 2002). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2017, incluiu os cuidados paliativos entre seus pilares de atuação, considerando a APS com vínculo e proximidade de território, cultura e fatores emocionais, apoiando o cuidado no domicílio, humanizado, próximo aos familiares e com estímulo à autonomia do usuário (BRASIL, 2017).

No dia 23 de novembro de 2018, foi publicada, no Diário Oficial da União, a Resolução nº41, de 31 de outubro de 2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2018).

A Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), aprovada e assinada por representantes das três instâncias (federal, estadual e municipal), pactua, oficialmente,

umameta para o SUS: oferecer cuidados paliativos de qualidade e baseados em evidências, seguindo a definição da OMS para toda a Rede de Atenção à Saúde. Os CPs deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde: atenção básica, atenção domiciliar, atenção ambulatorial, urgência e emergência e atenção hospitalar (BRASIL, 2018).

Os CPs deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Devem consistir na assistência promovida por uma equipe multiprofissional que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, da avaliação impecável e do tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. Deverá ser elegível para CPs toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico dessa condição (BRASIL, 2018).

Melo (2017) destaca a importância da assistência às pessoas que necessitam de CPs em todos os níveis, tanto na atenção primária quanto na secundária e na terciária; contudo, o nível primário merece destaque, considerando a inserção do indivíduo no seu território de origem e o tempo geralmente longo do curso das doenças crônicas que exigem cuidados de maneira longitudinal, cuidados esses que vão ao encontro dos objetivos da APS.

Os indivíduos com necessidade de CP inseridos na ESF, decorrentes principalmente de DCNT, como sequelas de acidentes vasculares encefálicos, câncer, síndromes demenciais, entre outras, dependem da estrutura da APS para atender às suas necessidades clínicas e sociais. É necessário desenvolver políticas públicas que estimulem a inserção das ações em CP de forma planejada para atender às complexidades dessas condições e estimular o treinamento dos profissionais de saúde nessa área, incluindo a difusão do tema na formação acadêmica (MARCUCCI, 2016).

A ESF é a principal representante da Atenção Primária no Brasil. Foi criada em 1994, a partir do Programa de Agentes Comunitários (PACS), com a intenção de reorganizar a assistência à saúde, em conformidade com os princípios do SUS (SOUZA et al., 2015). Tem-se como aliada da APS, pois possui a perspectiva de atuação em território determinado,

que abrange usuários e familiares nos domicílios, oportunizando a observação dos condicionantes e determinantes de saúde e a estrutura e dinâmica familiar que influenciam no cuidado paliativo (PESSALACIA; ZOBOLI; RIBEIRO, 2016).

O principal foco dos CPs para os profissionais da APS deve ser manter o usuário confortavelmente em seu lar, melhoria da qualidade de vida, prevenção de complicações e melhoria da comunicação entre o paciente, a família e os diversos níveis de assistência (PAWLOW; DOHERTY, 2016).

Qualificar os profissionais que atuam na APS – considerada a porta de entrada preferencial no sistema de saúde – possibilitará ofertar assistência de CPs, no intuito de evitar o deslocamento aos níveis secundários e terciários, nos casos em que a APS pode ser resolutive, minimizando a longa permanência hospitalar e os inúmeros procedimentos com baixa eficácia para “estabilizar a doença” (BARRIOSO, 2017).

Ofertar os CPs na APS requer adquirir, desenvolver e aprimorar habilidades, dentre as quais o alívio do sofrimento, tanto físico e emocional, como o espiritual, a partir da realização de uma avaliação completa e focada nos sintomas e em estratégias de promoção do conforto (WHEELER, 2016). Os sintomas dependem de qual doença está em progressão, mas de modo geral incluem dor, dispneia, fadiga, anorexia, náuseas, vômitos, constipação, depressão, xerostomia e distúrbio do sono, que podem ser amenizados com ações da APS, desde que disponha de recursos humanos e materiais (BARRIOSO, 2017).

A busca por conhecimentos e a construção de competências para a assistência a essas pessoas por parte dos profissionais e a disponibilidade de recursos são fundamentais para a mobilização de técnicas e formas de abordar certos assuntos, pois, sem conhecimento e habilidades, o profissional poderá causar fatores de estresse ao usuário e à família (SOUSA; ALVES, 2015). O contato com essa assistência sem qualificação específica e suporte emocional adequado pode fragilizar o cuidado a ser prestado e, com isso, prejudicar sua qualidade (POWAZKI et al., 2013).

2.3 A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS

O CP implica, principalmente, a relação interpessoal entre as pessoas que cuidam e as que são cuidadas, sendo as intervenções técnicas secundárias à relação que se estabelece entre a equipe multiprofissional e os pacientes. O paciente em CPs deve ser assistido integralmente, e isso requer complementação de saberes, partilha de responsabilidades, em que demandas diferenciadas se resolvem em conjunto (WHO, 2017).

A equipe mínima de CPs é composta por um médico, um enfermeiro, um psicólogo, um assistente social e pelo menos um profissional da área da reabilitação a ser definido conforme a necessidade do paciente (WHO, 2017). Dito isso, pressupõe-se a ação de uma equipe multiprofissional, já que a proposta consiste em cuidar do indivíduo em todos os aspectos: físico, mental, espiritual e social.

Para o trabalho em CPs, os profissionais de saúde necessitam de uma formação acadêmica que abranja essa temática (GUIMARÃES et al., 2016). Nenhuma ciência ou especialidade separadamente consegue abranger a complexidade da existência humana, por isso a necessidade de uma equipe multiprofissional para lidar com todas as dimensões e formas de cuidar, buscando a redução do sofrimento e da dor e, conseqüentemente, a qualidade de vida do sujeito e de seus familiares (MACIEIRA; PALMA, 2011).

Assim, tendo em vista todos os aspectos relevantes para o cuidado paliativo, e que ele depende de uma abordagem multiprofissional para produzir uma assistência harmônica e convergente ao indivíduo sem possibilidades de cura e a sua família, os integrantes da equipe multiprofissional necessitam ter, como meta, uma opção de tratamento adequado para esse paciente. Nesse sentido, torna-se primordial o resgate da humanização do processo de morrer, ou seja, a morte vista como parte de um processo da vida (OLIVEIRA; SILVA, 2010).

A equipe de saúde voltada para os CPs não irá lidar apenas com o doente fora de possibilidades terapêuticas e sua doença, seus cuidados atrelam-se também às relações familiares no processo do luto, após o óbito do doente. A filosofia dos CPs pode melhorar a qualidade de vida do paciente e de sua família, que têm a possibilidade de se sentirem mais seguros para enfrentar a dor e o sofrimento com integridade no decorrer da doença até a

morte (FRATEZZI; GUTIERREZ, 2011).

Historicamente, há profissionais de saúde que aprenderam a salvar vidas e agir de forma curativa. Infelizmente, não são capacitados suficientemente para atuar com racionalidade terapêutica no controle de sintomas e para considerar a decisão do paciente. Essa falta de conhecimento técnico-científico acerca de terapêuticas para doentes fora da possibilidade de cura leva ao equívoco no tratamento, além de prejudicar a qualidade de vida e a autonomia do paciente (ARAÚJO; SILVA, 2012).

Para que o trabalho em equipe aconteça, é necessário que haja colaboração entre seus membros, que exista troca entre os diferentes saberes e a complementaridade nas atividades, conforme relatado pelos participantes deste estudo. Pressupõe ainda relações que promovam a colaboração e a comunicação, a fim de contribuir para o desenvolvimento do trabalho, que sejam relações dialógicas e horizontalizadas (SILVA; MOREIRA, 2015). Essa colaboração multiprofissional caracteriza aspecto importante na realização de melhorias na qualidade da assistência oferecida aos pacientes em CPs (MORGAN; PULLON; MCKINLEY, 2015).

Portanto, é crucial a capacitação dos profissionais de saúde acerca dos CPs, a fim de que possam atender às necessidades do paciente e familiar. No que diz respeito às competências relacionadas à comunicação e cuidados paliativos, estas preferencialmente devem começar na graduação e estender-se durante toda prática clínica, pois muitas habilidades são apreendidas na experiência. A combinação dos conhecimentos e habilidades adquiridos ao longo de sua formação com as apreendidas através das experiências clínicas podem produzir resultados satisfatórios e permanentes (HILAIRE, 2013).

Além disso, observa-se que a enfermagem, enquanto profissão, tem por instrumento o cuidado, e, assim, um papel fundamental na assistência paliativa (FRANCO et al., 2017). Nesse sentido, o enfermeiro torna-se um elemento de suma importância para a execução dos CPs, ao identificar as necessidades de cada paciente; descobrir os problemas para saná-los; apontar diagnósticos de enfermagem; planejar o cuidado; aplicar intervenções necessárias ao alívio dos sintomas; e inserir o paciente nas decisões sobre o planejamento do cuidado, concedendo-lhe assim autonomia e conforto (BARBOSA et al., 2019).

O enfermeiro possui, além de aptidões técnicas, empatia e sensibilidade para prestar uma assistência ética e humanizada, pautada nas reais necessidades do paciente em cada fase do tratamento, considerando dessa forma as suas individualidades, enxergando-o como protagonista no planejamento da assistência, preservando seu direito de escolha (BARBOSA et al., 2019). O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) define, no Capítulo II do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, os deveres destes profissionais:

Art. 48 - Prestar assistência de Enfermagem promovendo a qualidade de vida à pessoa e família no processo de nascer, viver, morrer e luto. Nos casos de doenças graves incuráveis e terminais, com risco iminente de morte, em consonância com a equipe multiprofissional, devem ser oferecidos todos os cuidados paliativos disponíveis, para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal (COFEN, 2017).

3 MÉTODO

O percurso metodológico para o desenvolvimento deste estudo compõe-se do desenho da pesquisa; da escolha do método (planejamento e elaboração); do cenário da pesquisa; dos participantes da pesquisa; da coleta de dados; da análise dos dados e dos aspectos éticos.

3.1 DESENHO DA PESQUISA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa do tipo pesquisa-ação. O estudo de natureza qualitativa apresenta-se com características específicas e preocupa-se com o nível de realidade que não pode ser quantificado, e sim compreendido em sua dimensão subjetiva. Esse tipo de investigação atua com um universo de significados, motivos, atitudes que correspondem a um espaço profundo das relações, dos processos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2014). Para tanto, acredita-se que essa abordagem metodológica permite realizar o diagnóstico situacional que a equipe de ESF vem enfrentando no cuidado de pacientes em CPs.

No que se refere à pesquisa-ação, segundo Thiollent (2011, p.16):

É um tipo de pesquisa social com base empírica, que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participante.

Então, entende-se que o pesquisador assume dois papéis: o de pesquisador, propriamente dito, e o de participante. Isso porque Thiollent (2011), na pesquisa-ação, enfatiza que os pesquisadores desempenham um papel ativo na realidade dos fatos observados, o que faz com que a pesquisa não seja apenas um levantamento de dados.

Para tanto, é necessário entender qual a diferença entre pesquisa-ação e pesquisa participante. Thiollent (2011, p.17) afirma que toda pesquisa-ação é do tipo participativo:

A participação das pessoas implicadas nos problemas investigados é absolutamente necessária. No entanto, tudo o que é chamado de pesquisa participante não é

pesquisa-ação. Isso porque pesquisa participante é, em alguns casos, um tipo de pesquisa baseado numa metodologia de observação participante na qual os pesquisadores estabelecem relações comunicativas com as pessoas ou grupos da situação investigada com o intuito de serem mais bem aceitos (THIOLLENT, 2011, p.17).

Em contraponto, na pesquisa-ação é necessário haver uma ação por meio das pessoas ou dos grupos implicados no problema, que estão sob observação (THIOLLENT, 2011). De acordo com Thiollent (2011, p. 17), “na pesquisa-ação os pesquisadores desempenham um papel ativo no equacionamento dos problemas encontrados, no acompanhamento e na avaliação das ações desencadeadas em função dos problemas”.

O planejamento de uma pesquisa-ação é flexível, não seguindo fases rigidamente ordenadas. Isso se deve ao fato de que, segundo Thiollent (2011), há um vaivém entre preocupações, que precisam ser adaptadas em função das circunstâncias e da dinâmica interna do grupo de pesquisadores em relação à situação investigada. Portanto, é necessário saber que há uma multiplicidade de caminhos para serem escolhidos em função das circunstâncias (THIOLLENT, 2011, p. 52).

3.2 PESQUISA-AÇÃO: A ESCOLHA DO MÉTODO

A enfermagem utiliza distintos métodos oriundos da pesquisa social para investigar fenômenos pertinentes à prática profissional. Nesse contexto, uma das estratégias de pesquisa é a pesquisa-ação, que tem sido empregada nos estudos desenvolvidos no campo da saúde, como uma proposta adequada ao método qualitativo, vislumbrando uma interação entre o pesquisador e o sujeito investigado. (GRITTEN; MARINELI; ZAGONEL, 2008).

A pesquisa-ação é, pois, um tipo de pesquisa aplicada no campo das Ciências Sociais, que abrange um processo simultâneo de investigação e ação, cuja intenção primordial é o conhecimento e a resolução do problema coletivo a partir dos fatos observados, culminando na transformação dos pesquisadores e dos participantes envolvidos no contexto social e no sítio do problema (THIOLLENT, 2011).

Um aspecto dessa modalidade de pesquisa é que a investigação geralmente decorre da

relação estabelecida entre um grupo de pesquisadores e um grupo de participantes da investigação, por meio de momentos de vivência e discussão, com a intenção de atingir dois objetivos: os práticos, por meio de levantamento de propostas de ação, a fim de solucionar o problema desencadeado; e os de conhecimento, proporcionando a ampliação de determinadas situações que seriam de difícil acesso pela metodologia convencional (THIOLLENT, 2011).

Na pesquisa-ação, além da participação dos atores sociais, existe uma forma de ação planejada, que pode assumir aspecto social, educacional, técnico ou outro, que nem sempre ocorre nas pesquisas do tipo participante (THIOLLENT, 2011). Porém, ambas pertencem ao tronco das ciências sociais e, portanto, podem ser vistas com a mesma origem metodológica, constituindo alternativa ao padrão de pesquisa convencional.

O caráter participativo é condição fundamental para a pesquisa-ação, pois demanda que os participantes envolvidos percebam a necessidade de mudança e exerçam papel ativo na construção. Como resultado desse tipo de pesquisa, tem-se sua capacidade de influenciar positivamente a prática dos participantes investigados no decorrer do estudo, com vistas a ser compartilhada com um público amplo, refletindo seu caráter social (THIOLLENT, 2011).

3.2.1 Planejamento e elaboração da Pesquisa-Ação

Na **fase exploratória**, o ponto de partida da pesquisa-ação representa a descoberta do campo empírico, no qual se situam os participantes da investigação e os problemas existentes. Nesse momento foi realizada a aproximação através de visitas na unidade e o contato com os profissionais, dos quais a pesquisadora identificou as expectativas em relação aos cuidados e problemas prioritários sobre os CPs, a partir de um diálogo com os profissionais participantes.

