

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Desatando os nós:

*relatos de experiências em
cuidados paliativos como
contribuição para a
Atenção Primária à Saúde*

Volume I - Atenção Primária



Valéria Teresa Saraiva Lino
Ernani Costa Mendes
Marcos Besserman Vianna
Ana Paula Menezes Bragança dos Santos
Organizadores

editora

redeunida

ORGANIZADORES

Valeria Teresa Saraiva Lino

Ernani Costa Mendes

Marcos Besserman Vianna

Ana Paula Menezes Bragança dos Santos

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 55

Série Atenção Primária, v.1

Desatando os nós:

relatos de experiências em
cuidados paliativos como contribuição
para a Atenção Primária à Saúde

1ª Edição

Porto Alegre

2024

editora



redeunida

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla e Héider Aurélio Pinto**

Editores Associados: **Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stephany Yolanda Ril, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virginia de Menezes Portes.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);

Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Ángel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);

Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);

Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);

Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);

Célia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);

Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);

Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);

Héider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);

Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);

Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);

João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);

Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);

Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);

Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);

Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);

Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);

Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);

Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);

Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);

Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);

Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);

Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);

Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);

Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco);

Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);

Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);

Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);

Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);

Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);

Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);

Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);

Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);

Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza

Jaqueline Miotto Guarnieri

Camila Fontana Roman

Revisão

Luiz Henrique Soares

Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

Capa

Ana Paula Menezes Bragança dos Santos



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

D441

Desatando os nós: relatos de experiências em cuidados paliativos como contribuição para a Atenção Primária à Saúde / Valeria Teresa Saraiva Lino; Ernani Costa Mendes; Marcos Besserman Vianna; Ana Paula Menezes Bragança dos Santos (Organizadores) – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.

161 p. (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 55; Série Atenção Primária, v.1).
E-book: 4.80 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-184-7

DOI: 10.18310/9786554621847

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Cuidados Paliativos. 3. Relatos de Casos. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 108-245

CDU 616-093.75

Catálogo elaborado pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....9

PREFÁCIO 11

Gideon Borges dos Santos

APRESENTAÇÃO..... 15

Valeria Teresa Saraiva Lino, Ernani Costa Mendes, Marcos Besserman Vianna, Ana Paula Menezes Bragança dos Santos

CAPÍTULO 1

FORTALECIMENTO DA FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA 17

Valeria Teresa Saraiva Lino, Ernani Costa Mendes, Ana Paula Menezes Bragança dos Santos

CAPÍTULO 2

INTERVENÇÃO EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CÔRREGO DO EUCALIPTO, RECIFE (PE)..... 27

Cláudia Maria Maciel Patriota, Mônica de Oliveira Benarroz

CAPÍTULO 3

QUALIFICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE ITAMBÉ (MG)..... 43

Juliana Machado de Carvalho, Andrea Augusta Castro

CAPÍTULO 4

MULTIPLICADORES DOS CUIDADOS PALIATIVOS – OFICINA PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA CLÍNICA DA FAMÍLIA COSMORAMA, MUNICÍPIO DE MESQUITA (RJ) 55

Viviane do Carmo Moraes da Silva, Danielle Barata Silva

CAPÍTULO 5

OFICINA EDUCATIVA DE CUIDADOS PALIATIVOS COMO FERRAMENTA DE SENSIBILIZAÇÃO PARA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO MUNICÍPIO DE MACAÍBA (RN) 67

Juliana Silva de Arruda, Juliana Castro-Arantes

CAPÍTULO 6

FORTALECIMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA APS: CAPACITAÇÃO E MATRICIAMENTO DOS RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DE GOVERNADOR VALADARES (MG) 83

Sabrina Stefany da Silva Souza, Gisele O'Dwyer

CAPÍTULO 7

CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA NECESSIDADE URGENTE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO (RJ) 97

Maurício Alves Marinho, Valeria Teresa Saraiva Lino

CAPÍTULO 8

SENSIBILIZAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DE VILA NOVA I, NO MUNICÍPIO DE JOINVILLE (SC): AMPLIANDO O OLHAR 107

Mihlena Neves Figueiredo, Alexandre Ernesto Silva

CAPÍTULO 9

CAPACITANDO EQUIPES DA SAÚDE DA FAMÍLIA: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO RIBEIRÃO DAS NEVES (MG) 117

Alessandra Lopes dos Santos, Mônica Kramer de Noronha Andrade

CAPÍTULO 10

METODOLOGIA DA PESQUISA NO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS COM ÊNFASE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA... 133

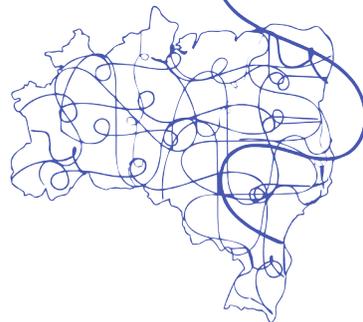
Inês Nascimento de Carvalho Reis

SOBRE OS ORGANIZADORES 147

SOBRE OS AUTORES 149

ÍNDICE REMISSIVO 154

AGRADECIMENTOS



Ao Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS) e ao Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), por toda articulação intrainstitucional para que o curso de Especialização em Cuidados Paliativos com Ênfase na Atenção Primária se tornasse uma realidade.

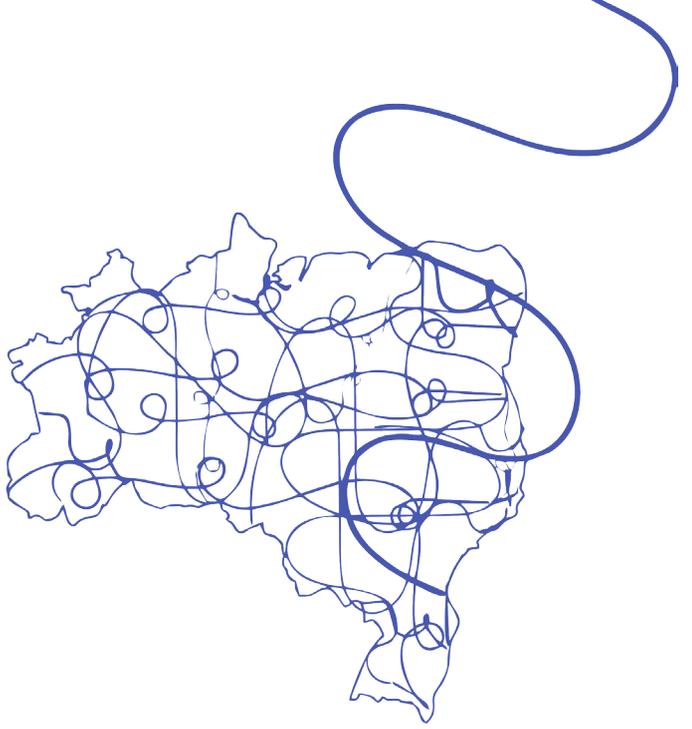
À Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) pelo apoio e suporte ao longo do curso, inclusive nesta obra.

À chefe do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, onde está situada a coordenação do curso de especialização, Iris Maria da Silva Lordello, que acolhe nossas demandas com muito afeto e disponibilidade. Sem sua dedicação, essa obra não seria possível. Nossa sincera gratidão aos serviços parceiros e a todos os profissionais que acolheram e contribuíram ricamente na formação de cada aluno(a).

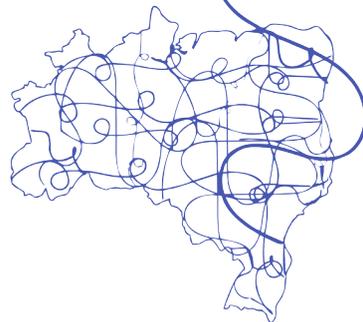
Aos (Às) professores (as) e orientadores (as), que nos ajudaram a escrever histórias nos quatro cantos do Brasil.

Aos (Às) alunos (as), que foram pontes para mudanças nos seus territórios de trabalho.

E a todos os(as) profissionais que se dedicaram para que essa obra ganhasse o mundo.



PREFÁCIO



Em 2021, no auge da Pandemia de covid-19, participei de um encontro virtual, dentre tantos outros realizados à época devido à restrição sanitária, do Fórum Intersindical de Direito, Trabalho e Saúde, organizado pelo professor Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, do Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Não me recordo exatamente o título do evento, porém, o tema abordado e as palavras proferidas pelo palestrante ficaram bem guardadas em minha memória.

Naquela ocasião, discutíamos cuidados paliativos para pessoas com câncer avançado, abordando as alternativas para proporcionar o conforto necessário àqueles que claramente se aproximam da despedida da vida. Foi então que conheci o professor Ernani, um dos organizadores desta obra, que, com delicadeza e precisão técnica, compartilhou conosco sua vasta experiência e conhecimento sobre um tema tão desafiador, de forma ao mesmo tempo agradável e envolvente. Na época, fiquei profundamente surpreendido com as inúmeras possibilidades existentes – parte do trabalho que o professor Ernani, junto com a professora Valeria Lino e sua equipe, desenvolvem e que está sendo oportunamente divulgado nesta obra. As técnicas e tecnologias voltadas ao cuidado de pessoas com doenças que ameaçam a vida visam proporcionar o maior conforto possível durante o tempo de vida. Lembro-me vividamente do palestrante apresentar as várias alternativas da clínica da dor como parte essencial desse cuidado. Ele nos desafiou bastante, especialmente ao nos convidar a refletir sobre a questão mais intrigante do evento: “Por que precisa ser com dor?”

Lembro-me do momento em que a fala foi encerrada e o espaço foi aberto para questões e comentários dos participantes. Além dos depoimentos emocionados de pessoas que viveram ou ainda vivem a experiência de perder um ente querido para o câncer – muitas vezes se colocando na cena –, discutir esse tema em um contexto de pandemia ampliou os limites esperados de um

evento acadêmico. O encontro se transformou também em um espaço de acolhimento e cuidado, onde os presentes puderam compartilhar suas dores ao ouvir algo que, em algum momento, já fez, faz ou fará parte de suas vidas. Ao mesmo tempo, foram oportunamente presenteados com lições de esperança, trazidas pela dedicação de tantos profissionais comprometidos em pensar, desenvolver e aplicar formas que atenuem o sofrimento humano.

Quando fiz um comentário destaquei algo que sempre reitero quando tenho a oportunidade de estar com Ernani e Valeria, em momentos como abertura de um curso sobre cuidados paliativos ou eventos que tratem do tema, e que mais uma vez quero ressaltar nesse texto. Eu lhe disse: “você, Ernani, falou das questões que realmente importam, que são as de vida e de morte”. É sobre isso que trata o presente livro. Das coisas que realmente importam!

A finitude é algo estabelecido no contrato da vida. O envelhecimento populacional tem exigido que pensemos em formas de como aliviar o tratamento e a vida daqueles que sofrem. Das diversas maneiras que se pode atacar o problema para criar uma massa de pessoas sensíveis e tecnicamente qualificadas para lidar com o sofrimento humano em seus momentos finais, os organizadores e autores desta obra optaram pela educação: qualificação dos profissionais que atuam nas unidades de saúde.

O título da obra traz uma metáfora *sui generis* e interessante a qual gostaria de dedicar algumas palavras, reconhecendo que toda interpretação de uma metáfora jamais esgota seus sentidos: “Desatando os nós”. O uso do gerúndio já indica um processo que é contínuo, não começou agora e tampouco está finalizado. Do ponto de vista do sentido das palavras empregadas, o substantivo “nós” significa um obstáculo que oferece resistência a qualquer movimento ou impulso. É como se os autores quisessem retirar os obstáculos que oferecem resistência à atuação mais integral de um cuidado dispensado para quem está negociando permanentemente com a vida e no próprio limite da finitude.

E talvez essas sejam as vicissitudes mais desafiadoras, não apenas para os profissionais de saúde, mas para todos nós: lidar, conviver e aprender com a morte. Outro ponto crucial é a dor e o sofrimento que permeiam o processo

de cuidado, que demandam atenção especial. Além disso, há a capacidade reduzida dos indivíduos de cuidarem de si mesmos, sendo que, em estágios avançados de muitas doenças, essa autonomia está parcial ou totalmente comprometida. Todos esses aspectos são extremamente delicados para os profissionais de saúde, muitos dos quais não receberam formação adequada durante suas trajetórias acadêmicas, como na graduação, por exemplo. Isso sem contar as experiências pessoais, das quais nenhum de nós está isento.

As famílias, em geral, também sofrem, muitas vezes por falta de conhecimento e pela impotência diante de situações extremas de vida e morte que afligem seus entes queridos. Por sua vez, o próprio indivíduo, cômico ou não de sua dor e finitude, resiste ao tempo, na esperança de encontrar algo que alivie o sofrimento decorrente da doença. Em todos os casos, contar com pessoas que possam auxiliar nesse enfrentamento é sempre um alento precioso. Todos esses elementos são abordados nesta obra.

A estratégia para enfrentamento a esses desafios presente no livro é a educação. Isso porque por meio dela é possível preparar tecnicamente equipes de saúde e familiares para atuar no cuidado com o domínio técnico exigido pela situação de saúde. Além disso, a educação também permite a mudança de mentalidade ou representação das significações sociais existentes, muitas vezes recheadas pela ignorância. E quando lidamos com situações extremas, como morte, adoecimento, perda, dor e sofrimento – frequentemente cercadas por tabus e preconceitos de várias naturezas –, criar oportunidades de reflexão sobre os significados e ações diante dessa dura realidade torna-se um esforço para oferecer a dignidade possível àqueles que sofrem com determinadas doenças. O tema da educação está presente em todos os textos, com ênfases em diversos aspectos. No entanto, todos com uma preocupação comum, uma aposta na formação de profissionais de saúde para incorporar em suas práticas de cuidado na atenção básica os cuidados paliativos. Os textos revelam experiências bem-sucedidas de intervenção, decorrentes de projetos originados do curso de Especialização em Cuidados Paliativos com Ênfase na Atenção Primária, coordenado pelos organizadores da obra, curso este que a

Escola Nacional de Saúde Pública reconhece como fundamental e estratégico para o SUS, dada sua preocupação temática no âmbito do cuidado.

São descritas experiências realizadas em diversas unidades de saúde, distribuídas em cinco estados brasileiros, que podem ser conhecidas, reproduzidas, modificadas, criticadas, em uma espécie de grande movimento e esforço para tornarem públicas essas ações e, ao mesmo tempo, permitir que outros possam desfrutá-las, além de possibilitar que as atividades propostas sejam ampliadas para construção de novos sentidos e significados. Desta forma, o presente livro pode contribuir para o desenvolvimento do conhecimento na área, bem como das práticas que lhe são afeitas.

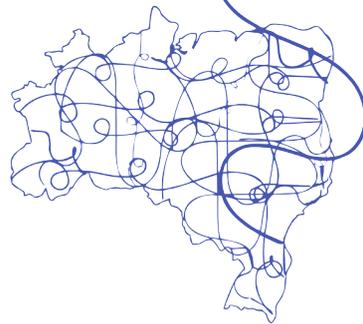
É disso que trata a presente obra: preparar as pessoas para lidar com a finitude da vida e sensibilizá-las para essa dimensão tão essencial da existência. Assim como na palestra mencionada, esta obra busca iluminar questões sobre os limites da vida, que muitas vezes, imersos na ilusão da continuidade, esquecemos de observar e dar a devida atenção.

Rio de Janeiro, 20 de junho de 2024.

Gideon Borges dos Santos

Coordenador Geral do *Lato Sensu* e
Qualificação Profissional da Ensp/Fiocruz

APRESENTAÇÃO



Desatando os nós

O ato de cuidar é intrínseco à natureza humana, possuindo uma dualidade de propósitos: estar no cerne da origem e sustentação da vida. Em outras palavras, sem o cuidado, tanto a iminência quanto as condições necessárias para o florescimento da vida tornam-se inviáveis. Na perspectiva heideggeriana, o cuidado é considerado ontológico. Historicamente, o cuidado às pessoas em seus lares e no território sempre esteve presente, e na contemporaneidade, esse zelo foi formalizado pela Atenção Primária à Saúde (APS).

A Organização Mundial da Saúde estabelece como uma de suas diretrizes para a implementação de cuidados paliativos nos sistemas de saúde nacionais a ênfase na capacitação profissional, visando superar a barreira da formação. No contexto brasileiro, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Instituto Nacional de Câncer (INCA), por meio de suas unidades, a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) e o Instituto Nacional de Câncer com seu hospital referência em Cuidados Paliativos (INCA/HCIV), comprometeram-se a expandir o ensino de cuidados paliativos voltados para a Atenção Primária à Saúde (APS) em todas as regiões do país.

O curso de Especialização em Cuidados Paliativos, com ênfase na Atenção Primária, tem como objetivo central a formação de profissionais capacitados para disseminar e fortalecer a prática da arte de cuidar em todo o território brasileiro.

O livro intitulado *Desatando os nós: relatos de experiências em cuidados paliativos como contribuição para a Rede de Atenção Primária à Saúde* preenche uma lacuna no campo do cuidado ao compartilhar experiências bem-sucedidas realizadas em diversos municípios por profissionais de saúde que identificaram desafios na organização de serviços relacionados aos cuidados paliativos. Ao assumirem o papel de alunos-gestores, foram incentivados a refletir sobre as barreiras existentes nas

redes locais de cuidado. Os resultados de alto nível desses trabalhos culminaram na produção de uma série de publicações, sendo este o primeiro volume, que se torna uma potencial fonte de referência para abordar desafios em outros serviços de saúde.

Como a formação profissional emergiu como o problema mais prevalente, o primeiro volume, organizado em dez capítulos, descreve as experiências bem-sucedidas na implementação de capacitações conduzidas pelos alunos, em diferentes serviços de saúde no Brasil, alinhando-se às diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

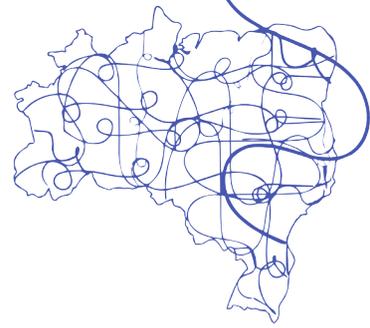
O primeiro capítulo apresenta a motivação para a realização do curso, seguindo as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e contribuindo para a missão da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) em fortalecer a rede de atenção à saúde, promovendo a capacitação profissional. Do segundo ao nono capítulo, o livro relata as experiências dos alunos em seus respectivos municípios e serviços de saúde, abrangendo estados como Rio de Janeiro, Pernambuco, Minas Gerais, Rio Grande do Norte e Santa Catarina.

A organização do livro foi possível graças à colaboração de profissionais especializados em educação em cuidados paliativos, contando com a parceria de professores que assumiram o curso e se tornaram orientadores dos projetos de intervenção, além de contribuírem na redação dos capítulos.

Considerando o Brasil como um país de dimensões continentais, espera-se que este livro se torne uma referência para a elaboração de projetos educacionais em diversas regiões, respeitando a rica diversidade cultural presente no país. Ao desatar os nós da educação em cuidados paliativos, almejamos cultivar uma mentalidade voltada para a mitigação e acolhimento do sofrimento alheio. Espera-se, também, que essas iniciativas se difundam para além dos limites da saúde pública, alcançando outros setores e contribuindo para a formulação de narrativas na sociedade brasileira.

Valeria Teresa Saraiva Lino
Ernani Costa Mendes
Marcos Besserman Vianna
Ana Paula Menezes Bragança dos Santos
Organizadores

CAPÍTULO 1



FORTALECIMENTO DA FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA

Valeria Teresa Saraiva Lino
Ernani Costa Mendes
Ana Paula Menezes Bragança dos Santos

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, sendo acompanhado de múltiplas cargas de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a despeito da possibilidade de prevenção para muitas delas (OMS, s.d.). Quando se trata de uma população atingida pela desigualdade social – por meio da pobreza, baixa escolaridade, ausência de saneamento básico e pouca oferta de serviços públicos, intensifica-se a vulnerabilidade, resultando em limitação na realização de atividades laborais e de lazer, que culminam em um declínio funcional progressivo. Nesse cenário, é preciso que os governos incluam a elaboração de estratégias que deem conta, não só das necessidades de pessoas que sofrem com DCNT, mas também daquelas que apresentam doenças ameaçadoras da vida (CD; CEDE, 2017), que necessitam de cuidados paliativos (CP).

Cuidados paliativos constituem-se em uma abordagem de suma importância no sistema de saúde para amenizar o sofrimento evitável daquelas pessoas, sendo um componente fundamental para o atendimento integral da população idosa. Visa, tanto a qualidade de vida do paciente, quanto a de seus

familiares. Esses cuidados são voltados para o alívio dos sintomas angustiantes, controle da dor e, ainda, oferecem suporte emocional, espiritual, social e psicológico. O início do cuidado o mais precocemente possível, a afirmação da vida e da morte como processo natural, o respeito ao tempo da morte sem aceleração ou adiamento e o suporte para os familiares durante a doença e o luto estão entre os princípios dos CP (OMS, 2002).

A vulnerabilidade dos sistemas de saúde da região das Américas fica evidente quando se observa sua pouca capacidade de responder às crises de saúde pública para mitigar as necessidades da população. Como as doenças crônicas representam a principal causa de mortalidade no continente, os sistemas de saúde baseados na Atenção Primária precisam ser resilientes e inclusivos para garantir acesso e cobertura universais no tratamento desses agravos (Fitzgerald, 2023). No que tange aos cuidados paliativos, a assistência deficiente impõe sofrimento físico e psicológico, assim como a utilização de tratamentos caros e não benéficos, que pioram a experiência de adoecimento. E, quando se considera o fim de vida, mesmo os países de alta renda não conseguem garantir um cuidado com qualidade (OMS; WPCA, 2020).

Tendo em vista que as doenças crônicas exigem cuidados continuados e multidisciplinares, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem caráter estratégico, altamente eficaz e eficiente para lidar com os desafios emergentes que ameaçam a saúde, por ser o nível de atenção com maior capilaridade na rede de atenção. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) prioriza a APS como porta de entrada do sistema de saúde (Mendes, 2015). Assim, as equipes que atuam nesse nível são a principal referência do território, incluindo os doentes que apresentam doenças crônicas progressivas ou ameaçadoras da vida, que demandam cuidados paliativos.

A maioria das pessoas que necessitam de CP prefere permanecer em casa, de modo que é necessária a provisão de CP pela Atenção Primária, tanto do ponto de vista médico como ético. Os profissionais que atuam neste nível podem ser treinados para ofertar a maior parte dos cuidados básicos necessários para alívio de sintomas e conforto de pacientes e seus familiares, transferindo-os para um nível de maior complexidade, quando necessário (OMS, 2018).

Em uma investigação recente que avaliou a qualidade de morte em 81 países, com base na opinião de especialistas em cuidados paliativos e relatos de cuidadores de pessoas falecidas recentemente, o Brasil ficou em 79º lugar para se viver o período final da vida (Finkelstein *et al.*, 2022). Isso demonstra que a inclusão dos cuidados paliativos nas linhas de ação do país, por meio de políticas públicas, é imperativa para o desenvolvimento de um sistema de saúde efetivo e resiliente.

A Conferência Nacional de Saúde (CNS) se consagrou como instância colegiada de representantes dos vários segmentos sociais, com o objetivo de avaliar e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde nos níveis municipais, estaduais e nacional (CNS, [s.d.]). Em julho de 2023, realizou-se a 17ª CNS, que aprovou uma diretriz para a criação da Política Nacional de Cuidados Paliativos, com financiamento próprio e coordenada pela APS. O desafio é pensar os cuidados paliativos dentro das necessidades da população e respeitando as especificidades da territorialização do país. Já tendo sido aprovada em todas as instâncias decisórias, a referida lei aguarda a sanção presidencial (CNS, 2023).

Barreiras para implementação dos cuidados paliativos

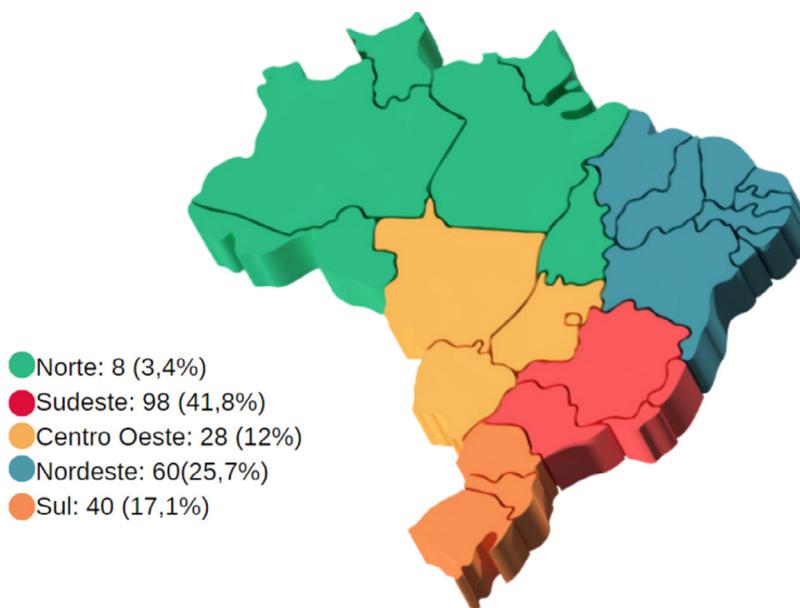
A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a organização não governamental Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) realizaram um estudo no qual foi apontada a existência de três barreiras globais que devem ser superadas para atender as necessidades de CP nos países: 1) políticas públicas; 2) educação em cuidados paliativos e 3) acesso aos analgésicos opioides (OMS; WPCA, 2020).

Observa-se que a oferta de CP, no Brasil, está distante do estabelecido pela Assembleia Mundial da Saúde, que sugere aos Estados-membros a priorização das pessoas no centro dos cuidados de saúde. Isso implica no fornecimento de serviços abrangentes de cuidados primários, incluindo promoção da saúde, prevenção de doenças, cuidados curativos e paliativos, integrados com outros níveis de cuidados (OMS, 2014).

A cobertura de CP no país mostra-se, ainda, incipiente e desigual, predominando nas regiões mais desenvolvidas. Em 2020, havia 198 equipes,

sendo que 34,3% estavam localizadas em hospitais (Pastrana *et al.*, 2021). A média de cobertura de CP era de um serviço para cada 1,1 milhão de habitantes em uma população de 210,1 milhões, quando o recomendado internacionalmente são dois serviços especializados para cada 100 mil habitantes (Santos, 2020). Apesar de estar longe de atender as necessidades do país, em 2022, o número de serviços, chegou a 234 (Guirro, 2023).

Figura 1. Distribuição de serviços por região do país



Fonte: Guirro (2023, p. 16).

A barreira educacional em CP limita a sua oferta na APS brasileira, em virtude da restrição de recursos humanos capacitados para reconhecer e manejar as necessidades das pessoas que demandam tais cuidados, sugerindo baixa qualidade dos serviços de CP no país (Mattos; Derech, 2020). Tal limitação já começa na formação profissional, como evidenciado por Castro *et al.*, em 2021, em uma pesquisa nacional focada no ensino de CP nas escolas médicas.

Os autores demonstraram que, dos 315 cursos de graduação de Medicina cadastrados no Ministério da Educação, apenas 44 deles ofereciam a disciplina de CP, sendo que 70% estavam concentrados nas regiões mais ricas do país. A pesquisa apontou a desigualdade na distribuição dos cursos e concluiu que o ensino de CP é escasso, representando uma barreira na formação do médico brasileiro. Em relação às outras categorias profissionais da área da saúde, há um verdadeiro vácuo educacional nos cursos de graduação nessa temática (Castro *et al.*, 2021). Desta forma, é após o término da graduação que os profissionais buscam a competência para atuar em CP.

Estratégia para superar a barreira educacional nos CP

A capacitação básica em CP é a estratégia sugerida pela OMS para melhorar a qualidade de vida e de morte de pessoas com doenças crônicas evolutivas (OMS, 2018). Entretanto, a formação de especialistas em CP que trabalham na APS é necessária para assegurar a transferência do conhecimento para os outros profissionais que atuam no primeiro nível de atenção à saúde.

Em consonância com a OMS, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil, por meio de duas de suas instituições, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), deu início à formação de especialistas em cuidados paliativos, em 2019. A especialização é realizada na Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), sendo este o primeiro curso voltado para a Atenção Primária no país. Inicialmente realizado de forma presencial, mas adotando a modalidade *on-line* durante a pandemia, possibilitou a participação de alunos de regiões longínquas e menos desenvolvidas do país, cujas dimensões continentais dificultam o acesso à formação.

Figura 2. Regiões do país com especialistas em Cuidados Paliativos na APS



Fonte: elaborado pelos autores.

O curso prioriza a formação de um currículo interdisciplinar, tendo a integralidade do cuidado como tema transversal. Adota a metodologia da problematização, estimulando a reflexão crítica, a partir da realidade vivenciada pelo(a) aluno(a) no processo de trabalho cotidiano. As atividades propostas combinam aulas expositivas, atividades em pequenos grupos para o treinamento no uso dos instrumentos utilizados em CP, incluindo o Projeto Terapêutico Singular, destinado ao manejo de casos complexos, e visitas técnicas a serviços de cuidados paliativos. No capítulo dez desta publicação, será abordada a metodologia da pesquisa aplicada no curso de especialização.

Para a conclusão do curso é realizado um projeto de intervenção (Quadro 1) com base em uma situação-problema identificada no serviço de saúde da região onde os alunos atuam, sendo a capacitação em CP o problema mais recorrente. Assim, os(as) alunos(as) se transformam em multiplicadores

da temática dos CP, seguindo a Política Nacional de Educação Permanente, cujo objetivo é estimular a produção e disseminação do conhecimento e qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde nos serviços onde atuam (Departamento de Gestão da Educação na Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2018).

Quadro 1. Tipos de projetos implementados pelos alunos do curso de especialização em seus locais de trabalho ou na comunidade

Oficinas de capacitação profissional em cuidados paliativos;
Oficinas de sensibilização em CP para a sociedade civil;
Checklist de alta hospitalar para pacientes em cuidados paliativos;
Elaboração de fluxo para fornecimento de morfina pelos médicos da atenção primária;
Elaboração de fluxo para fornecimento de atestado de óbito para pacientes que morrem em domicílio;
Avaliação de sobrecarga de cuidadores familiares;
Desospitalização de pacientes em cuidados paliativos;
Elaboração de cartilha para familiares de pacientes com doenças neurológicas;
Treinamento de cuidadores familiares para pacientes com doenças neurológicas;
Divulgação do tema em espaços públicos e mídias sociais.

Fonte: elaborado pelos autores.

Considerando a crescente necessidade de acesso à educação em cuidados paliativos, as instituições responsáveis pelo curso em breve aumentarão a oferta de vagas nas regiões mais carentes do país. Além disso, divulgarão e-books com os projetos de intervenção dos alunos, visando ampliar a disseminação de práticas voltadas à resolução de problemas relacionados aos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil.

Conclusão

Estima-se que mais de um milhão de pessoas precisarão de CP no Brasil, em 2040 (OMS; WPCA, 2020). A estruturação da rede de CP carece de eficácia para o seu desenvolvimento como política pública coerente com a doutrina do SUS de universalidade, integralidade e equidade (Mendes; Vasconcellos, 2015).

Reconhecendo a relevância dos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde (APS), a especialização em “Cuidados Paliativos com ênfase na Atenção Primária” é direcionada, mas não limitada, a profissionais da APS. Essa abertura permite a participação de profissionais de outros níveis de atenção, configurando-se como uma estratégia para promover a integralidade do sistema de saúde. A integração dos cuidados paliativos entre diferentes níveis de atenção à saúde é essencial para garantir uma abordagem abrangente e coordenada para os pacientes que necessitam desses cuidados. Embora a APS seja a principal responsável por fornecer cuidados paliativos, muitas vezes os pacientes precisam de intervenções de níveis mais especializados de cuidado, como atenção secundária e terciária.

A colaboração entre esses diferentes níveis de atenção à saúde é fundamental para garantir que os pacientes recebam a atenção adequada em todas as fases de sua condição. Isso envolve uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, compartilhamento de informações sobre o plano de cuidados do paciente e encaminhamento oportuno para serviços mais especializados, quando necessário.

Além disso, a integração dos cuidados paliativos entre os diferentes níveis de atenção à saúde pode contribuir significativamente para a melhoria da continuidade do cuidado e da qualidade de vida dos pacientes. Essa abordagem oferece um suporte abrangente, que contempla não apenas as necessidades físicas, mas também as dimensões emocionais, sociais e espirituais dos pacientes. Portanto, a integração dos cuidados paliativos entre a APS e outros níveis de atenção é uma estratégia essencial para garantir uma abordagem holística e centrada no paciente no manejo de condições complexas e progressivas. Essa estratégia visa proporcionar conforto e dignidade tanto aos pacientes quanto às suas famílias, assegurando um cuidado mais completo e humanizado.

Outra estratégia adotada pela especialização é a modalidade de trabalho de conclusão de curso, que utiliza o modelo de projeto de intervenção. Esse formato busca transformar a realidade local, impactando não apenas a prática profissional, mas também a vida daqueles que necessitam de cuidados paliativos.

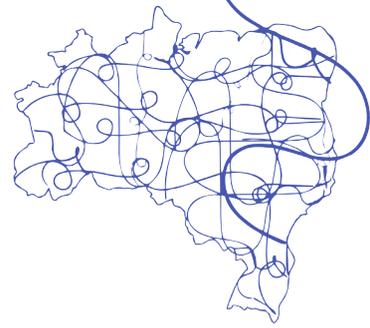
Além disso, os(as) alunos(as) são incentivados a divulgar seus projetos por meio de artigos, capítulos de livros ou apresentações em eventos, com o objetivo de disseminar suas iniciativas e inspirar outras regiões a implementarem os cuidados paliativos. Dessa forma, espera-se reduzir o sofrimento dos indivíduos que necessitam de cuidados paliativos em todas as regiões do país, proporcionando maior conforto e dignidade aos pacientes e suas famílias.

