

Cuidados Paliativos na Atenção Básica: ações desenvolvidas pelos profissionais das equipes de saúde da família

Palliative Care in Primary Care: actions developed by professionals from family health teams

Teresa Christine Pereira Morais¹ 

Francine Salapata Fraiberg² 

Raniel Medeiros de Lima³ 

¹Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP. Docente da Escola Superior de Ciências da Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (ESCS/FEPECS). Brasília, Distrito Federal, Brasil.

²Enfermeira. Residente do Programa de Enfermagem em Centro Cirúrgico pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Brasília, Distrito Federal, Brasil.

³Enfermeiro. Residente do Programa de Cardiologia e Hemodinâmica no Instituto de Cardiologia e Transplantes do Distrito Federal (ICTDF). Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Autor correspondente:

Teresa Christine Pereira Morais

E-mail: teresacpmorais@gmail.com

Recebido em 01/08/22

Aprovado em 15/03/23

RESUMO

Objetivo: identificar as ações desenvolvidas por profissionais da Atenção Básica no atendimento a pacientes em Cuidados Paliativos.

Método: estudo descritivo e exploratório, realizado em duas unidades básicas de saúde de Samambaia, Distrito Federal. A coleta de dados foi realizada por entrevista com os profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família, o processamento dos textos contou com o apoio do *software* Iramuteq e a análise interpretativa ocorreu sob a vertente hermenêutico-dialética.

Resultados: os profissionais da Atenção Básica tiveram suas ações caracterizadas em dois grupos: ações mediadas por tecnologias leves de cuidados e ações mediadas por tecnologias leve-duras de cuidados.

Conclusão: indica-se a necessidade de estabelecer processos contínuos e sistematizados de capacitação dos profissionais da Atenção Básica para a implementação da devida assistência aos pacientes em Cuidados Paliativos.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Equipe de Assistência ao Paciente; Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to identify the actions developed by Primary Care professionals in the care of patients in Palliative Care.

Method: descriptive and exploratory study, carried out in two basic health units in Samambaia, Federal District. Data collection was carried out through interviews with professionals from the Family Health Strategy teams, text processing was supported by the Iramuteq software, and the interpretive analysis took place under the hermeneutic-dialectic approach.

Results: primary Care professionals had their actions characterized into two groups: actions mediated by light care technologies and actions mediated by soft-hard care technologies.

Conclusion: there is a need to establish continuous and systematic training processes for Primary Care professionals to implement proper assistance to patients in Palliative Care.

Keywords: Palliative Care; Patient Care Team; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A integralidade da assistência, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), é entendida como um 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. Neste sentido, deve-se considerar a integralidade do sujeito, dos serviços e dos cuidados, incluindo, assim, os Cuidados Paliativos¹. Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde/World Health Organization (OMS/WHO), revisada em 2002 e 2017,

Cuidado paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento, através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais².

Na atualidade, a definição de Cuidados Paliativos nos permite pensar em uma abordagem desde o diagnóstico de uma doença crônica ameaçadora de vida, sendo indicados não somente aos pacientes com tais adoecimentos, mas também às suas famílias, inclusive no âmbito da Atenção Básica em Saúde. Tal compreensão nos remete ao conceito de cuidado, que no entender de Chagas e Merhy³, é um valor que define os conceitos da existência, um encontro produtor de diferença, um modo de atuar no mundo, “uma conduta, reflexo da imagem que se constrói de si e dos outros a partir de si mesmo” e que se reflete nas práticas. Para os autores, na interface entre ambos, “Cuidados Paliativos como projeto cumprem uma importante missão de gerar reflexão sobre a forma como se produz cuidado, como se cuida da vida e da morte das pessoas”³.