Na primeira etapa desta pesquisa, ocorreu a **definição do tema**, realizada a partir de um processo de discussão promovido entre pesquisadores e participantes. A reunião proporcionou a indicação, por parte da gestão municipal, do local de coleta de dados, escolha realizada pelo fato de ser uma Unidade de Saúde com recursos humanos completos e infraestrutura organizada. Após a indicação do local por parte da gestão, uma visita foi

realizada na unidade em questão para compartilhar os objetivos da pesquisa e firmar o acordo com os profissionais de saúde. Nesse primeiro contato com a equipe de saúde atuante no serviço, a pesquisadora iniciou o processo de conhecimento da realidade a ser estudada, a clientela atendida, as demandas e necessidades da equipe, e as dificuldades e potencialidades a serem exploradas.

Posteriormente, o processo de coleta de dados foi iniciado. A primeira etapa ocorreu através de entrevistas individuais, seguidas de grupos coletivos. O passo subsequente consistiu na elaboração de um **plano de ação**, por meio do qual pesquisadores e participantes indicaram o que precisava ser realizado ou transformado para solucionar o problema investigado. O plano de ação foi pensado e planejado de forma compartilhada, a fim de alcançar as demandas e objetivos da pesquisa e dos participantes. A partir disso, formulou-se a intervenção educativa.

Assim, a metodologia da pesquisa-ação proposta nesta pesquisa contribuiu para potencializar resultados de pesquisas nas quais os participantes envolvidos fazem parte do contexto coletivo dos problemas evidenciados, capazes, com a utilização desse método, de explorar, agir, avaliar e, conseqüentemente, transformar o contexto do grupo de participantes, contribuindo para a conscientização coletiva no processo de mudança. A proposta da pesquisa-ação vai ao encontro dos objetivos propostos na pesquisa, conferindo ainda mais possibilidades para os CPsna atenção primária à saúde.

3.3 CENÁRIO DA PESQUISA

Para a seleção do local da pesquisa, inicialmente buscou-se a Secretaria de Saúde do Município. Após esse contato, definiu-se, por indicação da gestão municipal de saúde, a realização do estudo na ESF Urlândia. Essa indicação se deu pela unidade ter o quadro de funcionários completos e infraestrutura organizada.

A ESF selecionada para esse estudo localiza-se na área urbana, composta por duas equipes delimitadas no território, caracterizadas como equipe 19 e 20, abrangendo um total de

aproximadamente 9.000 usuários. As equipes são formadas pelos seguintes trabalhadores: dois médicos, duas enfermeiras, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, dois técnicos de enfermagem e onze agentes comunitários de saúde.

Os trabalhadores possuem regime de trabalho de 40 horas semanais. No território dessa ESF, são contempladas um total de onze micro áreas com cobertura de Agente Comunitário de Saúde (ACS); a ESF existe há aproximadamente dez anos, e há quatro anos foi realizado concurso público para efetivação dos trabalhadores, existindo anteriormente uma grande rotatividade de profissionais temporários, inclusive no cargo de ACS.

As demais características epidemiológicas do cenário serão apresentadas no diagnóstico situacional.

3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Na seleção dos participantes, levaram-se em consideração os critérios considerados para a inclusão no estudo: trabalhadores da saúde e atuantes há pelo menos seis meses no contexto do trabalho; e, como critérios de exclusão, definiu-se: trabalhadores que estivessem afastados do trabalho no período da produção de dados. Foram contemplados 17 participantes do estudo, os quais compõem a equipe de ESF, atuantes nesse cenário da pesquisa, sendo um profissional excluído por estar em laudo médico.

Dentre esses, incluíram-se as categorias profissionais: dois médicos, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, dez agentes comunitários de saúde e uma dentista.

3.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais semiestruturadas e realização de Grupo Focal (GF).

3.5.1 Entrevista semiestruturada

As entrevistas foram realizadas de forma individual pela pesquisadora, sendo acordado com os participantes o horário para a sua realização. As entrevistas ocorreram em uma sala reservada dentro da unidade e gravadas com auxílio de um gravador digital. O período de realização das entrevistas foi entre os meses de março e abril de 2018, com a duração média de quarenta minutos. Após, foram transcritas pela pesquisadora e bolsistas, gerando um banco de dados, e analisadas pela pesquisadora e orientadoras.

3.5.2 A técnica de grupo focal

Para a operacionalização da técnica, inicialmente foi realizada a preparação do encontro a partir de um roteiro com um guia de temas, o qual norteou e sistematizou as questões e os objetivos de cada GF. O roteiro (APÊNDICE D) foi utilizado com flexibilidade, de forma a garantir que, ao longo dos encontros, se necessário, houvesse a possibilidade de realizar ajustes, sem desconsiderar os objetivos da pesquisa (GATTI, 2005). Para cada encontro, foram organizados os materiais para as dinâmicas, os gravadores, além de lanches para serem degustados pelos participantes. O próprio ambiente do encontro também foi organizado, de modo a garantir que os participantes pudessem se sentir confortáveis e seguros para expor suas percepções.

Os encontros contaram com a participação de uma moderadora (mestranda pesquisadora deste estudo) e um observador (aluno da graduação, com auxílio de um mestre da UFSM). No GF, coube à moderadora introduzir a temática, facilitar as discussões, introduzir questões para aprofundar o assunto, realizar intervenções para promover as trocas com o grupo, manter e/ou retomar o foco das discussões, criar condições para os participantes explicitarem pontos de vista e analisarem a problemática do estudo, encorajando depoimentos e assegurando que todos pudessem se expressar; ela também elaborou sínteses, confirmou informações e propôs novas questões (GATTI, 2005; RESSEL et al., 2008).

Quanto ao observador, ele auxiliou na organização e na condução dos encontros, controlou o tempo e monitorou os gravadores; também realizou as anotações de campo, de tudo o que não foi dito pelos participantes, mas observado e captado durante a produção dos dados. Foi solicitada a gravação das falas em gravador, enfatizando que haveria o anonimato na identificação dos participantes para que pudessem se sentir seguros ao expressar suas opiniões.

No que se refere à duração dos encontros, estes duraram em média 1h30min e ocorreram no salão da igreja localizada ao lado da unidade de ESF. Nesta pesquisa, foi utilizado o guia de avaliação, aplicado ao final da última sessão, com o intuito de identificar como foi a condução do GF na perspectiva dos participantes. Esse instrumento foi composto de questões relacionadas ao local e horário, operacionalização (objetivos, guia de temas, condução da discussão participativa e síntese), papel do moderador e dos observadores. A análise dos resultados apontou a adequação do GF (APÊNDICE E).

Os dados foram redigidos em documento do *Word*, após sua transcrição. Assim, descreve-se como foram realizados os três encontros dos grupos focais com os profissionais do ESF:

<p>Primeiro encontro - GF 30/05/2018</p>	<p>Foi realizado no salão da igreja localizada ao lado da unidade de ESF, com duração de 1 hora e 45 minutos e contou com a participação de 15 trabalhadores. Iniciou-se apresentando para o grupo os objetivos propostos para o encontro, ressaltando a metodologia e que, nesse encontro, seriam discutidos aspectos relacionados ao conceito de cuidados paliativos e identificação dos saberes dos profissionais acerca dos cuidados paliativos.</p> <p>Foi exposto o objetivo da dinâmica, de construir coletivamente o conceito de cuidado paliativo e realizado os esclarecimentos quanto à operacionalização do grupo e o papel da moderadora e do observador. Foi utilizada a dinâmica <i>brainstorming</i> para promover a discussão acerca do tema foco. Na dinâmica, os participantes foram convidados a expressar, com o menor número de palavras, a sua concepção sobre a expressão “cuidados paliativos”.</p> <p>A partir da dinâmica desenvolvida, realizou-se a construção de uma “nuvem de ideias”, correlacionando todos os conceitos provenientes dos participantes do grupo. Assim, os trabalhadores buscaram suas experiências do cotidiano laboral, com trocas e debates entre eles, trouxeram exemplos e elementos das situações vivenciadas. Para a finalização do encontro, foi solicitado que os trabalhadores descrevessem, no desenho dos seus pés, um compromisso que fariam por eles mesmos, seja no âmbito do trabalho ou da vida pessoal. Após a leitura, realizou-se a “dinâmica dos balões” para a finalização do encontro. Dentro deles, haviam palavras de motivação, tais como: troca, diálogo, prazer, valorização, apoio, amizade, tolerância, motivação, confiança, criatividade. Com auxílio de músicas escolhidas</p>
--	--

	<p>de forma involuntária, os participantes ergueram os balões para o alto, após o final da música, e estouraram os balões; cada trabalhador retirou uma palavra e relatou o que significava para si. No decorrer do encontro, conversou-se sobre o objetivo da dinâmica e, posteriormente, foi realizada a avaliação, de forma verbal, do encontro grupal.</p>
<p>Segundo encontro - GF 13/06/2018</p>	<p>Segundo Grupo (13/06/2018): Foi realizado no salão da igreja localizada ao lado da unidade de ESF, com duração de 1 hora e 15 minutos. Nesse encontro, houve a participação de 15 trabalhadores. Foi realizado um resgate acerca do que foi discutido no primeiro encontro, para validação dos dados obtidos, questionando aos participantes se eles concordavam com o que emergiu. Após esse momento, os trabalhadores foram provocados a realizar uma reflexão acerca das facilidades e dificuldades em ser realizado o cuidado paliativo na atenção primária à saúde e, posteriormente, após conhecimento prévio dos participantes, foi realizada uma conceituação teórica desses dispositivos. A partir disso, solicitou-se aos trabalhadores para observarem cartazes distribuídos nas paredes do salão, com figuras representativas acerca das falas dos trabalhadores e frases. Assim, foi solicitado aos participantes da pesquisa para dividirem-se em grupos, com o intuito de estimular os trabalhadores a descrever estratégias para o enfrentamento dessas adversidades. Nesse segmento, o objetivo do encontro contribuiu para uma gestão coletiva de situações do cotidiano do trabalho. Ao final da atividade em grupo, foi solicitado aos participantes o que poderia ser desencadeado, de forma prática, para serem efetivadas melhorias no contexto do trabalho.</p>
<p>Terceiro encontro - GF 27/06/2018</p>	<p>- Terceiro Grupo (27/06/2018): Foi realizado no salão da igreja localizada ao lado da unidade de ESF, com duração de 1 hora e 20 minutos. Nesse encontro, houve a participação de 17 trabalhadores dentre os participantes da pesquisa. Assim, foram retomados alguns aspectos e objetivos do encontro, foi solicitado aos trabalhadores que desligassem os celulares, que evitassem conversas paralelas e que falassem um de cada vez. Ainda, foi apresentado o auxiliar de pesquisa, bem como o seu papel no grupo. Foi realizada a pactuação do horário com os participantes. Após esse momento inicial, neste terceiro encontro foi realizado um resgate acerca do que foi discutido no segundo encontro, para validação dos dados obtidos, questionando-se aos participantes se concordavam com o que emergiu. Ressalta-se que os grupos focais foram gravados após a autorização dos participantes, assim como as entrevistas. Os dados foram redigidos em documento do <i>Word</i>, após sua transcrição. Após a finalização da coleta de dados por meio dos grupos focais, no dia 04/07/2018 a pesquisadora retornou ao cenário em questão para aplicar um instrumento de avaliação dos grupos. Também foi acordado com os trabalhadores o retorno da pesquisadora após a análise dos dados, para a aplicação do plano de ação correspondente à metodologia da pesquisa. O dia de retorno foi acordado a partir da disponibilidade dos trabalhadores e dentro das conformidades da rotina da Unidade de Saúde. Em setembro de 2018, realizou-se contato prévio com os trabalhadores e, então, eles disponibilizaram duas datas no mês de outubro, 24 e 31, para a pesquisadora retornar com as informações solicitadas e a organização final da proposta de formação.</p>

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

O processo de análise dos dados provenientes das entrevistas e do grupo focal está sustentado pelo método de Análise de Conteúdo de Bardin (2016), que considera, essencialmente, as falas dos participantes. A autora define esse método como:

Conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/percepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2016, p.48).

Escolheu-se esse tipo de tratamento dos dados considerando que permite a identificação, nos depoimentos dos profissionais, dos significados condizentes com a sua práxis sobre os cuidados paliativos no âmbito da atenção primária à saúde. Esse método de análise divide-se em três pólos cronológicos, a saber: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (BARDIN, 2016).

Na pré-análise, foram retomados os objetivos iniciais da pesquisa e elaborados os indicadores que orientaram a interpretação final dos resultados. Foi realizada uma leitura flutuante/sucinta de cada transcrição e do diário de campo. Após, seguiram-se as regras da exaustividade (esgotar a totalidade da comunicação), representatividade (amostra deve representar o universo), homogeneidade (dados obtidos por técnicas iguais e referindo-se ao mesmo tema), pertinência (os documentos precisam ser condizentes com os objetivos da pesquisa) e exclusividade (um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria). Posteriormente, iniciou-se o processo de marcação de palavras e/ou expressões que respondiam ao objeto do estudo.

A exploração do material foi embasada na operação de codificação, com a transformação dos dados brutos, a fim de alcançar o núcleo de compreensão do texto. Após, foi realizado o recorte do texto, de acordo com as unidades (registro e contexto), e foram elencadas as categorias e os temas que emergiram das falas das participantes sobre o objeto central deste estudo, através da utilização cromática no programa *Word*.

Na execução dessa operação, os fragmentos de interesse para a pesquisa foram reorganizados e agrupados, por perfil e semelhança, surgindo, assim, as modalidades de codificação para a análise, conforme os objetivos propostos. Por fim, foram realizados o tratamento e a interpretação dos resultados obtidos (BARDIN, 2016).

O tratamento e a interpretação dos resultados, a partir da análise de conteúdo, foram colocados em evidência, e as informações obtidas por meio da coleta de dados foram inseridas como subtemas e organizadas de acordo com cada uma. Após, ocorreu a releitura do material categorizado e a reflexão crítica sobre os resultados, a fim de embasar, comparar e discutir teoricamente os resultados da investigação, visando responder à questão de pesquisa.

A proposta de intervenção foi construída de forma coletiva, após o fim do trabalho com as equipes, a partir das demandas identificadas, alicerçada nos conceitos e princípios dos Cuidados Paliativos da Organização Mundial de Saúde. A etapa de socialização dos resultados da pesquisa à sociedade e ao meio científico ocorrerá a partir de uma reunião com o gestor, a equipe de saúde e a comunidade, em um mesmo momento, para a apresentação dos resultados obtidos e avaliação das atividades realizadas.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados os dispositivos legais da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que define as diretrizes e normas regulamentadoras das atividades de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b). O projeto foi registrado no Sistema de Informações para o Ensino, no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM e na Plataforma Brasil, após a aprovação do Núcleo de Educação Permanente (NEPES) da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria (ANEXO B) e da autorização institucional da Secretária de Saúde. Assim, a produção dos dados aconteceu com a obtenção do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da UFSM, CAAE: 80683617.5.0000.5346, número do parecer: 2.435.442.

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária e

informados sobre os cuidados éticos que envolvem a pesquisa, como anonimato, autonomia e, também, respeito ao uso e armazenamento do material produzido nas sessões. Quanto à autonomia, foi garantida pela voluntariedade dos profissionais na participação da pesquisa, podendo exercer o livre direito de escolha mesmo depois do aceite em participar e, assim, a qualquer momento, desistirda participação. Expondo os objetivos da pesquisa e respeitando o sigilo à identidade, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para os profissionais (APÊNDICE B) foi construído segundo o modelo indicado pelo CEP da UFSM. Foi apresentado em duas vias, ficando uma cópia para cada participante do estudo e outra para a pesquisadora. Por meio desse documento e do Termo de Confidencialidade dos dados (APÊNDICE C), buscou-se garantir o caráter confidencial e o anonimato.