Referências

- CÂMARA DOS DEPUTADOS; CENTRO DE ESTUDOS E DEBATES ESTRATÉGICOS. **Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece.** (Série estudos estratégicos). 2017.
- CASTRO, A. A.; TAQUETTE, S. R.; MARQUES, N. I. Cuidados paliativos: Inserção do ensino nas escolas médicas do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20200162>. Acesso em: 20 dez. 2023.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Histórias das Conferências de Saúde.** [s.d.]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>. Acesso em: 20 dez. 2023.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **17ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Consolidado.** Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/17cns/Relatorio_Consolidado_da_17_CNSv2_1.pdf. Acesso em: 11 nov. 2023.
- DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE; SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: O que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- FINKELSTEIN, E. A. et al. Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 63, n. 4, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.015>. Acesso em: 11 nov. 2023.
- FITZGERALD, J. Recomendaciones para el desarrollo de sistemas de salud resilientes en las Américas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 47, n. 1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.101>. Acesso em: 08 nov. 2023.
- GUIRRO, Ú. B. do P. **Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil.** São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2023.
- MATTOS, C. W.; DERECH, R. D. Cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária à saúde brasileira: um survey nacional. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmf15\(42\)2094](https://doi.org/10.5712/rbmf15(42)2094). Acesso em: 11 nov. 2023.
- MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. D. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 881-892, jul./set. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030026>. Acesso em: 11 nov. 2023.

- MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Conselho Nacional de Saúde, 2015.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **As 10 principais causas de morte**. In: Estimativas Globais de Saúde. WHO. Disponível em: <https://www.who.int/data/global-health-estimates>. Acesso em: 17 jun. 2022.
- PASTRANA, T. *et al.* **Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020**. 2. ed. Houston: IAHPHC Press, 2021.
- SANTOS, A. F. J. **Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). **National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines**. 2002. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/4249>. Acesso em: 08 nov. 2023.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). **Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course**. (RESOLUTION WHA67.19). Sixty-seventh World Health Assembly, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf. Acesso em: 11 nov. 2023.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). **Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: A WHO guide for planners, implementers and managers**. World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/274559>. Acesso em: 08 nov. 2023.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS); WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE (WPCA). **Global Atlas of Palliative Care at the end of life**. 2. ed. 2020.

CAPÍTULO 2



INTERVENÇÃO EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CÓRREGO DO EUCALIPTO, RECIFE (PE)

Cláudia Maria Maciel Patriota
Mônica de Oliveira Benarroz

Por ser a Atenção Primária à Saúde (APS) o nível de atenção mais próximo do paciente e sua rede de apoio, ela deveria ser responsável pelo suporte aos cuidados domiciliares de modo a assegurar o controle dos sinais e sintomas e a dignidade de vida e de morte (Floriani; Schramm, 2007).

Apesar da existência de princípios e normas que sustentam a filosofia dos cuidados paliativos (CP), estudos indicam que, para a implementação efetiva dos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde (APS), são necessárias ações de sensibilização e educação em saúde. Essas ações visam ampliar a compreensão dos profissionais sobre o tema, especialmente no que diz respeito às habilidades de comunicação com pacientes e suas famílias, bem como ao uso adequado de recursos tecnológicos (Baliza, 2012; Pereira *et al.*, 2017).

A educação permanente tem sido considerada como fator potencial para a melhora do conhecimento profissional e a sua aplicação na prática, principalmente, no que se refere a segurança na atuação. A proposta de educação permanente foi desenvolvida como estratégia para se alcançar o desenvolvimento da relação entre o trabalho e a educação (Hench *et al.*, 2013).

Reconhecendo os benefícios que os cuidados paliativos (CP) na Atenção Primária à Saúde (APS) podem proporcionar à qualidade de vida de pacientes e seus familiares, foi proposto um projeto de ação educativa, alinhado aos preceitos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Esse projeto correlaciona a temática de cuidados paliativos com a APS e tem como objetivos específicos: analisar o conhecimento prévio dos profissionais sobre cuidados paliativos; fornecer subsídios teóricos para que esses profissionais compreendam a importância dos cuidados paliativos na APS; e descrever a ação educativa desenvolvida.

Planejamento para intervenção em educação em saúde

A partir da vivência na Unidade de Saúde da Família Córrego do Eucalipto, surgiram os seguintes questionamentos: o que os profissionais de saúde dessa unidade sabem sobre CP? Quais as suas principais dificuldades sobre o tema CP? A aplicação de uma intervenção educativa poderia gerar um impacto positivo?

Essas perguntas norteadoras impulsionaram o desenvolvimento do projeto de intervenção, cujo objetivo foi analisar o conhecimento prévio dos profissionais, aplicar uma intervenção educativa e, em seguida, avaliar as mudanças ocorridas entre os participantes da pesquisa. Além disso, o projeto buscou promover um debate na unidade sobre a importância dos cuidados paliativos na APS, ampliando a conscientização e fortalecendo a prática na atenção primária. O caminho percorrido do planejamento à execução da atividade foi dividido em três fases: 1ª – perfil da unidade; 2ª – seleção do problema e 3ª – plano de intervenção.

Caminhos percorridos

1ª fase: perfil da unidade

A intervenção de educação foi realizada na Unidade de Saúde da Família (USF) Córrego do Eucalipto, localizada no bairro da Macaxeira, na

cidade do Recife (PE). Atualmente, a Unidade de Saúde da Família (USF) conta com duas equipes de saúde da família e uma equipe de saúde bucal, composta por duas médicas, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, dez agentes comunitárias de saúde (ACS), uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal (ASB), três auxiliares administrativos e duas auxiliares de serviços gerais. Vale destacar que, desde 2019, a USF não recebe o apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Segundo as informações coletadas no aplicativo e-SUS Território, em abril de 2022 havia 1.695 famílias cadastradas na USF, perfazendo um total de 6.227 habitantes (3.438 mulheres e 2.799 homens). Destes, 2.965 pessoas são acompanhadas pela equipe I e 3.262 são de responsabilidade da equipe II. Em relação à faixa etária, a população acompanhada pela USF está assim caracterizada: 1.828 jovens (de 0 a 19 anos), 3.664 (de 20 a 59 anos) e 735 (60 anos ou mais).

2ª Fase: seleção do problema

Inicialmente optou-se por identificar as causas e consequências para a baixa inclusão dos CP na APS consoante a percepção de alguns profissionais (informantes chave). Assim, a seleção do problema foi feita durante uma reunião, realizada no mês de abril de 2022, entre a pesquisadora, as enfermeiras e médicas da unidade de saúde. Após apresentar o propósito da reunião, houve o seguinte questionamento: para você, quais as causas e consequências da baixa inclusão dos cuidados paliativos na APS? Diante das causas (problemas) relatadas pelas profissionais, foram estabelecidos dois critérios para selecionar a causa/problema a ser abordado na intervenção:

- Importância do problema (atribuir um valor “alto, médio ou baixo”);
- Capacidade de enfrentamento da equipe (atribuir: sim, parcialmente, não).

A maior pontuação foi estabelecida para o problema que estivesse dentro da capacidade de enfrentamento da unidade.

As profissionais fizeram suas avaliações conforme os critérios de importância e capacidade de enfrentamento do problema e, ao final, elaborou-se um quadro síntese com a classificação dos problemas por ordem de prioridade conforme quadro abaixo.

Quadro 1. Temas, objetivos e estratégias utilizadas no processo educativo

Ref.	Temas	Objetivos	Estratégias
OF 1	Conceito, Princípios e Aplicação dos Cuidados Paliativos	Conhecer a percepção dos profissionais sobre cuidados paliativos.	Roda de conversa, após a aplicação de um questionário com perguntas abertas e fechadas, na qual cada participante descreverá suas percepções em relação aos CP.
		Introduzir conceitos gerais e um panorama dos cuidados paliativos.	Exibição e discussão do vídeo disponível no YouTube: o que preciso saber sobre cuidados paliativos. (https://youtu.be/y_2inxtpMo) Duração de duas horas
OF2	Cuidados paliativos e APS	Analisar as vantagens e dificuldades para execução dos Cuidados Paliativos na atenção básica.	Exibição e discussão do vídeo disponível no YouTube: Cuidados Paliativos no Cenário da APS. (https://www.youtube.com/watch?v=Le ewWololt8) Duração de 1h 30min
OF3	Cuidando de quem cuida	Promover reflexões a respeito do funcionamento de autocuidado e de cuidados em equipe de saúde; Pontuar como o cuidador pode ser cuidado.	Exibição e discussão do vídeo disponível no YouTube: Cuidando do cuidador (https://www.youtube.com/watch?v=o9DaDDglluW) Duração de 1h 30min
OF4	Avaliação do processo	Encerrar e avaliar o processo educativo.	Roda de conversa Duração de 1h 30min

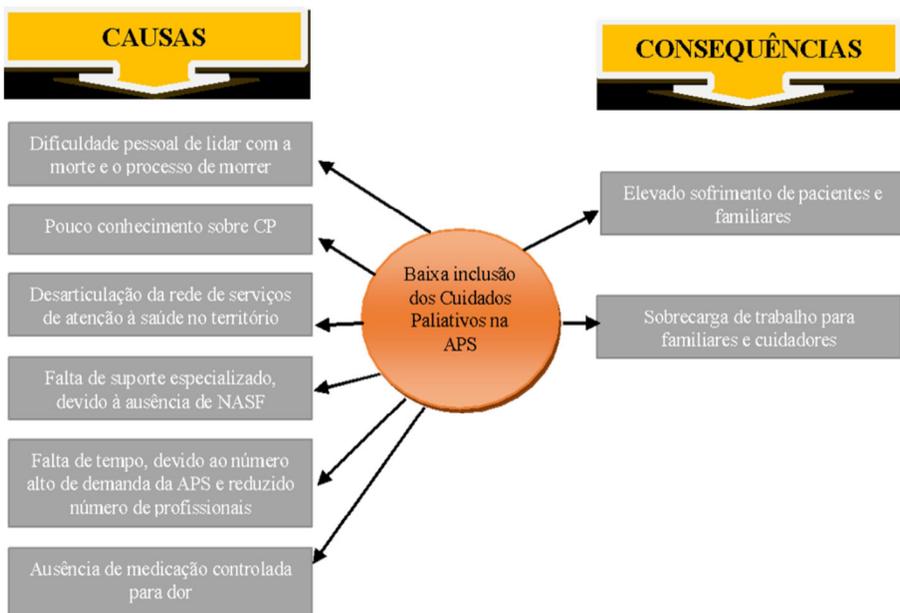
Fonte: elaborado pelas autoras.

Com a intenção de facilitar a visualização acerca das percepções das profissionais no que se refere à baixa inclusão dos CP na APS, elaborou-se um esquema ilustrativo elencando todas as causas e consequências relatadas (Figura 1).

Vale salientar que as profissionais expressaram percepções diferentes em relação às causas para baixa inclusão dos CP na APS, mas todas relataram

que possuíam pouco conhecimento sobre o assunto, assim como apontaram a existência de desarticulação da rede de serviços de atenção à saúde, além da ausência de medicação controlada para dor (opioides) na USF. Como consequência da baixa inclusão dos CP na APS, todas referiram o elevado sofrimento dos pacientes e familiares, no entanto, apenas uma profissional mencionou a sobrecarga de trabalho para familiares e cuidadores.

Figura 2. SEQ Figura * ARABIC 2. Esquema explicativo da baixa inclusão dos CP na APS, Recife, 2022



Fonte: elaborado pelas autoras.

Observou-se que as profissionais foram unânimes em atribuir alta importância para todos os problemas elencados, entretanto, “pouco conhecimento sobre CP” foi o único que, segundo elas, está dentro da capacidade de enfrentamento da unidade (Quadro 2).

Quadro 2. Distribuição da seleção de problemas segundo o grau de importância e de capacidade de enfrentamento, 2022

Principais Problemas	Importância	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Pouco conhecimento sobre CP	Alta	Sim	1
Dificuldade pessoal de lidar com a morte e o processo de morrer	Alta	Parcialmente	2
Desarticulação da rede de serviços de atenção à saúde no território	Alta	Não	3
Falta de suporte especializado, devido à ausência de NASF	Alta	Não	3
Falta de tempo, devido ao número alto de demanda da APS e o reduzido número de profissionais	Alta	Não	3
Ausência de medicação controlada para dor	Alta	Não	3

Fonte: elaborado pelas autoras.

É sabido que existe uma lacuna na formação de profissionais de saúde em relação ao tema CP, e isso tem sido um obstáculo para o cuidado ao paciente e a sua família que vivencia sua terminalidade (Boemer, 2009). Alguns estudos apontam para a importância de mudança curricular na formação de todos os profissionais de saúde que proporcione o mínimo de conhecimento teórico e prático em CP, independentemente do local ou nível de atenção ocupado por esses profissionais (Costa; Poles; Silva, 2016).

As profissionais também mencionaram que a dificuldade pessoal em lidar com a morte é uma habilidade que poderia ser aprimorada através de capacitações e cursos. Por essa razão, elas avaliaram que a unidade de saúde possuía uma capacidade de enfrentamento apenas parcial nesse aspecto. Falar de morte e do processo de morrer são tabus na sociedade (Mondragón-Sánchez *et al.*, 2015) que carecem de ações educativas para melhor identificação e suporte no alívio do sofrimento na fase final da vida, bem como no processo de luto (Afonso; Carvalho; Grincenkoy, 2018).

Entre os problemas que estão além da capacidade de enfrentamento da USE, foram mencionados: a desarticulação da rede de serviços de atenção à saúde no território, a falta de suporte especializado decorrente da ausência do NASE, a escassez de tempo devido à alta demanda na APS e ao número reduzido de profissionais, além da ausência de medicação controlada para dor. Essas fragilidades evidenciam a necessidade de uma melhor estruturação da rede de atenção à saúde para possibilitar a oferta adequada de cuidados paliativos.

3ª fase: Plano de Intervenção – descrição do processo educativo

Oficina 1

O plano de intervenção foi composto por quatro encontros educativos que se configuram como oficinas.

As oficinas são compreendidas como “instrumento que proporciona um espaço de reflexão sobre a práxis, em que os sujeitos – agentes e coprodutores do processo educativo – participam com a finalidade de transformar a práxis reiterativa em práxis criativa” (Soares *et al.*, 2009, p. 192).

A organização do conteúdo abordado nas atividades educativas adotou os pressupostos do Manual de Cuidados Paliativos da ANCP e abordou os seguintes temas: conceitos, fundamentos e princípios dos CP; organização dos serviços e cuidados paliativos na APS; cuidando de quem cuida; e assistência ao fim da vida.

A seguir, foi apresentada a estruturação das oficinas (OF) de educação permanente e seu detalhamento em etapas conforme o Quadro 1.

O processo educativo proposto pelo plano de intervenção contou com a participação das seguintes profissionais: duas médicas, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, oito agentes comunitários de saúde, uma auxiliar de saúde bucal e uma dentista (pesquisadora). A atividade teve a duração de duas horas. Inicialmente, os objetivos da atividade foram explicados, assim como a forma de desenvolvimento da intervenção. Em seguida, foi realizada uma prática meditativa de relaxamento, com duração de dez minutos, para promover uma maior tranquilidade e quietude no ambiente.

Em função do tema abordado, algumas pessoas demonstraram certa resistência para participar das atividades propostas. No entanto, no transcorrer das oficinas, os encontros tornaram-se espaços de trocas de experiências e de angústias, local de reflexão e de fortalecimento pessoal e profissional.

Após a prática meditativa, tarjetas coloridas foram distribuídas e apresentou-se o seguinte questionamento: quando você escuta o termo CP, o que vem à sua mente? Foi pedido que as participantes usassem apenas uma palavra para descrever o que elas percebiam acerca do tema (Figura 2).

Figura 3. Nuvem de palavras sobre o significado de cuidados paliativos



Fonte: elaborado pelas autoras.

Ao final da atividade, foi elaborado um cartaz reunindo as percepções de todas as participantes. De forma espontânea, algumas pessoas começaram a compartilhar experiências vividas com familiares ou membros da comunidade, enriquecendo ainda mais o momento de reflexão e troca. Diante das respostas, observou-se que para alguns participantes o termo “cuidados paliativos” estava relacionado a palavras como alívio, conforto, dignidade, apoio, humanização, continuidade, dentre outras. Destaca-se que as expressões dor e morte foram citadas por três pessoas e câncer foi mencionada por outras duas profissionais. Os demais significados foram referidos apenas uma vez.

Após a roda de conversa e relato das experiências e antes da exibição do vídeo “O que preciso saber sobre cuidados paliativos” (Moraes, 2021), aplicou-se

um questionário com sete perguntas abertas e fechadas que incluíram aspectos gerais sobre os cuidados paliativos (Quadro 3).

Quadro 3. Questionário aplicado para as participantes da roda de conversa

1 Você já participou de alguma palestra, seminário ou curso com o tema Cuidados Paliativos?	5 Quem são os profissionais que podem oferecer Cuidados Paliativos?
2 Para você, o que são Cuidados Paliativos?	a) Médicos.
3 Quando devem ser iniciados os Cuidados Paliativos?	b) Médicos e enfermeiros.
a) Junto com o diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida; b) Quando a doença grave já está avançada. c) Quando não há mais nada a fazer.	c) Equipe Interdisciplinar composta por: Assistente Social, Dentista, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico, Nutricionista, Psicólogo, Técnico em enfermagem, Terapeuta Ocupacional.
4 Onde os Cuidados Paliativos podem ser realizados?	6 Você já passou pela experiência de cuidar de um paciente em final de vida? Em caso afirmativo: Como foi essa experiência?
Apenas em hospitais especializados. Em ambulatórios e hospitais. Em ambulatórios, no domicílio, em hospitais e na unidade de saúde da família.	7 Você se considera preparado para lidar com a morte de um paciente?
	a) Sim, encaro a morte como um processo natural da vida.
	b) Não, associo a morte com derrota, perda e frustração.
	c) Não, mas não associo a morte com derrota, perda e frustração.

Fonte: elaborado pelas autoras.

Segundo o questionário, todas as participantes eram do sexo feminino e o tempo de atuação na APS entre as 15 participantes variou de 5 a 22 anos.

Em relação à formação profissional para CP, as médicas e enfermeiras afirmaram não ter tido formação na graduação, o conhecimento foi alcançado de forma pontual por meio de participações em eventos, seminários e na própria prática diária. As técnicas de enfermagem e ASB relataram não ter formação anterior. Entre as oito ACS, apenas duas referiram possuir conhecimento prévio. Nenhuma participante apresenta pós-graduação em cuidados paliativos.

Ao se analisar o conhecimento prévio sobre CP, observou-se que a maioria das profissionais relacionou CP tanto com cuidado ao paciente

terminal, como com o processo de morte, mas com enfoque na qualidade de vida. De acordo com elas, essa qualidade de vida está relacionada à dignidade, conforto, manejo de sintomas (dor) e inclusão do apoio familiar.

Em relação ao momento ideal para o início dos cuidados paliativos (CP), quatro participantes responderam que esses deveriam começar junto com o diagnóstico de uma doença que ameaça a vida. Cinco profissionais acreditaram que os CP deveriam ser iniciados quando a doença já estivesse avançada, enquanto seis participantes compreenderam que os cuidados paliativos deveriam começar quando a doença grave estivesse em estágio avançado e não houvesse mais opções de tratamento curativo. De acordo com Silva *et al.* (2012), ainda é comum verificar profissionais de saúde afirmarem que os CP são realizados na fase final de uma doença, poucos indicariam estes cuidados na fase inicial da doença. Entretanto, de acordo com a filosofia dos CP, tais cuidados, que visam o conforto, a manutenção da qualidade de vida e da dignidade e o cuidado à família, devem ser realizados em todas as fases de uma doença, desde o seu diagnóstico até o óbito.

No que se refere ao local onde os CP podem ser realizados, todas as participantes afirmaram que poderiam ser ofertados em ambulatórios, domicílios, hospitais e nas USFs. Também houve unanimidade em reconhecer que os CP devem ser realizados por uma equipe multidisciplinar que segue o eixo da humanização, do bem-estar físico, emocional e espiritual do enfermo.

Em relação à experiência de cuidar de um paciente em final de vida, os relatos expressaram sentimentos de angústia, tristeza e uma profunda sensação de incapacidade para lidar com a morte e o sofrimento alheio. Esses sentimentos foram exacerbados pela grande limitação de recursos, tanto emocionais quanto materiais, tornando o processo ainda mais desafiador para os profissionais. Apenas duas pessoas afirmaram que encaravam a morte como um processo natural e que estavam preparadas para lidar com a morte de um paciente. As outras disseram que não estão preparadas para encarar a morte de um paciente, mas afirmaram não a associar com derrota, perda ou frustração.

As respostas das profissionais sobre a dificuldade em lidar com a morte e o processo de morrer revelam uma lacuna na formação profissional diante dessas temáticas complexas, que envolvem fatores como contextos socioculturais e experiências anteriores (Hall; Rowland; Grande, 2019). Isso ressalta a necessidade de uma abordagem mais aprofundada durante a formação para preparar os profissionais para esses desafios.

Oficina 2

No segundo encontro houve a exibição do vídeo “Cuidados Paliativos no cenário da APS” (Vieira, 2020), usado como estratégia para discussão acerca das vantagens e dificuldades para execução dos cuidados paliativos na Atenção Básica. Após o vídeo, apresentou-se um caso clínico para que as participantes decidissem sobre os tipos de procedimentos e cuidados que deveriam ser realizados ao paciente em CP. Em seguida, iniciou-se uma roda de discussão sobre a importância de aliar o cuidado técnico com os valores dos pacientes, o manejo dos sintomas e o cuidado com a família.

Para a apresentação do caso clínico, utilizou-se o processo educativo problematizador, fazendo com que as participantes idealizassem uma situação real, na qual elas deveriam prescrever os cuidados que julgassem necessários ao paciente em questão. Esse momento gerou uma árdua discussão, na qual as opiniões divergiam muito. Entretanto, possibilitou a formação de uma roda de conversa, em que as profissionais puderam refletir sobre suas ações diante de seus pacientes, bem como defender seu ponto de vista.

Durante a roda de conversas, surgiram reflexões que evidenciaram preocupações com as limitações da Unidade de Saúde da Família (USF). Entre as principais questões levantadas estavam: a falta de tempo dos profissionais para proporcionar uma assistência adequada; a ausência de uma equipe multidisciplinar, incluindo psicólogo, assistente social e fisioterapeuta; o horário de funcionamento da USF, que não oferece suporte à noite, nos feriados e finais de semana, deixando pacientes e suas famílias desamparados; e a deficiência

de recursos materiais, como insumos para curativos e medicação para controle da dor. Saito e Zoboli (2015) apontam vários desafios para a consolidação dos cuidados paliativos (CP) na Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo a falta de recursos, o desconhecimento sobre CP por parte dos atores envolvidos, a carência de boas habilidades de comunicação e a dificuldade em estabelecer limites nas relações de cuidado devido ao vínculo próximo com os pacientes, o que, dependendo do manejo do profissional de saúde, pode ser tanto um desafio quanto um benefício. Além disso, destacam a sobrecarga de trabalho resultante da diversidade e do alto número de demandas, bem como a falta de apoio dos serviços de referência. Esses fatores criam lacunas burocráticas, onde os pacientes acabam se perdendo entre os níveis de atenção primário, secundário e terciário.

Oficina 3

Na terceira oficina, após a apresentação do vídeo “Cuidando do cuidador” (ABRALE, 2020), as participantes reconheceram a importância do cuidado tanto ao paciente como a seus cuidadores. Houve a percepção de que a atuação profissional deve estar centrada na orientação e no apoio ao doente e à família, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

Entretanto, houve relatos de que orientar e envolver a família no cuidado é um dos principais desafios dos cuidados paliativos (CP). No entanto, ao integrar a família no plano de cuidados, não só se estimula a melhora da qualidade de vida do paciente, como também se promove uma experiência menos angustiante para todos os envolvidos. Essa prática reflete a essência da abordagem paliativa, que visa cuidar da pessoa de forma integral, respeitando suas necessidades e oferecendo suporte em todos os aspectos de sua jornada (Espíndola *et al.*, 2018).

Oficina 4

Na última oficina, foi apresentada às participantes uma síntese das discussões realizadas nos encontros anteriores e, aberto ao grupo a oportunidade

de elucidar questões relacionadas aos temas tratados. Todas as profissionais presentes fizeram uma reflexão a respeito da troca de conhecimento e vivências oportunizadas pelos encontros anteriores. Para que as participantes avaliassem a vivência nos seminários, foi-lhes solicitado que completassem a frase “Participar dessas oficinas educativas foi...”. Elas relataram que a participação trouxe crescimento pessoal, promoveu reflexões e aprendizado, fomentou mudanças no modo de agir e pensar a respeito dos cuidados paliativos.

A proposta de educação desenvolvida possibilitou às participantes analisar suas práticas na realidade de trabalho por meio de um processo de aprendizagem significativa. O processo foi caracterizado pela reflexão sobre os métodos de trabalho, considerando as dificuldades, facilidades e desafios relatados pelas próprias profissionais envolvidas. A partir dessa análise, foi possível direcionar esforços para a busca de melhorias institucionais de forma abrangente, visando otimizar a qualidade dos cuidados e a eficiência das práticas na unidade de saúde. Sob a ótica da Educação Permanente em Saúde, educar é entendido como um processo baseado na reflexão sobre a realidade. Isso significa que o sujeito deve avaliar criticamente seu próprio processo de trabalho e suas práticas diárias. Além disso, o diálogo e a troca de experiências são fundamentais, promovendo discussões sobre o tema com colegas de trabalho, gestores e até mesmo com os próprios usuários. Esse intercâmbio de visões permite que o profissional conheça diferentes perspectivas, estabelecendo contrapontos às suas percepções e, assim, favorecendo a aprendizagem coletiva (Rigon; Neves, 2011).

Considerações finais

A participação das profissionais nessa atividade mostrou o quão positiva pode ser uma intervenção diante da formação de opinião, no alcance de um cuidado mais humanizado e eficaz. Contudo, observa-se a importância do desenvolvimento de novos estudos de acompanhamento e avaliação dessas estratégias de aprendizagem.

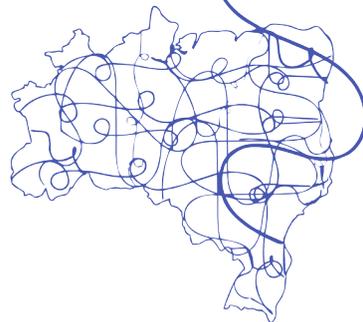
As limitações deste trabalho se referiram tanto ao tempo de execução, quanto ao número de atores envolvidos. Um tempo maior para desenvolvimento poderia possibilitar uma melhor exploração das informações para outras perspectivas, assim como a participação de mais profissionais poderia contribuir para melhoria das práticas assistenciais referentes aos CP por parte de profissionais da APS.

Referências

- AFONSO, L. A.; CARVALHO, L. L. de; GRINCENKOV, F. R. dos S. Atitudes de profissionais da Oncologia diante da morte: revisão sistemática. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 84-99, dez. 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA. ABRALE. Cuidando do cuidador. **Youtube**, 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=o9DaDDglu&t=83s>. Acesso em: 10 jan. 2022.
- BALIZA, M. F. *et al.* Cuidados paliativos no domicílio: percepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paul Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 13-18, 2012.
- BARRIOSO, P. D. C. Cuidados paliativos e atenção primária à saúde: proposição de um rol de ações de enfermagem. 2017. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.
- BOEMER, M. R. Sobre cuidados paliativos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 500-501, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2009.
- BRASIL. Portaria n.º 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- COSTA, A. P.; POLES, K.; SILVA, A. E. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1041-1052, 2016.
- DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009. v. 9, p. 39-63.
- ESPÍNDOLA, A. V. *et al.* Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos. **Revista Bioética**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 371-377, 2018.

- FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2072-2080, 2007.
- HALL, A.; ROWLAND, C.; GRANDE, G. How should end-of-life advance care planning discussions be implemented according to patients and informal carers: a qualitative review of reviews. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 58, n. 2, p. 311-335, 2019.
- HENOCH, I. *et al.* Training intervention for health care staff in the provision of existential support to patients with cancer: a randomized, controlled study. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 46, n. 6, p. 785-794, 2013.
- MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (org.). **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, p. 23-30, 2012.
- MEDEIROS, A. C. *et al.* Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 38-42, 2010.
- MENDES, E. V. Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- MONDRAGÓN-SÁNCHEZ, E. J. *et al.* A comparison of the level of fear of death among students and nursing professionals in Mexico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 323-328, 2015.
- MORAES, R. O que preciso saber sobre cuidados paliativos. **Youtube**, 08 out. 2021. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=y_2inxtpMo. Acesso em: 10 jan. 2022.
- PEREIRA, D. G. *et al.* Significado dos Cuidados Paliativos na ótica dos enfermeiros e gestores da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 11, supl. 3, p. 1357-1364, 2017.
- RIGON, A. G.; NEVES, E. T. Educação em saúde e a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: o que tem sido ou há para ser dito? **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 812-817, 2011.
- SAITO, D. Y. T.; ZOBOLI, E. L. C. P. Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: scoping review. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 593-607, 2015.
- SILVA, M. M. *et al.* Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 658-666, 2012.
- SOARES, *et al.* Juventude e consumo de drogas: oficinas de instrumentalização de trabalhadores de instituições sociais, na perspectiva da saúde coletiva. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 189-199, 2009.
- VIEIRA, A. D. F. P. Cuidados Paliativos na APS. **Youtube**, 11 dez. 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=LeewWololt8&t=923s>. Acesso em: 10 jan. 2022.

Capítulo 3



QUALIFICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE ITAMBÉ (MG)

Juliana Machado de Carvalho
Andrea Augusta Castro

No Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde. Dessa forma, os profissionais que atuam nesses serviços tornam-se a principal referência no território para o cuidado da população, incluindo aqueles restritos ao domicílio, acamados ou que enfrentam situações que ameaçam a vida (Brasil, 2013).

O perfil epidemiológico da população brasileira tem se caracterizado pelo aumento da prevalência de Condições e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que frequentemente apresentam mais sintomas e maiores limitações funcionais. Esse cenário impacta diretamente o acesso ao sistema de saúde, exigindo uma adaptação dos serviços para atender às necessidades dessa população (Mendes, 2012).

A proximidade com a morte, resultante tanto do envelhecimento da população quanto da convivência com doenças ameaçadoras da vida, ressalta a necessidade de os profissionais de saúde desenvolverem ferramentas adequadas para lidar com os cuidados paliativos (Menezes, 2004). Desse modo, o escopo

dos cuidados paliativos abrange sua atividade sobre todo indivíduo que tem sua vida impactada pelo comprometimento da qualidade de vida e dignidade causado por uma morbidade, como doenças crônicas como HIV e AIDS, insuficiência cardíaca, doença cérebro vascular, doenças neurodegenerativas, doenças pulmonares, entre outras, acidentes, entre outras (WHPCA, 2020). Portanto, a oferta dos cuidados paliativos é indicada o mais precocemente possível (OMS, 2022).

Neste sentido, os cuidados paliativos (CP) objetivam contemplar as necessidades de qualidade de vida e dignidade, especialmente a partir do momento em que não há perspectiva de tratamento modificador de doença (Carvalho; Parsons, 2012). Desse modo, o trabalho é necessariamente multidisciplinar para englobar todos os aspectos da vida do indivíduo, seja físico, psicossocial ou espiritual (OMS, 2022).

Entende-se que a formação e a qualificação dos trabalhadores de saúde devem estar alinhadas às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS, sendo, portanto, uma prioridade para a consolidação desse sistema (Brasil, 1988). Desse modo, são fundamentais as estratégias e políticas voltadas para garantir que os serviços de saúde estejam aptos a oferecer assistência e cuidado de maneira qualificada (Brasil, 2009).

O acesso ao SUS pode ter diversos obstáculos. Entretanto, elegeu-se como prioridade para intervenção a barreira da falta de conhecimento técnico em CP pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) para oferecer o manejo necessário para as pessoas que convivem com condições crônicas sem perspectiva de cura e seus cuidadores.

Ponto de partida

O município de Santo Antônio do Itambé está localizado no centro-nordeste de Minas Gerais, na região central da serra do Espinhaço e a 300 km da capital do estado, Belo Horizonte. Possui uma população estimada de 3.915 habitantes e densidade demográfica de 12,81 habitantes/km² de acordo

com Censo 2022 do IBGE (IBGE, 2022), distribuídos entre zona urbana e rural, sendo esta composta também por uma área quilombola (Santo Antônio do Itambé, 2021).

Imagem 1. Identificação de Santo Antônio do Itambé no mapa de Minas Gerais

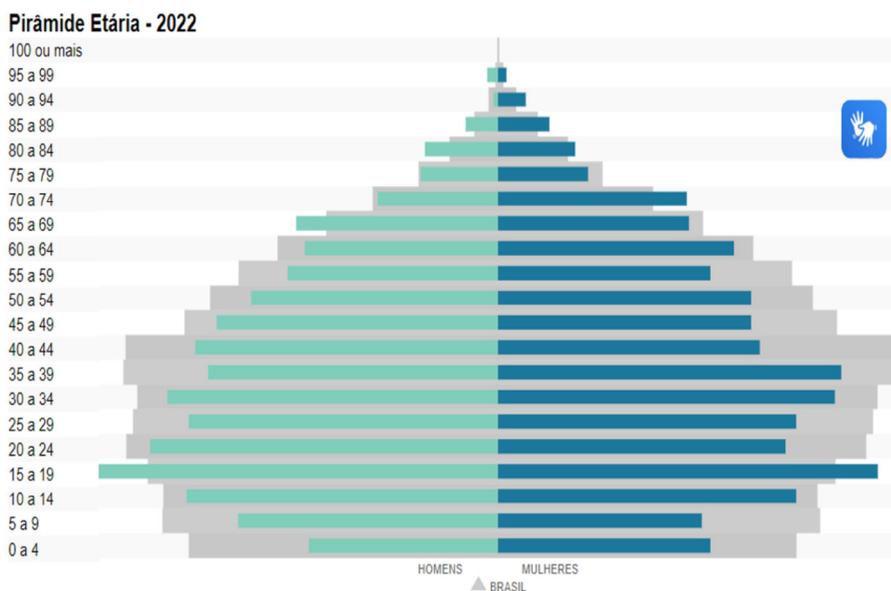


Fonte: Santo Antônio do Itambé, 2020.

