

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**LUCIENE JACINTO DE SOUZA**

**CUIDADOS PALIATIVOS SOB A ÓTICA DE ENFERMEIRAS DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SÃO PAULO  
2016**

**LUCIENE JACINTO DE SOUZA**

**CUIDADOS PALIATIVOS SOB A ÓTICA DE ENFERMEIRAS DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Versão corrigida da dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGE) da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP), para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Amélia de Campos Oliveira

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

**SÃO PAULO**

**2016**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo

Souza, Luciene Jacinto de

Cuidados paliativos sob a ótica de enfermeiras da estratégia saúde da família / Luciene Jacinto de Souza. São Paulo, 2016.

85 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Amélia de Campos Oliveira

Área de concentração: Cuidado em saúde

1. Cuidados paliativos. 2. Atenção primária à saúde. 3. Educação em saúde. 4. Enfermagem. I. Título.

Nome: Luciene Jacinto de Souza

Título: Cuidados paliativos sob a ótica de enfermeiras da estratégia saúde da família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGE) Escola de Enfermagem da USP (EEUSP), para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

A minha mãe, Joana Muza de Souza, que desde sempre me ensinou a estudar e gostar dos estudos. Com ela aprendi que a boa educação (em todos os sentidos) é a única coisa capaz de abrir portas. Sua dedicação inigualável me inspira hoje e sempre.

A meu pai, Valdecir Gabriel Jacinto de Souza, que me ensinou que “sempre é possível”, basta querer verdadeiramente.

A meus irmãos Vladimir, Ana Lucia, Kátia e Alexandre, que sempre me apoiaram. Se não fosse por eles, não seria possível chegar até aqui.

A minha prima Angélica Belém de Souza que me mostrou a direção de cada porta para os caminhos corretos da vida.

A meu grande amor, que depois de tanto tempo descobri único e verdadeiro, amigo, parceiro, personificação da gentileza, da atenção e do carinho humano; que me permitiu viver o melhor sentimento existente sobre a face da Terra; experimentar os melhores momentos e as maiores surpresas da vida (e espero que seja assim até o último suspiro...); razão do meu afeto, amor que perdurou por mais de 20 anos, que faz meu coração bater forte todos os dias sustentando a vida apesar das agruras e obstáculos que dela fazem parte; amor que irá durar por toda a eternidade, assim como a alma: Edson Ghilardi, um ser ímpar, realmente único, que fez despertar nesse meu coração já um tanto quanto árido, o amor que é o único sentimento realmente capaz de transformar os seres humanos... Fez de mim, alguém melhor. A você toda a minha gratidão por me permitir descobrir a vontade de compartilhar a bondade, a gentileza e o amor.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, ao Grande Arquiteto do Universo, aquele que tudo sabe, tudo vê e tudo faz acontecer e que me permitiu viver até aqui para trazer ao mundo, através de minha experiência profissional, algo que acredito que será útil para a comunidade.

À queridíssima orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Amélia de Campos Oliveira, pelo carinho, atenção, empenho, amor a minha pessoa e ao trabalho árduo de orientação, que não desistiu de mim nem mesmo quando eu mesma quase desisti. Minha gratidão eterna por cada palavra de incentivo, pela persistência carinhosa e por permitir que chegássemos até aqui.

Às colegas Cintia, Jéssica e Vivian que com tanto empenho contribuíram de diversas maneiras para a conclusão deste estudo.

Aos amigos, familiares e alunos, que durante todo o processo foram capazes de compreender minhas ausências e ainda conseguiram oferecer-me apoio e incentivo.

Às enfermeiras participantes deste estudo, que me permitiram desvelar seus conhecimentos, experiências e perspectivas em Cuidados Paliativos.

À Coordenadoria de Saúde da Região Oeste do município de São Paulo, por autorizar a coleta de dados.

À CAPES, que por meio do Programa Especial Pró-Ensino na Saúde, concedeu-me a bolsa que apoiou o desenvolvimento deste estudo.

**“Eu me importo pelo fato de você ser você. Importo-me até o último momento de sua vida e faremos tudo o que está ao nosso alcance, não somente para ajudar você a morrer em paz, mas também para você viver bem até o dia da sua morte”.**

**CICELY SAUNDERS**

**“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim”.**

**CHICO XAVIER**

## RESUMO

Souza, L.J. Cuidados paliativos sob a ótica das enfermeiras da Estratégia Saúde da Família [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

Este estudo tem como objetivo geral revelar as concepções de enfermeiras que atuam na Estratégia Saúde da Família sobre cuidados paliativos. Seus objetivos específicos são: identificar os significados atribuídos pelas enfermeiras da Estratégia Saúde da Família aos cuidados paliativos, conhecer suas percepções sobre a necessidade de cuidados paliativos na Atenção Básica e verificar que tipo de formação consideram necessárias para a prestação de cuidados nesse nível de atenção. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de caráter exploratório, com abordagem qualitativa, realizada na cidade de São Paulo, capital. Participaram do estudo 12 enfermeiros, dos quais onze eram do sexo feminino, com idades entre 27 e 64 anos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas guiadas por um questionário semiestruturado e reunidos em três temas: as concepções de enfermeiros da Atenção Básica sobre cuidados paliativos, as necessidades dos pacientes em cuidados paliativos e as competências de enfermeiros da Atenção Básica para prestar tais cuidados. Verificou-se que os cuidados paliativos já se fazem presentes na Atenção Básica, pois todos os entrevistados já haviam cuidado de pacientes sem possibilidade de cura. Entretanto, a identificação desses cuidados com a fase final da vida revela uma concepção limitada. Parte dos enfermeiros afirmou que, de acordo com sua experiência, as principais necessidades de pacientes em cuidados paliativos são o tratamento humanizado, o apoio à família, a informação ao paciente e família sobre a evolução do quadro clínico, o conforto, o suporte psicológico e emocional, a manutenção da dignidade do paciente, o vínculo com o profissional, o comprometimento dos familiares e o alívio dor. Nenhum deles conseguiu enumerar os critérios para elegibilidade e instrumentos que podem ser utilizados para indicar um paciente para cuidados paliativos. Como conhecimentos necessários para prestar atendimento a pacientes em cuidados paliativos foram citados os conhecimentos técnico-científicos e a humanização no cuidado ao paciente e à família. Sobre as



habilidades necessárias foram mencionadas a escuta ativa, a cordialidade, a empatia, a disponibilidade, as habilidades específicas aprendidas na rotina do dia-a-dia, o conhecimento emocional, o planejamento de tratamento junto à família, gostar de estudar, as habilidades nas relações pessoais e capacidade de promover a articulação intersetorial. Dentre as características necessárias para trabalhar em cuidados paliativos, as respostas dos profissionais incluíram a simpatia pelo perfil do paciente em cuidados paliativos, o cuidado humanizado, a ética, o bom relacionamento interpessoal e o amor ao próximo. Os resultados deste estudo indicam que, para que enfermeiras prestem cuidados paliativos na AB, é fundamental ampliar a oferta de formação específica, aprimorando o currículo dos cursos de graduação, com disciplinas que tratem da morte e dos cuidados paliativos, e promovendo a qualificação dos profissionais por meio da educação permanente.

**Descritores: 1. Cuidados Paliativos. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Educação em Saúde.**

## **ABSTRACT**

Souza, LJ. Family Health Strategy nurses' perspective on palliative care [dissertation]. Sao Paulo: School of Nursing, São Paulo University; 2016.

This study has the general objective to reveal the conceptions of nurses working in the Family Health Strategy on palliative care. Its specific objectives are to identify the meanings attributed by the nurses of the Family Health Strategy to palliative care (PC), to know their perceptions of the need for palliative care in Primary Care (AB) and check what kind of training deemed necessary for the provision of CP at this level of attention. This is a descriptive, exploratory, with qualitative approach, held in São Paulo, capital. The study included 12 nurses, eleven of whom were female, aged between 27 and 64 years of age. Data were collected through interviews guided by a semi-structured questionnaire and grouped into three themes: conceptions of Attention nurses Basic on palliative care, the needs of patients in palliative care and the skills of nurses from primary care to provide such care. It was found that palliative care are already present in Primary because all the interviewees had already care of patients without possibility of cure. However, the identification of care with the final phase of life reveals a limited design. The nurses said that according to his experience, the main needs of patients in palliative care are humane treatment, family support, information to the patient and family about the evolution of the clinical picture, comfort, psychological support and emotional, maintaining the dignity of the patient, the link with the professional commitment of family members and relieve pain. Neither one could list the criteria for eligibility of these patients to palliative care and either cited the instruments that can be used to indicate a patient for palliative care. As knowledge to provide care to patients in palliative care the technical and scientific knowledge and the humanization of patient care and family were cited. About the necessary skills were mentioned active listening, cordiality, empathy, availability, specific skills learned in routine day-to-day emotional knowledge, planning treatment with the family, like studying, skills in personal relationships and ability to promote intersectoral coordination. Among the characteristics

necessary to work in palliative care, the responses of professionals included sympathy for the patient's profile in palliative care, humanized care, ethics, good interpersonal skills and love of neighbor. The results of this study showed that for nurses providing palliative care in the AB, it is essential to expand the provision of specific training, improving the curriculum of undergraduate courses with subjects that deal with the death and palliative care, and promoting the training of professionals through continuing education.

**Keywords: 1. Palliative Care. 2. Primary Health Care. 3. Health Education.**

## LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABCP – Associação Brasileira de Cuidados Paliativos

ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

APS – Atenção Primária à Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CA – Câncer

CEP – Conselho de Ética em Pesquisa

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CP – Cuidados Paliativos

CPS – *Clinical Prediction of Survival*

CREMESP – Conselho Regional de Medicina de São Paulo

DAB – Departamento de Saúde Básica

DANT – Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

ECOG - *Eastern Cooperative Oncology Group*

EEUSP – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

EMAD – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

ESF – Estratégia Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAP Score – Palliative Prognostic Score

PPI – *Palliative Prognostic Index*

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SMADS – Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Mapa das subprefeituras do município de São Paulo. São Paulo 2015.....40
- Figura 2** - Mapa das Supervisões Técnicas de Saúde da Coordenadoria Regional Centro-oeste. São Paulo, 2015.....41
- Figura 3** – Estabelecimentos e serviços de saúde da rede municipal vinculados à Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste do Município de São Paulo, julho de 2015.....42
- Figura 4** – Estabelecimentos e serviços de saúde da rede municipal, Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste, Município de São Paulo, julho de 2015.....43

## SUMÁRIO

<b>Apresentação.....</b>	<b>16</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 Cuidados paliativos no contexto histórico .....</b>	<b>22</b>
<b>2.2 Cuidados paliativos e a enfermagem.....</b>	<b>24</b>
<b>2.3 Cuidados paliativos no Brasil.....</b>	<b>27</b>
<b>2.4 Cuidados paliativos na Atenção Básica .....</b>	<b>32</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>36</b>
<b>3.1 Geral.....</b>	<b>36</b>
<b>3.2 Específicos .....</b>	<b>36</b>
<b>4. MÉTODO.....</b>	<b>37</b>
<b>4.1 Tipo de pesquisa.....</b>	<b>37</b>
<b>4.2 Local do estudo .....</b>	<b>39</b>
<b>4.3 Sujeitos da pesquisa .....</b>	<b>44</b>
<b>4.4 Procedimentos éticos.....</b>	<b>46</b>
<b>4.5 Procedimentos de coleta de dados .....</b>	<b>46</b>
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>48</b>
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>57</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>68</b>
<b>8. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>72</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICE B – Questionário de caracterização .....</b>	<b>83</b>
<b>APÊNDICE C – Roteiro para entrevista .....</b>	<b>85</b>

## APRESENTAÇÃO

O interesse pelo tema investigado surgiu durante o curso de Graduação em Enfermagem, ao vivenciar junto aos colegas situações de morte e morrer de pacientes sob nossos cuidados. Esse fato instigou-me a refletir sobre como a experiência de assistir um paciente em final de vida poderia influenciar a formação de graduandos de Enfermagem.