Em conformidade com os princípios norteadores da justiça e da equidade, o acesso, o convite e a seleção dos profissionais aconteceram de modo a contemplar aqueles que expressaram disposição para participar e respeitar aqueles que não aceitaram o convite. Foi vetada qualquer forma de pagamento e/ou recebimento de quaisquer formas de gratificações em virtude de sua participação. A qualidade das respostas não acarretou prejuízos trabalhistas para os profissionais de saúde. As informações fornecidas pelos participantes tiveram sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os fragmentos de falas foram identificados nos resultados por meio da letra P (que inicia a palavra “profissional”), seguida pelo número correspondente à ordem da entrevista. As falas oriundas dos grupos foram identificadas por GF (Grupo Focal), as de entrevistas por ENT (entrevistas).

Os dados coletados utilizados para executar esta pesquisa – as anotações de campo e os materiais necessários para o desenvolvimento das sessões – foram guardados em um banco de dados, conjuntamente com os TCLEs, que serão mantidos por cinco anos na sala 1339 do Departamento de Enfermagem da UFSM, no CCS (prédio 26), no *Campus* da UFSM, núcleo de pesquisa do GEPES, cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob a guarda da pesquisadora responsável. Após esse período, os dados serão destruídos.

4 RESULTADOS

O presente capítulo apresenta a fase do diagnóstico situacional, construção das categorias, processo de construção coletiva da proposta educativa em cuidados paliativos e o seu processo avaliativo. Participaram da pesquisa 17 profissionais, com idade entre 30 e 60 anos, 16 do sexo feminino, o tempo médio de atuação na ESF variou entre um ano e quatro meses e 20 anos. Dentre esses profissionais, dez apresentam ensino médio completo, três apresentam ensino superior completo e pós-graduação, dois têm ensino superior incompleto e dois têm ensino fundamental completo.

Ao questionar se estes profissionais tiveram emprego anterior ao da ESF, os mesmos relataram já ter trabalhado em outras atividades diferenciadas do contexto atual, tais como: trabalho informal e autônomo, comércio, atendente de farmácia, auxiliar de serviços gerais, cuidador de crianças, professor.

4.1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

O diagnóstico situacional é observado de maneira geral, a fim de desvendar as expectativas e demandas dos profissionais estudados, bem como perceber o que poderia ser feito para trazer mudanças àquele cenário. O diagnóstico vem da coleta de dados (grupo focal, entrevistas e anotações de campo), com a finalidade de criação de um plano de ação.

No diagnóstico situacional, foram descobertas as expectativas dos participantes da pesquisa. Em relação aos CPs, evidenciaram-se as potencialidades e fragilidades/dificuldades enfrentadas pelos profissionais com a temática e as sugestões de prováveis ações a serem desenvolvidas.

A unidade de saúde da ESF contempla duas áreas adscritas (19 e 20), abrangendo aproximadamente 9.000 usuários. A ESF existe há, aproximadamente, 10 anos, sendo que há quatro anos foi realizado o concurso público para efetivação dos trabalhadores, existindo anteriormente uma grande rotatividade de profissionais temporários, inclusive no cargo de

ACS.

No período da realização da pesquisa, em média quatro usuários eram acompanhados pela equipe, sendo estes com diagnóstico de câncer terminal. Alguns foram a óbito, e atualmente em média dois pacientes são acompanhados.

A dinâmica de trabalho dos profissionais da ESF funciona com agendas, que são organizadas de acordo com a disponibilidade de consultórios, o horário de trabalho e a demanda de atividades, as quais são distribuídas em: acolhimento, consultas programadas, grupos educativo-operativos e reuniões de equipe. Os cuidados realizados pela equipe antes da aplicação do plano de ação consistiam em cuidados de enfermagem, visita médica e de enfermagem, curativo e cuidados técnicos.

Quanto à atuação dos profissionais da pesquisa, sobre terem experienciado empregos anteriores ao da ESF, eles relataram já ter trabalhado em outras atividades, tais como: trabalho informal e autônomo, comércio, atendente de farmácia, auxiliar de serviços gerais, cuidador de crianças e professor. Na atualidade, cinco trabalhadores relataram ter outro ofício fora do âmbito da ESF, para complementação de renda familiar.

Ainda na fase de diagnóstico situacional, formularam-se as seguintes categorias e subcategorias: 4.2 Cuidados paliativos: conceito, saberes e prática; 4.3 Obstáculos para implementação do cuidado paliativo na atenção primária à saúde; 4.3.1 O despreparo no gerenciamento dos cuidados paliativos; 4.3.2 Desvalorização do profissional como contraponto aos cuidados paliativos; e 4.4 Estratégias para o desenvolvimento dos cuidados paliativos na atenção primária.

4.2 CUIDADOS PALIATIVOS: CONCEITO, SABERES E PRÁTICA

Nesta categoria, foram destacadas informações sobre o conceito, saberes e práticas do CP na ótica dos participantes. Em sua totalidade, os participantes do estudo, ou seja, 17 (100%), afirmaram ter algum tipo de conhecimento sobre a temática. Assim, na perspectiva dos profissionais, o conhecimento sobre os CPs está representado no quebra-cabeça, construído no

grupo focal, conforme a Figura 1.

Figura 1 – Imagem confeccionada pelos profissionais, representativa do conhecimento dos cuidados paliativos. Santa Maria, RS, Brasil, 2018.



A Figura 1 retrata o conceito de cuidados paliativos, criado de forma coletiva pelos profissionais.

A partir dos relatos dos participantes da pesquisa, 09 (52,94%) manifestaram que os CPs incluem os cuidados com pacientes crônicos e com pacientes que enfrentam alguma doença sem perspectiva de cura, questões relacionadas ao trabalho em equipe, além do cuidado psicológico e espiritual com o paciente e com a família deste.

Todo paciente diagnosticado com alguma doença crônica ou que não tem cura pode ser um paciente em cuidados paliativos (P3-ENT).

Sei que os cuidados paliativos não são só sobre a terminalidade, mas em doenças que ameaçam a continuidade da vida. Antigamente só se falava em cuidados paliativos com os pacientes com câncer. Sei também que hoje em dia não é mais assim, e que vai muito além de dor e sofrimento. Também se fala muito sobre a importância da espiritualidade e outros tipos de terapia, não só medicações (P5-ENT).

O olhar dos cuidados paliativos vai além do físico. Abrange o psicológico e espiritual, vai além do paciente, chega na família e na sua rede de apoio. É um cuidado que não se faz sozinho, tem-se uma equipe de profissionais envolvidos que precisa estar preparada para combater além da dor e sofrimento físico. Os pacientes, família e equipe precisam entender que não se resume em cura, e sim, em qualidade de vida e morte (GF).

Independentemente de ser um cuidado para pacientes que estão no final de vida ou paciente que são diagnosticados com alguma doença crônica, a visão sobre o paciente precisa ser integral, e ninguém faz isso sozinho, é necessária uma equipe com vários profissionais que falam a mesma língua (GF).

Um percentual de 58,83% (10) dos entrevistados não tem experiência com pacientes em CP. Os relatos retratam que os profissionais atribuem aos CPs uma assistência aos pacientes que possuem uma doença crônica, em geral o câncer, sem cura e perspectivas de tratamento, geralmente acamados, hospitalizados, com o objetivo de controlar a dor e o sofrimento.

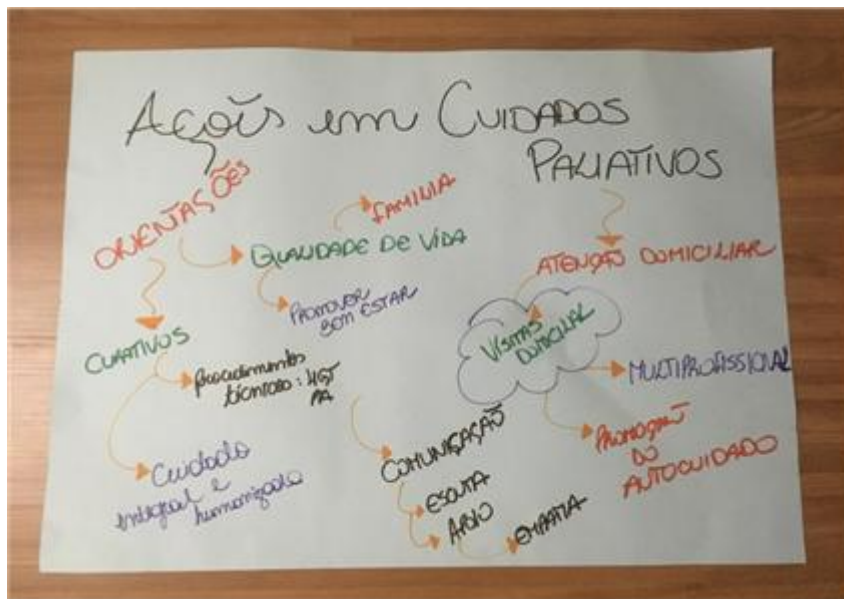
Quando alguém fala sobre cuidados paliativos, para mim parece que a pessoa tem uma doença que não tem cura, que não tem mais nada que se possa fazer, apenas controlar a dor e diminuir o sofrimento (P7-ENT).

Eu acho que os cuidados paliativos são utilizados na maioria com os pacientes que tem câncer avançado e principalmente os que estão internados no hospital (P8-ENT).

Eu acho que os cuidados paliativos são para os pacientes que estão acamados, que tem muita dor, que, por exemplo, tem câncer e não tem mais tratamento. (P10-ENT).

Nessa perspectiva, os profissionais realizaram a construção coletiva de um mapa conceitual que representasse suas ações em CPs, conforme ilustrado na Figura 2.

Figura 2 – Imagem confeccionada pelos profissionais sobre as ações em cuidados paliativos. Santa Maria, RS, Brasil, 2018.



A Figura 2 retrata as práticas paliativistas desempenhadas pelos profissionais atuantes no serviço.

A ação de orientar os pacientes e familiares sobre as questões relacionadas à qualidade de vida, alimentação e atividade física foi a mais citada pelos participantes, 12 (70,58%). Soma-se ainda o fato que, de acordo com os profissionais, as doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes mellitus são as mais frequentes na unidade pesquisada.

Pelo pouco que eu sei, eu acredito que orientações é o que eu mais faço no meu dia-dia, principalmente sobre a importância de mudança no estilo de vida, alimentação e atividade física rotineira (P2-ENT).

Eu tento ensinar a diminuir o uso do sal e açúcar, o consumo de embutidos, alimentos com muita gordura e estimular o consumo de frutas e verduras (GF).

Sempre nas minhas visitas tento estimular os pacientes a terem hábitos mais saudáveis, incluir caminhadas em suas rotinas e também ingressarem no grupo de fisioterapia que é ofertado na unidade (P15-ENT).

Há que se destacar, também, que houve menções de 07 (41,17%) participantes da pesquisa sobre o atendimento a domicílio aos pacientes como uma ação em CPs.

As visitas domiciliares são importantes ações no cuidado aos pacientes em cuidados paliativos, a proximidade entre o paciente e os profissionais trazem benefícios para a qualidade da atenção prestada (GF).

Como a gente vai na casa, acaba se tornando uma relação mais próxima com o paciente e a sua família, isso torna mais fácil na hora de colocar em prática os cuidados necessários para aquele paciente (P2-ENT).

A visita domiciliar é um instrumento e um diferencial importantíssimo que nós profissionais na APS temos em nossas mãos (GF).

Ainda, 11 profissionais (64,70%) fazem referência sobre as ações em CPs como sendo aquelas relacionadas ao cuidado oferecido de forma integral e humanizada pela equipe.

Um atendimento humanizado é aquele que considera a integralidade do tratamento e a qualidade do relacionamento que se desenvolve entre paciente, família e equipe. Já os cuidados paliativos vão de encontro com essa proposta, de trazer bem-estar para a vida e qualidade nos momentos finais (GF).

Quando penso em cuidados paliativos logo faço ligação com o cuidado humanizado, já que ambos fazem referência à qualidade de vida dos pacientes (P6-ENT).

Nos cuidados paliativos, onde não se busca a cura, o cuidado prestado deve estar voltado para o bem-estar do paciente, um ser humano, com suas particularidades, desejos, autonomia, ou seja, humanizado (GF).

Dois (11,76%) participantes da pesquisa mencionaram que as ações em CPs também incluem prescrever ou alterar medicação, estas presentes nos discursos médicos; realizar curativos, aferir pressão e glicemia – recorrentes entre os enfermeiros e técnicos de enfermagem – foram ações citadas por quatro participantes (23,52%). A realização de curativos foi citada por quatro participantes (23,52%) também como ação realizada pela equipe de enfermagem a fim de promover cuidado e bem-estar aos pacientes acometidos por lesões causadas por doenças crônicas.

Aqui na unidade temos uma demanda intensa de curativos em domicílio, primeiramente a lesão é avaliada pela enfermeira, em seguida é criado um plano de cuidado e é realizado o acompanhamento da ferida e do paciente (GF).

Como possuímos muitos pacientes com diabetes e hipertensão e esses possuem alto risco de desenvolver feridas crônicas, priorizamos esses pacientes nas visitas domiciliares, batemos muito na tecla da prevenção (P5-ENT).

Os pacientes adoram quando a equipe vai até sua casa, eles se sentem amparados, mesmo que seja para realizar procedimentos simples, como verificar hgt e aferir a pressão(GF).

Foi apontada também, entre as ações em CPs considerados pelos participantes, a comunicação clara e objetiva com os pacientes e a família.

A comunicação clara e objetiva é necessária para os cuidados paliativos, é uma maneira que temos para compreender e acolher as necessidades dos pacientes e suas famílias. Além da comunicação, a forma como escutamos é imprescindível para o paciente se sentir amparado(GF).

A comunicação que nós enfermeiros utilizamos com pacientes e suas famílias é importante para que se possa avaliar e conhecer melhor o paciente e suas necessidades, e assim possibilitar uma assistência terapêutica integral e humanizada (P4- ENT).

O enfermeiro através da comunicação efetiva torna-se capaz de ajudar os pacientes e a família a lidar com o processo de adoecimento (P3-ENT).

Apesar de ser falado na faculdade da importância de se comunicar bem com o paciente, ainda sinto muita falta desse conteúdo em sala de aula, na verdade eu aprendi e venho aprendendo com a prática, o dia- dia. Até já pensei em buscar algum curso que me dê mais embasamento, mas nunca fiz(GF).

Observa-se nas falas dos profissionais a importância que a comunicação clara e objetiva tem para o cuidado de pacientes e famílias atendidos na unidade. Apesar de reconhecerem a importância da comunicação, os profissionais também relatam a dificuldade de inseri-laem sua prática, devido à falta de orientações tanto durante a graduação quanto durante a atuação profissional.

4.3 OBSTÁCULOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Quanto aos aspectos relacionados aos obstáculos à implementação dos CPsna atenção primária à saúde, os profissionais identificaram fragilidades e desafios da equipe multiprofissional relativos ao despreparo no gerenciamento dos CPse à desvalorização do profissional.