No que tange à organização dos serviços de saúde, o município conta com uma cobertura de APS de 100% da população, composta pelas categorias profissionais: psicólogo, nutricionista, educador físico e fisioterapeuta, além de contar com a integração da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso. Esta turma de residentes e preceptores é composta por profissionais de enfermagem, fisioterapia, nutrição, educação física, farmácia e odontologia. O município dispõe ainda de dois psicólogos e um serviço de práticas integrativas e complementares que oferta terapia comunitária integrativa e ioga para a população. Em relação aos serviços de atenção secundária e terciária, conta com uma clínica municipal de fisioterapia, uma policlínica, com atendimentos médicos de pediatria, gineco-obstetrícia e psiquiatria (Santo Antônio do Itambé, 2021).

Apesar de uma população idosa considerável, as equipes de Saúde da Família (SF) não têm o levantamento de pacientes em cuidados paliativos, além de nunca terem recebido capacitação nessa área.

Tabela 1. Pirâmide etária – população residente por faixa etária e sexo – 2022



Fonte: IBGE, 2022.

Dessa forma, este trabalho tem como objetivo promover a qualificação profissional na Atenção Primária à Saúde (APS) sobre cuidados paliativos, com o intuito de aprimorar o atendimento a pacientes em fase terminal. O projeto de intervenção será realizado em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Município de Santo Antônio do Itambé (MG), e envolverá diversas categorias de trabalhadores da saúde, buscando uma abordagem mais integral e qualificada para o cuidado paliativo.

Metodologia

Foi realizada uma articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para a implementação do Projeto de Intervenção voltado às duas equipes

da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Santo Antônio do Itambé, com foco nos cuidados paliativos. O convite foi feito em parceria com a SMS, utilizando um banner digital enviado via WhatsApp, além da criação de uma lista de participantes. O objetivo é garantir que todas as equipes de saúde da família sejam contempladas e que seus profissionais recebam qualificação sobre cuidados paliativos.

Propôs-se quatro encontros presenciais, de três horas cada um, em quatro semanas seguidas, com mesmo horário e local predefinidos para facilitar a presença dos profissionais. O público-alvo foi composto por sete agentes comunitários de saúde (ACS), três técnicas de enfermagem e um cirurgião-dentista residente. Resultando em 11 profissionais qualificados.

Esta qualificação em cuidados paliativos debruçou-se sobre as características do território adscrito da equipe presente nos encontros, possibilitando, assim, o reconhecimento da teoria dentro da prática já conhecida, exercitando a metodologia ativa do processo de aprendizagem. Para alcançar os objetivos de aprendizagem, portanto, a abordagem do território será a partir do instrumento Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR).

A dinâmica dos encontros foi pensada na modalidade de roda de conversa, com diálogo horizontalizado, de modo a viabilizar uma maior participação dos profissionais de saúde. Nesse sentido, na abertura de cada encontro ocorreu uma prática de alongamento e automassagem.

Foi escolhido o instrumento SPICT, uma ferramenta clínica utilizada por profissionais de saúde para identificar pessoas com saúde em deterioração, que apresentam uma ou mais condições avançadas de piora ou um novo transtorno ou doença (SPICT, 2021). O SPICT foi selecionado para ser apresentado nos Encontros de Qualificação em Cuidados Paliativos para a APS devido à sua versão traduzida e certificada em português, que oferece uma linguagem acessível para diversas categorias profissionais, facilitando seu uso pela equipe multidisciplinar. Além disso, aborda de forma didática os principais aspectos que precisam ser avaliados em pacientes elegíveis aos cuidados paliativos.

Roteiro dos encontros de qualificação:

1º Encontro: o primeiro encontro contou com uma ambientação inicial, a sala foi organizada com cadeiras dispostas em círculo para facilitar a interação entre os participantes, que se apresentaram por 30 minutos. Em seguida foi realizada atividade de movimento/alongamento como “quebra-gelo” por dez minutos.

Foi aplicada uma avaliação pré-teste baseada nas perguntas do SPICT-BR durante 20 minutos. As perguntas também foram lidas pela autora em voz alta, os participantes registram as respostas na mesma folha e entregaram as respostas para ela.

Pré-teste inicial baseado nas perguntas do instrumento SPICT-BR:

Quadro 1. Pré-teste de Avaliação do Primeiro Encontro de Qualificação da ESF em CP

O que é cuidado para você?
Alguém no seu território está muito perto do fim da vida, a ponto de você não ficar surpreso com a notícia de morte?
Alguém no seu território está adoecendo rapidamente?
Alguém no seu território está restrito ao domicílio e/ou ao leito?
Alguém no seu território solicita cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento, ou um foco na qualidade de vida?

Fonte: elaborado pelas autoras.

Após o registro das respostas, iniciou-se uma conversa bem sensível sobre a experiência das profissionais de saúde com pessoas que vivem com doenças ameaçadoras da vida, convivem com sequelas de agravos prévios ou situações de cuidadores. Os casos índices dos relatos eram as próprias profissionais e seus familiares e elas se apoiaram de maneira empática e compassiva. Inevitavelmente o tema sobre luto foi aberto, apesar de ter sido planejado para discussão apenas no último encontro. Contudo, abrir esse tema demonstrou confiança no processo de trabalho e aprendizagem do grupo.

Os relatos foram usados como gancho para a introdução ao conceito de Cuidados Paliativos e sua contextualização no SUS com o objetivo de demonstrar a relevância do tema e teve duração de 60 min. O material necessário foi o projetor e o computador.

2º Encontro: atividade de movimento e alongamento por dez minutos e retomada dos *slides* sobre a contextualização dos cuidados paliativos no SUS a partir de um caso clínico¹ comum da rotina de todas as microáreas:

Dona Graça, mulher, idosa de 75 anos, vivia em sua casa com fogão a lenha sozinha, dividindo o quintal com a família do esposo já falecido, na zona rural. Os 3 filhos vivem em Belo Horizonte com suas famílias. Não está enxergando bem e sofreu uma queda no terreiro, felizmente sem sequelas graves, exceto a dor no joelho que piorou o que já era ruim, ficando sentada a maior parte do tempo. Ela diz: “Tem que ter um jeito de cuidar disso!”

Após a retomada do assunto iniciado no último encontro, que durou 50 minutos, foi realizada a apresentação do instrumento SPICT-BR, destacado como uma ferramenta essencial para a identificação de pessoas com indicação de cuidados paliativos (CP). As participantes estavam empolgadas com as descobertas sobre o conceito de CP e iniciamos a atividade de territorialização que durou 70 minutos. Enquanto líamos o SPICT-BR, as participantes desenharam, de forma livre, o território adscrito, utilizando lápis de cor em papel ofício. Elas identificaram, no mapa, as casas que as agentes comunitárias de saúde consideravam importantes em suas microáreas, conectando o conhecimento do território com a aplicação prática dos cuidados paliativos. Durante toda a discussão foi chamado a atenção ao papel do Agente Comunitário de Saúde no cuidado da população-alvo. O material necessário: uma resma de papel ofício, lápis (30 unidades) e borracha (30 unidades).

1 Nome fictício.

3º Encontro: iniciado com atividade de movimento e alongamento por dez minutos, neste dia foi usada uma peteca como ferramenta.

Durante os 170 minutos do encontro, foi discutido de maneira fluida e discussão sobre Cuidados Paliativos na APS, contribuição da Medicina de Família e Comunidade na abordagem familiar e comunitária; conceito de territorialização; reapresentação do instrumento SPICT-BR.

Conversamos sobre “o que não é cuidado paliativo”, a partir dos exemplos compartilhados nos encontros anteriores. Em seguida, projetamos o instrumento SPICT-BR e revisamos o mapa do território de cada equipe ESF ou microárea, desenhado no último encontro. Ao final, elas concluíram a necessidade de garantir o acesso dos cuidadores dos pacientes em CP na agenda médica e de enfermagem. Foi proposta uma atividade de dispersão entre os encontros, com o objetivo de refinar o mapeamento dos usuários em condições de CP para futura apresentação e discussão. Houve também um incentivo às discussões dos casos durante a reunião semanal da equipe. Em seguida, foram debatidos os casos trazidos pelas equipes.

4º Encontro: iniciamos com uma atividade de alongamento utilizando uma peteca por dez minutos. Em seguida, continuamos o exercício de desenvolvimento do mapa do território de cada equipe, identificando as famílias reconhecidas. Depois, realizamos uma roda de conversa sobre as cinco fases do luto e do sofrimento, segundo Elizabeth Kubler-Ross (Afonso; Minayo, 2013). Nesse momento, as profissionais retomaram naturalmente suas histórias pessoais, apoiando-se de maneira empática e compassiva. Posteriormente, discutimos a abordagem espiritual e religiosa com base nos recursos disponíveis na comunidade. Retomamos a projeção do instrumento SPICT-BR e, a partir disso, fizemos o reconhecimento dos usuários em cuidados paliativos no território, com uma discussão dos casos. Finalizamos completando o mapa do território de cada equipe com as famílias identificadas. Essa atividade, teve como produto a valorização da abordagem da população em cuidados paliativos; o que pode ser constatada pela avaliação em grupo dos

mapas do território, das experiências do período; e a construção do fluxo de atestado de óbito domiciliar no município;

Pós-teste de avaliação da capacitação profissional em CP para a ESF de Santo Antônio do Itambé:

O que você acha
que a sua unidade de saúde pode
fazer para oferecer
cuidados paliativos?

Essa avaliação pode reconhecer o impacto dessa qualificação no processo de trabalho e no cuidado da população. As conclusões do grupo devem ser registradas em flip-chart com caneta piloto, de forma visível a todos. Além disso, será importante documentar as novas demandas surgidas ao longo dos encontros. Na confraternização final, cada profissional de saúde participante receberá uma cópia impressa do instrumento SPICT-BR.

Resultados alcançados

Foram sensibilizados 11 profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Santo Antônio do Itambé, qualificando o trabalho das equipes de Saúde da Família (SF) por meio do mapeamento dos usuários com indicação para cuidados paliativos. A iniciativa permitiu que os profissionais manejassem os cuidados desses pacientes e seus familiares de forma multiprofissional, abordando de maneira integrada os aspectos físicos, psíquicos, sociais e a competência cultural no enfrentamento do luto.

As ACS organizaram, junto à enfermeira da equipe, uma nova agenda de prioridades de visitas domiciliares, considerando a ferramenta SPICT-BR. Por causa dessa iniciativa, um paciente idoso de 97 anos recebeu uma visita domiciliar da equipe em momento muito apropriado, enquanto estava lúcido, e

verbalizou para a família o desejo de morrer em casa e teve sua vontade realizada. A pesquisadora coordenou o cuidado e pôde atestar o óbito no domicílio. A ACS responsável falou em reunião de equipe sobre esse acompanhamento ter trazido mais sentido ao seu trabalho, incentivando a organização das visitas e participação das ACS no fluxo dos cuidados paliativos da equipe.

O espaço de educação em saúde qualifica as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e fortalece a APS.

Conclusão

A articulação com a Secretaria Municipal de Saúde para o processo de Educação Permanente está em andamento, com a qualificação da segunda equipe prestes a ser realizada. Além disso, há a possibilidade de incluir outros profissionais de saúde do município que demonstrarem interesse, especialmente os residentes da turma de Residência em Saúde do Idoso da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Podemos destacar que após a qualificação em CP realizada pelo projeto de intervenção, outras equipes do município solicitaram a capacitação visando participar do mesmo processo.

A qualificação da Rede de Saúde deve incluir os Agentes Comunitários de Saúde, integrando Cuidados Paliativos como parte das competências mínimas dos profissionais de saúde. Esse processo reforça o papel da educação pelo trabalho, capaz de ressignificar os tabus relacionados ao ciclo de vida e morte. A pesquisadora, que também atua como preceptora do internato de Medicina de Família e Comunidade (MFC) da UFVJM, contará com a participação dos próximos dois internos para a realização da nova turma, contribuindo assim para a qualificação dos futuros médicos.

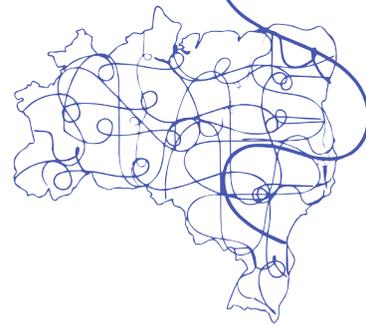
Referências

BRASIL. Constituição Federal (1988), Seção II Da Saúde, Artigo 200, Inciso III e V.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação**

- Permanente em Saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos.** São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e Estados.** 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/santo-antonio-do-itambe/panorama>. Acesso em: 08 ago. 2021.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MENEZES, R. A. A solidão dos moribundos: falando abertamente sobre a morte. **Physis:** Revista de Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 147-152, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). **National cancer control programmes:** policies and managerial guidelines. 2. ed. Geneva: World Health Organization, 2002.
- Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA). **Global Atlas of Palliative Care.** 2nd ed. London, UK: World Health Organization, 2020.
- SANTO ANTÔNIO DO ITAMBÉ. Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio do Itambé. **Plano Municipal de Saúde.** Santo Antônio de Itambé, 2021.
- SPICT. **Supportive and Palliative Care Indicators Tool.** Edinburgh: The University of Edinburgh.

CAPÍTULO 4



MULTIPLICADORES DOS CUIDADOS PALIATIVOS – OFICINA PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA CLÍNICA DA FAMÍLIA COSMORAMA, MUNICÍPIO DE MESQUITA (RJ)

Viviane do Carmo Morais da Silva
Danielle Barata Silva

O agente comunitário de saúde (ACS) constitui umas das especificidades da equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF), ao ter como requisito residir no território em que atua, sua presença é essencial e obrigatória na estrutura da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil (Brasil, 2018). Suas atribuições permeiam o campo da prevenção e promoção à saúde referenciadas pela Educação Popular em Saúde, que são práticas político-pedagógicas a partir do diálogo sobre a diversidade de saberes que estimulam o autocuidado, prevenção de doenças e agravos e fortalecimento de vínculo entre trabalhadores e usuário para participação popular no Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse profissional incumbe-se de realizar ações domiciliares, individuais e coletivas com o objetivo de ampliação de acesso da comunidade à informação, à saúde, promoção social e proteção à cidadania (Brasil, 2018). Tem ainda como atribuições específicas o detalhamento das visitas com coleta de registro de gestantes, crianças, idosos e grupos de risco de vulnerabilidade social por

meio de ações de promoção, prevenção às doenças e de educação em saúde em conjunto com a equipe (Brasil, 2017).

Caminhando pelo território, de casa em casa, e conhecendo a dinâmica comunitária e familiar dos usuários, o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) se destaca. Segundo Andrade *et al.* (2006), o ACS, por morar na comunidade e integrar a equipe de saúde, torna-se um elo entre dois universos culturais distintos, o científico e o popular, fortalecendo assim o trabalho educativo.

Furlan (2010) complementa, afirmando que o ACS, além de ser trabalhador da equipe, é membro da comunidade, e ao agregar cultura e saberes locais, torna-se um agente potencial para a introdução de novos conceitos e práticas. Dessa forma, ele contribui para a promoção da autonomia dos indivíduos em relação às suas próprias condições de saúde e doença. Segundo Nunes *et al.* (2002), ao transitar entre comunidade/ unidade de saúde e universos de conhecimentos distintos (biomédico/ popular), conferem ao profissional ACS caráter híbrido e polifônico, pois, ao mesmo tempo que este ator veicula contradições, possibilita um profundo diálogo entre saberes e práticas. Teria ainda este profissional, segundo os autores, um papel de intermediador e de tradutor entre os universos popular e científico, isso deve-se ao fato de que residentes no mesmo território de atuação da equipe, aumenta a efetividade de comunicação por compartilharem o mesmo contexto social e universo linguístico. Sendo assim, o ACS facilitaria a identificação de fatores relacionados ao adoecimento dos sujeitos, bem como o desenvolvimento de estratégias para adesão às recomendações técnicas de saúde da equipe, segundo a vontade daquele que necessita desses cuidados.

O Agente Comunitário de Saúde, com conhecimentos em cuidados paliativos, pode atuar em conjunto com a equipe multiprofissional para oferecer suporte emocional às famílias, realizar orientações básicas sobre o cuidado e identificar sintomas descontrolados ou uso inadequado de medicamentos. Além disso, é capaz de reconhecer necessidades espirituais, detectar sobrecarga do cuidador e relatar essas observações ao enfermeiro supervisor.

No âmbito do apoio social, o ACS pode identificar pessoas em situação de vulnerabilidade e direitos não atendidos, como alimentação, moradia e transporte. No momento do óbito e luto, ele também pode fornecer orientações sobre os direitos, garantindo dignidade aos usuários (OMS, 2018). De forma a contribuir para a qualificação dos agentes comunitários de saúde na perspectiva dos cuidados paliativos, vislumbrou-se a divulgação e sensibilização da temática por meio de oficina.

De onde falamos

O município de Mesquita está situado na mesorregião metropolitana do estado do Rio de Janeiro. Com território de 41,169 km² com área urbanizada de 13,83 km², segundo o censo de 2022, sua população era de 167.127 habitantes e a densidade demográfica era de 4.059,54 habitantes por quilômetro quadrado (IBGE, 2023). A Atenção Básica conta com dez Clínicas da Família e duas Unidades Básicas de Saúde, responsáveis pela prestação de serviços de saúde básica à população (PMM, 2023).

Caminho metodológico

O presente trabalho foi desenvolvido com foco na educação permanente em saúde, utilizando estratégias educativas que se basearam na interação do grupo. Essa abordagem evitou a fragmentação do conhecimento, posicionando os participantes como atores reflexivos da prática, não apenas receptores. Assim, o ensino e o aprendizado foram incorporados às suas práticas por meio da problematização do próprio fazer (MS, 2009).

Como ferramenta de realização, foi utilizada uma oficina como proposta pedagógica, definida como um espaço de análise da realidade, promovido por meio do diálogo e do confronto entre experiências e informações socialmente disponíveis com os conhecimentos científicos. O objetivo dessa abordagem é a construção coletiva de saberes, considerando as experiências vividas pelos sujeitos e o reconhecimento dos saberes previamente

construídos (Candau, 2008). A intervenção foi realizada na Clínica da Família Cosmorama, no município de Mesquita (RJ), tendo como participantes 16 Agentes Comunitários de Saúde, representantes de cada clínica da família do município. O objetivo era capacitá-los para que se tornassem multiplicadores da temática em seus respectivos espaços de trabalho.

Para a realização deste projeto firmou-se o compromisso de apoio por meio de reunião técnica com a coordenação da Atenção Básica (AB) do município, posteriormente buscaram-se parcerias com profissionais voluntários qualificados em cuidados paliativos e APS para participarem das ações educativas conforme o cronograma da oficina. Confirmada a presença dos parceiros, foi emitido um comunicado interno pela coordenação de AB acompanhado do convite aos agentes representantes, com data, horário e espaço onde seria realizada a oficina.

O cronograma da oficina foi elaborado com base no currículo básico de formação de Agentes Comunitários de Saúde em cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde, conforme sugerido pela OMS (2018). A oficina teve duração de 4h30min e foi organizada em momentos que serão descritos a seguir.

1º Momento

Boas-vindas, preenchimento de questionário como pesquisa de opinião com perguntas abertas sobre os conhecimentos prévios em cuidados paliativos, conforme apresentado no quadro abaixo. Após o preenchimento deste, houve apresentação introdutória do conceito de cuidados paliativos e dos referenciais que o respaldam na Atenção Primária à Saúde. Apresentação breve da ferramenta Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPIC-TMBR) na versão brasileira para auxílio na identificação de usuários elegíveis aos cuidados paliativos, da Escala de Avaliação de Sintomas Edmonton (ESAS) e Escala de Performance Paliativa (PPS) como instrumento para verificação de funcionalidade dos usuários com doenças ameaçadoras da vida por meio de recurso visual *data show*. Posteriormente, por meio de uma roda de conversa, os sujeitos da intervenção puderam compartilhar casos de pessoas

acompanhadas que identificaram com necessidades em cuidados paliativos. Mediadoras: sanitarista, assistente social e psicóloga. Duração: 1h15min.

Quadro 1. Pesquisa de opinião

1. Você já ouviu falar em cuidados paliativos? Caso sim, poderia em poucas palavras falar sobre cuidados paliativos?
2. Você já pensou na sua finitude? Como e onde gostaria de morrer? Como gostaria de ser tratado caso tenha uma doença grave incurável? Nos conte um pouco:
3. Você acredita que o ACS pode ajudar as pessoas a garantir o direito de ter uma morte digna?

Fonte: elaborado pelas autoras.

2º Momento

Abordagem do conceito de dor total postulado por Cicely Saunders (Brasil, 2001) com objetivo de estabelecer relação deste conceito com as possibilidades de ações do ACS para o alívio do sofrimento nas dimensões biopsicossociais e espirituais da pessoa e família com necessidade de cuidados paliativos. Após a apresentação, os participantes, guiados por questões levantadas pela mediadora, puderam compartilhar suas experiências relacionadas à minimização do sofrimento. O grupo também refletiu sobre quais ações em cuidados paliativos poderiam ser implementadas para atender o sujeito de forma integral. A mediação foi conduzida por uma psicóloga e teve duração de 55 minutos.

3º Momento

Roda de conversa com abordagem da morte, luto e comunicação de notícias difíceis. Questões norteadoras foram levantadas sobre a morte, luto e notícias difíceis de modo a discutir as singularidades desses conceitos relacionados ao trabalho desenvolvido na perspectiva dos cuidados paliativos. Para finalizar esse momento, foi utilizada a música “Paciência”, dos compositores Lenine e Falcão, como ferramenta de sensibilização,

apresentada por meio de recurso audiovisual. O objetivo foi promover uma reflexão crítica sobre a morte e o luto como processos inerentes à existência humana. Os participantes tiveram a oportunidade de compartilhar seus saberes e experiências pessoais e profissionais sobre essas temáticas. Após essa discussão, foi realizado um intervalo. A mediação foi conduzida por uma psicóloga, com duração de 1h10min.

4º Momento

Neste momento, com o tema norteador “Resiliência e autocuidado: cuidando de quem cuida”, a dinâmica “O papel e a esponja” foi utilizada como recurso facilitador para apresentar e discutir a definição de resiliência no contexto do trabalho. Além disso, foram exploradas estratégias que podem ser desenvolvidas no cuidado e autocuidado. Em seguida, foi abordada a importância do cuidador de pessoas acometidas por doenças que ameaçam a vida, destacando o papel do agente comunitário de saúde como profissional capaz de identificar, junto à equipe, ações multidimensionais que promovam a qualidade de vida e o alívio do sofrimento dos envolvidos nos cuidados paliativos. A duração dessa atividade foi de 55 minutos.

5º Momento

Avaliação, assinatura do termo de autorização para divulgação de imagem e encerramento da oficina. Foi aplicado um questionário avaliativo com três questões conforme apresentado no quadro abaixo. Duração: 15min.

Quadro 2. Avaliação da Oficina

1. De 0 a 5 qual seria sua avaliação sobre a Oficina em Cuidados Paliativos? Por quê?
2. A participação na oficina contribuiu para mudança na sua compreensão inicial sobre os cuidados paliativos? Se sim, qual(ais)?
3. Sugestões:

Fonte: elaborado pelas autoras.

Resultados e reflexões

O referido trabalho, que tinha como objetivo inicial a participação de oito Agentes Comunitários de Saúde como sujeitos da intervenção, representando cada clínica de saúde do município de Mesquita (RJ), obteve um ganho significativo ao contar com a participação de 16 agentes, devido ao grande interesse pela temática.

Durante a realização da oficina foi possível observar, com base nas respostas dos 16 participantes do questionário enquanto pesquisa de opinião, que os conhecimentos iniciais sobre os cuidados paliativos para a maioria dos sujeitos da intervenção estavam relacionados às pessoas com doenças graves, avançadas e “terminais” que necessitavam de apoio e assistência nesse processo.

Com base nas considerações acerca dos cuidados paliativos compartilhadas pelos sujeitos da intervenção, foi possível estabelecer relação com Justino *et al.* (2020) cujos resultados do estudo dos cuidados paliativos na APS apontam que nesse contexto ainda prevalecem algumas falas e atuações dos profissionais permeadas por um modelo curativista, focado na doença e no cuidado específico.

No que se refere a abordagem da morte, luto e finitude, considerando as respostas dos participantes durante as discussões desses conceitos, observou-se que esses tendem a serem evitados pelos profissionais e quando convidados a falarem sobre o assunto apresentavam dificuldades em sua abordagem. No entanto, ao relatarem como gostariam de ser tratados em seu processo de finitude, foi unânime o desejo de serem tratados com dignidade, sem olhares de pesar. Os participantes expressaram a vontade de que esse momento fosse rápido, sem dor e sofrimento, contando com a presença de pessoas queridas e com uma rede de apoio humanizada. As dificuldades apresentadas pelos participantes ao abordarem o tema da morte e finitude estão de acordo com o estudo de Justino *et al.* (2020), que aponta que, embora a morte seja um tema cotidiano para os profissionais de saúde e faça parte das diferentes fases do ciclo vital humano, ela ainda é tratada de forma limitada tanto na formação desses

profissionais quanto nos serviços de saúde. Essas dificuldades corroboram a afirmação de Franco (2021), que ressalta a importância de promover espaços de discussão reflexiva sobre a morte e o luto, permitindo que os sujeitos exerçam sua cidadania e protagonismo nesse processo. Em relação à dificuldade de comunicação de notícias difíceis, o pedido de não revelação do diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida pelos familiares pode coincidir com a opção do profissional em reforço das próprias dificuldades em lidar com o assunto (Justino *et al.*, 2020).

Na questão em que os sujeitos da intervenção foram convidados a responder se o Agente Comunitário de Saúde poderia ajudar a garantir o direito à morte digna, observou-se que eles reconhecem seu papel nesse apoio. Eles entendem que, ao acompanhar os usuários e suas famílias, desenvolvem vínculos, relações de confiança e acolhimento, o que lhes permite estar atentos às necessidades e intervir nas dificuldades enfrentadas durante o processo, contribuindo assim para a garantia desse direito.

No entanto, apesar de se perceberem como apoiadores para a garantia do direito a uma morte digna, alguns percebem-se com grande responsabilidade, pois no desenvolvimento do trabalho encontram dificuldades na intersetorialidade e na articulação na Rede de Atenção à Saúde para garantia desse direito. Os relatos expõem as dificuldades no desenvolvimento de ações que abarquem as diferentes dimensões do sujeito e suas necessidades, comprometendo assim o princípio da integralidade nos serviços ofertados.

As dificuldades elencadas pelos participantes em relação ao desenvolvimento de ações paliativas e os entraves encontrados na oferta desse serviço no nível primário, que possa garantir o direito a uma morte digna, reforçam a importância de promover cuidados paliativos de forma integral. Para isso, além da criação de espaços para educação permanente, é essencial realizar uma análise contínua do processo de trabalho. Esses espaços permitem reflexões e ajustes necessários para a efetiva implementação e melhoria da qualidade do atendimento em cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde.

Sendo assim, é necessário um sistema de saúde organizado em rede que se pautar no conceito ampliado de saúde-doença, onde determinantes e desigualdades sociais devem ser consideradas. Isto inclui serviços multiprofissionais; de transporte; de seguridade social, de garantia de outros direitos sociais e ações que assegurem o acesso e equidade, pois uma Atenção Primária seletiva não consegue assumir a complexidade dos cuidados primário e paliativos (Justino *et al.*, 2020).

Com a implementação do projeto de intervenção, foi possível perceber que, como ferramenta pedagógica, a oficina sobre cuidados paliativos na APS promoveu um diálogo produtivo entre os saberes socialmente construídos e os conhecimentos científicos, levando em consideração os relatos das vivências dos próprios participantes. As discussões contribuíram para a qualificação do cuidado, disseminando o conceito de cuidados paliativos na APS e sensibilizando os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) quanto à importância de sua atuação nesses cuidados. Ao término da oficina, com base nos relatos de avaliação, observou-se uma ampliação na compreensão dos cuidados paliativos. Inicialmente vistos pela maioria como direcionados exclusivamente a pessoas com doenças graves e terminais, esses cuidados passaram a ser entendidos como voltados à totalidade da pessoa com doenças ameaçadoras da vida e à sua família. Os participantes reconheceram que é possível amenizar o sofrimento e aliviar a dor por meio de ações multidimensionais, que podem ser realizadas no território e articuladas com outros pontos de atenção à saúde.

Como sugestões destacou-se a necessidade de realização de mais oficinas com a temática, com participação de todos os agentes comunitários de saúde e outros profissionais atuantes na Atenção Básica como os componentes do Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família a convite de sua respectiva coordenação. Foram sugeridos mais espaços de discussão sobre cuidados paliativos em todas as clínicas da família do município, com a busca de parcerias comunitárias, como igrejas, organizações não governamentais (ONGs) e outros recursos disponíveis no território. O objetivo dessas parcerias seria reduzir o sofrimento dos usuários e suas famílias, por meio de iniciativas que envolvessem grupos para atividades

físicas, artesanais e de apoio psicológico. Partindo dos pressupostos, evidenciou-se a disponibilidade dos sujeitos da intervenção na busca de conhecimentos de forma a revisar as práticas desenvolvidas em seu processo de trabalho e modificá-las mediante a reflexão crítica para ofertar um cuidado holístico. Concomitantemente, constataram-se evidências de que, embora os cuidados paliativos sejam ações prescritas na Política Nacional de Atenção Básica e a Resolução n.º 41/2018 defina a Atenção Primária à Saúde (APS) como responsável por acompanhar os usuários com doenças ameaçadoras da vida em seu território, a abordagem desses cuidados na APS envolve uma complexidade significativa. Os desafios encontrados estão relacionados não apenas à qualificação dos profissionais, mas também à ineficiência na articulação da rede de serviços de saúde e na intersetorialidade necessária para promover um cuidado integral. Com a implementação deste projeto de intervenção, compreendeu-se a importância de promover educação permanente no contexto da APS, permitindo que os cuidados paliativos sejam entendidos como um direito. Nesse contexto, o trabalho multiprofissional da equipe de APS, especialmente o do ACS, revela-se uma potência fundamental. Essa atuação contribui significativamente para a promoção da qualidade de vida, alívio do sofrimento e redução de internações evitáveis de pacientes e suas famílias no processo de cuidados paliativos.

Considerações finais

O desenvolvimento deste projeto de intervenção, utilizando a oficina como ferramenta pedagógica para proporcionar um espaço de discussão e troca de conhecimentos socialmente estabelecidos e científicos, permitiu observar que os conhecimentos iniciais dos participantes sobre cuidados paliativos estavam unanimemente associados à terminalidade e gravidade de uma doença. No entanto, com base na avaliação, constatou-se que os participantes puderam ampliar sua compreensão, reconhecendo que os cuidados paliativos são voltados para a pessoa e sua família que enfrentam doenças ameaçadoras da vida, e não apenas para aqueles em processo de final de vida.

Apesar da compreensão inicial dos cuidados paliativos se mostrarem reduzidas a terminalidade, os agentes comunitários de saúde compreendiam que poderiam contribuir para a garantia do direito a uma morte digna de seus usuários por meio do acompanhamento, escuta, vínculo e orientações juntamente com o apoio de outros serviços, porém encontravam entraves na articulação dos serviços para atender as pessoas que necessitam desses cuidados. Ressalta-se ainda, que os sujeitos da intervenção identificaram que algumas ações paliativas já eram desenvolvidas pelos mesmos, contudo não eram nomeadas como paliativas.

A partir da implementação deste projeto, com base nas avaliações, pode-se observar que os sujeitos da intervenção tiveram espaços onde puderam refletir criticamente, de conhecer e reconhecer suas possibilidades de ações em cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde. No entanto, evidenciou-se que outros espaços de discussões sobre os cuidados paliativos são necessários nesse contexto para desenvolverem ações paliativas efetivas que promovam a qualidade de vida, previna o sofrimento advindos das pessoas e suas famílias com doenças ameaçadoras da vida e assim possa garantir a integralidade do cuidado.

Referências

- ANDRADE, L. O. *et al.* A Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I.; GIUGLIANE, E. R. J. *et al.* **Condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão de Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Resolução n.º 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Comissão Intergestores Tripartite. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 225, p. 276, 23 nov. 2018a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018**. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre reformulações das atribuições, a jornada e as

condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transportes dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, 2018b.

CANDAU, V. M. F. Educação em direitos humanos: questões pedagógicas. In: BITTAR, E. T. A. (Org.). **Educação e metodologia para os direitos humanos**. São Paulo: Quartier Latin, 2008. p. 285-298.

FRANCO, M. H. P. **O luto no século 21**: uma compreensão abrangente do fenômeno. São Paulo: Summus, 2021.