Ainda no segundo ano da graduação tive contato com o assunto na disciplina de Bioética que, dentre vários temas, abordava o processo de morte e morrer. Na sequência, participei de um curso sobre Tanatologia e fui presenteadada pelo ministrante com o livro “A morte íntima”, de Marie de Hennezel, cuja leitura muito me instigou. No mesmo ano ingressei como membro de um grupo de pesquisa em comunicação em Cuidados Paliativos e na também na Liga de Cuidados Paliativos da FMUSP.

Esse interesse inicial culminou na execução do trabalho de conclusão do curso, em que o principal objetivo foi avaliar e classificar o medo da morte manifestado por estudantes de enfermagem do primeiro e quarto anos. Os resultados demonstraram que a maioria dos entrevistados apresentava algum tipo de medo da morte. Dentre os participantes, 68,7% havia frequentado algum curso relacionado à temática e já tinha acompanhado um indivíduo e familiares no processo de morte e morrer. Questionados sobre como falariam sobre a morte com a família, 42,7% relatou não possuir formação acerca dos cuidados no final de vida.



Ao associar as variáveis: *medo de morrer* e *medo de perder pessoas significativas*, observei que quanto maior o medo de morrer, maior era o medo de perder pessoas significativas.

Em minha experiência profissional como docente de um curso técnico em Enfermagem, supervisionando estágios na Atenção Básica e em uma instituição destinada a assistência ao paciente em CP, percebi a dificuldade de alunos e profissionais de enfermagem em lidar com algumas questões que envolvem o cuidado a indivíduos portadores de doenças sem possibilidade de cura ou que apresentem doenças crônicas já em fase avançada.

Alguns dessas profissionais procuravam-me para obter informações sobre o tipo de cuidado que seria pertinente a esses pacientes e de que maneira poderiam auxiliar no processo de morte e morrer. Ao debater o tema, os profissionais sentiam-se motivados a conhecer um pouco mais sobre esses cuidados, tanto pela necessidade de discutir a indicação dos CP ou por se sentirem pressionados pelas demandas dos familiares que lhes solicitavam orientações para cuidar dos pacientes.

Em uma dada ocasião, fui questionada por um membro da equipe de enfermagem sobre a real necessidade de realizar procedimentos como curativos e exames laboratoriais para pacientes em fase final de vida. Frente a essa indagação passei a refletir sobre as lacunas de conhecimento da equipe de enfermagem da Atenção Básica sobre CP.

Impulsionada pelos acontecimentos descritos anteriormente e pela vontade de ampliar meus próprios conhecimentos sobre CP e compreender mais profundamente os aspectos relacionados a esse tema na Enfermagem, ingressei no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, nível de Mestrado.

Durante os estudos no Mestrado pude perceber que há avanços no campo dos CP no Brasil. Porém, ao realizar a pesquisa bibliográfica para embasar esse estudo, senti falta de estudos que aprofundassem a discussão dos CP na AB, assim como de outros que suscitem a reflexão sobre a formação da enfermeira generalista que atua na AB para realizar CP, o que motivou a realização deste estudo.

## 1. INTRODUÇÃO

Movida pela experiência profissional, que me trouxe dúvidas relativas à atuação e à formação da enfermeira generalista que atua na Atenção Básica (AB) e depara-se com situações e necessidade de aprofundamento em áreas específicas, busquei neste estudo identificar as concepções de enfermeiras da AB que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o conceito de cuidados paliativos (CP), os significados atribuídos por essas enfermeiras aos CP; suas percepções sobre a necessidade de CP na AB e a formação consideram necessária para a prestação de CP nesse nível de atenção.

Esta investigação está orientada a responder as seguintes questões: Qual o perfil profissional da enfermeira que presta assistência a pacientes que necessitam de cuidados CP na AB? Quais os conhecimentos, as habilidades e as atitudes necessários à realização desses cuidados? Os profissionais conceituam claramente CP? Conhecem a filosofia e o conceito de CP? Realizam em conjunto com a equipe a indicação de pacientes aos CP? Em caso afirmativo, de que maneira o fazem? Utilizam instrumentos para isso? Quais são os instrumentos que utilizam para caracterizar e indicar pacientes para CP? Que tipo de preparo recebem para lidar com esses pacientes?

Ao realizar visitas domiciliares, enfermeiras da ESF podem se deparar com portadores de doenças sem possibilidade de cura, muitos dos quais são atendidos no domicílio e que nem sempre são identificados como elegíveis para cuidados específicos, como é o caso dos CP.

Além disso, raramente é feito um plano de cuidados para tais pacientes levando em consideração o fato de que a doença instalada é progressiva, sem possibilidade de cura e que será necessário atuar aliviando sinais e sintomas provenientes dessa progressão.

A falta de formação específica pode dificultar a identificação por parte do profissional enfermeiro da necessidade de prestar atendimento pautado em ações paliativas, como, por exemplo, aquelas voltadas ao controle da dor. Assim, a finalidade deste estudo é dar a conhecer o cenário da AB, onde enfermeiras generalistas atendem pacientes com doenças crônico-degenerativas sem possibilidade de cura, realizando atendimentos complexos com recursos escassos e muitas vezes sem o planejamento necessário.

A justificativa para a realização desta investigação reside no fato de que, apesar de haver no Brasil uma série de profissionais interessados e realizando CP, há necessidade de aprofundamento teórico e prático que possibilite um cuidado compatível com as necessidades dos pacientes atendidos na AB.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morte no mundo, correspondendo a 63% dos óbitos em 2008. Aproximadamente 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda. Um terço dessas mortes ocorre em pessoas com idade inferior a 60 anos. (Brasil, 2011)

A maioria dos óbitos por DCNT são atribuíveis a doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada. No Brasil, as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude; correspondem a 72% das causas de mortes e atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis. (Brasil, 2011)

Com a mudança do perfil epidemiológico e a ampliação das possibilidades de assistência, os cuidados aos pacientes crônicos ganharam importância na organização dos sistemas e dos serviços de saúde. Tais mudanças passaram a requerer uma nova abordagem que permita realizar cuidados efetivos e de qualidade para atender as necessidades dos usuários dos serviços de saúde, inclusive aqueles sem prognóstico de cura. Suscitam ainda a reflexão sobre quais características da DCNT levariam à indicação de CP.

A progressão da doença ou o período prolongado de duração, os sinais e os sintomas geradores de desconforto seriam motivos suficientes para indicar CP? Ou somente seria elegível o paciente portador de doença incurável, com progressão acentuada que o aproxima da morte?

O Ministério da Saúde, no Caderno de Atenção Domiciliar, indica que CP devem ser prestados a partir do diagnóstico da doença com risco de morte ou sem prognóstico de cura, sendo adaptados para as crescentes necessidades de doentes e seus familiares, à medida que o quadro nosológico progride, com a instalação de sinais e sintomas que requerem palição (Brasil, 2013).

## **2.1 Cuidados Paliativos no contexto histórico**

A palavra paliativo deriva do latim *pallium*, que designava o manto que cobria os peregrinos cristãos que cruzavam a Europa na Idade Média em busca de indulgências (Incontri, Santos, 2007). O CP também está associado historicamente ao termo *hospice*, usado para designar as hospedarias destinadas a receber e cuidar de peregrinos e viajantes (Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP, 2012).

As primeiras casas para acolhimento de pobres e doentes foram fundadas no mundo bizantino, sob o reinado de Constantino, por influência de sua mãe, Santa Elena. Na Europa, as instituições de caridade surgiram no século XVII como abrigos para órfãos, pobres e doentes, uma prática que se propagou por organizações católicas e protestantes em vários pontos do continente europeu. (Incontri, Santos, 2007)

No século XIX, os *hospices* começaram a ter características de hospitais e foi em um *hospice* de Londres, o *St. Lukes' Home*, que a enfermeira e assistente social inglesa Cicely Saunders foi trabalhar em meados do século XX. Inconformada com o sofrimento humano, estudou medicina, formou-se aos 40 anos de idade e dedicou-se ao estudo do alívio da dor em doentes terminais (CREMESP, 2008). Em 1947, conheceu David Tasma, um judeu polonês com cerca de 40 anos, que morria de câncer no hospital, sem família e com poucos recursos. Trabalhando juntos, acabaram por se enamorar. O sonho de ambos foi criar um local onde enfermos pudessem estar como em suas casas, acompanhados pela família e cuidados por pessoas de múltiplas profissões, com atenção à dor e aos demais sintomas da fase terminal da vida (Incontri e Santos, 2007). Em 1967, Cecily Saunders fundou em Londres o *St. Christopher Hospice* e deu início ao que hoje se denomina Movimento Hospice Moderno.

A estrutura do *St. Christopher* permitiu não apenas a assistência aos doentes, mas possibilitou o desenvolvimento do ensino e da pesquisa, recebendo bolsistas de vários países (Pessini, 2005). No início da década de 1970, o encontro de Cicely Saunders com a psiquiatra norte-americana Elizabeth Klüber-Ross, nos Estados Unidos, lá fez crescer o movimento *hospice* (CREMESP, 2008).

A cada ano, passam pelo Centro de Educação do *St. Christopher* mais de três mil profissionais de saúde e assistentes sociais, em seus vários cursos anuais de formação em cuidados paliativos. Em 2006, cerca de 400 estudantes estrangeiros vindo de 44 países fizeram algum curso na instituição, que

certifica também, por meio de instituições universitárias britânicas, uma série de cursos de formação em cuidados *hospice* e CP, inclusive um curso sobre luto infantil, único no gênero (Floriani, 2010).

## **2.2 Cuidados paliativos e a Enfermagem**

A Enfermagem é uma disciplina voltada para atender as necessidades fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentais e espirituais dos pacientes (Potter, 2013). Enfermeiras prestam cuidados para atingir os objetivos de promoção da saúde, prevenção de doenças, restauração da saúde e cuidados ao final de vida. Juntos, esses aspectos do atendimento representam uma gama de cuidados que se estende desde o nascimento até a morte (Wilkinson, 2010).

O cuidado é um fenômeno universal que influencia as formas pelas quais as pessoas pensam, sentem e comportam-se em relação umas às outras. As teorias na área da enfermagem, são projetadas para explicar um fenômeno como o cuidado e o autocuidado. Uma teoria contém um conjunto de conceitos, definições e hipóteses ou proposições que explicam um fenômeno (Potter, 2013).

Desde Florence Nightingale, as enfermeiras tem estudado como cuidar de um cliente em uma variedade de perspectivas filosóficas e éticas. Uma série de estudiosos de enfermagem tem desenvolvido teorias sobre os cuidados devido à sua importância para a prática de enfermagem (Potter, 2013).



A teoria de cuidado transpessoal de Jean Watson define o resultado da atividade de enfermagem em relação aos aspectos humanísticos da vida. O objetivo da ação de enfermagem é compreender a inter-relação entre saúde, doença e comportamento humano.

Watson desenhou um modelo em torno do processo de cuidar, ajudar os pacientes a alcançar ou manter a saúde ou a morrer pacificamente. Este processo de cuidar requer que a enfermeira esteja bem informada sobre o comportamento humano e as respostas humanas a problemas de saúde reais ou potenciais.

A enfermeira conforta e oferece compaixão e empatia para os pacientes e suas famílias. Para isso, precisa conhecer as necessidades individuais do paciente, os pontos fortes e as limitações do paciente e da família e também aqueles do próprio enfermeiro. Cuidar reúne todos os que a enfermeira usa para prestar cuidados ao paciente (Potter, 2013).

