

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

GABRIELA DE OLIVEIRA PINTAR

**Os Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: Um estudo qualitativo sobre a
perspectiva dos profissionais de saúde**

Ribeirão Preto

2021

GABRIELA DE OLIVEIRA PINTAR

Os Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: Um estudo qualitativo sobre a perspectiva dos profissionais de saúde

Versão Original

Tese de doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Epidemiologia e processo Saúde-Doença.

Orientador: Prof. Dr. Amaury Lelis Dal Fabbro

Ribeirão Preto

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Pintar, Gabriela de Oliveira

Os Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: Um estudo qualitativo sobre a perspectiva dos profissionais de saúde. Ribeirão Preto, 2021.

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Epidemiologia e processo Saúde-Doença.

Orientador: Dal Fabbro, Amaury Lelis.

À Deus
À minha família
À Maria
Ao SUS

AGRADECIMENTOS

À Deus, por estar sempre presente guiando os meus passos.

Aos meus pais Carlos e Kátia, pelo empenho, dedicação e amor por toda a vida.

Ao meu marido Diego, pelo auxílio, companheirismo e compreensão em todas as etapas.

À minha filha Maria, pela força de continuar seguindo em frente.

Ao meu irmão, minha cunhada e meus sobrinhos, pela parceria e companheirismo.

Aos meus familiares pelo apoio e incentivo.

Ao meu orientador Prof. Dr^o Amaury Lelis Dal Fabbro, pelo apoio, aprendizado, sabedoria e ensinamentos.

A todos os professores e colaboradores do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP pelos aprendizados.

A todos os professores e educadores que fizeram parte da minha formação, desde o primário até à faculdade, e que me fizeram chegar até aqui.

Às equipes de gestão e trabalhadores do SUS que vivenciam diariamente o cuidado em saúde no âmbito da atenção básica.

A todos os profissionais de saúde envolvidos nesta pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

PINTAR, Gabriela de Oliveira. **Os Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: Um estudo qualitativo sobre a perspectiva dos profissionais de saúde**. 2021. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

RESUMO

Objetivos: Compreender como os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) e equipe de Atenção Domiciliar (SAD) lidam com os Cuidados Paliativos (CP) e quais as suas perspectivas e capacitações para a prestação de assistência a estes pacientes. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa com método descritivo. A coleta de dados foi realizada com 47 profissionais de saúde, adultos, de ambos os sexos, trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), que compõem equipes da APS e também o SAD do município de Batatais-SP. Esta pesquisa seguiu as exigências éticas estabelecidas de acordo com a Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012) e a coleta de dados foi iniciada após a aprovação do projeto pelo CEP da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP; pela secretaria de saúde do município de Batatais e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes após esclarecimentos da pesquisa. A coleta de dados foi realizada no período de setembro a outubro de 2021, em cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em uma equipe do SAD de Batatais-SP. **Resultados:** A análise dos dados foi realizada e descrita através de oito categorias, estas, correspondentes a cada pergunta das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde. As categorias englobaram: Entendimento dos profissionais acerca dos Cuidados Paliativos (CP); contato e preparação profissional para lidar com este tipo de cuidado; desafios da Atenção Primária em CP; aspectos facilitadores e dificultadores da assistência em CP; auto avaliação dos profissionais; enfrentamentos da morte de pacientes e capacitação profissional em CP. Os resultados desta pesquisa mostraram que profissionais associam os CP à finitude de vida, e, apesar de terem um contato significativo com esses pacientes na AP, não estão preparados para lidar com este tipo de cuidado. Esta pesquisa também evidenciou desafios em lidar com CP na Atenção Primária, como: A falta de tempo dos profissionais; a falta de recursos e materiais; a falta de uma equipe multiprofissional capacitada; a falta de conhecimento dos gestores; dificuldades de comunicação com o paciente e/ou cuidadores; dificuldades nos

encaminhamentos para outros níveis de atenção; dentre outros. **Conclusão:** Esta pesquisa evidenciou que profissionais da AP encontram dificuldades em lidar com a assistência em CP, e que, capacitações e maiores incentivos de políticas voltadas para os CP neste nível de atenção são importantes para uma melhor oferta da assistência.

Palavras chave: Atenção Primária a Saúde (APS), Cuidados Paliativos (CP), Profissionais de Saúde.

PINTAR, Gabriela de Oliveira. Palliative Care in Primary Health Care: A qualitative study from the perspective of health professionals. 2021. Thesis (Doctorate in Public Health) - Postgraduate Program in Public Health, Department of Social Medicine, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

ABSTRACT

Objectives: To understand how professionals working in Primary Health Care deal with Palliative Care and what are their perspectives and capabilities for providing assistance and care to these patients. **Methods:** This is a qualitative and cross-sectional research with a descriptive method. Data collection was carried out with 47 health professionals, adults, of both sexes, workers of the Unified Health System (SUS), who make up teams of the Family Health Strategy (ESF) and also the Home Care Service (SAD). Of the municipality of Batatais-SP. This research followed the ethical requirements established in accordance with Resolution nº. 466 of December 12, 2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012) and data collection started after the project was approved by the CEP; by the health department of the city of Batatais and the signing of the Free and Informed Consent Term (FICF) by the participants after clarification about the research. Data collection was carried out from September to October 2021, in five Basic Health Units and in a team from the Home Care Service. **Results:** Results: Data analysis was performed and described through eight categories, these corresponding to each question in the interview conducted with health professionals. The Categories encompassed: Professionals' understanding of Palliative Care (PC); contact and professional preparation to deal with this type of care; challenges of Primary Care in PC; facilitating and hindering aspects of PC assistance; professionals' self-assessment; coping with the death of patients and professional training in PC. The results of this research showed that professionals associate Palliative Care with the finitude of life, and despite having significant contact with these patients in Primary Care, they are not prepared to deal with this care. This research also highlighted challenges in dealing with PC in Primary Care, such as: The lack of time for professionals; the lack of resources and materials; the lack of a qualified and specialized multidisciplinary team; the lack of knowledge of managers; communication difficulties and referrals to other levels of care, among other difficult aspects. **Conclusion:** This research showed that Primary Care professionals find it difficult to deal with assistance in Palliative Care, and that training and

greater incentives from public policies are important for a better offer of assistance in Palliative Care at this level of care.

Keywords: Primary Health Care (PHC), Palliative Care (CP), Health Professionals.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	00
1.1 Os Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde.....	00
1.2 Os Cuidados Paliativos e os profissionais da Atenção Primária à Saúde.....	00
2. OBJETIVOS.....	00
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	00
3.1 Tipo do Estudo.....	00
3.2 População do Estudo.....	00
3.3 Coleta de Dados.....	00
3.4 Roteiro da Entrevista.....	00
4. REFERÊNCIAS.....	00
5. ARTIGO 1: OS CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO QUALITATIVO SOBRE A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	00
5.1 Introdução.....	00
5.2 Objetivos.....	00
5.3 Material e Métodos.....	00
5.4 Resultados.....	00
5.4.1 Categoria 1- Entendimento sobre Cuidados Paliativos.....	00
5.4.2 Categoria 2- Contato profissional com pacientes em Cuidados Paliativos.....	00
5.4.3 Categoria 3- Preparação profissional para lidar com a assistência em Cuidados Paliativos.....	00
5.4.4 Categoria 4- Cuidados Paliativos na Atenção Primária e em outros contextos assistenciais.....	00
5.4.5 Categoria 5- Aspectos facilitadores e dificultadores da assistência em Cuidados Paliativos.....	00
5.4.6 Categoria 6- Auto avaliação profissional e a assistência em Cuidados Paliativos.....	00
5.4.7 Categoria 7- A morte e o morrer e seus significados para os profissionais de saúde.....	00
5.4.8 Categoria 8- A formação profissional e os Cuidados Paliativos.....	00

5.5. Discussão.....	00
5.6. Conclusão.....	00
5.7. Referências.....	00
6. ARTIGO 2: OS CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE O PREPARO DAS EQUIPES.....	00
6.1 Introdução.....	00
6.2 Objetivos.....	00
6.3 Material e Métodos.....	00
6.4 Resultados.....	00
6.5. Discussão.....	00
6.6. Conclusão.....	00
6.7. Referências.....	00
ANEXOS.....	00
ANEXO 1 ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	00
ANEXO 2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	00
ANEXO 3 FICHA DE REVISÃO: CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	00
ANEXO 4 FICHA DE EXTRAÇÃO DE DADOS.....	00
ANEXO 5 FLUXO DA SELEÇÃO DOS ARTIGOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA	
FIGURAS.....	00
FIGURA 1- Nuvem de palavras, autoria própria com a utilização do programa ‘Wordclouds’.....	00
QUADROS.....	00
QUADRO 1- Entendimento sobre Cuidados Paliativos.....	00
QUADRO 2- Contato profissional com pacientes em Cuidados Paliativos.....	00
QUADRO 3- Preparação profissional para lidar com a assistência em Cuidados Paliativos.....	00
QUADRO 4- Cuidados Paliativos na Atenção Primária e em outros contextos assistenciais.....	00
QUADRO 5- Aspectos facilitadores e dificultadores da assistência em Cuidados Paliativos.....	00
QUADRO 6- Auto avaliação profissional e a assistência em Cuidados Paliativos.....	00
QUADRO 7- A morte e o morrer e seus significados para os profissionais de saúde.....	00
QUADRO 8- A formação profissional e os Cuidados Paliativos.....	00
TABELAS.....	00
TABELA 1- Caracterização da Amostra.....	00

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional constitui um novo desafio ao mundo atual. Esse processo ocorre tanto nos países desenvolvidos como naqueles que estão em desenvolvimento e teve sua origem inicialmente marcada por transformações socioeconômicas no século XIX, vividas por nações desenvolvidas. Entretanto, mudanças significativas nas variáveis demográficas dessas nações só puderam ser verificadas na virada no século XX (MELO, *et al.*, 2017).

A transição demográfica inicia com a redução das taxas de mortalidade e, depois de um tempo, com a queda das taxas de natalidade, provocando significativas alterações na estrutura etária da população (Miranda *et al.*, 2016). Essas alterações têm ocorrido rapidamente, exigindo uma resposta rápida e adequada que não se realizará sem a intervenção do Estado por meio da implantação de políticas públicas fundamentais. Em 2010, existiam no Brasil 20,5 milhões de idosos, aproximadamente 39 para cada grupo de 100 jovens. Estimam-se para 2040, existirão mais que o dobro, representando 23,8% da população brasileira e uma proporção de quase 153 idosos para cada 100 jovens (MIRANDA *et al.*, 2016).

Os desafios que o envelhecimento populacional impõe demandam uma mudança na lógica assistencial do sistema de saúde que, atualmente, prioriza o tratamento dos problemas de saúde existentes de maneira mais intensa do que ações de prevenção. Nessa mesma direção, os países em estágios avançados da transição demográfica têm se preocupado em identificar os principais desafios colocados para que, daqui a 20 anos, sejam superadas as dificuldades da sustentabilidade de um sistema de saúde onde o corpo profissional e os recursos financeiros poderão ser insuficientes se não houver prevenção de doenças crônicas nem medidas que afetem diretamente as condições de vida, emprego e outros determinantes sociais da saúde (DA SILVEIRA BARROSO ALVES, *et al.*, 2016). Se, por um lado, as alterações sociais, econômicas e culturais, bem como os avanços médico-sanitários determinaram a queda da mortalidade em geral e o aumento da expectativa de vida da população, por outro, uma proporção cada vez maior dessa população alcança idade mais avançada, sofrendo de doenças crônicas, que possuem período de duração longos, podendo algumas delas deixar sequelas que impõem limitações às funções do indivíduo, acarretando anos de utilização recorrente dos serviços de saúde (ETKIND *et al.*, 2017).

Com o envelhecimento populacional, aumentam as condições crônico-degenerativas que geram demanda progressiva por assistência contínua nos diversos pontos da Rede de

Atenção à Saúde (RAS). Isso envolve desde a atenção oferecida nos momentos iniciais e silenciosos da doença, sem que ainda tenha ocorrido um impacto significativo na Qualidade de Vida (QV). Os autores Melo *et al.*, (2017) colocam que, muitas pessoas que se aproximam do fim da vida poderão se beneficiar dos Cuidados Paliativos (CP), que podem ser definidos como pacientes centrados na abordagem de cuidados em doenças sem a possibilidade de cura, com foco na qualidade de vida e alívio dos sintomas. O caminho em que os CP são realizados depende do indivíduo e o que ele precisa.

Os Cuidados Paliativos têm como objetivo o controle de dor, dos sintomas, do sofrimento e promover conforto, bem-estar e qualidade de vida às pessoas com doenças crônicas potencialmente fatais, mesmo antes da fase terminal, por meio de projetos terapêuticos planejados e implementados por equipe multiprofissional. Não se restringem a contextos e instituições específicas, tendo de ser realizados em todos os pontos da RAS, e em seus diferentes níveis de complexidade (SAITO, 2015). O termo “Cuidados Paliativos” é utilizado para designar a ação de uma equipe multiprofissional à pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. A palavra “paliativa” é originada do latim *palliun* que significa proteção, ou seja, proteger aqueles em que a medicina curativa já não mais acolhe. Segundo o manual dos Cuidados Paliativos, a origem do mesmo se confunde historicamente com o termo “*hospice*”, que eram abrigos que tinham a função de cuidar dos viajantes e peregrinos doentes (DE ALMEIRA DE CORREIA, *et al*, 2017).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os Cuidados Paliativos são uma abordagem que promove boa QV para os pacientes, diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, mediante a prevenção e o alívio do sofrimento. Seus princípios incluem: Reafirmar a importância da vida, considerando a morte como um processo natural; estabelecer um cuidado que não acelere a chegada da morte, nem a prolongue com medidas desproporcionais (obstinação terapêutica); propiciar alívio da dor e de outros sintomas penosos; integrar os aspectos psicológicos e espirituais na estratégia do cuidado; oferecer um sistema de apoio à família para que ela possa enfrentar a doença do paciente e sobreviver ao período de luto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Estes cuidados incluem outras dimensões além da biológica, tais como a psicológica, social e a espiritual, e também se constituem como uma abordagem que auxilia os indivíduos na vivência e no enfrentamento da morte da melhor forma possível.

Os Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde

Os Cuidados Paliativos podem ser desenvolvidos em ambiente e serviços ambulatorial, hospitalar, no seu território e no próprio domicílio do paciente. A maioria dos estudos, no entanto, enfoca o cuidado paliativo apenas no âmbito hospitalar. Diante disto, tornam-se relevantes estudos destinados a compreender como essa modalidade de cuidado pode e deve ser também realizada por equipe da Atenção Primária à Saúde.

A Atenção Primária (AP) é o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo, não direcionada para a enfermidade ou doença, propiciando atenção para todos os tipos de condições, exceto as mais incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002). A Atenção Primária à Saúde (APS) faz parte das estratégias operacionais de construção das Redes de Atenção à Saúde, sendo o estabelecimento do primeiro nível de atenção como porta de entrada para exercer a coordenação do cuidado e atuar com capacidade resolutiva para a parte significativa dos problemas de saúde mais comuns. A AP deve atuar como interface de conexão com os cidadãos e famílias, colocando-os no centro do sistema ao garantir a longitudinalidade do cuidado (FIOCRUZ, 2012).

O modelo de APS no Brasil, constituído por meio das Estratégias de Saúde da Família (ESF), apresenta distinções entre uma equipe e outra, com suas próprias prioridades de ação, potencialidades e limitações. Essa diversidade de experiências de ESF nas cidades brasileiras é resultante da variedade do tempo de implementação, capacitação dos profissionais, compromisso dos gestores, estabilidade de financiamento e do nível do empoderamento comunitário (ANDRADE *et al*, 2012). Nessa perspectiva, a APS tem caráter estruturante e estratégico nas RAS, pois se caracteriza pela grande proximidade ao cotidiano da vida das pessoas e coletivos em seus territórios com amplo grau de descentralização e capilaridade (PEREIRA *et al*, 2015).

Com a crise política e institucional no Brasil, instaurada a partir do ano de 2016, paralelamente à dubiedade na política nacional, que buscava a consolidação de um SUS público e ao mesmo tempo incentivava planos privados de saúde com renúncia fiscal, o Ministério da Saúde (MS) apresentou uma proposta de incentivo de planos populares de saúde, com subsídios fiscais, concomitantemente à flexibilização da prioridade da ESF na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2017 e a agudização do subfinanciamento crônico do SUS, com a publicação da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, que definiu o congelamento dos

recursos federais destinados ao SUS por vinte anos (MENDONÇA *et al*, 2018). Esse cenário conduziu à diminuição da expansão da APS no Brasil.

As discontinuidades da consolidação da APS no SUS, por meio da publicação da PNAB 2017, podem ser percebidas em alguns aspectos normativos, como redução do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por ESF; a recomendação de unificar as ações do ACS com as dos agentes de combate às endemias (ACE) e facultar atribuições atualmente desempenhadas pelos técnicos de enfermagem, como aferição de pressão, glicemia capilar, aferição de temperatura axilar e curativos limpos, para os ACS. Outro aspecto importante é uma diferenciação das ações e serviços nesse nível de atenção, classificados a partir dos conceitos de “padrão essencial” e “padrão ampliado”, sob o risco de se abrir para uma atenção simplificada e seletiva (MELO *et al*, 2018).

De acordo com alguns autores, a revisão da PNAB, realizada em 2017, introduziu diretrizes fundantes que ameaçam a organização de uma APS inclusiva e equânime. Os destaques colocados são discutidos no contexto da autonomia concedida ao gestor municipal para definição do escopo de serviços (essencial ou ampliado) ofertados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a delimitação do espaço territorial de vinculação da população às ESF ou outros tipos de arranjos organizacionais na Atenção Básica (AB). Segundo esses autores, ainda não se sabe com clareza quais serão as repercussões dessas medidas, mas é possível identificar ameaças para a efetivação de uma APS universal, abrangente e integral, e, conseqüentemente, gerando riscos na direção do aprofundamento de desigualdades de acesso na APS e no SUS (FAUSTO *et al*, 2018).

Os avanços na APS no Brasil para o acesso universal são inegáveis, mas muitos desafios relacionados à estrutura e ao processo de trabalho ainda precisam ser enfrentados, no sentido de buscar melhores resultados em saúde. No ano de 2019, a cobertura de APS no Brasil foi de 74,6%, com cobertura estimada de 155.607.475 milhões de pessoas, considerando todas as tipologias de APS existentes (BRASIL, 2019). Um dos principais desdobramentos do modelo assistencial brasileiro é a sobrecarga dos serviços de pronto atendimento por pessoas que apresentam queixas compatíveis com a APS, sendo necessário investimentos para um aumento da capacidade técnica e de gestão do sistema, de fortalecimento da AB e a revisão dos processos de trabalho, a educação permanente e a valorização dos usuários na construção de novos protagonismos sociais (CACCIA- BAVA, 2011).

Conceitualmente, os Cuidados Paliativos deveriam ser instaurados precocemente, ou seja, a partir do diagnóstico das condições crônicas, e os profissionais de saúde deveriam estar

capacitados para a realização de ações paliativas na APS. Os autores Klein *et al.*, (2017), concluíram em sua pesquisa que práticas bem-sucedidas de Atenção Primária domiciliar otimizam o atendimento ao colocar equipes multidisciplinares, incorporando cuidados comportamentais e apoio social à AP, respondendo rapidamente a necessidades urgentes e agudas de cuidados, oferecendo CP e apoiando familiares e cuidadores.

A atenção aos doentes paliativos e o controle da dor crônica no contexto da AB, formalmente, incorporam-se ao conjunto de responsabilidades das ESF. A Atenção Primária é a parte do sistema de saúde mais envolvido e mais próximo da sociedade, daí a sua adaptação constante para as novas necessidades que os pacientes demandam. O SUS dá aos profissionais da AP a responsabilidade de ser a porta de entrada e, ao mesmo tempo, o filtrar para o sistema de saúde, com um nível crescente de eficiência (DY *et al.*, 2017). As competências de Cuidados Paliativos para pacientes da AP incluem: Reconhecimento das necessidades de CP em pacientes; prognóstico; cuidado antecipado e planejamento; valiação e gestão de sintomas comuns em pacientes gravemente doentes; encaminhamento para serviço especial de CP (BUSS *et al.*, 2017).

A abordagem de Cuidados Paliativos começa com uma avaliação abrangente das necessidades de comunicação e planejamento avançado de cuidados dos domínios físico, psicológico, social, espiritual, religioso e cultural. A comunicação e a tomada de decisões sobre questões difíceis devem incluir respostas a emoções e planejamento para futuras necessidades de comunicação. As principais abordagens paliativas para o manejo dos sintomas incluem abordar preocupações físicas e psicossociais e usar abordagens não farmacológicas primeiro ou em conjunto com medicamentos. Os profissionais de saúde devem abordar o planejamento antecipado dos cuidados em pacientes com condições de doença avançada e naqueles com risco significativo de morte, idealmente por meio de conversas contínuas (DY *et al.*, 2017).

A sociedade exige também uma atenção mais humanizada e mais atenciosa, com maior envolvimento diariamente. Os equipamentos, acessibilidade, dentre outros, fazem parte da filosofia da AP e o cuidado dos pacientes, cria ao longo dos anos uma relação médico-paciente-família que permite a utilização dos meios mais adequados para dar apoio e cuidados para pacientes com doenças progressivas e incuráveis e suas famílias.

A Assistência Domiciliar (AD) também tem um papel preponderante nesse âmbito, sendo justificada pelo elevado grau de humanização que pode propiciar, pois envolve a família tanto nos cuidados como no amparo afetivo ao paciente, reduz complicações decorrentes de longas internações hospitalares e diminui os custos das tecnologias dos doentes hospitalizados.

Os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) dão apoio à Atenção Primária, sendo uma forma de atenção à saúde, oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada. Com abordagens diferenciadas, esse tipo de serviço está disponível no SUS. De acordo com a necessidade do paciente, esse cuidado em casa pode ser realizado por diferentes equipes. Quando o paciente precisa ser visitado de maneira mais espaçada, por exemplo, uma vez por mês, e já está mais estável, este cuidado pode ser realizado pela ESF/Atenção Básica de sua referência. Já os casos de maior complexidade são acompanhados pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e de Apoio (EMAP), do Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) – Melhor em Casa (BRASIL, 2016).

A AD proporciona ao paciente um cuidado ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência. Dessa forma, evita-se hospitalizações desnecessárias e diminui o risco de infecções. Além disso, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, bem como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2016).

A promoção de Cuidados Paliativos em ambiente domiciliar permite a pacientes a possibilidade de continuar em seu contexto familiar e social, com atenção multiprofissional, especializada e disposta a oferecer suporte e orientação aos familiares e/ou cuidadores, evitando internações recorrentes e muitas vezes desnecessárias. Assim, o paciente permanece em um ambiente familiar, com riscos diminuídos e assistência integral, o que contribui para a melhorar e manutenção de sua Qualidade de Vida (FALLER *et al*, 2016).

O compromisso com a QV dos doentes e dos seus cuidadores familiares supõe uma formação específica por parte dos profissionais e a organização de serviços adequados para atuar nessas situações. Cuidar no domicílio exige articulação de conhecimentos técnicos e uma atitude de compaixão e empatia para com o outro. A percepção do profissional considera que sua atuação deve estar centrada na orientação e no apoio ao doente e à família, contribuindo para uma melhor QV de ambos (FALLER *et al*, 2016). Além disso, é importante identificar familiares que possam auxiliar no cuidado diário. Esses devem ser devidamente treinados pela equipe responsável pelo paciente para identificar necessidades físicas, psicológicas e espirituais do paciente e contribuir para cuidados básicos, de forma a empoderar a família para o cuidado do seu familiar. Familiares que atuam ativamente no cuidado se sentem mais satisfeitos, porém estes também precisam de suporte e acolhimento pela equipe de CP (DE ALMEIDA E CORREIA, *et al*, 2017).