FURLAN, P. G. O Agente Comunitário de Saúde e a prática na atenção básica: alguns apontamentos. In: CAMPOS, G. V. S.; GERRERO, A. V. P. (Orgs.). **Manual e prática na atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Mesquita, 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/mesquita/historico>. Acesso em: 11 dez. 2022.

JUSTINO, E. T. *et al.* Os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: scoping review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online], v. 28, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3858.3324>. Acesso em: 20 mar. 2022.

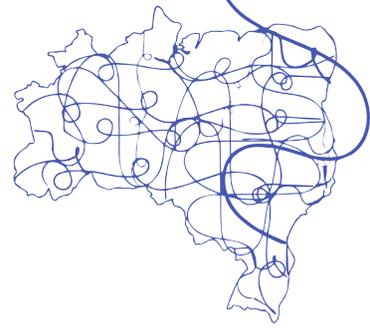
NUNES, M. O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MESQUITA (PMM). Unidades de Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.mesquita.rj.gov.br/unidades-de-saude/>. Acesso em: 11 dez. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2. ed. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/42494>. Acesso em: 20 mar. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). **Integrating palliative care and symptom relief into primary health care**: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva, 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

CAPÍTULO 5



OFICINA EDUCATIVA DE CUIDADOS PALIATIVOS COMO FERRAMENTA DE SENSIBILIZAÇÃO PARA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO MUNICÍPIO DE MACAÍBA (RN)

Juliana Silva de Arruda
Juliana Castro-Arantes

O índice de óbitos prematuros entre munícipes, ocasionados por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tem ocasionado um maior suporte de profissionais especializados na intervenção diária dentro das Estratégias de Saúde da Família (ESF).

Uma pequena amostra desse público nos revela, apenas no ano de 2021, que os óbitos de residentes no município de Macaíba na faixa etária de 30 a 69 anos, ocasionados por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), foram 31 por causa do aparelho circulatório, 4 por causa do aparelho respiratório, 7 óbitos por diabetes e 35 óbitos por neoplasias². Desse total, 77 pessoas tiveram em comum o vínculo com as estratégias de saúde municipais e o caminho difícil de lidar com diagnóstico e tratamento que exigiam apoio multiprofissional, conforme mostram os encaminhamentos de solicitação de atendimento domiciliar e registros em prontuário.

As demandas de natureza complexa oriundas da estratégia de saúde para o acompanhamento pela equipe multiprofissional são constantes. Elas

2 Fonte: Ministério da Saúde, sistemas AIH/SIM.

variam desde casos de internações hospitalares devido à negligência nos cuidados de pacientes com doenças ameaçadoras da vida, até a necessidade de judicialização para garantir suporte domiciliar. Além disso, há falta de informação e conhecimento sobre os direitos e deveres dos pacientes em relação à sua condição de saúde, bem como despreparo profissional para oferecer um direcionamento de qualidade, conforme preconizado pelas normas jurídicas em cuidados paliativos (CP).

Nesse contexto, surge a necessidade de um avanço do suporte qualificado na Atenção Primária à Saúde, próximo do domicílio onde as fragilidades se apresentam. O trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), reflete diariamente uma amostra clara e concisa das falhas desse sistema e das consequências que traz para os profissionais, serviços e usuários. Um dos documentos norteadores desse trabalho é a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que, ao tratar esse tema, explica que:

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2012, p. 9).

Dessa forma, o projeto de intervenção foi desenvolvido no contexto da equipe multiprofissional do Núcleo Ampliado de APS, com o objetivo de sensibilizar sobre a temática de cuidados paliativos. A proposta surgiu da constatação da ausência de conhecimento e informação sobre o tema, o que instigou a necessidade de construir esse saber por meio de capacitações direcionadas. Salienta-se, no entanto, que o início da sensibilização sobre a temática se deu pela oportunidade da campanha internacional sobre CP, ocorrida em outubro de 2021, que utilizou como ferramenta as mídias sociais

disponíveis, como Instagram, WhatsApp, blogs locais, folders educativos e diálogo no acolhimento aos pacientes que compareceram ao serviço social.

Cuidados paliativos no estado do Rio Grande do Norte

Os dados do Plano Estadual de Saúde 2020-2023 disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP) informam que, de acordo com censo 2010, o estado do Rio Grande do Norte é considerado o 16º mais populoso do país, com população de 3.168.027, com projeção populacional estimada, em 2019, em 3.506.853 (IBGE), uma densidade demográfica de 59,99 hab./km². “O RN possui 167 municípios dos quais estão divididos em 08 Regiões de Saúde (RS) de acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR/RN [...]” (Rio Grande do Norte, [2021?], p. 39) (Figura 1).

Figura 1. Estado do Rio Grande do Norte – divisão por Regiões de Saúde



Fonte: Rio Grande do Norte, [2021?], p. 39.

O mapa acima expõe a análise do Rio Grande do Norte nos últimos cinco anos, precisamente entre 2015 e 2019, contendo registros de 20.242 óbitos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) de 2015, 4.225 por DNCT, sendo 20,8% do total bruto de óbitos. No ano de 2019, foi registrado

o total de 21.726 óbitos, 4.702 por DCNT, 21,6% do total, correspondendo a 0,8% das DNCT (Rio Grande do Norte, [2021?], p. 40).

O estado conta com o suporte em rede de média complexidade em oncologia, composta por 27 laboratórios de citopatologia para avaliação dos exames de rastreamentos e acompanhamentos de possíveis novos casos, entre eles o Papanicolau, principal ferramenta de prevenção do câncer de colo uterino. Conta também com 41 serviços de mamografia que realizam o monitoramento e o seguimento como prevenção do câncer de mama. Mesmo assim, é notável a existência de alguns vazios assistenciais em relação ao amparo de cuidados paliativos no governo do RN. No entanto, esforços estão sendo realizados por meio de um acordo financeiro com o Banco Mundial e um acordo de cooperação entre os entes federativos, estado e municípios. Em parceria, eles estão trabalhando na construção de dois centros de diagnóstico de câncer de mama e útero nos municípios de São Paulo do Potengi, na 5ª RS, e João Câmara, na 3ª RS.

Em 2017, no Rio Grande do Norte, as principais causas de óbitos por câncer foram às neoplasias malignas da traqueia-brônquios-pulmões (12,26%), próstata (8,53%), colón-retó-ânus (7,73%), mama feminina (7,53%) e estômago (6,97%) no total dos óbitos por neoplasia (3.401). A avaliação por sexo mostra a predominância, no sexo feminino do óbito por câncer de mama (14,97%), traqueia-brônquios-pulmões (11,53%), colón-retó-ânus (7,61%) e colo do útero (5,88%) no total dos óbitos femininos por neoplasia (1.683). No sexo masculino predominam os óbitos por câncer de próstata (18,38%), traqueia-brônquios-pulmões (12,98%), estômago (8,56%) e colón-retó-ânus (7,86%) no total de óbitos masculinos por neoplasias (1.718) (Rio Grande do Norte, [2021?], p. 250-251).

Sobre serviços, o RN dispõe de sete unidades habilitadas em oncologia, cuja maioria está centralizada em Natal (7ª Região de Saúde) e apenas dois deles estão no município de Mossoró (2ª Região de Saúde), segunda cidade com maior índice populacional do estado (Rio Grande do Norte, [2021?], p. 251). Essa falta de cobertura tem como consequência os vazios assistenciais nas demais regiões de saúde, levando o usuário a se ajustar à disponibilidade do serviço.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2021), a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, normatizada pela Portaria n.º 868, de 16 de maio de 2013, traz, em sua determinação, o cuidado de forma integral ao paciente diagnosticado com câncer de forma regionalizada e descentralizada, e estabelece que o tratamento da sua condição

[...] será feito em estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon). As Unacons e Cacons devem oferecer assistência especializada e integral ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico, estadiamento e tratamento. Esses estabelecimentos devem observar as exigências da Portaria SAES/MS nº 1399, de 17 de dezembro de 2019, para garantir a qualidade dos serviços de assistência oncológica e a segurança do paciente (INCA, 2021, n. p.).

A habilitação que ampara esses serviços, conforme consta em registro no Ministério da Saúde, informa que existem no Rio Grande do Norte quatro Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON): Hospital Universitário Onofre Lopes, Hospital do Coração, Natal Hospital Center e o Hospital Wilson Rosado; um UNACON com foco exclusivo de oncologia pediátrica (Hospital Infantil Varela Santiago); um UNACON com serviço de radioterapia (Liga Mossoroense de Estudo e Combate ao Câncer) e um Centro de Assistência de Alta Complexidade (CACON) com serviço de radioterapia e oncologia pediátrica (Liga Norte-Rio-Grandense contra o Câncer). Enfatiza-se, no entanto, que todos esses serviços habilitados em oncologia devem realizar atendimento integral aos usuários do SUS, seguindo o que preconizam as normativas vigentes do Ministério da Saúde (Rio Grande do Norte, 2021).

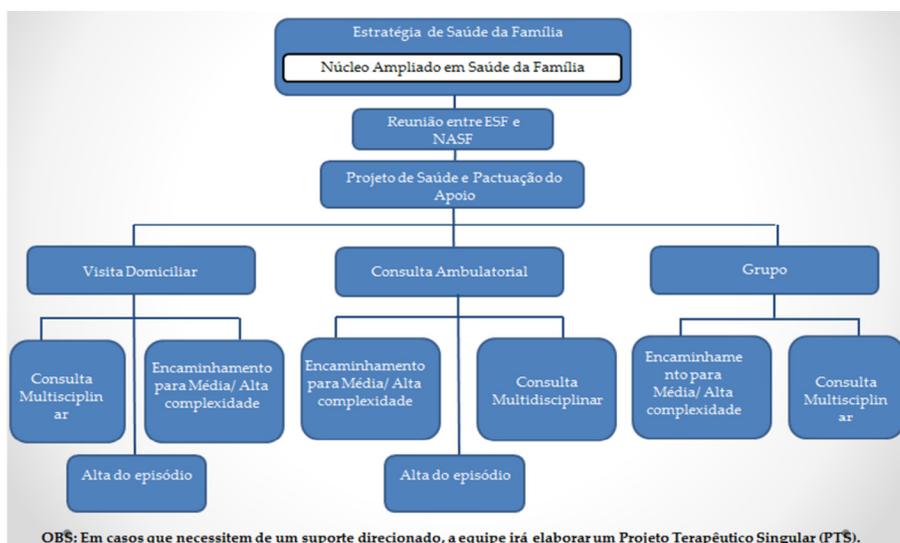
Assim, o município de Macaíba, localizado na região metropolitana de Natal, capital do estado, integra a 7ª Região de Saúde (RS). Atualmente, o município conta com 82 mil habitantes e possui 24 unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em seu território. A 7ª RS (Metropolitana) é composta

por cinco municípios e abrange o maior contingente populacional do estado, representando 38,59% da população total.

No âmbito municipal, a rede se estrutura para lidar com questões de saúde em todas as suas instâncias. As dificuldades e problemáticas apresentam-se como consequências no cuidado, uma vez que a AP do município conta com o apoio multiprofissional para suporte às demandas das estratégias de saúde locais.

A seguir, na Figura 2, é exemplificado o fluxo de atividade da equipe multiprofissional ainda com formato de NASF.

Figura 2. Fluxo de atividade da equipe multiprofissional



Fonte: SMSM, 2022.

Diante de todo o contexto observado no âmbito estadual, é notável a caminhada extensa ainda a se percorrer no que diz respeito ao amparo de pacientes com doenças ameaçadoras de vida. A necessidade de novas propostas de serviços com capacidade para acolher e acompanhar esse público-alvo faz com que o cuidado como um direito seja sucateado em suas várias abordagens.

Tendo como referência a abordagem paliativa, os vazios assistenciais tornam-se maiores e mais complexos sobre os serviços que disponibilizem os CP. Uma matéria publicada no site da Liga Norte Rio-grandense contra o Câncer (LIGA), informa:

O número reduzido de equipes existente no Rio Grande do Norte contribui para que a visão sobre o trabalho seja muitas vezes estereotipada. No Estado, estão disponíveis serviços específicos de Cuidados Paliativos na Liga Contra o Câncer, no Hospital Walfredo Gurgel e no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL). [...] A maior parte das equipes no Rio Grande do Norte só foram estruturadas ao longo da última década [...] (Ceci, 2021, n. p.).

No Brasil, a prática dos CP é recente, visto que

A maioria dos grupos atuais iniciou suas atividades por volta de 2000, com acentuado progresso nos últimos quatro anos. No entanto, a prática ainda carece de regulamentação, definições e inserção nas políticas assistenciais, tanto no setor público como no privado. A medicina paliativa ainda não é reconhecida como especialidade no Brasil, o que impede a formação adequada de profissionais (Maciel, 2012, p. 94-95).

Atualmente, o acompanhamento dos munícipes diagnosticados com doenças ameaçadoras da vida, vinculados às ESF acontecem de acordo com o exemplificado em quadro do fluxo apresentado anteriormente. Quando há evolução da doença e progressão do quadro, é necessário o amparo das unidades habilitadas para o apoio, a rede se articula para que seu suporte aconteça.

Metodologia

Com foco na atuação da equipe multiprofissional e suas implicações no acompanhamento das ESF, a oficina temática, realizada em dois momentos com intervalo de uma semana, foi desenvolvida com o objetivo de sensibilizar os profissionais em relação aos CP. Em todos os territórios atendidos por essas

unidades, há uma necessidade crescente de inserir esses cuidados, devido ao significativo número de pacientes elegíveis, embora muitos ainda não estejam formalmente identificados.

Projeto-piloto

Trata-se de uma proposta de intervenção, projeto-piloto, com a finalidade de sensibilizar os profissionais da equipe multiprofissional do NASF sobre os CP e suas possibilidades na AP, desenvolvendo um olhar humanizado, almejando um suporte qualificado de forma acolhedora e abrangendo o cuidado por completo.

O NASF do município de Macaíba conta com três equipes de tipo I e 17 profissionais, que realizam os atendimentos na zona rural e zona urbana da cidade: três fisioterapeutas; três assistentes sociais; duas nutricionistas; dois profissionais de educação física; dois farmacêuticos; dois terapeutas ocupacionais e duas psicólogas.

Em virtude de readequação nos setores e serviços de saúde municipal, a atribuição de novas demandas e corresponsabilidades, alguns profissionais tiveram suas cargas horárias divididas em outras atividades de saúde, o que inviabilizou sua participação na oficina realizada. No total, dez profissionais do NASF participaram do estudo.

No primeiro encontro, a oficina iniciou com apresentação dos dez profissionais: assistentes sociais, terapeuta ocupacional, fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas. Em seguida, foi realizada dinâmica sobre vivência em CP, que consistiu em solicitar aos participantes que anotassem dez coisas importantes para sua vida hoje. Houve a apresentação do estudo de caso de um paciente elegível aos CP e, a cada fase e avanço do caso, duas coisas importantes iam sendo eliminadas de sua lista, chegando assim a finitude do caso com o óbito do paciente e eliminação da lista. A proposta serviu para que os participantes refletissem sobre o fato de estar diante da possibilidade de diagnóstico e prognóstico difíceis. Em cada parte, correlacionava-se o que

era realizado com os atendimentos cotidianos da equipe e eram realizadas reflexões com a proposta dos CP. Cada profissional esboçava uma reação diferente, uns mais confortáveis, outros visivelmente confusos.

Após a dinâmica, uma pergunta foi feita para início da compreensão da temática vinda dos participantes: o que vem a sua mente quando houve Cuidados Paliativos?³ Assim como as reações observadas durante a dinâmica de grupo, as respostas a esse questionamento variaram bastante, refletindo as diferentes perspectivas e abordagens de cada especialidade. A temática foi introduzida com a apresentação de slides que abordaram a história dos CP, seu conceito e seus fundamentos. Sempre que possível, correlacionava-se o conteúdo com a prática do dia a dia da equipe. Diante da percepção do novo, vários profissionais questionavam, como forma de entender melhor a temática, traziam casos já vivenciados e se surpreendiam diante da vastidão de possibilidades de ações que poderiam ter feito se na época tivessem o conhecimento e/ou fossem capacitados para essa visão.

Durante o primeiro encontro, estabelecemos uma conexão com a reflexão e a preparação para o próximo, no qual nos aprofundaríamos nos casos dos pacientes elegíveis, explorando suas singularidades e discutindo como estruturar o apoio dentro da unidade de saúde, de modo a gerar curiosidade e complementar o conteúdo proposto. No segundo encontro, houve um breve resgate do conteúdo anterior, para reavivamento da memória e uma familiarização do que estava por vir, o complemento do conteúdo foi repassado para os participantes por escrito, em roteiro. Para minha imensa satisfação, muitas dúvidas e empolgação iniciaram a manhã educativa, tornando o encontro um momento de grande aprendizado para todas as pessoas.

A exposição dos conteúdos em slides abrangia casos elegíveis aos CP e indagações como “Quem são esses pacientes?” “Onde é possível exercer esse cuidado?”, sempre correlacionando com o conteúdo abordado inicialmente, entre eles o conceito de dor total e a singularidade de cada indivíduo diante de uma doença ameaçadora de vida. Refletimos sobre o trabalho da equipe

3 Quadro comparativo das respostas ao final do texto.

multiprofissional nesse apoio às estratégias de saúde, tendo o apoio matricial como base. Por fim, o projeto terapêutico singular (PTS), foi exposto como ferramenta de extrema importância para esses casos, uma vez que envolvem questões extremamente complexas que, sem o suporte multiprofissional, tornaria inviável a realização de uma mediação de qualidade e respeito à condição humana em sua totalidade.

Para finalizar, retomamos o questionamento inicial, mas dessa vez com outra pergunta para fomento das discussões finais: “Sua percepção sobre os Cuidados Paliativos continua igual?”. A resposta não podia ser mais satisfatória, pois todos relataram ter uma percepção errada sobre o tema, uns admitiram preconceito e reprodução do discurso de outros profissionais. Entre os participantes, houve uma interação ao relatar a nova visão sobre o cuidado e sobre a curiosidade em se aprofundar mais. Alguns expuseram suas percepções a respeito das dificuldades que enxergam em inserir esses cuidados na prática diária sem essas informações de qualidade e de como gostariam de ter a oportunidade de conhecer antes esse tema, já que esses pacientes estão nas demandas que lhe chegam no dia a dia.

Encerrando a oficina, foram distribuídas, lembranças com um símbolo bastante associado aos CP e instrumento de pesquisa científica sobre as várias ligações e simbologias, a borboleta. A base para elaboração foi o artigo “Livre como uma borboleta: simbologia e cuidado paliativo”, que traz a seguinte mensagem na conclusão:

Enquanto a mariposa aparece de uma forma mais relacionada a maus presságios, as borboletas muitas vezes são consideradas símbolo de algo bom e belo. Seja amarela, azul, vermelha, lilás ou multicolorida, o que se sabe é que este inseto apresenta diversos significados de acordo com a crença e a cultura de cada povo. Mas a borboleta de cor branca está sempre mais associada à ideia de alma. Assim, pode-se considerar que os Cuidados Paliativos, em sua filosofia teórica e prática aplicada, assistem e confortam esse processo de mudança na vida dos pacientes e familiares, até que a borboleta saia de seu casulo e conquiste sua liberdade, sendo essa uma representação simbólica da alma e do corpo, respectivamente (Costa; Soares, 2015, p. 640).

A seguir, no Quadro 2 comparativo, respostas sobre a temática desenvolvida.

Quadro 2. Respostas sobre a temática

PRIMEIRO ENCONTRO	SEGUNDO ENCONTRO
O que vem à sua mente quando houve: Cuidados Paliativos?	Sua percepção sobre os Cuidados Paliativos continua igual?
RESPOSTAS	RESPOSTAS
“Quando o paciente já está em fase terminal.” “Internação para morrer.” “Equipe que prepara para morte.” “Um jeito de cuidar?” “Gosto nem de falar.”	“Não sabia que podia fazer tudo isso!” “É muito bom saber que esse cuidado existe!” “Ainda quero aprender mais!” “Pensava que só tinha no hospital”

Fonte: elaborado pelas autoras, 2022.

Roteiro

Abaixo, um quadro sobre os encontros com os profissionais que atuam no contato paliativo, com explicações sobre os temas e como ocorreram os encontros.

Quadro 3. Roteiro da oficina (primeiro encontro)

PRIMEIRO ENCONTRO
Abertura e apresentação do tema: PALIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA Falar sobre a especialização, me apresentar como futuro suporte aos Cuidados Paliativos na atenção primária. Escreva: o que vem à sua mente quando se fala em Cuidados Paliativos? Dinâmica: vivência em Cuidados Paliativos.
Distribuição do material: Pasta, fôlder e questionário. Sensibilização: palestra sobre os CP na AP. Breve explanação sobre história, conceito e fundamentos. Apresentação em slides, vídeos e leitura do material.
Provocação: RODA DE CONVERSA PARA DEBATE DO TEMA
Finalizando o dia: café paliativo.

Fonte: elaborado pelas autoras, 2022.

Quadro 4. Roteiro da oficina (segundo encontro)

SEGUNDO ENCONTRO
Abertura: apresentação da pauta do dia. Distribuição do material: ferramentas para construção do PTS. Sensibilização: palestra sobre paciente em CP e a construção do cuidado.
Atividade: debater em conjunto os casos elegíveis aos CP trazidos e escolhidos pela equipe, iniciação do PTS e propor estratégia de suporte aos cuidadores (ex. grupo terapêutico).
Finalização: feedback sobre a oficina, sugestões da equipe e elaboração de um relatório para a gestão da pasta da saúde municipal. Resgate da pergunta: sua percepção sobre Cuidados Paliativos continua igual?
Café paliativo para confraternização da equipe e distribuição de lembranças com símbolo.

Fonte: elaborado pelas autoras, 2022.

Recursos necessários

Os recursos humanos utilizados para construção e realização dessa oficina foram os profissionais vinculados à equipe de apoio multiprofissional do NASF.

Em virtude da necessidade de reorganização do local e público-alvo da oficina, o espaço de desenvolvimento foi cedido de forma particular, em razão da impossibilidade de realização na ESF-Vila São José e atraso no cronograma programado.

Os recursos materiais para a elaboração do kit distribuído aos participantes, contendo pasta, caneta, bloco de notas, artigos impressos para fomentar o debate, folhetos explicativos, banner, lembranças, camisa para os organizadores da oficina, além do computador e demais recursos financeiros utilizados para complementar a atividade, foram disponibilizados pela discente da especialização, de forma particular.

Quanto aos instrumentos, o data show e a autorização para a execução da atividade foram fornecidos pela equipe multiprofissional e pela Secretaria Municipal de Saúde.

Resultados e discussão

O projeto-piloto como proposta de intervenção superou as expectativas. Todos os participantes relataram que já haviam atendido pacientes elegíveis aos Cuidados Paliativos (CP) sem terem consciência de que sua atuação poderia ser ampliada e/ou que poderiam compartilhar as questões trazidas por essa demanda com os demais colegas.

Os participantes se sensibilizaram com as questões previamente existentes e destacaram a importância de uma inserção teórica que vá além da equipe do NASF, sugerindo a extensão desses momentos de aprendizagem e o aprofundamento dos conhecimentos na elaboração da temática. Foi enfatizada a necessidade de incorporar essa abordagem como parte da educação permanente e/ou continuada, envolvendo os atores da Atenção Primária, com foco nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) no âmbito municipal.

As sugestões apresentadas foram amplas e diversificadas, entre elas: incluir os casos elegíveis aos CP como pauta de debate no cronograma mensal da equipe; integrar os cuidadores desses pacientes em grupos terapêuticos já existentes nas unidades, os quais contam com o apoio multiprofissional para sua execução. Esses momentos foram reconhecidos como ferramentas essenciais para a continuidade e o aprofundamento dos estudos dos casos já vinculados, dando início ao Projeto Terapêutico Singular com dois casos em andamento. Diante dessa resposta positiva ao projeto-piloto, foi elaborada uma proposta para a capacitação continuada da equipe.

Considerações finais

Entendendo que a leitura dos materiais de fomento teórico, as aulas expositivas em sala de aula, as pesquisas e análises observacionais das experiências vivenciadas nos estágios proporcionados pela Especialização em Cuidados Paliativos serviram de preparo ético, teórico e emocional para construção da proposta de intervenção. Optou-se por priorizar o conceito de dor total e a singularidade como pontapé inicial das discussões, trazendo

a importância de se analisar a singularidade de cada indivíduo como um reconhecimento da sua dignidade humana e de seu direito ao atendimento de qualidade, com intervenções no seu contexto e amparo a suas dores, vivenciadas no processo de cuidar.

A prática do cuidado foi inserida na discussão com foco nas questões complexas dos casos elegíveis aos CP, detalhando-se os diferentes aspectos envolvidos. As questões físicas incluíram sintomas como dor, dispneia, funcionalidade, hidratação e nutrição, entre outros. No âmbito psicológico, foram abordados temas como ansiedade, depressão e angústia. O cuidado relacionado ao fim de vida abrangeu tópicos como as últimas horas, o momento da morte, onde e como ela ocorre, e as ações a serem tomadas. Questões espirituais trataram de esperança, significado, valor e dilemas existenciais. Na dimensão social, discutiram-se a dinâmica familiar, finanças, questões legais, moradia e apoio financeiro. Quanto às práticas de cuidado, foram abordados o papel dos cuidadores, da equipe e dos voluntários. Além disso, os aspectos relacionados à doença focaram no diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica. Por fim, o sofrimento causado pelas perdas foi discutido, destacando as respostas emocionais ao processo de luto. Trouxe para o debate das questões a conclusão de que esses casos já existem na prática cotidiana da equipe, pois todos já atenderam essas pessoas e suas famílias, mas sem a visão paliativa. Todos os envolvidos são corresponsáveis enquanto equipe multiprofissional, a transferência desse cuidado, da teoria aplicada e discutida para prática, pode ser exercida com comprometimento, estruturação e articulação em equipe.

É notável o quanto uma pausa para um momento de discussão de qualidade implica diretamente na atuação profissional. A sobrecarga advinda das cargas horárias de trabalho, em uma realidade em que muitos têm mais de um vínculo profissional, a rede de apoio e suas dificuldades trazem como consequências o cansaço, a desatenção e, o pior, a falta de qualidade na avaliação e direcionamento das questões profissionais de trabalho. A partir deste trabalho, saímos com uma semente plantada de mudança de visão sobre alguns termos exaustivamente repetidos no vocabulário da saúde. Entendo

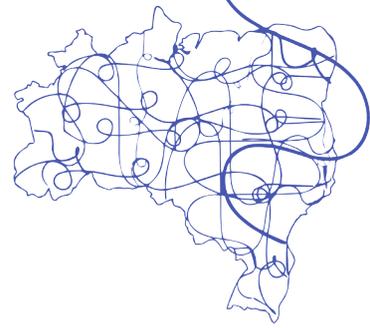
que pacientes significam pessoas, caso clínico significa história de vida e tratamento significa cuidado.

A proposta de conhecimento e educação fluiu, por isso pretendo trabalhar para assistir ao nascimento dos frutos, no seu tempo, com a certeza de que cuidado é compromisso e responsabilidade de todos.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção básica: diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf. Acesso em: 22 maio 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 10 maio 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar: volume 2**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf. Acesso em: 22 maio 2022.
- CECI, M. **Cuidados paliativos: esforço para uma vida com dignidade**. Liga Contra o Câncer. Natal, 24 fev. 2021. Disponível em: <https://ligacontraocancer.com.br/noticias/cuidados-paliativos-esforco-para-uma-vida-com-dignidade/>. Acesso em: 10 maio 2022.
- COSTA, M. F.; SOARES, J. C. **Livre como uma borboleta: simbologia e cuidado paliativo**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 631-641, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14236>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/pY5XpWHG4SCfcL3p9fTb4FR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2022.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Onde tratar pelo SUS**. INCA, Rio de Janeiro, 15 jun. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/onde-tratar-pelo-sus>. Acesso em: 20 abril 2022.
- MACIEL, M. G. S. **Organização de serviços de cuidados paliativos**. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (org.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. ampl. atual. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 94-110. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em: 22 maio 2022.
- RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública. **Plano Estadual de Saúde 2023**. Natal: SESAP, [2021?]. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Plano-Estadual-Sa%C3%BADe_RN_2020_2023-1.pdf. Acesso em: 8 abr. 2022.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACAÍBA (SMSM). **Fluxograma de atendimento equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família NAFA/AB**. MACAÍBA, 20 de janeiro de 2022.

CAPÍTULO 6



FORTALECIMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA APS: CAPACITAÇÃO E MATRICIAMENTO DOS RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DE GOVERNADOR VALADARES (MG)

Sabrina Stefany da Silva Souza
Gisele O'Dwyer

O médico de família e comunidade (MFC) é o profissional responsável pelo cuidado do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS). Capaz de gerir o cuidado, articula o usuário nos diferentes níveis de atenção e garante seu acesso aos outros níveis por meio de referência e contrarreferência. Sua formação é baseada em um currículo de competências que guiam as habilidades esperadas de um MFC após conclusão da residência médica. Segundo Mattos e Derech, “dentre essas competências, encontram-se: o manejo de dor em paciente terminal, o manejo de úlceras de pressão, a orientação de familiares quanto a providências relacionadas à morte do paciente, o manejo de intercorrências no paciente paliativo e a abordagem do luto” (2020, p. 3).

Apesar de muito importantes, essas competências focam no cuidado ao fim de vida e não preparam o MFC para uma prática efetiva no Sistema Único de Saúde (SUS). Pois são “pontuais, modestas e incompletas frente aos conceitos e princípios dos CP e ao potencial papel do MFC na APS”

(Gryschek; Pereira; Hidalgo, 2020, p. 4). Foi realizado por Mattos e Derech, um questionário com 89 médicos de família distribuídos por todo país no qual foi constatado que a maioria dos entrevistados não teve a disciplina de Cuidados Paliativos (CP) na graduação. Sendo que menos da metade dos médicos fazem uso de ferramentas de análise de dor e funcionalidade. Além disso, muitos profissionais não têm acesso a medicamentos opioides e para controle sintomático de seus pacientes em CP. E, quando os tem, poucos fazem uso rotineiro (Mattos; Derech, 2020).

Uma parte importante dos médicos generalistas ou MFC atuantes na APS, se sentem pouco preparados para estabelecer essa assistência e não reconhecem a real demanda por CP. Essa deficiência se mostra pela ausência de conhecimento necessário para identificação dos pacientes elegíveis precocemente e utilização das escalas de avaliação. Além dos mais, a formação médica centrada muitas vezes ainda no modelo biomédico impede que os profissionais se preparem para o paciente que não tem mais possibilidades terapêuticas de cura (Ribeiro; Poles, 2019).

A definição dessas competências do currículo e elaboração de um novo método de formação permite avançar na educação médica, coordenação e integração do cuidado, fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde e políticas públicas, para melhor atuação do MFC. Com isso, será possível avançar em relação à oferta dos CP àqueles que necessitam desse cuidado em todo o Brasil (Gryschek; Pereira; Hidalgo, 2020).

A OMS defende, no *Manual de implantação dos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde (APS)*, que o mesmo é “uma responsabilidade ética dos sistemas de saúde”(OMS, 2018, p. 9). E que grande parte do sofrimento poderia ser evitável se a Atenção Primária à Saúde assumisse seu papel nesse cenário como coordenadora e provedora de cuidados.

Como preceptora na Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade, com atuação na Atenção Primária à Saúde (APS), a implementação deste projeto como parte final da especialização representa uma contribuição significativa para a disseminação dos cuidados paliativos

entre a população atendida pelo SUS em Governador Valadares. Dessa forma, discutir e promover uma formação básica sobre o tema com os médicos de família em formação torna-se essencial para ampliar o conhecimento e fortalecer a integração dos cuidados paliativos na APS.

Rota metodológica

Como objeto principal da intervenção, implantou-se oficinas de formação teórico e prática de cuidados paliativos para residentes de Medicina de Família e Comunidade em Governador Valadares, interior de Minas Gerais. O município conta com 20 unidades de saúde recebendo médicos residentes, dos quais oito estão iniciando o segundo ano e 12 o primeiro ano de residência. Todas as unidades e residentes foram objeto desta intervenção.

Foram estabelecidos os temas mínimos para abordagem paliativa na APS, conforme a Matriz de Competências da Medicina de Família e Comunidade definida pelo Ministério da Educação em 2019 e artigo produto do grupo de discussão em CP na Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Gryschek; Pereira; Hidalgo, 2020).

A formação teórica foi composta por quatro encontros presenciais no formato de oficina interativas de 2 horas e 30 minutos cada, totalizando ao final a carga horária de dez horas. Sendo os temas definidos como: introdução em cuidados paliativos e elegibilidade; avaliação clínica; dor; luto.

O modelo das oficinas teóricas baseou-se em métodos não tradicionais de educação, com foco em uma abordagem eficaz para adultos, estimulando a troca de seus saberes prévios com o grupo. As necessidades percebidas nos levam a refletir sobre mudanças na metodologia de treinamento de profissionais médicos em nível de pós-graduação, como na residência médica, onde é fundamental promover uma horizontalidade no processo, tornando o professor um facilitador e o aprendiz o “sujeito” do seu próprio processo de formação (Lopes *et al.*, 2009).

Desenlace

A intervenção foi desenvolvida como proposto, contemplando 20 residentes, sendo que cada um está alocado em uma Estratégia Saúde da Família (ESF). Algumas ESFs funcionam na mesma estrutura física sendo unidades casadas, mas cada uma com sua equipe composta por um médico residente, um preceptor médico responsável, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, uma vacinadora, um recepcionista, um dentista, um auxiliar de dentista, um auxiliar de serviços gerais e agentes comunitárias de saúde de acordo com população adscrita. Contam ainda com o suporte de uma equipe, Núcleo de Apoio da Estratégia Saúde da Família (NASF) com os seguintes profissionais: psicólogo, educador físico, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social. Algumas unidades contam ainda com farmácia distrital para distribuição de medicamentos.