A restauração da saúde engloba atividades que fomentam um retorno à saúde naqueles já doentes. Porém, nem todas as atividades de enfermagem podem ser dirigidas à promoção ou restauração da saúde e à prevenção de doenças (Wilkinson, 2010).

A morte é uma consequência inevitável da vida e as enfermeiras têm atuado na promoção de cuidado respeitoso a pacientes terminais ou moribundos (Wilkinson, 2010). É necessário que o profissional enfermeiro adquira conhecimento técnico-científico que o habilite a prestar cuidados de

maneira efetiva e digna a pacientes que enfrentam o processo de morte, mediante o levantamento de suas necessidades de saúde, com um planejamento que leve em conta as necessidades do paciente, a realidade em que se encontra e a progressão da doença.

Uma vez que não se pode garantir a restauração completa da saúde, é necessária uma linha de cuidados voltados a promover a saúde dentro do possível, levando em consideração a qualidade de vida e de morte do ser humano. Os CP representam uma nova filosofia de cuidados baseados nessa premissa.

Define-se CP como a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio ao sofrimento, o que requer identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (World Health Organization - WHO, 2002).

Os CP são uma filosofia de cuidado para as pessoas que enfrentam sofrimentos com o avançar de doenças crônicas e a proximidade da morte, comumente negligenciadas no modelo assistencial preponderante no país (Brasil, 2013). É o exercício da arte do cuidar que, aliada ao conhecimento científico, proporciona o alívio do sofrimento relacionado à doença. Por ser parte fundamental da prática clínica, pode ocorrer de forma paralela às terapias destinadas à cura e ao prolongamento da vida (ANCP, 2012).

Adoecer e morrer pode ocorrer de forma súbita, inesperada e violenta, mas também podem advir de forma lenta e gradativa, com diferentes formas e tempos para evoluir. Em portadores de doenças crônico-degenerativas, síndromes demenciais e falências crônicas de sistemas, o agravamento da doença pode ser lento.

As práticas paliativas podem e devem ser aplicadas a todo e qualquer paciente com crônica, apenas variando o momento e a intensidade de cada procedimento. (Incontri, Santos, 2007).

A WHO recomenda que os CP sejam instituídos junto com outras medidas de prolongamento de vida, como quimioterapia, radioterapia, cirurgia, tratamento antirretroviral, drogas modificadoras do percurso da doença etc. Recomenda ainda que sejam feitas as investigações necessárias para melhor compreender as necessidades dos pacientes em CP, especialmente o manejo de sinais e sintomas (Brasil, 2013).

### **2.3 Cuidados Paliativos no Brasil**

No Brasil, os CP ainda são relativamente recentes. Segundo os registros disponíveis, o Asilo da Penha pode ser considerado o primeiro *hospice* brasileiro. Surgiu em 1944 e teve importante papel na assistência aos pobres que morriam de câncer. Outras unidades de CP foram criadas na década de 1980 no Brasil nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro, a maior parte vinculada ao tratamento de pacientes com câncer ou a centros de tratamento de dor crônica. (Floriani, 2010).

Em 2000, o Hospital do Servidor Estadual de São Paulo criou seu Programa de CP que a princípio tratava apenas pacientes com câncer metastático. Em 2003, o Hospital abriu uma enfermaria de CP (Hermes, 2013).

Em 2002, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, por meio da Portaria GM/MS nº19 de 03 de janeiro. Em 2005 foi fundada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, com objetivos semelhantes aos da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), voltada a divulgação, ensino e pesquisa em CP. Alcançar esse objetivo não é tarefa fácil, devido à penetração reduzida da filosofia dos CP nos meios acadêmicos brasileiros (Floriani, 2010).

Segundo dados da ABCP (2014), há no Brasil 66 serviços de CP, 67% dos quais concentrados na região Sudeste, 14% no Nordeste, 13% no Sul, 3% no Norte e 3% no Centro-oeste. No entanto, não há nenhuma equivalência entre eles e alguns podem ser questionados quanto a sua atividade ou atuação.

Atualmente no Brasil os CP continuam ligados predominantemente à área de oncologia. Os Centros de Alta Complexidade em Oncologia preveem a existência de equipes de CP, inclusive com suporte domiciliário, e a instituição do Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Entretanto, outras moléstias tão incapacitantes ou devastadoras quanto o câncer não recebem a mesma atenção (Floriani e Schramm, 2007).

Os CP não se baseiam em protocolos, mas em princípios. Trata-se de uma filosofia de cuidado para pessoas que enfrentam sofrimento com o avançar de doenças crônicas e a proximidade da morte, que em geral restam abandonadas no modelo assistencial preponderante no País (Brasil, 2013).

Em 2002 a WHO estabeleceu os princípios gerais que embasam os CP:

- ✓ Promover o alívio da dor e outros sintomas estressantes;
- ✓ Reafirmar a vida e ver morte como um processo natural;
- ✓ Não pretender antecipar e nem postergar a morte;
- ✓ Integrar aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado;
- ✓ Oferecer um sistema de suporte que auxilie o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a sua morte;
- ✓ Auxiliar a família e os entes queridos a se sentir amparados durante todo o processo da doença;
- ✓ Devem ser iniciados o mais precocemente possível, junto a outras medidas de prolongamento devida como a quimioterapia, radioterapia, cirurgia, tratamento antirretroviral, drogas modificadoras do percurso da doença etc, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas (WHO, 2002).

A ANCP (2012) recomenda que a expressão *doença terminal* seja substituído por em *doença que ameaça a vida*. Recomenda ainda que se evite falar em *impossibilidade de cura*, preferindo utilizar a *possibilidade ou não de tratamento modificador da doença*, afastando desta forma a ideia de que “não há nada a fazer”.

Essa nova abordagem dos CP inclui a espiritualidade dentre as dimensões do ser humano. Outro aspecto que merece destaque é a família, que deve ser lembrada e assistida durante todas as fases e também após a morte do paciente, no período de luto.

A maioria das normativas voltadas para os CP no país está voltada para pacientes com câncer e em fase já avançada da doença. Outras moléstias ou condições clínicas raramente são abordadas, o que suscita vários questionamentos: Quais são os indicadores que levam um paciente a integrar a lista de atendidos em CP? Quais critérios necessitam ser avaliados para a indicação? Ou ainda, doenças crônicas controláveis devem também ser arroladas na lista de doenças que levam pacientes aos CP?

A Constituição Federal de 1988 afirma que a saúde é um direito do cidadão. O cuidado em saúde é garantido à população brasileira pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Criado pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, o SUS é a tradução prática do princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado.

Em seu artigo 7º, a Constituição Federal estabelece que *“as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal”*, obedecendo aos seguintes princípios:

**I** - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

**II** - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

**III** - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

**IV** - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

**V** - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

**VI** - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

**VII** - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

**VIII** - participação da comunidade;

**IX** - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

**X** - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

**XI** - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

**XII** - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e

**XIII** - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (Brasil, 1990).

As diretrizes do SUS são o conjunto de recomendações técnicas e organizacionais de abrangência nacionais produzidas pelo Ministério da Saúde com o concurso de especialistas de reconhecido saber na área de atuação. Orientam a configuração geral do sistema de saúde em todo o território nacional, respeitadas as especificidades de cada unidade federativa e de cada município (Brasil, 1990). Uma dessas diretrizes é a integralidade da assistência, entendida como “*o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema*” (Brasil, 2006a).

#### **2.4 Cuidados Paliativos na Atenção Básica**

A Atenção Básica (AB) é a principal porta de entrada para o SUS. Desenvolve um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção do Sistema, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação (Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, Brasil, 2006b).



A AB tem como princípios ordenadores a acessibilidade, a longitudinalidade, a integralidade, a responsabilização, a coordenação e a resolubilidade. A AB é a ordenadora do sistema locorregional, integrando os diferentes pontos que compõem a Rede de Atenção à Saúde – RAS (Brasil, 2006c).

Na AB, a assistência à saúde é desenvolvida por equipes multiprofissionais, com responsabilidade sanitária sobre as diferentes coletividades adstritas a territórios bem delimitados. A atuação dos profissionais da AB deve considerar as características socioculturais dos grupos sob seus cuidados e a dinamicidade da vida social (Brasil, 2008). A ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) preveem visitas ao domicílio realizadas por equipes multiprofissionais.

O CP está presente na AB desde a sua definição, pois, a ela cabe organizar atividades voltadas ao cuidado longitudinal das famílias. Um dos pontos nevrálgicos no acompanhamento dos pacientes com doenças avançadas e em fase terminal consiste em garantir a continuidade dos cuidados a partir do momento em que não pode mais ser ofertado tratamento curativo (Floriani e Schramm, 2007).

Para o Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde, os CP devem ser prestados a partir do diagnóstico da doença com risco de morte, sendo adaptados às necessidades dos pacientes e seus familiares à medida que a doença progride. Incluem o respeito à vida, considerando a morte como processo natural, sem a intenção de apressá-la ou

adiar, oferecendo apoio para que os pacientes possam viver bem, sem sofrimento físico, emocional e espiritual, até a sua morte (Brasil, 2013).

Exercer CP no contexto da AB é bastante desafiador e muitas vezes os profissionais se deparam com a necessidade de tomar decisões éticas sobre a morte e o morrer. No entanto, raramente os CP são abordados no contexto da AB como cuidados que apresentam certo grau de especificidade e muitas vezes acabam sendo rotulados como “cuidados básicos” em situações em que não mais nada a fazer (Silva et al., 2013).

A responsabilidade pelo cuidado aos doentes sem possibilidade de cura ou que estão morrendo fica sob as mãos do profissional e também das famílias, que necessitam de apoio para enfrentar esse momento de transição.

Os CP envolvem boa preparação, capacitação e autoconhecimento. Muitas vezes se faz necessário que o profissional capacite a família para realizar o cuidado. Sendo assim, identificar as próprias limitações e as limitações daqueles que realizarão os cuidados (família), é primordial para entender que os destinatários do cuidado também possuem limitações e necessidades.

O aprofundamento do estudo sobre as competências necessárias para lidar com esse processo pode colaborar para que o profissional de saúde (e também o familiar que presta cuidados) compreenda que ter limitações pode não ser necessariamente um problema. O problema reside em não as reconhecer e deixar que interfiram negativamente na assistência.

“Diante da falta de preparo específico dos profissionais para exercer os CP na AB, acredita-se ser importante conhecer sua experiência em relação ao desafio de cuidar de famílias que vivenciam a fase de final de vida de um de seus integrantes, já que nesse processo também está implícito o cuidado em um contexto de múltiplas perdas. (Silva et al 2013).

Compete à enfermeira da AB o atendimento ao paciente com doenças crônicas que ameacem a continuidade da vida, seja na própria unidade de saúde ou no domicílio. Assim, cabe examinar os significados atribuídos por este profissional e seu posicionamento diante do complexo processo de envelhecimento, dos agravos advindos de doenças crônico-degenerativas e também das características do processo de morte, para identificar as dificuldades que pode vir a enfrentar para prestar CP.

O conhecimento dos significados atribuídos por enfermeiras aos CP e de suas experiências de cuidado permite definir conceitos, fortalecer teorias e aperfeiçoar estratégias, ajudando-as a intervir efetivamente, respeitando a subjetividade das famílias diante das situações de cuidado, perda e luto (Bouso et. al, 2009).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

- ✓ Desvelar as concepções sobre Cuidados Paliativos (CP) de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família (ESF).

#### **3.2 Específicos**

- ✓ Conhecer os significados atribuídos por enfermeiras da ESF aos CP;
- ✓ Conhecer suas percepções sobre a necessidade de CP na AB e
- ✓ Conhecer o de formação que consideram necessária para a prestação de CP nesse nível de atenção.