Cuidados Paliativos e Profissionais da Atenção Primária à Saúde

Dada a transição demográfica e epidemiológica, a demanda por CP na APS tornou-se realidade, tanto que as equipes da Estratégia Saúde da Família se deparam com situações de atenção ligadas ao processo de morte. Saito (2015), descreve a carência de conhecimentos dos profissionais de saúde acerca dos CP, o que contribui para o surgimento de problemas éticos em situações mais tradicionalmente associadas a esse tipo de cuidado, como o acompanhamento do processo de morte e luto, a comunicação de más notícias, o manejo de sintomas e condições clínicas complexas. Estes mesmos autores colocam que a sobrecarga de trabalho das equipes da APS, representam um entrave à realização dos CP. As equipes da ESF, além de cuidar da saúde da população de sua área de abrangência, têm de contribuir para que a UBS dê conta das muitas demandas espontâneas que a ela ocorrem.

No Sistema Único de Saúde, é preciso levar em conta que as equipes da ESF já se defrontam com as demandas de pacientes terminais e de usuários em condições crônicas de saúde. E, nesse aspecto, talvez esteja o maior desafio para a incorporação dos CP na APS afim de modificar a visão dos profissionais acerca dos CP e introduzi-los mais precocemente nos serviços, a partir do diagnóstico das condições crônicas de saúde.

As atitudes e competências necessárias para prover CP de alta qualidade sobrepõem-se àquelas necessárias para uma APS excelente: Habilidades de comunicação; compreensão da realidade e das peculiaridades do modo de vida do paciente; compromisso com o cuidado integral do paciente e da família; atenção às questões psicossociais e espirituais; ênfase na QV e na independência do paciente; respeito pelos valores, objetivos e prioridades do paciente no manejo de sua condição de saúde; oferta de cuidado na comunidade em função da diversidade cultural; colaboração com outros profissionais, incluindo especialistas. Dessa forma, tudo parece indicar que os CP e a APS podem, e deveriam, se reforçar e fortalecer mutuamente (MELO *et al*, 2017).

As dificuldades para praticar os CP se relacionam à falta de profissionais capacitados no exercício desses cuidados; à ausência de sistematização do serviço de saúde para a intervenção nos CP; à jornada de trabalho exaustiva que demanda dedicação e perda de QV dos cuidadores não profissionais. No estudo dos autores Melo, *et al* (2017), o relato do trabalho exaustivo e do cansaço resultante do cuidar foi relatado. Alguns cuidadores não profissionais alegaram o cansaço e outros apresentaram resignação frente a todas as mudanças trazidas pela doença do parente principalmente a perda de Qualidade de Vida do cuidador.

Outro ponto a ser discutido, é a dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com a morte. Uma das causas do despreparo dos profissionais, além dos aspectos pessoais, culturais e espirituais, é o fato de que o ensino nos cursos da área da saúde enfatiza o modelo biomédico, ou seja, a formação está voltada a salvar vidas a qualquer custo, com poucos espaços para a abordagem dos aspectos psicossociais e espirituais.

A morte continuará sendo um grande desafio para os profissionais da área da saúde. Ainda que possam buscar uma forma de maior controle e domínio sobre ela, a morte faz parte do cotidiano e pode tornar-se companheira de trabalho destes profissionais. Desta maneira, a busca obstinada por salvar o paciente pode lhes dificultar o contato com seus próprios sentimentos de impotência, culpa e raiva em relação à finitude humana. Nesse sentido, pode-se questionar o quanto os profissionais de saúde estão preparados e orientados para lidar com a morte, com o processo de morrer e as decorrências do mesmo no seu dia a dia, e o quanto, em suas formações, foram munidos de conhecimento e experiência para lidar com tais situações. Esses questionamentos convergem com indagações relacionadas aos processos de educação e à necessidade de tal conhecimento (BRAZ e FRANCO, 2016).

O modo de lidar com estas questões pode depender de vários fatores como: Sua história pessoal e de perdas; experiências e elaboração dos processos de luto e da cultura em que estão inseridos; a possibilidade de expressão da dor; a formação acadêmica, técnico-científica e a capacitação em serviços de atenção à saúde. A morte costuma estar relacionada com derrota, perda e frustração e os profissionais de saúde frequentemente sentem-se despreparados e frustrados ao lidar com a morte de seus pacientes. A morte do paciente pode remetê-los à sua própria finitude ou a de alguém próximo.

OBJETIVOS

Esta pesquisa teve como principal objetivo compreender como os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde e Serviço de Atenção Domiciliar lidam com os Cuidados Paliativos e quais as suas perspectivas e capacitações para a prestação de assistência e cuidado a estes pacientes. Os objetivos específicos englobam: Comparar as diferentes categorias de profissionais envolvidos na assistência; levantar se existem dificuldades na assistência em Cuidados Paliativos e se sim quais são; Compreender como os profissionais de saúde lidam com a questão de morte e morrer em suas práticas profissionais.

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo do Estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com método descritivo, no qual foi realizado inquérito com profissionais da Atenção Primária à Saúde e do Serviço de Atenção Domiciliar do município de Batatais-SP. A interpretação dos dados ocorreu através de análise de conteúdo, analisadas e agrupadas a partir das falas dos sujeitos. A análise de conteúdo na modalidade análise temática, cria indicadores ou escalas para as respostas apresentadas, fazendo um conjunto de técnicas de análise de comunicação destinado a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou recepção dessas mensagens (BARDIN, 2011).

As entrevistas foram aplicadas pela mesma pessoa (pesquisadora principal), e individualmente com cada profissional de saúde; e as transcrições também foram realizadas pela pesquisadora. Seguindo os princípios da análise de conteúdo, as transcrições foram primeiro lidas e relidas pela pesquisadora, para a familiarização com os dados. Em seguida, as falas dos sujeitos foram agrupadas em temas, a partir de frases e palavras-chaves ditas pelos sujeitos da pesquisa. Os temas foram separados em categorias principais e emergentes, elencados pela pesquisadora a partir da leitura e estudos prévios sobre o objeto desta pesquisa.

Juntamente com a coleta de dados, a análise aconteceu de forma concomitante, e, quando a pesquisadora observou que não surgiram temas novos a partir das falas dos sujeitos, isto indicou que a saturação das categorias foi alcançada. Os temas que surgiam foram constantemente comparados com o conteúdo das transcrições das entrevistas. O mapa de palavras colocado a seguir nos permite a visualização dos fenômenos sociais, ou seja, as palavras ditas com mais frequência pelos entrevistados.

População do Estudo

O município de Batatais localiza-se na região sudeste do interior do estado de São Paulo, tem uma população de 62.508 habitantes (dados de dezembro de 2020) e densidade demográfica de 72 habitantes/Km². O PIB Per Capita deste município é de 20.428,43 (dados de 2011). A

cobertura da AB é de 60,71% em equipes de ESF (11 equipes de ESF) e somando o total de equipes de AB (total de 13 equipes) a cobertura é de 79,91% (BRASIL, 2020).



Figura 1: Nuvem de palavras, autoria própria com a utilização do programa ‘Wordclouds’.

A coleta de dados desta pesquisa foi realizada com 47 profissionais de saúde, adultos, de ambos os sexos, trabalhadores do Sistema Único de Saúde do município de Batatais-SP. Os profissionais entrevistados compuseram as seguintes categorias: 7 Médicos (as), 11 Enfermeiros (as), 8 Técnicos (as) em Enfermagem e 10 Agentes Comunitários de Saúde de equipes de ESF/APS deste município. Foram entrevistados, também, profissionais da equipe de apoio, descritos nesta pesquisa como outras categorias de profissionais, que são eles: 1 Fisioterapeuta, 2 Terapeutas ocupacionais e 1 Assistente Social. Alguns destes profissionais são professores da universidade Centro Universitário Claretiano de Batatais e estavam nas Unidades Básicas de Saúde supervisionando estágios de seus alunos.

Outros profissionais que compuseram a amostra fazem parte do Serviço de Atenção Domiciliar do município, sendo eles: 1 Médico (a), 1 Enfermeiro (a), 2 Técnicos (as) em Enfermagem, 1 Fisioterapeuta, 1 Fonoaudiólogo (a) e 1 Assistente Social. Os locais da coleta

de dados das equipes da APS foram cinco (5) Unidades Básicas de Saúde, estas não serão identificadas, bem como as equipes, a fim de que não haja a identificação dos sujeitos desta pesquisa. A coleta de dados com a equipe do SAD foi realizada na ABADEF (Associação Batataiense de Deficientes Físicos), onde funciona a sede da equipe de Atenção Domiciliar.

Os profissionais entrevistados que foram convidados a participar desta pesquisa, estavam cientes dos objetivos da mesma, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da realização das perguntas. Alguns profissionais da APS que estavam nos locais de coleta de dados, se recusaram em participar, por motivos de falta de tempo e/ou falta de interesse. Recusaram-se em participar desta pesquisa um total de 5 profissionais, das categorias Técnicos em Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.

Aspectos éticos

A proposta do presente estudo foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Esta pesquisa seguiu as exigências éticas estabelecidas de acordo com a Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012) e a coleta de dados foi iniciada após a aprovação do projeto pelo CEP; pela secretaria de saúde do município de Batatais e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes após esclarecimentos acerca da pesquisa.

Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a outubro de 2021. A pesquisadora frequentou os locais de coleta de dados e convidou todos os profissionais das equipes de APS e SAD presentes a participar da pesquisa, de todas as categorias de profissionais, individualmente.

No início das entrevistas, foram coletados dados como: Nome completo, idade, sexo, categoria profissional, ano da graduação e tempo de experiência na Atenção Primária e/ou Serviço de Atenção Domiciliar. Todavia, alguns dados dos participantes não serão divulgados, para proteger a identificação dos mesmos, evitando possíveis constrangimentos e/ou conflitos de interesse.

A pesquisadora entrevistou cada profissional, individualmente, em sala reservada, conforme a disponibilidade destes, entre uma consulta e outra. As entrevistas foram gravadas em aplicativo de áudio pelo celular da pesquisadora e depois transcritas em Word, para a realização da análise do discurso. Para manter o anonimato dos sujeitos, as falas foram identificadas pelas iniciais destes e os sujeitos foram agrupados por categoria profissional e em seguida foram enumerados. O número de participantes foi conveniente com a amostra qualitativa, alcançado através da saturação adquirida a partir das falas dos sujeitos. O roteiro da entrevista está descrito a seguir e também em anexo (Anexo 1).

Roteiro da Entrevista

A entrevista contemplou as seguintes questões norteadoras:

- 1). O que você entende sobre Cuidados Paliativos?
- 2). Você já teve contato com pacientes em Cuidados Paliativos na AP e/ou SAD?
- 3). Como você acredita que foi a sua preparação (pessoal e profissional) para lidar com a assistência ao paciente em Cuidados Paliativos?
- 4). Como você considera que devem ser realizados os Cuidados Paliativos no contexto da Atenção Primária à Saúde e/ou SAD?
- 5). Quais você considera que seriam aspectos facilitadores e dificultadores da assistência em Cuidados Paliativos?
- 6). Como você se vê e se auto-avalia na prestação assistência a um paciente em CP e a família deste?
- 7). Quais os significados atribuídos à morte e morrer a você como profissional de saúde?
- 8). Você considera que são necessárias mudanças na formação profissional no que corresponde ao cuidado ao paciente Cuidados Paliativos na AP e/ou SAD?

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L.O.M. *et al.* Atenção primária à saúde e estratégia de saúde da família. In: Campos, G.W.S et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Atenção primária à saúde e estratégia de saúde da família. 2. ed. Ver. Aum. São Paulo: Hucitec, 2012, p.845-902.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **E-Gestor Atenção Básica: Informação e gestão da Atenção Básica**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB>

Acesso em: 04/06/2021.

BRASIL. **Portaria nº 825, de 25 de Abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito de Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília- DF: Diário Oficial da União, 25 de Abril de 2016, p.60. Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html Acesso em 03/06/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura de Saúde da Família no Brasil**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em:

<<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>>. Acesso em: 03/06/2021.

BRAZ, M.S.; FRANCO, M.H.P. Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 1, 2017. [Acessado 14 Junho 2021], pp. 90-105. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703001702016>>. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001702016>.

BUSS, M. K.; ROCK, L. K.; MCCARTHY, E. P. Understanding Palliative Care and Hospice: A Review for Primary Care Providers. **Mayo Clin Proc**, v. 92, n. 2, p. 280-286, 02 2017. ISSN 1942-5546. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28160875> >. Acesso em 03/06/2021.

CACCIA-BAVA, M.C.G.G. *et al.* Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.44, n.4, p.347-54, 2011. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47446> >. Acesso em: 10/02/2020.

DA SILVEIRA BARROSO ALVES, D. *et al.* Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro: contribuições para políticas públicas sustentáveis. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, 2016. ISSN 1414-462X.

DY, S. M.; ISENBERG, S. R.; AL HAMAYEL, N. A. Palliative Care for Cancer Survivors. **Med Clin North Am**, n. 101, v. 6, p. 1181-1196, Nov 2017. ISSN 1557-9859. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28992862> >. Acesso em 03/06/2021.

DE ALMEIDA CORREIA, S. et al. Importância do Conhecimento em Cuidados Paliativos na Formação dos Acadêmicos de Enfermagem: **Revisão Integrativa. Congresso Internacional de Enfermagem**, 2017.

ETKIND, S.; BONE, A.E.; GOMES, B. et al. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. **BMC medicine**, v. 15, p. 102, 2017. ISSN 1741-7015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0860-2>. Acesso em 14/06/2021.

FALLER, JW. et al. Perfil de idosos acometidos por câncer em cuidados paliativos em domicílio. **Rev. Kairós Gerontologia**. v.19, n.22, p.22-43. São Paulo, 2016. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/31612/22012>. Acesso em: 03/06/2021.

FAUSTO, M.C.R.; RIZZOTO, M.L.F. GIOVANELLA, L. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n.esp. 1, p.12-14, set 2018. ISSN 2358-2898. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S101>... Acesso em: 14/06/2021

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ *et al.* **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/ Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/saude-2030livro_0.pdf >. Acesso em: 03/06/2021.

KLEIN, S.; HOSTETTER, M.; MCCARTHY, D. An Overview of Home-Based Primary Care: Learning from the Field. **Issue Brief (Commonw Fund)**, v. 15, p. 1-20, Jun 2017. ISSN 1558-6847. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28591975> >. Acesso em 03/06/2021.

MELO, E.A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n. especial 1, p.38-51, set 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>. ISSN 2358-2898.

MELO, L. A. D. et al. Socioeconomic, regional and demographic factors related to population ageing. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 4, p. 493-501, 2017. ISSN 1809-9823. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170004>. ISSN 1981-2256.

MENDONÇA, M.H.M. *et al.* (org.). **Atenção Primária em Saúde no Brasil**: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. D. C. G.; DA SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. ISSN 1809-9823. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>>. ISSN 1981-2256.

PEREIRA, A.C. *et al.* **Gestão Pública em Saúde: fundamentos e práticas**. Águas de São Pedro: Livronovo, 2015.

SAITO, D.Y.T e ZOBOLI, E.L. Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: scoping review. *Revista Bioética* [online]. v. 23, n. 3., p. 593-607, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422015233096>>. ISSN 1983-8034. Acesso em : 14/06/2021.

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

World Health Organization (WHO). **Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers**. Suíça, 2016. Disponível em:

< <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250584/1/9789241565417-eng.pdf>>. Acesso em: 03/06/2021.

ARTIGO 1- Este artigo cumpriu as Normas da Revista: Cadernos de Saúde Pública

OS CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO QUALITATIVO SOBRE A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

Os Cuidados paliativos têm como objetivo o controle de dor, dos sintomas e do sofrimento e promover conforto, bem-estar e qualidade de vida às pessoas com doenças crônico-degenerativas potencialmente fatais, mesmo antes da fase terminal, por meio de projetos terapêuticos planejados e implementados por equipe multiprofissional. Não se restringem a contextos e instituições específicas, tendo de ser realizados em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde, e em seus diferentes níveis de complexidade¹.

As competências de cuidados paliativos para pacientes da Atenção Primária incluem: Reconhecimento das necessidades de Cuidados Paliativos em pacientes; prognóstico; cuidado antecipado e planejamento; valiação e gestão de sintomas comuns em pacientes gravemente doentes; encaminhamento para serviço especial de Cuidados Paliativos².

Os Cuidados Paliativos podem ser desenvolvidos em ambiente e serviços ambulatorial, hospitalar, no seu território e no próprio domicílio do paciente. A maioria dos estudos, no entanto, enfoca o cuidado paliativo apenas no âmbito hospitalar. Diante disto, tornam-se relevantes estudos destinados a compreender como essa modalidade de cuidado pode e deve ser realizada por equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde. Faz-se importante também, pesquisar se profissionais da Atenção Primária e/ou equipes de apoio estão preparados para lidar com este tipo de cuidado.

OBJETIVOS

Esta pesquisa teve como principal objetivo compreender como os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde e Serviço de Atenção Domiciliar lidam com os Cuidados Paliativos e quais as suas perspectivas e capacitações para a prestação de assistência e cuidado a estes pacientes. Os objetivos específicos englobam: Comparar as diferentes categorias de profissionais envolvidos na assistência; levantar se existem dificuldades na assistência em

Cuidados Paliativos e se sim quais são; Compreender como os profissionais de saúde lidam com a questão de morte e morrer em suas práticas profissionais.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com método descritivo, no qual foi realizado inquérito com profissionais da Atenção Primária à Saúde do município de Batatais-SP. A interpretação dos dados ocorreu através de análise de conteúdo, analisadas e agrupadas a partir das falas dos sujeitos.

A entrevistas foram aplicadas pela mesma pessoa (pesquisadora principal), e individualmente com cada profissional de saúde; e as transcrições também foram realizadas pela pesquisadora. Seguindo os princípios da análise de conteúdo, as transcrições foram primeiro lidas e relidas, para a familiarização com os dados. Em seguida, as falas dos sujeitos foram agrupadas em temas, a partir de frases e palavras-chaves ditas pelos sujeitos da pesquisa. Os temas foram separados em categorias principais e emergentes.

A coleta de dados foi realizada com 47 profissionais de saúde, adultos, de ambos os sexos, trabalhadores de cinco equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) uma equipe do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município de Batatais-SP. Os profissionais entrevistados compuseram as seguintes categorias: 8 Médicos (as); 12 Enfermeiros (as); 10 Técnicos (as) em Enfermagem e 10 Agentes Comunitários de Saúde. Foram entrevistados, também, profissionais da equipe de apoio, descritos nesta pesquisa como outras categorias de profissionais, que são eles: 2 Fisioterapeutas, 2 Terapeutas ocupacionais, 2 Assistentes Sociais e 1 Fonoaudiólogo.

A proposta do presente estudo foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Esta pesquisa seguiu as exigências éticas estabelecidas de acordo com a Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012) e a coleta de dados foi iniciada após a aprovação do projeto pelo CEP; pela secretaria de saúde do município de Batatais e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes. A coleta de dados foi realizada no período de setembro a outubro de 2021, em cinco Unidades Básicas de Saúde com equipes de APS e com a equipe do SAD, que se localiza na sede da ABADEF (Associação Batataiense de Deficientes Físicos) no município de Batatais-SP.

RESULTADOS

A caracterização da amostra, que descreve as categorias dos profissionais entrevistados, bem como as idades mínima, média e máxima; o tempo de experiência na Atenção Primária e/ou SAD (dependendo da área de atuação do profissional) e a porcentagem de homens e mulheres pode ser visualizado na tabela 1 (Em anexo).

No total geral de indivíduos entrevistados, podemos observar que dos 47 entrevistados, 75% foram mulheres e 25% homens; a idade mínima foi 22 anos e a máxima 57 anos, com a média de 35,5 anos e; o tempo de experiência médio foi de 9,35 anos, com mínimo de 4 meses e máximo de 34 anos. Foi possível notar que, dos entrevistados, a categoria profissional com maior média de experiência foram os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (11,6 anos) e os de menor média foram os Enfermeiros (3,66 anos). Os Técnicos em Enfermagem apresentaram maior média de idade (45,1 anos) e os Enfermeiros a menor média de idade (29,33 anos). Já, na composição da amostra por sexo, os únicos que apresentaram uma amostra igualitária foram os Médicos (50% de homens e mulheres); contudo, em todas as outras categorias de profissionais, houveram um número consideravelmente maior de mulheres do que de homens.

A análise dos dados das entrevistas foi descrita através de oito categorias ou temas, estes, correspondentes a cada pergunta realizada com os profissionais da APS e/ou SAD. As respostas, após a transcrição das entrevistas, foram agrupadas em quadros, separadas por categoria profissional (aérea de formação) e por categorias principais e emergentes das falas dos sujeitos. Nos quadros, contém fragmentos das falas dos entrevistados, elencados pela pesquisadora como pontos principais.

Categoria 1- Entendimento sobre Cuidados Paliativos

Para a discussão desta categoria, foi realizada a seguinte pergunta para cada profissional de saúde: O que você entende sobre cuidados paliativos? As respostas principais estão no quadro 1 (Em Anexo).

Dos profissionais Médicos, todos eles associaram os Cuidados Paliativos (CP) a oferecer um melhor conforto ao paciente e um tratamento voltado para alívio dos sintomas com enfoque na Qualidade de Vida (QV), contudo, a maioria dos profissionais (6 dos 8 entrevistados) entende os CP como sendo cuidados voltados para o final da vida, para pacientes que estão em fase terminal ou em estágio de sofrimento avançado. *“Bom...para mim...são*

cuidados de qualidade de vida no final da vida...é...fazer o possível para ter uma morte tranquila, sem dor e sem sofrimento” (Médico (a) entrevistado (a) 1). “Para mim...são cuidados necessários aos pacientes para quem não tem expectativa ou tratamento definitivo, tentar dar o máximo de conforto possível para esse paciente...” (Médico (a) entrevistado (a) 2).

O mesmo aconteceu com os Enfermeiros, que em sua maioria (10 dos 12) entrevistados, associaram os CP a finitude de vida. *“Eu entendendo muito pouco...eu entendo sobre cuidados de conforto, sobre um final de vida digno, com menos dor, com menos sofrimento físico, psicológico. É uma com cuidados de promoção de alívio é..., mas eu tenho plena consciência que eu tenho pouco conhecimento sobre o tema” (Enfermeiro (a) entrevistado (a) 12).*

Os Técnicos em Enfermagem também falaram em empatia, cuidados de conforto e alívio de sofrimento para pacientes que não têm mais possibilidade de cura. *“Bom...eu acho que nos cuidados paliativos o importante é você assim proporcionar ao paciente o conforto, o respeito...e dignidade...é muito importante isso...independente que acontece com ele...isso acho que é o mais importante”.* (Técnico (a) entrevistado (a) 3).

As outras categorias de profissionais de saúde também frisaram as medidas de conforto para o estágio terminal, quando não há mais possibilidade de cura ou reabilitação. *“É... eu vejo que são medidas de conforto né...pra esse estágio até o estágio terminal mesmo” (Assistente Social, entrevistado (a) 1). “Para mim são aqueles cuidados que você presta na fase terminal da doença a qual você visa gerar conforto...um conforto maior pro paciente...tanto pra parte respiratória, dores mesmo...é você amenizar todos os sofrimentos dele que possam vir nessa fase difícil” (Fisioterapeuta, Entrevistado (a) 7).*

Dos ACS (7 dos 10 entrevistados) relataram não saberem ao certo o que são os CP, mas já ouviram falar sobre o tema. *“Ah...não sei...acho que é a pessoa que tá...mais é vulnerável...que precisa tá em casa...tá acamado...precisa de uma atenção melhor...do profissional...da família” (ACS entrevistado (a) 9) e (3 dos 10 entrevistados) disseram não saber do que se trata ou nunca ouviram falar. “Paliativos é...saber sobre a doença? Não? É quando a pessoa tem o diagnóstico da doença que não tem cura...então ela sabe que não vai morrer...não sei se é isso...” (ACS Entrevistado (a) 6).*

Categoria 2- Contato profissional com pacientes em Cuidados Paliativos

A pergunta da entrevista que norteou este tópico da discussão foi: Você já teve contato com pacientes em Cuidados Paliativos na APS e/ou SAD? Algumas frases ditas pelos entrevistados sobre este tema estão apresentadas no quadro 2 (Em anexo).