Com o apoio desse cenário de prática, foram realizadas as oficinas de capacitação em temas básicos para uma abordagem paliativa conforme descreveremos a seguir.

Oficina 1: conceitos em cuidados paliativos e elegibilidade

Para a realização da dinâmica foi disponibilizado material previamente com objetivo de sensibilização sobre o assunto. O texto disparador foi um editorial com autoria de Mitchell e Murra e publicado na revista *BMJ Supportive & Palliative*, no qual podemos abordar a importância da APS no cenário do cuidado do paciente elegível para CP e suas interseções na prática diária (Mitchell; Murray, 2021).

No formato presencial realizamos um encontro com duração de 2h e 30 minutos, sendo realizado cronograma do mesmo para cada etapa e projeção em *data show* de apresentação em *slides* para melhor condução com fotos e passos da oficina. No momento inicial os residentes foram convidados a se apresentar para os demais dizendo nome, unidade de saúde que pertence e uma característica marcante do mesmo, a fim de gerar vínculo e descontração.

Ainda nesse momento reafirmamos pactos de convivência importantes elencados pelo próprio grupo, como, por exemplo: leitura do material enviado previamente e participação ativa de todos.

No segundo momento passamos para a parte intitulada “tempestade de ideais” na qual todos são convidados a expor, conforme suas vivências, respostas para uma pergunta disparadora. Sendo: “Para Vocês como a Medicina de Família e Comunidade pode contribuir em relação aos Cuidados Paliativos?”. Muitas repostas foram surgindo e todas indicavam a forte relação do trabalho já desenvolvido na APS com foco no ser humano em todos os seus aspectos e o vínculo como ponto forte para desenvolvimento da abordagem paliativa.

Posteriormente passamos para uma parte mais expositiva da oficina com foco na abordagem da definição dos CP; papel dos CP ao longo da doença e luto; panorama brasileiro do acesso e distribuição de opioides. Para discussão dos princípios dos CP, cada residente recebeu um princípio e apresentou ao grupo do que se tratava e como compreendia aquela teoria na prática (Castilho; Silva; Pinto, 2021).

Após fechamento da dinâmica anterior foi apresentado um vídeo de Elisabeth Kubler-Roos disponível na página da fundação intitulada com o nome da mesma⁴, na qual visualizamos Elisabeth em um diálogo com a família e uma paciente gravemente enferma. Finalizado o vídeo podemos discutir e conhecer um pouco da trajetória e figura importante que foi e é Elisabeth para os CP. Passamos ainda a discutir sobre o legado e figura de Cicely Saunders para a mudança da abordagem da dor, utilizando como ponto de partida sua frase emblemática: “O sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida” (Castilho; Silva; Pinto, 2021).

Iniciamos então uma roda de conversa a partir das seguintes perguntas disparadoras: é possível realizá-lo na APS? Você consegue imaginar seus pacientes recebendo esse cuidado? Quais pacientes se beneficiariam? Muitas respostas positivas surgiram reafirmando o proposto pela OMS em seu manual de implantação na APS (OMS, 2018). Sobre quais pacientes se enquadrariam

4 Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=oiSwrgT1QaE>. Acesso em: 15 fev. 2022.

muitas dúvidas foram elencadas e usamos como gatilho para apresentar o NECPAL, instrumento validado para língua portuguesa que auxilia na identificação de pessoas em situação de doença avançada e/ou terminais e necessidade de atenção paliativa para uso em serviços de saúde e sociais (Santana *et al.*, 2020).

Para aprendizado prático da ferramenta, os participantes foram distribuídos em quatro grupos que receberam um NECPAL impresso e um caso clínico fictício. Cada grupo aplicou a ferramenta no paciente do caso e apresentou para os demais. Nos casos abordamos além do diagnóstico, singularidades da família e preferências dos pacientes. Os diagnósticos abordados nos casos foram: HIV, câncer de mama, insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica. O objetivo da escolha de casos heterogêneos foi demonstrar as várias patologias que se beneficiam de CP, além do câncer.

Na finalização cada participante realizou a devolutiva do encontro, sendo como pontos fortes a metodologia ativa, utilização de casos clínicos para estudo da ferramenta e os debates. Como ponto a melhorar foi mencionado a liberação prévia de texto base da oficina e não somente o disparador.

Oficina 2: avaliação clínica com enfoque em cuidados paliativos

Na segunda oficina foi solicitado que cada residente realizasse a leitura prévia sobre o tema no *Manual de Cuidados Paliativos*, capítulos: “Avaliação do paciente em cuidados paliativos” e “Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano”. A fim de facilitar a assimilação do conteúdo.

No formato presencial foi realizado um encontro com duração de 2 horas e 30 minutos, com cronograma preestabelecido. Utilizando mídias em *data show* para melhor condução dos passos a serem realizados. Realizada nova leitura dos pactos de convivência.

Iniciamos, posteriormente, com a dinâmica intitulada “tempestade de ideias”, na qual todos foram convidados a refletir sobre uma fotografia que mostrava um paciente em uso de oxigenoterapia em seu domicílio. Após

uma breve observação, foi lançada a pergunta disparadora: “Quais são suas percepções e pensamentos ao contemplar a fotografia?”. Foram destacados diversos aspectos, desde a mobília e um símbolo religioso, até os possíveis sintomas que o paciente poderia estar sentindo. A partir dessas observações, concluímos que nossas percepções nem sempre estão corretas e que, na avaliação do paciente, a escuta ativa é o caminho mais eficaz. Passamos para uma parte mais expositiva na qual discorremos sobre passos iniciais na avaliação do paciente com enfoque na preparação do ambiente para consulta, identificação do grau de entendimento do paciente, estímulo da expressão das emoções, cuidado na comunicação não verbal, estabelecimento de conexão pessoal e exploração de valores (Castilho; Silva; Pinto, 2021).

De forma direta, foram apresentadas as escalas de avaliação. O diagrama de avaliação multidimensional tem como objetivo avaliar todos os aspectos do sofrimento humano, com foco em metas claras que possam aliviar o sofrimento e preparar tanto o paciente quanto os familiares (Castilho; Silva; Pinto, 2021). Também foi introduzida a versão traduzida da Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos (versão 2), que avalia a funcionalidade do paciente, auxiliando na comunicação entre a equipe e na definição de metas e prognósticos (Downing, 2009). Para avaliação dos sintomas foi apresentada a escala analógica da dor, escala de Bristol e ESAS-r. Sendo a escala analógica da dor uma mensuração que utiliza uma escala numérica ou de face para quantificar a dor pelo paciente (Brasil, 2013). A escala de Bristol avalia a consistência das fezes e ajuda na identificação de sinais e sintomas do trato gastrointestinal (Martinez; Azevedo, 2012). A Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-r) nos permite a avaliação de nove sintomas no paciente em cuidados paliativos, sendo dor, cansaço, sonolência, náusea, apetite, falta de ar, depressão, ansiedade e bem-estar, podendo ainda ser inserido algum outro sintoma (Monteiro; Almeida; Kruse, 2013).

Como parte inerente do cuidado paliativo, a avaliação do cuidador se faz fundamental. Com isso, foi abordada a escala de Zarit que tem por objetivo avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idosos, mas podendo ser utilizada

em outras situações. Auxiliando no planejamento de ações preventivas e intervenções para manutenção da saúde do cuidador (Brasil, 2020).

A partir de então, iniciamos o terceiro momento, no qual os residentes foram divididos em quatro grupos, que, a cada rodada, passaram por uma estação prática. Em cada estação, os alunos encontravam novos casos clínicos simulados por um preceptor e deviam utilizar a escala correspondente ao tema da estação: Estação 1 – Diagrama Multidimensional; Estação 2 – Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos; Estação 3 – ESAS-R; Estação 4 – Escala de Zarit Reduzida. No fechamento da oficina, cada residente fez uma devolutiva sobre o encontro, destacando como ponto forte a simulação dos casos clínicos e, como ponto a melhorar, a abordagem da escala do Diagrama de Avaliação Multidimensional.

Oficina 3: dor

Enviado anteriormente para leitura prévia de material base envolvendo a temática dor, seu controle farmacológico e não farmacológico (D'Alessandro *et al.*, 2020). No encontro iniciamos com a “tempestade de ideias” com a seguinte pergunta: “Qual o significado de dor para cada um de nós?” Nessa dinâmica foi possível observar e demonstrar o quanto é diverso a experiência da dor para cada pessoa.

Passamos a uma parte expositiva com o auxílio de slides em *data show* na qual falamos sobre o conceito de dor e dor total. Abordando a dor física, social, emocional e espiritual. Relembramos a escala visual analógica de dor, bem como o questionário DN4 que nos ajuda a diferenciar dor neuropática e nociceptiva (Eckeli; Teixeira; Gouvêa, 2016). Com a participação de todos conversamos sobre os princípios do tratamento da dor, sendo pelo relógio, pela escada, pela boca e pelo indivíduo. As medicações não opioides e opioides mais utilizadas como: dipirona, paracetamol, codeína, tramadol e morfina. Falamos ainda sobre os principais efeitos colaterais e as medicações disponíveis na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (D'Alessandro *et al.*, 2020).

No terceiro momento abrimos para o manejo não farmacológico da dor citando: termoterapia superficial, acupuntura, auriculoterapia, massagem, terapias mente e corpo, aromaterapia, apoio emocional, aconselhamento, reestruturação cognitiva, cuidado preventivo da pele (Garcia *et al.*, 2021). Reforçamos aqui a importância da relação contínua dos profissionais assistentes com o NASF e como isso gera consequências muito positivas aos pacientes.

Com o intuito de integrar as teorias aprendidas e lembradas, foram apresentados dois casos clínicos, e a turma foi dividida em dois grupos. Cada grupo deveria, em conjunto, propor um plano de cuidado utilizando todas as potencialidades da Atenção Primária à Saúde (APS). Finalizada a atividade passamos a parte de *feedback* do encontro, sendo levantado como positivo a atividade prática final em conjunto, possibilitando a discussão de várias percepções e ideias diferentes para condução do plano de cuidado. Como ponto a melhorar pediram que esse encontro fosse desmembrado em duas etapas para aprofundar mais na parte farmacológica.

Oficina 4: luto

Como ponto de partida foi enviado para leitura prévia um artigo que permitia compreender o luto, a sua vivência, os seus complicadores e as intervenções específicas neste âmbito (Pimenta; Capelas, 2019). No dia do encontro iniciamos com a dinâmica “tempestade de ideias” sendo solicitado que cada participante contasse histórias de lutos vividas com pacientes. Muitos relatos surgiram e demonstraram o grande envolvimento do profissional de saúde, principalmente o da APS, nesse processo.

Seguimos para uma dinâmica na qual cada participante foi convidado a escrever cinco prioridades atuais em sua vida pessoal e/ou profissional. Após isso iniciamos uma história fictícia em que cada etapa do enredo o participante deveria retirar uma prioridade, restando apenas uma no final, demonstrando o que realmente importante no contexto de finitude. O intuito dessa dinâmica foi chamar os participantes para um olhar para sua própria finitude.

A partir de então passamos para um vídeo de animação do conto: *O pato, a morte e a tulipa* de Wolf Erlbruch⁵. Após o vídeo discutimos sobre a representação cultural da morte e compreensão da mesma como um processo natural do ciclo de vida de todo ser humano.

Passamos para uma parte mais expositiva sobre conhecer o assunto e como abordar com nossos pacientes. Iniciamos essa etapa com o seguinte trecho de Elisabeth Kubler-Ross:

Todos os pacientes moribundos sabem que vão morrer. Não se trata de perguntar: “Será que contamos a ele?” ou “Será que ele já sabe?” A única pergunta a se fazer é: “Será que posso escutar o que ele tem a dizer?” (Kubler-Ross, 1998, p. 29).

Em seguida exploramos as fases do luto, manifestações do enlutado (cognitivas, emocionais, comportamentais e fisiológicas) e luto patológico ou complicado (Gomes; Gonçalves, 2015). Abrimos uma roda de discussão do artigo enviado para leitura prévia e cada participante tinha a oportunidade de dizer pontos que mais gostou ou que lhe chamaram atenção (Pimenta; Capelas, 2019).

Finalizamos com dicas para ações que possibilitam maior humanização do processo de luto nos ambientes de saúde. Todas as dicas foram retiradas de uma cartilha idealizada por pais enlutados em parceria com a Universidade de São Paulo. “São elas: investida na comunicação de más notícias, formação de memórias e rituais fúnebres, continuidade do cuidado, prestação de condolências, hábitos de vida saudável, psicoterapia e grupos de apoio.

A finalização, seguindo o modelo das outras oficinas, não tiveram pontos negativos e como positivo a dinâmica do olhar para nossa própria finitude.

Caminho possível

Para que o usuário do SUS receba o cuidado integral, do qual os cuidados paliativos fazem parte, a inserção de conteúdos relacionados com este tipo de cuidado na formação teórico e prática do residente de medicina de

5 Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=uD7Ld1Gifn8>. Acesso em: 17 maio 2022.

6 Disponível em: <https://www.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/sites/356/2022/03/Cartilha-de-Suporte-ao-Luto.pdf>. Acesso em: 17 maio 2022.

família e comunidade é imperativo. Munir profissionais de saúde da APS com conhecimento é garantir que o cuidado possa chegar a quem precisa.

Em 2004, foi instituída a Política de Educação Permanente, que, por meio de diversas ferramentas e articulações entre ensino e serviço, garante a formação continuada dos profissionais que atuam no SUS. Nessa política, os problemas surgidos no processo de trabalho são transformados em oportunidades para gerar novos conhecimentos e aprofundar teorias que melhoram a qualidade da assistência, o acesso e a humanização do atendimento (Brasil, 2018). Oferecer essa formação aos médicos residentes alinha-se com essa política e abre caminho para estudos e discussões futuras.

A metodologia utilizada para exposição do tema, optando pelo formato de oficinas participativas, possibilitou que o aprendizado ocorresse simultaneamente com a assimilação da prática diária. No decorrer dos encontros o relato de casos novos e já vivenciados com pacientes, fez com que o conhecimento se materializasse. Apoiado no processo de ensinagem⁷ para adultos no qual o indivíduo acumula experiência de vida, aprende com os próprios erros, apercebe-se daquilo que não sabe e o quanto este desconhecimento faz-lhe falta (Lopes *et al.*, 2009).

Em relação aos conteúdos discutidos, percebeu-se uma maior necessidade de tempo ao se discutir o tema: dor. Possivelmente pela falha anterior na graduação médica, na qual se forma com foco na cura e não no alívio de sintomas. Além disso, a formação médica atual insere ao mercado de trabalho profissionais que com grande dificuldade não compreendem o processo natural de finitude e o foco na qualidade de vida pela percepção do paciente e não da equipe de saúde. Diante da fragilidade da formação médica sob este olhar, estratégias de capacitação profissional precisam ser utilizadas (Silva *et al.*, 2021).

⁷ Ensinagem é o termo cunhado por Léa das Graças Camargo Anastasiou em 1994, para se referir a uma prática social, crítica e complexa em educação entre professor e estudante, “englobando tanto a ação de ensinar quanto a de apreender”. CORREIA, Ricardo Lopes; COSTA, Samira Lima da; AKERMAN, Marco. Processos de ensinagem em desenvolvimento local participativo1. *Interações (Campo Grande)*, v. 18, p. 23-29, 2017. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.20435/inter.v18i3.1526> . Acesso em: 20 set. 2024. Resultados parciais da pesquisa de doutorado do primeiro autor. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina do ABC, sob o Parecer n.º 1.516.433, de 27 de abril de 2016.

Após iniciar a implementação deste projeto até a presente etapa percebe-se a viabilidade de multiplicação do mesmo em municípios semelhantes que contenham a residência médica. Isso porque as ferramentas utilizadas são simples e tem potencial de gerar grande benefício as populações assistidas.

Conclusão

Com a transição da estrutura etária e envelhecimento da população brasileira, o crescimento da prevalência de doenças crônicas e maior utilização do SUS é algo cada vez mais próximo do cotidiano do profissional de saúde. Sendo assim, planejar ações estratégicas para um futuro próximo é de suma importância para se manter o acesso e as ações das políticas públicas.

Promover a formação por meio de oficinas se mostrou uma ferramenta potente para aprendizagem no meio da saúde. Perceber no decorrer dos encontros que todos temos conhecimentos prévios que precisam ser lapidados e somados a novos com um grau de sensibilidade maior que o anterior. Pensando sempre que somos profissionais parte de um SUS que precisa ser defendido e entregue com todos os seus princípios aos usuários.

Assim, capacitar e sensibilizar jovens médicos residentes nos possibilitou iniciar o estudo de um tema de suma importância para o médico de família que acompanha seus pacientes e familiares em todas as fases de suas vidas, incluindo nascimento e morte. É mandatório que esses profissionais concluam a especialização com expertises em CP.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. [s.l.]: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. (ed.). **Manual de cuidados paliativos.** 3. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; Atheneu, 2021.

D'ALESSANDRO, M. P. S. et al. (ed.). **Manual de Cuidados Paliativos.** 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio Libanês e Ministério da Saúde, 2023.

ANDERSON, F.; DOWNING, G. M.; HILL, J. Palliative performance scale (PPS): a new tool. **Journal of palliative care**, v. 12, n. 1, p. 5-11, 1996.

ECKELI, F. D.; TEIXEIRA, R. A.; GOUVÊA, Á. L. Instrumentos de avaliação da dor neuropática. **Revista Dor**, v. 17, p. 20-22, 2016.

GARCIA, A. C. M. et al. (eds.). **Controle de sintomas físicos:** manual de intervenções não-farmacológicas. [s.l.]: Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), 2021.

GOMES, L. B.; GONÇALVES, J. R. Processo de luto: a importância do diagnóstico diferencial na prática clínica. **Revista de Ciências Humanas**, v. 49, n. 2, p. 118-139, 2015.

GRYSCHKE, G.; PEREIRA, E. A. L.; HIDALGO, G. Médicos de Família e Cuidados Paliativos: contribuições ao currículo baseado em competências. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2012-2012, 2020.

LOPES, J. M. C. et al. **Manual da oficina para capacitar preceptores em medicina de família e comunidade.** Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009.

MARTINEZ, A. P.; AZEVEDO, G. R. DE. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, p. 583-589, jun. 2012.

MATTOS, C. W.; DERECH, R. D. Cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária à saúde brasileira: Um survey nacional. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2094-2094, 23 mar. 2020.

MITCHELL, G.; MURRAY, S. A. Supportive and palliative care in the age of deferred death: primary care's central role. **BMJ Supportive & Palliative Care**, v. 11, n. 4, p. 398-400, dez. 2021.

MONTEIRO, D. DA R.; ALMEIDA, M. DE A.; KRUSE, M. H. L. Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para uso em cuidados paliativos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, p. 163-171, jun. 2013.

PIMENTA, S.; CAPELAS, M. L. V. A Abordagem do Luto em Cuidados Paliativos. **Cadernos de Saúde**, v. 11, n. 1, p. 5-18, 2 jan. 2019.

RIBEIRO, J. R.; POLES, K. Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 3, p. 62-72, jul. 2019.

SANTANA, M. T. E. A. et al. Cross-cultural adaptation and semantic validation of an instrument to identify palliative requirements in Portuguese. **Einstein (São Paulo)**, v. 18, p. eAO5539, 2020.

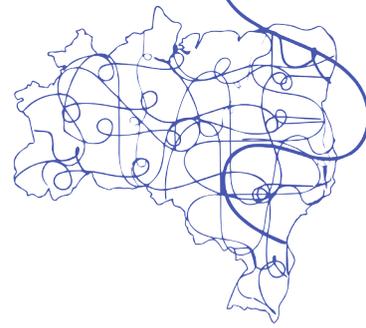
SILVA, A. E. et al. Cuidados paliativos: definição e estratégias utilizadas na prática médica.

Research, Society and Development, v. 10, n. 1, p. e18810111585-e18810111585, 7 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). **Integrating palliative care and symptom relief into primary health care**: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: World Health Organization, 2018.

KÜBLER-ROSS, E. **A roda da vida**: memórias do viver e do morrer. Tradução de Maria Luiza Newlands Silveira. Rio de Janeiro: GMT, 1998.

CAPÍTULO 7



CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA NECESSIDADE URGENTE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO (RJ)

Maurício Alves Marinho
Valeria Teresa Saraiva Lino

Os cuidados paliativos são executados por profissionais generalistas em muitos países, sendo essa uma das principais características dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS). A APS pode contribuir significativamente para a assistência e coordenação dos cuidados a esses pacientes, já que a proximidade geográfica, cultural e emocional desses profissionais com seus usuários, familiares e cuidadores é um fator positivo para a execução de um cuidado integral e humanizado. Além disso, a APS pode oferecer as condições de assistência necessárias para a permanência do paciente no domicílio, evitando seu afastamento da família e reduzindo as hospitalizações (Barrios; Zoboli, 2017).

Os cuidados paliativos na APS trazem benefícios ímpares para a rede e o sistema de saúde, visto que podem reduzir hospitalizações e a APS pode ofertar cuidados integrais por meio de uma equipe multidisciplinar (Barrios; Zoboli, 2017).

Apesar desta característica ainda há dificuldades na total incorporação dos CP dentro da APS seja pela pouca ou quase nenhuma comunicação da rede, limitações das equipes no cuidado, além de desconhecimento, assim como resistência da rede de atenção tanto de quem deveria compartilhar e apoiar

este paciente como também quem deve receber. Contudo, é mister que os CP sejam incluídos na APS, a fim de que haja de fato uma rede compartilhada a partir de um sistema integrado de ações capaz de absorver e acolher este paciente, principalmente nas regiões nas quais este tipo de cuidado que na sua maioria é especializado inexistem ou há escassez para então ser viabilizado.

Infelizmente, a formação em cuidados paliativos é raramente incluída no currículo educacional dos profissionais de saúde e isto se projeta a partir da avaliação das demandas que se apresentam fora dos espaços tradicionais do paliativista. Além disso, a disponibilidade de drogas para dor, que se apresentam como o tópico mais básico quando se fala em minimizar sofrimento dos pacientes, é lamentavelmente inadequada na maioria das abordagens aos pacientes em sofrimento, muitas vezes devido a preocupações relativas ao seu uso ilícito e ao tráfico de drogas e, portanto, quase sempre a prática não atende a demanda destes pacientes (WPCA, 2014).

Tais reflexões nos remetem à importância de o cuidado ser algo a ser compartilhado e não apenas por quem atua na saúde ou em outras áreas do conhecimento, mas por toda a sociedade. Sendo necessário o debate sobre o tema numa abordagem multi e transdisciplinar. Mediante esta conjuntura, considera-se este tema relevante para o meio acadêmico, bem como para a prática profissional e para pesquisas na área de saúde, sendo de fundamental importância o desenvolvimento de estudos que enfoquem a produção científica ligada a esta temática.

De onde falamos?

A unidade de saúde que acolheu a proposta de capacitação em cuidados paliativos é a Clínica da Família (CF) situada no bairro de Acari, um bairro de classe baixa e média baixa, da Zona Norte do município do Rio de Janeiro. Faz limites com os bairros Pavuna, Costa Barros, Coelho Neto, Parque Colúmbia e Irajá. Cabe aqui destacar que Parque Colúmbia e Costa Barros fazem parte também dos bairros com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (Wikifavelas).

A referida clínica possui um total de 24.278 (PEC – Vita Care, 2019) usuários cadastrados e conta com 87 profissionais distribuídos em sete equipes de Saúde da Família, duas equipes de saúde bucal, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), agentes de combate às endemias, farmácia, administração, portaria e higienização.

Caminhos percorridos

A estratégia que apresentaremos de educação é a modalidade de oficinas sob a temática dos cuidados paliativos. Para desenvolvimento das oficinas foram realizadas as seguintes etapas: elaboração do plano ensino, organização do material e do conteúdo teórico das oficinas, elaboração de questionário para o pré e pós-teste.

O plano de ensino foi elaborado por meio das necessidades identificadas no cotidiano da prática da Estratégia Saúde da Família (ESF). Foram integradas à capacitação temáticas aplicadas a APS, sobre a perspectiva de parte dos profissionais da clínica. O conteúdo foi elaborado pela gestora da clínica e os profissionais que continham conhecimento prévio por meio de especialização em cuidados paliativos.

O questionário, que denominamos de pré e pós-teste, teve como objetivo entender o nível de conhecimento dos participantes sobre a temática abordada: conceitos e princípios dos cuidados paliativos, atribuições dos profissionais da saúde e benefícios dos cuidados paliativos. Para isso, o primeiro questionário foi aplicado no início da primeira oficina, e o segundo, ao final da última oficina, em duas etapas distintas. Em relação às oficinas, foram realizados quatro encontros no Centro de Convenções e Ideias da Clínica da Família, com duração de quatro horas cada. Ao todo, 51 profissionais de saúde da Clínica da Família participaram das atividades, porém, apenas 26 concluíram a carga horária completa de 12 horas.

Foram identificadas as ações paliativas prioritárias passíveis de serem realizadas na CF a partir das oficinas com a participação dos profissionais (médicos; enfermeiros; dentistas; auxiliares de saúde bucal; técnico de saúde bucal; técnicos de enfermagem; agentes comunitários de saúde; farmacêutico; técnico de farmácia; psicólogo; educador físico e nutricionista).

Elaboramos algumas causas consideradas elementares das fragilidades a respeito dos CP dos profissionais da CF e, sendo assim, foram destacadas em ordem de prioridade, após realizar a matriz de seleção de problema, um dos passos do planejamento estratégico.

Quadro 1. Matriz de seleção de Problemas

PROBLEMAS	IMPACTO	GOVERNA-BILIDADE	FACTIBI-LIDADE	CUSTO DE POSTER-GAÇÃO	SELEÇÃO
Conhecimento sobre Cuidados Paliativos	ALTO	ALTA	ALTA	ALTO	1
Conhecimento sobre princípios éticos e apoio espiritual e familiar	ALTO	ALTA	ALTA	ALTO	2
Compreensão a respeito da morte	ALTA	MÉDIA	ALTA	MÉDIO	6
Papel do profissional nos Cuidados Paliativos	ALTA	ALTA	ALTA	MÉDIO	3
Conhecimento a respeito das ações paliativistas	ALTA	ALTA	ALTA	MÉDIO	4
Conhecimento sobre tipo de manifestações da dor	MÉDIO	ALTA	ALTA	MÉDIO	5

Fonte: elaborado pelos autores.

Com a elaboração da matriz de priorização definimos a prioridade dos problemas identificados e fornecendo assim a classificação do conjunto diversificado dos itens na ordem de importância abaixo:

1. Conhecimento sobre Cuidados Paliativos;
2. Conhecimento sobre princípios éticos e apoio espiritual e familiar;
3. Papel profissional de saúde nos Cuidados Paliativos;
4. Conhecimento a respeito das ações paliativistas;
5. Conhecimento sobre tipo de manifestações da dor;
6. Compreensão a respeito da morte.

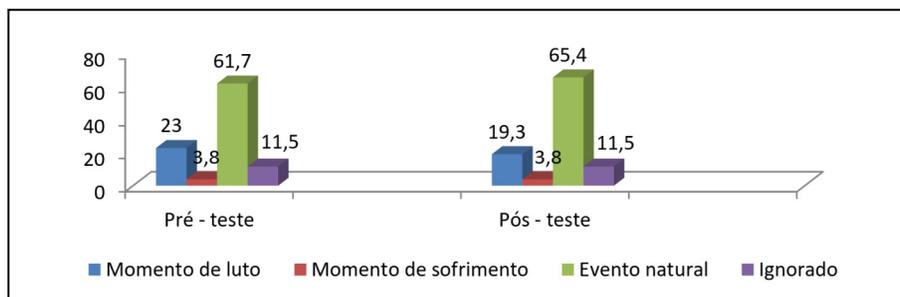
Saber como esclarecer prioridades é uma preocupação dos grupos de trabalho, a fim de avaliar os impactos e a importância de cada ação. Sendo assim, a partir desta reflexão podemos melhorar a maneira de fazer o nosso trabalho para construir uma assistência melhor, adotando as melhores práticas e abordagens. A identificação dos problemas e oportunidades de melhoria é somente a primeira parte do processo, visto que se faz necessário a elaboração de um plano de ação a ser implementado, além da avaliação contínua por meio de um indicador claro que monitore a efetividade destas ações de saúde.

Jogando luz no caminho

O pré-teste revelou que apenas 11,5% dos profissionais haviam recebido informações sobre cuidados paliativos durante sua formação, e, destes, 34,6% não sabiam identificar sintomas comuns, enquanto 30,7% não haviam aprendido ferramentas de comunicação para lidar com notícias difíceis. Após o teste, houve uma melhora significativa: 88,5% afirmaram ter recebido informações suficientes sobre cuidados paliativos, 77% se sentiram aptos a identificar sintomas básicos e 84,6% consideraram que aprenderam a comunicar notícias difíceis de forma adequada. No pré-teste, a maioria dos profissionais já reconhecia a importância de aspectos fundamentais nos cuidados paliativos: 90,3% valorizavam o apoio espiritual, 80,8% consideravam importante respeitar a autonomia do paciente e os aspectos éticos da relação

profissional, e 84,6% acreditavam na possibilidade de proporcionar uma morte digna. O apoio familiar foi consistentemente considerado essencial em ambas as fases. Após a capacitação, o pós-teste indicou um aumento na percepção da importância desses elementos, com 96,2% reconhecendo a relevância do apoio espiritual, 92,3% valorizando mais os aspectos éticos, e 96,2% acreditando na possibilidade de ofertar uma morte digna aos pacientes em fase terminal.

Gráfico 1. Compreensão a respeito da morte pelos profissionais da Clínica da Família de Acari



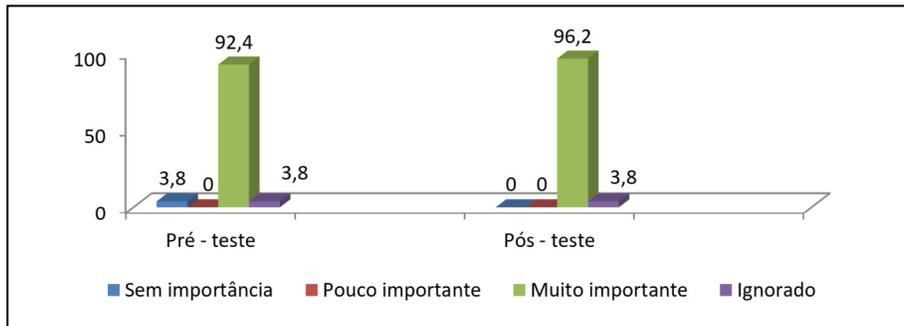
Fonte: elaborado pelos autores.

O gráfico nos mostra a compreensão a respeito da morte para os profissionais da Clínica da Família de Acari. Observamos que 23% no pré-teste percebiam a morte como um momento de luto, 3,8% como um momento de sofrimento, 61,7% classificaram como um evento natural no ciclo da vida. Em ambos os momentos pré e pós-teste, 11,5% não se manifestaram a respeito desta questão. Já no pós-teste 19,3% enxergavam a morte como um momento de luto, 3,8% continuaram a considerar como um momento de sofrimento e 65,4% elaboram a morte como um evento natural na vida do ser humano.

No pré-teste, apenas 57,7% dos profissionais reconheciam claramente seu papel nos cuidados paliativos. Após a capacitação, esse número aumentou para 84,7%, indicando uma melhor compreensão das suas responsabilidades nesse contexto. A importância da comunicação verbal e da assistência à família também foi destacada, com 96,2% dos profissionais, no pós-teste, reconhecendo a relevância crescente desses aspectos no cuidado paliativo. Isso

demonstra uma evolução significativa na percepção dos profissionais sobre seu papel e a necessidade de apoiar tanto os pacientes quanto suas famílias.

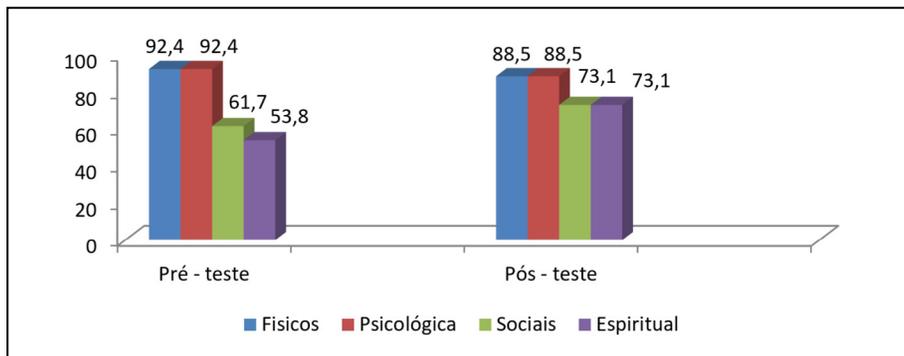
Gráfico 2. Percepção dos profissionais da Clínica Família a respeito da comunicação profissional paciente



Fonte: elaborado pelos autores.

No que diz respeito à comunicação entre profissional e paciente ao observarmos o gráfico acima identificamos que a pequena parcela que colocou como sem ou pouco importante modificou sua percepção ao avaliarmos os resultados do pós-teste, onde 96,2% passaram a considerar a comunicação como muito importante na relação profissional e paciente.