## **4. MÉTODO**

### **4.1. Tipo de Pesquisa**

Estudo descritivo, de caráter exploratório. A pesquisa exploratória é o primeiro passo de todo o trabalho científico e tem como finalidades proporcionar mais informações sobre determinado assunto, facilitar a delimitação de um tema de trabalho, definir os objetivos ou formular as hipóteses de uma pesquisa posterior ou descobrir novo tipo de enfoque para trabalho que se tem em mente (Andrade, 2003). Visa proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Busca o aprimoramento de ideias sobre o tema ou a descoberta de intuições (*insights*). Seu planejamento é, portanto, bastante flexíveis, de modo a possibilitar a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado (Gil, 2007).

Assim como a pesquisa descritiva, a investigação exploratória começa com um fenômeno de interesse. No entanto, em vez de simplesmente observar e descrever esse fenômeno, os pesquisadores investigam sua natureza, o modo como se manifesta e as condições a ele relacionadas (Polit, 2011). Realizam-se estudos exploratórios quando o objetivo é examinar um tema ou problema de pesquisa pouco estudado, do qual se tem muitas dúvidas ou não foi abordado antes (Sampieri, 2006). Por serem aparentemente mais simples, pensa-se que sua realização elimina o tratamento científico cuidadoso que todo investigador tem nos trabalhos de pesquisa. Entretanto, esse tipo de investigação não prescinde de revisão da literatura, entrevistas, emprego de

questionários etc., dentro de um esquema elaborado com a seriedade característica de um trabalho científico (Triviños, 1987).

Os estudos exploratórios servem para familiarizar o pesquisador com fenômenos relativamente desconhecidos, para obter informações sobre a possibilidade de realizar uma pesquisa mais completa sobre um contexto particular (Sampieri, 2006). Permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema, ao partir de uma hipótese, e aprofundar seus estudos nos limites de uma realidade específica, buscando seus antecedentes, a fim de obter maior conhecimento para em seguida planejar uma pesquisa descritiva ou de tipo experimental (Triviños, 1987).

Existem pesquisas que buscam contribuir para a solução de um determinado problema e outras que têm como objetivo principal testar uma teoria ou relatar evidências empíricas em favor dela. Também existem estudos que, como resultado final, pretendem gerar uma formulação do problema ou induzir o conhecimento (Sampieri, 2006).

Os estudos descritivos pretendem medir ou coletar informações de maneira independente ou conjunta sobre os conceitos ou variáveis a que se referem. Buscam especificar propriedades e características importantes do fenômeno em análise (Sampieri, 2006). Medem, avaliam ou coletam dados sobre diversos aspectos, dimensões ou componentes do fenômeno, objeto do estudo.

Do ponto de vista científico, descrever é coletar dados (para os pesquisadores quantitativos, medir; para os qualitativos, coletar informações). Isto é, em um estudo descritivo seleciona-se uma série de questões e mede-se ou coleta-se informação sobre cada uma delas, para assim (vale a redundância) descrever o que se pesquisa (Sampieri, 2006).

#### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi desenvolvido em unidades da ESF da Coordenadoria de Saúde da Região Oeste do município de São Paulo, na subprefeitura da Lapa. Para alcançar seus objetivos foi necessário eleger uma região que apresentasse um número expressivo de pacientes em CP. Para isso foi utilizado o estudo desenvolvido em 2013 no município de São Paulo por Cássia Regina de Paula Paz, intitulado *Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: novos desafios* em 2013. Nele a pesquisadora utilizou a lista de pacientes atendidos pelo Programa de Dispensação de Insumos para Pacientes com Incontinência da Secretaria de Saúde do Município para determinar o local com maior número de pacientes em CP.

Assim, optou-se pela região oeste da cidade de São Paulo, que possui uma área de 1.461 km<sup>2</sup> e uma população estimada em 2010 de 11.253.503 habitantes. Está dividida em 31 subprefeituras (Figura 1).

**Figura 1** – Mapa das subprefeituras do município de São Paulo. São Paulo 2015.



**Fonte:** Prefeitura de São Paulo. Disponível em:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/mapa/index.php?p=14894>



A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo conta com seis coordenadorias regionais: (Norte, Sul, Leste, Sudeste, Oeste e Centro) e 25 Supervisões Técnicas (Figura 2).

**Figura 2** - Mapa das Supervisões Técnicas de Saúde da Coordenadoria Regional Centro-oeste. São Paulo, 2015.

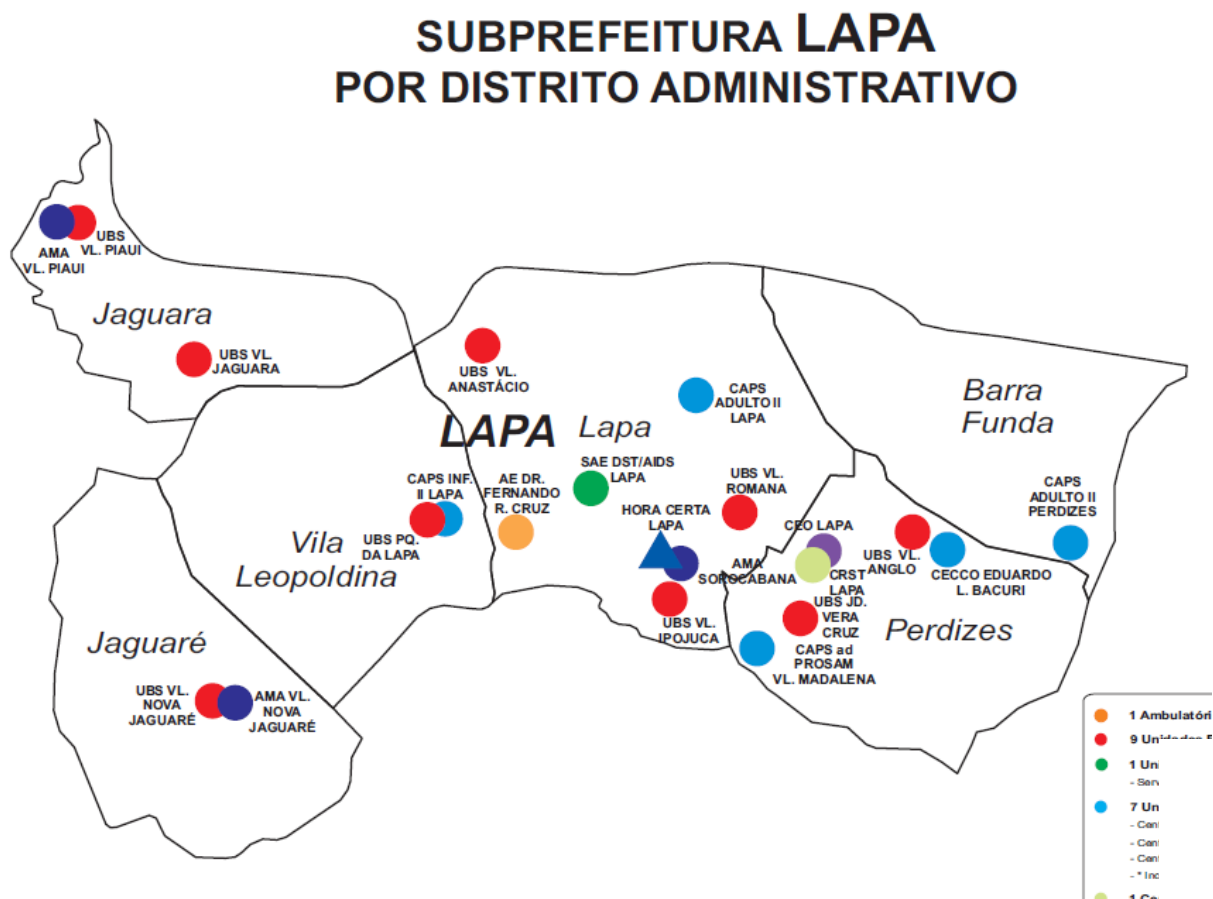


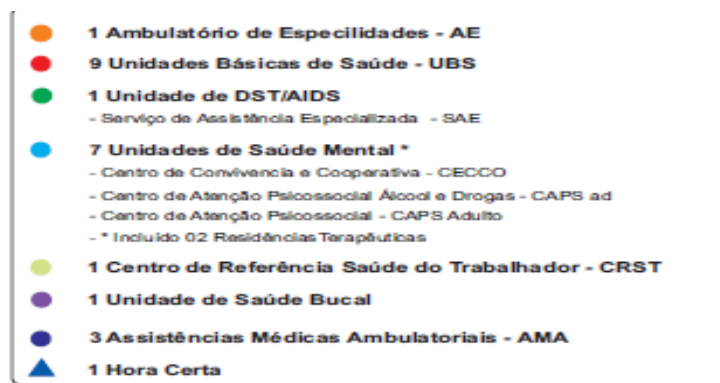
**Fonte:** Prefeitura de São Paulo. Disponível em:  
<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/index.php?p=5406#oeste>

A subprefeitura da Lapa corresponde a uma área de 40,10 km<sup>2</sup> da cidade de São Paulo, com uma população estimada de 305.526 habitantes em 2010. É composta pelos distritos de Barra Funda, Jaguará, Jaguaré, Lapa, Perdizes e Vila Leopoldina. Em 2014, contava com 26 estabelecimentos de saúde, dos quais nove eram Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Já a subprefeitura de Pinheiros corresponde a uma área de 31,70 km<sup>2</sup>, com uma população estimada de 289.743 pessoas em 2010. É composta pelos distritos de Alto de Pinheiros, Itaim Bibi, Jardim Paulista e Pinheiros. Em 2013, contava com 11 estabelecimentos de saúde, dos quais seis eram UBS.

**Figura 3 –** Estabelecimentos e serviços de saúde da rede municipal vinculados à Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste do Município de São Paulo, julho de 2015.



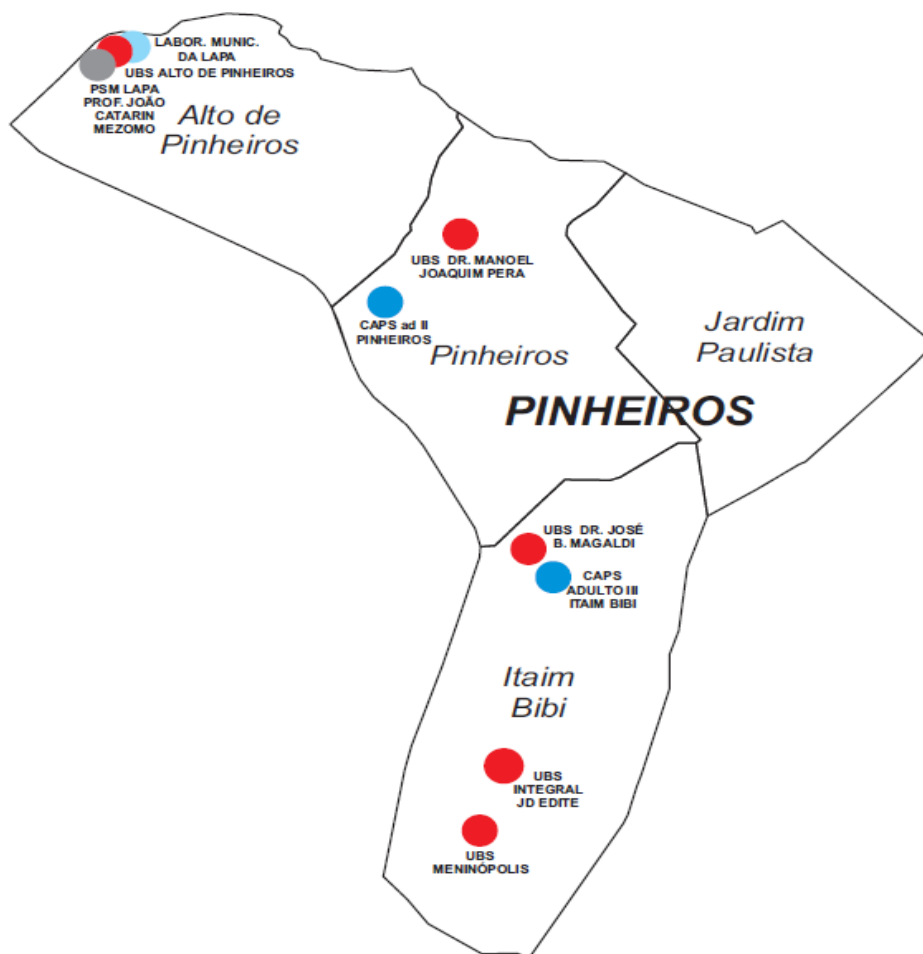


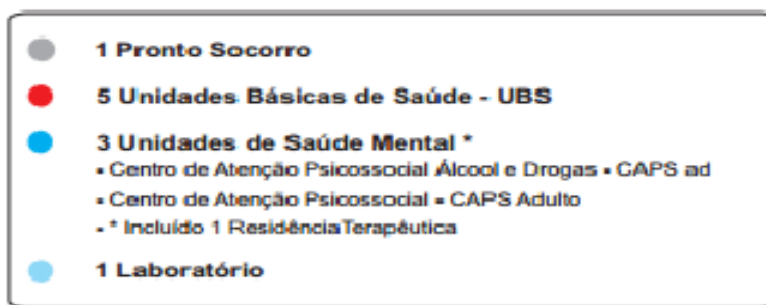
Julho/2015

Fonte: Prefeitura de São Paulo

Disponível em: [http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/divulgacao/unid\\_munic\\_sub\\_lapa.pdf](http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/divulgacao/unid_munic_sub_lapa.pdf)