Do ponto de vista histórico, cuidado paliativo data dos primeiros tempos da era cristã, e se mistura ao

termo *hospice*, espécie de abrigos ou hospedarias, destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes. Alguns historiadores chegam a relatar que na Idade Média, durante as Cruzadas, era comum achar *hospices* em monastérios, os quais abrigavam tanto doentes e moribundos, como também famintos, mulheres em trabalho de parto, pobres, órfãos e leprosos^{3,4}. Esta forma de hospitalidade tinha como principal característica o acolhimento, a proteção, o alívio do sofrimento, mais do que a busca pela cura. Nesta direção, várias instituições de caridade surgiram na Europa no século XVII, cujo modelo se propagou e no século XIX passaram a ter características de hospitais^{4,5}.

A concepção de cuidado ao paciente fora de perspectiva de cura surgiu na década de 1960, com Cicely Saunders (enfermeira, médica e assistente social inglesa), que fundou o primeiro hospital voltado para esses pacientes, o *St. Christopher's Hospice*, na Inglaterra⁵. Em se tratando de pacientes que apresentam condições crônicas progressivas de adoecimento, discutir uma abordagem paliativa de cuidado desde o início do tratamento possibilitaria amenizar o sofrimento de forma precoce e orientada.

No Brasil, embora na última década se tenha um crescente aumento das discussões sobre Cuidados Paliativos e seus benefícios, as práticas de saúde adotadas nos serviços permanecem vinculadas aos cuidados prestados no fim de vida, demonstrando a necessidade de serem ampliadas para além das unidades hospitalares de referência⁵. Segundo a OMS⁶, Cuidados Paliativos são um componente essencial de todos os sistemas de saúde, o que implica enfrentar problemas como falta de conhecimento dos profissionais de saúde, voluntários da comunidade e público em geral sobre os seus benefícios, dentre outros.

No que tange às normativas nacionais, a Portaria nº 2.436, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, preconiza em seu artigo 2º que a Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem também cuidados paliativos, além da promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e vigilância em saúde⁷. Em 2018, o Ministério da Saúde aprovou a Resolução nº 41, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos Cuidados Paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁸.

A referida Resolução preconiza, em seu artigo 5º, inciso I, que os cuidados paliativos deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde, sendo a Atenção Básica a ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, responsabilizando-se por acompanhar os usuários com doenças ameaçadoras de vida em seu território, predominando o cuidado longitudinal, com a retaguarda dos demais pontos da rede de atenção sempre que necessário. Além da Atenção Básica, os Cuidados Paliativos podem ser desenvolvidos na atenção ambulatorial e domiciliar, em unidades de atenção hospitalar e de urgência e emergência⁸.

Segundo Queiroz *et al.*⁹, como os estudos em Cuidados Paliativos de modo geral enfocam o cuidado no hospital ou *hospice*, compreender como esse tipo de atenção poderia ser desenvolvido por profissionais da Atenção Básica, poderia ampliar “as perspectivas dos pesquisadores e contribuiria para suscitar mais ideias no que concerne ao tema”. Floriani e Schramm⁹ apontam que, mesmo que a Atenção Básica, originariamente, não tenha a função de desenvolver ações em Cuidados Paliativos, pode ser estruturada para incorporar esse modelo para além das previstas para as equipes de Atenção Domiciliária. Assim, por meio de suas equipes, poderia assumir importantes atribuições, na medida em que detectariam a existência de pacientes em Cuidados Paliativos, identificando suas necessidades e as de seus familiares. Nesta direção, investigar as práticas assistenciais dos profissionais das equipes multidisciplinares que atuam na Atenção Básica no que tange aos Cuidados Paliativos, pode auxiliar na compreensão das dificuldades e empecilhos que enfrentam para lidar com tais pacientes.

Deste modo, considerando a ainda incipiente discussão sobre Cuidados Paliativos na Atenção Básica, bem como o direito e a necessidade de pessoas com algum tipo de doença progressiva e em estágio avançado de receberem esse cuidado, o estudo objetivou identificar as ações de cuidado desenvolvidas por profissionais da Atenção Básica em Cuidados Paliativos, com vistas a caracterizar e compreender de que forma os profissionais lidam com tais pacientes no cotidiano dos processos de trabalho.