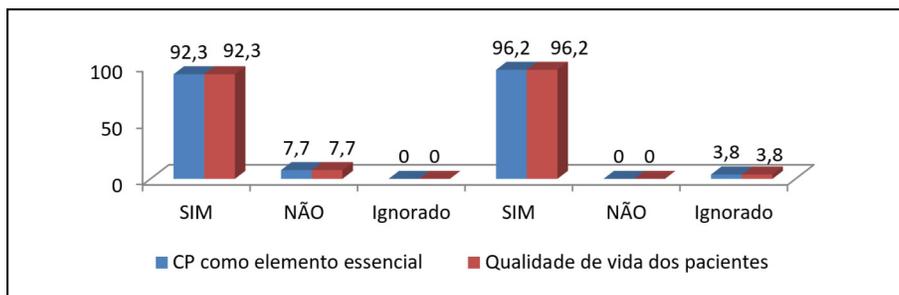
Gráfico 3. Percepção dos profissionais da Clínica Família a respeito das maneiras de manifestação da dor



Fonte: elaborado pelos autores.

O gráfico ilustra a percepção dos profissionais da Clínica da Família em relação às dimensões da dor, onde foi permitido escolher mais de uma opção para refletir as escalas de dor e sofrimento percebidas. No pré-teste, houve uma predominância na escolha dos sofrimentos físico e psicológico, com menor ênfase nos sofrimentos social e espiritual. No entanto, após a capacitação, o pós-teste revelou um aumento na percepção das dimensões social e espiritual, ao mesmo tempo que as dimensões física e psicológica apresentaram uma leve diminuição. Isso sugere que, após o treinamento, os profissionais passaram a valorizar mais os aspectos holísticos do sofrimento nos cuidados paliativos. No pré-teste, 92,4% dos profissionais da Clínica da Família acreditavam que as ações curativas e paliativistas deveriam coexistir, e 88,5% reconheciam a comunicação como uma ferramenta terapêutica essencial no tratamento. Em ambos os momentos (pré e pós-teste), os profissionais indicaram que as medidas farmacológicas não são a única opção para o alívio da dor em pacientes sob cuidados paliativos. No pós-teste, 100% dos profissionais passaram a entender que a comunicação é um elemento efetivo e fundamental no tratamento dos pacientes, reforçando sua importância no processo de cuidado.

Gráfico 4. Percepção dos profissionais da Clínica Família sobre a essencialidade dos cuidados paliativos e a qualidade de vida dos pacientes

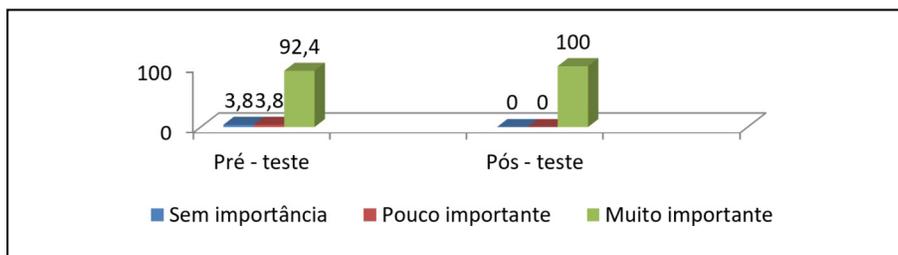


Fonte: elaborado pelos autores.

Em se tratando da percepção dos profissionais a respeito da essencialidade dos cuidados paliativos e também na promoção do bem-estar e qualidade de vida destes pacientes. Observamos um sensível aumento no

pós-teste no que diz respeito às ações destes profissionais numa abordagem paliativa e na promoção do bem-estar e na colaboração para uma maior qualidade de vida destes pacientes.

Gráfico 5. Percepção dos profissionais da Clínica a qualidade de vida dos pacientes



Fonte: elaborado pelos autores.

O gráfico explicita como os profissionais da Clínica da Família de Acari classificam a importância da qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos. Observamos no pré-teste que 3,8% consideravam sem ou com pouca importância a qualidade de vida destes pacientes. No entanto, no pós-teste observa-se que por unanimidade os profissionais classificaram como muito importante à qualidade de vida destes pacientes.

A partir da avaliação dos resultados obtidos no pré e pós-teste identificamos algumas fragilidades do grupo em relação à temática de cuidados paliativos como:

Contribuições para a prática

A partir da criação deste projeto de intervenção com a elaboração, organização e produção de um curso de atualização sobre a temática dos cuidados paliativos na APS foi possível observar uma maior agregação de conhecimento com a pretensão futura de promover um cuidado com mais qualidade. A intervenção objetiva provocar reflexões sobre a prática, além de agir por meio da ampliação da clínica e ofertar recursos possíveis a implementação desta nova prática neste nível de atenção muitas vezes antes não utilizado.

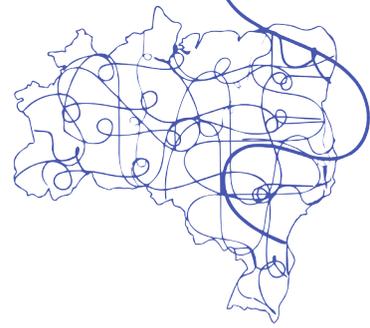
Partindo desta experiência, foi verificada uma necessidade emergente de qualificação da rede de atenção, assim como dos profissionais para que este cuidado em especial seja desenvolvido de forma integral e com maior efetividade.

Estudos consultados indicam que ainda persistem dificuldades significativas na incorporação dos cuidados paliativos (CP) na Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente no que se refere à inabilidade dos profissionais em lidar com as famílias, à comunicação, à abordagem aos pacientes e ao reconhecimento limitado das tecnologias leve e leve-dura na rotina de tratamento. Diante dessas lacunas, a experiência compartilhada neste estudo oferece reflexões valiosas e pode servir como um exemplo bem-sucedido, apto a ser replicado e ampliado na rede de APS, contribuindo para a melhoria do cuidado paliativo nesse contexto. O estudo enfim tenciona contribuir na elaboração de um plano de ações sobre o tema discutido CP, com finalidade de prestar um cuidado integral e de qualidade aos pacientes na APS. Além de propor uma prática efetiva com objetivo de melhorar a qualidade de vida e proporcionar subsídios para desenvolvendo destas ações, assim como informações e técnicas relacionadas aos CP. Por fim, pretendemos também ajudar na compreensão e também na produção de capacitações e na elaboração de novas medidas e diretrizes para o cuidado profissional no que tange os cuidados paliativos.

Referências

- BARRIOSO, P. D. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. **Cuidados Paliativos e Atenção Primária à Saúde: proposição de um rol de ações de Enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.
- HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, set. 2013.
- SANTOS JUNIOR, A. G.; SANTOS, F. R.; PESSALACIA, J. D. R. Desafios para os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 2708-2719, 2016.
- WIKIFAVELAS. **Acari**. Disponível em: <https://wikifavelas.com.br/index.php/Acari>. Acesso em: 18 dez. 2019.

CAPÍTULO 8



SENSIBILIZAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DE VILA NOVA I, NO MUNICÍPIO DE JOINVILLE (SC): AMPLIANDO O OLHAR

Mihlena Neves Figueiredo
Alexandre Ernesto Silva

A transição epidemiológica em curso ao nível mundial e a vertiginosa mudança no perfil de adoecimento da população levantam questionamentos sobre os cuidados a uma população mais longeva e, por consequência, mais exposta a adoecimentos por doenças crônico-degenerativas, neoplasias, entre outras. A resposta a esses desafios encontra-se em uma intervenção de saúde pública, com uma perspectiva equitativa e baseada na população. Dessa forma, a implementação da abordagem paliativa pode ser desenvolvida em todos os contextos, o que se pretende é alcançar uma cobertura para todos os tipos de doentes e famílias, tendo em conta todas as dimensões das suas necessidades, respeitando os princípios de acesso universal: equidade, qualidade e eficiência (Capelas *et al.*, 2018).

Segundo a OMS, os cuidados paliativos representam:

Uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e dos seus familiares, em face a uma doença terminal, através da prevenção e do alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação rigorosa e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (OMS, 2018, p. 5).

Valendo-se de tais princípios e diante das mudanças epidemiológicas vigentes, torna-se necessária a mudança do enfoque dos cuidados paliativos, originalmente, direcionados ao câncer e aos cuidados especializados. Atualmente, seu conceito foi ampliado para outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), e a outros níveis de cuidado em saúde (Brasil, 2018).

Um desses níveis é a Atenção Primária à Saúde (APS), *locus* em que se vivencia o cuidado integral. A APS compreende o nível primário responsável pela atenção à saúde da população.

Além de oferecer fácil acesso ao sistema de saúde para todas as necessidades de seus usuários, os profissionais atuantes em unidades de APS acompanham suas histórias de vida, oferecendo cuidado integral, coordenado e integrando o atendimento prestado por outros serviços de saúde. Também compartilha algumas características com os outros níveis de assistência como prevenção, tratamento e reabilitação, assim como o trabalho em equipe (Starfield, 2002).

Dessa forma, para atender à crescente demanda advinda do envelhecimento populacional, é fundamental que diferentes níveis de assistência sejam articulados para acolher os pacientes acometidos por doenças ameaçadoras de vida e seus familiares, articulação esta, que deve envolver a atenção básica.

No seu escopo, a APS é idealmente posicionada para oferecer uma abordagem holística e contínua, que pode beneficiar tanto os pacientes quanto seus familiares, bem como favorecer a redução de risco de infecções e sofrimentos advindos de hospitalizações desnecessárias.

A partir da pergunta “Como oferecer um novo olhar em Cuidado Paliativo na Atenção Primária à Saúde (APS), capaz de promover uma assistência integral, ativa e humanizada?”, foi desenvolvida uma estratégia de intervenção para sensibilizar os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Vila Nova I, em Joinville (SC). O objetivo dessa estratégia é promover uma postura proativa, unindo a fundamentação teórica em cuidados paliativos com a prática, de modo a oferecer um cuidado paliativo ativo, integral e

humanizado para aqueles que necessitam, reforçando a importância de uma assistência completa e centrada no paciente.

De onde vêm nossos passos

Partindo desse pressuposto, salientamos que para a realização desse projeto foi realizado um estudo descritivo de intervenção, visando oferecer conhecimentos teóricos e práticos sobre os CP entre a equipe do Vila Nova 1, em Joinville, Santa Catarina. Após a percepção subjetiva sobre a fragilidade dos domínios relacionados aos cuidados paliativos (CP) na ESF Vila Nova 1, identificou-se a necessidade de uma proposta pedagógica que estimulasse os profissionais a desenvolverem um novo olhar, baseado em novos saberes e práticas. Essa proposta busca capacitar a equipe a oferecer uma assistência ativa, humanizada e integral aos indivíduos elegíveis para CP e seus familiares, fundamentada no respeito à autonomia, na compaixão e na escuta atenta. O objetivo é promover um cuidado centrado na dignidade e nas necessidades reais dos pacientes e suas famílias. Destarte, foram elaboradas três oficinas, com duração de duas horas cada uma, com carga horária total de seis horas. Essa modalidade pedagógica contemplou os conhecimentos prévios dos participantes ao mesmo tempo que agregou as diversas categorias profissionais presentes, respeitando a autonomia e a interprofissionalidade. Estiveram presentes nesses encontros três médicos, quatro enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde (ACSs), três acadêmicos de medicina do 9º período, uma psicóloga, uma farmacêutica, uma fisioterapeuta, uma cirurgiã-dentista, e duas auxiliares bucais, totalizando 27 participantes.

Os encontros seguiram as seguintes dinâmicas:

Primeiro encontro: conceito, princípios dos cuidados paliativos, bem como elucidação dos critérios de elegibilidade, avaliação funcional, com explanação das Escalas de Performance de Karnofsky (KPS), PPS (Escala de Performance Paliativa), Escala de Avaliação de Edmonton (ESAS), Escala Visual Analógica (EVA), Bristol, e a Escala de Prognóstico (PPI).

A ESF tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, a organização e execução de suas práticas, sempre se adequando aos enfrentamentos dos problemas existentes. Torna-se, ainda, responsável pelo suporte ao paciente e à família, de modo a garantir o controle dos sintomas e a dignidade no processo de adoecimento e/ou morte. Para tal, se faz necessário o conhecimento acerca do conceito, princípios, bem como compreensão dos pacientes elegíveis para CP, além de entendimento sobre avaliação de funcionalidade e prognóstico, ferramentas úteis na elaboração de um plano de cuidado efetivo.

Por conseguinte, foi elaborado uma discussão acerca dos temas sobre conceito, princípios, e critérios de elegibilidade. Foi apresentado aos participantes, dados estatísticos sobre o índice de mortalidade doméstica no estado de SC, com o intuito de promover reflexão sobre a importância da abordagem paliativa no âmbito da Atenção Primária. Apresentou-se ainda as escalas de funcionalidade (PPS e KPS), ESAS, BRISTOL e PPI (avaliação prognóstica). Construiu-se, com os membros da equipe, a trajetória de uma avaliação funcional (PPS), a partir do relato de seguimento de um caso clínico conhecido pela maioria, em gráfico, na tela de apresentação.

Foi abordada a avaliação prognóstica utilizando o PPI (Índice de Desempenho Paliativo), uma ferramenta crucial para definir estratégias de cuidados tanto para o paciente quanto para a família. Essa avaliação oferece uma oportunidade valiosa de planejamento de questões emocionais, financeiras e logísticas. Para incentivar o uso do PPI, foi confeccionado um guia de bolso e distribuído aos participantes, com o objetivo de promover o desenvolvimento de habilidades e competências em cuidados paliativos. Espera-se que a equipe utilize essa ferramenta para fomentar o diálogo entre os membros na elaboração de planos de cuidados e reforçar a importância do trabalho multiprofissional em equipe.

Segundo encontro: foram abordados os temas da finitude e do luto, incluindo suas fases, bem como a espiritualidade e as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). A morte é um tema presente no cotidiano dos serviços de

saúde, integrando as diferentes fases do ciclo vital humano. No entanto, ainda é tratada de forma limitada, tanto por profissionais quanto pelos próprios serviços, comprometendo o princípio da integralidade. Apesar de estar tão próxima, observa-se um grave problema na comunicação sobre o tema, prevalecendo a chamada “conspiração do silêncio”. Por outro lado, quando há uma comunicação adequada sobre a terminalidade, oferece-se ao paciente acesso a informações que lhe permitem ter certo grau de controle sobre o tratamento, fazendo-o sentir-se acolhido e amparado, o que também favorece uma melhor adesão.

Nessa perspectiva, foi abordado a finitude e sua apresentação enquanto processo pleno de sentidos e etapa final de uma jornada individual. Discutiu-se a possibilidade de oferecer aos que estão morrendo uma construção produtiva no período final de suas vidas, tornando-os protagonistas de suas biografias e de seus processos de morte.

O luto é um processo adaptativo a uma perda significativa, representa um conjunto multidimensional de respostas biopsicossociais vivida pelo sujeito diante da ruptura de um vínculo significativo, sendo uma experiência singular e condizente com elementos que são internos e externos à pessoa. Foi apresentado o vídeo “O pato e a tulipa”, por meio do qual se pôde explanar sobre as fases do luto e suas classificações: antecipatório, preparatório e prolongado/complicado. Nesse ínterim, foram apresentadas as diversas formas de intervenções pela equipe junto às famílias enlutadas, capazes de oferecer a cada pessoa envolvida a oportunidade de reinventar-se a si mesma.

Tais intervenções envolvem um conjunto de ações e atividades realizadas no âmbito da APS, a saber: a chamada telefônica, a visita domiciliar, a consulta, o grupo de apoio.

O profissional que atua nos Cuidados Paliativos, age como solucionador, ou seja, tem por papel avaliar toda e qualquer necessidade não suprida e propor soluções para elas. As necessidades psicossociais e espirituais não deixam de ser uma delas, então devem ser propostos e executados suportes a estas (Pimenta; Capelas, 2019).

A espiritualidade oferece ao paciente e a todos aqueles envolvidos em sua rotina – familiares e profissionais – a oportunidade de encontrar sua unidade, proporcionando uma visão mais ampla sobre a vida e seu papel nela. Isso permite repensar os valores que cercam situações como a morte iminente, ajudando a encontrar um sentido natural e pleno para esse tipo de circunstância (Pimenta; Capelas, 2019). Para essa abordagem, foi apresentado o “screening espiritual” por meio do acrônimo FICA, desenvolvido pelo American College of Physicians em 2000. O acrônimo corresponde a: (1) Fé e crença, (2) Importância, (3) Comunidade, (4) Ação no tratamento. A partir desse método, qualquer membro da equipe pode realizar essa avaliação. Ainda nesse encontro, foi introduzido o conceito das Diretivas Antecipada de Vontade (DAV), como instrumento legal, no qual o indivíduo lúcido e orientado pode expressar de seus desejos e restrições em relação ao tipo de cuidado e intervenção médica a que deseja ou não ser submetido. Os participantes receberam papéis enumerados de 1 a 27, posteriormente realizou-se um sorteio de três números, que redigiram, em dez minutos, um esboço do que seriam suas DAVs.

Terceiro encontro: apresentou-se a importância do trabalho multiprofissional, ressaltando as possibilidades de atuação das categorias presentes no cenário dos Cuidados Paliativos (CP) na atenção primária (enfermeiro, farmacêutico, psicólogo, fisioterapeuta, dentista, médicos).

Nesse quadro, *sui generis*, os CP são apresentados como uma abordagem inovadora e abrangente que considera o ser humano em sua totalidade, indo além do tratamento das condições físicas para incluir aspectos sociais, emocionais e espirituais. Essa perspectiva integral exige uma abordagem colaborativa e multidisciplinar, onde o trabalho em equipe é essencial para oferecer um cuidado de qualidade e atender às diversas necessidades do paciente e de sua família. Diante da complexidade humana, torna-se incipiente ofertar cuidado integral partindo-se de uma única perspectiva.

Por isso, realizou-se, nesse encontro, o empoderamento dos membros da equipe, acerca das ricas possibilidades de atuação em CP na APS, em suas respectivas categorias profissionais.

Utilizou-se para esses encontros: ornamentação da sala de reunião com cenário repleto de borboletas e falas temáticas de Cicely Saunders e Cora Coralina, foi elaborado e entregue aos participantes um guia de bolso com algumas escalas de avaliação, prognóstico e guia para abordagem espiritual. Os recursos materiais utilizados foram papel, caneta, computador, *data show*. Além disso, foi oferecido, no último encontro, um lanche, como forma de confraternização, financiado com recursos próprios.

Implicações

Como resultado, os membros da equipe, em consonância unânime, solicitaram, junto à coordenação, um horário disponibilizado em agenda, previamente programada, para discussão e abordagem multiprofissional dos casos elegíveis para CPS. O mesmo acontecerá todas as quintas-feiras, das 14h às 16h, nesses encontros, além da discussão acerca das possibilidades do manejo sintomático de cada caso clínico, em caráter multiprofissional, utilizando as ferramentas apresentadas nesse trabalho, serão discutidos e elaborados PTS, PAC, conferências familiares e abordagem espiritual.

Para isso tem-se incentivado o uso corrente do guia de bolso em Cuidados Paliativos pelos profissionais da equipe durante as visitas domiciliares. Fez-se também, o empoderamento de uma ACS, devido suas características pessoais e participação comunitária ativa, para realização da abordagem espiritual, apesar de ser trabalhado que essa ação pode ser realizada por qualquer membro da equipe mediante conhecimento adequado, boa comunicação e compaixão.

Discussão

Acredita-se que a proposta de sensibilização da equipe da ESF Vila Nova I possa atuar como ferramenta importante, capaz de ofertar aos indivíduos/familiares elegíveis, um cuidado integral e humanizado, pautado na autonomia do sujeito envolvido. O contato dessa equipe com os temas

abordados despertou nos mesmos a possibilidade para a implementação de uma abordagem multiprofissional ampla sobre o binômio indivíduos/família, além de emponderá-los para uma prática proativa. Vale ressaltar que os profissionais perceberam como positiva a implementação dos cuidados paliativos na APS.

Nesse trabalho, os desafios se deram sobretudo pela desestruturação do NASF, haja vista que seus profissionais: psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e assistentes sociais conferem maior resolutividade à equipe, contribuindo para manutenção dos cuidados paliativos na APS. Assim, sua ausência amplifica o desafio na capacidade de se compartilhar a coordenação do cuidado. Como ressalta Floriani e Sacharam (2007), a partir da troca, é possível se estabelecer a inclusão dos resultados de diversas especialidades, possibilitando que a equipe desenvolva esquemas conceituais de análise, e instrumentos estratégicos, como ferramentas facilitadoras de assistência. Atender paliativamente exige, além de preparo, envolvimento de toda a equipe. A implantação efetiva das diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, há luz dos cuidados continuados e integrados no âmbito da APS, exigirá respostas mais adequadas e satisfatórias frente à crescente demanda dessa modalidade.

Conclusão

A demanda por cuidados paliativos é um problema atual de saúde pública, tendo em vista o progressivo envelhecimento da população mundial, cuja consequência revela-se pelo substancial crescimento do número de idosos, que resulta, por sua vez, no aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis. Assim, a reorganização do serviço de saúde, sobretudo na APS torna-se relevante como forma de assegurar a oferta desse tipo de cuidado.

A APS representa um modelo de atenção constituído de cuidados especiais de saúde baseado em métodos, tecnologias práticas e evidências

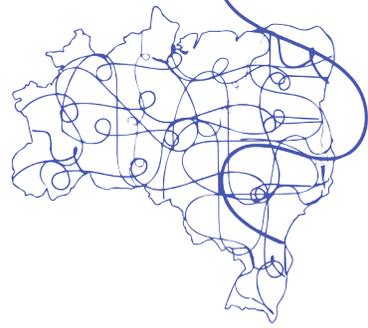
científicas aceitáveis que estejam ao alcance universal de indivíduos, família e comunidade, mediante o incentivo à participação popular. A implementação dos cuidados paliativos na Atenção Primária configura-se como forma a introduzir um tipo específico de atendimento, que consiga ser organizado e ofertado em todos os níveis de referência, sem descontinuidade. Além disso, a atenção domiciliar presente na APS e a possibilidade de as pessoas escolherem morrer em casa junto aos familiares, trazem à tona a necessidade de incluir, de alguma forma, tais cuidados.

Diante do exposto, espera-se que essa experiência possa fomentar novas discussões e perspectivas sobre os cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde (APS), mantendo vivo em cada profissional envolvido o espírito solidário e a ação em prol da construção do bem comum. Além disso, busca-se uma luta contínua e intransigente contra o abandono e a desumanização na assistência.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- CAPELAS, M. L.; SIMÕES, A. S. A. W. E.; TEVES, C. F. T. M.; DURÃO, S. A. P.; COELHO, S. P. F.; SILVA, S. C. F. S.; SILVA, A. E.; AFONSO, T. S. Indicadores de qualidade prioritários para os serviços de cuidados paliativos em Portugal. **Cadernos de Saúde**, v. 10, n. 2, 2018.
- FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Caderno de Saúde Pública*, v. 23, n. 9, p. 2072-2080, Rio de Janeiro, set. 2007.
- PAIM, S. J. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009.
- PIMENTA, S.; CAPELAS, M. L. V. A Abordagem do Luto em Cuidados Paliativos. **Cadernos de Saúde**, p. 5-18, 2 jan. 2019.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). **Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers**. Geneva: World Health Organization, 2018.

CAPÍTULO 9



CAPACITANDO EQUIPES DA SAÚDE DA FAMÍLIA: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO RIBEIRÃO DAS NEVES (MG)

Alessandra Lopes dos Santos
Mônica Kramer de Noronha Andrade

Entre as atribuições dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), encontra-se a participação e articulação de atividades de Educação Continuada e/ou Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2012). A educação continuada se caracteriza pela transmissão do conhecimento, de forma vertical, compatível com a metodologia de ensino tradicional, ofertada em instituições de ensino (Brasil, 2018). Em contrapartida, a Educação Permanente em Saúde está inserida no processo de trabalho, pode ser definida como “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das relações e ao trabalho” (Brasil, 2004). A Política Nacional de Atenção Primária prevê a necessidade da educação permanente nos serviços como qualificadora da prática de cuidado (Brasil, 2012). A Resolução n.º 41, de 31 de outubro de 2018, preconiza a oferta de “educação permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS” como uma estratégia de implantação de cuidados paliativos (Brasil, 2018, p. 276).

Faz-se necessária a formação em cuidados paliativos devido à sua relevância, embora seja ainda pouco conhecida pela sociedade em geral. Mendes (2020), em sua pesquisa, mostra que foi identificado desconhecimento,

desinformação, equívocos em relação aos cuidados paliativos em profissionais de saúde, pacientes-alvo, e, até legisladores. Aponta que cuidadores o consideram supérfluo. Um dos motivos elencados é a ausência de atividades educativas neste tema desde a formação na graduação de diferentes profissões, médicos, enfermeiros, psicólogos e assistente social.

O Atlas latino-americano de cuidados paliativos evidencia que a abordagem a este tema como uma disciplina independente na grade curricular se faz presente somente em três faculdades de Medicina e, em duas faculdades de Enfermagem. No entanto, não é inserida nas faculdades de Psicologia e Serviço Social (Pastrana *et al.*, 2021). Portanto, isto se reflete no cotidiano dos serviços de saúde, com a evidente deficiência da incorporação de seus benefícios para aqueles que o necessitam.

Considerando a necessidade de promover a disseminação do conhecimento em cuidados paliativos e a relevância da Atenção Primária à Saúde (APS) como reguladora e coordenadora do cuidado, foi idealizado um curso de sensibilização como etapa inicial de introdução ao tema. Esse curso será implementado posteriormente nas equipes de saúde da família do município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

Onde estamos

O município Ribeirão das Neves faz parte da Região Metropolitana de Belo Horizonte, tem uma área territorial de 155,105 km² e uma população estimada de 341.415 habitantes em 2021 (IBGE, 2017). Sua ocupação territorial está relacionada ao processo migratório da população residente na capital devido à oferta de loteamentos de baixo custo. No entanto, havia precarização na localização e na estrutura ofertada. Logo, houve um crescimento populacional rápido e desorganizado, acompanhado de um baixo desenvolvimento econômico. O município é composto por três macrorregiões: Justinópolis, Centro e Veneza (PMRN, 2021). A APS no município compõe-se por 56 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) (PMRN, 2021).

As equipes de ESF recebem o apoio do Serviço de Saúde Mental nas três macrorregiões e do NASF-AB⁸ nas regiões do Centro e do Veneza. A ordenação e regulação com outros serviços é realizada por meio de ações de matriciamento (NASF-AB e Serviço de Saúde Mental) e encaminhamentos. As demandas para atendimentos nos serviços de urgência e nas especialidades são realizadas no próprio município e os atendimentos de alta complexidade e algumas especialidades são referenciados para os serviços de saúde em Belo Horizonte tais como hemodiálise, transplante de órgãos e tratamento de câncer.

O município enfrenta diversas barreiras na prática da Atenção Primária à Saúde (APS), como o quantitativo reduzido de profissionais de saúde e o investimento insuficiente em recursos, incluindo medicações e melhorias na estrutura física para adequação do atendimento. Além disso, há problemas relacionados ao sistema de referência e contrarreferência, como encaminhamentos para Unidades de Referência Secundária e/ou Terciária sem retorno de informações, a falta de acesso dos profissionais às informações clínicas dos pacientes e questões ligadas à violência e vulnerabilidade social. No município, a prática da Educação Permanente em Saúde é realizada por meio de oficinas temáticas organizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, voltadas para os profissionais de saúde em geral. Além disso, são oferecidas capacitações com temas específicos de cada unidade, com base nas questões apresentadas para o matriciamento e os grupos temáticos, como o NASF-AB e Saúde Mental.

Os pacientes com doenças ameaçadoras da vida, que fazem parte da população adscrita das Unidades Básicas de Saúde (UBS) são acompanhados geralmente no Setor Terciário, e, pela deficiência do sistema de referência e contrarreferência não se tem informações exceto, as trazidas pelo paciente e/ou familiares. As UBSs atuam geralmente no fornecimento de insumos como fraldas, seringas, ataduras, dispensação de medicamentos,

8 Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) são equipes multiprofissionais que trabalham junto às Equipes de Saúde da Família, nos Centros de Saúde, ajudando na resposta às demandas da população, realizando desde a promoção até o tratamento de problemas de saúde.

e acolhimento a demanda espontânea do usuário. Esporadicamente, as ESFs recebem encaminhamentos dos Serviços de Alta Complexidade para atendimentos de demandas pontuais, geralmente relacionadas ao serviço social e/ou a psicologia.

Diante deste cenário, torna-se evidente a necessidade de atividades educativas e de sensibilização para as equipes de saúde da ESF para a abordagem em cuidados paliativos. Por isso, foi proposta a intervenção em educação em saúde como proposta de disseminar conhecimento acerca dos cuidados paliativos para a sensibilização dos profissionais/trabalhadores de saúde da AP, bem como familiarizar a equipe com conceito de cuidados paliativos; desmistificar ideias presentes no senso comum sobre sua prática que não condizem com os princípios de cuidados paliativos; trabalhar os conceitos de autonomia e diretivas antecipadas de vontade (DAV); qualificar a escuta dos profissionais/trabalhadores de saúde à pessoa sob cuidados paliativos e a seus familiares.

Caminho percorrido

A metodologia adotada seguiu os princípios da Política de Educação Permanente, com uma abordagem participativa e construtivista, que valoriza a troca de saberes e a alteridade, promovendo assim a intersectorialidade e a integralidade. A reflexão compartilhada foi a base para a construção das propostas de ação, gerando um sentido de pertencimento, já que o binômio significado-significância esteve no centro do processo de aprendizagem. Isso contribuiu para a sensibilização dos profissionais/trabalhadores envolvidos. Para a elaboração do Curso de Sensibilização em Cuidados Paliativos se fez inicialmente uma revisão bibliográfica sobre o tema “Cuidados Paliativos e AP” elencando experiências anteriores e as principais barreiras encontradas. Após este embasamento, a rotina de trabalho das Unidades de ESF foi observada e, se fez uma compilação sobre as opiniões dos profissionais/trabalhadores por meio de conversas sobre a rotina do trabalho na temática.

Portanto, a elaboração do Curso de Sensibilização ocorreu em quatro etapas: diagnóstico situacional; elaboração dos eixos temáticos e o desenvolvimento do conteúdo programático, planejamento das atividades, e, validação. Após o diagnóstico situacional, foram elaborados os eixos temáticos e o desenvolvimento do conteúdo programático. As atividades do curso foram realizadas presencialmente, em oficinas de até duas horas cada, totalizando quatro oficinas, com uma carga horária de 8 horas. A participação nas oficinas era voluntária. Um questionário com quatro questões relacionadas aos temas abordados foi elaborado e aplicado no início da primeira oficina. Esse questionário foi utilizado de forma transversal em todas as oficinas, servindo como base para avaliação e reflexão contínua ao longo do curso.

Quadro 1. Questionário aplicado

<p>1. Quais as primeiras palavras que vem a sua mente quando você pensa em cuidado paliativo?</p> <p>2. Para se ter autonomia é preciso: (marque quantas opções considerar necessário)</p> <p><input type="checkbox"/> Independência para realizar atividades.</p> <p><input type="checkbox"/> Capacidade para tomar decisões.</p> <p><input type="checkbox"/> Fala preservada.</p> <p><input type="checkbox"/> Capacidade de comunicação.</p>	<p>3. Como você se sente ao conversar ou ouvir sobre o tema morte?</p> <p><input type="checkbox"/> Extremamente desconfortável.</p> <p><input type="checkbox"/> Um pouco desconfortável.</p> <p><input type="checkbox"/> Levemente confortável.</p> <p><input type="checkbox"/> Muito confortável.</p> <p>4. Qual você avalia que seja a melhor forma agir ao dar uma notícia difícil para uma pessoa?</p> <p><input type="checkbox"/> Falar tudo o que precisa dizer de uma vez.</p> <p><input type="checkbox"/> Ajudar a pessoa dizendo coisas positivas.</p> <p><input type="checkbox"/> Falar de forma que a pessoa entenda e dar espaço para ela se expressar.</p>
--	---

Fonte: elaborado pelas autoras.

Para a validação, foram realizadas oficinas para a avaliação do conteúdo programático e de todo material pelos profissionais/trabalhadores de saúde. A adequação do curso se deu conforme os resultados pertinentes encontrados nas oficinas. A finalização da elaboração do curso se deu após a validação deste pelos profissionais/trabalhadores de saúde da AP.

O critério inicial para a seleção das equipes de ESF para validação foi ser uma das cinco equipes vinculadas ao Serviço de Saúde Mental “Claramente” (ESFs Florença I, Florença II, Novo Florença, Fazenda Castro e Metropolitano). Foram excluídas as equipes que estavam alocadas em prédios temporários, devido à reforma das Unidades de Saúde de origem, uma vez que estavam sem espaço físico adequado para realização de ações em grupo. A partir destes critérios foram selecionadas duas equipes, Fazenda Castro e Metropolitano, as quais tem composição semelhante em relação aos recursos humanos.

Os recursos necessários para a implementação do curso incluem um espaço físico adequado para acomodar os participantes, equipamentos para projeção, como TV, computador ou projetor com tela, slides de apresentação para as oficinas, além de um cartaz ou quadro para o desenvolvimento das atividades propostas durante as sessões.

Curso de sensibilização

A partir da observação e diálogo com as equipes de cinco UBSs, constatou-se a falta de familiaridade das equipes com a abordagem dos Cuidados Paliativos. Com base nessa necessidade, foi elaborado o Curso de Sensibilização em Cuidados Paliativos, estruturado em torno de quatro eixos temáticos: o que são Cuidados Paliativos, autonomia e Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), reflexões sobre a morte e o morrer, e a Comunicação de Notícias Difíceis. Cada um desses eixos é abordado em uma oficina, compondo o Curso de Sensibilização.