**Figura 4** – Estabelecimentos e serviços de saúde da rede municipal, Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste, Município de São Paulo, julho de 2015.





Julho/2015

Fonte: Prefeitura de São Paulo

Disponível em: [http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/divulgacao/unid\\_munic\\_subpinheiros.pdf](http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/divulgacao/unid_munic_subpinheiros.pdf)

### 4.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da investigação foram enfermeiras que atuam na AB na Supervisão de Saúde de Lapa/Pinheiros. Foram entrevistados profissionais de ambos os sexos, que não estavam em férias ou afastados do trabalho no momento da coleta de dados. Uma consulta preliminar às Unidades da ESF revelou o número de equipes e enfermeiras atuantes.

Para obter a autorização para dar início à pesquisa foi necessário aguardar mais de quatro meses, pois, à época, as organizações sociais que administravam as unidades estavam renovando seus contratos e muitos gestores foram substituídos. Infelizmente foi exatamente nesse período que foram encaminhadas as solicitações de autorização para a realização do estudo e por mais solícitos que os gestores fossem, estavam passando por um momento importante de transição.

**Quadro 1** – Unidades da Estratégia Saúde da Família da Supervisão Técnica de Saúde de Lapa/Pinheiros, número de equipes ESF e enfermeiras atuantes. São Paulo, 2015.

<b>UBS</b>	<b>Nº DE EQUIPES/ ENFERMEIRAS</b>
Jaguara	04
V. N. Jaguaré	04
Parque Lapa	06
Vila Piauí	03
Manoel Pera	04
Jardim Edith	01
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>

Por isso, ao final só foi possível entrevistar 12 enfermeiras, por razões vinculadas às unidades de saúde. Foram excluídas do estudo as UBS Vila Nova Jaguaré e Manoel Pera, em que havia oito profissionais, devido à falta de manifestação autorizando ou não a realização do estudo, mesmo após inúmeros contatos da pesquisadora, por e-mail, telefone e até pessoalmente.

Na UBS Parque da Lapa, onde havia seis enfermeiras, houve a participação apenas quatro, pois, uma vaga estava em aberto e havia uma enfermeira afastada por doença. Tampouco foi possível a participação da UBS Jardim Edith, pois a profissional estava em férias. Entretanto, na UBS Vila Jaguara, contou-se com cinco enfermeiras ao invés de quatro, pois houve a contratação de uma profissional.

#### **4.4 Procedimentos éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, tendo sido aprovado por ambos. Após a aprovação, a pesquisadora foi pessoalmente até os serviços de saúde para apresentar a proposta de investigação e realizar a coleta de dados.

Os profissionais foram convidados a responder ao questionário de caracterização de população e às questões da entrevista semiestruturada. Ao concordarem em participar, cada um assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A), em duas vias, ficando com uma delas e entregando a outra à pesquisadora.

#### **4.5 Procedimentos de coleta de dados**

Ao iniciar os trâmites para realizar a coleta de dados, a Supervisão Técnica de Saúde exigiu que as UBS fossem ouvidas e que manifestassem se desejavam ou não participar do estudo, antes mesmo da apreciação do Comitê de Ética Municipal e da própria Supervisão. Não foi possível obter essa manifestação em duas das seis unidades.

Além dessa dificuldade, ao iniciar a pesquisa, em uma das UBS participantes, que segundo dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, havia seis profissionais enfermeiros, havia somente quatro enfermeiras e duas vagas com processo seletivo em aberto. Em outra UBS a enfermeira estava em férias no período da coleta de dados.

Para respeitar o cronograma da pesquisa foi necessário optar pela exclusão dessas unidades e prosseguir com a coleta de dados nas outras quatro UBS que se manifestaram de forma positiva quanto à realização do estudo.

Dessa forma, houve a participação de 12 enfermeiras que responderam ao questionário de caracterização sociodemográfica (Apêndice B). Além disso, responderam à entrevista semiestruturada (Apêndice C) de acordo com seu conhecimento e convicções, relatando quais competências acreditam ser necessárias à enfermeira da AB para prestar CP. As questões versavam sobre a formação dos participantes, a possibilidade de já terem atendido pacientes em CP, seu preparo específico para realizar CP e também sobre os conhecimentos e habilidades que julgavam necessários para realizar CP.

Também foi perguntado como orientariam uma colega recém-chegada ao serviço e que realizaria atendimento de pacientes em CP, como uma estratégia para identificar as concepções dos entrevistados sobre CP e quais conhecimentos julgavam necessário para realizar esse tipo de cuidado.

## **5. RESULTADOS**

Participaram do estudo 12 enfermeiros, 11 das quais eram do sexo feminino, com idades entre 27 e 64 anos, com no mínimo 02 meses e no máximo 42 anos de formação em Enfermagem, com no mínimo uma e no máximo seis pós-graduações lato sensu. As mais citadas foram: Estratégia Saúde da Família, Saúde Pública e Administração Hospitalar.

Os dados resultantes da aplicação do questionário e da realização da entrevista foram agrupados em três temas apresentados a seguir, ilustrados com excertos dos discursos.

### **TEMA 01: As concepções dos enfermeiros sobre CP**

Para os entrevistados, os CP foram identificados como cuidados prestados a pacientes em final de vida. Na entrevista, quando solicitado que relatassem casos de pacientes em CP que tivessem atendidos por eles, todos relataram já ter cuidado de pacientes numa perspectiva paliativa ao longo de sua carreira. Perspectiva paliativa porque os pacientes apresentavam sinais e sintomas de doenças ameaçadoras da continuidade da vida, porém não haviam sido encaminhados para serviços de CP. Dois afirmaram ter recebido algum tipo de preparo específico para atuar em CP.

Ao solicitar que relatassem tais casos, sete fizeram referência a pacientes portadores de câncer, um mencionou um portador de traumatismo crânio encefálico grave, um referiu-se a um paciente com doença de Alzheimer, um mencionou um caso de esclerose múltipla, um lembrou-se de um paciente



com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e outro relatou o atendimento a um paciente que apresentava feridas extensas.

Nenhum afirmou que os pacientes mencionados em seus relatos haviam sido avaliados e indicados aos CP. Assim, não ficou claro o entendimento por parte dos entrevistados sobre os indicadores a serem utilizados para realizar atendimento baseado em ações paliativas ou mesmo o encaminhamento formal a CP. Mas todos identificaram os pacientes em CP por eles atendidos como doentes em final de vida, para os quais não havia nada a fazer:

*“Atualmente possuo um caso na minha área de um paciente portador de neoplasia de pulmão... que era super ativo e na fase de diagnóstico já estava em fase terminal... não foi realizado quimioterapia, rádio ou intervenções cirúrgicas...” (E 01)*

*“... uma senhora com 98 anos, com AVC e Alzheimer. Lembro que foi algo que a gente queria não ter passado... Porque nem sempre a gente está preparado para ver a dificuldade do outro... a necessidade do outro e ter certeza de que não podemos fazer nada...”(E 02)*

*“... uma senhora com 89 anos, a qual estava com câncer nos ossos, descoberto há um ano. Estava sendo cuidada pela filha... pelos médicos do convênio que provavelmente não queriam gastar muito com casos como este...”. (E 05)*

*“... paciente idoso, do sexo masculino, com 68 anos e CA de garganta que estava exposto e com um odor muito forte... A família tinha plena convicção*

*de que ele sairia dessa condição... Não aceitavam sua condição...”. (E 07)*

*“... uma senhora de 82 anos, em situação de abandono familiar, com feridas de alto grau e sem possibilidade de reabilitação...”. (E 11)*

*“... uma paciente de 65 anos com DPOC que utilizava oxigênio... já em fase terminal, alternava momentos de lucidez e confusão, incontinência urinária e fecal, desencadeando mais atenção da equipe...”. (E 12)*

## **Tema 02: As necessidades dos pacientes em CP**

Além da entrevista, no questionário havia questões sobre as principais necessidades de um paciente em CP e também relativas à estrutura dos serviços para a realização do atendimento. Com isso, buscou-se verificar a visão das enfermeiras sobre as principais ações a serem realizadas no CP e as necessidades em saúde dos pacientes.

Quatro entrevistados consideraram que a principal necessidade é o tratamento humanizado, três mencionaram o apoio à família e a informação ao paciente e família sobre a condição do paciente e a evolução do quadro clínico. Dois fizeram referência ao conforto, ao suporte psicológico e emocional e à manutenção da dignidade, um mencionou o vínculo com o profissional, o comprometimento dos familiares para com os doentes outro citou o alívio dor.

*“... suporte psicológico e emocional, possuir um vínculo com um profissional” (E 01)*

*“...Não tenho tão vasta experiência em cuidado paliativo... Mas acredito que a retaguarda, o comprometimento dos familiares e a construção da rede de apoio... (E 02)*

*“... alívio da dor (conforto), apoio à família e apoio espiritual. Cuidadores, dinheiro (às vezes), informação sobre a evolução do quadro, sobre as possibilidades...”. (E 03)*

*“... garantia de dignidade, que a pessoa seja tratada como um ser humano por profissionais humanizados...”. (E 04)*

*“... necessidade de informação...”. (E 05)*

O questionário trazia também uma pergunta sobre quais seriam os critérios para indicação de um paciente aos CP. Cinco enfermeiras afirmaram conhecer os critérios de seleção para um paciente ser indicado para CP. Ao serem questionadas sobre quais seriam esses critérios, citaram: paciente fora de possibilidade de cura, prognóstico limitado; dependência de cuidados continuados, a patologia e *“a cura vagarosa, quase inaparente”*.

### **Tema 03: As competências do enfermeiro para prestar CP**

Os participantes foram questionados como orientariam uma colega recém admitida sobre as competências requeridas para prestar CP na AB. Seis relataram que orientariam a recém-chegada ao serviço a realizar um atendimento humanizado, com maior possibilidade de vínculo entre profissional, paciente e família; três orientariam a fornecer informações sobre redes de apoio ao paciente; duas recomendariam a oferecer conforto ao

paciente e família, uma orientaria sobre a necessidade de conversar com o paciente e família sobre o processo de morte e morrer; outra indicaria a necessidade de dar apoio emocional à família e ao paciente e outra recomendaria ao colega que fizesse seus atendimentos pautados na moral e na ética profissional.