Dos Médicos, todos eles disseram já terem tido contato com pacientes em CP, sejam na Atenção Primária, hospitais ou em estágios da faculdade. *“Sim...fiz faculdade em Barretos...que tem hospital de cuidados paliativos para pacientes oncológicos. E lá tive bastante contato. Os médicos têm especialização e residentes também...fazíamos uma certa visita para o cuidado com pacientes em cuidados paliativos”* (Médico (a). Entrevistado (a) 5).

Os Enfermeiros, (8 dos 12 entrevistados) disseram que já tiveram algum contato, mesmo que o contato tenha sido rápido ou em outros níveis de atenção em saúde *“Sim...trabalhado em uma instituição hospitalar com cuidados paliativos...em fase terminal...é...então tenho contato todos os dias, aqui na Atenção Básica não tenho muito contato...na Atenção Básica ainda está bem aquém do desejado...né...acho que ainda não...as pessoas na Atenção Básica ainda não aprenderam a lidar com esse tema...”* (Enfermeiro (a) entrevistado (a) 11) e (4 dos 12 entrevistados) disseram nunca terem tido contato com estes pacientes em nenhum local em que trabalharam. *“Profissional muito pouco contato...na própria faculdade agente discutia a experiência sobre morrer..., mas profissional foi muito pouco contato com pacientes assim”*. (Enfermeiro (a) entrevistado (a) 3).

Dos Técnicos de Enfermagem apenas (1 dos 10 entrevistados) relatou nunca ter tido contato com esses pacientes os outros (9 dos 10 entrevistados) relataram já ter tido algum tipo de contato com esses pacientes e (5 dos 10 entrevistados) relataram já terem tido contato com esses pacientes na Atenção Primária. *“Já várias vezes...aqui na Atenção Primária também, mas tive mais contato no hospital...aqui tinha um...eu tive um aqui que já até faleceu.* (Técnico (a) em Enfermagem, entrevistado (a) 4). *Só tive contato nos hospitais...na atenção primária...é muito raro...porque o paciente vamos falar quando ele fica paliativo...ele passa a ter visita domiciliar...entendeu...eu não faço...geralmente vai um médico...pela falta de funcionário...vai o enfermeiro e o médico...de vez em quando o paciente fica paliativo ele nem vem na unidade é muito raro...um paciente terminal aqui é muito raro.* (Técnico (a) em Enfermagem, entrevistado (a) 7).

Dos ACS (7 dos 10 entrevistados) relataram já ter tido contato com esses *pacientes* *“...sim...porque na minha área é grande porcentagem dela é de idoso...que já estão com algumas patologias avançadas...doenças degenerativas...e tudo mais...”* (ACS entrevistado (a)

8). *“Não na minha área não...só dos meus colegas...só ouvi falar...mas contato mesmo não tive”* (ACS entrevistado (a) 1).

As outras categorias de profissionais da saúde, todos relataram já ter tido algum tipo de contato com esses pacientes. *“Eu trabalhei no SAD...no começo quando começou os atendimentos domiciliares e depois quando virou SAD...no melhor em casa..., mas já faz 4 anos que não trabalho mais então assim sempre tinha alguns pacientes inseridos nesses programas que realmente fazia parte e precisa de Cuidados Paliativos”* (Terapeuta Ocupacional, entrevistado (a) 4). *“Sim...é muito frequente na execução profissional é...muito frequente essa questão na atenção básica eu atendo demanda vindo de setores terciários...principalmente da área de oncologia onde a nomenclatura de cuidados paliativos e a intervenção do serviço social é muito presente porque tanto pra família...”* (Assistente Social, entrevistado (a) 2).

Categoria 3- Preparação Profissional para lidar com a assistência em Cuidados Paliativos

A pergunta da entrevista que norteou esta categoria foi: Como você acredita que foi a sua preparação pessoal e profissional para lidar com a assistência em CP? As frases de relevância estão apresentadas no quadro 3 (Em Anexo).

Dos Médicos (7 dos 8 entrevistados) relataram terem tido uma preparação relativamente boa para lidar com este tipo de cuidado, mesmo que existam conhecimentos para serem aprimorados. *“Acredito que a minha preparação foi boa, eu tenho 30 anos de formada e também tenho especialização nesta área...estão acredito que foi boa...”* (Médico (a) entrevistado (a) 1). *“Boa, porém, a situação é muito difícil, porém necessita evolução. Tive, na minha formação, diversas aulas com este tema mais pouca pratica. Nos hospitais ainda é deficiente...esse cuidado”*. (Médico (a) entrevistado (a) 2). Apenas (1 dos 8 entrevistados) respondeu que não teve uma boa preparação para esta área de atuação. *“Agora que abriu residência as coisas estão melhorando um pouco mais. Todo mundo acha que entende um pouco e acaba atrapalhando”*. (Médico (a) entrevistado (a) 3).

Dos Enfermeiros, apenas (1 dos 12 entrevistados) acredita que teve uma boa preparação na faculdade ou em estágios, os demais (11 dos 12 entrevistados) acredita que aprendeu a lidar com os cuidados na prática, ou porque buscou se aprimorar no tema com cursos e/ou palestras. *“Então a preparação eu acho que foi com a vivência mesmo de cada situação...a gente sabe que cada paciente tem uma cultura, uma história que é pessoal...e muitas das vezes a gente*

acaba identificando né...com uma coisa ou outra que o paciente enfrentou...estava enfrentando naquele momento”. (Enfermeiro (a) entrevistado (a) 7). *“Ah...eu acho que preparação mesmo assim não...a gente aprende assim na hora, na prática...não tem nenhuma instrução em relação a isso não...a gente aprende do dia a dia”* (Enfermeiro (a) entrevistado (a) 9).

Dos Técnicos em Enfermagem apenas (1 dos 10 entrevistados) respondeu que teve alguma preparação, mas ainda não o suficiente para lidar com estes profissionais, já os outros (9 dos 10 entrevistados) responderam que só conseguem lidar através da experiência que obtiveram na prática profissional, e ainda, dois destes profissionais disseram que não tiveram nenhum tipo de preparação, nem na teoria e nem na prática profissional. *“Olha profissional a gente vai adquirindo com a experiência mesmo né...vai vendo...o curso da uma base né..., mas é. Você entra sabendo o que é e tal mais assim é no dia a dia que você vê a coisa mesmo...a preparação pessoal eu sempre quis. Sempre gostei de ajudar as pessoas...de cuidar...sempre assim. Sempre fui assim...na minha casa...com meus filhos com meus pais...”* (Técnico (a) entrevistado (a) 10).

Das outras categorias (7 dos 8 entrevistados) também responderam que só aprenderam a lidar com CP na prática do trabalho. *“Eu acho que teve que adquirir ao longo da vivencia mesmo...não tive nenhuma preparação eu acho que a gente vai adquirindo com o decorrer do tempo...com a vivencia mesmo”* (Assistente Social entrevistado (a) 1).

Dos ACS todos responderam não terem tido nenhuma preparação para saber lidar com pacientes com este tipo de cuidados e apenas dois deles, disseram ter aprendido a trabalhar com esses pacientes na prática. *“Não...eu pesquisava muito na internet..., mas não tive nenhuma preparação pra lidar com esse tipo de situação”* (ACS, entrevistado (a) 7). *“Não tive nenhuma preparação, quando tem uma pessoa sim...sempre tinha uma pessoa mais velha que explicava...o modo de agir...a gente chegava na família e conversava...mais na prática mesmo”* (ACS entrevistado (a) 4).

Categoria 4- Cuidados Paliativos na Atenção Primária e em outros contextos assistenciais

Para nortear a discussão desta categoria, foi realizada a seguinte pergunta aos profissionais da APS e SAD: Como você considera que devem ser feitos os CP no contexto da APS ou em outros contextos assistenciais? As falas principais dos sujeitos estão apresentadas no quadro 4 (Em Anexo).

Nesta categoria apareceram respostas muito divergentes, tanto nas diferentes categorias de profissionais quanto para profissionais com a mesma formação. Os Médicos (3 dos 8 entrevistados) apontaram dificuldades em realizar CP na Atenção Básica (AB), estes citaram por exemplo a falta de tempo e preparo dos profissionais bem como a falta de recursos da Atenção Básica. *“Acho que precisa aumentar lugares que fornecem estes cuidados, atenção domiciliar aumentar, há uma carente visita dos profissionais nas casas. A gente faz visita apenas por demanda até porque falta agenda para estes tipos de casos, apenas 1 dia na semana, tem essa agenda pra visitas domiciliares”* (Médico (a) entrevistado (a) 2).

Os outros Médicos (5 dos 8 entrevistados) citaram benefícios em atender este paciente na Atenção Primária citando por exemplo a facilidade de atendimento continuado, maior contato com os familiares e o acolhimento. *“O paciente na Atenção Primária é fazer um acolhimento mesmo que a gente vai dar nesses casos...tanto pro paciente tanto pra família que estão todos envolvidos e depois recebem um atendimento continuado né...programado também neste caso”* (Médico (a) entrevistado (a) 6).

Os Enfermeiros também relataram (9 dos 12 entrevistados) aspectos importantes destes pacientes assistidos na Atenção Primária, como exemplo: a avaliação multidisciplinar dos pacientes como sendo de grande importância e a necessidade de um protocolo específico de atuação para pacientes em CP na APS. *“Ah...assim...eu enquanto enfermeira eu acho que eu tenho que fazer visita mais constante pra esse tipo de paciente pra estar orientando a família a cuidados básicos...melhorar...mudança de decúbito paciente acamado...em relação ao banho..., mas em questão de alimentar passar dieta se o paciente tiver em uso de sonda pra se alimentar...mais essa parte”* (Enfermeiro (a) entrevistado (a) 9). *“O primordial é você ter uma equipe preparada pra isso...não dá pra você colocar cuidados paliativos no mesmo bolo do que os outros cuidados né...então é necessário um programa específico municipal pra isso com pessoas específicas pra isso...”* (Enfermeiro (a) entrevistado (a) 11).

Alguns Enfermeiros (3 dos 12 entrevistados) também relataram dificuldades que os profissionais da AB enfrentam como a necessidade de mais atualizações nesta área, a falta de profissionais capacitados e recursos disponíveis. *“Hum...eu acho que por mais que a gente trabalhe com esse tipo de paciente...é... ainda falta conhecimento e falta eu acho muito complicado. Por exemplo até lá no HC é geralmente eles classificam em cuidados paliativos. Né dependendo do paciente. Então assim ainda pra mim pelo que eu sinto em alguns profissionais. É muita falta de informação. Quando que o paciente vai entrar em cuidados paliativos...”* (Enfermeiro (a) entrevistado (a) 8).

Os Técnicos em Enfermagem também relataram dificuldades de tratar esses pacientes na AB, colocando que atuam mais na parte curativa e no tratamento dos sintomas, desta maneira, foram alguns pontos que surgiram nas falas destes: A necessidade de mais visitas domiciliares, a necessidade de acolhimento e apoio psicológico, empatia e maior capacitação da equipe. *“Aí na Atenção Primária aqui na UBS mesmo é difícil vem paciente assim que fala nossa...tem que fazer alguma coisa paliativa...ele tem alguma doença terminal algo assim...quando ele vem na UBS o que ele precisar tem que ser oferecido da melhor forma possível...aí...ajudar no que puder...eu acho que a Atenção Básica não tem como fazer muita coisa porque o paciente paliativo vamos falar assim...que é terminal mesmo é difícil...”* (Técnico (a) entrevistado (a) 7).

As outras categorias também relataram a necessidade de uma equipe preparada para este tipo de atendimento, com profissionais capacitados e disponibilidade para um atendimento diferenciado. Alguns deles também relataram as dificuldades da AB neste aspecto, relatando falta de recursos e profissionais capacitados. *“Eu acho que a Atenção Primária precisa ser muito bem humanizada...e isso ainda não acontece então a gente precisa de muitos ajustes...ainda não estamos preparados... tem muita coisa a ser trabalhada ainda na atenção secundária a gente encontra medidas que fazer a qualquer custo pra manter aquilo...levar aquela doença e o paciente tá sofrendo e aquilo traz prejuízo não só pro paciente...sofrimento de todo mundo que tá envolvido”.* (Nutricionista, entrevistado (a) 5).

Em contrapartida, alguns destes profissionais também citaram a proximidade do contato pessoal e a humanização na AP como sendo um fator positivo. *“...na Atenção Primária eu acredito que eles têm um acompanhamento mais próximo. Não tão novo porque o quadro clínico dele muda demais...eu acredito que na Atenção Primária que o contato tem que ser mais próximo...não tão longo...pra que a gente possa adotar medidas nas épocas certas deles...que as vezes mudam muito.”* (Fisioterapeuta entrevistado (a) 7).

Os ACS relataram, em sua maioria, não saber ao certo o que fazer com os pacientes em CP, todavia, disseram estar dispostos para fazer o que for necessário, como visitar com mais frequência, levar a equipe médica e de enfermagem até este paciente e dar apoio para o que for preciso. *“A gente vê como que o paciente tá...pergunta que situação que ele se encontra...vê se tá acamado...as vezes a gente pode fazer muita coisa...a família as vezes não sabe nem agir com ele...agente chega aqui e conversa com enfermeiro...a gente agenda visitas...medico vai também...sempre que tá precisando...”* (ACS, entrevistado (a) 5). *“É...eu teria que assim, eu*

acompanharia com frequência a maior possível...e...informaria o médico dele...no caso fosse aqui no postinho a enfermeira e ajudaria no que eu pudesse né...” (ACS, entrevistado (a) 1).

Categoria 5-Aspectos facilitadores e dificultadores da assistência em Cuidados Paliativos

Para discutir este tópico, foi realizada a seguinte pergunta aos profissionais: Quais você considera que seriam os aspectos facilitadores e dificultadores da assistência em CP? As falas principais dos entrevistados estão no quadro 5 (Em Anexo)

Dos Médicos, apenas um (1 dos 8 entrevistados) disse não saber responder esta questão. Dos outros entrevistados, as respostas foram divergentes (3 dos 8 entrevistados) responderam como fator facilitador a maior proximidade do paciente com o profissional na AP. *“Devido ao contato que tem com o paciente na Atenção Básica...vou nas casas...serviço terciário o médico está com o paciente...não vai na casa...aqui podemos ver a realidade social...econômica de mais perto...AB é um facilitador pra introdução dos cuidados paliativos”* (Médico (a) entrevistado (a) 5). Os outros entrevistados médicos apontaram como sendo facilitadores: Apoio financeiro, portas abertas do serviço AB, disposição de medicamentos e fraldas, facilidade de direcionamento e encaminhamento. *“Ah...eu acho que facilitadores são as portas abertas do serviço, disposição e profissionais preparados”* (Médico (a) entrevistado (a) 6). *“Ah...acho que como fatores facilitadores, o muito contato paciente e família, conhecer o histórico dele...”* (Médico (a) entrevistado (a) 4).

Como fatores dificultadores (4 dos 8 entrevistados) apontaram a falta de preparo da equipe e gestores. *“...tem a falta de visão dos profissionais e gestores, já entra isso como fator dificultador, né?”* (Médico (a) entrevistado (a) 1). Outros apontamentos levantados pelos médicos foram: A falta de conhecimento dos familiares sobre a condição do paciente, a falta de tempo dos profissionais para este tipo de cuidado e estigma do paciente. *“Dificultadores eu acho que os familiares que não entendem a situação...vemos o provedor da família e de repente vai pra cama...a família não aceita essa situação...isso é uma dificuldade muito grande. Se a família não abraçar a situação vai ser difícil”* (Médico (a) entrevistado (a) 7). *“Estigma...o paciente não quer falar e entrar em cuidados paliativos...acha que o médico não tá querendo tratar...igual lá em Barretos o povo falava: vou pra rua 20 já está no final de vida...”* (Médico (a) entrevistado (a) 5).

Dos Enfermeiros (2 dos 12 entrevistados) relataram enxergar apenas fatores dificultadores. *“Eu acho que o facilitador no momento não vejo algum assim que agregue pra que sege positivo, eu acho que precisa muito de fazer igual você tá fazendo...pesquisando na área pra gente poder melhorar”* (Enfermeiro (a) entrevistado (a) 6).

Como aspectos facilitadores (2 dos 12 entrevistados) relataram a facilidade de o paciente estar em casa com seus familiares. Outras questões que surgiram como sendo aspectos facilitadores foram: Atenção multiprofissional da AP, a preparação profissional, o contato íntimo com o paciente, profissional que tem mais tempo para atender esse paciente na AB, a abertura do paciente e da família para receber o tratamento. *“Olha facilitadores eu acho que é...agente tem contato muito intimo com a família...né...eles criam um vínculo com a unidade...então a gente acaba sim...mesmo que o paciente vai pro nível terciário...a gente ainda tem o contato com a família...a gente pergunta...a gente vê. É a gente vai buscar...as vezes se ele faz umas consultas e volta pra casa nesse intervalo de tempo a gente consegue ter contato...”* (Enfermeiro (a), entrevistado (a) 4).

Já sobre os fatores dificultadores (7 dos 12 entrevistados) discorreram sobre a falta de preparo dos profissionais em lidar com esta condição. *“...dificultadores eu acho que é o entendimento da equipe em si...entender que a gente tem um papel ...um compromisso, a gente tem que se comprometer com essa parte também...não é só o médico...eu acho que a equipe tem que entender isso...”* (Enfermeiro (a) entrevistado (a) 4). Surgiram entre os enfermeiros outros aspectos considerados como dificultadores: falta de tempo dos enfermeiros, pois estes lidam também com a parte burocrática das UBS; a falta de insumos e medicamentos e a falta de orientação dos familiares. *“Eu acredito que os dificultadores são muitos né...a contar pelo despreparo da equipe...é necessário um preparo da equipe...não preparo...é necessário perfil. Né...então preparo da equipe...equipamento de qualidade...medicações de qualidade...é, processos menos burocratizados, é...porque todos esses processos, dessas questões são dificultadores”* (Enfermeiro (a) entrevistado (a) 11).

Para os Técnicos em Enfermagem (8 dos 12 entrevistados) relataram como fator facilitador ir até a casa do paciente, ou seja, a realização de visitas domiciliares para acompanhar o paciente em seu meio social e familiar. *“Facilitadores é o que facilita é a família...você ter o material pra cuidar dele...lugar pra colocar ele...no hospital fica ali internado até a morte...não vai nem pra casa fica lá...”* (Técnico em Enfermagem (a) entrevistado (a) 4). Como aspectos dificultadores (5 dos 12 entrevistados) relataram a dificuldade em lidar com os familiares, na aceitação e manejo dos cuidados. Surgiram também outras questões levantadas como

dificultadores como: a falta de número de profissionais e capacitação destes, falta de investimento no SUS, a dificuldade em realizar os cuidados em geral com este paciente, a aceitação do próprio paciente e falta de uma equipe multiprofissional completa. *“Dificultadores eu acho que o cuidador, nem todos que a gente vai com boa intenção...nem todos acatam...as vezes porque não quer...as vezes pela história familiar...cada um tem seu motivo...e também...vamos falar...falta de profissional...falando de diversidade de profissional...aqui pra nos nutricionista faz muita falta e a T.O, mas a nutricionista pra nós é assim...o que mais precisa mesmo...o que mais faz falta”* (Técnico em Enfermagem (a) entrevistado (a) 3).

As outras categorias de profissionais relataram em sua maioria como aspecto facilitador a importância da equipe multiprofissional, o atendimento integrado e humanizado. *“Facilitadores eu vejo os meios de comunicação...e a equipe multi...eu acho que isso é facilitador do processo”*. (Terapeuta Ocupacional entrevistado (a) 3). Como aspectos dificultadores foram citados: a dificuldade em orientar os cuidadores, a falta de capacitação da equipe, a dificuldade do trabalho em Redes de Atenção à Saúde. *“...eu acho que a Atenção Primária não consegue dar esse suporte pelo alto grau de complexidade do paciente...aí eu acho que entra a equipe do SAD...estar fazendo encaminhamento pra dar esse suporte...essa qualidade de vida na vida pro paciente”* (Assistente Social, entrevistado (a) 1).

Os ACS relataram ter muitas dificuldades em lidar com este tipo de cuidado devido à falta de preparo e conhecimento, e, como facilitadores, relataram a ida dos profissionais Médicos e Enfermeiros até as casas dos pacientes, ou seja, a realização de visitas domiciliares. *“Quando o médico vai com a gente é mais fácil...não fica tão desamparado...quando a gente vai sozinho a gente fica mais perdido né...se o paciente precisar de alguma coisa não sabe o que fazer...por exemplo a pessoa que cuidava queira por café na sonda dele...porque se é a gente assim sozinho sem o médico é muito difícil...ele dá um respaldo muito bom pra gente”* (ACS entrevistado (a) 4).

Categoria 6- Auto avaliação profissional e a assistência em Cuidados Paliativos

Para discutir esta categoria foi realizada a seguinte pergunta aos entrevistados: Como você se auto avalia na prestação da assistência em CP? As frases principais ditas pelos entrevistados podem ser observadas no quadro 6 (Em anexo).

Nesta pergunta, todos os médicos se consideraram com avaliação positiva, alguns disseram que dentro das suas possibilidades, dão o seu melhor. *“Bom, eu faço o meu possível,*

tanto no Programa de saúde da família e consultório, é mais importante conversar com familiar do que com paciente, neste aspecto, porque as vezes o paciente está muito fragilizado...e são os familiares que tomam a frente do cuidado” (Médico (a) entrevistado (a) 1).

Dos Enfermeiros, apenas (2 dos 12 entrevistados) não respondeu positivamente a esta questão, um deles respondeu que falta muito conhecimento para ele profissionalmente nesta área, e outro respondeu que não consegue se avaliar em CP na AP, já que não presta esse tipo de serviço. *“É...eu tento..., mas hospital tanto como no domiciliar ..., mas ainda acho que falta muito...eu fico me cobrando isso e eu fico muito frustrada...igual eu te falei...na teoria é uma coisa, mas na realidade é outra...eu tenho vontade de buscar”* (Enfermeiro (a) entrevistado (a) 8).

Os outros (10 dos 12 entrevistados) consideram suas avaliações positivas na prática em CP. *“Ah...eu me auto avalio bem, eu tenho...eu me considero com um olhar crítico nesse sentido...é porque já tenho um tempo de formação...já ter é...experiência com os diagnósticos...saber da evolução deles...né...”* (Enfermeiro (a) entrevistado (a)4).

Os Técnicos em Enfermagem (3 dos 10 entrevistados) responderam não se considerar com uma boa avaliação, por não saber como atuar nesta área ou se sentir inseguro. Os outros sete entrevistados responderam que se consideram com uma boa avaliação pois tentam dar o seu melhor. *“Eu até que me acho uma boa profissional..., mas é o que eu te falei...sempre acho que a gente pode melhorar”* (Técnico em Enfermagem (a) entrevistado (a) 3).

Das outras categorias, apenas um dos entrevistados respondeu que a sua avaliação não é positiva por não entender muito desta área de atuação, já os outros oito entrevistados responderam positivamente. *“Eu procuro fazer o melhor que eu posso fazer né... é o que eu falo eu tive amigos muito bons...que me ensinaram bastante coisa...então eu tenho bastante segurança naquilo que vou fazer”* (Fisioterapeuta entrevistado (a) 7).

Os ACS também responderam positivamente a esta questão, mesmo que a maioria deles alegou falta de conhecimento neste tema. *“Eu acho que eu vou bem...até o paciente falecer eu vou bem...eu faço monitoração de 15 em 15 dias...no momento eu só tô com 2 pacientes nessa situação..., mas a gente acompanha bem de perto...”* (ACS entrevistado (a) 5).