Embora cada oficina tenha um tema específico, elas foram elaboradas de acordo com os objetivos específicos descritos, de forma a atingir o objetivo geral, ou seja, promover a sensibilização das equipes de saúde em Cuidados Paliativos. O Quadro 1 apresenta uma comparação entre os objetivos específicos do projeto e os objetivos de cada oficina, com o intuito de evidenciar em quais oficinas esses objetivos são abordados e trabalhados.

Quadro 2. Comparação dos objetivos específicos com as oficinas

Oficinas	Objetivos específicos	Objetivos das oficinas
Cuidados Paliativos, que trem é esse?	Sensibilizar a equipe para o tema de Cuidados Paliativos.	Sensibilizar a ESF para os Cuidados Paliativos.
Autonomia e Diretivas Antecipadas de Vontade	Trabalhar os conceitos de autonomia e DAV, que interferem diretamente na qualidade de vida da pessoa em Cuidados Paliativos.	Trabalhar os conceitos de autonomia e DAV.
Sobre a morte e o morrer	Qualificar a escuta dos profissionais/trabalhadores de saúde à pessoa que está em Cuidados Paliativos e seus familiares.	Introduzir a discussão sobre morte no nosso cotidiano.
Comunicação de notícias difíceis		Refletir sobre como lidamos com o fato de termos que dar notícias difíceis, melhorar a nossa forma de lidar com pessoas ao lhes transmitir este tipo de notícias.

Fonte: elaborado pelas autoras.

No primeiro dia do curso foi trabalhada a conceituação da abordagem partindo do conhecimento da equipe sobre o tema. O conceito de cuidados paliativos é discutido de acordo com a definição da OMS (WHPCA; WHO, 2020) e, em seguida, é apresentado o conceito de dor total, elaborado por Cicely Saunders, que aponta para a multidimensionalidade do sofrimento da pessoa com doença ameaçadora da vida (Clark, 2014). Foram ainda realizadas uma atividade de identificação de mitos e verdades e uma avaliação sobre a importância dos cuidados paliativos.

A segunda oficina abordou o tema autonomia e DAV, uma vez que esse é um princípio fundamental para a promoção de qualidade de vida da pessoa em cuidados paliativos. A discussão é aberta com a definição de autonomia e em seguida são apresentados casos de diferentes contextos para ampliar o debate. A partir dessa discussão é introduzido o conceito de DAV e suas formas de implementação.

No terceiro dia foi realizada uma roda de conversa com o tema sobre a morte e o morrer, iniciada a partir da exposição do vídeo “o Pato, a Morte e a tulipa”. O curta, baseado no livro infantil de mesmo nome, escrito por Wolf Erlbrunch e lançado em 2007, traz uma reflexão sobre a morte e a relação desta com o homem (O Pato, 2010).

Em seguida, abordou-se o tema de comunicação de notícias difíceis, nesta oficina foram utilizados como recursos dois vídeos ilustrativos e uma atividade para sugestões de comunicação de notícias difíceis a partir da qual é apresentado o protocolo “SPIKES”. Este, é um mnemônico de seis passos baseado em um modelo de comunicação com o paciente que ajuda profissionais a manter com este uma comunicação clara e acolhedora (Cruz; Riera, 2016).

O Quadro 6 mostra de forma esquematizada o roteiro de cada oficina.

Quadro 3. Curso de sensibilização em Cuidados Paliativos

Atividade	Objetivos	Roteiro	Recursos
1. Cuidados Paliativos, quem é esse?	Familiarizar a equipe com conceito de Cuidados Paliativos.	Apresentação do projeto-discussão sobre “o que são Cuidados Paliativos para você?” Conceito de Cuidados Paliativos A Partir da discussão. Conceito de Dor Total. O que não são Cuidados Paliativos – Jogo mitos e verdades. Discussão sobre a importância dos Cuidados Paliativos.	Frases impressas; Quadro Mitos x Verdades; Slides com conceito de Cuidados Paliativos.
2. Autonomia para quem?	Trabalhar os conceitos de autonomia e diretivas antecipadas de vontade, que interferem diretamente na qualidade de vida da pessoa em Cuidados Paliativos.	Momento 1 – autonomia – apresentar o conceito. Dividir a equipe em três grupos e apresentar um caso para cada um com questões sobre autonomia. Cada caso abordará um elemento a ser trabalhado (autonomia e 3ª idade – autonomia e a criança/ adolescente – autonomia na espiritualidade).	Folha com casos para discussão.

3. Sobre a morte e o morrer	Qualificar a escuta dos profissionais/trabalhadores de saúde à pessoa que está em Cuidados Paliativos e seus familiares.	Vídeo: “O pato, a morte e a Tulipa” Roda de conversa.	Vídeo Cartum Snoopy.
4. Comunicação de notícias difíceis	Qualificar a escuta dos profissionais/trabalhadores de saúde à pessoa que está em Cuidados Paliativos e seus familiares. Refletir sobre como lidamos com o fato de termos que dar notícias difíceis, melhorar a nossa forma de lidar com pessoas ao lhes transmitir este tipo de notícias.	Vídeos: Trecho do filme Golpe do destino (1991). Trecho da série Estes Somos Nós (“This is us”). E1 T1 (Piloto, 2016)	Vídeos, slides.

Fonte: elaborado pelas autoras.

O material apresentado durante o Curso Introdutório de Sensibilização em Cuidados Paliativos na AP encontra-se disponível na internet para consultas posteriores, no link <https://pt.slideshare.net/AlessandraLopesdosSa1/cuidados-paliativos-que-trem-e-essepdf>.

Oficinas de validação do curso

Para a validação do curso, foram realizadas quatro oficinas temáticas, na modalidade presencial, para as equipes de profissionais/trabalhadores de saúde das duas UBSs selecionadas. Houve agendamento prévio e anuência do gestor.

Participaram das oficinas 13 profissionais/trabalhadores de saúde, sendo que destes, dez integram a equipe de ESF, dois integram a equipe do Serviço de Saúde Mental Claramente e uma pessoa, a equipe de Zoonoses. A proporção de adesão da equipe de ESF ao processo de validação do curso introdutório foi de 83,3%.

Questionário

O questionário foi respondido por 76,92% dos participantes. Na primeira questão os participantes elencaram até quatro palavras/expressões que eles relacionavam aos cuidados paliativos. Nas respostas, obtiveram-se como categorias:

- Afeto: a maioria das palavras/expressões elencadas se enquadraram na categoria afeto, dentre elas: “amor”, “carinho”, “empatia”, “atenção” e “se preocupar com as pessoas”.
- Fazer: palavras que se referiam ao fazer também foram citadas de forma recorrente: “cuidar”, “tentar ajudar da melhor forma possível”, “cuidados com a higiene”; nesta categoria apareceram ainda palavras que se referiam a uma falta de efetividade no fazer, como as expressões “fazer meia boca” e “fazer o que se pode”.
- Qualidade de vida: apareceu com uma frequência relevante, embora em menor quantidade, se comparado as duas primeiras categorias.
- Morte: nesta categoria houve apenas três citações: “Não acelerar nem adiantar nada”, “fase terminal” e “morte”.

Na segunda questão os participantes apontavam, dentre quatro opções, quais seriam pré-requisitos para o exercício da autonomia, podendo marcar quantas opções achassem necessário. Desta forma, 80% das pessoas que responderam ao questionário apontaram a capacidade de tomar decisões como critério para a autonomia; 60% consideravam, a independência funcional; também 60% indicaram capacidade de comunicação e 10%, a fala preservada.

Ao serem questionados sobre quão confortáveis ou desconfortáveis eles se sentem ao conversar sobre a morte, 40% dos profissionais/trabalhadores que responderam ao questionário, referiram sentir um pouco de desconforto, 30%, desconforto extremo, 20% se sentiam levemente confortáveis e 10% não respondeu.

Em relação à pergunta sobre a melhor forma de dar uma notícia difícil, 70% escolheram a opção sobre fala inteligível associada a um espaço

para escuta, 10% marcaram a opção falar tudo de uma vez, 10% optaram pela alternativa referente a dizer coisas positivas e 10% não marcou nenhuma opção.

De forma geral, a partir das respostas da primeira questão, pode-se perceber que os participantes não associaram os cuidados paliativos com uma intervenção técnica. Um dos participantes relacionou os cuidados paliativos a uma ação substitutiva e com pouca eficácia. Esta associação tinha ligação com o senso comum de “paliativo” como sinônimo de “gambiarrá”. Outro ponto de destaque foi a pouca incidência de palavras/expressões relacionadas a terminalidade. O fato de um dos participantes ter associado os cuidados paliativos ao termo “não acelerar nem adiantar nada”, demonstra uma familiaridade com os cuidados paliativos e simultaneamente, um desconforto com o tema morte.

Em relação à autonomia, percebeu-se que muitas pessoas a associaram com a independência funcional. Embora elas sejam habilidades independentes, são confundidas com frequência. Por outro lado, a maioria das pessoas apontou corretamente a capacidade de tomar decisões como critério para autonomia mesmo antes da oficina.

Cuidados paliativos, que trem é esse?

A primeira oficina contou com a presença de 84,6% do total de participantes do curso. A oficina foi realizada de acordo com o planejamento demonstrado no Quadro 6.

Durante a primeira oficina, houve um bom engajamento da equipe, todos contribuíram para a capacitação com falas sobre suas experiências pessoais e/ou profissionais/trabalhadores, e participaram das atividades propostas.

Conforme o depoimento de um Agente Comunitário de Saúde (ACS), os Cuidados Paliativos têm uma ação não efetiva: “É quando não dá pra fazer direito”. Este conceito estava de acordo com a experiência e o senso comum da respectiva família que relacionava a palavra “paliativo” a qualquer conserto realizado, de forma provisória ou adaptada.

Outros participantes associaram os Cuidados Paliativos à terminalidade sendo aplicável após esgotadas as propostas terapêuticas de modificação do curso da doença.

Observou-se uma insatisfação dos profissionais/trabalhadores da saúde decorrente aos problemas vivenciados no ambiente de trabalho que interferiam na qualidade do serviço prestado à comunidade: deficiência de recursos humanos e apoio da gestão local, irregularidade na oferta de medicamentos e insumos e, falta de articulação na Rede de Atenção (sistema de referência e contrarreferência). Como proposta, sinalizou-se a necessidade de promover uma discussão com a gestão local para resolução destes problemas.

Percebeu-se, ao final da oficina, uma melhora da percepção dos participantes em relação ao tema e a compreensão de sua importância. Houve uma resignificação do termo “paliativo” que passou a ser visto pela equipe como uma abordagem importante para o paciente. Observou-se que a atividade reflexiva sobre mitos e verdades foi bastante elucidativa no que se refere a reparação do conceito sobre Cuidados Paliativos.

Autonomia e diretivas antecipadas de vontade

A adesão nesta oficina foi de 53,8% do total de participantes do Curso de Sensibilização. Além dos integrantes da equipe de ESF, participaram uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional que integram a equipe de saúde mental “claramente”.

Houve um bom engajamento na discussão sobre questões referentes a autonomia. A contribuição dos participantes se deu por meio do compartilhamento de relatos de casos vivenciados e outras observações. Tomou-se como exemplo de discussão no qual a autonomia do paciente interferia no seu próprio cuidado com a saúde. Em relação as DAVs, a maioria dos participantes desconhecia o conceito e suas formas de aplicação, sendo a oficina o seu primeiro contato com este instrumento.

A utilização da metodologia participativa possibilitou, além da abordagem da autonomia sob diferentes perspectivas, a ampliação da percepção das equipes. Neste sentido, os profissionais/trabalhadores identificaram que esta abordagem era realizada no cotidiano do trabalho embora o respectivo manejo fosse um grande desafio.

Sobre a morte e o morrer

Com uma adesão de 23,1% dos participantes, essa oficina começou com a exibição do vídeo “O pato, a morte e a tulipa” seguido por uma roda de conversa em que eles puderam falar sobre suas experiências com a morte.

Os participantes abordaram questões importantes relativas ao papel da despedida e da vivência do luto e, a diversidade de pensamentos sobre a finitude. Nos relatos, observaram-se pontos diversos/categorias diferentes:

a) Vivência do luto/sofrimento:

“Medo maior de vivenciar um luto do que de morrer, uma vez que a fé lhe traz tranquilidade em relação à vida após a morte, mas a perspectiva de perder alguém é uma certeza de sofrimento”.

b) Representação da morte:

“[...] Visão da morte como um inimigo.”

“[...] Visão da morte como uma traição.”

“[...] Não tenho medo de morrer, pois tenho fé na vida após a morte.”

Na observação do grupo, destacam-se tais como:

- Maior facilidade dos integrantes da equipe em lidar com a visão de morte no contexto profissional;
- Dificuldade dos participantes em conversar sobre a morte e finitude;
- A importância do papel da religião na aceitação da finitude.

Comunicação de notícias difíceis

Participaram desta oficina 30,8% dos profissionais/trabalhadores.

Na apresentação do vídeo sobre a comunicação de notícias difíceis, houve a discussão sobre a abordagem inadequada do profissional de saúde na comunicação do diagnóstico ao paciente e, atitudes reflexivas a respeito do comportamento individual e coletivo.

Para a orientação, utilizou-se como ferramenta, o protocolo SPIKES. Evidenciou-se um total desconhecimento sobre esse tipo de ferramenta e uma falta de interesse na sua aplicabilidade. Observou-se que a resistência apresentada pode estar relacionada a sobrecarga de trabalho. No entanto, a discussão do vídeo foi muito participativa, uma vez que se trabalhou com situações concretas, vivenciadas na rotina do trabalho.

A partir da oficina, os participantes puderam refletir sobre sua prática profissional e vivências pessoais, evidenciando no discurso a importância de uma prática mais acolhedora. Ainda que a maior parte das notícias difíceis no contexto de saúde seja transmitida pelo médico, o conhecimento sobre esse tema é essencial para toda a equipe de saúde, pois contribui para a melhoria da prática. Esse entendimento permite um olhar mais atento ao paciente e seus familiares, que frequentemente precisam lidar com situações delicadas relacionadas à saúde do paciente.

Desdobramento

O curso possibilitou uma maior aproximação da equipe com o tema Cuidados Paliativos, um melhor conhecimento do conceito e de seus princípios. Foi realizado em espaços já existentes na AP, como nas reuniões de matriciamento.

Os profissionais/trabalhadores participaram com discussões a partir de suas vivências tanto profissionais como pessoais e refletiram sobre sua prática. Nas oficinas de validação, o conteúdo programático foi aceito integralmente, no entanto, a sugestão para aplicabilidade deste curso seria aproveitar as

atividades já planejadas na AP como o matriciamento e as capacitações para a realização do curso. Após a validação, o material do curso encontra-se disponível nas plataformas Slide Share e YouTube.

Na etapa de validação, pode-se observar algumas semelhanças com os achados na literatura tais como, o desconhecimento sobre princípios norteadores dos cuidados paliativos. Deve-se ressaltar que a concepção inicial dos participantes sobre o tema não se baseava em suporte técnico e, sim, em apoio emocional.

Por se tratar de um curso introdutório, a proposta do curso é iniciar a reflexão e o debate sobre o tema de forma a melhorar o manejo da equipe com pessoas com doenças ameaçadoras de vida e seus familiares. Ao iniciar este debate abre-se espaço para que outras intervenções sejam realizadas.

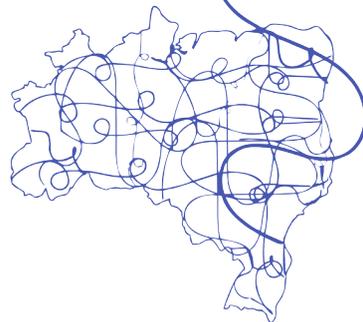
Ainda há vários aspectos a serem trabalhados com as equipes de Saúde da Família em relação aos cuidados paliativos, como a identificação de pacientes elegíveis para os cuidados paliativos, o uso de instrumentos de avaliação e a aplicação do projeto terapêutico singular (PTS) que podem ser objetos de novas capacitações. Espera-se que o curso seja implantado em outras unidades da AP deste município como uma etapa introdutória para ações e atividades em cuidados paliativos, trazendo benefícios tanto para as equipes da AP quanto para os pacientes e seus familiares. Essa iniciativa visa facilitar o acesso à informação e comunicação, aprimorar o acolhimento dos pacientes e promover o respeito à sua autonomia.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos Cuidados Paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Gabinete do

- Ministro, Comissão Intergestores Tripartite. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, n. 225, p. 276, 23 nov. 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710. Acesso em: 22 fev. 2022.
- CLARK, D. “**Total pain**”: the work of Cicely Saunders and the maturing of a concept. *End of life studies*. University of Glasgow. 24 set. 2014. Disponível em: <http://endoflifestudies.academicblogs.co.uk/total-pain-the-work-of-cicely-saunders-and-the-maturing-of-a-concept/>. Acesso em: 11 mar. 2022.
- CRUZ, C. O.; RIERA, R. Comunicação de más notícias: o protocolo SPIKES. **Diagn. e tratamento**, São Paulo, v. 3, n. 21, p. 106-108, 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdtv21n3106-108.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2022.
- GOLPE do destino. Direção: Randa Haines. EUA, 1991.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Brasil/Minas Gerais/Ribeirão das Neves. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/ribeiraodas-neves/panorama>. Acesso em: 23 fev. 2022.
- MENDES, E. C. *et al.* Entraves e desafios para uma política pública de Cuidados Paliativos. In: MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. (org.). **Cuidados Paliativos**: uma questão de direitos humanos, saúde e cidadania. 1ª ed. Curitiba: Appris, 2020. (e-book).
- O PATO, a Morte e a Tulipa. Direção: Mattias Brunh. Produção: Richard Luttrbeck Wolf Erlbrunch. Trickstudio Lutterbeck GMBH, 2010. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=uD7Ld1Gifn8>. Acesso em: 11 mar. 2022.
- PASTRANA, T. *et al.* **Atlas de Cuidados Paliativos em Latinoamérica 2020**. 2. ed. Houston: IAHPC, 2021. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2021/8/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20en%20Latinoamerica%202020.pdf>. Acesso em: 19 out. 2021.
- PILOTO (Temporada 1, ep. 1). This is Us [seriado]. Direção: John Requa; Glenn Ficarra. Produção: Dan Fogelman. Produtora: NBC, 2016.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DAS NEVES (PMRN). Diagnóstico sócioterritorial. Ribeirão das Neves, 2021. Disponível em: https://www.ribeiraodasneves.mg.gov.br/abrir_arquivo.aspx?cdLocal=2&arquivo=%7BECC52BEC-D6AD-6A62-8AEB-E1C356AB2C50%7D.pdf. Acesso em: 23 fev. 2022.
- WHPCA; WHO. **Global Atlas of Palliative Care**. 2. ed. London, UK, 2020. Disponível em: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>. Acesso em: 26 set. 2021.

CAPÍTULO 10



METODOLOGIA DA PESQUISA NO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS COM ÊNFASE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Inês Nascimento de Carvalho Reis

Introdução

O envolvimento com o Curso de Especialização em Cuidados Paliativos com Ênfase na Atenção Primária (CECP) teve início durante sua elaboração, quando a coordenação geral apresentou a proposta. Na época, a autora deste texto ocupava o cargo de coordenadora de Ensino do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria e também havia sido coordenadora da Unidade de Aprendizagem (UA) Transversal de Metodologia da Pesquisa no Curso de Especialização em Saúde Pública (CESP), sendo a primeira a conduzir essa UA com avaliação própria.

A experiência de mais de 30 anos no atendimento à população do SUS, além da atuação como docente e avaliadora de cursos lato sensu na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), também foram fundamentais para que a autora participasse, junto com a coordenação geral do CECP, na organização e formatação das etapas didático-pedagógicas e administrativas de um curso com no mínimo 360 horas, reconhecido pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Ministério da

Educação (MEC). Essa proximidade com o curso possibilitou que a autora assumisse a Unidade de Aprendizagem de Metodologia da Pesquisa (UAM) de forma integrada ao CECP, desde a primeira turma, em 2019.

A Unidade de Aprendizagem de Metodologia da Pesquisa (UAM) do CECP seguiu um conteúdo teórico semelhante ao utilizado no CESP, considerando que a estrutura deveria igualmente favorecer a construção de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). No entanto, é fundamental que as aulas sejam direcionadas aos objetos de estudo dos(as) discentes, exigindo uma imersão no universo dos Cuidados Paliativos para que esse percurso formativo seja devidamente realizado.

A UAM do CESP sempre foi avaliada pelas(os) discentes com sucesso, e um dos destaques era a existência de grupos de docentes orientando discentes para a elaboração do TCC, durante o curso. Isto também foi utilizado no CECP, todavia, considerando que a temática de Cuidados Paliativos precisa ser cada mais aprofundada e disseminada no SUS, a dupla da coordenação geral ficou com a responsabilidade de fazer o grupo de orientação de TCC com os(as) estudantes.

A UAM foi pensada e concretizada com referenciais teóricos baseados na valorização da troca de conhecimentos, como discorrido no texto a seguir.

Referenciais teóricos em sala de aula

Parte-se do princípio de que a educação é um imperativo ético (Reis, 2012; Reis *et al.*, 2014). A educação “é comunicação, é diálogo, um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados” (Freire, 1983, p. 76), onde “[...] ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção. [...] Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. (...) A capacidade de aprender, não é apenas para nos adaptar, mas, sobretudo para transformar a realidade, para nela intervir, recriando-a [...]” (Freire, 2001, p. 25 e 76). Segundo o autor, o uso da palavra é fundamental, pois não é um privilégio, mas uma exigência existencial para a construção de relações éticas e solidárias.

A sociedade necessita de um diálogo verdadeiro e libertador, que se constitui como comunicação e verdadeira educação. Esse diálogo pressupõe a realidade como um processo de educação problematizadora e libertadora, permitindo a formação de opiniões próprias e conscientes, direcionando para o caminho da cidadania, em vez de uma cumplicidade alienante (Freire, 1975, 1982). Os ensinamentos de Paulo Freire complementam-se com as ideias de Hannah Arendt (1988, 2008), que também valoriza o diálogo como parte essencial de um processo participativo e transparente. Para Arendt, o diálogo é o caminho para o fortalecimento do espaço público, onde o exercício da cidadania deve ocorrer por meio de pactuações e respeito à cultura vigente e aos princípios éticos. Esse espaço público é um lugar de argumentação e ação conjunta, essencial para alcançar solidariedades globais conscientes. Ambos os autores reconhecem a necessidade de enfrentar os valores massificados, consumistas e hegemônicos que permeiam a sociedade.

A autora acredita que a solidariedade abrange o coletivo em sua diversidade, enquanto a piedade apela à razão, sendo necessário estar atento ao risco da hipocrisia e das relações baseadas em desigualdades e poder. Para ela, o diálogo verdadeiro é transformador, oferecendo a possibilidade de viver algo novo, onde uma palavra ou uma ação pode alterar todo um contexto.

Da mesma forma que Freire e Arendt, Souza (2006) enfatiza que a sociedade é intolerante com as diferenças. Embora a escola não possa resolver todos os problemas, ela deve valorizar a tolerância e promover um projeto pluralista, reflexivo e dialógico, reconhecendo as contradições que fazem parte de uma sociedade democrática.

Assim, como afirma Maturana (2020), a educação deve ter como objetivo recuperar a harmonia fundamental baseada na aceitação e no respeito pelo bem-estar humano. Esse processo não deve envolver relações de controle, dominação, hierarquização, obediência ou medo, mas sim promover o entendimento e a compreensão. A educação deve valorizar a escuta e o respeito, além de fomentar a autonomia, reconhecendo a natureza que sustenta cada pessoa em sua existência no mundo.

Cabe destacar que essas fundamentações teóricas pedagógicas são coerentes com os movimentos internacionais de promoção da saúde (Brasil, 2002), a Política Nacional de Humanização (PNH – Brasil, 2004), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS – Brasil, 2006, 2014 e 2017) e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS – Brasil, 2013). Essas políticas ressaltam a importância de uma transformação ética, humanizada e respeitosa, onde o diálogo e a comunicação promovem o empoderamento individual e coletivo. Uma confirmação dessa proximidade está na proposta da Organização Pan-Americana de Saúde de aumentar a “alfabetização em saúde” (Rabello, 2010).

Estes referenciais norteiam a UA de metodologia, especialmente sua base no currículo por competência. Isto significa que é elencado o desenvolvimento esperado do(a) estudante durante todo o processo de ensino aprendizagem, ou seja, conhecimentos (saber conhecer), habilidades (saber fazer) e atitudes (saber ser) adquiridas, e com avaliação constante para se evidenciar fragilidades e potencialidades, com vistas as melhorias dos processos de aprendizagem (Teixeira, 2022). Mas, a troca de experiência é a base que fundamenta as relações.

Neste contexto, como aponta Cornejo Ormeño (2023), o ensino deve permitir pensar o espaço e tempo da sala de aula como um lugar de fronteira de acontecimentos, de trocas, de diálogos construtivos entre diferentes atores que se encontram em uma sala de aula, sendo um espaço de respeito à diversidade e cooperação entre indivíduos e grupo, de construção conjunta. A intenção é o despertar para o contexto histórico e a atualidade, pensar criticamente para agir conscientemente no contexto social contemporâneo, onde os múltiplos saberes são entrelaçados com o(a) estudante (Cornejo Ormeño *et al.*, 2021). Pode-se complementar a docência como desterritorializada, onde o docente valoriza o lúdico e seu espaço é onde o estudante está (Peixoto, 2007).

Os embasamentos teóricos e políticos estão alinhados com a proposta de uma Unidade de Aprendizagem (UA) de metodologia da pesquisa em saúde pública, especialmente em um curso voltado para Cuidados Paliativos. Nessa perspectiva, a transparência, o respeito, o

diálogo e a conscientização são fundamentais para os processos individuais, profissionais e coletivos, promovendo uma formação que valoriza a ética e a humanização no cuidado com o outro.

Construção da ementa

A UA foi toda construída antes do início de suas aulas. A Ementa foi entregue no primeiro dia da UA, inclusive contendo toda a bibliografia obrigatória e complementar, sendo fornecido todos os textos obrigatórios, no mínimo. Acredita-se que isto proporcione que o(a) discente tenha uma visão de conjunto da UA, além de demonstração de organização e de seriedade docente, fortalecendo o diálogo desde o início.

A experiência no CESP mostrou a necessidade da metodologia de pesquisa ser uma Unidade de Aprendizagem específica, ou seja, com frequência (75% de presença, como define o MEC) e avaliação próprias, independentemente das demais UA, para ser valorizada pelo coletivo de estudantes. Para facilitar a organização da agenda durante o curso, utilizou-se o mesmo critério do CESP, que era ter aula toda primeira tarde de terça-feira de cada mês, facilitando que discentes, desde o início, lembrassem disto.

Foram disponibilizadas oito aulas no CECP sobre metodologia da pesquisa, totalizando 32 horas, com os seguintes objetivos explícitos na ementa:

- Estimular a valorização e a reflexão crítica sobre a produção de conhecimento científico em saúde pública;
- Contribuir para a identificação e processamento de problemas de saúde pública, segundo critérios científicos, de modo a subsidiar a busca de soluções criativas, práticas e pertinentes;
- Embasar a construção de novos conhecimentos de maneira crítica-reflexiva e ética da investigação científica;
- Contribuir no processo de aprendizado para elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Interessante destacar que o foco sempre foi dimensionado para a saúde pública, pois fazia parte do critério de seleção do curso que os(as) profissionais de saúde tenham vínculo com o SUS.

Cada aula contava com sua ementa, bibliografia e responsável específicos, definidos por meio de um planejamento dialogado entre a coordenação da UA e o(a) docente, considerando que metade das aulas era ministrada por profissionais externos. Essa estratégia parte do princípio de que a diversidade de profissionais enriquece o processo de ensino, trazendo novos olhares e dinâmicas para cada aula, como indicado no referencial teórico. No entanto, o diálogo prévio com o(a) convidado(a) era imprescindível para alinhar objetivos e conhecimentos. Vale destacar o constante apoio e mobilização dos convidados, que demonstravam grande interesse em se aprofundar na temática de Cuidados Paliativos para preparar as aulas de metodologia, ministrando voluntariamente, sem demandar custos.

O escopo pedagógico das aulas foi planejado pensando na construção do conhecimento através do diálogo e da troca de teoria e prática vivida entre discente-docente, como já resumido. A leitura prévia da bibliografia obrigatória para cada aula fez parte da pactuação no primeiro encontro, como um compromisso para fortalecer o aprendizado e subsidiar os debates. As aulas aconteciam com *slides* ou minivídeos com projeções ilustrativas, como mobilizadores para perguntas relacionadas às vivências e curiosidades discentes.

A implementação da Ementa foi estrategicamente planejada para que todo o processo de aprendizagem fosse acompanhado de perto pela coordenação da UA e/ou do curso. Esse acompanhamento contínuo visava evitar repetições e lacunas no conteúdo, além de possibilitar a integração e correlação com as demais aulas do CECP, garantindo assim uma formação mais coesa e abrangente.

Aprendizados em sala de aula

Os aprendizados em sala de aula são resultados das vivências da coordenação da UAM com discentes, suas palavras a cada encontro e suas

avaliações na roda de conversa no final da UAM, bem como as trocas com a coordenação do curso e demais docentes, tendo como referência os estudiosos já apresentados.

Ressalta-se que o fato de a UAM ser transversal a todo o curso é um aspecto avaliado sempre positivamente. Já se teve experiência da UAM acontecer em um só bloco, o que acarretou conversar sobre o conhecimento científico de uma só vez e, em curto espaço de tempo o(a) discente ter que exercitar as correlações para a construção de um TCC. A lógica científica conversada durante o processo de aprendizagem de todo o curso propicia acompanhar as indagações e amadurecimento de cada estudante e de seu coletivo durante o ano.

Destaca-se, ainda, uma iniciativa discente que favoreceu o lúdico e as relações afetivas que ocorreram no espaço de sala de aula: as turmas preparavam cafezinho e socializavam algo para lanche durante a aula, ofertando à docência, inclusive quando era convidada externa. Isto criava um ambiente acolhedor entre as pessoas envolvidas, facilitando o diálogo com os(as) presentes. Acredita-se que isto favorece os processos de trocas de experiências, inclusive em aulas híbridas, pois estudantes presenciais ajudavam na interação entre a docência e discente *on-line*. A distinção entre ter ou não um lanche organizado pelos(as) estudantes, gerava um entrosamento que também foi observado em outros cursos.

O primeiro encontro sempre partiu de uma apresentação da coordenação da UA e de cada estudante, quando cada pessoa também destacava as expectativas sobre a UAM. Depois fazia-se a apresentação da ementa e se conversava, considerando as expectativas apontadas. Geralmente, a maioria ficava apreensiva e esperando uma UA desmotivadora e difícil. Por esta razão, aprendi a usar um toque de afeto e humor, contribuindo para desmistificar e me aproximar da turma – somos uma interação entre pessoas.

No primeiro dia de aula, um professor convidado abordou a construção do conhecimento diante das possibilidades e limitações da pesquisa em Saúde Pública, além de discutir aspectos importantes sobre a

distinção entre fichamento, resumo e resenha (Goldenberg, 1997), temas que orientam o restante do curso, pois essas demandas são solicitadas em cada UA. Vale destacar que o docente mencionado participou de diversas aulas e procurava, sempre que possível, exemplificar com temas relacionados a Cuidados Paliativos, além de desconstruir o distanciamento entre o saber técnico e o popular, entre o(a) pesquisador(a) e o(a) discente. Essa abordagem facilitou a receptividade dos alunos para as aulas seguintes, promovendo um ambiente de aprendizagem mais aberto e integrado. Cabe destacar que, por questões de agenda, na última turma do CECP, o primeiro encontro da UAM, após as apresentações, foi dedicado ao tema do TCC: diferentes modalidades, importância de análises de viabilidade e factibilidade, estrutura do TCC, aspectos éticos e a necessidade de submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Ensp, sempre que envolver seres humanos, direta ou indiretamente, conforme orientado no Manual de TCC da Ensp (Brasil, 2018). No entanto, essa abordagem inicial não é ideal, pois os(as) estudantes ainda estão se ambientando e distantes da fase de elaboração do TCC, o que pode gerar uma tensão desnecessária, como já observado no CESP. Essa situação exigiu uma abordagem descontraída e humorada por parte do(a) docente para aliviar o clima da turma.

No final desse dia, foi oferecida uma prática de meditação, aprovada pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS (Brasil, 2017), o que contribuiu para trazer tranquilidade e foco, além de promover maior afinidade entre discentes e docente. A prática foi tão bem recebida que foi solicitada para outros encontros, sugerindo que a inclusão dessa técnica no cotidiano do curso pode ser benéfica. Vale mencionar que a autora deste texto faz parte da coordenação da UA PICS (Unidade de Aprendizagem em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde) no CECP, e os(as) discentes propuseram que essa unidade passe a ser transversal ao curso, dado seu papel importante em Cuidados Paliativos e no incentivo ao autocuidado.

A segunda aula foi sobre suscitar uma correlação entre identificação de um problema e uma questão norteadora, a justificativa da importância de

aprofundamento da escolha definida pelo(a) discente, a clareza de possíveis hipóteses, a delimitação do objeto, objetivos e metodologia a ser adotada para o desenvolvimento de uma pesquisa (Deslandes, 1993). Nesta aula sempre foi fundamental a ilustração com o cotidiano da realidade vivenciada pelo(a) discente, pois a experiência mostrou que a compreensão destes aspectos e recortes eram difíceis durante a construção do projeto do TCC.

A terceira aula era realizada no laboratório de informática, onde cada estudante tinha à disposição um computador com acesso à internet, e o docente utilizava o Datashow para apresentar a importância do referencial teórico em TCC, critérios de seleção e os caminhos para uma pesquisa bibliográfica (Amaral, 2007). Observou-se um interesse constante e especial de cada discente durante os exercícios de busca bibliográfica nos diversos bancos de dados. No entanto, a ênfase principal foi na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS, 2023), dada a relevância do foco latino-americano em saúde.