4.3.1 O despreparo no gerenciamento dos Cuidados Paliativos

O despreparo dos profissionais da equipe de saúde para promover os CPs entre suas ações é considerado um dos entraves para o desenvolvimento de competências profissionais necessárias para o gerenciamento do cuidado. Pode-se incluir o conhecimento limitado dos profissionais e a falta de qualificação desses profissionais.

Esse despreparo percebido no campo da assistência foi mencionado nas falas de 12 (70,58%) participantes da pesquisa.

Eu não me sinto preparada para cuidar dos pacientes, ainda tem muitas incertezas do que pode ou não pode, então eu não tenho preparo e pouco conhecimento (GF)

A gente não tem protocolo para a assistência a esses pacientes (GF)

Para esse cuidado acontecer, primeiro precisamos qualificar a nossa assistência, buscar conhecimento, dominar e colocar em prática (GF)

Na minha época a graduação não abrangeu o cuidado paliativo dessa forma, o conhecimento que eu tenho no momento veio do meu interesse, da minha busca particular (P11-ENT).

A ausência de capacitações e treinamentos sobre os cuidados paliativos também foram mencionados pelos profissionais. A equipe destaca em suas falas a importância da gestão buscar profissionais capacitados que estejam disponíveis para compartilhar conhecimento a respeito do manejo com pacientes em CPs.

A equipe é bem aberta a capacitações e cursos, pena que a gestão não oferece nem estimula (GF)

Acredito que se a gestão disponibilizasse um curso ou capacitação sobre o assunto todos aqui da equipe estariam disponíveis para aprender e colocar em prática (GF)

Como profissional da área da saúde eu acredito que seja importante sempre estar se aperfeiçoando e aberto a novas modalidades de cuidado (P7-ENT).

O pouco conhecimento que eu tenho sobre cuidados paliativos eu busquei por conta própria, em leituras e pesquisas. Sei que atualmente está muito na mídia, não sei porque a instituição não estimula, já que sei que temos uma equipe de cuidados paliativos aqui perto, no HUSM. (GF)

Cabe pontuar também que, na perspectiva dos profissionais, os pacientes em cuidados paliativos necessitam de profissionais psicologicamente preparados para lidar com o sofrimento do paciente e de suas famílias. Nesse sentido, as falas de 06 (35,29%) participantes remetem que estes não se sentem preparados psicologicamente para atuar nos CPs, repercutindo como um dos obstáculos enfrentados pelos profissionais.

Muitas vezes eu me sinto frágil psicologicamente para cuidar de pacientes que estão acamados e com uma doença sem perspectiva de cura. Eu sinto que me faltam palavras para amparar aquela família, isso me frustra (GF).

O enfermeiro, antes de ser enfermeiro, precisa ser psicólogo. Eu vejo muito isso, os pacientes muitas vezes precisam de amparo psicológico e eu me sinto despreparada e acabo não conseguindo prestar o cuidado que ele necessita (P4-ENT).

Como profissional eu sempre penso que deveríamos sair da faculdade melhor preparados para enfrentar questões emocionais, é uma realidade que enfrentamos quase que diariamente e muitas vezes eu me sinto incapaz de ajudar, fraco para lidar com essa demanda cada vez mais frequente (GF).

Os profissionais destacam em suas falas a dificuldade de trabalhar com o sofrimento do próximo. Os relatos apontam as dificuldades psicológicas enfrentadas pelos próprios profissionais nos momentos em que deveriam ser apoio para os pacientes e sua família. Eles não se sentem preparados ou com embasamento suficiente para o cuidado emocional, o que pode gerar fragilidade para o paciente e frustração profissional.

4.3.2 Desvalorização do profissional como contraponto aos cuidados paliativos

Os depoimentos apontam para situações em que os profissionais não se sentem valorizados, por falta de ações educativas e de reconhecimento profissional, havendo desvalorização por parte dos gestores e acúmulo de atividades.

Assim, 09 (52,9 %) participantes apontam para a deficiência de atividades educativas ofertadas.

Acredito que quando ocorrem cursos para os profissionais, os mesmos precisam estar comprometidos de colocar em prática no dia-dia dos atendimentos, então eu acredito em capacitações que levem em consideração o que a unidade precisa, o

que o profissional está carente de conhecimento, por isso eu acho que a instituição precisa nos ouvir e saber do que precisamos, assim se constrói uma boa gestão (GF).

Eu sinto falta de momentos que promovam a educação entre os profissionais, momentos em que pudéssemos expor nossa demanda de trabalho e assim aprender soluções práticas para organizar o serviço (GF).

Poucas ações de capacitação, desde que estou aqui à única ação foi a da planificação (P2-ENT).

Entre as ações que são obstáculos à implementação dos CPs, está à desvalorização profissional e a falta de diálogo entre os gestores e os profissionais, situação evidenciada na fala de 05 (29,41%) profissionais:

Às vezes eu me sinto pouco valorizada, como se só contasse para os gestores o número de pacientes atendidos e não o que realmente é feito, a qualidade da nossa assistência (P3-ENT).

Acho que deveríamos ganhar incentivo monetário, acredito que a instituição deveria incentivar o profissional a buscar conhecimento que seja de interesse de todos (profissionais-pacientes e gestão) e assim poderia se garantir retorno para a unidade e todos sairiam ganhando nesse processo (GF).

Querendo ou não eu quero ser reconhecida por todo o conhecimento que eu tenho e sigo buscando, amo o que eu faço, mas eu também tenho contas para pagar e sonhos para conquistar (P6- ENT).

Os profissionais, em suas falas, trazem a questão da burocracia e a demanda de acúmulo de atividades como um empecilho para desenvolverem com mais qualidade os atendimentos aos pacientes, situação evidenciada na fala de 05 (29,41%) profissionais:

Somos entre duas enfermeiras aqui na unidade e é inacreditável a quantidade de tempo que 'perdemos' para dar conta de tantos papéis e ofícios que precisamos responder. Claro que precisamos notificar doenças e gerenciar a unidade, mas aí fica difícil dar conta de forma mais atenciosa dos pacientes (P7-ENT).

Temos muito trabalho burocrático aqui na unidade, por isso, faço questão de realizar minhas visitas domiciliares, é um momento que me dedico 100% ao paciente e a família, e assim, consigo dar conta das demandas daquela casa e assim considero que estou realizando um cuidado integral (GF).

Observa-se nas falas uma grande demanda no que concerne à gestão administrativo-gerencial e à gestão assistencial dos profissionais, especialmente da equipe de enfermagem. O

acúmulo de funções burocráticas é reconhecido pelos profissionais, porém eles referem que isso também dificulta a atenção integral ao paciente.

Assim, vislumbram, como proposta de intervenção a esses objetivos, o desenvolvimento de capacitações e maiores incentivos relacionados à prática educativa para essa unidade de saúde.

4.4 ESTRATÉGIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Nesta categoria são apresentadas as estratégias para o desenvolvimento dos CPs na atenção primária na perspectiva dos participantes da pesquisa. Dentre elas, destacaram-se: o atendimento domiciliar, a ênfase na prática da comunicação efetiva, a participação da família na prática dos cuidados paliativos e a inserção das práticas integrativas e complementares em saúde.

O grupo apontou estratégias possíveis que podem ser desenvolvidas e implementadas de forma imediata, como também fazalusão a estratégias de médio e longo prazo. Assim, entre os profissionais pesquisados, 07(41%) relataram a possibilidade do cuidado a domicílio como uma estratégia para a implementação dos CPs na atenção primária, conforme evidenciado nos relatos a seguir:

Aqui na unidade levamos com muita seriedade e dedicação as visitas domiciliares para pacientes acamados. Todos os profissionais organizam em sua rotina um tempo para ir até a casa dos pacientes em cuidados paliativos. Como enfermeira, sei da importância e da necessidade de me aproximar dos pacientes, de sua casa e rotina. Principalmente com os pacientes com doenças crônicas que necessitam de atenção em longo prazo. Depois de conhecer a rotina deles eu consigo estabelecer um plano de cuidado eficaz. (P4-ENT).

Não sei se é isso mesmo, mas eu, quando vou até o domicílio do paciente em cuidados paliativos e realizo meu atendimento fico com o sentimento que fui mais resolutivo, parece que o paciente e a família me ouvem mais e eu também escuto com mais atenção as demandas deles. A gente acaba transferindo para eles que não é apenas os profissionais que são responsáveis pelo cuidado, eles também precisam ser, eu sinto que tenho uma visão mais ampliada do paciente, não vejo só ele, vejo tudo e todos que compõe aquele ser humano(GF.)

A visita domiciliar possibilita a criação de vínculo, confiança e respeito, principalmente com a família de pacientes acamados, e isso facilita o cuidado

prestado, por isso tudo se torna mais resolutivo (GF.)

Aqui todo mundo faz visita domiciliar... as ACS, enfermeiras, as técnicas, médicos, até a equipe de saúde bucal faz (P13- ENT).

Sete participantes (41%) também resgatam em suas falas a importância da comunicação clara e objetiva com o paciente e sua família como estratégia para o desenvolvimento dos CPs.

Acho que saber se comunicar com clareza é importantíssimo, mas também é só com prática e dedicação que alcançamos essa qualidade. Eu vejo que muitas vezes os pacientes em cuidados paliativos saem da consulta médica e vão até minha sala conversar para tirar dúvidas e se sentirem mais calmos (GF).

Os profissionais só conhecem as reais necessidades do paciente em cuidados paliativos com diálogo, escuta e atenção. Eu sei que as vezes estamos cansados da própria rotina e acabamos realizando o cuidado no modo automático, mas também sei que o melhor caminho não é esse, a fala calma e atenta é sempre o melhor caminho, as coisas se tornam mais fáceis e ganham um sentido maior quando aprendemos a nos comunicar e principalmente ouvir (GF).

Diante dos depoimentos, os profissionais destacam a relevância da comunicação entre a equipe de saúde e o paciente em CPs, visto que a condição em que ele se encontra coloca-o em situações que, às vezes, são difíceis de compreender. A escuta ativa, na prática dos CPs, também foi considerada por cinco (29%) profissionais, conforme destacado a seguir:

Para nós profissionais a doença não é o problema maior, mas sim lidar com o doente que está em uma condição de irreversibilidade do seu quadro de saúde. Nessa condição o paciente se torna muito frágil e muitas vezes incompreendido, nesse processo o saber ouvir é fundamental para a gente ter um bom relacionamento como paciente, isso faz com que se sintam mais flexíveis para aceitar o tratamento e o nosso cuidado (P8-ENT).

A escuta é um domínio que precisamos levar para todos os campos da nossa vida, mas como profissionais da saúde mais ainda, confessa que tenho dificuldade nesse processo, mas também sei que falar na hora certa e ouvir sempre é essencial, e não só o paciente, sua família também tem muitas dúvidas e ansiedades (GF).

Nessa temática, também se explanou a respeito da inclusão da família nos CPs como possibilidade de fortalecimento dessa forma de cuidadora atenção primária à saúde, diante da fala de 09 participantes, (52%).

Ao cuidar de um paciente em cuidados paliativos a família também precisa de cuidados, com o diagnóstico de uma doença que não tem cura toda e estrutura familiar fica em desequilíbrio, situação que dificulta a atuação da equipe. Nós profissionais precisamos motivar a família para que se tornem responsáveis pelo paciente e que permanecem ao seu lado em todo processo (GF).

Muitas vezes a família não percebe, mas são eles os principais cuidadores e não nós profissionais. São eles que muitas vezes ficam 24h ao lado o paciente, conhecem quando estão com dor ou algum tipo de desconforto (P14-ENT).

Nós profissionais precisamos capacitar a família, ter uma boa relação com eles, para que eles se tornem parceiros do cuidado, muitas vezes a família tem medo de fazer ou falar algo errado, e nós precisamos incentivar e apoiar a família a se tornar junto com os pacientes protagonistas do cuidado (P16-ENT).

Observa-se a importância da inclusão da família nos CPs, pois todo o percurso da assistência paliativa deve ocorrer mediante a participação dos familiares. Os profissionais entrevistados reafirmam a importância de o cuidado de pacientes em CPs ser compartilhado com suas famílias.

Outra abordagem levantada pelos profissionais, a fim de contribuir para o atendimento de pacientes em CPs, está relacionada à utilização das práticas integrativas e complementares em saúde. Esse núcleo temático reflete o interesse dos profissionais pesquisados em inseri-las em sua prática em CPs alternativos de cuidado. Por exemplo, o uso da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), prática essa aprovada e incentivada pelo Ministério da Saúde, como relatado na fala de 11 (64%) profissionais. A seguir, identifica-se essa afirmação na fala dos profissionais entrevistados.

Os pacientes com doenças crônicas em cuidados paliativos geralmente sentem muita dor e desconforto, eu sempre fui uma entusiasta da medicina chinesa, até já fiz vários cursos como: homeopáticos, acupuntura e auriculoterapia e sempre quis incluir essa forma de cuidado nos atendimentos. Quando comecei a trabalhar aqui recebi apoio do resto dos profissionais e começamos a trabalhar não só com os remédios que também são importantes, mas incluir alguns chás e até a auriculoterapia, os médicos também começaram a incluir no atendimento deles, dessa forma nasceu nossa horta comunitária (P4-ENT).

Como profissional da saúde que diariamente precisa lidar com a dor do outro, eu acredito muito nos benefícios de se incluir novas alternativas de cuidado. Porém também sei que esses cuidados, infelizmente, ainda são pouco desenvolvidos (GF).

Os pacientes também sempre nos perguntam se podem tomar chá ou lavar alguma ferida, dessa forma acabamos incentivando também a seguirem suas próprias crenças, isso nos aproxima deles (GF).

Na unidade de saúde pesquisada, há cerca de três anos a equipe de saúde estruturou um projeto, a “horta comunitária”. Esse espaço foi estruturado pelos profissionais e a comunidade com a intenção de reunir e construir uma horta medicinal com plantas e ervas de uso comum, a fim de minimizar o uso de medicamentos sem prescrição médica.

A equipe aqui da unidade percebeu que os nossos pacientes faziam o uso de muitas medicações, eles eram viciados, a gente também sabia que muitos tinham plantinhas e chás em casa e nos perguntavam se podiam tomar e para o que servia. Então unimos o útil ao agradável. Dessa forma controlamos o uso das medicações e inserimos essa nova prática (GF).

Percebe-se pelas falas dos profissionais o interesse em novas modalidades de cuidado com o intuito de diminuir os sintomas causados por doenças crônicas ou mais complexas.

5 CONSTRUÇÃO E APLICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO EDUCATIVO EM CUIDADOS PALIATIVOS PARA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

O plano de ação educativo surgiu do interesse e da necessidade – verificados logo nos primeiros contatos com os interessados em participar da pesquisa – de criar oportunidades para debater sobre os cuidados paliativos. O roteiro das atividades discutidas foi pautado na análise do diagnóstico situacional realizado por meio das entrevistas e análise dos grupos.

A reunião de consenso dos temas a serem abordados nos encontros ocorreu no início de outubro, com a participação dos profissionais e da pesquisadora. Os temas selecionados a partir das demandas coletivas do serviço em questão foram:

História dos Cuidados Paliativos: Apresentou-se uma linha do tempo histórica, com os principais marcos conceituais a nível mundial e no Brasil.

Compreendendo os Cuidados Paliativos: Abordamos questões relacionadas às DCNT, conceitos e também acerca de DOR TOTAL segundo Cicely Saunders, princípios e objetivos segundo a OMS.