Categoria 7- A morte e o morrer e seus significados para os profissionais de saúde

Para discutir sobre este tema, a pergunta realizada aos entrevistados foi: Quais os significados atribuídos à morte e o morrer para você como profissional de saúde? As falas principais estão apresentadas no quadro 7 (Em anexo).

Para os Médicos (3 dos 8 entrevistados) responderam que a morte é uma passagem, um processo natural da vida e que já estão acostumados com as perdas ao longo da carreira profissional. *“Morte é uma passagem, acho importante palestras disso, que mostre para o paciente saudável, 50...60 anos, que é importante se preparar para este dia, porque a maioria das pessoas vão passar por situações complicadas”* (Médico (a) entrevistado (a) 1).

No entanto (5 dos 8 entrevistados) disseram que a morte sempre é um processo difícil e que não é fácil lidar com a perda de um paciente, já que a profissão visa curar e salvar vidas. *“Ah...esse é um assunto delicado, as pessoas não sabem lidar com a perda...a pessoa tem que viver o luto, a maioria dos familiares não sabem lidar com isso...entra em depressão. E nós, como médicos...ninguém quer perder um paciente né...isso acaba afetando um pouco sim”* (Médico (a) entrevistado (a) 2).

Para os Enfermeiros (2 dos 12 entrevistados) relataram que a morte se trata de um processo natural, como sendo parte da vida e não se abalam ou ficam tristes com a morte de um paciente, em contrapartida, (10 dos 12 entrevistados) disseram sentir e se envolver com a morte de um paciente. *“Acho que é bem complicado. Eu falo que as pessoas deveriam falar mais sobre a morte...que é um processo muito difícil...é difícil pra quem está morrendo e é difícil pra quem está vivenciando a morte, tanto como profissional...pra família...então acho que o morrer ...acho que a nossa sociedade não tá preparada pra lidar com a morte e o morrer”* (Enfermeiro (a) entrevistado (a) 3). Alguns deles relataram que se sentem mais afetados dependendo da proximidade que tinha com o mesmo e com a família, a idade que o paciente tinha quando faleceu ou se a doença gerou muito sofrimento para ele. *“Alguns pacientes sentimos mais...outros vemos sofrendo tanto que parece um alívio. Alguns vemos o sofrimento fala nossa vai ser até um descanso pra pessoa. As vezes a gente joga pro pessoal...não tem como não absorver um pouco”* (Enfermeiro (a) entrevistado (a) 4).

Dos Técnicos em Enfermagem (4 dos 12 entrevistados) relataram que a morte para eles é um processo natural ou até mesmo de alívio quando o paciente está sofrendo muito. Em contrapartida, (8 dos 12 entrevistados) relataram que a morte do paciente o abala de alguma forma. *“...olha tem pacientes que a gente assim...que chegou num ponto que sofre muito..., mas você vê que tem acesso aos cuidados...que tem medicamentos...tem um conforto..., mas no meu*

lado pessoal assim eu não aceito a morte...eu não estou preparada...eu acho muito difícil pro familiar...de paciente também...” (Técnico em Enfermagem (a) entrevistado (a) 10).

Das outras categorias (2 dos 8 entrevistados) acreditam que a morte é um processo natural e não sofrem com este processo, todavia (6 dos 8 entrevistados) disseram que a morte o afeta profissionalmente, dependendo também do grau de afinidade e proximidade com o paciente e a família. *“Eu já tive...sempre tem uns pacientes que você acaba tendo um vínculo um pouco maior...hoje mesmo comecei a receber meus presentes de natal...então quando a gente tem um vínculo maior, eles deixam a vida deles nas nossas mãos...eu já sofri muito com perda de paciente...e outros nem tanto...dependia muito assim do vínculo que a gente tinha”* (Fisioterapeuta entrevistado (a) 6).

Dos ACS, três deles disseram superar bem a morte de seus pacientes. *“Para mim é normal a morte...a gente veio mesmo pra uma passagem...e a gente vai...tem muito mistério...mas pra mim é bem tranquilo”* (ACS, entrevistado (a) 6). Os sete demais entrevistados disseram sentir de alguma forma. *“Eu acho que é uma tristeza pra todo mundo que fica...a gente não sente igual familiar...mas a gente sente um pouco sim...”* (ACS entrevistado (a) 3).

Categoria 8- A formação profissional e os Cuidados Paliativos

Para discutir este tópico, a pergunta realizada foi: Você considera que são necessárias mudanças na formação profissional do que corresponde ao cuidado ao paciente CP? Os quadros com as principais falas dos sujeitos estão em anexo (Quadro 8).

Todos os médicos disseram julgar necessário mais cursos e aprimoramentos nesta área, pois o conhecimento ainda é falho. *“Muito, acho que é essencial na formação, lidar mais com morte...comunicação...isso tem que ser abordado sempre na graduação e cada vez mais”* (Médico (a) entrevistado (a) 8).

Os Enfermeiros também julgaram de fundamental importância uma melhor formação nesta área bem como a necessidade de cursos mesmo após a formação, já no trabalho com a APS. *“Eu acho que tinha que ter...é...principalmente com relação a enfermagem...eu acho que a enfermeira é uma peça fundamental pra essa mudança...eu não vejo nenhum outro profissional com perfil tão adequando pra fazer isso...”* (Enfermeiro (a) entrevistado (a) 12).

Os Técnicos em Enfermagem disseram que não tiveram nenhum conhecimento sobre este tema em suas formações. *“Eu acho que deveria ter sim...um treinamento constante*

sabe...de reciclagem que fala...a gente deveria ter mais...eu sempre pensei isso. Então essa é uma coisa difícil..., mas eu acho que a gente poderia está sendo melhor...porque assim todo dia muda...tem sempre coisa nova pra aprender né...” (Técnico em Enfermagem, entrevistado (a) 10).

Os ACS também disseram nunca terem tido algum conhecimento nesta área que a não ser nas práticas e vivências diretamente nas casas dos pacientes. *“Acho sim...eu acho que poderia ter mais opções por exemplo cursos...a gente podia ter algum preparo...alguma coisa que abrisse algumas opções pra gente poder fazer mais coisa...”* (ACS entrevistado (a) 9).

As outras formações também relataram a importância de uma melhor formação profissional nesta área de atuação, pois ainda é uma área consideravelmente nova e pouco discutida. : *“Com certeza...é isso que a gente tava conversando...eu acho que todo mundo tem que ter um olhar...a que custo...qual preço...porquê...né então o profissional tem que aprender a fazer essas perguntas que quando você tá l embaixo aprendendo...você aprende que você tem que reabilitar e reabilitar...você fala...vou indicar uma sonda porquê? Então ele saber lidar...isso eu acho que devia ser distinguido assim”* (Terapeuta Ocupacional, entrevistado (a) 5).

DISCUSSÃO

A discussão dos resultados apresentados pode ser baseada em alguns pontos importantes desta pesquisa. Foi possível observar, através da realização das entrevistas, que a maioria dos profissionais das diferentes categorias, entendem os Cuidados Paliativos como sendo cuidados de final de vida, voltados para alívio da dor e do sofrimento, todavia, os CP devem ser iniciados precocemente, assim que os pacientes contraem ou descobrem que possuem alguma doença ameaçadora da vida. Alguns autores³, discutem sobre isto, colocando que os trabalhadores entendem que CP são sinônimos de morte que se aproxima rapidamente. Como resultado, os programas associados a estes podem ser mal interpretados para serem apropriados apenas para indivíduos com probabilidade de morrer em um futuro próximo³.

Os profissionais de saúde parecem acreditar que os CP só devem ser considerados nos últimos meses de vida. Por exemplo, no estudo destes autores quando a médica teve novos clientes rotulados como paliativos, ela presumiu que eles estariam vivos por um curto período de tempo. Ela continuou a explicar que o preconceito se estende além da comunidade envolvida

neste estudo para as percepções do público em todo o Canadá; atualmente, não havia um “ajuste” reconhecido para os Cuidados Paliativos precoces nas percepções do público³.

Os entrevistados deste estudo, em suas falas, também relataram a importância da realização de CP e do acompanhamento bem de perto deste paciente na AB. Segundo outros autores, a evidência mostrou que identificar e apoiar indivíduos no início de sua trajetória em direção ao fim da vida, como aqueles que têm condições graves de limitação de vida, pode melhorar sua qualidade de vida, controle de sintomas, saúde mental e, em alguns casos, expectativa de vida⁴. A implementação de uma abordagem paliativa para o cuidado no início da trajetória do indivíduo em direção ao fim da vida pode exigir a criação de parcerias entre os cuidados de saúde primários e as organizações comunitárias para melhor apoiar os pacientes e suas famílias⁴.

Desta maneira, faz-se importante a discussão sobre finitude de vida, com pacientes que estão em estágio grave ou avançado da doença. As discussões sobre o fim da vida são importantes, pois podem levar a uma maior probabilidade de planejar cuidados futuros e identificar necessidades de CP. Outros autores colocam que o apoio e a supervisão dos colegas podem ser úteis para lidar com os sentimentos de fracasso. O uso de ferramentas de avaliação com base nas necessidades, adotando o nome de serviço 'cuidados de suporte' e mais pesquisas com foco na abordagem baseada em equipe paliativa primária é necessário para melhorar o acesso aos cuidados paliativos⁵.

Estudos também relataram que os CP que visam melhorar a QV dos pacientes melhoram significativamente a compreensão dos pacientes sobre o prognóstico ao longo do tempo, o que pode impactar a tomada de decisão sobre os cuidados próximos ao fim da vida⁶. Além disso, o aumento da conscientização nas práticas de cuidados primários sobre a necessidade de ter conversas de fim de vida com seus pacientes pode levar a mais pacientes acessando suportes não médicos.

Foi possível observar algumas dificuldades que os profissionais da APS têm em cuidar ou em saber quando encaminhar estes pacientes para outro nível de cuidado. Outros autores também descrevem este fato. Colocam que os prestadores de cuidados primários foram apontados como vias críticas para encaminhamento de pacientes porque geralmente são o primeiro ponto de contato para alguém com uma doença grave: “geralmente é a quem você vai primeiro quando está tendo um problema” disse um entrevistado... acho que foi o maior desafio em conseguir aqueles encaminhamentos de pacientes ...” relatou o entrevistado⁷. Os possíveis fatores que contribuem para a baixa adesão dos cuidados primários podem ter sido os

prestadores de serviços que não compreenderam qual papel os voluntários tinham no círculo de cuidados para idosos com doenças graves ou medo de perderem o controle sobre os cuidados de seus pacientes⁷.

A organização do tempo de trabalho também foi colocada como um fator dificultador na assistência em CP, já que profissionais disseram estar sobrecarregados com as demandas de trabalho rotineiras. Outros autores também discutem sobre isto, colocando que o tempo de realização de visitas domiciliares foi identificado como uma barreira particular para a maioria dos profissionais da APS. A prestação de CP baseados na comunidade traz consigo uma carga de trabalho significativa, com a expectativa de que os profissionais forneçam suporte, não apenas para as necessidades físicas e psicológicas de seu paciente, mas também de seu cuidador. Essa barreira pode ser exacerbada pelo número crescente de profissionais de AP que trabalham meio período ou aqueles que acham que os atuais níveis de remuneração não são proporcionais ao valor dos serviços prestados⁸.

É importante notar que a falta de tempo também foi identificada como uma barreira para a prestação de cuidados de qualidade ao final da vida da perspectiva do paciente, com os pacientes percebendo que os profissionais de cuidados primários não têm tempo para ouvir o paciente, pois bem como pacientes que não têm suporte para obter informações precisas sobre seus cuidados, por exemplo, sobre os serviços disponíveis ou sobre como gerenciar os sintomas e efeitos colaterais do tratamento⁹. Todavia, algumas equipes que conseguiram organizar o tempo de trabalho e programar visitas domiciliares com mais frequência, obtiveram ganhos no tratamento e acompanhamento dos pacientes.

Alguns profissionais incluíram janelas de tempo de emergência em seu planejamento de trabalho e programaram visitas frequentes para pessoas em CP. Esta organização do tempo de trabalho, segundo eles, permitiu uma gestão eficiente do aspecto moroso dos CP domiciliários e ajudou a antecipar complicações e a recriar o equilíbrio entre o tempo dedicado e os ganhos financeiros¹⁰.

Outro tema importante que surgiu nesta pesquisa, foi a falta de preparo que os profissionais da saúde têm, especialmente na AP, em lidar com a morte de seus pacientes. Outros estudos também discutem sobre estes achados, relatando que lidar com a finitude de vida e a morte podem trazer sobrecargas emocionais.

A síndrome de exaustão do profissional (burnout) é uma patologia frequente. Pode obstruir os CP realizados, levando notavelmente a um desinvestimento na atividade profissional e a um sentimento de fracasso e incompetência. As dificuldades do profissional de referência

em mudar de um “ponto de vista de vida” com duração de vários anos para um “ponto de vista de fim de vida” pioram o sofrimento dos profissionais de saúde e os expõem ao esgotamento. O desinvestimento de alguns profissionais pode, portanto, estar relacionado a um mecanismo de defesa¹⁰.

O principal desincentivo parece ser a carga emocional que leva ao sofrimento dos profissionais de saúde e às vezes os leva ao desengajamento. Tal sofrimento é agravado por um sentimento de isolamento, falta de tempo, falta de treinamento, dificuldades associadas aos parentes do paciente, acesso problemático a certos medicamentos e falta de comunicação entre os médicos de família e hospitais¹⁰. Outros autores também colocam que esse equilíbrio pode depender do auto eficácia e do esgotamento profissional, talvez em maior grau do que a educação médica. Portanto, o apoio em CP poderia ser incluído nas expectativas de responsabilidade social das universidades, e também nas Agências Regionais de Saúde, que têm de introduzir mudanças para que a prática dos CP seja conhecida não pelos seus constrangimentos, mas pelo seu aspecto cumpridor. Tal ação poderia começar logo no início da formação profissional, apresentando aos alunos o aspecto realizador da prática dos CP¹¹.

Outro tema abordado, foi a importância da equipe multiprofissional no atendimento em CP. A maioria dos profissionais entrevistados relatou considerar importante tanto a quantidade de profissionais no atendimento aos pacientes, quanto a diversidade deles, considerando diferentes formações, já que a junção de conhecimentos contribui consideravelmente para um atendimento integrado. Outros autores também discutem que, neste contexto, a implementação de equipes multidisciplinares é particularmente importante para o sucesso da prática de CP domiciliários para doentes em final de vida. Os cuidados paliativos domiciliares são complexos, mas gratificantes, e merecem ser reconhecidos pelos formuladores de políticas de acordo com a responsabilidade social e em benefício dos cuidadores, mas acima de tudo das populações¹¹. A força de trabalho da APS é diversa, incluindo clínicos gerais (ou médicos de família), enfermeiros, profissionais de saúde e de apoio. Esses profissionais têm potencial para prestar cuidados paliativos integrados em todos os encontros na comunidade, quando seu ambiente de trabalho permitir, e com o apoio de colegas especialistas¹⁰.

Os familiares e/ou cuidadores também tem um papel fundamental nos cuidados a estes pacientes, e a boa comunicação destes com a equipe é de grande importância. Nesta pesquisa, muitos profissionais disseram que uma boa comunicação pode ajudar muito no tratamento e tomada de decisões, e, de forma contrária, a falta de comunicação ou não entendimento com os cuidares, pode prejudicar o cuidado. Os autores¹¹ colocam que os familiares dos pacientes

muitas vezes são considerados um recurso durante a tomada de decisões. Incluir os parentes no processo de decisão médica compartilhada ajudou a levantar o peso em algumas decisões. Além disso, os familiares do paciente trazem apoio logístico e ajudam na gestão dos tratamentos.

Este estudo nos proporcionou identificar aspectos facilitadores e dificultadores na assistência em CP. Alguns facilitadores, apresentados pelos entrevistados desta pesquisa foram: A proximidade do profissional com o paciente na AB; a equipe multiprofissional; a Atenção Primária como porta de entrada; o atendimento integrado e humanizado; a possibilidade de encaminhamento para outros níveis de atenção; e as visitas domiciliares. Todavia, a maioria dos profissionais relatou a falta de preparo para lidar com estes cuidados, alegando dificuldades em compreender qual o seu papel, e quando encaminhar este paciente quando necessário. Outros autores também discutem sobre estas questões, colocando que, apesar do reconhecimento do importante papel que a APS deve desempenhar na prestação de CP, sua capacidade de fornecer tais cuidados está mal definida. Avaliações anteriores identificaram barreiras para a prestação de tais cuidados, incluindo falta de clareza sobre os limites do papel profissional, falta de treinamento em CP e falta de acesso ao apoio de serviços especializados¹².

Os profissionais da APS enfrentam uma série de dificultadores para fornecer CP, que incluem dificuldades nos seguintes domínios: habilidades e confiança; acesso; continuidade de cuidados; tempo de priorização de cuidados paliativos; financeiro e político; prestação de cuidados aos pacientes e tecnologia/equipamentos. A gama de barreiras relatadas sugere a necessidade de capacitação e desenvolvimento de novos modelos de atenção. Em outros estudos¹³, alguns dificultadores foram relacionados ao acesso, coordenação e continuidade, incluindo questões relacionadas à má comunicação com especialistas e equipes de CP. Esse achado é corroborado por uma série de outros estudos, que destacaram a necessidade de que os profissionais da AP tenham acesso a suporte especializado e multidisciplinar ao cuidar de pacientes que morrem em casa e tenham papéis claramente negociados na equipe de saúde. A falta de confiança e habilidades em cuidados paliativos relatada por muitos profissionais de APS provavelmente é agravada por uma percepção da falta de acesso a suporte especializado¹³.

Este estudo também evidenciou a falta de preparo dos profissionais da APS em lidar com CP. Os profissionais do SAD, que não tiveram suas falas identificadas nesta pesquisa para garantir o anonimato dos sujeitos, mostraram-se mais preparados para o cuidado com estes pacientes. Alguns deles relataram terem tido capacitação específica para esses cuidados, por busca própria, já que lidam diariamente com isto. Alguns facilitadores colocados foram: A equipe multiprofissional capacitada para este tipo de apoio no domicílio; programação de

agendamento de visitas com maior frequência e melhor/maior disponibilidade de medicamentos e recursos materiais do que na APS. Além disso, a disponibilidade do meio de transporte para a realização de visitas domiciliares foi colocada como um facilitador. Todavia, estes profissionais também citaram dificuldades na realização de CP, como por exemplo: A dificuldade na comunicação com os cuidadores; já que nem todos compreendem, têm recursos ou querem seguir as recomendações da equipe e a dificuldade no encaminhamento para outros níveis de atenção, quando necessário.

Segundo estudos, os serviços de CP estão, em sua maioria, bem estabelecidos em países desenvolvidos. No entanto, de 56 milhões de mortes globais anuais, quase 40 milhões acontecem em países em desenvolvimento e mais de 33 milhões dessas poderiam se beneficiar de CP. Tragicamente, esses cuidados, ainda permanecem mínimos ou inexistentes na maioria dos países em desenvolvimento¹⁴.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), tendo identificado várias barreiras no fornecimento de CP nos países em desenvolvimento, reconheceu estes cuidados como uma prioridade de saúde pública e recomendou quatro estratégias principais: Políticas apropriadas; disponibilidade adequada de medicamentos, educação dos profissionais de saúde e do público, e a implementação de serviços de CP em todos os níveis de atenção à saúde¹⁵.

Nesta pesquisa, todos os profissionais afirmaram a necessidade de capacitações e treinamentos nesta área de atuação, afim de melhorar os cuidados prestados. Estudos também colocam que a disponibilidade de treinamento abrangente para profissionais de APS é necessária. Isso deve incluir treinamento em nível de graduação, bem como oportunidades de desenvolvimento profissional contínuo. Uma revisão de 2013 das escolas de medicina dos Estados Unidos constatou uma falta de integração dos CP nos currículos educacionais. Além disso, uma revisão recente concluiu que, apesar do grande número de programas de treinamento sendo desenvolvidos e avaliados para provedores de saúde não especializados, as evidências atuais de sua eficácia são limitadas por relatórios inadequados e metodologia inadequada¹⁶.

CONCLUSÃO

Este trabalho mostrou que profissionais da APS não estão preparados e capacitados para lidar com pacientes em CP. Esta pesquisa também evidenciou aspectos facilitadores e dificultadores para a realização destes cuidados na AP, todavia, existem muitas barreiras para que a prestação da assistência em CP neste nível de atenção seja ideal.

A crescente demanda por serviços de CP deve levar a um enfoque político no apoio e na melhoria do papel dos profissionais da APS na prestação de CP. Essas políticas devem enfatizar estes profissionais como porta de entrada para estes pacientes, com apoio e encaminhamento para serviços especializados quando necessário. Isto reforça a importância de espaço para a boa realização destes cuidados na AB, com olhar diferenciado dos profissionais, e apoio a estes com capacitações e treinamentos para garantir que os profissionais de APS ganhem experiência na prestação de Cuidados Paliativos.

REFERÊNCIAS

1. Magee C, Koffman J Cuidados paliativos fora do expediente: quais são as necessidades educacionais e preferências dos médicos de clínica geral? *BMJ Supportive & Palliative Care* 2016; **6**: 362-368.
2. Buss MK, Rock LK, McCarthy EP. Understanding Palliative Care and Hospice: A Review for Primary Care Providers. *Mayo Clin Proc.* 2017 Feb;92(2):280-286. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.11.007. Erratum in: *Mayo Clin Proc.* 2017 May;92(5):853. PMID: 28160875.
3. Sawatzky, R., Porterfield, P., Lee, J. *et al.* Fundamentos conceituais de uma abordagem paliativa: uma síntese do conhecimento. *BMC Palliat Care* **15**, 5 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0076-9>
4. Abel J, Kellehear A, Karapliagou A. Palliative care-the new essentials. *Ann Palliat Med.* 2018 Apr;7(Suppl 2): S3-S14. doi: 10.21037/apm.2018.03.04. PMID: 29764169.
5. Gursharan K. Singh, Caleb Ferguson, Patricia M. Davidson & Phillip J. Newton (2021) Atitudes e práticas em relação aos cuidados paliativos na insuficiência cardíaca crônica: uma pesquisa com enfermeiras e médicos cardiovasculares, *Enfermeira Contemporânea*, DOI: [10.1080/10376178.2021.1928522](https://doi.org/10.1080/10376178.2021.1928522)
6. Hiratsuka Y, Oishi T, Miyashita M, Morita T, Mack JW, Takahashi M, Shirota H, Otsuka K, Ishioka C, Inoue A. Patients' understanding of communication about palliative care and health condition in Japanese patients with unresectable or recurrent cancer: a cross-sectional survey. *Ann Palliat Med.* 2021 Mar;10(3):2650-2661. doi: 10.21037/apm-20-2045. Epub 2021 Feb 7. PMID: 33549021.