É importante destacar que, ao longo dos anos, os discentes frequentemente questionaram a adequação de começar essa aula logo no início do curso. Ainda não há um consenso sobre o momento ideal, especialmente porque essa UA teria que iniciar junto com a primeira do curso, quando os(as) estudantes ainda não têm base suficiente para provocar as problematizações inerentes a uma unidade de aprendizagem de metodologia.

Com o objetivo de capacitar os(as) estudantes a identificar a base científica de um artigo, foi oferecida uma aula sobre bioestatística. Nessa aula, foram abordadas técnicas apropriadas de coleta, análise e interpretação de dados, além de tópicos como tipos de variáveis, intervalos de confiança, testes de hipóteses paramétricos e não paramétricos, representação gráfica e testes de associações em tabelas de contingência (Greenhalgh, 2001). Essa abordagem visou fornecer as ferramentas necessárias para que os(as) estudantes pudessem avaliar criticamente a metodologia científica utilizada em artigos acadêmicos. Todavia, as três turmas mencionaram o reconhecimento da importância da matéria, mas a grande dificuldade de compreensão frente a pouca ou nenhuma base estatística durante o curso de graduação.

Uma aula de especial interesse foi dedicada aos principais aspectos das técnicas de levantamento de informações por meio de entrevistas, questionários, observação participante e grupos focais, correlacionando essas ferramentas tanto à pesquisa quanto ao campo de prática, desmistificando a separação entre ambos (Barbosa, 2008). Nesta aula, exploram-se exemplos do cotidiano, destacando as diferenças e complementaridades de cada técnica, além das dimensões quantitativas e qualitativas (Serapioni, 2000).

Essa aula, junto à aula sobre projetos de intervenção, ministrada por uma docente convidada pela coordenação geral, gerou discussões entre os(as) estudantes sobre a distinção entre projeto de pesquisa, implantação de projeto de pesquisa, projeto de intervenção e implementação de projeto de intervenção, principalmente quanto à obrigatoriedade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme definido pela Resolução nº 510/2016/CONEP, que regula, em especial, os trabalhos acadêmicos.

O diálogo revelou que os(as) estudantes priorizam os TCC voltados à implementação de intervenções no SUS, uma vez que proporcionam benefícios diretos à população, algo que é urgentemente necessário no Brasil. No entanto, será essencial encontrar maneiras de conciliar essas iniciativas com as exigências da mencionada resolução.

A última aula apresentou exemplos de diversas possibilidades de categorização e análise de dados, destacando a pesquisa de revisão bibliográfica, documental e das técnicas de campo conversadas na aula anterior (Gomes, 2010). O fato de colocar discursos expostos em *data show* possibilitou que estudantes pudessem vivenciar a leitura flutuante, aprofundada e potencialidades de instrumentos e resultados qualitativos e quantitativos. Todavia, esta aula tem sido compartilhada com um horário específico para a avaliação oral da UA, o que é primordial, mas exige um encurtamento do aprendizado sobre análise de dados, o que é importante tanto em pesquisa quanto para o cotidiano dos serviços. Logo, cabe uma aula exclusiva sobre análise de dados, como avaliaram os(as) discentes.

A culminância está na finalização em roda de conversa para avaliar a UAM, onde a transparência do diálogo em prol da solidariedade acontece!

Estudantes usam a palavra hoje para trazer melhorias para as próximas turmas, para ampliação do bem-estar que não será para si, mas para outrem, como preconizado nos referenciais teóricos adotados.

Considerações

A vivência como docente tem trazido um aprendizado como pessoa, como cidadã, como servidora pública, em que a interação com o outro, a leveza do ser para acolher e ser acolhida, ser cuidadora e cuidada se dá em sala de aula, educador(a)-educando(a) é uma interação igualmente entre pessoas, como um espaço e tempo inter-relacionado. Cada curso, cada turma, cada pessoa é um momento único.

O aprendizado de se movimentar em sala de aula – seja a voz, o rosto ou o corpo – reflete a busca por um diálogo autêntico com o outro, tocando corações e afetos para fomentar a troca de ideias e o exercício da razão crítica. Esse movimento transcende o simples ato de ensinar, transformando o momento em um espaço público de aprendizado em constante movimento. Trata-se de um compromisso com o ser social, de estar em uma instituição pública e, mais do que apenas uma unidade disciplinar, é ser uma unidade em que o indivíduo e o coletivo aprendem juntos, em sinergia. A síntese das experiências vividas como docente, em especial no Curso de Especialização em Cuidados Paliativos com Ênfase na Atenção Primária, na Unidade de Aprendizagem de Metodologia da Pesquisa, é expressão de cuidado. O fato de ser uma Unidade Transversal possibilitou um caminhar junto, trocar e amadurecer junto, todas as pessoas aprendizes. Possibilitou percebermos a distinção entre a UA e o grupo de orientação, ficando como proposta que ambos tenham uma mesma coordenação em função das emergências da população e das normativas vigentes.

A roda de conversa no momento final de avaliação da UA mostra a força do diálogo transparente e da solidariedade, onde a crítica é a possibilidade de transformação da realidade que a próxima turma vivenciará.

As vivências proporcionaram o exercício das potencialidades e dos desafios em sala de aula, revelando coerências e contradições, bem como a

experiência de estar no mundo, no serviço e no Sistema Único de Saúde. Essas experiências contribuíram para que os Cuidados Paliativos fossem cada vez mais amplamente compreendidos e disseminados na sociedade, de forma humanizada e competente. Nesse contexto, a ética do cuidado com o outro deve transcender barreiras, promovendo uma solidariedade crescente com o ser humano, ampliando o compromisso com a dignidade e o respeito à vida.

Referências

- AMARAL, J. J. F. **Como fazer uma pesquisa bibliográfica**. Fortaleza: Faculdade de Medicina/ Universidade Federal do Ceará, 2007.
- ARENDT, H. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2008.
- ARENDT, H. **Da revolução**. Rio de Janeiro: Ática, 1988.
- BARBOSA, E. F. **Instrumentos de coleta de dados em pesquisas educacionais**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2008. Disponível em: http://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/Ensino_2013_2/Instrumento_Coleta_Dados_Pesquisas_Educacionais.pdf. Acesso em: 03 fev. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Institui a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. **Orientações para elaboração de trabalho de conclusão de curso**. Ensp/Fiocruz, 2018.
- BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017.
- BRASIL. Portaria nº 849. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, 2017.
- BVS. **Biblioteca Virtual em Saúde**. 2023. Disponível em: <https://brasil.bvs.br/>. Acesso em: 03 fev. 2024.

- CORNEJO ORMEÑO, J. F. **Direitos Humanos no Ensino de História: Museu Aberto dos Direitos Humanos**. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Ensino de História. Programa de Pós-Graduação em Ensino de História, Rio de Janeiro, 2023.
- CORNEJO ORMEÑO, J. F. *et al.* El reencuentro entre la Escuela Guillermo Zañartu Irigoyen con la comunidad Villa Olímpica. **Trenzar: Revista de Educación Popular, Pedagogía Crítica e Investigación Militante**, v. 4, n. 7, p. 113-118, 2021.
- DESLANDES, S. F. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1993. p. 31-50.
- FREIRE, P. **Educação e mudança**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.
- FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. 18. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.
- GOLDENBERG, M. Objetividade, representatividade e controle do BIAS na pesquisa qualitativa, e pesquisa qualitativa: problemas teóricos metodológicos. In: GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Record, 1997. p. 44-60.
- GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 79-108.
- GREENHALGH, T. **How to read a paper: The basics of evidence based medicine**. 2. ed. London, 2001.
- MATURANA, H. R. **Emociones y lenguaje en educación y política**. Santiago de Chile: Paidós, 2020.
- PEIXOTO, A. G. **Educação e trabalho: costuras, tecidos e bordados de uma docência desterritorializada que procura a saúde**. Caxias do Sul: Educs, 2007.
- RABELLO, L. S. **Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- REIS, I. N. C. **Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde**. Tese Doutorado em Serviço Social – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 012.
- REIS, I. N. C. *et al.* Espaço público na Atenção Básica de Saúde: Educação Popular e promoção da saúde nos Centros de Saúde-Escola do Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, Suplemento 2, 2014.
- SERAPIONI, M. Métodos Qualitativos e Quantitativos na Pesquisa Social em Saúde: Algumas Estratégias para a Integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2000. v. 5, n. 1, p. 187-192.
- SOUZA, M. G. A. de. **Tolerar é pouco?** Por uma Filosofia da Educação a partir do conceito de tolerância. Programa de Pós-graduação em Educação – Departamento de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- TEIXEIRA, M. *et al.* **O Processo de Ensino-Aprendizagem: instrumentos de avaliação na formação em saúde em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Abrascão, 2022.



SOBRE OS ORGANIZADORES

Ana Paula Menezes Bragança dos Santos

Assistente social; doutoranda em saúde pública (bolsista Capes), mestre em saúde pública (Ensp/Fiocruz); pós-graduada em mediação de conflitos com ênfase em família (Ucam); membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Cuidados Paliativos (GEPCP/DIHS/Ensp/Fiocruz); pesquisadora colaboradora do Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Social (DIHS/Ensp/Fiocruz).

Ernani Costa Mendes

Fisioterapeuta; doutor em ciências da saúde (Ensp/Fiocruz) com estágio doutoral pelo Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra; líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Cuidados Paliativos (CNPq-GEPCP/DIHS/Ensp/Fiocruz); pesquisador do Departamento de Direitos Humanos Saúde e Diversidade Cultural (DIHS/Ensp/Fiocruz); tecnologista fisioterapeuta do Instituto Nacional de Câncer - unidade de cuidados paliativos; coordenador do curso de especialização em cuidados paliativos com ênfase na atenção primária (Ensp/Fiocruz).

Marcos Besserman Vianna

Médico; doutor em histórias das ciências, técnicas e epistemologia (UFRJ); mestre em saúde da criança e da mulher (Fiocruz); pesquisador do Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (Ensp/Fiocruz); coordenador do Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável de Manguinhos (DLIS-Manguinhos) e coordenador do curso de especialização em cuidados paliativos com ênfase na atenção primária (Ensp/Fiocruz).

Valeria Teresa Saraiva Lino

Médica geriatra; doutora e mestre em saúde pública (Ensp/Fiocruz); pesquisadora (Ensp/Fiocruz); coordenadora do curso de especialização em cuidados paliativos com ênfase na atenção primária (Ensp/Fiocruz); vice-líder do Grupo de Pesquisa Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Primária (CNPq); membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Cuidados Paliativos (CNPq).

SOBRE OS AUTORES

Alessandra Lopes dos Santos

Terapeuta Ocupacional e pedagoga; especialista em cuidados paliativos com ênfase na atenção primária (Ensp/Fiocruz); terapeuta ocupacional da Prefeitura Municipal de Ribeirão das Neves.

Alexandre Ernesto Silva

Enfermeiro; doutor em enfermagem (UFMG) com período sanduíche na Universidade Católica Portuguesa (Lisboa/Portugal); mestre na temática dos cuidados paliativos (UEMG); atualmente é Professor Adjunto IV da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ); fundador e líder do Projeto Comunidades Compassivas em favelas no Brasil; coordenador da pós-graduação em Cuidados Paliativos (UFSJ); membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Cuidados Paliativos (GEPCP/DIHS/Ensp/Fiocruz); membro do observatório português em cuidados paliativos; membro da comissão de operacionalização da Política Nacional de cuidados paliativos no Ministério da Saúde.

Andrea Augusta Castro

Médica; doutora em educação em cuidados paliativos (PGCM/Uerj); mestre em saúde da família; especialista em saúde pública (Ensp); docente do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária (FCM/Uerj); coordenadora do Núcleo em cuidados Paliativos do Hospital Universitário Pedro Ernesto (Uerj); coordenadora da disciplina em Cuidados Paliativos-FCM/Uerj; membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Cuidados Paliativos (GEPCP/DIHS/Ensp/Fiocruz).

Cláudia Maria Maciel Patriota

Odontóloga; mestre em saúde pública (Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães); residência multiprofissional em saúde coletiva; especialista em cuidados paliativos com ênfase na atenção primária (Ensp/Fiocruz); dentista da Prefeitura Municipal de Recife.

Danielle Barata Silva

Advogada; mestre em saúde pública (Ensp/Fiocruz); especialista em direito e saúde e em direito público e tributário; pesquisadora colaboradora do Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS/Ensp/Fiocruz); membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Cuidados Paliativos (GEPCP/DIHS/Ensp/Fiocruz).

Gisele O'Dwyer

Médica; doutora em saúde coletiva (IMS/Uerj); mestre em saúde da coletiva (IFF/Fiocruz); vinculada ao grupo de pesquisa de Políticas Públicas e de Proteção Social do DAPS; membro do grupo Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Primária do CSEGSF; pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

Inês Nascimento de Carvalho Reis

Assistente Social e Terapeuta Holística; Doutora em Serviço Social/ Promoção da Saúde (PUC-Rio); Docente, Pesquisadora e Representante da Ensp e Fiocruz/ObservaPICS; membro do Grupo de Pesquisa Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Primária do CSEGSF/Ensp/ Fiocruz; coordenadora da pesquisa Estudo Brasileiro sobre o Perfil de Cursos Profissionais em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (FormaPICS Brasil); coordenadora das Unidades de Aprendizagem de Metodologia e de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do Curso de Especialização em Cuidados Paliativos com Ênfase na Atenção Primária (Ensp/Fiocruz).

Juliana Castro-Arantes

Psicóloga; pós-doutorado em teoria psicanalítica (UFRJ); tecnologista psicóloga do Instituto Nacional de Câncer (INCA); Psicanalista membro da Association Lacanienne Internationale (Paris); coordenadora do Grupo de Pesquisa Corpo e Finitude (INCA/UFRJ).

Juliana Machado de Carvalho

Médica, mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE/Uerj); especialista em Medicina de Família e Comunidade (Residência SMS Rio); especialista em cuidados paliativos com ênfase na atenção primária (Ensp/Fiocruz); atualmente é a médica de equipe na zona rural no município de Santo Antônio do Itambé/MG e preceptora do internato de MFC da UFVJM; Tutora do Grupo Especial de Supervisão no Amazonas (GES-AM) no Programa Mais Médicos para o Brasil.

Juliana Silva de Arruda

Assistente Social; pós-graduada em serviço social e saúde pública; especialista em cuidados paliativos com ênfase na atenção primária (Ensp/Fiocruz); atuação desde 2016 em equipe multiprofissional na Atenção Básica do Município de Macaíba/RN.

Gideon Borges dos Santos

Doutor em políticas públicas e formação humana (Uerj); mestre em educação (UFBA); especialista em psicologia social (UESC); graduado em pedagogia (UESC); coordenador geral do *Lato Sensu* e qualificação profissional da Ensp/Fiocruz; pesquisador em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz).

Maurício Alves Marinho

Médico e odontólogo; especialista em saúde da família (Uerj); especialista em vigilância em saúde (INI/Fiocruz); especialista em preceptoria em

residência médica (SMS/RJ); especialista em cuidados paliativos com ênfase na atenção primária (Ensp/Fiocruz); atualmente é cirurgião buco maxilo facial do Hospital Geral do Andaraí e médico da SMS/RJ Clínica da Família Edma Valadão.

Mihlena Neves Figueiredo

Médica; especialista em cuidados paliativos com ênfase na atenção primária (Ensp/Fiocruz).

Mônica de Oliveira Benarroz

Nutricionista; doutoranda do programa de pós-graduação em bioética, ética aplicada e saúde coletiva (UFRJ); mestre em ciências da saúde (UFRN); membro e palestrante do Grupo de Estudo e Pesquisa em Cuidados Paliativos (GEPCP/DIHS/Ensp/Fiocruz); docente do curso de especialização em cuidados paliativos com ênfase na atenção primária (Ensp/Fiocruz) e do curso de especialização em cuidados paliativos da (Uerj).

Mônica Kramer de Noronha Andrade

Médica; mestre e doutora em clínica médica com área de concentração em pneumologia (UFRJ); médica do Ministério da Saúde; médica pesquisadora da UFRJ e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); integrante da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose - REDETB e integrante da Coordenação de Controle de Infecção em Unidades de Saúde até 2022.

Sabrina Stefany da Silva Souza

Médica; residência médica em medicina de família e comunidade (SM/GV); especialista em cuidados paliativos com ênfase na atenção primária (Ensp/Fiocruz); atualmente atua como residente da equipe cuidados paliativos do Hospital Felício Rocho/MG.

Viviane do Carmo Morais da Silva

Psicóloga e pedagoga; especialista em cuidados paliativos com ênfase na atenção primária (Ensp/Fiocruz); pós-graduada em psicopedagogia institucional e clínica (UNIG) e psicologia hospitalar (Uniabeu); agente comunitário de saúde da Prefeitura Municipal de Mesquita/RJ.

ÍNDICE REMISSIVO

A

- Abordagem espiritual 50, 113
- Abordagem paliativa 38, 73, 85, 86, 87, 105, 107, 110
- Acesso 18, 19, 21, 23, 43, 44, 50, 55, 63, 83, 84, 87, 93, 94, 107, 108, 111, 119, 131, 141
- Ações educativas 32, 58
- Ações multidimensionais 60, 63
- Ações paliativas 62, 65, 100
- Acolhimento 12, 16, 62, 69, 120, 131
- Agente Comunitário de Saúde 49, 56, 62, 66, 127
- Ambulatórios 35, 36
- Apoio 9, 27, 29, 34, 36, 38, 57, 58, 61, 62, 64, 65, 67, 72, 73, 75, 76, 78, 79, 80, 86, 91, 92, 100, 101, 102, 111, 119, 128, 131, 138
- Aprendizagem 39, 47, 48, 79, 94, 117, 120, 136, 138, 139, 140, 141
- APS 8, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 50, 51, 52, 55, 58, 61, 63, 64, 68, 83, 84, 85, 86, 87, 91, 93, 97, 98, 99, 105, 106, 108, 111, 112, 114, 115, 117, 118, 119
- Articulação 9, 46, 52, 62, 64, 65, 80, 108, 117, 128
- Atenção Básica 37, 53, 57, 58, 63, 64, 65, 68, 81, 94, 115, 119, 131, 145, 151
- Atenção domiciliar 53, 81, 95, 115
- Atenção Primária 3, 5, 9, 13, 15, 18, 21, 23, 24, 27, 28, 38, 41, 43, 44, 46, 51, 55, 58, 62, 63, 64, 65, 68, 79, 81, 83, 84, 91, 94, 97, 106, 108, 110, 115, 117, 118, 119, 133, 143, 148, 150
- Atendimento domiciliar 67
- Atestado de óbito 23, 51
- Autocuidado 30, 55, 60, 140
- Autonomia 13, 56, 101, 109, 113, 120, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 128, 129, 131, 135, 145
- Avaliação 23, 30, 48, 58, 60, 88, 90, 109

C

- Câncer 11, 25, 34, 70, 71, 88, 108, 119

Capacitação 15, 16, 21, 22, 23, 46, 51, 52, 79, 86, 93, 98, 99, 102, 104, 127
Caso clínico 37, 49, 81, 88, 110, 113
Cicely Saunders 59, 87, 113, 123, 132
Clínica da Família 58, 98, 99, 102, 104, 105, 152
Coletivo 130, 135, 136, 137, 139, 143
Compaixão 109, 113
Competências 52, 83, 84, 95, 110
Complexidade 18, 63, 64, 70, 112, 119
Comunicação 24, 27, 38, 56, 59, 62, 68, 89, 92, 97, 101, 102, 103, 104, 106,
111, 113, 121, 124, 126, 130, 131, 134, 135, 136, 145
Comunicação de Notícias Difíceis 122
Comunidade 23, 25, 34, 50, 55, 56, 83, 93, 95, 115, 128, 152
Conceito 41, 49, 50, 58, 59, 63, 75, 77, 79, 90, 108, 109, 110, 112, 120, 123,
124, 127, 128, 130, 145
Conhecimento 11, 13, 14, 21, 23, 27, 28, 31, 32, 35, 39, 44, 49, 57, 68, 75, 81,
84, 85, 93, 98, 99, 105, 110, 113, 117, 118, 120, 123, 130, 134, 137, 138, 139
Controle farmacológico 90
Conversar 121, 126, 129, 139
Cuidado 108, 148, 150
Cuidado ao fim de vida 83
Cuidado integral 64, 92, 97, 106, 108, 112, 113
Cuidadores 19, 23, 31, 38, 44, 48, 50, 78, 79, 80, 89, 97, 118
Cuidados continuados 18, 65, 114, 131
Cuidados paliativos 3, 5, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 27,
28, 29, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52,
56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 70, 81, 84, 85, 86, 88, 89, 92, 95,
97, 98, 99, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 114, 115, 117, 118,
120, 123, 126, 127, 131, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153
Cuidar 15, 35, 36, 38, 49, 77, 80, 126
Cura 44, 84, 93
Currículo 22, 58, 83, 84, 95, 98, 136
Custo 100

D

Diagnóstico 35, 36, 62, 67, 70, 71, 74, 80, 88, 95, 121, 130
Diálogo 39, 47, 55, 56, 57, 63, 69, 87, 110, 122, 134, 135, 136, 137, 138, 139,
142, 143
Direito 59, 62, 64, 65, 72, 80, 127, 150
Diretivas antecipadas de vontade 120, 124, 128
Discente 78, 137, 138, 139, 140, 141
Diversidade 16, 38, 55, 129, 135, 136, 138
Docente 133, 136, 137, 138, 140, 141, 142, 143, 149, 152
Doença ameaçadora da vida 17, 35, 43, 48, 58, 62, 63, 64, 65, 68, 73, 119, 123
Doença grave 35, 36, 59
Doenças crônicas não transmissíveis 17, 67
Doenças crônico-degenerativas 107, 114
Domicílio 23, 35, 40, 43, 48, 52, 68, 88, 97
Dor 11, 12, 13, 18, 31, 32, 33, 34, 36, 38, 49, 59, 61, 63, 75, 79, 80, 83, 84, 85,
87, 89, 90, 91, 93, 95, 98, 100, 101, 103, 104, 107, 123
Dor total 59, 75, 79, 90, 123

E

Educação 16, 21, 23, 25, 28, 39, 40, 41, 52, 53, 55, 65, 66, 85, 93, 94, 95, 117,
119, 120, 131, 134, 136, 144, 145, 151
Educação Continuada 117
Educação Permanente 16, 23, 25, 28, 39, 40, 52, 65, 93, 94, 117, 119, 120, 131
Educação Popular 55, 136, 144, 145
Elegibilidade 85, 86, 109, 110
Elizabeth Kubler-Ross 50
Ementa 137, 138
Enlutado 92
Ensinagem 93
Ensino 15, 20, 21, 25, 40, 57, 93, 99, 117, 136, 138
Entrosamento 139
Entrevista 84, 142
Envelhecimento 12, 17, 43, 94, 108, 114
Equidade 23, 63, 68, 107
Equipe 11, 29, 30, 36, 37, 47, 50, 51, 52, 55, 56, 60, 64, 67, 68, 72, 73, 74, 75,

78, 79, 80, 81, 86, 89, 93, 97, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 120, 123,
124, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 151, 152

Equipe multidisciplinar 36, 37, 47, 97

Equipes de Saúde da Família 46, 51, 99, 131

Escala de Avaliação de Sintomas Edmonton / Edmonton Symptom
Assessment System / ESAS 58, 89, 90, 95, 109, 110

Escala de Performance Paliativa 58, 109

Escala de Zarit 89

Escuta 34, 65, 89, 109, 120, 123, 125, 127, 135

Estratégia 13, 21, 24, 27, 37, 40, 53, 67, 78, 99, 108, 117, 131, 138

Estratégia Saúde da Família 40, 55, 65, 79, 86, 95, 99, 108, 118

Exames de rastreamentos 70

Ética 84, 93, 134, 136, 137, 140, 142, 144

Experiências 3, 5, 13, 14, 15, 16, 34, 37, 39, 51, 57, 59, 60, 79, 120, 127, 129,
139, 143, 144

F

Família 25, 29, 32, 35, 36, 37, 38, 47, 49, 52, 53, 58, 59, 63, 64, 83, 84, 85, 87,
88, 93, 94, 95, 97, 102, 110, 112, 114, 115, 118, 127, 147, 149, 151, 152

Fase terminal 46, 77, 102, 126

Ferramenta 47, 49, 50, 51, 57, 58, 59, 63, 64, 68, 70, 76, 88, 94, 104, 110, 113,
130

Filosofia 27, 36, 76

Fim de vida 18, 80, 83

Finitude 12, 13, 14, 59, 61, 74, 91, 92, 93, 110, 111, 129

Formação 9, 13, 15, 16, 20, 21, 22, 32, 35, 37, 39, 40, 44, 58, 61, 66, 73, 83, 84,
85, 92, 93, 94, 98, 101, 117, 118, 131, 135, 137, 138, 145

Fortalecimento 25, 34, 55, 84, 94, 135

H

Habilidades 27, 38, 83, 110, 127, 136

Hospital 15, 71, 73, 77, 95, 149, 152

Humanização 34, 36, 68, 92, 93, 136, 137, 144

Humanizado 24, 39, 74, 97, 109, 113

I

- Idoso 51
- Inabilidade 106
- Independência funcional 126, 127
- Informação 55, 68, 131
- Instituto Nacional de Câncer 15, 21, 71, 147, 151
- Internações hospitalares 68
- Intersetorialidade 62, 64, 120
- Intervenção 13, 16, 22, 23, 24, 28, 29, 33, 39, 44, 46, 52, 58, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 74, 79, 85, 86, 105, 107, 108, 109, 112, 120, 127, 142

L

- Luto 18, 32, 48, 50, 51, 57, 59, 60, 61, 62, 66, 80, 83, 85, 87, 91, 92, 95, 102, 110, 111, 129

M

- Manejo de dor 83
- Matriciamento 119, 130, 131
- Medicina de Família e Comunidade 25, 50, 52, 84, 85, 87, 95, 151
- Meditação 140
- Método 39, 84, 85, 112, 114, 145
- Metodologia 22, 47, 66, 85, 88, 93, 117, 120, 129, 136, 137, 138, 141
- Ministério da Saúde 21, 25, 40, 41, 52, 53, 65, 67, 71, 81, 94, 95, 115, 131, 133, 144, 149, 152
- Morte 12, 13, 18, 19, 21, 26, 27, 32, 34, 35, 36, 37, 40, 43, 48, 52, 53, 59, 60, 61, 62, 65, 77, 80, 83, 92, 94, 100, 101, 102, 110, 111, 112, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 129
- Morte digna 59, 62, 65, 102
- Multidisciplinar 36, 37, 44, 47, 97, 112

N

- NECPAL 88
- Negligência 68
- Neoplasias 67, 70, 107
- Neoplasias malignas 70
- Normas 27, 68

Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família 63

Núcleo de Apoio à Saúde da Família 29, 81, 99

O

Óbito 23, 36, 51, 52, 57, 70, 74

Observação participante 142

Oficina 33, 37, 38, 60, 86, 88, 90, 91

Oncologia 40, 71

Opioides 19, 31, 84, 87, 90

P

Paciente 17, 24, 27, 32, 35, 36, 37, 38, 51, 71, 74, 77, 78, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 93, 97, 98, 101, 103, 109, 110, 111, 112, 119, 124, 128, 130

Paciente paliativo 83

Participação 21, 24, 33, 39, 40, 41, 47, 52, 55, 60, 61, 63, 68, 74, 87, 90, 100, 113, 115, 117, 121

Participativo 135

Percepção 29, 30, 38, 40, 75, 76, 77, 78, 93, 102, 103, 104, 109, 128, 129

Pesquisa 20, 21, 22, 28, 58, 61, 76, 93, 117, 136, 137, 139, 141, 142, 144, 145, 150

Planejamento 28, 90, 100, 110, 121, 127, 138

Plano de intervenção 28, 33

Plano Estadual de Saúde 69, 81

Política 16, 19, 23, 25, 28, 40, 52, 64, 65, 68, 71, 81, 93, 94, 117, 120, 131, 136, 140, 144, 149

Política de Educação Permanente 93, 120

Política Nacional de Atenção Básica 64, 68, 81, 131

Política Nacional de Humanização 136, 144

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares 140, 144

Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer 71

Política Nacional de Promoção da Saúde 136, 144

População idosa 17, 46

Prática 15, 24, 27, 28, 33, 34, 35, 38, 47, 49, 57, 66, 73, 75, 76, 80, 83, 85, 86, 87, 90, 91, 92, 93, 95, 98, 99, 105, 106, 108, 114, 117, 119, 120, 130, 138, 140, 142

Práticas integrativas e complementares 45
Práticas político-pedagógicas 55
Prevenção 17, 19, 55, 56, 70, 107, 108
Problematização 22, 57
Processo de morrer 32, 37
Processo de trabalho 22, 39, 48, 51, 62, 64, 93, 117
Processo educativo 30, 33, 37
Profissionais 9, 12, 13, 15, 16, 18, 21, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36,
37, 39, 40, 43, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 73,
74, 75, 76, 77, 78, 80, 84, 85, 86, 91, 93, 94, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103,
104, 105, 106, 108, 109, 111, 112, 113, 114, 117, 118, 119, 120, 121, 123,
124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 137, 138
Projeto 22, 24, 28, 46, 52, 58, 63, 64, 65, 68, 74, 76, 79, 84, 93, 94, 105, 109,
122, 124, 131, 135, 140, 141, 142, 145
Projeto Terapêutico Singular 22, 79
Promoção à saúde 55
Propostas terapêuticas 128

Q

Qualidade de vida 17, 21, 24, 28, 36, 38, 44, 48, 60, 64, 65, 93, 104, 105, 106,
107, 123, 124
Qualificação 12, 23, 44, 46, 47, 48, 51, 52, 57, 63, 64, 106
Questionário 30, 35, 58, 60, 61, 77, 84, 90, 99, 121, 126, 142

R

Recursos humanos 20, 78, 122, 128
Rede de Saúde 52
Regulamentação 73
Respeito 18, 27, 30, 39, 72, 76, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 109, 130, 131,
135, 136, 144
Roda de conversa 77

S

Sensibilização 77, 78, 120, 121, 122, 125, 128
Sensibilizados 51
Serviços 9, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 24, 29, 31, 32, 33, 38, 43, 44, 45, 57, 62,

63, 64, 65, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 81, 86, 88, 108, 110, 111, 115, 117, 118, 119, 142

Serviços de urgência 119

Sistema Único de Saúde 18, 40, 43, 55, 65, 83, 131, 144

Social 17, 18, 26, 37, 40, 55, 56, 57, 59, 63, 68, 69, 80, 86, 90, 93, 104, 118, 119, 120, 136, 143, 145, 147, 151

Sofrimento 12, 13, 16, 17, 18, 25, 31, 32, 36, 50, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 80, 84, 87, 88, 89, 98, 102, 104, 107, 123, 129

Solidário 115

Supportive and Palliative Care Indicators Tool 47, 53, 58

SUS 14, 18, 23, 25, 29, 43, 44, 49, 55, 65, 71, 81, 83, 85, 92, 93, 94, 117, 131, 133, 134, 138, 140, 142, 144

T

Técnicas 11, 22, 29, 33, 35, 47, 56, 106, 141, 142, 147

Tecnologias 11, 106, 114

Terminalidade 32, 64, 65, 111, 127, 128

Território 15, 18, 32, 33, 43, 47, 48, 49, 50, 51, 55, 56, 57, 63, 64, 71

Trabalhadores da saúde 46, 117, 128

Transformação 136, 143

Transição epidemiológica 107

Transversal 22, 121, 139, 140

U

Unidade de Saúde da Família 7, 27

Unidades Básicas de Saúde 57, 118, 119

Usuários 39, 50, 51, 56, 57, 58, 62, 63, 64, 65, 68, 71, 94, 97, 99, 108

V

Vida saudável 92

Vínculo 38, 55, 65, 67, 68, 80, 86, 87, 111, 138

Visitas domiciliares 51, 113

Vivências 39, 63, 87, 130, 138, 143

Voluntários 58, 80

De forma indiscutível, todos caminhamos ao encontro da finitude e não há ninguém que a transcenda sem passar pela despedida. Nesta fase, existem diversas formas de se deixar de existir, mas há apenas uma diretriz que merece a atenção de todos: a dignidade humana.

Durante a história da humanidade, as civilizações deixaram seus registros de ritos especiais em que entregavam seus entes queridos ao divino de suas crenças para curar ou enviar à eternidade.

Na atualidade, rompemos com os processos tradicionais e terceirizamos o cuidado, depositando nas equipes de profissionais da saúde uma parcela enorme deste cuidado. No entanto, esses profissionais são treinados para salvar, não para paliar.

Sendo assim, esta obra vem consolidar em palavras as expertises e os esforços de um grupo de professores da saúde que ousou, criando o curso de pós-graduação em Cuidados Paliativos da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Digo ousar, porque esse tema, ainda hoje, faz muitos colegas se manterem à distância, talvez porque vá tão intensamente na contramão de seus ideais profissionais. Afinal, todos queremos que o paciente se cure. Mas, o que dizer quando for preciso conviver com a ferida aberta, com a sequela, com a limitação física e a com a morte? Conseguimos parar nossa rotina intensa e pensar sobre isso, ou é complexo demais e doloroso demais? Convido vocês a ousarem juntos e descortinarem esta parte da história que irá, um dia, ser realidade de todos nós. Boa viagem.

Iris Maria Lordello

Chefe do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/ Ensp/ Fiocruz



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



MINISTÉRIO DA SAÚDE

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