Cuidados paliativos na APS: As singularidades da APS, as possibilidades do cuidado nesse ambiente e o papel do profissional da APS.

Legislação dos Cuidados Paliativos: Aqui foram abordados os avanços da legislação em CPs no âmbito do Brasil e no Estado.

Controle de sintomas em cuidados paliativos: Apresentaram-se informações acerca dos principais sintomas que acometem os pacientes e tratamento não farmacológico.

Família e espiritualidade: Nesse item foram abordados os aspectos sociais familiares, as experiências dos cuidadores e estratégias para evitar o esgotamento da rede de apoio do paciente.

Ética e Bioética aplicada aos Cuidados Paliativos: Destacou-se a importância dos CPs e da prática do cuidado humanizado diante do processo de terminalidade ou compaixão fora de possibilidades terapêuticas de cura.

A rede municipal em cuidados paliativos: Apresentou-se sobre o trabalho desenvolvido pelos profissionais membros da equipe Matricial de Consultoria em CPs, criada em 2017 no HUSM.

Hipodermoclise: Foi apresentado 'O que é?', histórico, uso da via subcutânea e suas indicações, além das vantagens e desvantagens, contraindicações, sítios de punção, os medicamentos que podem ser feitos e suas respectivas técnicas.

Terapias Integrativas e Complementares no contexto dos cuidados paliativos: Apresentaram-se a respeito da PNPIC no SUS e os benefícios e potencialidades para serem utilizadas com pacientes em CPs.

Os encontros foram mediados por duas enfermeiras especialistas na temática, juntamente com a pesquisadora, e o material educativo utilizado foi produzido por elas e disponibilizado para o uso da equipe (APÊNDICE F). Os encontros tiveram duração de 4 horas e aconteceram nos dias 31 de outubro 2018, 07 de novembro 2018 e 14 de novembro de 2018 no turno da tarde, perfazendo um total de 12 horas. Os dias da semana foram escolhidos pelos participantes, pois nestes dias a unidade de saúde encontrava-se fechada para a população.

6 AVALIAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO EDUCATIVO EM CUIDADOS PALIATIVOS PELOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Há, de acordo com Thiollent (2008), um considerável interesse dos pesquisadores no que diz respeito à prática dos atores da situação que, juntos, desvelam as condições da ação. Quanto à realização da atividade, foram analisados: a divulgação, o local, o dia, horário e a duração da atividade. Com relação à divulgação da atividade, os dados indicaram que a divulgação, o dia e o local utilizados para o encontro foram adequados.

Com relação ao tema apresentado, foi pesquisado se ele era do interesse dos participantes, se possuía relação com o ideário da escola e se os participantes receberam informações que ajudaram seu crescimento pessoal e profissional. Os participantes questionados consideraram que o tema foi pertinente e estava relacionado com o ideário da unidade de saúde.

Com relação aos palestrantes, os participantes da formação destacaram que a dinâmica adotada, o domínio do assunto e a forma como o tema foi abordado foram adequados.

Os participantes pesquisados referem que a iniciativa da pesquisa para a atualização científica foi positiva, porque eles verificaram sua importância para o crescimento pessoal e profissional da equipe. Foi verbalizado pelos participantes da pesquisa que a educação permanente em serviço favorece uma aprendizagem diária e contínua, transformando e desenvolvendo seus conhecimentos através de suas falas.

A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais (P15).

A instituição deveria investir mais na educação de seus funcionários, visando uma melhoria nas ações da equipe, apesar das dificuldades de trabalhar com a educação continuada, por ser um processo lento. Contudo, observa-se resultados satisfatórios a longo prazo (P8).

Os cuidados realizados pela equipe antes da aplicação da ação consistiram em cuidados básicos. Após, seguindo o relato dos participantes, um rol de novas ações em cuidados paliativos fora e está sendo aplicado pela equipe.

Considera-se relevante adaptar a linguagem usada na comunicação com pacientes em

CP, familiares e cuidadores às suas características culturais e de compreensão; encaminhar o paciente em CP e familiares para outros profissionais da equipe, quando necessário; orientar o paciente em CP, seus familiares e cuidadores quanto ao acesso aos recursos sociais disponíveis, por exemplo, medicações de alto custo, direitos da seguridade social, conhecimento das redes de suporte disponíveis no sistema de saúde para os CPs, conhecimento sobre as principais escalas de cuidado.

Os participantes da pesquisa conseguiram compreender a proposta educativa com um olhar positivo, uma vez que relataram que aplicaram em sua prática profissional. O maior impacto foram as informações fornecidas, as capacitações realizadas, com maior conhecimento a respeito dos cuidados paliativos. A capacitação permanente aos profissionais da ESF visou qualificar os processos de trabalho de toda a equipe, mobilizando-a para um cuidado qualificado dos usuários da comunidade.

A sensibilização dos profissionais da ESF para um melhor desempenho na qualidade dos serviços ofertados para pacientes em CPs, a utilização de terapias integrativas e complementares para a continuidade dos cuidados e o maior entendimento dos profissionais acerca dos cuidados paliativos foram as principais transformações visualizadas no serviço.

6.1 AVALIAÇÕES DA PESQUISADORA

Não é possível fazer um planejamento prévio de todas as etapas de um processo participativo, de forma que a reflexão acabe permeando todas as suas fases como forma de conduzi-lo. É necessário que o pesquisador utilize métodos e técnicas bastante flexíveis, a fim de permitir uma adaptação às situações inesperadas que possam ocorrer no processo.

O grupo de profissionais escolhido facilitou o processo de obtenção de dados e aplicação da proposta e sempre se mostrou interessada e engajada na pesquisa, além de apresentar bastante afinidade entre si, facilitando o desenvolvimento da pesquisa, especialmente pelo fato de a pesquisadora não estar inserida na realidade local.

O nível de participação dos integrantes não é constante em todas as etapas do trabalho,

está sujeito a várias influências, tais como: objetivos e características do processo, interesses e motivações dos envolvidos e relações pessoais entre eles. O interesse inicial do grupo participante da pesquisa pelo tema foi fundamental para proporcionar seu engajamento. Sua articulação durante todas as etapas do trabalho, o apoio, tanto intelectual como logístico, e também a experiência prévia de trabalho em grupo nos ambientes profissionais de alguns integrantes foram de extrema importância.

Esta pesquisa teve como desafio desenvolver uma proposta de formação em cuidados paliativos para os profissionais da equipe de uma unidade de saúde. Para atender aos desafios dessa proposta, partiu-se do pressuposto de que era preciso apresentar aos profissionais situações que lhes permitissem a reflexão sobre o conteúdo em questão.

Essa hipótese foi estabelecida com base nas leituras de publicações de autores que discutem a metodologia da pesquisa-ação. Nesse modo de pesquisa, os partícipes tornam-se conhecedores de sua realidade ao participarem da produção do conhecimento, para que, ao se apropriarem desse conhecimento, partindo de sua história e da história de sua classe, aprendam a reescrevê-la (THIOLLENT, 2011). A intenção foi organizar um material contando com a participação dos profissionais para que, dessa forma, se apropriassem do conhecimento que estivesse sendo proposto e pudessem, a partir de suas realidades, auxiliar na elaboração do material.

Acredita-se, ainda, que a aplicação da pesquisa participante para elaboração dos encontros de formação demonstrou que a aplicação e utilização dessa metodologia em âmbito onde o processo de ensino e aprendizagem é constante, como uma unidade de saúde, é possível e viável. Desse modo, pode-se utilizá-la para a realização de outras pesquisas, em outras áreas do conhecimento. Além disso, demonstra-se que outras equipes de saúde, serviços e localidades podem elaborar suas propostas de formação com base nesse modo de pesquisa, uma vez que esse trabalho abre caminhos para novas abordagens.

Em alguns momentos foi necessário instigar o profissional a sair de sua zona de conforto, o que geralmente esbarra em dificuldades. Contudo, em contrapartida, a apropriação pelos sujeitos implicados no processo e o seu envolvimento, a criação de espaços inter e

intrainstitucionais e intersetoriais, o estabelecimento de novas relações e a ampliação do conhecimento acerca do objeto trabalhado constituem possibilidades efetivadas pelo emprego da pesquisa-ação, o que, possivelmente, gerará mudanças e possibilidades de interações para além do escopo e da duração da própria pesquisa realizada.

7 DISCUSSÃO

Esta pesquisa retratou a realidade situacional de uma equipe de saúde da atenção primária na assistência a pacientes em CPs, mostrando os obstáculos e potencialidades a serem trabalhadas para o desenvolvimento dos CPs em seus atendimentos.

Apesar disso, ao fim das discussões e ao final do trabalho, os profissionais da pesquisa relataram mudança de perspectiva em relação ao conceito atual. Nesse sentido, os CPs são cuidados holísticos, ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em sofrimento relacionado a sua saúde, proveniente de doença grave, progressiva e que ameaça a continuidade da vida. O objetivo dos CPs é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores (IAHPC, 2018).

Em relação à formação, como um dos desafios, é possível afirmar que muitos profissionais consideram-se despreparados para ofertar o cuidado paliativo. Existe uma carência de ensino acerca do tema, na qual a ausência de disciplinas que envolvam o CP nas instituições de ensino ocasiona falta de preparo para lidar com as demandas enfrentadas pelas equipes de saúde (MARKUS et al., 2017). Também foi observado, na análise, que a carência educacional sobre a temática em questão inicia na graduação, porém permeia a vida profissional dos pesquisados, sendo que a ausência de capacitações e treinamentos no serviço é uma realidade.

A necessidade de educação dos profissionais de saúde que atuam com esses pacientes é unânime, pois assim, independentemente do modelo a ser seguido, terão condições de desenvolver habilidades para reconhecer o paciente com necessidades de CPs e melhor cuidar-lo (BAKER; LUCE; BOSSLET, 2015; ASLAKSON; CURTIS; NELSON, 2014). Faz-se necessário, então, que os CPs sejam temas das discussões no processo de formação dos profissionais da área da saúde, para que possam compreendê-los na prática como parte integrante da vida (VICENSI, 2016).

Infelizmente, o compartilhamento de conhecimentos sobre CPs na formação universitária de profissionais de saúde ainda é insuficiente. O ensino existente é incipiente e

não prepara adequadamente os estudantes nessa perspectiva (GILLAN; RIET; JEONG, 2014). Porém, a utilização de metodologias ativas tem se tornado uma opção que demonstra ser promissora para o ensino desse conteúdo, uma vez que o desenvolvimento de habilidades e competências necessárias, incluindo comunicação e trabalho em equipe, demanda experiências práticas, que podem ser intencionalmente proporcionadas ao estudante por meio de casos clínicos em seu processo de ensino-aprendizagem (COBO, 2014; COSTA; POLES; SILVA, 2016).

Em relação às dificuldades decorrentes do âmbito psicológico, estas também são elementos que influenciam na assistência ofertada, pois os profissionais destacam a dificuldade de trabalhar com o sofrimento do paciente e sua família. Os relatos apontam as dificuldades psicológicas e o despreparo para trabalhar com o processo de adoecimento e eventual morte. A coleta de dados evidenciou a dificuldade de enfrentamento do processo de adoecimento e morte por parte dos profissionais pesquisados, manifestando que muitas vezes se sentem frustrados por não conseguirem apoiar a família nesse período. Além disso, a morte desperta nos profissionais sentimentos conflitantes, dúvidas e incertezas perante os cuidados prestados. Essa realidade gera sentimentos negativos e desgaste emocional e, ainda, o distanciamento da realidade pode ser estratégia adotada como mecanismo de defesa para enfrentar seu cotidiano de trabalho (PICANÇO; SADIGURSKY, 2014; SALIMENA et al., 2013).

Os trabalhadores da equipe multiprofissional pesquisados referem que são expostos cotidianamente ao sofrimento de seus pacientes, situação essa que tem o poder de ocasionar sensações de fracasso e frustração, que acabam desestimulando-os como profissionais. O controle dos sentimentos é um dos maiores desafios da equipe multiprofissional, isso porque lidar com a perda de paciente traz consigo uma alta carga emocional, composta por sensações como raiva, frustração, impotência, entre outras (MORAIS et al., 2018).

Os profissionais da saúde em CP devem estar preparados psicologicamente para orientar e apoiar o paciente e as famílias no enfrentamento desse sofrimento, pois pode ocorrer desgaste emocional e, conseqüentemente, o adoecimento psicológico do paciente e de

toda sua rede de apoio (VASQUES et al., 2014). Os profissionais da pesquisa referem que, para atuarem em momentos que demandam confrontar com o psicológico do paciente e de sua família, necessitam de preparo e apoio para conseguirem suprir essas necessidades sem causarem sofrimento e desgaste para eles próprios.

Além da demanda psicológica, o acúmulo de funções administrativas, gerenciais e assistenciais para os profissionais da APS pesquisada tornam-se um empecilho para o desenvolvimento de um cuidado integral e de qualidade. O acúmulo de atividades, a ausência de recursos humanos, físicos e materiais adequados acabam desfavorecendo o desenvolvimento do cuidado prestado, de acordo com as falas dos profissionais pesquisados. Sabe-se que o déficit estrutural encontrado em alguns serviços de saúde, além de limitar a atuação do profissional, também acaba transferindo para ele a responsabilidade pelo serviço defasado, ou seja, o paciente e seus familiares, não compreendendo a situação, passam a cobrar pelas falhas ocorridas nos atendimentos (MARKUS et al., 2017).

De acordo com os relatos dos profissionais entrevistados, a enfermagem é responsável por um conjunto de atividades, assistenciais e gerenciais; tal situação favorece o afastamento do profissional enfermeiro das suas atividades diretas com o paciente, em detrimento das pactuações e indicadores que também são responsabilidades desses profissionais. A demanda de trabalho da equipe da APS dificulta a realização de um trabalho mais próximo do paciente, o que interfere nas possibilidades de garantir o acesso à integralidade da atenção.

A sobrecarga de trabalho do enfermeiro e da equipe de enfermagem, o acúmulo de tarefas e o volume de atendimento nas unidades acarreta uma carga excessiva de trabalho, interferindo e distanciando-os da assistência à saúde direta ao paciente (MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2013; CAMELO et al., 2012).

Também, entre as ações que dificultam a implementação dos cuidados paliativos, está a desvalorização profissional por gestores ou até mesmo pelos pacientes. A falta de visibilidade e reconhecimento da profissão pela equipe de saúde e pelos pacientes pode comprometer a construção de vínculos, como também a efetivação do cuidado (AVILA et al., 2013).

Segundo os profissionais, além de aspectos relacionados à estrutura física, recursos humanos e de equipamentos, a valorização do trabalho é de fundamental importância para um trabalho de qualidade, implica em ações de políticas salariais, mas também o reconhecimento pelo trabalho realizado. A valorização do trabalho é importante para um trabalho satisfatório e deve contemplar os esforços, as dúvidas, as decepções, as angústias e os desânimos dos profissionais (SPRANDEL; VAGHETTI, 2012).

As falas dos profissionais entrevistados também apontam para a necessidade de criação de espaços de diálogo entre gestores e trabalhadores, pois a falta de diálogo agrava os entraves para a consolidação de CPs na APS. Portanto, promover a comunicação pode provocar uma série de debates em direção a mudanças que proporcionem melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o trabalho em CPs.