*“... eu acho que diria coisas simples... Não se atentar apenas às questões técnicas, mas sim ter um olhar holístico, prestando um suporte emocional à família e ao paciente e mostrar-se disposto para estabelecer um vínculo”. (E 01)*

*“... orientaria a procurar saber do contexto social, familiar, suas expectativas... Tanto dos familiares como a dela (paciente),... Saber sobre rede de apoio...”. (E 02)*

*“... Primeiramente ir com olhar abrangente e não julgar a família e a instituição em que estão vivendo. Colocar-se no lugar do familiar e do próprio paciente, pensar em como gostaria de ser cuidado e se fosse um familiar seu... Pensar em oferecer o melhor possível dentro das limitações da família. Estar disponível a ouvir as necessidades do paciente e seus familiares... Oferecer conforto e dignidade...”. (E 06)*

Quando questionados a respeito dos conhecimentos necessários para cuidar do paciente em CP, nove mencionaram os conhecimentos técnico-científicos; três fizeram referência à humanização no cuidado ao paciente e à família.

Em relação às habilidades necessárias, cinco mencionaram a escuta, três citaram a empatia e a disponibilidade do profissional; uma citou as habilidades específicas aprendidas na rotina do dia-a-dia; um referiu o conhecimento emocional; uma citou o planejamento de tratamento junto à família e gostar de estudar, e outras duas mencionaram as habilidades nas relações pessoais e a articulação intersetorial.

Já sobre atitudes necessárias ao cuidado do paciente em CP, cinco indicaram a importância do acolhimento, duas mencionaram a necessidade do respeito e da escuta, uma afirmou que o diálogo é de suma importância; uma fez referência à necessidade de identificar um membro da família com maior vínculo para que as ações do profissional sejam mais eficazes e uma citou a cordialidade.

*“... conhecimentos científicos para prestar uma assistência que proporcione uma mínima qualidade de vida ao usuário por pior que seja o prognóstico”.  
(E 01)*

*“Acredito que todos precisamos sempre estar buscando conhecimentos a respeito das principais questões do nosso trabalho... sempre precisamos realizar a articulação intersetorial, mas acredito que para o início do cuidado, necessita-se de humanização”. (E 04)*

*“Saber ouvir, não julgar, não ter preconceitos, respeitar crenças, religiosidade...”. (E 01)*

*“... No meu ponto de vista, emocional (conhecimento) e conhecimento do caso em si,*

*como fazer melhor planejamento do tratamento com a família, abordagem clínica e psicológica...”. (E 05)*

*“Primeiro tentar dentro da escuta checar com o paciente seu desejo de aproximação familiar... Se há algum membro da família ou da rede social com vínculo, na casa dessa pessoa, mais para que ela esteja por perto para garantir conforto e tranquilidade diante dos cuidados que são prestados...”. (E 04)*

*“... Olha, na minha humilde opinião, acho que precisa vínculo, entende?... Amor pelo trabalho, amor pelo que faz geralmente, mas principalmente, amor pelo que estaria fazendo naquele momento... Sem isso não tem acolhimento e sem acolhimento a gente não cuida... não cuida mesmo...”. (E 10)*

Quanto à pergunta relativa a características específicas para trabalhar com pacientes em CP, duas enfermeiras mencionaram a simpatia pelo perfil do paciente em CP; uma citou o cuidado humanizado; uma, a ética; uma o bom relacionamento interpessoal; uma, o estabelecimento de contato intersetorial e outra, o amor ao próximo.

*“Sim, não pode realizar as ações de forma “mecânica”, prestar um cuidado mais humanizado possível, em suma, “saber ouvir”...”. (E 01)*

*“Eu penso que para qualquer área ou setor você precisa de afinidade com as características, com o que o outro espera, com as expectativas do paciente... O problema é que em CP, pelo menos eu penso assim, não se tem muita expectativa, entende?” (E 02)*

*“Penso que... ser paciente, ter empatia, estar disponível e ter equilíbrio emocional para lidar com as situações que ocorrem no dia a dia do CP”. (E 06)*

*“Acho principalmente que para trabalhar com pacientes em CP, a pessoa precisa ser mais humana, além de ser bem formada...”. (E 08)*

Todos afirmaram receber insumos por parte da Secretaria Municipal da Saúde para atender pacientes em CP. Cabe aqui recordar que de acordo com as informações contidas no Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde, insumos são equipamentos, sondagens, curativos entre outros e medicamentos a serem utilizados no domicílio, distribuídos pelos serviços que compõem a rede de atenção (Brasil, 2012:4). Onze participantes citaram oxigênio; nove citaram apoio para discussão de casos para encaminhamento; oito a abordagem multiprofissional e sete os medicamentos.

Cinco mencionaram a existência de estrutura institucional para prestar apoio às famílias de pacientes em CP; dois informaram receber apoio de outras secretarias, como a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) e dois citaram a possibilidade de contar com uma estrutura para viabilizar as transferências para um hospital, se necessárias. Entretanto, apenas um referiu receber apoio da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) quando da necessidade de encaminhamento de pacientes em CP para algum outro tipo de atendimento de saúde.

Dez mencionaram apoio para encaminhamento para um setor específico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sem, contudo saber identificar qual é esse setor.



## 6. DISCUSSÃO

Os resultados do estudo revelam que as enfermeiras generalistas que atuam na da AB prestam CP e muitas vezes não sabem que o fazem. Realizam seu trabalho da melhor maneira possível, dentro de uma realidade que nem sempre as favorece ou os pacientes que necessitam desses cuidados.

Souza et al. (2015) afirmam que, diante da crescente demanda por CP, é difícil contar com um número suficiente de especialistas para a assistência. Portanto, a preocupação com os CP deve envolver todos os profissionais de saúde, mesmo os generalistas, e ainda familiares cuidadores que prestam assistência a esses pacientes.

Apesar de prestarem cuidados de enfermagem a pacientes em CP, a maioria dos entrevistados relatou não haver realizado cursos ou especializações em CP.

Martins *et al.* (2006) consideraram que ser enfermeiro requer:

“reconhecimento de que toda pessoa tem direito à adequada assistência de enfermagem, que o atendimento de enfermagem ao ser humano deve ser considerado em sua totalidade e em constante interação com o meio ambiente, que o enfermeiro atua em diversos campos de ação, exercendo atividades de assistência, administração, ensino, pesquisa e integração, nos níveis primário, secundário e terciário e que a constante evolução das ciências da saúde exige do enfermeiro permanente atualização e, muitas vezes, especialização, que deve ser adquirida após a formação básica”.

A realização de CP vem se tornando uma competência necessária para enfermeiros que atuam em serviços da AB, principalmente pela proximidade que o cuidado na comunidade proporciona entre as equipes profissionais, os doentes e as famílias (Baliza et al., 2012).

Competências podem ser definidas como o conjunto formado por conhecimentos, habilidades, atitudes, interesses, traços, valores ou outras características pessoais; são aquelas características pessoais essenciais para o desempenho da atividade e que diferenciam o desempenho das pessoas (Chiavenato, 2002).

O conceito de competência profissional surgiu nos anos 60 nos Estados Unidos e a formação e a qualificação baseada em competências difundiram-se nos Estados Unidos e na Inglaterra nos anos 80. Um elemento central na competência é o desempenho efetivo, definido como a forma de alcançar resultados específicos com ações também específicas. (Marques; Egry, 2011)

Para Perrenoud (1999, p.07), os significados de competência são múltiplos. Para o autor, trata-se da *“capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas limitar-se a eles”*. Quase toda ação mobiliza conhecimentos, algumas vezes elementares e esparsos, outras vezes complexos e organizados em rede. Le Boterf (2000) define competência profissional como a mobilização de recursos, isto é, saber gerir, gerenciar. Perrenoud (2001, p.28) define-as como *“o conjunto formado por conhecimentos, savoir-afaire e posturas, e também ações e as atitudes necessárias ao exercício da profissão”*.

Para Perrenoud (2002), ser competente em termos profissionais é ser tolerante, buscando continuamente o aperfeiçoamento da prática, sua correção e retomada para verificar os diferentes aspectos que devem ser considerados em função de um contexto, da história. Tomar uma decisão envolve conflitos e oposições e frequentemente os profissionais podem se sentir pouco autorizados ou pouco competentes para tomar decisões a respeito do próprio trabalho.

Macedo (2000) afirma que ser competente é ousar julgar em momentos de incerteza, dificuldade, ambivalência, contradição, dúvida, e por isso, ser competente é ser tolerante e generoso. Outras características da competência são saber agir, saber dizer, saber comunicar, saber fazer, saber explicar, saber compreender, saber encontrar a razão, ou seja, a competência é aquilo que organiza e dá base para que algo possa se realizar enquanto representação, pensamento, ação, compreensão ou sentido (Le Boterf, 2000).

Por isso, no desenvolvimento de competências, estes verbos são fundamentais: abstrair, ou seja, retirar de uma situação algo que tenha valor de lição; generalizar, transferir com as adaptações que sempre serão necessárias; aprender com a experiência, sabendo que a experiência sempre será suficiente porque a situação é cada vez única e original, embora seja possível recorrer a ela, mobilizá-la (Perrenoud, 2002).

Cada elemento de um referencial de competências pode remeter a práticas antes seletivas e conservadoras ou a práticas democratizantes e renovadoras (Perrenoud, 2000).

Os participantes deste estudo identificaram os CP como cuidados prestados na fase final da vida, principalmente a pacientes com câncer. Talvez por esse motivo não tenham mencionado o atendimento em CP prestado a crianças. Tampouco indicaram as atribuições e as características necessárias ao profissional enfermeiro para prestar CP.

Os CP podem ser definidos como o cuidado ativo e total prestado ao paciente cuja doença não responde ao tratamento curativo. Consistem em cuidados diferenciados que visam à prevenção e ao alívio do sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação adequada e tratamento da dor e de outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais, para promover a qualidade de vida do paciente e de seus familiares (Baliza et al., 2012). Baseiam-se em conhecimentos inerentes às diversas especialidades e incorporam inúmeras possibilidades de intervenção clínica e terapêutica nas diversas áreas de conhecimento (ANCP, 2012).

Para Correia e De Carlo (2012), CP são uma filosofia de cuidados, cujas medidas promovem a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares no processo de enfrentamento do fim da vida, por meio da identificação precoce, prevenção e alívio do sofrimento, avaliação e tratamento adequados dos problemas físicos, psicossociais e espirituais.

Tanto a revisão bibliográfica quanto os dados coletados neste estudo remetem às famílias desses pacientes e o sofrimento por elas experimentado, que não é possível mensurar e que muitas vezes acaba sendo acolhido pelos

enfermeiros que, estando à frente da equipe de Enfermagem, deparam-se com as necessidades desses pacientes e suas famílias.

Os pacientes em CP, assim como seus familiares, requerem um tempo maior para a realização de cuidados. Entretanto, as inúmeras demandas de cuidado na AB nem sempre permitem às equipes de saúde estruturar seu trabalho de forma a garantir esse atendimento de forma satisfatória.

Os profissionais entrevistados atuavam na AB já há pelo menos de dois anos e já haviam realizado atendimento à pacientes em CP, embora somente dois tivessem mencionado preparação específica para tal. Além disso, quase a totalidade respondeu desconhecer alguma forma de avaliação para determinar a necessidade encaminhamento dos pacientes aos CP. Não informaram se havia algum tipo de encaminhamento específico e quem seria o responsável, se a equipe ou o profissional médico.

O Guia de Cuidados Paliativos de 2012 da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) estabelece alguns critérios de recomendação para CP. Considera a possibilidade de indicação de CP para os pacientes que esgotaram todas as possibilidades de tratamento de manutenção ou prolongamento da vida, que apresentam sofrimento moderado a intenso e que optam por manutenção de conforto e dignidade da vida.