MÉTODO

Tratou-se de estudo descritivo e exploratório, realizado em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que compõem o cenário de atuação de estágio da

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), em Samambaia Sul/Distrito Federal (DF), as quais apresentavam seis equipes de Saúde da Família. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas junto aos profissionais que atuavam em quatro equipes de cada UBS (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde), no período de novembro de 2019 a fevereiro de 2020. Os critérios para inclusão dos profissionais entrevistados foram: que atuassem há pelo menos um ano nas equipes de saúde da família, que tivessem prestado assistência a pacientes em Cuidados Paliativos e seus familiares no último ano e que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Estabeleceu-se como critério de exclusão, profissionais que estivessem em afastamento legal por ocasião da coleta de dados.

Ao todo foram entrevistados 32 profissionais (oito de cada profissão) e a seleção seguiu o critério de conveniência, ou seja, foram selecionados as unidades assistenciais e os sujeitos que se propuseram a fornecer as informações necessárias para a pesquisa. As entrevistas foram realizadas utilizando roteiro semiestruturado, por meio do qual os profissionais foram perguntados sobre capacitação em Cuidados Paliativos, as ações desenvolvidas nas situações que vivenciaram e de que forma a Atenção Básica poderia atuar junto aos pacientes em palição. O encerramento das entrevistas ocorreu quando se detectou a reincidência de informações. Assim, buscou-se identificar como as equipes atuam no cotidiano de suas práticas no atendimento a pacientes em Cuidados Paliativos, dado que diferentes concepções sobre o que vem a ser “Cuidados Paliativos” desencadeiam diferentes modos de enfrentar tais situações.

O processamento dos textos oriundos das entrevistas contou com o apoio do *software* IRAMUTEQ (Interface para Análise Multidimensional de Textos e Questionários)¹¹, cujo programa está ancorado no *software* R e permite diferentes formas de análise estatística em *corpus* textual e tabelas de indivíduos por palavras. O IRAMUTEQ realiza técnicas de classificação hierárquica descendente, análise de semelhança e nuvem de palavras, agrupando e organizando graficamente o texto inserido (*corpus* ou *rapport*) em classes de palavras das quais se pode extrair as categorias para proceder às análises.

Neste sentido, a análise interpretativa das classes de palavras decorrentes deste processamen-

to pelo IRAMUTEQ ocorreu sob a vertente hermenêutico-dialética, método para interpretação dos discursos proposto por Minayo¹², por meio da qual se explora o contexto dos entrevistados para compreender seus relatos “neles mesmos” e buscar as diferenças e semelhanças entre seu contexto e aquele da abordagem paliativa de cuidado. A autora propõe a análise hermenêutica em dois momentos distintos: o primeiro, do *campo das determinações fundamentais*, refere-se ao contexto sócio-histórico dos grupos sociais e que constitui o marco teórico-fundamental para a análise; e o segundo, denominado *encontro com os fatos empíricos*, referente ao estudo da realidade em toda sua dinâmica, o qual compreende as etapas de ordenação e classificação dos dados e análise final. A interpretação dos discursos foi ancorada na elaboração teórica de Emerson Elias Merhy, referente às tecnologias envolvidas no trabalho em saúde, classificadas em leves, leve-duras e duras^{13,14}.

Por se tratar de pesquisa que envolveu seres humanos e atendendo aos dispositivos legais contidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁵, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS) e devidamente aprovado conforme o Parecer nº 3.590.284, de 21 de setembro de 2019. No intuito de atingir o rigor metodológico necessário, foram observados os critérios estabelecidos para o *Reporting Qualitative Research* (COREQ), tanto na elaboração quanto no desenvolvimento e implementação da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos(as) entrevistados(as)

Os 32 sujeitos da pesquisa estão distribuídos igualmente entre oito enfermeiras(os), oito médicas(os), oito Agentes Comunitários de Saúde e oito Técnicas(os) de Enfermagem. No que diz respeito ao sexo, 81,25% são do sexo feminino e 18,75% do sexo masculino. As idades variaram entre 30 e 69 anos, com maior percentual entre 30 e 39 anos (46,87%); o tempo de atuação nas UBS variou de um mês a 15 anos, sendo o maior percentual entre seis e sete anos (34,37%). Em termos de formação, 50% dos entrevistados informaram pós-graduação em nível *lato sensu*, visto que metade são profissionais com formação em nível de graduação. A Tabela 1 apresenta os dados de forma mais ampla.