Dito isso, os profissionais resgatam em suas falas a importância da comunicação clara e objetiva com o paciente e sua família. Por meio dos depoimentos dos profissionais participantes do estudo, observa-se que eles consideram a comunicação com o paciente e seus familiares como uma ferramenta imprescindível para a promoção dos CPs. A comunicação realizada de forma adequada é considerada como um pilar fundamental para a implementação de tal prática. Trata-se de um suporte que o paciente pode empregar para expressar seus anseios. Para isso, precisa de um cuidado integral e humanizado, que só é possível quando o profissional recorre as suas habilidades de comunicação.

A comunicação é um processo de envolvimento que deve se constituir com o estabelecimento de vínculo entre o profissional e o paciente, de maneira verbal e não verbal. Logo, trata-se de um processo de atenção e de escuta ativa (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

A comunicação pode ser percebida como um método de trocas e de compreensão de mensagens, emitidas e recebidas, através das quais as pessoas percebem-se e partilham o significado de ideias, pensamentos e propósitos (MATSUMOTO, 2012). Dessa maneira, a comunicação proporciona uma assistência humanizada, visto que o emprego adequado desse recurso é medida terapêutica de suma relevância para pacientes que necessitam desses

cuidados, especialmente os que apresentam algum diagnóstico de doença incurável em progressão (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

Evidenciou-se que os profissionais consideram a comunicação como uma ferramenta indispensável no cuidado ao paciente, visto que, por meio dela, pode-se diminuir dúvidas, ansiedade, além de promover conforto e assim melhorar a qualidade da assistência prestada. Embora os profissionais da equipe considerem a comunicação um recurso terapêutico importante, muitas vezes encontram dificuldades em estabelecer um processo comunicativo eficaz, percebendo-se mal preparados neste aspecto. Alguns profissionais, apesar de reconhecerem a importância do emprego dessa técnica como recurso terapêutico, demonstram não estar preparados para atuar em situações que envolvam a comunicação com pacientes em processo de adoecimento ou morte (ARAÚJO; SILVA, 2007; PINTO et al., 2011; SANTANA et al., 2009).

Os trechos dos depoimentos dos participantes do estudo evidenciam a importância da comunicação tanto com o paciente em CP quanto com a família deste. Porém, para a realização desse processo de envolvimento, que é a comunicação de forma clara e objetiva, os profissionais devem constituir uma equipe de saúde corresponsável, compartilhando condutas e construindo planos de cuidados centrados no bem-estar do paciente e de seus familiares.

A família tende a sofrer não só pela possibilidade da perda iminente, mas também pela incapacidade de resolubilidade da situação (FERNANDES et al., 2013). Nesse sentido, o familiar também necessita ser assistido de forma a contemplar os aspectos físicos, psicológicos e espirituais, garantindo conforto por meio de acomodações adequadas, apoio no enfrentamento de seus medos e a permissão para expressar livremente seus credos e dogmas, facilitando, quando possível, a execução de rituais característicos da sua religião (COELHO; YANKASKAS, 2017).

Os depoimentos ainda trazem outra visão em relação aos familiares. Os profissionais, durante o convívio com o paciente e a família, percebem, muitas vezes, que estas consideram despreparadas para participar do processo de cuidar, acreditando e dando importância às ações da equipe multiprofissional de saúde. Muitas vezes, sentem-se amedrontados pela atual

condição do paciente. A conscientização da família sobre sua importância no cuidado em saúde, bem como a motivação para que ela permaneça ao lado do paciente durante o tratamento, consiste em uma das ações fundamentais para a qualidade da assistência (COELHO; YANKASKAS, 2017).

Quando um membro da família é acometido por uma doença, principalmente aquelas sem possibilidade de cura, os familiares reagem de diferentes formas. Porém, em quase todos os casos, a saúde de todos acaba por ser afetada, pois há uma interrupção em suas atividades normais e, muitas vezes, de alguns planos e expectativas, levando ao sentimento de frustração difícil de ser enfrentado (ALMEIDA; SALES; MARCON, 2014). Dito isso, os profissionais precisam assumir uma postura de apoio à família, com o objetivo de ajudá-la a compreender o processo de adoecimento de seu ente querido, facilitando também a reorganização familiar pós-diagnóstico da doença e assim contribuindo para a tomada de decisões em relação ao cuidado dos pacientes.

Os CPs podem ser realizados em diferentes contextos, domicílio, hospitais, clínicas. No contexto desta pesquisa, os CPs destacam-se em domicílio, sendo justificados pelos pressupostos da APS e seus serviços de saúde de cultivar o vínculo e a proximidade dos profissionais de saúde com as casas dos pacientes e suas famílias. É importante que os cuidados paliativos façam parte da linha de cuidado, que sejam incluídos em todos os níveis de atenção, em especial, na atenção básica (WHO, 2014).

Desse modo, o cuidado no fim da vida tem se tornado uma competência necessária para os serviços de atenção primária à saúde, principalmente pela proximidade que o cuidado na comunidade proporciona às equipes profissionais, aos pacientes e às famílias (MUNDAY; PETROVA; DALE, 2011).

Segundo os depoimentos extraídos da coleta de dados, os profissionais referem que a assistência em ambiente domiciliar com o apoio da família favorece a aplicação dos princípios de CPs, integra aspectos psicossociais e espirituais e dá suporte para que a família possa auxiliar nos cuidados à doença e trabalhar o luto e a perda. O envolvimento com a família inicia-se com as visitas domiciliares e, a partir desse momento, os profissionais

conhecem o ambiente, observam as reações de cada indivíduo e investigam as necessidades do paciente e da família. Assim, se veem em uma posição mais favorável para oferecer um cuidado que atenda às reais demandas da família.

Por meio do deslocamento até o domicílio, os profissionais de saúde executam ações estratégicas, como, por exemplo, a notificação de situações de violência, o afastamento de crianças da escola, a realização de curativos, a administração de medicamentos e as avaliações clínicas. De maneira geral, os profissionais conhecem o espaço onde as pessoas moram, seus hábitos e comportamentos, para, a partir de então, prescreverem aquilo que é tido como diretriz dentro de uma determinada política ou programa de saúde (CORDEIRO, 2017).

A equipe de cuidados no domicílio, que conhece a rotina familiar, potencializa as ações de cuidado e tem a possibilidade de criar vínculos de apoio mútuo, de troca e de entendimento das fragilidades e potencialidades, visualizando o cenário e integrando as ações para paciente e familiar (BRASIL, 2012). Por meio dos depoimentos dos profissionais entrevistados, corroboram-se as afirmações acima, o domicílio é um importante aliado para a implementação dos CPsna APS. A aproximação destacada pelos profissionais permite melhores práticas de cuidado com o paciente e a família, facilita a criação de planos de cuidado mais eficazes, que valorizem o cenário em que o paciente está inserido.

Outra abordagem levantada pelos profissionais, a fim de contribuir para o atendimento de pacientes em CP, está relacionada à utilização das práticas integrativas e complementares em saúde. A OMS destaca as terapias complementares nos cuidados paliativos, uma vez que visam prestar assistência integral ao indivíduo, contemplando os aspectos físicos, sociais, emocionais e espirituais (WHO, 2017). O uso das terapias complementares é cada vez mais comum. As pessoas que enfrentam o desafio de doenças progressivas são atraídas pela oportunidade de ter outras possibilidades de cuidados. Diante dessa perspectiva, a procura por essas terapêuticas visa auxiliar o tratamento convencional e melhorar a qualidade de vida. O seu emprego não deve ser exclusivo nem excludente, mas integrador, por serem as terapias compatíveis com os princípios dos CPse por estarem relacionadas à autonomia do indivíduo (AMARAL; SILVA, 2013).

Em 2003, no Brasil, iniciou-se a construção da PNPIC, com a finalidade de atender às diretrizes e indicações de várias Conferências Nacionais de Saúde e às recomendações da OMS. A PNPIC, no SUS, foi aprovada em fevereiro de 2006 e publicada na forma das Portarias Ministeriais nº 971, em 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006 (BRASIL, 2006b).

Os depoimentos dos profissionais pesquisados, em relação às estratégias para aplicação dos CPs em seu serviço, levaram à crescente inserção das práticas integrativas e complementares em saúde nas consultas médicas e de enfermagem, principalmente com pacientes em doenças crônicas. A maior queixa dos usuários era em relação à dor. As terapias complementares são consideradas terapias que promovem o alívio dos sintomas de ordem física, psicológica e emocional.

A dor é a causa mais comum de sofrimento e incapacidade, que afeta milhares de pessoas em todo mundo. É considerado o sintoma mais frequente em pacientes fora de possibilidades terapêutica de cura, o que ocasiona grande desconforto e interfere diretamente na sua qualidade de vida (AMARAL; CALASANS, 2013).

Entre as possibilidades de terapias que as práticas integrativas e complementares trazem em seu bojo, a fitoterapia é a que mais está presente na rotina da unidade de saúde estudada. Os profissionais mantêm, na unidade, uma horta medicinal, cultivada pelos profissionais e comunidade. Os princípios da fitoterapia são inseridos nas consultas dos médicos e enfermeiras, principalmente com pacientes com doenças crônicas e em cuidados paliativos.

Essa prática é caracterizada pela utilização de plantas medicinais, em suas diferentes formas farmacêuticas, no tratamento e prevenção de doenças. Utiliza o extrato total da planta, sem adição de substâncias ativas isoladas. Os medicamentos são obtidos empregando-se exclusivamente matérias-primas ativas vegetais (BRASIL, 2006b).

Um dos estudos na APS buscou caracterizar a inserção da fitoterapia em ações e programas na atenção primária à saúde no Brasil, por meio de um levantamento bibliográfico de artigos de periódicos, teses e dissertações nacionais. O referido estudo verificou que as

ações e programas de fitoterapia inseridos nos serviços de atenção primária à saúde variaram com relação aos seus objetivos e ações, quais sejam: inserir outras opções terapêuticas, reduzir custos, resgatar saberes tradicionais, preservar a biodiversidade, promover o desenvolvimento social, estimular ações intersetoriais, interdisciplinares de educação em saúde, e a participação comunitária. Os autores concluem que, com a inserção da fitoterapia nos serviços de atenção primária, foi possível estimular a interação entre usuários e profissionais de saúde. Também contribuiu para a socialização da pesquisa científica e desenvolvimento da visão crítica tanto dos profissionais quanto da população sobre o uso adequado de plantas medicinais e fitoterápicas (ANTONIO; TESSER; MORETTI, 2014).

Uma pesquisa realizada na cidade do Texas (EUA) identificou que, dos 110 *hospices* que participaram do inquérito, 56,4% ofereciam algum tipo de terapia complementar aos seus clientes (OLOTU et al., 2014). Outra investigação, com 30 serviços italianos de CPs, revelou que todos praticavam pelo menos uma modalidade (BELLETTI et al., 2011).

Apesar da extrema importância identificada pelos profissionais no uso das terapias complementares e no movimento em desenvolver essas atividades, observa-se na unidade estudada que essa terapêutica é ainda insipiente no contexto da assistência prestada ao paciente sob CPs, por falta de incentivo da gestão, desconhecimento de conceito e aplicabilidade pela equipe, além da intensa demanda de atividades.

A finalidade destacada para o uso dessas terapêuticas é complementar ao tratamento convencional, principalmente no controle de sintomas psicológicos, emocionais e físicos, como ansiedade, depressão e dor. Como benefício, observa-se, em estudos, a melhora da qualidade de vida, com promoção do relaxamento e do prazer, bem como fortalecimento do vínculo entre paciente/família/profissional (CAIRES et al., 2014). Sabe-se que ainda é uma modalidade terapêutica pouco praticada entre os profissionais da APS, mesmo havendo uma política que ampara esse novo modelo de cuidado.

Enquanto a política pública em CPs avança, as equipes de saúde da APS precisam responsabilizar-se, acolher e cuidar de pacientes em CPs, apesar da insuficiência relacionada ao ensino dos cuidados paliativos na graduação e na pós-graduação para os profissionais da

saúde. A experiência em atender usuários e famílias que necessitam de CPs é uma realidade na APS, essas situações vivenciadas pelos profissionais geram desafios éticos, especialmente quanto à comunicação entre equipe, família e paciente, e a falta de apoio emocional e institucional é percebida pela equipe (SOUZA et al., 2015).

São necessárias propostas educativas, a fim de proporcionar aos profissionais envolvidos no cuidado a compreensão das experiências que serão vivenciadas pela pessoa com doença avançada e seus familiares, a fim proporcionarem interação, acolhimento e perspectivas de encaminhamento quando as necessidades dos pacientes não estiverem mais ao seu alcance (YAMAGUCHI; OLIVEIRA, 2011). A insuficiência de conhecimentos e saberes declarada pelos profissionais do estudo reflete a deficiência da prática profissional, que envolve conhecimento científico, habilidade técnica, competência gerencial, comunicação, trabalho em equipe, entre outras.

Esta pesquisa reforça que nem sempre a ausência da oferta de um determinado cuidado está relacionada à falta de interesse do profissional ou de uma determinada equipe. Conforme foi observado na pesquisa, os entraves para a consolidação dos CP na APS esbarram em fatores relacionados à falta de conhecimento, falta de incentivo da gestão, grande demanda de atividades dos profissionais, entre outros.

A intervenção prática realizada neste estudo segue predominantemente a linha de pensamento de Thiollent (2011), sem, no entanto, deixar de levar em consideração que o método segue um ciclo no qual se aprimora a prática por meio da ação, no campo da prática e da investigação a seu respeito (TRIPP, 2005). Dessa forma, as diversas formas de abordagem aqui descritas podem emergir no ciclo ação, avaliação, pesquisa e aprendizagem (THIOLLENT, 2011).

Após a fase de coleta de dados e análise deles, identificou-se nos resultados a necessidade de formular uma proposta educativa em CPs para os profissionais pesquisados. Foi realizada uma reunião, em consenso com os profissionais, a fim de que eles, mais uma vez, determinassem os pontos cruciais que inicialmente deveriam ser discutidos.

A ação foi definida experimentalmente para que ocorresse em três encontros, de quatro

horas de duração, totalizando 12 horas, intercaladas por um período de uma semana, período supostamente necessário para a construção de cenários e formulação estratégica. A dinâmica dos encontros seguiu o modelo de auditório de Thiollent (2011). O primeiro momento segue uma explanação daquilo que foi solicitado para o encontro; em seguida, acontece o desenvolvimento do momento, para finalmente ocorrer o debate compartilhado das questões levantadas. A parte final é destinada às orientações para a próxima fase. Durante o intervalo entre as sessões, as equipes encontram-se para a organização, de maneira a se preparar para o próximo encontro, e faz-se necessária a presença do pesquisador para dirimir eventuais dúvidas.

A ação educativa foi elaborada juntamente com os participantes, a partir dos temas considerados relevantes no contexto local. Percebeu-se, logo no início da pesquisa, que havia um grande interesse e desejo das pessoas em participar desse projeto. Assim, as expectativas delas em relação à proposta foram incorporadas como objetivo, além daqueles propostos pela pesquisadora.

Os participantes também fizeram várias sugestões, tanto em relação aos temas e assuntos a ser abordados nos encontros, quanto em relação a assuntos de ordem mais prática, tais como o local, dia, duração dos encontros. Como foi dito anteriormente, os diversos momentos da construção coletiva da proposta foram caracterizados por diferentes graus de participação dos envolvidos. Na fase de elaboração do roteiro preliminar, a pesquisadora utilizou-se dos temas levantados no diagnóstico situacional, bem como nas entrevistas, grupos focais e anotações de campo.