Para a ANCP (2012), é considerado paliativo o cuidado prestado ao paciente fora de possibilidades de cura física baseado em:

- ✓ Afirmação da vida e enfrentamento da morte como evento natural;
- ✓ Aceitação da evolução natural da doença, não acelerando nem retardando a morte, e repudiando as futilidades diagnóstica e terapêutica;
- ✓ Garantia de qualidade de vida;
- ✓ Controle da dor e de outros sintomas desenvolvidos com a progressão da doença;
- ✓ Integração dos aspectos clínicos com os aspectos psicológicos, sociais e espirituais que possam influenciar a percepção e o controle dos sintomas;
- ✓ Estímulo à independência do paciente, permitindo-lhe viver de maneira ativa até a sua morte;
- ✓ Respeito à autonomia do doente com ações que levem à sua valorização como pessoa;
- ✓ Reconhecimento e aceitação, em cada doente, dos seus próprios valores e prioridades;
- ✓ Consideração de que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e crescimento pessoal;
- ✓ Favorecimento de uma morte digna, com o mínimo de estresse possível, no local de escolha do paciente;
- ✓ Prevenção de problemas durante o luto;
- ✓ Diferenciação e interdisciplinaridade.

A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), em seu manual de Organização de Serviços em Cuidados Paliativos (2006), afirma que os CP devem ser oferecidos com base nas necessidades do paciente e não

apenas no diagnóstico ou prognóstico da doença, podendo ser introduzidos em fases precoces da doença, qualquer que seja ela.

As características já descritas configuram uma *filosofia paliativista*, que inclui a necessidade de assegurar aos pacientes uma assistência especializada e humanizada, que leve em conta as limitações e o sofrimento físico, além do comprometimento social e emocional dos doentes, que têm o direito de receber um tratamento digno até o findar da vida. (Silva, 2015).

Não é possível falar de CP sem se falar de ética no cuidado. *“O cuidado é um imperativo moral e não uma mercadoria que se pode ser comprada e vendida. Cuidados com os outros seres humanos protegem, reforçam e preservam a dignidade humana”* (Potter, 2013 p.88).

Baliza et al. (2012) identificaram diversos entraves à incorporação dos CP na AB, entre elas a inabilidade dos profissionais para lidar com as famílias e a falta de disponibilidade de recursos tecnológicos. Destaca como ponto positivo, entretanto, a capacidade dos profissionais da AB para estabelecer vínculo com os pacientes que recebem tais cuidados, tanto por sua proximidade com essas pessoas, quanto por sua qualificação e perfil diferenciado, com ênfase na inter-relação entre equipe, comunidade e família.

Os entrevistados fizeram referência a falhas na estrutura para a realização dos CP, especialmente um sistema de referência e contra-referência que possibilitaria articular os diversos níveis do sistema de saúde para dar respostas mais efetivas às necessidades do paciente em CP.

A APCP (2006) afirma que o doente e a família têm necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais que devem ser avaliados no momento da anamnese inicial e do exame físico geral e completo. Em complemento à avaliação inicial, deve ser efetuada e registrada periodicamente uma avaliação das necessidades de todos os doentes e famílias, de forma a permitir dos objetivos terapêuticos e o monitoramento e a avaliação dos ganhos em saúde.

Queiroz (2013) considera que os CP podem ser desenvolvidos em ambiente ambulatorial, hospitalar e no próprio domicílio do paciente. A maioria dos estudos, no entanto, enfoca o cuidado no âmbito hospitalar. Diante disso, tornam-se relevantes as pesquisas destinadas a compreender como essa modalidade de cuidado pode ser realizada no domicílio pela equipe multiprofissional da AB.

Combinato e Martins (2012) recomendam que os programas de CP incluam assistência domiciliária e ambulatorial, emergência e internação hospitalar, o que requer o treinamento dos profissionais de saúde, pesquisa e ensino, serviços de consultoria e suporte para o luto. Porém, os CP não se definem espaço físico em que ocorrem, mas pela *“filosofia de cuidados, que se concretiza no serviço prestado onde quer que o paciente se encontre”* (Pessini, 2004).

Os CP caracterizam um tipo específico de atendimento que deve ser organizado e ofertado em todos os níveis de atenção, sem descontinuidade (Souza et al., 2015).



Os entrevistados afirmaram que para prestar assistência a pacientes em CP à enfermeira da AB necessita de conhecimentos técnico-científicos e sensibilidade para realizar o cuidado humanizado. Ademais, deve estar disponível e realizar o acolhimento do paciente e sua família. No entanto, não especificaram o tipo de formação profissional requerida.

“As ações humanizadas na atenção do profissional da saúde são indissociáveis daquilo que se poderia denominar âmbito da ‘sensibilidade’, que, em certo sentido, é mais profundo que o âmbito do pensamento e da ação. Isso se justifica na medida em que cuidar de uma pessoa enferma tem como pressuposto existencial o fato de o cuidador ver-se ou sentir-se afastado visceralmente (afecção é da ordem do contato) por sua situação, que o próprio contato inaugura. Esse contato, por sua vez, diz respeito ao paciente em seu corpo e em sua carne vulnerável e ferida. Nesse sentido, a sensibilidade preside toda a ação do cuidador, porque está associada ao seu contato com o enfermo enquanto ele tem corpo, é seu corpo e como tal é sua carne” (Pessini e Bertachini, 2014).

Giordani (2008) afirma que atualmente a prática da solidariedade praticamente inexistente e muitos profissionais de saúde tem-se “embrutecido”, o que lhes dificulta admitir e trabalhar a própria sensibilidade no cotidiano do exercício profissional, limitando sua percepção em relação ao outro. Isso leva a repensar o que deve ser ensinado às futuras gerações como normas de boa conduta e respeito aos semelhantes.

A humanização dos serviços de saúde implica o reconhecimento do valor da pessoa humana e a compreensão do cuidado de saúde, aliado à sensibilidade diante do sofrimento. A humanização, a ética, o cuidado sensível, a acolhida e a hospitalidade são hoje palavras de ordem que devem se concretizar em sentimentos, atitudes e políticas de ação no frio mundo da assistência da saúde (Pessini, Bertachini, 2014).

Atender adequadamente os doentes que necessitam de CP requer conhecimentos e habilidades próprias, alguns específicos para cada profissional e outras compartilhadas por todo o grupo (Pimenta, 2006). A inclusão dos temas CP e dor nos currículos de formação de profissional da área de saúde já não é tão rara, porém ainda não se percebe aprofundamento sobre o assunto e espaços de discussão de casos e compartilhamento de ideias e conhecimento das equipes que realizam esse trabalho.

Baliza et al. (2012) consideram indispensável a formação de recursos humanos capacitados para prestar CP. Argumentam, contudo, a escassez de cursos e falta de formação específica relacionada aos CP na graduação e na pós-graduação, mesmo em oncologia, especialidade em que mais se observa o desenvolvimento de CP, gera um cenário desafiador, em que há muito a fazer em termos de pesquisa, ensino, organização de serviços e formação de recursos humanos.

Os participantes deste estudo não definiram o que entendem por necessidades de saúde de um paciente em CP e tampouco os conhecimentos,

as habilidades e as atitudes necessários para a atuação profissional do enfermeiro que se vê diante de pacientes que necessitam de CP.

Parte da explicação para essa visão pouco específica dos CP pode estar na afirmação de Correia e De Carlo (2012) de que a avaliação da qualidade de vida dos pacientes em CP é um procedimento bastante complexo, que exige preparo e qualificação específica. No entanto, tais autores são enfáticos ao afirmar que essa avaliação contribui para a identificação da condição global do doente, assim como para a qualidade dos serviços oferecidos.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Realizou-se uma pesquisa descritiva, de caráter exploratório, com o objetivo revelar as concepções de enfermeiras que atuam na ESF sobre CP, identificar os significados que atribuem aos CP, conhecer suas percepções sobre as necessidades desse pacientes, assim como as habilidades necessárias à prestação de CP na AB.

Os resultados falam em favor da necessidade ainda premente de abrir espaços para discussão do tema e aprofundar conhecimento sobre a formação profissional. Embora os CP estejam presentes na Atenção Básica, a identificação dos pacientes que dele necessitam e em que fase da doença podem e devem ser prestados ainda não está claro para o enfermeiro generalista.

Grande parte dos entrevistados afirmou que, de acordo com sua experiência, as principais necessidades de um paciente em CP são o tratamento humanizado, o apoio à família e a informação ao paciente e à família sobre a condição do paciente e evolução do quadro clínico, o conforto, o suporte psicológico e emocional, a manutenção da dignidade, o vínculo com o profissional, o comprometimento dos familiares e o alívio dor. Porém nenhum deles conseguiu identificar a necessidade de critérios para elegibilidade desses pacientes aos CP.

Como conhecimentos necessários para prestar atendimento a pacientes em CP foram citados os conhecimentos técnico-científicos e a humanização no

cuidado ao paciente e à família e sobre as habilidades necessárias para prestar CP, foram mencionadas: a escuta ativa, a cordialidade, a empatia, a disponibilidade do profissional, a habilidades específicas aprendidas na rotina do dia-a-dia, o conhecimento emocional, o planejamento do tratamento junto à família, gostar de estudar, as habilidades nas relações pessoais e a capacidade de promover a articulação intersetorial.

Dentre as características necessárias ao trabalho em CP, as respostas dos profissionais incluíram a simpatia pelo perfil do paciente em CP, o cuidado humanizado, a ética, o bom relacionamento interpessoal, o estabelecimento de contato intersetorial e o amor ao próximo e constatou-se que a formação dos profissionais de saúde em dor e cuidados paliativos é restrita, apesar de o cuidado do doente fora de possibilidade de cura estar presente em muitas situações de atendimento a pacientes com doenças crônicas.

Cuidar de um paciente sem possibilidade de cura não é algo fácil para o profissional da área da saúde, muito menos para a família. Avaliando as respostas dos participantes deste estudo, pode-se dizer que talvez isso de dê também em parte por conta da formação, pois é notório que ao ingressar na área da saúde o estudante inicia seus estudos sobre o processo saúde-doença com ênfase nas formas de prevenção do adoecimento, na cura e na reabilitação.

Ao longo da formação, o contato com a morte será algo episódico e ocasional e poucas horas serão dedicadas a preparar os estudantes para acompanhar o processo de morte e o morrer, o que não favorece o

desenvolvimento das competências necessárias para prestar os cuidados necessários aos pacientes sem possibilidade de cura.

Assim, é fundamental ampliar a oferta de formação específica, aprimorando o currículo dos cursos de graduação, com disciplinas que abordem a morte e os CP, preparando os futuros profissionais para a prática. Também é possível atuar por meio da educação permanente, promovendo a qualificação daqueles que já se encontram atuando.

Verificou-se a necessidade da capacitação e orientação para utilizar instrumentos que direcionem a prática da enfermeira da AB que lida com paciente em CP. Também se constatou a necessidade de aprimoramento técnico-científico direcionado especificamente ao processo de morte e morrer, pois, nesse momento tão delicado da vida do paciente e de seus familiares, a equipe precisa estar preparada para acolher e desenvolver o melhor atendimento possível, pautado no conhecimento técnico-científico e também no cuidado humanizado.

Os CP vieram para ocupar uma lacuna importantíssima no cuidado em saúde, que precisava ser preenchida com urgência, proporcionando assim um cuidado mais efetivo para o paciente portador de doenças sem possibilidade de cura. São cuidados primordiais para minorar o sofrimento que resulta da impotência de pacientes e famílias e da falta de dignidade que advém da assistência pouco qualificada, não por falta de empenho da equipe que atua na AB, mas sim por carência de preparo efetivo para lidar com essas situações.