Tabela 1

Dados dos entrevistados. Brasília-DF, 2020.

Variáveis		Feminino	Masculino
Sexo		26	6
Cargo	Agente Comunitário	7	1
	Enfermeiro	6	2
	Técnico de Enf.	8	–
	Médico	5	3
Faixa etária	30-39	12	3
	40-49	8	3
	50-59	5	–
	60-69	1	–
Estado civil	Solteiro	3	–
	União estável	3	3
	Casado	18	3
	Divorciado	1	–
Tempo na atividade	Viúvo	1	–
	1 mês – 1 ano	7	–
	2-3 anos	3	3
	4-5 anos	2	–
	6-7 anos	9	2
	8-9 anos	1	1
	10-11 anos	–	–
	12-13 anos	2	–
	14-15 anos	2	–
Escolaridade	Ensino médio completo	6	–
	Ensino superior incompleto	1	–
	Ensino superior completo	6	1
	Pós-graduação (residência, especialização)	12	4
	Mestrado	–	1
	Doutorado	1	–

Os entrevistados também foram questionados sobre capacitação ou alguma formação em Cuidados Paliativos. Assim, constata-se que 56,25% dos entrevistados informaram algum tipo de capacitação; dentre os que o fizeram, o intervalo de tempo variou de um a cinco anos, percentual de duração igualmente distribuído entre dias e horas e por demanda da Secretaria de Saúde em 50% das vezes. A Tabela 2 ilustra o anteriormente apontado.

Tabela 2

Dados dos entrevistados quanto à capacitação e/ou formação em Cuidados Paliativos. (n=32). Brasília-DF, 2020.

Curso em Cuidados Paliativos	
Sim	14
Não	18
Quando?	
Mais de 10 anos atrás	1
Mais de 5 anos atrás	4
Menos de 5 anos atrás	5
1 ano atrás	4
Duração	
Anos	1
Meses	3
Dias (1 semana)	5
Horas	5
Onde?	
SES	5
Instituição (faculdade, hospital)	8
Alunos	1
Demanda?	
Própria	2
SES	7
Trabalho	1
Instituição	3
Alunos	1

Sobre este aspecto, cabe destacar, na fala dos profissionais, a necessidade de processos específicos e sistemáticos para lidar com pacientes em abordagem paliativa de cuidado, dado que a preparação para a morte não faz parte de seus processos formativos, tanto em nível técnico quanto de graduação. A ausência de preparo, treinamentos e ferramentas que os permitam desenvolver habilidades para realizar ações de cuidado junto a pacientes em situação de finitude e terminalidade, foi mencionado tanto pelos profissionais de nível superior quanto de nível técnico, visto que entendem a importância de saber identificar o que é possível realizar no domicílio e o que pode ser encaminhado

para a referência especializada. Os trechos dos discursos abaixo transcritos corroboram a presente constatação,

“[...] é uma abordagem de acompanhamento, de seguimento, então algum treino de medicina paliativa acho que todos os médicos precisarão ter, porque a gente acompanha todos os ciclos de vida nas suas casas e é pra onde elas vêm quando não tem indicação de internação nesse momento da palição, então, eu acho que é importante que os médicos de família, os médicos da Atenção Básica, e que a equipe multiprofissional conheça o conceito e a ferramenta de cuidados paliativos, isso já é bem frequente e vai ser cada vez mais”. (med02).