O presente estudo evidenciou a importância de atividades educativas em saúde na área dos CPs. Elas precisam ser pensadas e elaboradas a partir de demandas dos próprios atores, buscando assim a mudança nas práticas de saúde. Este estudo possibilitou identificar os conhecimentos de profissionais de saúde sobre CPs antes de uma atividade de educação sobre o tema, bem como após a sua realização. O desconhecimento acerca da filosofia e princípios, bem como das indicações de CPs, a insegurança para lidar com as condutas necessárias e a falta de atividades de caráter formativo, como um processo de reflexão no e para o trabalho

sobre o assunto, foram os principais aspectos pontuados pelo estudo.

Os achados deste estudo corroboram estudos nacionais e internacionais, que afirmam ser necessária uma maior disseminação do conhecimento e educação sobre a filosofia e os princípios dos CPs entre os profissionais de saúde. Esse processo deve ser iniciado na graduação e estender-se durante a prática, com a busca pessoal por conhecimento ou então com a busca em atividades de educação permanente em saúde, proporcionadas pelas instituições onde esses profissionais estiverem inseridos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os CPs apresentam-se como uma forma inovadora de assistência. A abordagem voltada para o ser humano em sua integralidade e a necessidade de intervenção em sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual transforma a prática dos CPs em um trabalho necessariamente de equipe, de caráter multiprofissional. Como já dito anteriormente, é importante que os CPs sejam incluídos em todos os níveis de atenção, em especial, na atenção primária.

Os CPs no Brasil estão em pleno desenvolvimento. Nos últimos anos, o país conseguiu mais estabilidade, além de reconhecimento da sociedade e do governo. O Brasil possui grande potencial para o desenvolvimento desses cuidados de qualidade, porém é um processo lento em função do tamanho do país e das diferenças culturais e regionais, principalmente com respeito ao processo de morte e morrer. Porém, com o reconhecimento recente do SUS, a estruturação desses cuidados torna-se mais organizada e resolutiva.

O estudo demonstrou fragilidades e potencialidades a serem discutidas e implementadas nos diversos cenários de assistência à saúde em CPs. Porém, para o sucesso ser alcançado, os profissionais envolvidos na assistência aos pacientes com doenças crônicas devem estar orientados e capacitados para uma assistência de qualidade. O maior desafio consiste em capacitar e formar equipes multiprofissionais conscientes e comprometidas com o objetivo de cuidar, sob a filosofia e princípios dos CPs, não se limitando apenas a medidas de conforto, controle da dor e administração de medicamentos, mas de oportunizar ao paciente enfrentar o processo de morte e morrer com dignidade, cuidado, respeito, apoio, e estimulando a inserção da família.

Deve-se estimular, cada vez mais, o ensino teórico e prático dos CPs nas grades curriculares dos cursos de graduação da área da saúde e incentivar pesquisas que visem ao aprimoramento dessa formação. Além disso, instituir formas de educação permanente nos serviços de saúde, proporcionando o necessário para atuar de forma objetiva e segura com os pacientes e suas famílias.

Acredita-se na importância desta pesquisa ao abrir portas para novas discussões, ampliar

o conhecimento da temática e estimular o interesse dos profissionais da saúde. Iniciativas locais relativas aos CPs têm grande valor, pois tornam visível e acessível esse tipo de atenção.

Por sua vez, a metodologia da pesquisa-ação, proposta nesta reflexão, contribuiu para potencializar os resultados evidenciados na pesquisa, com os sujeitos envolvidos fazendo parte do contexto coletivo dos problemas evidenciados. Eles são capazes, com a utilização desse método, de explorar, agir, avaliar e, conseqüentemente, transformar o contexto do grupo, contribuindo para a conscientização coletiva no processo de mudança em relação aos CPs.

Pode-se apontar, como limitação metodológica do estudo, o pouco tempo para realizar todas as fases com mais rigor, uma vez que não houve um controle absoluto do pesquisador no cumprimento dos prazos estabelecidos, devido ao fato de a pesquisa girar em torno de um núcleo de profissionais que possuem horários rígidos e uma rotina de trabalho muito intensa. Dessa forma, os dias e horários para a coleta de dados foram combinados a partir da agenda dos profissionais. No entanto, mesmo com a pouca disponibilidade de tempo, essa estratégia oportunizou a participação de todos os profissionais, qualificando assim os resultados encontrados.

REFERÊNCIAS

- ACADEMIA NACIONAL DOS CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de cuidados paliativos ANCP: ampliado e atualizado**. 2. ed. São Paulo, 2017.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Comunicado oficial do presidente da ANCP**. São Paulo, 2018.
- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. **Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa**, Botucatu v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016.
- ALMEIDA, C. S. L.; SALES, C. A.; MARCON, S. S. The existence of nursing in caring for terminally ill's life: a phenomenological study. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, USP, 2014.
- AMARAL, J. B.; CALASANS, M. T. A. As dimensões da dor na pessoa sob cuidados paliativos. In: SILVA, R. S.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. (orgs.). **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte**. São Paulo: Martinari, 2013.
- AMARAL, J. B.; SILVA, M. J. P. Práticas Complementares e os cuidados paliativos. In: SILVA, R. S.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte**. São Paulo: Martinari, 2013.
- ANDRADE, C. D.; COSTA, S. F. G.; LOPES, M. E. L. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p.2523-2530, 2013.
- ANTONIO; G. D.; TESSER, C. D.; MORETT, R. O. Fitoterapia na atenção primária à saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 3, n. 48, p. 541-553, 2014.
- ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. O conhecimento de estratégias de comunicação no Atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 21, n.1, 2012.
- AVILA, L. I. et al. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 3, p.102-9, 2013.
- BAÈRE, T. D., FAUSTINO, A. M.; MIRANDA, A. F. A importância da prática interdisciplinar da equipe de saúde nos cuidados paliativos. **Revista Portal de Divulgação**. n. 53, ano VII, 2017.
- BAKER, M.; LUCE, J.; BOSSLET, G.T. Integration of palliative care services in the intensive

care unit.: A roadmap for overcoming barriers. **ClinicalChest Medicine**, v.36, n. 3, p. 441-8Sept. 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70, 2016.

BARRIOSO, P. D. C. **Cuidados Paliativos e Atenção Primária à Saúde**: Proposição de um Rol de Ações de Enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP,2017.

BELLETTI, M. et al. Complementary therapy and support services for formal and informal caregivers in Italian palliative care hospices: an exploratory and descriptive study. **SupportCareCancer**, v.19, n. 12, p. 1939-47, Dec. 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado,1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 19, de 03 de janeiro de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília, 2006b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes dos NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Práticas integrativas e complementares**: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **DOU** nº 12, quinta- feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a prevenção e controle do câncer na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Seção 1, p. 129-132. Brasília, 2013b.

BRASIL. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. **IPI incidente sobre os produtos que menciona**. Brasília, 2018.

CAIRES, J. S. et al. Utilização das terapias complementares nos cuidados paliativos: benefícios e finalidades. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 514-20, jul./set. 2014.

CAMELO, S. H. H. et al. Riscos psicossociais em equipes de saúde da família: carga, ritmo e esquema de trabalho. **Revista de Enfermagem**, UERJ, v. 20, n. 2, p. 733- 738, 2012.

COBO, C. M. S. A influência da institucionalização sobre a percepção da autonomia e qualidade de vida em idosos. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, USP, v. 48, n. 6, p. 1013-1019, 2014.

COELHO, C. B. T; YANKASKAS, J. R. New concepts in palliative care in the intensive care unit. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 02, apr./jun. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS DE SAÚDE (CONASS). **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, 2011.

CORDEIRO, F. R. **O retorno ao domicílio em cuidados paliativos**: interface dos cenários brasileiro e francês. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

FERNANDES, M. A. et al. Percepções dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, 2013.

FIOCRUZ/COFEN. **Perfil da Enfermagem no Brasil**. 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/blocoBr/QUADRO%20RESUMO_Brasil_Final.pdf>. Acesso em: mar. 2018.

FLORIANI,C.A.;SCHRAMM,F. R.Atendimentoaoidoso:problemaou solução? **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20,n.4,p.986-994, 2004.

FRANCO, H. C. P. et al. Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. **Revista Gestão e Saúde**, Brasília, v. 17, n. 02, p. 48-61, 2017.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: LiberLivroEditora, 2005.

GILLAN, P. C.; RIET, P. J.; JEONG, S. End of life care education, past and present: a review

of the literature. **Nurse Educ. Today**, v.34, n. 3, p. 331-42, marc. 2014.

GÓMEZ-BATISTE, X. et al. **Instrumento NECPAL CCOMS-ICO**: identificação de pacientes com doenças crônicas evolutivas e necessidades de atenções e medidas paliativas em serviços de saúde e sociais. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Institut Català d'Oncologia, 2011. Disponível em: <http://ico.gencat.cat>. Acesso em 19 de outubro de 2020.

GRITTEN, L.; MARINELI, J. M.; ZAGONEL, I. P. S. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n. 4, 2008.

GUIMARÃES, T. et al. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica na percepção dos acadêmicos de enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n 2, 2016.

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

HIGHET, G. et al. Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. **BMJ Supportive & Palliative Care**, v. 4, n.3, p. 285–290, 2013.

HILAIRE, D. M. The need for communication skills training in oncology. **Journal of the Advanced Practitioner in Oncology**, v. 4, n. 3, p. 168-171, 2013.

MACIEIRA, R. C.; PALMA, R.R. Psico-oncologia e Cuidados paliativos. In: SANTOS, F. S (ed.). **Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2011. p. 323-330.

MARKUS, L. A. *et al.* A atuação do enfermeiro na assistência ao paciente em cuidados paliativo. **Revista Gestão & Saúde**, v. 17, p. 71-81, 2017.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; RAMOS, F. R. S. Expressões da subjetividade no trabalho de equipe interdisciplinares em saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, Campo Grande, v. 14, n. 1, p. 59-67, 2010.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (orgs.). **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo (SP): Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p. 23-30. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>.

MELO, M. de O. **Equipe Multiprofissional e Cuidados Paliativos: Interfaces para Promoção**

da Saúde na Atenção Básica. Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-graduação e Pesquisa, 2017.

MENDES, E. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

MEDEIROS, A. L.; SANTOS, S. R.; CABRAL, R. W. L. Sistematização da assistência de enfermagem: dificuldades evidenciadas pela teoria fundamentada nos dados. **Revista de Enfermagem**, UERJ, v., 21 n.1, p. 47-53, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORGAN, S.; PULLON, S.; MCKINLEY, E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. **Int. J. Nurs. Stud.**, Oxford, v. 52, n. 7, p. 1217-1230, 2015.

MUNDAY, D.; PETROVA, M.; DALE, J. Exploring preferences for place of death with terminally ill patients: qualitative study of experiences of general practitioners and community nurses in England, **BMJ**, 2011.

OLIVEIRA, A. C.; SILVA, M. J. P. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 212-217, 2010.

OLOTU, B. S. et al. Complementary and Alternative Medicine Utilization in Texas Hospices: Prevalence, Importance, and Challenges. **Am J Hosp Palliat Care**, v. 31, n. 3, p. 254-9, May.2014.

PAIM J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, Cebes, 2012. p. 459-491.

PAWLOW, P.; DOHERTY, C.L. Should Palliative care nurse practitioners be required to have acute care training? [editorial]. **The Journal for Nurse Practitioners – JNP**, v. 12, n. 8, Sept. 2016.

PEDUZZI, M.; AGRELI H. F. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. **Interface (Botucatu)**, v. 22(Supl. 2), p. 1525-34, 2018.

PESSALACIA, J. D. R.; ZOBOLI, E. L. C. P.; RIBEIRO, I. K. Equidade no Acesso aos Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: uma Reflexão Teórica. **Rev. Enferm. Cent. O. Min**, Mato Grosso do Sul, v. 6, n.1, p. 2.119-2.139, 2016.

PICANÇO, C. M.; SADIGURSKY, D. Concepções de enfermeiras sobre o prolongamento

artificial da vida. **Revista de Enfermagem**, UERJ, Rio de Janeiro, 2014.

POWAZKI, R. et al. The Care of the Actively Dying in an Academic Medical Center: A Survey of Registered Nurses Professional Capability and Comfort. **Am J Hosp Palliat Care**, v. 31, n. 6, p. 619-627, 2013.

REGIS, L. F. L. V; PORTO, I.S. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in)satisfação no trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, USP, v. 45, n 2, apr. 2011.

SALIMENA, A. M. O. et al. O vivido dos enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 18, n. 1, 2013.

SCHROEDER, K.; LORENZ, K. Nursing and the future of palliative care. **AsiaPac J Oncol Nurs**, v. 5, p. 5:4-8, 2018.

SILVA, S. E. M.; MOREIRA, M. C. N. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. **Ciência Saúde Coletiva** [Internet], Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3033-3042, 2015.

SPRANDEL, L. I. S.; VAGHETTI, H. H. Valorização e motivação de enfermeiros na perspectiva da humanização do trabalho nos hospitais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 704-802, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, supl. 3, set. 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2020.

SOUZA, H. L. et al. Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: considerações éticas. **Revista Bioética**, v. 23, n. 2, p. 349-359, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco, 2002.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2011.

TRIPP, D. **Pesquisa-ação**: uma introdução metodológica. **Educ. Pesqui.** São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.

VIEIRA T. A et. al. Cuidado paliativo ao cliente oncológico: percepções do acadêmico de enfermagem. **Rev. Fund. Care Online.**, v. 9, n. 1, p. 175-180, jan./marc. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.175-180>>. Acesso em:

VICENSI, M. Reflection on death and dying in the ICU from a professional perspective in intensive care. **RevistaBioética**, v. 24, n. 1, p. 64-72. 2016.

WHEELER, M. S. Primary Palliative Care for Every Nurse Practitioner. **The Journal for Nurse Practitioner**, v. 12, n. 10, p. 647-653, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers**. Suíça, 2016. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250584/1/9789241565417-eng.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition of Palliative Care**. Geneva, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integration palliative care and relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and manager**. Geneva, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. Geneva, 2014.

YAMAGUCHI, A. M.; OLIVEIRA, I. V. Cuidados Paliativos na Assistência Domiciliar. In: SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos – Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas**. São Paulo: Atheneu, 2011, p. 31-38.

APÊNDICE A - Diagnóstico Situacional

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

1. Data de nascimento:

2. Sexo () M () F

3. Categoria profissional:

- () Médico(a)
- () Enfermeiro(a)
- () Dentista
- () Técnico de enfermagem
- () ACS
- () Atendente de consultório diário

Outra: _____

4. Nesta instituição, você é:

- () Profissional com vínculo empregatício
 - () Residente
- Curso: _____

5. O que você entende por cuidados paliativos?

6. Seu primeiro contato com cuidados paliativos foi:

- () Nunca
- () Na faculdade
- () Com alguém da família
- () Leu sobre o assunto e interessou-se
- () No trabalho
- () Outros Como? _____

7. Que tipo de usuários necessitam de cuidados paliativos?

8. Você se sente preparado para atuar na assistência dos usuários em cuidados paliativos?

9. Quais as estratégias poderiam ou são utilizadas para aprimorar a atuação do cuidado paliativo?

10. No teu ambiente de trabalho, tens cuidado de pacientes com doenças crônicas não-transmissíveis que alguma doença em cronicidade? Como percebes tua atuação?