7. Warner, G., Kervin, E., Pesut, B. *et al.* Como os ambientes internos e externos afetam a implementação de uma inovação baseada na comunidade para idosos com uma doença grave: um estudo qualitativo. *BMC Health Serv Res* **21**, 42 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06031-6>
8. Giezendanner, Stéphanie & Jung, Corinna & Banderet, Hans-Ruedi & Otte, Ina & Gudat, Heike & Haller, Dagmar & Elger, Bernice & Zemp, Elisabeth & Bally, Klaus. (2017). General Practitioners' Attitudes towards Essential Competencies in End-of-Life Care: A Cross-Sectional Survey. *PLOS ONE*. 12. e0170168. [10.1371/journal.pone.0170168](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170168).
9. Winthereik, AK, Neergaard, MA, Jensen, AB *et al.* Desenvolvimento, modelagem e teste piloto de uma intervenção complexa para apoiar os cuidados de fim de vida prestados por médicos de clínica geral dinamarqueses. *BMC Fam Pract* **19**, 91 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0774-x>
10. Mitchell S, Maynard V, Lyons V, Jones N, Gardiner C. O papel e a resposta dos serviços de saúde primários na prestação de cuidados paliativos em epidemias e pandemias: uma revisão rápida para informar a prática e a prestação de serviços durante a pandemia COVID-19. *Medicina Paliativa*. 2020; 34 (9): 1182-1192. doi: 10.1177 / 0269216320947623
11. Boudy, CA., Bouchez, T., Caprini, D. *et al.* Gestão de cuidados paliativos domiciliares: quais são os recursos úteis para médicos de clínica geral? um estudo qualitativo entre GPs na França. *BMC Fam Pract* **21**, 222 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01295-7>
12. Carmont SA, Mitchell G, Senior H, Foster M. Systematic review of the effectiveness, barriers and facilitators to general practitioner engagement with specialist secondary services in integrated palliative care. *BMJ Support Palliat Care*. 2018 Dec;8(4):385-399. doi: 10.1136/bmjspcare-2016-001125. Epub 2017 Feb 14. PMID: 28196828
13. Nowels D, Nowels MA, Sheffler JL, Kunihiro S, Lum HD. Features of U.S. Primary Care Physicians and Their Practices Associated with Advance Care Planning Conversations. *J Am Board Fam Med*. 2019 Nov-Dec;32(6):835-846. doi: 10.3122/jabfm.2019.06.190017. PMID: 31704752; PMCID: PMC7406384.
14. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, Arreola-Ornelas H, Gómez-Dantés O, Rodriguez NM, Alleyne GAO, Connor SR, Hunter DJ, Lohman D, Radbruch L, Del Rocío Sáenz Madrigal M, Atun R, Foley KM, Frenk J,

- Jamison DT, Rajagopal MR; Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief Study Group. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet*. 2018 Apr 7;391(10128):1391-1454. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32513-8. Epub 2017 Oct 12. Erratum in: *Lancet*. 2018 Mar 9; PMID: 29032993.
15. Callaway MV, Connor SR, Foley KM. World Health Organization Public Health Model: A Roadmap for Palliative Care Development. *J Pain Symptom Manage*. 2018 Feb;55(2S): S6-S13. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.03.030. Epub 2017 Aug 9. PMID: 28801003.
16. Carey ML, Zucca AC, Freund MA, Bryant J, Herrmann A, Roberts BJ. Systematic review of barriers and enablers to the delivery of palliative care by primary care practitioners. *Palliat Med*. 2019 Oct;33(9):1131-1145. Doi: 10.1177/0269216319865414. PMID: 31630630.
17. Moher, David & Liberati, Alessandro & Tetzlaff, Jennifer & Altman, Douglas. (2009). Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group PPreferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* 6: e1000097. *Open medicine: a peer-reviewed, independent, open-access journal*. 3. e123-30. 10.1016/j.jclinepi.2009.06.005.

ARTIGO 2- Este artigo seguiu as normas da revista: Cadernos de Saúde Pública

OS CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE A PREPARAÇÃO DAS EQUIPES

Autores

Gabriela de Oliveira Pintar

Diego Roberto Meloni

Amaury Lelis Dal Fabbro

Departamento de Saúde na Comunidade, pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP.

Resumo

Background: Dada a transição demográfica e epidemiológica, a demanda por Cuidados Paliativos na Atenção Primária Saúde tornou-se realidade, tanto que as equipes da Estratégia Saúde da Família se deparam com situações de atenção ligadas ao processo de morte e morrer de seus pacientes, diante deste fato, é possível refletir sobre a possibilidade de que os profissionais que atuam na APS possam não estar preparados para lidar com pacientes em CP, em decorrência de vários motivos. **Objetivos:** Identificar a preparação e desafios que profissionais da Atenção Primária à Saúde enfrentam na assistência em Cuidados Paliativos. **Fonte de Dados:** Foram pesquisados artigos científicos sem restrição de línguas; nas bases de dados: Pubmed, Embase, Lilacs e Cochrane Library. A primeira busca foi realizada no dia 10/06/2021. **Critérios de Elegibilidade:** -Qualquer desenho de estudo (Qualitativo, quantitativo ou misto); -Tempo de pesquisa: últimos 6 anos (2015-2021); -Acompanhamento: Atenção Primária à Saúde (Equipes de APS) e/ou atendimento domiciliar; -Faixa etária da população em Cuidados Paliativos: adultos e/ou idosos -Tempo de segmento: sem restrição de tempo. **Participantes:** Profissionais da APS, de qualquer categoria profissional, acima de anos, de ambos os sexos. **Intervenção:** Entrevistas, aplicação de questionários, relatos de casos e/ou grupos com profissionais da APS, ensaios clínicos, métodos mistos e revisões sistemáticas sobre a preparação e/ou dificuldades destes em lidar com pacientes em CP. **Métodos:** As informações coletadas dos estudos foram selecionadas pelos critérios de inclusão/exclusão e após consenso de dois autores e revisores desta pesquisa. **Resultados:** Após a seleção dos

estudos mediante estratégia de seleção, 11 artigos foram incluídos nesta revisão. Três temas foram elencados como principais e discutidos: Facilitadores e barreiras para a realização de Cuidados Paliativos na APS; comunicação com os pacientes; e efeitos positivos do treinamento em Cuidados Paliativos pra equipes de APS. Esta revisão revela um número pequeno de estudos que falam de Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde dando enfoque à formação e/ou capacitação dos profissionais. **Limitações:** O corpo de evidências incluído nesta revisão foi pequeno e heterogêneo em termos de desenho do estudo. A maioria os estudos foram observacionais e a generalização de seus resultados é limitada. **Conclusões:** Os serviços de saúde primários têm um papel importante a desempenhar na prestação de Cuidados Paliativos a todos os que deles necessitam, ao lado de prestadores de Cuidados Paliativos e serviços especializados. Há a necessidade de mais pesquisas para informar as recomendações sobre como agir frente à crescente necessidade de Cuidados Paliativos na comunidade na APS, para o planejamento de melhor atendimento a esses pacientes. **Número de registo da RS:**

Introdução

Os Cuidados Paliativos (CP) têm como objetivo o controle de dor, dos sintomas, do sofrimento e promover conforto, bem-estar e qualidade de vida às pessoas com doenças crônicas potencialmente fatais, mesmo antes da fase terminal, por meio de projetos terapêuticos planejados e implementados por equipe multiprofissional. Não se restringem a contextos e instituições específicas, tendo de ser realizados em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e em seus diferentes níveis de complexidade¹.

Conceitualmente, os CP deveriam ser instaurados precocemente, ou seja, a partir do diagnóstico das condições crônicas, e os profissionais de saúde deveriam estar capacitados para a realização de ações paliativas na Atenção Primária à Saúde (APS). Os autores² concluíram em sua pesquisa que práticas bem-sucedidas de Atenção Primária otimizam o atendimento ao colocar equipes multidisciplinares, incorporando cuidados comportamentais e apoio social à APS, respondendo rapidamente a necessidades urgentes e agudas de cuidados, oferecendo CP e apoiando familiares e cuidadores.

Dada a transição demográfica e epidemiológica, a demanda por CP na APS tornou-se realidade, tanto que as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) se deparam com situações de atenção ligadas ao processo de morte. Autores¹ descrevem a carência de conhecimentos dos profissionais de saúde acerca dos CP, o que contribui para o surgimento de problemas éticos

em situações mais tradicionalmente associadas a esse tipo de cuidado, como o acompanhamento do processo de morte e luto, a comunicação de más notícias, o manejo de sintomas e condições clínicas complexas. Estes mesmos autores colocam que a sobrecarga de trabalho das equipes da APS, representam um entrave à realização dos CP. As equipes da ESF, além de cuidar da saúde da população de sua área de abrangência, têm de contribuir para que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) deem conta das muitas demandas espontâneas que a ela ocorrem.

As dificuldades para praticar os CP se relacionam à falta de profissionais capacitados no exercício desses cuidados; à ausência de sistematização do serviço de saúde para a intervenção nos CP; à jornada de trabalho exaustiva que demanda dedicação e perda de qualidade de vida dos cuidadores não profissionais. No estudo dos autores³ o relato do trabalho exaustivo e do cansaço resultante do cuidar foi relatado. Alguns cuidadores não profissionais alegaram o cansaço e outros apresentaram resignação frente a todas as mudanças trazidas pela doença do parente principalmente a perda de qualidade de vida do cuidador.

Diante destes fatos, é possível refletir sobre a possibilidade de que os profissionais que atuam na APS possam não estar preparados para lidar com pacientes em Cuidados Paliativos, em decorrência de vários motivos, como por exemplo: A falta de formação profissional específica; o número reduzido de profissionais na equipe; a sobrecarga do trabalho; a falta de uma equipe multiprofissional preparada, dentre outros motivos.

A partir destas questões aqui colocadas, surgiram algumas perguntas para nortear esta revisão da literatura, que são elas: Quais as evidências disponíveis na literatura relativas aos Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde? Qual a visão dos profissionais sobre estes cuidados? Como estes cuidados são feitos na AP? Os profissionais estão preparados e capacitados para lidar com Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde? Como estes profissionais lidam com as questões de morte e finitude de vida?

Para orientar a revisão da literatura, a elaboração da questão de investigação e definição dos critérios de inclusão e exclusão, foi utilizado o método PICO⁴, uma estratégia para a elaboração de perguntas de pesquisa e estratégias de busca, na qual: P (paciente ou população), corresponde à descrição das características ou estágio da doença, da população em investigação, ou ainda, definição da condição de interesse, que, neste caso, são os profissionais de saúde; I (intervenção ou indicador) corresponde a descrição do que será realizado com a população/paciente/participantes, no caso, se houveram capacitações, treinamentos e/ou articulações das equipes de APS para a realização de atendimentos em Cuidados Paliativos; C (comparação ou controle) corresponde à descrição dos critérios que foram utilizados para

avaliar a efetividade da intervenção, todavia, para esta pesquisa, não existe um comparador; e, por fim; O (out comes) corresponde ao desfecho clínico (resposta encontrada); para esta pesquisa, devemos identificar as perspectivas e/ou preparação dos profissionais da Atenção Primária sobre os Cuidados Paliativos e suas dificuldades para a realização deste cuidado.

Objetivos

Identificar a preparação e desafios que profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) enfrentam na assistência em Cuidados Paliativos.

Métodos

Protocole de Registro

Tipos de Estudos a serem incluídos

Inclusão de todos os tipos e desenhos de estudos: Estudos descritivos, analíticos, métodos qualitativos, quantitativos ou mistos, estudos de coorte, caso controle, ensaio clínicos randomizados e revisões sistemáticas.

Participantes

Profissionais de Saúde da Atenção Primária à Saúde, de qualquer categoria profissional, acima de 18 anos, de ambos os sexos.

Tipos de Intervenção incluídas

Entrevistas, aplicação de questionários, realizações de treinamentos e/ou capacitações, relatos de casos e/ou grupos com profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a preparação e/ou dificuldades destes em lidar com pacientes em Cuidados Paliativos.

Desfechos

Desfechos Primários: Preparação das equipes em lidar com Cuidados Paliativos. Desfechos Secundários: Atendimento aos pacientes em Cuidados Paliativos neste nível de atenção, estruturação e organização do trabalho, entendimento sobre Cuidados Paliativos, enfrentamento da morte e/ou morrer, sintomas de estresse ou adoecimento no trabalho.

Métodos de Pesquisa para a Identificação dos Estudos

Dois revisores selecionaram os estudos através dos títulos e resumos para a inclusão. Para que fossem reduzidos os riscos de potencial perda de estudos relevantes, foi elaborada uma ficha de revisão contendo os critérios de elegibilidade (Anexo 3). Após a seleção por títulos e resumos, houve uma nova seleção após a leitura dos artigos completos, mediante critérios de elegibilidade estabelecidos. Ambos os revisores tiveram acesso aos textos completos dos artigos.

Cada autor da revisão compilou uma lista de estudos em que acreditaram atender aos critérios de inclusão. As listas foram comparadas e quaisquer divergências resolvidas por discussão e consenso.

Extração e gerenciamento dos dados

As informações coletadas sobre os estudos incluídos nesta revisão, selecionados pelos critérios de inclusão e após consenso dos autores, foram categorizadas (Ficha de extração dos dados- Anexo 4), que contém dados importantes sobre cada estudo, como: Título do estudo, autores, local do estudo, ano da publicação, número e categoria de participantes, tempo de delineamento, desenho do estudo, métodos, avaliação de qualidade, principais resultados e conclusões. Um autor da revisão agrupou e inseriu todos os dados nas tabelas. Quaisquer divergências foram resolvidas por discussão e consenso.

Métodos de Busca

Foram pesquisados artigos científicos em todas as línguas; nas bases de dados: Pubmed, Embase, Lilacs e Cochrane Library; no período de 2015 a 2021 (últimos 6 anos) e a população de pacientes em Cuidados Paliativos foi de adultos e idosos (maiores de 18 anos). A primeira busca foi realizada no dia 10/06/2021.

Crítérios de inclusão

- Qualquer desenho de estudo (Qualitativo, quantitativo ou misto);
- Qualquer idioma;
- Ano da publicação: últimos 6 anos (2015-2021);
- Acompanhamento: Profissionais que atendem na Atenção Primária à Saúde (Esquipes de APS) e/ou atendimento domiciliar;

-Estudos com qualquer categoria de profissional da saúde (Médicos, enfermeiros, Psicólogos, etc.).

-Idioma: inglês, português ou espanhol;

-Faixa etária da população em Cuidados Paliativos: adultos e/ou idosos;

-Faixa etária da população do estudo: profissionais acima de 18 anos, de ambos os sexos).

-Tempo de segmento: sem restrição de tempo de segmento.

-Tempo de experiência profissional: sem restrição de tempo.

Critério de exclusão

-Artigos não publicados em revistas indexadas das bases de dados selecionadas;

-Estudos em andamento (ainda não concluídos);

-Artigos com Cuidados Paliativos realizados com crianças e/ou adolescentes;

-Cuidados Paliativos realizados em Instituições de longa permanência e Day Care, hospícios ou hospitais;

-Estudos que englobem profissionais de saúde que não sejam da Atenção Primária (que atuam em hospitais ou serviços especializados de Cuidados Paliativos);

-Artigos anteriores ao ano de 2015;

-Estudos em que o foco não era a preparação/dificuldades das equipes em lidar com Cuidados Paliativos;

Avaliação de qualidade nos estudos incluídos

Dois revisores avaliaram independentemente a qualidade de cada estudo incluído em relação aos critérios principais: aprovação da pesquisa pelo comitê de ética, limitações do desenho do estudo, limitações dos resultados, e apresentação dos riscos e benefícios. Os autores resolveram as discordâncias por consenso, e um terceiro autor foi consultado para resolver as discordâncias, se necessário.

Estratégia de busca

Os descritores indexados utilizadas nesta pesquisa, seus cruzamentos e sinônimos para cada base de dados foram: “*Patient Care Team*”; “*Professional Training*”; “*Health Personnel*”; “*Palliative Care*” e “*Primary Health Care*”, pesquisados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizadas as seguintes estratégias de busca:

Para a Pubmed: (((health personnel) OR (patient care team)) AND (primary health care)) AND (palliative care)) AND (professional training). E os filtros aplicados foram: Texto completo, nos últimos 6 anos, Adulto: 19+ anos, Adulto: 19-44 anos, Meia-idade + Idoso: 45+ anos, Meia-idade: 45-64 anos, Idoso: 65+ anos, 80 e Mais de 80 anos, Jovem Adulto: 19 a 24 anos, com um total de 96 estudos encontrados.

Para a Embase: ('health care personnel' OR 'patient care') AND 'primary health care' AND ('palliative therapy'/exp OR 'palliative therapy') AND ('training'/exp OR training) #1 AND (2015: py OR 2016: py OR 2017: py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020: py) AND ({[adult]/lim OR [aged]/lim OR [middle aged]/lim OR [very elderly]/lim)., com um total de 15 estudos encontrados.

Para o LILACS: Profissionais de saúde [Palavras] and atenção primária à saúde [Palavras] and cuidados paliativos [Palavras], com o total de 2 estudos encontrados.

Para a Cochrane: "primary health care" in Title Abstract Keyword AND "palliative care team" in Title Abstract Keyword OR "palliative treatment" in Title Abstract Keyword AND "training" in Title Abstract Keyword (*Word variations have been searched*) Last saved: 10/06/2021 16:57, com um total de 18 estudos encontrados.

Síntese dos dados

Os estudos incluídos foram comparados e as principais informações destes foram agrupadas em um quadro (Quadro 9). Não houveram estatísticas comparáveis e, portanto, uma síntese narrativa foi realizada, identificando temas transversais de cada estudo. Os temas considerados relevantes foram discutidos nos resultados.

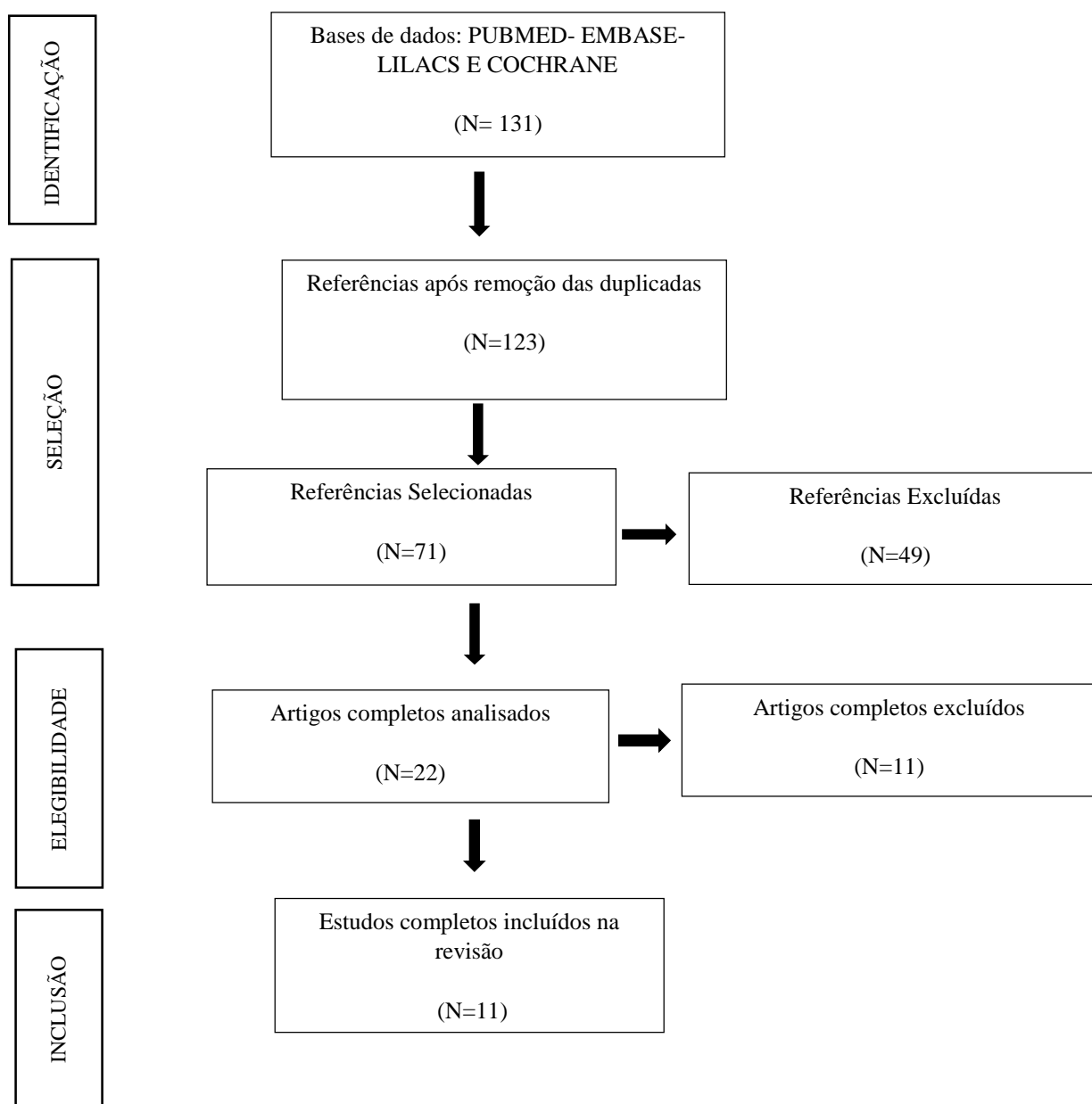
Resultados

Seleção dos estudos

No somatório das quatro bases de dados, houveram 131 estudos encontrados, dentre eles, 08 estavam repetidos e foram excluídos. A partir da leitura dos títulos, foram excluídos pelos revisores um total de 52 artigos, restando 71 para análise do resumo. Após a leitura e análise do resumo, foram excluídos mais 49 artigos que não preencheram todos os critérios de elegibilidade. Dos estudos que preencheram os critérios de elegibilidade, em 3 deles o texto completo não estava disponível (apenas o resumo estava disponível), e, os autores conseguiram acesso dos mesmos através de contato por e-mail com os autores de cada pesquisa. Após a

leitura do texto completo dos 22 artigos selecionados; 11 destes preencheram todos os critérios de inclusão para esta revisão e mais 03 com apenas o resumo disponível (total de 11 artigos incluídos). O fluxo da seleção dos artigos está descrito a seguir. E está em anexo (Anexo 4)

Fluxo da Seleção dos Artigos da Revisão Sistemática



Fonte: Autoria Própria

Descrição dos Estudos

Locais dos Estudos: Dos 11 artigos selecionados, 3 deles foram realizados na Holanda^{5,12,13}; 3 no Reino Unido^{6,11,14}, 2 na Noruega^{9,10}, 2 no Brasil^{1,8} e 1 na Bélgica⁷.

Desenho dos Estudos: Os estudos compuseram 1 ensaio clínico⁵; 3 revisões sistemáticas^{1,10,14}; 5 estudos qualitativos com aplicações de entrevistas^{8,9,11,12,13} e 2 estudos que utilizaram métodos mistos^{6,7}.

Qualidade dos estudos e/ou riscos de viés: Dos artigos selecionados, 10 deles especificaram as aprovações éticas^{1,5,6,7,8,10,11,12,13,14}, um dos estudos não necessitou de aprovação ética e foi explicado o porquê⁹; 9 dos estudos incluídos nesta revisão reconheceram as limitações do desenho de estudo^{5,6,7,9,10,11,12,13,14}, 9 destes também reconheceram as limitações dos resultados^{5,6,7,9,10,11,12,13,14} e 8 destes apresentaram os riscos e benefícios^{5,6,7,9,10,11,13,14}. Nenhum dos artigos foram excluídos deste estudo com base na avaliação de qualidade. Dos estudos, 8 deles preencheram todos os requisitos de qualidade avaliados nesta revisão^{5,6,7,9,10,11,13,14}.

Temas Chave

Facilitadores e barreiras para a realização de Cuidados Paliativos na APS

Alguns estudos descrevem facilitadores e barreiras na realização de CP na APS^{5,8,9,10,12}.

Os autores⁵ colocam que em suas análises os pacientes que foram identificados como necessitando de Cuidados Paliativos e tiveram um maior contato com seu médico de família, tiveram menos hospitalizações e morreram com mais frequência em casa. Da mesma forma, o estudo dos autores⁹ mostrou que as competências complementares e funções autônomas de uma enfermeira especializada e de um clínico geral representaram uma boa combinação para os Cuidados Paliativos primários, e, ao planejar o trabalho em equipe de alta qualidade na Atenção Primária, as barreiras organizacionais para a cooperação e as diferentes culturas para a aprendizagem precisam ser consideradas.

Os mesmos autores⁹ discutem que os profissionais de saúde experimentam vários facilitadores e barreiras para a prestação de Cuidados Paliativos. Sendo necessário aprimorar o conhecimento e a continuidade das informações, além de otimizar a coordenação e prestar cuidados a partir das preferências das pessoas. O treinamento adicional pode ajudar os profissionais a se tornarem mais experientes e confiantes.