São Camilo de Lelis é autor da frase: “*Mais coração nas mãos*”, ou seja, mais humanização e aprimoramento para tratar daqueles que precisam de auxílio. A partir do momento que o ensino em saúde pautar-se por essa máxima, o CP tornar-se-á realmente humano.

## 8. REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Cuidados Paliativos. Fundação do Câncer. Cuidados paliativos: qual é o cenário dos cuidados paliativos no Brasil. [Internet]. Brasil: Fundação do Câncer; [atualizado em 2015; citado em 2014 Out. 09]. Disponível em: <http://www.chem.qmul.ac.uk/iubmb/>.
2. Academia Nacional de Cuidados Paliativos - Manual de cuidados paliativos. - Rio de Janeiro - Solo Editoração & Design Gráfico, 2012. 592p.
3. Andrade MM. Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação. São Paulo: Atlas, 2003, 174p.
4. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Critérios de qualidade para unidades de cuidados paliativos (2006). [Internet]. Portugal; [atualizado em 2015]. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/diretivas-recomendacoes-apcp/criterios-de-qualidade-para-unidades-de-cuidados-paliativos.html>
5. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Recomendações para organização de serviços de cuidados paliativos (2006). [Internet]. Portugal; [atualizado em 2015]. Disponível em: [http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes\\_Organizacao\\_de\\_Servicos.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf)



6. Baliza MF, Bousso RS, Spineli VMCD, Silva L, Poles K. Cuidados paliativos no domicílio: percepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. *Revista Acta Paulista Enfermagem*, São Paulo. 2012; 25 (n. esp. 2):13-8.
7. Bifulco VA, Iochida LC. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. *Revista Brasileira de Educação Médica*, São Paulo. 2009; 33(1):92 - 100.
8. Bousso RS, Poles K, Rossato LM. Desenvolvimento de conceitos: novas direções para a pesquisa em tanatologia e enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2009, vol.43.
9. Brasil (1). Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1990.
10. Brasil (2). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. [internet]. Brasília; 2006 [citado 2013 set. 16]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/atencao-basica/>
11. Brasil (3). Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não

- transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011 – 2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160p.: Il. – Série B. Textos Básicos de Saúde)
12. Brasil (4). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 1vl.
13. Brasil (5). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 2vl.
14. Brasil (6). Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: MS; 2011.
15. Bretas JRS, Oliveira JR, Yamaguti L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 40, n. 4, dez. 2006.
16. Burlá C. Controle de sintomas do câncer avançado em adulto: normas e recomendações do INCA/MS. Revista Brasileira de Cancerologia 2002;v.48(2),p.191-211.
17. Chiavenato I. Teoria geral da administração. 6ª Edição, vol.2. Rio de Janeiro: Elsevier, 2002.

18. Combinato DS, Martins STF. (Em defesa dos) cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, 2012; 36 [3]: 433-441.
19. Correia FR. Tradução, adaptação cultural e validação inicial no Brasil da Palliative Outcome Scale (POS). Ribeirão Preto, 2012.
20. Correia FR, De Carlo MMRP. Avaliação da qualidade de vida no contexto dos cuidados paliativos: revisão integrativa de literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2012, vol.20(2), mar-abr.
21. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Cuidado paliativo. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.
22. Floriani CA, Schramm FR. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospícios modernos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* - v.17, supl.1, jul. 2010, p.165-180.
23. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007, 176p.
24. Giordani AT. Humanização da saúde e do cuidado. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2008. 191p.
25. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.9.

26. Incontri D, Santos FS. (org.). A arte de morrer: visões plurais. Bragança Paulista, SP. Editora Comenius, 2007.
27. International Observatory on End of Life Care. Global Development. United Kingdom: IOELC, 2008. Disponível em: <[www.eolc-observatory.net](http://www.eolc-observatory.net)>. Acesso em: out. 2008.
28. Le Boterf G. Compétence et navigation professionnelle. Paris: Éditions d'Organisations, 2000.
29. Leonello VM, Oliveira MAC. Construindo competências para ação educativa da enfermeira na atenção básica. Rev Esc Enferm USP. [Internet]. 2007 [citado 2016 Jun. 13]; 41(n. esp.):847-52. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342007000500019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000500019&lng=en&nrm=iso)>
30. Macedo L, Petty, ALS, Passos NC. Aprender com jogos e situações problema. Porto Alegre: Artmed; 2000.
31. Marchi JA, Paula CC, Girardoni-Perlini NMO e Sales CA. Significado de ser cuidador de familiar com câncer e dependente: contribuições para a palição. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2016, vol.25, n.1 [cited 2016-05-02], e0760014. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000100311&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100311&lng=en&nrm=iso)>. Epub Mar 22, 2016. ISSN 1980-265X. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016007600014>.

32. Marques CMS, Egry EY. As competências profissionais em saúde e as políticas ministeriais. *Rev Esc. Enferm USP*. 2011; 45(1): 187-93.
33. Martins C et al. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v.15, n.3, p.472-478, set. 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000300012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300012&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 13 Jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000300012>.
34. Mendes EC, Vasconcellos LCF. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, V. 39, N. 106, P. 881-892, Jul-Set 2015.
35. Mitchell G. Primary palliative care: facing twin challenges. *Aust Fam Physician*. [Internet]. 2011 [acesso 28 abr 2016]; 40 (7):517-8. Disponível: <http://www.racgp.org.au/download/documents/AFP/2011/July/201107mitchell.pdf>
36. Pastrana T, De Lima L, Pons JJ, Centeno C. Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica. Edición cartográfica 2013. Houston: IAHP Press, 2013.
37. Paz CRP. Cuidados paliativos na atenção primária: novos desafios. São Paulo: 2013. 103p.

38. Pereira EEB, Santos NB, Sarges ESNF. Avaliação da capacidade funcional do paciente oncogeriátrico hospitalizado. Rev Pan-Amaz Saúde, Ananindeua , v. 5, n. 4, dez. 2014 .
39. Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed, 1999. 90p.
40. Perrenoud P. Dez novas competências para ensinar. Porto Alegre: Atmed, 2000. 192p.
41. Perrenoud P et al. Formando professores profissionais: Quais estratégias? Quais Competências? Porto Alegre: Atmed, 2001. 232p.
42. Perrenoud P et al. As competências para ensinar no século XXI: a formação de professores e o desafio da avaliação. Porto Alegre: Atmed, 2002. 176p.
43. Pessini L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. Prática hospitalar 2005; (41): 107-12
44. Pessini L et al. Bioética, cuidado e humanização: humanização dos cuidados de saúde e tributos de gratidão. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Edições Loyola – IBCC: Centro de Estudos, 2014. Vol.III. 280p.
45. Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004. p. 181-208.

46. Pimenta CAM. Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. Baruei, SP: Manole, 2006. 498p.
47. Polit DF. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7º Edição – Porto Alegre: Artmed, 2011, 669p.
48. Queiroz AHAB, Pontes RJS, Souza AMA, Rodrigues TB. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. Ciênc Saúde Coletiva. [Internet]. 2013 [acesso 29 abr 2016];18(9):2615-23. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900016>
49. Santos FS. Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas. São Paulo: Editora Atheneu, 2011, 654p.
50. Sampieri RH. Metodologia de pesquisa. 3º Edição – São Paulo: McGraw-Hill, 2006, 583p.
51. Silva GF. Cuidados paliativos e subjetividade: ações educativas sobre a vida e o morrer. Giselle de Fátima Silva; orientador Fernando Luis González Rey. -- Brasília, 2015. 234 p.
52. Silva L, Poles K, Baliza MF, Silva MCLSR, Santos MR, Bousso RS. Cuidar de famílias de idosos em final de vida na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2013, vol.21, n.1.

53. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987, 175p.

54. World Health Organization. National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines. Geneva: WHO, 2002.



## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Cara (o) colega,

Meu nome é Luciene Jacinto de Souza, sou enfermeira e estudante matriculada no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP), nível de mestrado. Estou desenvolvendo um estudo intitulado *Cuidados Paliativos sob a Ótica de Enfermeiras da Estratégia Saúde da Família*, cujos objetivos são:

- ✓ Identificar os significados atribuídos por enfermeiros da ESF aos cuidados paliativos;
- ✓ Conhecer suas percepções sobre a necessidade de cuidados paliativos na Atenção Básica e
- ✓ Verificar que tipo de formação consideram necessária para a prestação de cuidados paliativos nesse nível de atenção.

Sua participação é muito importante para o alcance dos objetivos desta pesquisa, Assim, convido-a (o) a participar voluntariamente. Para isso, será necessário responder um questionário de caracterização sociodemográfica, indicar os pacientes atendidos pela Unidade em cuidados paliativos e responder algumas questões sobre a atenção dispensada a esses pacientes.

Asseguro-lhe que seus dados serão mantidos em sigilo. Você terá a liberdade de desistir de participar da pesquisa sem que haja qualquer prejuízo ou sanção. Os resultados obtidos poderão ser utilizados para apresentação em eventos científicos e publicações em periódicos, mas seu anonimato será mantido.

Se desejar, você poderá ter acesso aos resultados deste estudo, entrando em contato diretamente com a pesquisadora, por meio do e-mail [luciene.jacinto@usp.br](mailto:luciene.jacinto@usp.br) ou telefone (11) 98126-7339 ou diretamente com a orientadora, Profª Drª Maria Amélia de Campos Oliveira, do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da USP, pelo telefone 3061-7652.

Caso haja qualquer dúvida relacionada à ética na pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP, pelo telefone 3061-7548.

=====

Tendo sido esclarecido sobre os objetivos do estudo e sobre o caráter voluntário de minha participação, consinto em participar desta investigação.

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_ de 2015.

Assinatura do entrevistado (a): \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B - Questionário para caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes**

1. Nome: \_\_\_\_\_

2. Data de nascimento: \_\_\_\_\_

3. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

4. Em que ano você se formou? \_\_\_\_\_

5. Onde? \_\_\_\_\_

6. Possui alguma especialização? ( ) Não ( ) Sim Em que área? \_\_\_\_\_

7. Cursou o Mestrado? ( ) Não ( ) Sim. Em que área? \_\_\_\_\_

8. Cursou Doutorado? ( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

9. Você fez algum curso sobre a morte e o morrer? ( ) Não ( ) Sim

Qual? \_\_\_\_\_

10. Há quanto tempo você trabalha na Atenção Básica? Desde (mês/ano) \_\_\_\_\_

11. Durante seu período de treinamento (ou experiência) na AB, você recebeu algum preparo para lidar com o processo de morte e morrer? ( ) Não ( ) Sim.

Qual? \_\_\_\_\_

12. Realiza atendimento à pacientes sem possibilidade de cura? ( ) Não ( ) Sim

13. Você já cuidou de algum paciente indicado para Cuidados Paliativos (CP)?

( ) Não ( ) Sim

14. Sabe conhece os critérios utilizados para indicar um paciente para CP?

( ) Não ( ) Sim.

Quais? \_\_\_\_\_

16. Você conhece algum instrumento utilizado para definir o paciente elegível para CP? ( ) Não ( ) Sim.

Qual? \_\_\_\_\_

17. Você utiliza algum deles na AB? ( ) Não ( ) Sim. Qual?

\_\_\_\_\_

## **APÊNDICE C: Roteiro para entrevista**

1. Gostaria que você relatasse o caso de um paciente em CP atendido por você na AB.
2. Imagine que você vá receber uma colega enfermeira que nunca prestou CP na AB e que tem um paciente nessas condições. O que você lhe diria?
3. Que conhecimentos você acredita que ela deveria ter?
4. Que habilidades seriam necessárias?
5. Que atitudes ela deveria ter para com o paciente em CP e sua família?
6. Você acredita que para trabalhar nos CP o profissional precisa ter alguma característica específica? Quais?
7. De acordo com sua experiência, quais são as principais necessidades de um paciente em CP?