9. Vens enfrentando dificuldades no cuidado de pacientes em cuidados paliativos? Em caso afirmativo, como tens enfrentado tais dificuldades?

11. Há quanto tempo você trabalha ou tem contato com pacientes sob cuidados paliativos? _____

12. Você já fez algum curso ou treinamento específico em cuidados paliativos?
() Sim () Não

13. Se você já fez algum curso ou treinamento em cuidados paliativos, responda:

A) Nome do curso/treinamento: _____

B) Tempo do curso: _____

C) Local e/ou instituição onde foi realizado: _____

14. Você considera pertinente alguma ação ou intervenção a respeito da temática nesse cenárioem questão?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Pesquisador(es) responsável: Profa. Dra. Elisabeta Albertina Nietsche

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria –

Departamento de Enfermagem

e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-

8938, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1339,

97105-970, Santa Maria.

Local da coleta de dados: Estratégias de Saúde da Família do município de Santa Maria, RS.

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado/a para participar desta pesquisa intitulada **“CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA AÇÃO EDUCATIVA PARA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**, de autoria de Thayná Champe da Silva, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM, sob orientação da Professora Doutora Elisabeta Albertina Nietsche, que tem como objetivo geral: Realizar o diagnóstico situacional da equipe da estratégia saúde da família em relação ao cuidado de pacientes em cuidados paliativos; Objetivos específicos: Intervir na qualificação da equipe da estratégia saúde da família em cuidados paliativos a partir de suas demandas. É importante que antes de concordar em participar desta pesquisa você compreenda todas as informações as quais dizem respeito a sua participação.

Acreditamos que essa pesquisa ampliará o conhecimento no tema cuidado paliativo no âmbito da atenção primária de saúde. Espera-se contribuir para as ações desenvolvidas no acompanhamento dos usuários em situação de paliativismo. A fim de resguardar a fidedignidade dos dados.

* Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM Cidade Universitária Bairro Camobi, Av. Roraima, nº 1000 CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55) 3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

Para sua realização será utilizado como método de coleta de dados a técnica de grupos focais. Desta forma sua participação consistirá na sua presença nos grupos focais, onde discutiremos a respeito do cuidado paliativo. Esses grupos contarão com a presença de seus colegas dos serviços de APS. Esses grupos serão gravados (áudio) e anotados no diário de campo e grupos serão gravados (áudio) e anotados no diário de campo e posteriormente transcritos por mim a fim de resguardar a fidedignidade dos dados.

Comunico que a sua participação em qualquer fase da pesquisa, não representará, a princípio, riscos de ordem moral e psicológica. Destaca-se que alguns sentimentos poderão ser mobilizados pelo fato de que será realizada uma discussão conjunta e você terá de refletir sobre o seu cotidiano assistencial e episódios relacionados à sua vivência. Caso isso ocorra com você, iremos conversar até chegar a um acordo a respeito da sua possibilidade de continuar a pesquisa ou desistência.

Os benefícios que esperamos com este estudo é de trazer ampliar conhecimento sobre o tema abordado, com possibilidade de melhora no atendimento dos usuários ou paciente que necessitam cuidados paliativos, no sentido de, a partir desse estudo apontar uma melhor articulação e atenção nos diferentes níveis de densidade tecnológica. Além de contribuir na identificação das necessidades de educação permanente em saúde. E intervir na qualificação da equipe da ESF em cuidados paliativos.

Durante todo o período da pesquisa, você terá a possibilidade de tirar ou esclarecer qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa. Você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão. As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

* Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa –

UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº 1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria –

RS. Telefone: (55) 3220-

9362 – Fax: (55) 3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br Web: www.ufsm.br/cep

Os dados transcritos da pesquisa e os TCLE serão guardados por cinco anos no campus da UFSM, Avenida Roraima, 1000, 97105-900 - Santa Maria- RS, na sala 1339 do Departamento de Enfermagem no Centro de Ciências da Saúde (prédio 26) no núcleo de pesquisa do Grupo de pesquisa em saúde e enfermagem (GEPES), cadastrada no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob a guarda da pesquisadora responsável deste projeto Dra Elisabeta Albertina Nietzsche. Após esse período, os dados serão destruídos. Os gastos necessários para o desenvolvimento dessa pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores responsáveis. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Eu _____, portador da identidade

_____ após leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisado e responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para

que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

_____ Data: ___/___/___

Assinatura do profissional

_____ Data: ___/___/___

Assinatura do entrevistador

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa –

UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº 1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria –

RS. Telefone: (55) 3220-

9362 – Fax: (55) 3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

Assinatura do pesquisador responsável:

Telefone:

* Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa –UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009
Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

APÊNDICE C - Termo de Confidencialidade

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Pesquisador(es) responsável(is):

Prof.a Dra. Elisabeta Albertina Nietzsche.

Instituição/Departamento:

Universidade Federal de Santa Maria Departamento de Enfermagem e Programade Pós-Graduação em Enfermagem.

Telefone e endereço postal completo: (55) 32208938,

Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1339, 97105-970, Santa Maria.

Local da coleta de dados:

Estratégias de Saúde da Família, do município de Santa Maria, RS.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos profissionais cujos dados serão coletados por meio de gravação dos depoimentos em grupo focal e transcrição destes e do diário de campo. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto e composição de um banco de dados. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima. Os dados transcritos da pesquisa e os TCLE serão guardados por cinco anos no campus da UFSM, Avenida Roraima, 1000, 97105-900 - Santa Maria- RS, na sala 1339 do Departamento de Enfermagem no Centro de Ciências da Saúde (prédio 26) no núcleo de pesquisa do Grupo de pesquisa: em enfermagem e saúde (GEPES), cadastrada no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob a guarda da pesquisadora responsável deste projeto Dra. Elisabeta Albertina Nietzsche. Após esse período, os dados serão destruídos.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa –UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em...../...../....., com o número do CAAE Santa Maria,.....de de 20.....

Pesquisadora Responsável: Enfa. Dra. Elisabeta Albertina Nietzsche

*Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br.

APÊNDICE D - Roteiro para realização do grupo focal

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Mestranda: Thayná Champe da Silva

Pesquisadora Responsável/Orientadora: Profa. Dra. Elisabeta Albertina Nietsche

Coorientadora: Prof^ª Enf^ª Dra^a Silvana Bastos Cogo

Título do projeto de pesquisa:

CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA AÇÃO EDUCATIVA PARA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

1º Apresentação (apresentação individual e contrato grupal no primeiro dia; nos demais encontros será lembrado o contrato grupal e retomada a ideia do último encontro).

2º Apresentação dos objetivos do encontro (no primeiro dia foi apresentada a pesquisa, recolhido o TCLE, explicado a organização do grupo focal e o papel da moderadora e da observadora. Nos demais encontros serão apresentados os objetivos das dinâmicas).

3º Técnica (dinâmica grupal) para estimular o debate. É interessante ressaltar que o 3º e 4º momentos estão intimamente ligados, não havendo separação entre eles.

4º Discussão / debate – Para esclarecer as ideias e aprofundar as discussões lançadas pelo grupo, serão utilizadas balizadas pelos questionamentos: O quê? Para quê? Por quê? Como? Sendo solicitado às participantes que exemplifiquem suas ideias, na busca de aprofundar a discussão e de esclarecer as suas falas.

5º Síntese e validação coletiva (entendimento do grupo sobre o tema) – Ressalta-se que, como se trata de um grupo focal, essa síntese não significa que todos devem concordar com apenas uma fala, mas que as diferentes opiniões serão valorizadas.

<p>1º Encontro: Construindo o conceito de Cuidado Paliativo</p>	
<p>Objetivos</p>	<p>1. Identificar os saberes dos profissionais acerca dos cuidados paliativos.</p>
<p>1º Momento</p>	<p>2. Construir coletivamente o conceito de CP</p>
<p>2º Momento</p>	<p>Apresentações interpessoais e contratogrupal verbal, de compromisso ético, respeito e sigilo sobre o que será discutido nos encontros do grupo focal, além do compromisso com horários e gravação das discussões em gravador. Gravação das discussões em gravador.</p>
<p>3º/4º Momento</p>	<p>Apresentação dos objetivos do encontro. Esclarecimentos quanto à operacionalização do grupo focal e o papel da moderadora e da observadora. Explicação quanto ao funcionamento e objetivos da dinâmica.</p>
<p>5º Momento</p>	<p>Utilização da dinâmica <i>brainstorming</i> para promover a discussão acerca do tema foco. Na dinâmica <i>brainstorming</i>, as participantes serão convidadas a expressar, com o menor número de palavras, a sua concepção sobre o termo “CP”. Ao longo das expressões serão realizados alguns questionamentos sobre a temática. Questionamentos: O que você entende por CP? Qual o seu papel frente ao CP?</p>
	<p>Realização da síntese e validação coletiva. Espaço para os participantes acrescentarem e/ou esclarecerem alguma ideia referida na discussão. Avaliação acerca dos sentimentos promovidos na sessão. Planejamento do próximo encontro. Realização dos agradecimentos finais e confraternização.</p>

APÊNDICE E - Guia de Avaliação do Grupo focal

Pesquisadora: Thayná Champe da Silva

Orientadora: Profa. Enfa. Dra. Elisabeta Albertina Nietsche

Coorientadora: Profª Enª Draª Silvana Bastos Cogo

Local	Sim	Regular	NãoPor quê?
--------------	------------	----------------	--------------------

A organização do lugar foiboa?

O ambiente estava tranquilo,sem interrupções?

O tempo foi adequado?

O guia temático foi completo?

Encontro

Os objetivos foram explicados?

As “regras” foram retomadas?

As ideias do último encontro foram retomadas?

Moderador e Observador

Estavam tranquilos?

Promoveram a participação?

Foram imparciais?

Retomava o tema ao debate?

Permitiu a exposiçãode diferentes ideias?

Deu espaço de fala a todos?

Tranquilizou os participantes?

Teve bom relacionamento com o grupo?

A programação foi respeitada?

**APÊNDICE F -Material educativo utilizado na ação educativa
em Cuidados Paliativos**

<p>31.10.2018</p> <p>Construindo o conceito de Cuidado Paliativo.</p>	<p>07.11.2018</p> <p>Facilidades e dificuldades dos profissionais frente aos Cuidados Paliativos.</p>	<p>14.11.2018</p> <p>Os caminhos para superar os desafios na implantação dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • A história dos Cuidados Paliativos; • O conceito de Cuidados Paliativos; • Os Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde (APS); • A aplicação dos objetivos e princípios dos Cuidados Paliativos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Legislação aplicada aos Cuidados Paliativos; • O controle dos sintomas; • Uso das escalas para a assistência; • A participação da família e importância da espiritualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ética e Bioética aplicada aos Cuidados Paliativos; • A rede municipal em Cuidados Paliativos; • Hipodermóclise: a técnica aliada dos Cuidados Paliativos; • Terapias Integrativas e Complementares.

Profa. Dra. Enfa. Silvana Bastos Cogo

Noeli Maria Birk- Integrante e coordenadora da equipe consultora em cuidados paliativos do HUSM. Mestre em enfermagem (UFSM).

**APÊNDICE G - Instrumento de avaliação da ação educativa
em Cuidados Paliativos**

Pesquisadora: Thayná Champe da Silva

Orientadora: Prof^a Enf^a Dra^a Elisabeta Albertina Nietsche

Coorientadora: Prof^a Enf^a Dra^a Silvana Bastos Cogo

1. Qual a realidade social da população assistida pela equipe?
2. Quantos pacientes estavam em cuidados paliativos na época da pesquisa (há 1 ano) e atualmente quantos são? Quais as doenças predominantes?
3. Quais os cuidados que eram desenvolvidos pela equipe com os pacientes em cp antes da pesquisa? O que mudou?
4. Houve transformação/ impacto após a pesquisa (positivas/ negativas) quais poderiam ser citadas?
5. Principal transformação visualizada no serviço.
6. Sugestões para a pesquisa.

ANEXO A - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cuidados paliativos na atenção primária: uma ação educativa para a equipe multiprofissional.

Pesquisador: Elisabeta Albertina Nietsche

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80683617.5.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.435.442

Apresentação do Projeto:

O objeto de pesquisa está relacionado aos cuidados paliativos na atenção primária à saúde e suas implicações para a prática multiprofissional. Objetivo geral: Realizar o diagnóstico situacional da equipe da estratégia saúde da família em relação ao cuidado de pacientes em cuidados paliativos; Objetivos específicos: Intervir na qualificação da equipe da estratégia saúde da família em cuidados paliativos a partir de suas demandas. A pesquisa é qualitativa do tipo pesquisa-ação. O cenário será uma estratégia saúde da família localizada em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os profissionais da equipe multiprofissional vinculadas a esta instituição, totalizando 17 participantes. Os dados serão produzidos por meio da técnica das entrevistas semiestruturadas, grupo focal e anotações de campo e será utilizado a análise de conteúdo de Bardin. A pesquisa seguirá a trajetória proposta pelo referencial metodológico da Pesquisa ação: fase exploratória (diagnóstico situacional), planejamento da ação, realização e avaliação da ação.

Os participantes serão convidados, o TCLE será apresentado em duas vias, ficando uma cópia para cada participante do estudo e outra para a pesquisadora, contando a assinatura de ambos.

Os dados serão coletados por meio da técnica de Grupo Focal (GF).Serão realizados 3 encontros com duração média de uma hora. Os encontros contarão com a participação de uma moderadora (mestranda) e um observador (aluno da graduação daUFSM).Será solicitada a gravação das falas em gravador e será enfatizado que haverá o anonimato dos participantes para que possam se sentir seguros ao expressar suasopiniõe.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:RISCOS: a discussão conjunta e a reflexão sobre o cotidiano assistencial e episódios relacionados àvivências pessoais poderão mobilizar sentimentos . Caso isso ocorra existe a possibilidade de continuar oudesistir da pesquisa.

BENEFÍCIOS: indiretos através do conhecimento gerado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Assinado por:

CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

ANEXO B - Autorização do Núcleo de Educação Permanente de Santa Maria



Prefeitura Municipal de Santa Maria
Secretaria de Município da Saúde
Núcleo de Educação Permanente
e-mail: nepessantamaria@gmail.com – Fone (55) 3921-7201

AUTORIZAÇÃO

Vimos por meio deste informar que o projeto intitulado “Cuidados paliativos na Atenção Primária: desafios para a formação da equipe multiprofissional” de autoria da mestranda **Thayná Champe da Silva**, orientado pela **Profª Drª Enfª Elisabeta Albertina Nietzsche** e coorientado pela **Profª Drª Enfª Silvana Bastos Cogo** do Programa de Pós –Graduação em Enfermagem da UFSM , poderá ser desenvolvido junto aos Serviços de Saúde de Santa Maria – RS.

O projeto de pesquisa tem por objetivo geral “conhecer a formação da equipe da ESF e da UBS mista em cuidados paliativos na atenção primária à saúde e realizar o diagnóstico situacional que a equipe de ESF e UBS mista vem enfrentando no cuidado de pacientes em cuidados paliativos.”

Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, 07 de novembro 2017.



Núcleo de Educação Permanente da Saúde
 Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

Prefeitura Municipal de Santa Maria
Secretaria de Município da Saúde
Núcleo de Educação Permanente em Saúde
Fone: 3921-7201