Como facilitadores, o estudo⁹ coloca que os Cuidados Paliativos baseados na comunidade foram propostos como uma forma de melhorar a qualidade de vida e reduzir o isolamento dos

pacientes. O importante papel dos enfermeiros comunitários na transição de pacientes que receberam alta de hospitais e centros de cuidados agudos para receber Cuidados Paliativos e de fim de vida na comunidade foi também foi colocado como um facilitador⁹.

Na pesquisa⁸ compreendeu-se que os profissionais de saúde eram capazes de reconhecer a necessidade do outro, na prática da assistência em Cuidados Paliativos realizada na APS. Os significados atribuídos pelos profissionais de saúde envolveram a necessidade de um sistema organizado em Rede de Atenção à Saúde (RAS) que favorecesse as relações sociais envolvidas na assistência. Isso envolve a resignificação da atitude social pelos profissionais de saúde, no enfrentamento da cultura e modelo da assistência hospitalocêntrica curativista, nos Cuidados Paliativos na APS, através da inclusão e conscientização da família.

Os autores⁸ também descrevem a importância da realização dos CP na APS e suas peculiaridades, no qual os significados atribuídos aos Cuidados Paliativos no contexto da APS envolvem a experiência intersubjetiva dos profissionais de saúde. A partir de práticas de saúde continuadas no processo de interação entre profissionais, RAS, paciente e família, tendo o contexto domiciliar como uma realidade de cuidado. Os resultados deste estudo⁸ demonstraram que o significado da assistência em Cuidados Paliativos perpassa por fatores que interferem na sua assistência, como: desarticulação da RAS, falta de insumos para a realização de uma assistência segura, ausência de capacitação dos profissionais e influências da cultura e modelo da assistência hospitalocêntrica nos Cuidados Paliativos na APS.

O estudo¹⁰ discute que enfermeiros de países em desenvolvimento desempenhavam mais funções em comparação com os de países de alta renda, sugerindo falta de recursos nos países em desenvolvimento. Existem barreiras significativas para a prestação de cuidados domiciliares: falta de pessoal, falta de financiamento e políticas, acesso precário a serviços de fim de vida ou de hospício e diminuição da consciência da comunidade sobre os serviços prestados. Os autores do estudo¹⁰ também identificaram que a falta de tempo, financiamento e coberturas são como barreiras educacionais primárias. Encontros locais presenciais e cursos online foram sugeridos como estratégias para promover o aprendizado. Desta maneira, é imperativo que os enfermeiros de cuidados de saúde ao domicílio tenham recursos adequados para desenvolver a capacidade de CP a nível global, tão necessária. Os enfermeiros devem estar atualizados sobre as evidências e práticas atuais dentro de uma estrutura de CP baseada em evidências¹⁰.

Outros autores¹² também discutem que os profissionais da APS podem superar as barreiras de CP na Atenção Primária com pacientes praticando, refletindo sobre experiências e buscando

educação continuada, preparando os pacientes e envolvendo a família e investindo em apoio para abordar os Cuidados Paliativos de forma mais eficiente.

Comunicação com os pacientes

Muitos profissionais de saúde notaram que 'boas habilidades de comunicação' são um facilitador^{1,6,13}.

A comunicação está ligada à atitude pessoal. Uma atitude aberta e sensível para com as pessoas em Cuidados Paliativos pode ajudá-las a falar livre e falar honestamente sobre expectativas e medos. Falar sobre questões difíceis seria mais fácil se a confiança tivesse sido estabelecida entre um profissional de saúde e uma pessoa em Cuidados Paliativos. Uma boa relação paciente-profissional de longa data também é um facilitador¹³.

Na revisão dos autores¹, achados discutem que os médicos acreditam que discutir sobre Cuidados Paliativos consome muito tempo e, por isso, é pouco provável que tenham esse tipo de conversa com os pacientes. Consideram que essa discussão não é benéfica para o paciente, por ser desgastante e desconfortável¹⁶. Por seu turno, os enfermeiros reconhecem a importância de falar sobre morte com os pacientes fora de possibilidade de cura, embora só tenham esse tipo de conversa quando estão dispostos ou quando surge a oportunidade¹⁷. A falta de veracidade ao falar com o paciente e familiares a respeito de sua real situação de saúde é outro problema ético identificado na relação e na comunicação dos profissionais da APS que atuam em CP¹⁸.

Autores colocam¹ que quando se trata de pacientes em fase terminal, o sentimento de impotência dos médicos aumenta. Por terem sido insuficientemente treinados para oferecer Cuidados Paliativos, estes reconhecem que sua ajuda é menor nesses casos. Por isso, nessas situações, os profissionais deixam de comunicar ao paciente que ele se encontra em estágio final de sua doença¹⁹. Quando o médico da Atenção Primária não acompanhou a fase de tratamento curativo, a comunicação da transferência para CP fica ainda mais complicada. Os médicos acham difícil definir se a pessoa está em situação de terminalidade²⁰.

Essa deficiência na comunicação e na relação dos profissionais com os pacientes e familiares talvez explique por que a maioria dos médicos da APS desconhecia os desejos finais de vida de seus pacientes, mesmo quando esses já os tinham manifestado nas diretivas antecipadas, em outro serviço de saúde. Outro exemplo de consequência da comunicação ineficaz está no fato de os pacientes dizerem que não tinham expressado nenhuma diretiva antecipada e os médicos afirmarem o contrário¹.

Os autores⁶ criaram em sua pesquisa um instrumento para melhorar a comunicação entre profissionais e pacientes em Cuidados Paliativos, o “sage & thyme” que mostrou auxiliar na comunicação centrada no paciente em Cuidados Paliativos em casa, encorajando profissionais de saúde a oferecer conselhos prematuros que podem nortear conversas e permitir que os pacientes encontrem suas próprias soluções. Este instrumento pode melhorar a confiança dos profissionais em suas habilidades de comunicação.

Efeitos positivos do treinamento em Cuidados Paliativos pra equipes de APS

Alguns estudos discutem os efeitos positivos do treinamento em Cuidados Paliativos pra equipes de APS^{7,11,13,14}.

Os autores¹⁴ colocam em sua revisão sistemática que os Cuidados Paliativos foram identificados como uma necessidade específica de treinamento para Agentes Comunitários de Saúde em seu trabalho durante as pandemias, com estratégias eficazes para a educação, incluindo dramatizações e narrativas, recursos online e um programa educacional contínuo¹⁵. A importância do 'debriefing', definido como um momento para falar sobre o impacto do cuidado de pessoas doentes, no bem-estar emocional dos profissionais de saúde, foi descrito como um achado 'surpreendente', mas foi valioso para a equipe que estava lidando com o impacto de múltiplas perdas, sofrimento moral devido a questões éticas e trabalho com recursos limitados¹⁵.

Outro estudo⁷ mostrou que o treinamento de enfermeiras da equipe de Cuidados Paliativos em casa como facilitador da aprendizagem dos médicos generalistas no local de trabalho é uma intervenção viável e complexa. Características pessoais, relações interpessoais e variáveis contextuais devem ser levadas em consideração e assim, o treinamento de enfermeiros especialistas em Cuidados Paliativos para facilitar a aprendizagem dos médicos de clínica geral no local de trabalho pode orientar melhores práticas destes em Cuidados Paliativos. Em consonância, os autores¹³ colocam que o treinamento dos profissionais da APS também pode ajudar estes a se sentirem mais confiantes ao usar seus conhecimentos e as habilidades, e também a abordar questões relacionadas à morte e ao morrer. Já que alguns profissionais se sentem relutantes por causa de seus próprios problemas pessoais, como tabu com a morte e o morrer, incertezas e/ou experiências de vida e crenças pessoais negativas com este tema.

Os participantes do estudo¹¹ relataram equilibrar as expressões "humanas" e "profissionais" de emoção. As necessidades de apoio incluía tempo para gerenciamento de emoções, culturas no local de trabalho que normalizassem experiências emocionais, apoio

emocional formal e treinamento de habilidades para Cuidados Paliativos e de fim de vida. Diversas estratégias para apoiar as necessidades emocionais da equipe generalista foram cruciais para garantir a comunicação e cuidados de final de vida de alta qualidade e para apoiar o bem-estar da equipe. Tanto o apoio formal quanto o informal são necessários, junto com o treinamento de habilidades, para permitir uma cultura de trabalho de apoio e o desenvolvimento individual¹¹.

Discussão

Principais descobertas

Esta revisão revela um número pequeno de estudos que falam de Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde dando enfoque à formação e/ou capacitação dos profissionais. Dos artigos encontrados e incluídos nesta revisão, os temas principais discutidos em comum foram os facilitadores e barreiras para a realização de Cuidados Paliativos na APS, destacando os desafios das equipes não treinadas para o atendimento destes pacientes; a importância e desafios na comunicação com esses pacientes e os efeitos positivos no treinamento de Cuidados Paliativos para as equipes de APS.

É sabido que os indivíduos que necessitam de CP estão em grande maioria nas suas casas, e precisam da ajuda recorrente dos serviços de Atenção Primária, daí a importância dos profissionais que atendem nesta área estarem treinados para lidar com situações que possam aparecer, afim de realizarem práticas mais assertivas e resolutivas com esses pacientes, tanto no âmbito da comunicação, quanto na promoção de bem-estar físico, aplicação de medicamentos, orientações ao paciente e seus cuidadores, apoio social e conforto. Quando há uma boa resolutividade de problemas na Atenção Primária, é mais provável que estes pacientes não necessitem de internações recorrentes, e possam permanecer até o final da vida em suas casas, com seus familiares.

Pontos fortes e limitações

Um ponto forte deste estudo é seu foco específico nos serviços de saúde primários na prestação de Cuidados Paliativos, com vistas para a capacitação das equipes de Atenção Primária, o que ainda é pouco discutido na literatura. No entanto, o corpo de evidências incluído nesta revisão foi pequeno e heterogêneo em termos de desenho do estudo. A maioria os estudos foram observacionais e a generalização de seus resultados é limitada. A preparação e/ou

treinamento de profissionais da Atenção Primária em Cuidados Paliativos foram considerados de forma ampla, o que trouxe propostas gerais em termos de melhor preparação das equipes de APS.

O que este estudo adiciona

Dos estudos encontrados para compor esta revisão, apenas um deles sugere a utilização de um instrumento com pacientes em final de vida, todavia, este instrumento está direcionado especificamente para implementar melhores estratégias de comunicação com pacientes com câncer⁶. Outro estudo, que utilizou ensaio clínico como método⁵, focou nas estratégias de médicos para o planejamento antecipatório para a identificação precoce de pacientes em Cuidados Paliativos. Outro estudo que utilizou métodos mistos⁷ teve enfoque na preparação de enfermeiros que lidam com CP para atuarem como facilitadores na aprendizagem de médicos clínicos gerais. Os demais estudos encontrados são descritivos e qualitativos^{8,9,10,11,12,13}, com aplicação de entrevistas semiestruturadas ou então são revisões sistemáticas^{1,14}, afim de compreender e/ou levantar os desafios que profissionais da APS enfrentam no atendimento aos pacientes em Cuidados Paliativos. Desta maneira, esta revisão aprimora a necessidade de mais estudos voltados para a prática de resultados e intervenções em Cuidados Paliativos na APS, para que profissionais estejam mais preparados para lidar com pacientes deste o diagnóstico de uma doença sem a possibilidade de cura até o final da vida.

Conclusão

Os serviços de saúde primários têm um papel importante a desempenhar na prestação de Cuidados Paliativos a todos os que deles necessitam, ao lado de prestadores de Cuidados Paliativos e serviços especializados. Com o envelhecimento populacional e o aumento das condições crônicas de saúde, há um aumento do número de pacientes em Cuidados Paliativos e os serviços de saúde primários precisam ser capazes de responder de forma eficaz, ao lado de serviços especializados, de média e alta complexidade. Esta é uma consideração importante para profissionais de saúde, gestores e formuladores de políticas. Há a necessidade de mais pesquisas para informar as recomendações sobre como agir frente à crescente necessidade de Cuidados Paliativos na comunidade na APS, para o planejamento de melhor atendimento a esses pacientes.

Declaração de Autoria

GP desenhou o estudo. GP e DM recuperaram e analisaram os dados e redigiram o artigo. GP, DM e AF revisaram o artigo criticamente para clareza e conteúdo intelectual. Todos os autores aprovaram esta versão para envio.

Declaração de conflito de interesses

O (s) autor (es) não declararam (em) nenhum potencial conflito de interesses com relação à pesquisa, autoria e / ou publicação deste artigo.

Financiamento

O (s) autor (es) não receberam (ão) apoio financeiro para a pesquisa, autoria e / ou publicação deste artigo.

Ética em pesquisa

Esta é uma revisão rápida da literatura. Não exigiu nenhuma revisão ética e não levantou quaisquer questões éticas em sua conduta.

Referências

1. Saito, Danielle Yuri Takauti e Zoboli, Elma Lourdes Campos Pavone Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: scoping review. Revista Bioética [online]. 2015, v. 23, n. 3 [Acessado 14 junho 2021], pp. 593-607. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422015233096>>. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015233096>.
2. Klein S, Hostetter M, McCarthy D. An Overview of Home-Based Primary Care: Learning from the Field. Issue Brief (Commonw Fund). 2017 Jun; 15:1-20. PMID: 28591975.
3. MELO, L. A. D. et al. Socioeconomic, regional and demographic factors related to population ageing. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 20, n. 4, p. 493-501, 2017. ISSN 1809-9823. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170004>>. ISSN 1981-2256.
4. Shamseer, L, Moher, D, Clarke, M, et al. Itens de relatório preferidos para revisão sistemática e protocolos de metanálise (PRISMA-P) 2015: elaboração e explicação. Br Med J 2015; 349: g7647

05. Thoonsen, B., Vissers, K., Verhagen, S. *et al.* Training general practitioners in early identification and anticipatory palliative care planning: a randomized controlled trial. *BMC Fam Pract* 16, 126 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0342-6>
06. Griffiths J, Wilson C, Ewing G, Connolly M, Grande G. Improving communication with palliative care cancer patients at home - A pilot study of SAGE & THYME communication skills model. *Eur J Oncol Nurs*. 2015 Oct;19(5):465-72. doi: 10.1016/j.ejon.2015.02.005. Epub 2015 Mar 14. PMID: 25782722.
07. Pype P, Mertens F, Wens J, Stes A, Van den Eynden B, Deveugele M. Preparing palliative home care nurses to act as facilitators for physicians' learning: Evaluation of a training programme. *Palliat Med*. 2015 May;29(5):458-63. doi: 10.1177/0269216314560391. Epub 2014 Dec 18. PMID: 25524960.
08. Carvalho, Gleyce Any Freire de Lima et al. SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE AOS CUIDADOS PALIATIVOS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA¹ 1 Artigo extraído da dissertação - Assistência em cuidados paliativos à pessoa idosa na atenção primária à saúde, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), em 2015. Texto & Contexto - Enfermagem [online]. 2018, v. 27, n. 2 [Acessado 14 junho 2021], e5740016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-070720180005740016>>. Epub 28 maio 2018. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005740016>.
09. Johansen ML, Ervik B. Teamwork in primary palliative care: general practitioners' and specialised oncology nurses' complementary competencies. *BMC Health Serv Res*. 2018 Mar 7;18(1):159. doi: 10.1186/s12913-018-2955-7. PMID: 29514681; PMCID: PMC5842567.
10. Brant JM, Fink RM, Thompson C, Li YH, Rassouli M, Majima T, Osuka T, Gafer N, Ayden A, Khader K, Lascar E, Tang L, Nestoros S, Abdullah M, Michael N, Cerruti J, Ngaho E, Kadig Y, Hablas M, Istambouli R, Muckaden MA, Ali MN, Aligolshvili B, Obeidat R, Kunirova G, Al-Omari M, Qadire M, Omran S, Mouhaweij MC, Zouak M, Ghayeb I, Manasrah N, Youssef A, Ortega PF, Tuncel Oguz G, Cajucona LA, Leaphart K, Day A, Silbermann M. Global Survey

of the Roles, Satisfaction, and Barriers of Home Health Care Nurses on the Provision of Palliative Care. *J Palliat Med*. 2019 Aug;22(8):945-960. doi: 10.1089/jpm.2018.0566. PMID: 31380727.

11. Brighton LJ, Selman LE, Bristowe K, Edwards B, Koffman J, Evans CJ. Emotional labour in palliative and end-of-life care communication: A qualitative study with generalist palliative care providers. *Patient Educ Couns*. 2019 Mar;102(3):494-502. doi: 10.1016/j.pec.2018.10.013. Epub 2018 Oct 17. PMID: 30879492.

12. Glaudemans JJ, de Jong AE, Onwuteaka Philipsen BD, Wind J, Willems DL. How do Dutch primary care providers overcome barriers to advance care planning with older people? A qualitative study. *Fam Pract*. 2019 Mar 20;36(2):219-224. doi: 10.1093/fampra/cmy055. PMID: 29893922.

13. Lennaerts H, Steppe M, Munneke M, Meinders MJ, van der Steen JT, Van den Brand M, van Amelsvoort D, Vissers K, Bloem BR, Groot M. Palliative care for persons with Parkinson's disease: a qualitative study on the experiences of health care professionals. *BMC Palliat Care*. 2019 Jul 9;18(1):53. doi: 10.1186/s12904-019-0441-6. PMID: 31288821; PMCID: PMC6617627.

14. Mitchell S, Maynard V, Lyons V, Jones N, Gardiner C. The role and response of primary healthcare services in the delivery of palliative care in epidemics and pandemics: A rapid review to inform practice and service delivery during the COVID-19 pandemic. *Palliat Med*. 2020 Oct;34(9):1182-1192. doi: 10.1177/0269216320947623. Epub 2020 Jul 31. PMID: 32736494; PMCID: PMC7528540.

15. Campbell, C, Baernholdt, M. Community Health Workers 'Care Palliative Needs and Training: Results from a Partnership of a US University and a Rural Community Organisation in Mpumalanga Province, South Africa. *J Health Care Poor Underserved* 2016; 27 (2): 440 - 449

16. Snyder S, Allen K, Hezelett S, Raswany S. Primary care physician knowledge, utilization, and attitude regarding advance care planning, hospice, and palliative care: much work remains. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(1):307.

17. Brown H, Johnston B, Ostlund U. Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care. *Br J Community Nurs.* 2011;16(5):238-45.
18. Carvalho SCC, Botelho MAR. Os cuidados paliativos no âmbito dos cuidados de saúde primários: as intervenções dos enfermeiros. *Pensar Enfermagem.* 2011;15(1):2-24
19. Meijler WJ, Van Heest F, Ottor R, Sleijfer DTH. Education needs of general practitioners in palliative care: outcome of a focus group study. *J Cancer Educ.* 2005;20(1):28-33.
20. Exley C, Field D, Jones L, Stokes T. Palliative Care in the community for cancer and end-stage cardiorespiratory disease: the views of patients, lay-carers and health care professional. *Palliat Med.* 2005;19(1):76-83.

ANEXOS

ANEXO 1: ROTEIRO DA ENTREVISTA

Roteiro da Entrevista

A entrevista contemplou as seguintes questões norteadoras:

- 1). O que você entende sobre Cuidados Paliativos?
- 2). Você já teve contato com pacientes em Cuidados Paliativos na AP e/ou SAD?
- 3). Como você acredita que foi a sua preparação (pessoal e profissional) para lidar com a assistência ao paciente em Cuidados Paliativos?
- 4). Como você considera que devem ser realizados os Cuidados Paliativos no contexto da Atenção Primária à Saúde e/ou SAD?
- 5). Quais você considera que seriam aspectos facilitadores e dificultadores da assistência em Cuidados Paliativos?
- 6). Como você se vê e se auto-avalia na prestação assistência a um paciente em CP e a família deste?
- 7). Quais os significados atribuídos à morte e morrer a você como profissional de saúde?
- 8). Você considera que são necessárias mudanças na formação profissional no que corresponde ao cuidado ao paciente Cuidados Paliativos na AP e/ou SAD?

ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **Os Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: Estudo qualitativo sobre a perspectiva dos profissionais de saúde.**

Nome do (a). Pesquisador (a): Gabriela de Oliveira Pintar

Nome do (a). Orientador (a): Dr. Amaury Lelis Dal Fabbro

- 1. Natureza da pesquisa:** o (a) sr. (a) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade avaliar as perspectivas dos profissionais de saúde sobre os Cuidados Paliativos.

Participantes da pesquisa: profissionais de saúde da Atenção Básica de Batatais-SP.

- 2. Envolvimento na pesquisa:** ao participar deste estudo o (a) sr. (a) permitirá que o (a) pesquisadora Gabriela de Oliveira Pintar tenha às fichas de trabalho dos profissionais de saúde. O (a) sr. (a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o (a) senhor (a) (.....). O (a) senhor (a) poderá interromper sua participação a qualquer momento que desejar e não terá qualquer prejuízo ao trabalho. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do (a) pesquisador (a) do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.
- 3. Sobre as entrevistas:** As entrevistas serão realizadas em local reservado nas unidades básicas de saúde, ou em local de reuniões das equipes e serão gravadas por aplicativo de áudio no celular da pesquisadora.
- 4. Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas (o profissional pesquisado terá sua identificação com letra ou número de forma que os resultados não sejam identificados e sigam os critérios da impessoalidade). Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Haverá riscos leves, caso ocorra extravasamento das informações dos participantes ou ainda pelo desconforto que pode ocorrer durante a etapa das entrevistas, para evitar os riscos e no caso de constrangimento do participante, medidas serão tomadas no sentido de que os pesquisadores serão os únicos com acesso aos dados e tomarão as providências necessárias para o sigilo, com a garantia de uma via do termo de consentimento livre e esclarecido ao participante.

5. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o (a) pesquisador (a) e seu (sua) orientador (a) (e/ou equipe de pesquisa) terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa.
6. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa o (a) sr. (a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo resulte em informações importantes, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa melhorar o atendimento em Cuidados Paliativos, onde o pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior.
7. **Pagamento:** o (a) sr. (a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.
8. **Indenizações:** Possíveis indenizações estão previstas na legislação brasileira por danos ou prejuízos da participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem: Confiro que recebi via deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo. Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Normas legais: O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, com “múnus público”, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - Res. CNS 466/2012).

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura do Orientador

Pesquisador (a): Gabriela de Oliveira Pintar (16) 981524212; gabipintar@usp.br;

Orientador (a): Amaury Lelis Dal Fabbro (16) 99796-0299; adfabbro@fmrp.usp.br;

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP – (016)
3602-2228

ANEXO 3- FICHA DE REVISÃO: CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

1.) REVISOR

___ Gabriela de Oliveira Pintar

___ Diego Roberto Meloni

___ Amaury Lelis Dal Fabro

2.) IDENTIFICAÇÃO DO ARTIGO

Sobrenome do autor e/ou autores _____

Nome do artigo _____

Nome da revista _____

Ano da publicação _____

3.) CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

-Qualquer desenho de estudo (Qualitativo, quantitativo ou misto): Sim___Não___

-Tempo de pesquisa: últimos 6 anos (2015-2021): Sim___Não___

-Acompanhamento: Atenção Primária à Saúde (Equipes de APS) e/ou atendimento domiciliar:

Sim___Não___

-Idioma: inglês, português ou espanhol:

Sim___Não___

-Faixa etária da população em CP: adultos e/ou idosos:

Sim___Não___

-Faixa etária da população do estudo: acima de 18 anos de ambos os sexos:

Sim___Não___

-Tempo de segmento: sem restrição de tempo:

Sim___Não___

4.) INCLUSÃO DO ESTUDO

Este estudo preenche todos os critérios para a inclusão?

Sim___Não___

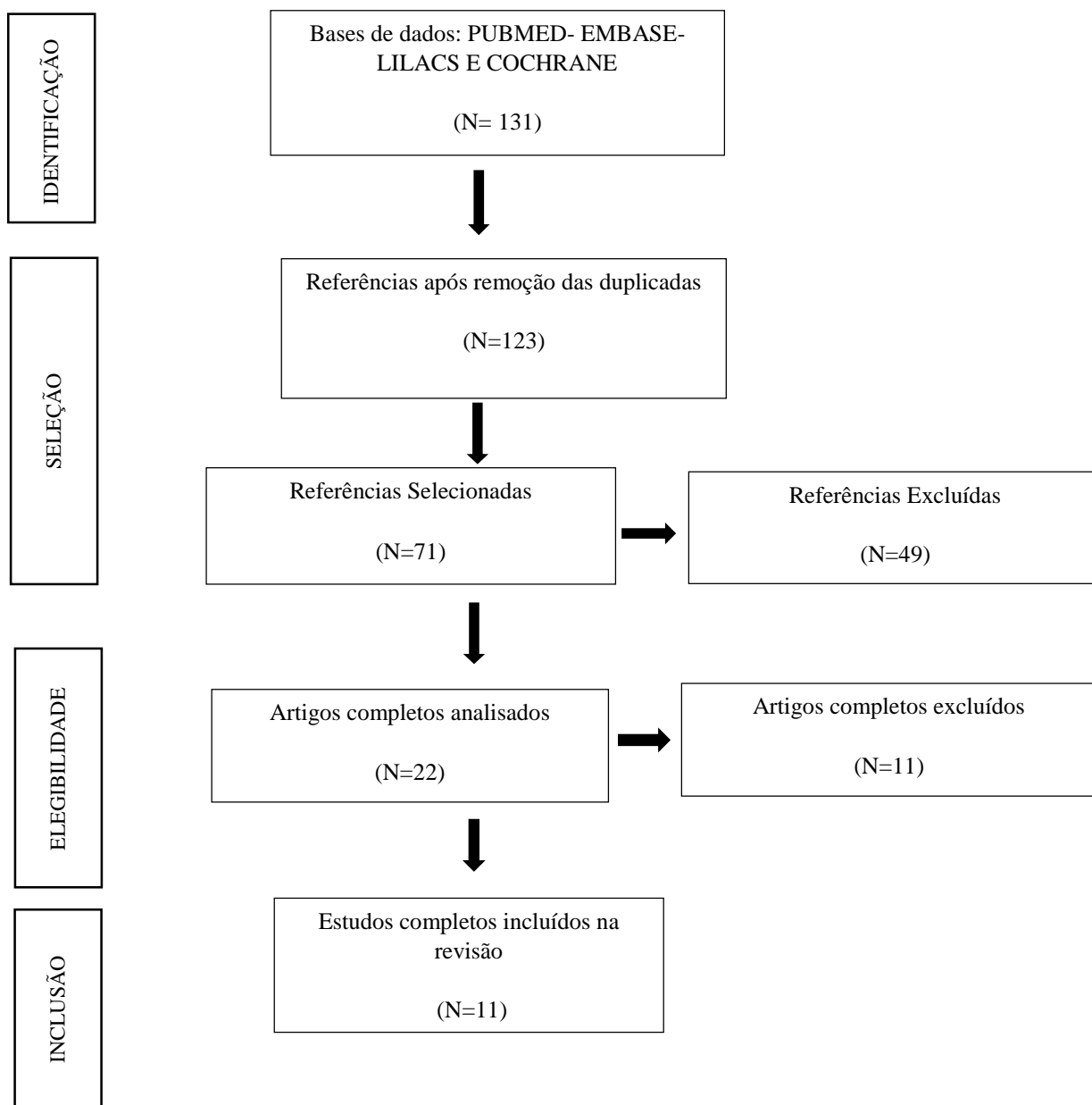
ANEXO 4- FICHA DE EXTRAÇÃO DOS DADOS

Quadro 9 – Variáveis consideradas para elaboração de ficha clínica de extração dos dados

Nome/autor
Local
Ano da Pesquisa
Categoria de Profissionais/Número de Participantes
Período de Segmento
Desenho do Estudo
Métodos
Avaliação de Qualidade: Riscos e Benefícios, aprovação do comitê de ética, limitações do desenho do estudo e limitações dos resultados
Principais Resultados
Conclusões

Fonte: Elaboração Própria

ANEXO 5- FLUXO DA SELEÇÃO DOS ARTIGOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA



Fonte: Autoria Própria

QUADROS

Quadro 1: Categoria 1- Entendimento sobre Cuidados Paliativos

<i>Pergunta 1. O que você entende sobre Cuidados Paliativos?</i>					
<i>Profissional</i>	Médicos	Enfermeiros	Técnicos de enfermagem	Outras Categorias de Profissionais	ACS
1	"Dar mais qualidade de vida no final da vida"	"São cuidados voltados para o conforto do paciente"	"Tratamento para doentes em fase terminal"	"São medidas de conforto para o estágio terminal"	"Acho que é o cuidado com a pessoa que está em estágio terminal mas não tenho certeza"
	"Morte tranquila sem dor e sem sofrimento para o paciente"	"É o preparo da morte do paciente e preparação da família"	"Oferecer cuidados básicos de sobrevida"		
2	"Oferecer Cuidados pra quem não tem expectativa de tratamento" "Dar maior conforto possível para o paciente"	"Dar conforto para o paciente até chegar a hora dele" "Amenizar a dor do paciente"	"Levar conforto pro paciente e pra família" "São pacientes em fase terminal"	"O paciente precisa de cuidados mas não há chance de cura ou reabilitação"	"Paciente que tá com uma doença que não tem cura?"
	"Paciente que não tem possibilidade de cura" "São cuidados de conforto para o paciente"	"Trazer conforto ao paciente na hora da morte"	"Proporcionar conforto, respeito e dignidade"	"Cuidado quando está em fase terminal ou em uma condição crônica" "Presar pela vida, pelo conforto"	"Quando você dá assistência pra uma pessoa pra ela não desistir da vida?"
4	"São pacientes terminais oncológicos e não oncológicos" "Melhorar a qualidade de vida e minimizar o sofrimento do paciente"	"Preparar a pessoa e a família para que eles vivenciem a morte"	"Esperar a hora da morte" "Aliviar o sofrimento do paciente que não tem cura"	"Quando o paciente está em processo de sofrimento" "Quando o paciente está precisando de cuidados pra se reestabelecer"	"Eu entendo que é dar mais humanização na saúde" É cuidar do modo correto que tem que ser feito"
	"Abordar o paciente como um todo, observando todos os aspectos de sua vida" "Minimizar sofrimento do paciente e da sua família"	"É a pessoa que precisa ser assistida com cuidados prolongados" "Dar conforto pra pessoa poder morrer tranquila"	"São pacientes em fase terminal" "Cuidados que o paciente precisa receber melhor"	"Cuidado com o paciente a beira do leito que não tem perspectiva de tratamento" "Dar conforto e melhor qualidade de vida para o paciente"	"São Cuidados que o paciente tem em casa na hora de morrer"
6	"Quando o paciente tem uma comorbidade mais avançada" "Fazer um tratamento não curativo para trazer conforto"	"Quando o paciente está em fase terminal"	"Se colocar no lugar da pessoa e fazer o melhor pra ela"	"São cuidados de conforto do paciente"	"É saber que tem uma doença terminal?" "É saber que vai morrer logo?"

7	"Proporcionar o melhor a um paciente terminal" Dar cuidado, atenção e medicação aos pacientes	"Dar assistência ao paciente que não tem prognóstico" "Oferecer cuidados para amenizar a dor e o sofrimento do paciente"	"Paciente que está destinado a morrer com doença terminal" "Melhor cuidado pro paciente que não tem cura"	"Amenizar sofrimentos na fase difícil da vida" "Cuidados na fase terminal da doença que visa gerar conforto"	"Sim...acho que sei o que é sim, mas não sei explicar"
8	"Oferta de cuidados a doenças incuráveis não obrigatoriamente terminais" "Cuidar de todos os âmbitos do paciente até o fim da vida"	"Ofertar conforto e apoio emocional pro paciente e pra família" "Paliativo não é só pra doença terminal, mas assim que recebe diagnóstico de uma doença incurável"	"Minimizar a dor de um paciente que não tem mais chance de sobrevida" "Dar conforto físico e emocional na Atenção Primária"		"Melhorar a qualidade de vida da pessoa que não tem mais cura"
9		"Paciente que não tem prognóstico pra cura" "Tratamento só pra amenizar a dor do paciente e o deixar mais próximo da família"	"Amenizar dificuldades do paciente mas não vai curar ele"		"Não sei o que seria"
10		"Dar carinho e amor para o paciente" "Oferecer cuidados à pessoa que está com câncer, você vai cuidar dela até o falecimento"	"Diminuir o sofrimento de um paciente que não tem bom prognóstico"		"Acho que é a pessoa que tá mais vulnerável, que precisa estar em casa" "Pessoa que está acamada, precisa de atenção profissional e da família"
11		"Oferecer cuidados avançados para pessoas sem condições de tratamentos curativos" "Não são cuidados só de fim de vida"			
12		" São cuidados de conforto para o final da vida"			

Quadro 2: Categoria 2- Contato profissional com pacientes em Cuidados Paliativos

<i>Pergunta 2.</i>	<i>Você já teve contato com pacientes em Cuidados Paliativos?</i>				
<i>Profissional</i>	Médicos	Enfermeiros	Técnicos de enfermagem	Outras Categorias	ACS
1	"Sim, já tive bastante contato na Atenção Primária"	"Sim, mas sem saber direito o que são os cuidados paliativos"	"Sim...bastante contato aqui na Atenção Primária"	"Sim já tive bastante contato"	"Contato mesmo não tive"
2	"Sim, em visita domiciliar e na faculdade também"	"Não tive contato"	"Sim...tive contato no HC, SAD e emergência"	"É muito frequente na atenção básica"	"Sim já tive bastante contato"
3	"Sim, em estágios e em hospitais"	"Muito pouco, só algumas discussões na faculdade"	"Sim...bastante contato aqui na AP"	"Já vivenciei vários pacientes acamados"	"Não tive contato com esses pacientes"
4	"Sim, mas pouco contato aqui na Atenção Primária"	"Sim, bastante contato aqui na AB e no hospital"	"Sim, no hospital e na Atenção Primária"	"Sim já trabalhei no SAD"	"Sim, já tive bastante contato"
5	"Sim, tive bastante com no estágio em Barretos"	"Sim...em visitas a pacientes acamados"	"Sim, em várias áreas em que trabalhei"	"Sim, mas não muitos na Atenção Básica"	"Sim porque trabalho em uma área de idosos"
6	"Sim, sempre temos contato aqui na Atenção Primária"	"Sim já tive contato no hospital que trabalhei"	"Não muitos, mas já tive contato aqui na Atenção Primária"	"Sim, mas vivenciei mais no hospital"	"Já tive contato na Atenção Primária"
7	"Sim, geralmente com carta orientando o que deve ser feito"	"Trabalhando não mas fiz estágio no hospital de Barretos"	"Tive pouco contato, acredito que muitos destes pacientes estão no hospital"	"Sim já tive vários contatos com pacientes assim"	"Sim já tive contato com dois pacientes assim"
8	"Sim, em vários tipos de serviços que trabalhei"	"Sim... Tive muito contato quando trabalhava no hospital"	"Tive contato em algumas áreas"		"Sim já tive bastante contato"
9		"Sim, mas temos muitas dificuldades na AB como falta de profissionais"	"Não tive contato"		"Já tive pacientes assim sim"
10		"Não tive contato"	"Já tive contato mais só no hospital"		"Não, nunca tive contato"

<i>11</i>		"Sim, muito contato em todos os locais que trabalhei"			
<i>12</i>		"Não tive contato com esses pacientes"			

Quadro 3: Categoria 3- Preparação profissional para lidar com assistência em Cuidados Paliativos

<i>Pergunta 3. Como acredita que foi sua preparação (pessoal e profissional) para lidar com assistência ao paciente em Cuidados Paliativos?</i>					
<i>Profissional</i>	Médicos	Enfermeiros	Técnicos de enfermagem	Outras Categorias	ACS
<i>1</i>	"Preparação boa devido ao tempo de formação"	"Acho que tive preparo na graduação, mas não o necessário"	"Aprendi tudo na prática, não tive formação para isso"	"Não tive preparação, adquiri com a vivência mesmo"	"Não tive nenhuma preparação"
<i>2</i>	"Preparação boa porém necessita de evolução"	"A minha preparação foi boa mas na prática é diferente, tem mais desafios"	"A gente aprende mais na prática mesmo"	"Fiz vários cursos de especialização nesta área" "A gente aprende mais na prática mesmo"	"Deu pra aprender um pouco na prática apenas"
<i>3</i>	"Boa porém melhorou muito com a prática"	"Vemos esse paciente mais nas visitas domiciliares, então não tenho muito contato" "Complicado Cuidados Paliativos na Atenção Primária, não tive preparação"	"Tive uma preparação boa mas podia melhorar"	"Eu tive um conhecimento bem superficial nesta área"	"Preparação não tive nenhuma"
<i>4</i>	"Acredito que tive uma boa preparação"	"Na minha formação deixou a desejar" "As vivências que me ajudaram neste tipo de caso"	"A gente aprende mais na prática mesmo do que na formação"	"Só tive na experiência de trabalho mesmo" "Na graduação não tive nada"	"Sempre tem um mais velho que ensina" "Aprendi um pouco na prática mesmo"
<i>5</i>	"Não me aprofundi muito mais tive uma boa visão"	"Eu acho que aprendi um pouco na faculdade e mais na prática "	"Não tive preparação"	"Na faculdade não aprendi muito, mais na prática sim"	"Eu fiz um curso a parte para aprender mas não tive preparo"
<i>6</i>	"Acredito que foi relativamente boa mas tenho que aprender mais" "A parte psicológica para lidar com este paciente é difícil"	"Agente aprende mais na prática do que na faculdade"	"Não tive preparação"	"A gente aprende mais em reabilitar, deixar independente"	"Não tive nenhuma preparação"
<i>7</i>	"Atualmente tem mais informação, hoje a gente faz cursos, etc."	"Acredito que a minha preparação foi boa pelas experiências que tive em Barretos"	"Eu aprendi apenas na prática"	"Fiz uma boa faculdade e bons cursos nesse sentido"	"Já lidei na prática mais não tive nenhuma preparação"

	"No meu tempo de graduação não se falava muito deste tema"				
8	"Tive várias formações mas acredito que ainda é um pouco falha neste assunto"	"Aprendi lidar apenas a partir da vivência e história de vida dos pacientes"	"A gente vai aprendendo na prática"		"A vida acaba preparando a gente, mas profissional como agente de saúde não"
9		"Na formação foi defasada, mas eu gosto de lidar com esses pacientes" "Fiz cursos pra poder me aprimorar neste assunto"	"A gente é mais preparado pra tratar pessoas que tem mais perspectiva de vida"		"Não tive nenhuma preparação"
10		"A gente só aprende no dia a dia, na prática"	"Tive preparação mas não o suficiente"		"Não tive nenhuma preparação para lidar com estes pacientes"
11		"Me adapto bem na prática, mas não tive muita preparação"			
12		"Acredito que acostumei por trabalhar muito com isso"			

Quadro 4: Categoria 4- Os Cuidados Paliativos na AP e em outros contextos assistenciais

Pergunta 4.	<i>Como você considera que devem ser os Cuidados Paliativos no contexto da Atenção Primária à Saúde ou em outros contextos assistenciais?</i>				
Profissional	Médicos	Enfermeiros	Técnicos de enfermagem	Outras Categorias	ACS
1	<p>"A falta de tempo dos profissionais torna a prática um pouco difícil"</p> <p>"Falta de recursos também impossibilita na prática na AB"</p> <p>"Aumentar atenção domiciliar na Atenção Primária seria uma saída"</p>	<p>"Deveria ter um protocolo pra encaixar cuidados paliativos na AP"</p> <p>"A AP tem pouca conversa com o Serviço de Atenção Domiciliar"</p>	<p>"Agente vai mais pro curativo sem saber que também tem outras coisas importantes"</p>	<p>"Dar medidas de conforto, suprir as condições básicas do paciente"</p>	<p>"Eu acompanharia com maior frequência possível"</p> <p>"Informaria o médico"</p>
2	<p>"Aumentar a frequência de visitas domiciliares para atender melhor este paciente"</p> <p>"É mais fácil na AP lidar com CP por estar próxima à família"</p>	<p>"Deveria ter uma continuidade no tratamento dos pacientes"</p>	<p>"Devia ter mais preparação da equipe"</p>	<p>"Agente tem que ir no domicílio do paciente com equipe multiprofissional"</p>	<p>"Oriento o paciente, converso com ele, faço tudo o que o paciente precisa"</p>
3	<p>"Poder ter uma abordagem ampla na AP é muito bom"</p>	<p>"Teria que ter um protocolo de cuidados como tem no hospital"</p>	<p>"Ver ambiente e condições financeiras do paciente"</p> <p>"Preparar o cuidador e dar orientações"</p>	<p>"Tinha que ser uma equipe capacitada pra isso"</p>	<p>"O meu papel é conversar, dar atenção pra ele"</p>
4	<p>"É difícil executar CP na AP pela falta de profissionais capacitados"</p>	<p>"Deveria ter mais avaliação multidisciplinar"</p>	<p>"Fazer encaminhamento, dar remédio pra dor"</p> <p>"Fazer curativo, oferecer tudo o que precisa para o paciente"</p>	<p>"Tratar com respeito, dignidade e dar orientação familiar"</p>	<p>"A gente não sabe fazer muita coisa, nós fazemos visitas"</p>
5	<p>"Deve ser feito um acolhimento do paciente e da sua família"</p>	<p>"Desde o diagnostico a gente pode implementar alguns cuidados na AP"</p>	<p>"Tem que trabalhar com muito amor"</p>	<p>"Na atenção primária é mais diagnóstico"</p> <p>"Precisa ser humanizada"</p>	<p>"A gente aciona a equipe da enfermagem e os médicos"</p> <p>"Se a gente não der conta passa pra equipe do melhor em casa"</p>
6	<p>"Deve ser feito um atendimento continuado pro paciente e pra família"</p>	<p>"Ele tem que ser assistido em casa, dar orientações para o paciente e pra família"</p> <p>"A AP pode dar apoio multiprofissional"</p>	<p>"Eu tento fazer o melhor pra ele, com carinho"</p>	<p>"Agente presta um primeiro atendimento na AP"</p>	<p>"A gente leva o médico e ele encaminha"</p> <p>"A gente tenta cuidar da melhor forma, fazer os exames..."</p>
		<p>"A AP pode orientar a família"</p>			

7	"Analgésia, cuidados de higiene, orientação para evitar úlceras, orientar cuidadores"	"Não sei o que fazer com esse paciente na AP"	"Não tem como fazer muitas coisas aqui porque trabalha em horário comercial" "Orientar os familiares"	"Na atenção primária tem um acompanhamento mais próximo"	"Eu dava apoio, fazia o que precisava"
8	"A atenção é muito limitada e com muita restrição na Atenção Primária" "Equipe reduzida e poucos profissionais" "Atenção farmacêutica precária"	"Tem que ser empático e amenizar a dor e o sofrimento do paciente"	"Fazer a pessoa se sentir acolhida, dar suporte emocional"		"Na Atenção primária tentar fazer o controle de todas as patologias, controle das medicações"
9		"Na AP existe a falta de recursos" "Ainda há falta de informação dos profissionais"	"Dar apoio psicológico, conversar, amenizar a dor"		"Fazer visita domiciliar, agendar consulta" "Estar levando o médico na casa do paciente"
10		"Orientar melhor a família em relação ao banho, alimentação, uso de sonda, etc." "Eu enquanto enfermeira tento fazer visita mais constante para o paciente"	"Devíamos fazer mais visitas domiciliares porque falta disponibilidade" "Tem que ter o acolhimento"		"Agente não consegue fazer muita coisa como ACS"
11		"É necessário ter uma equipe preparada pra isso" "Ter políticas preparadas pra isso"			
12		"Deveria ser tratado como nas outras frentes, com mais práticas e atualizações"			

Quadro 5: Categoria 5-Aspectos facilitadores e dificultadores da assistência em Cuidados Paliativos

<i>Pergunta 5. O que você considera que seriam aspectos facilitadores e dificultadores da assistência Em Cuidados Paliativos?</i>					
<i>Profissional</i>	Médicos	Enfermeiros	Técnicos de enfermagem	Outras Categorias	ACS
1	"Facilitadores: Apoio financeiro" "Dificultadores: Falta de visão dos gestores"	"Facilitadores: Serviço multidisciplinar" "Dificultadores: saber classificar paciente como cuidados paliativos"	"Facilitadores: por estar no SAD acho que facilita" "Dificultadores: lidar com a família"	"Facilitador: União da equipe, chegar num consenso juntos" "Dificultador: questão da rede, saber qual é o nosso papel, encaminhar"	"Dificultadores: O processo pra eu poder ajudá-lo" "Aqui tenho bastante dificuldade porque não é PSF"
2	"Facilitadores: Profissionais conseguem visitar pacientes com frequência" "Dificultadores: Falta de agenda"	"Facilitadores: profissionais estarem preparados para lidar com a dor"	"Facilitadores: Ir na casa pelo SAD" "Dificultadores: A família aceitar o cuidado"	"Não sei responder"	"Não sei te responder"
3	"Facilitadores: Portas abertas do serviço, disposição e profissionais preparados" "Dificultadores: Falta de preparação da equipe"	"Acho que não tem nenhum facilitador"	"Facilitadores: agente determinar a quantidade de vezes que tá indo na casa do paciente" "SAD: Cuidar de perto do paciente"	"Facilitadores: Equipe multiprofissional, meios de comunicação" "Dificultadores: Dar assistência integrada pro indivíduo"	"Não sei te responder"
4	"Facilitadores: contato com paciente e família, conhecer o histórico" "Dificultadores: Falta de conhecimento dos profissionais e familiares"	"Facilitadores: contato íntimo, família cria vínculo com a unidade" "Dificuldades: entendimento da equipe em si"	"Dificultadores: o cuidador e falta de equipe multi mais completa" "Facilitadores: Ele estar em casa com a família" "Dificultadores: A família também, os cuidadores"	"Facilitadores: humanização do atendimento" "Dificultadores: Não consegue o objetivo que quer"	"Facilitadores: Quando a gente vai com o médico é mais fácil" "Dificultadores: a falta de profissionais"
5	"Facilitadores: Maior contato com o paciente na Atenção Básica" "Estar mais próximo e ver a realidade social e econômica"	"Dificultadores: Enfermeiro perde muito tempo com a parte burocrática"	"Facilitadores e dificultadores: Ir até a casa dos pacientes e orientar os familiares"	"Dificultador: saber o que fazer nos casos"	"A família é facilitador e dificultador"
6	"Dificultador: Estigma do paciente" "Não sei responder"	"Só vejo dificultadores: falta de formação profissional e orientação da família"	"Dificultadores: Aceitação da própria pessoa"	"Dificultador: Você não pode resolver o que tem vontade"	"Não sei te responder"
7	"Facilitadores: Medicamentos e fraldas na UBS que hoje tem"	"Facilitador: paciente aberto pra receber o tratamento"	"Facilitadores: Atender aqui dentro, dar medicamento e curativos"	"Facilitadores: SAD agente está em contato com o médico e a equipe multi"	"Dificultadores: Você ver a pessoa debilitada e não poder ajudar"

	"Difícultadores: Familiares que não sabem lidar com a situação"	Difícultador: quando não tem medicação e recursos e não tem mais o que fazer	"Difícultadores: Falta de apoio da prefeitura e do governo"	Difícultador: São os cuidadores	
8	"Facilitadores: direcionamento, encaminhamento" "Difícultadores: entendimento do serviço, critérios de inclusão e exclusão" "Falta de informação das equipes"	"SAD: vai até o domicílio do paciente"	"Difícultadores: Falta de uma assistência domiciliar"		"Facilitador: Aceitação da doença" "Difícultador: Não conhecimento da doença"
9		"Só vejo difícultadores: falta de formação profissional e orientação da família"	"Facilitador: visitas domiciliares" "Difícultadores: número de profissionais reduzido"		Difícultador: "A gente como ACS em si não consegue fazer muita coisa"
10		"Difícultador: falta de preparo, falta de perfil, burocracia, falta de equipamento" "	"Facilitadores: apoio emocional" "Difícultadores: falta de profissionais"		"Difícultadores: dificuldades da família, cuidadores, pobreza"
11		"Difícultadores: Falta de medicação"			
12		"Fac.: paciente estar inserido na casa dele" "Dif.: falta de treinamento neste tema"			

Quadro 6: Categoria 6- Auto avaliação profissional e a assistência em Cuidados Paliativos

Pergunta 6. Como você se vê e se auto-avalia na prestação assistência a um paciente em CP e sua família?					
Profissional	Médicos	Enfermeiros	Técnicos de enfermagem	Outras Categorias	ACS
1	"Boa, faço o meu possível"	"Eu dou o meu melhor para eles, então minha auto avaliação não é ruim"	"Tento fazer o meu melhor"	"Eu me avalio bem na medida do possível"	"Eu procuro fazer o meu melhor"
2	"Boa, dentro das minhas habilidades"	"Na prática é muito diferente...falta recursos e materiais" "Mas na medida do possível eu faço tudo o que tem que ser feito"	"Eu procuro sempre melhorar"	"Eu tento atender da melhor maneira possível"	"Eu me considero com boa avaliação"
3	"Me considero com boa avaliação"	"Avaliação boa..."	"Sempre acho que a gente pode melhorar"	"Me considero com uma avaliação boa"	"Eu tento fazer o meu melhor"
4	"Dentro das minhas possibilidades, faço o meu melhor"	"Agente não tem muito o que fazer com paciente paliativo" "Mas dentro do possível faço o meu melhor"	"Não gosto muito dessa área porque lida com a morte" "Então a minha avaliação não é muito boa não"	"Eu não tenho muito conhecimento específico pra isso" "Não tenho boa avaliação de mim mesmo nesta área"	"Agente tenta sempre fazer o melhor né"
5	"Tento fazer o meu melhor"	"O paciente vem com orientações e agente da segmento"	"Não é muito boa a minha auto avaliação" "Me sinto insegura"	"Tento fazer o meu melhor e me considero boa"	"Eu acredito que vou bem"
6	"Tenho uma boa avaliação"	"Agente trabalha pra amenizar a dor do paciente" "Me considero uma boa profissional"	"Eu me avalio dando o meu melhor" "Tento sempre me colocar no lugar da pessoa"	"Sempre tentei dar o meu melhor e fazer o máximo que pude"	"Nós fazemos o nosso melhor, tudo o que precisa fazer"
7	"Acredito que faço o possível"	"Eu me vejo como alguém que dá esperança, por mais que a situação seja crítica" "Então me considero com uma boa avaliação"	"Me avalio bem na assistência"	"Eu procuro fazer o melhor que eu posso"	"Eu tentava fazer o meu melhor, conseguir as coisas pros pacientes"
8	"Me considero com boa avaliação"	"Acho que falta muito para mim, eu me cobro muito e fico frustrada"	"Eu gosto dessa área, acho que me dou bem"		Eu me avalio bem, tento ajudar da melhor forma

		"Na teoria é uma coisa e na realidade é outra"			
9		"Eu acho que a gente sempre tem o que melhorar né, buscar mais informação" "Mas na medida do possível é boa"	"Avaliação ruim"		Dentro das minhas funções de agente eu tento fazer o melhor
10		"No hospital a minha avaliação é muito boa" "Na atenção primária não consigo nem me avaliar por não ter parâmetro"	"Eu procuro dar o meu melhor"		Dentro das minhas possibilidades tento fazer o melhor Mas falta recursos, falta conhecimento
11		"Faço através de conhecimentos que tenho, mas não que eu saiba fazer de fato" "Me considero com uma boa avaliação"			
12		"Me considero com uma avaliação boa"			

Quadro 7: Categoria 7- A morte e o morrer e seus significados para os profissionais de saúde

<i>Pergunta 7. Quais os significados atribuídos à morte e morrer como profissional de saúde?</i>					
<i>Profissional</i>	Médicos	Enfermeiros	Técnicos de enfermagem	Outras Categorias	ACS
1	“A morte é uma passagem”	“A morte é um processo” “Tem pacientes que a gente se envolve pessoalmente” “Nos envolvemos depois da morte também, com a família”	“Não tem como não sentir a morte de um paciente” “Hoje tento não levar tanto pra mim, mas já levei muito”	“A gente sente, pega vínculo, mas já tem uma certa frieza com o passar do tempo”	“Antigamente eu ficava bem afetada, hoje me dou melhor”
2	“Me afeta um pouco como profissional”	“Eu acredito que não estou preparada para lidar com a morte” “Pra mim é muito difícil”	“A gente acaba esperando que o paciente vai morrer, estou acostumada”	“É difícil tanto pra família quanto pra gente”	“Quando tá sofrendo muito eu acho que vai descansar”
3	“Morrer é o fim da missão aqui na terra”	“É um assunto complicado” “As pessoas deveriam falar mais sobre a morte”	“Eu acho um processo natural quando a pessoa teve um bom cuidado”	“Pra mim é uma passagem, a morte é uma coisa natural”	“A gente não sente igual familiar mas sente um pouco sim”
4	“No começo era mais difícil agora me acostumei com a morte de pacientes”	“Você entra um pouco em choque porque é seu paciente” “Agente tem empatia e se coloca no lugar do paciente”	“Eu sinto demais quando um paciente meu morre” “Às vezes eu choro escondido”	“Agente sofre ainda mais quando tem muito vínculo”	“Agente sempre se apega e acaba sofrendo né”
5	“Alguns pacientes sentimos mais, mas se está sofrendo muito é um alívio”	“Não é a ponto de ficar deprimido mas a gente sente sim” “Não é fácil nem pro profissional nem pro familiar”	“Hoje pra mim é uma coisa normal, não sofro mais”	“Eu já sofri muito com a perda de paciente, outros nem tanto, depende do apego”	“A gente sempre sente sim”
6	“Sempre sente um pouco mais não de ficar muito abalado” “Nós médicos não estamos preparados pra isso”	“É difícil mas às vezes o paciente descansa porque tá sofrendo muito”	“Eu tenho um sentimento de dever cumprido” “Eu sofro junto mas não deixo transparecer pra família”	“Eu acho que a morte é um processo natural, mas é sempre difícil pros familiares”	“A morte pra mim é algo bem tranquilo”
7	“Vamos ficando mais frios em relação a isso conforme o tempo”	“Pra mim se trata mais de faixa etária” “A morte de um paciente gera uma ansiedade na equipe toda”	“A gente se sente aliviado se o paciente está sofrendo muito”	“A morte do paciente sempre abala a gente né”	“Pra mim não é uma coisa fácil de lidar não”

8	<p>“Temos muitas dificuldades quanto a isso porque queremos curar”</p> <p>“Às vezes a gente se envolve e é surpreendido com a morte”</p>	<p>“Tem pacientes que a gente cria mais vínculo então a gente sofre mais”</p> <p>“É algo que sempre assusta e afeta um pouco a gente”</p>	<p>“A gente sempre sofre com a morte do paciente”</p>	<p>“Hoje tenho mais aceitação da morte”</p> <p>“Pra mim já foi mais difícil, mas já amadureci muito”</p>
9		<p>“Pra mim tá bem pesado porque estou grávida”</p> <p>“Me afeta muito”</p>	<p>“Eu sinto a morte dos meus pacientes sim”</p>	<p>“Eu acho que é um fato da vida, consigo lidar bem com a morte”</p>
10		<p>“Eu absorvo muito, a morte me abala”</p>	<p>“Eu sei lidar bem com a morte”</p>	<p>“É muito difícil porque você cria um vínculo com a família”</p>
11		<p>“Pra mim a morte é natural, faz parte do processo da vida”</p>		
12		<p>“Depende do vínculo que você tem com o paciente”</p> <p>“Aprendi a relativizar a morte, o sofrimento prolongado é muito pior”</p>		

Quadro 8: Categoria 8- A formação profissional e os Cuidados Paliativos

Pergunta 8. Você considera que são necessárias mudanças na formação profissional no que corresponde ao cuidado ao paciente Cuidados Paliativos?					
Profissional	Médicos	Enfermeiros	Técnicos de enfermagem	Outras Categorias	ACS
1	"Sim, seria necessário mais cursos e treinamentos"	"Sim, acho que são necessárias atualizações"	"Sim, na minha época não se falava nada disso"	"Falta bagagem pra gente sim"	"Ajudaria bastante uma melhor formação este assunto"
2	"Sim, precisa melhorar a formação dos profissionais"	"Tinha que ter mais psicologia na nossa grade"	"Precisava falar mais e estudar mais sobre esse assunto"	"Sim não é muito falado disto na faculdade"	"Sim as pessoas tinham que aprender mais sobre isso"
3	"Sim, seriam necessários mais cursos"	"Acho que é muito necessário"	"Sim, muitos acham que como é paliativo não precisa investir no paciente"	"Eu acho que precisa sim, mais cursos"	"A gente já teve curso motivacional, mas sobre Cuidados Paliativos, nada"
4	"Sim, deveria ter maior enfoque na faculdade"	"Precisa melhorar em todos os campos" "Seria primordial, a gente aprende muitas coisas técnicas na faculdade"	"É necessário sempre mais cursos porque tudo vai mudando e vai atualizando"	"Acho muito importante e necessário"	"Agente tem que tá sempre aprendendo pra saber o que fazer"
5	"Sim, tem muita coisa pra aprofundar"	"Sim...pra aprender a lidar melhor com esse tipo de paciente"	"Eu acho que falta uma equipe multiprofissional e uma melhor formação"	"Sim acho muito necessário"	"Eu vou atrás sozinha, pra atender melhor os pacientes"
6	"É um assunto recente então é sempre bom se aprimorar mais"	"É muito importante pra gente aprender a dar suporte e agir corretamente"	"Teria que ter mais gente qualificada e com mais experiência"	"Aprendi um pouco mais na prática a gente aprende mais" "Deveriam ter mais cursos sobre esse assunto"	"Teria que ter muito mais cursos, ajudaria sim"
7	"Sim, tem que melhorar a formação médica quanto a isso"	"Sim, pra gente poder fazer o melhor para o paciente"	"Nessa parte a formação foi muito teórico e pouca prática"	"Acho que a pessoa tem que gostar da área em primeiro lugar"	"Eu acho muito importante, cursos...coisas pra aprender..."
8	"Muito, desde a formação, tem que ser abordado cada vez mais"	"Tem muito pra aprender ainda sobre esse assunto"	"Eu acho que deveria ser mais falado sim"	"Acho muito importante e necessário"	"Eu acho que teria mais ganhos se tivessem mais estudos"

9		"Eu acho que tem que ter mais preparação, estudar mais isso"	"Sim, seria muito importante"		"Agente poderia saber fazer uma pré-consulta, aferir uma pressão" "Falta muito conhecimento"
10		"Muito importante, falar mais sobre o assunto e renovar mais"	"Deveria ter uma formação bem melhor"		"Sim falta muita informação e preparação"
11		"Tem que ser desde a escola este aprendizado, tem que ter empatia"			
12		"Acho de fundamental importância, ainda mais pro enfermeiro"			

Quadro 9: Principais informações dos artigos incluídos

Autor/Título	País	Ano	População Alvo	Desenho do Estudo	Principais Resultados
Thoonsen, B., Vissers, K., Verhagen, S. et al. Training general practitioners in early identification and anticipatory palliative care planning: a randomized controlled trial. ⁵	Holanda	2015	Todas as clínicas de clínica geral em duas regiões do centro abrangente de câncer da Holanda foram convidadas por correio a participar. Total de Participantes: 159	Um ensaio clínico controlado randomizado por cluster. O estudo decorreu de fevereiro de 2009 até fevereiro de 2011.	Não houveram diferenças entre o grupo intervenção e o grupo controle. Ainda assim, apenas metade dos GPs treinados (28) identificou pacientes (52), o que era apenas 24% dos pacientes falecidos. Os pacientes identificados tiveram significativamente mais contatos com seu próprio GP (B 4,5218; $p < 0,0006$), foram hospitalizados com menos frequência (OR 0,485; $p 0,0437$) morreram com mais frequência em casa (OR 2,126; $p 0,0572$) e morreram com menos frequência no hospital (OR 0,380; $p 0,0449$).
Griffiths J, Wilson C, Ewing G, Connolly M, Grande G. Improving communication with palliative care cancer patients at home - A pilot study of SAGE & THYME communication skills model. ⁶	Reino Unido	2015	Participaram do estudo 40 Enfermeiros Distritais, mas houve atrito nas diferentes etapas. 40 destes participaram dos grupos focais pré-treinamento, 33 participaram do próprio treinamento e dos grupos focais realizados imediatamente após, e 26 participaram dos grupos focais pós-treinamento de dois meses.	Estudo de métodos mistos usando grupos de foco e questionário.	SAGE & THYME forneceram uma estrutura para conversas e facilitaram a abertura e o encerramento das interações. O princípio básico de centramento no paciente foi supostamente usado por todos. O conhecimento sobre os comportamentos de comunicação úteis aos pacientes melhorou e foi mantido dois meses após o treinamento. O aumento da confiança nas habilidades de comunicação também foi sustentado. A motivação para usar SAGE & THYME era alta e permaneceu assim por dois meses, e alguns disseram que o modelo economizou tempo. Os desafios de usar o modelo incluíam o controle do ambiente doméstico e uma mudança no estilo de comunicação tão marcante que alguns Enfermeiros preferiram usá-lo com novos pacientes.
Pype P, Mertens F, Wens J, Stes A, Van den Eynden B, Deveugele M. Preparing palliative home care nurses to act as facilitators for physicians' learning: Evaluation of a training programme. ⁷	Bélgica	2015	Ao todo, 35 enfermeiras seguiram o programa.	Utilizou-se um desenho pós-teste de um grupo (quantitativo) e entrevistas semiestruturadas (qualitativa).	O treinamento de enfermeiras da equipe de cuidados paliativos em casa como facilitador da aprendizagem dos médicos de clínica geral é uma intervenção viável, mas complexa. Características pessoais, relações interpessoais e variáveis contextuais devem ser levadas em consideração. O treinamento de enfermeiros especialistas em cuidados paliativos para facilitar a aprendizagem dos médicos de clínica geral no local de trabalho requer uma orientação cuidadosa e individualizada.
Saito, Danielle Yuri Takauti e Zoboli, Elma Lourdes Campos Pavone Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: scoping review. ¹	Brasil	2015	Localizaram-se 3.915 artigos, restando 16, após a análise.	Trata-se de revisão sistemática com base no scoping study ou scoping literature reviews.	Localizaram-se 3.915 artigos, restando 16, após a análise. Os problemas éticos detectados foram: escassez de recursos; desconhecimento sobre CP; falta de habilidades comunicacionais; dificuldade de estabelecer limites na relação clínica; sobrecarga de trabalho; falta de apoio dos serviços de referência. Na abrangência, esses problemas assemelham-se aos vividos na APS, com diferenças nas situações específicas. Para incorporar os CP na APS, são necessárias normatizações e formação específicas, além da cultura do cuidado compartilhado e corresponsável.

Carvalho, Gleyce Any Freire de Lima et al. Significados atribuídos por profissionais de saúde aos cuidados paliativos no contexto da atenção primária. ⁸	Brasil	2018	Participaram da pesquisa 25 profissionais de saúde, sendo cinco médicos, sete enfermeiras, seis odontólogos, um assistente social, um nutricionista, um educador físico, dois fisioterapeutas e um farmacêutico, a partir da amostragem por conveniência.	Pesquisa qualitativa, orientada pela vertente fenomenológica social de Alfred Schutz.	Compreendeu-se que os profissionais de saúde eram capazes de reconhecer a necessidade do outro, na prática da assistência em cuidados paliativos realizada na atenção primária de saúde. Os significados atribuídos pelos profissionais de saúde envolveram a necessidade de um sistema organizado em rede de atenção à saúde que favorecesse as relações sociais envolvidas na assistência. Isso envolve a resignificação da atitude social pelos profissionais de saúde, no enfrentamento da cultura e modelo da assistência hospitalocêntrica curativista, nos cuidados paliativos na atenção primária à saúde, através da inclusão e conscientização da família.
Johansen ML, Ervik B. Teamwork in primary palliative care: general practitioners' and specialised oncology nurses' complementary competencies. ⁹⁹	Noruega	2018	52 profissionais de saúde. Cinco discussões de grupo de foco uniprofissional foram seguidas por cinco discussões interprofissionais e seis entrevistas individuais.	Um grupo focal qualitativo e um estudo de entrevista na zona rural do norte da Noruega.	Embora as hierarquias profissionais tradicionais não sejam uma barreira, descobriu-se que a organização, o financiamento e a remuneração são barreiras significativas à cooperação. Os GPs frequentemente não tinham tempo para se reunir com os ONs para discutir os pacientes compartilhados. Também se descobriu que ONs e GPs tinham estratégias diferentes de aprendizagem. Enquanto os ONs pertenciam a um coletivo de enfermagem em rede com o objetivo de melhoria contínua da qualidade, os GPs aprenderam principalmente com sua experiência individual de cuidar de pacientes.
Brant JM, Fink RM, Thompson C, et al. Global Survey of the Roles, Satisfaction, and Barriers of Home Health Care Nurses on the Provision of Palliative Care. ^{10*}	Noruega	2018	Número de Participantes: Quinhentos e trinta e dois enfermeiros domiciliares em 29 países.	Uma avaliação das necessidades, desenvolvida por meio de revisão da literatura e entrevistas cognitivas.	Enfermeiros de países em desenvolvimento desempenharam mais funções em comparação com as de países de alta renda, sugerindo falta de recursos nos países em desenvolvimento. Existem barreiras significativas para a prestação de cuidados domiciliares: escassez de pessoal, falta de financiamento e políticas, baixo acesso a serviços de fim de vida ou asilo e diminuição da conscientização da comunidade sobre os serviços prestados. Os entrevistados identificaram a falta de tempo, financiamento e coberturas como barreiras educacionais primárias. Reuniões presenciais e cursos online foram sugeridos como estratégias para promover a aprendizagem.
Brighton LJ, Selman LE, Bristowe K, Edwards B, Koffman J, Evans CJ. Emotional labour in palliative and end-of-life care communication: A qualitative study with generalist palliative care providers. ¹¹	Reino Unido	2019	Foram entrevistados quatro ambulâncias, três enfermeiras, dois fonoaudiólogos e um assistente de terapia	Este estudo de entrevista qualitativa usou uma perspectiva realista crítica	Emergiram cinco temas: emoções vividas; emoção 'regras de exibição'; gerenciamento de emoções; necessidades de suporte; e impacto percebido do trabalho emocional. Os participantes relataram equilibrar as expressões "humanas" e "profissionais" de emoção. As necessidades de apoio incluíam tempo para gerenciamento de emoções, culturas no local de trabalho que normalizassem experiências emocionais, apoio emocional formal e treinamento de habilidades para cuidados paliativos e de fim de vida.

<p>Glaudemans JJ, de Jong AE, Onwuteaka Philipsen BD, Wind J, Willems DL. How do Dutch primary care providers overcome barriers to advance care planning with older people? A qualitative study.¹²</p>	<p>Holanda</p>	<p>2019</p>	<p>14 profissionais holandeses de atenção primária experientes em ACP com idosos.</p>	<p>Estudo qualitativo, baseado em entrevistas semiestruturadas</p>	<p>Foram entrevistados oito clínicos gerais (GPs), três enfermeiros e três médicos idosos, com experiência em ACP com idosos. Os entrevistados superaram seus próprios conhecimentos e habilidades insuficientes, bem como suas atitudes e crenças negativas, ganhando experiência praticando ACP em suas práticas cotidianas, trocando e refletindo sobre essas experiências com seus pares, buscando educação continuada, ensinando e participando de pesquisas. Para superar a falta de iniciativa e abertura dos pacientes e familiares à ACP, os entrevistados os prepararam para novas etapas na ACP. Para superar a falta de tempo, os entrevistados utilizaram ferramentas e tecnologia de comunicação da informação, delegaram partes da ACP a outros profissionais da atenção primária, adquiriram financiamento e sistematizaram documentação da ACP.</p>
<p>Lennaerts H, Steppe M, Munneke M, Meinders MJ, van der Steen JT, Van den Brand M, van Amelsvoort D, Vissers K, Bloem BR, Groot M. Palliative care for persons with Parkinson's disease: a qualitative study on the experiences of health care professionals.¹³</p>	<p>Holanda</p>	<p>2019</p>	<p>Os dados foram coletados de 10 entrevistas individuais aprofundadas e três grupos focais (n = 29) com profissionais de saúde.</p>	<p>Este foi um estudo descritivo qualitativo</p>	<p>Os profissionais de saúde apoiaram o desenvolvimento de um sistema de cuidados paliativos para DP, mas precisavam entender melhor a essência dos cuidados paliativos. Na prática diária, eles lutavam para identificar as necessidades das pessoas devido a sintomas específicos da DP, como declínio cognitivo e déficits de comunicação. O enfrentamento oportuno das preferências pessoais para a prestação de cuidados paliativos foi identificado como um importante facilitador. Os profissionais de saúde reconheceram estar cientes de sua falta de conhecimento e de sua pouca competência na gestão de DP complexos. Os achados indicam uma percepção de falta de continuidade do cuidado, fragmentação dos serviços, pressão temporal e descontinuidade da informação.</p>
<p>Mitchell S, Maynard V, Lyons V, Jones N, Gardiner C. The role and response of primary healthcare services in the delivery of palliative care in epidemics and pandemics: A rapid review to inform practice and service delivery during the COVID-19 pandemic.¹⁴</p>	<p>Reino Unido</p>	<p>2020</p>	<p>As buscas foram realizadas em Medline, Embase, PsychINFO, CINAHL e Web of Science em 7 de março de 2020.</p>	<p>Esta revisão rápida foi realizada utilizando métodos de revisão sistemática modificados, refinados do Centro de Revisão e Orientação de Disseminação para revisões sistemáticas em saúde</p>	<p>Apenas cinco estudos atenderam aos critérios de inclusão, destacando uma impressionante falta de base de evidências para a resposta dos serviços de atenção primária à saúde nos cuidados paliativos durante epidemias e pandemias. Todos eram estudos observacionais. Os achados foram sintetizados por meio de um quadro de resposta pandêmica de acordo com 'sistemas' (provedores comunitários se sentindo desfavorecidos em termos de recebimento de informações e protocolos oportunos), 'espaço' (necessidade reconhecida de mais cuidado na comunidade), 'pessoal' (necessidades de treinamento e resiliência) e 'coisas' (outros aspectos do gerenciamento do cuidado em pandemias, incluindo equipamentos de proteção individual, ambientes de limpeza e acesso a investigações).</p>

TABELAS

Tabela 1: Caracterização da Amostra

<i>Profissional</i>	<i>Masc.</i>	<i>%</i>	<i>Fem.</i>	<i>%</i>	<i>Idade Mínima</i>	<i>Idade Média</i>	<i>Idade Máxima</i>	<i>Tempo Experiência Mínimo</i>	<i>Tempo Experiência Médio</i>	<i>Tempo Experiência Máximo</i>
<i>Médicos</i>	4	50%	4	50%	24	31,1	57	4 meses	9,35 anos	34 anos
<i>Enfermeiros</i>	3	25%	9	75%	22	29,33	42	5 meses	3,66 anos	9 anos
<i>Técnicos de Enfermagem</i>	2	20%	8	80%	40	45,1	50	6 anos	7,8 anos	14 anos
<i>ACS</i>	2	20%	8	80%	28	40,2	50	6 anos	11,6 anos	20 anos
<i>Outras categorias</i>	1	10%	6	90%	31	35,5	40	6 anos	9anos	12 anos
<i>Geral</i>	12	25%	35	75%	22	35,5	57	4 meses	9,35anos	34 anos