“[...] se tivesse algum protocolo alguma coisa assim, uma medida que fosse realmente voltada à atenção básica para cuidado seria muito bom; algumas ações básicas como suporte emocional e psicológico para ajudar a família e o paciente. Mas assim a gente não tem preparo nenhum para isso; e isso reflete na atenção básica que atualmente não tem preparo nenhum; eu mesma nunca tive nenhum treinamento ou capacitação, sendo que isto é algo muito necessário, sem dúvidas”. (enf01).

“[...] porque o fim de vida não é algo fácil e a equipe tem que se qualificar mais para prestar uma boa assistência e contribuir mais e diversificar os tipos de apoio que a gente tem que prestar.” (tec02)

Os Cuidados Paliativos não dizem respeito a espaços físicos ou unidades assistenciais em saúde, mas sim de uma filosofia de cuidados, cujas ações ocorrem onde quer que o paciente se encontre. A Atenção Básica, cujas ações estão vinculadas ao cuidado que é realizado na casa das pessoas atendidas, é essencial para a continuidade da assistência a pacientes que não apresentam possibilidade de tratamento curativo nos hospitais, atuando como suporte à família, de maneira a garantir o controle dos sintomas e a dignidade no processo de morte¹. Assim, entende-se pela necessária discussão sobre o preparo dos profissionais das equipes multiprofissionais na Atenção Básica, diante das finitudes humanas e da forma como cuidam das pessoas que vivenciam este momento.

O processamento do *corpus*, as ações e as tecnologias

O processamento do *corpus* textual realizada pelo *software* IRAMUTEQ reconheceu grupos de palavras estatisticamente significativas e semelhantes dentre as categorias de profissionais en-

trevistados, as quais, ao serem organizadas e separadas, permitiram estabelecer dois grupos de ações desenvolvidas por profissionais da Atenção Básica no atendimento a pacientes em Cuidados Paliativos: ações mediadas por tecnologias leves de cuidados e ações mediadas por tecnologias leve-duras de cuidados.

O conceito de tecnologia compreende vários outros elementos, como o diálogo, a escuta, vínculo, integração, e não somente a aplicação de um conjunto de conhecimentos e uso de equipamentos no cuidado aos indivíduos e coletividades. No encontro entre qualquer trabalhador de saúde e os usuários, são utilizadas ferramentas tecnológicas que podem ser classificadas em três grupos: uma vinculada à propedêutica e aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, denominadas tecnologias duras; outra relacionada aos saberes clínicos e epidemiológicos, as tecnologias leve-duras; e uma última, que diz das relações entre trabalhadores e usuários, as tecnologias leves^{13,16}.

Nesse sentido, ações de cuidado mediadas por **tecnologias leves** incluem o acolhimento, vínculo e busca de autonomia dos sujeitos, por meio de um diálogo aberto e uma escuta qualificada, com o uso de linguagem adequada. As ações mediadas por **tecnologias leve-duras** compreendem conhecimentos técnico-científicos específicos a respeito

das medidas de manejo de pacientes em Cuidados Paliativos, especialmente aquelas relacionadas ao controle da dor e conforto^{16,17}. Na Tabela 3, estão representados exemplos dos léxicos que permitiram o estabelecimento da categorização das referidas ações.

As ações de cuidado mediadas por tecnologias leves

O suporte domiciliar em Cuidados Paliativos pressupõe a existência de uma rede assistencial disponível e flexível, que possa oferecer controle efetivo de sintomas, como a dor, além de um ambiente onde sejam priorizadas as necessidades de pacientes e suas famílias¹⁷. Assim, os membros das equipes da Atenção Básica precisam saber ouvir as demandas de tais pacientes, bem como apresentar as orientações necessárias ao cuidado, em uma linguagem acessível, dado que em tais situações as ações não objetivam a cura.

Os discursos dos profissionais entrevistados apontam para tal condição, posto que as ações explicitadas estejam envoltas em expressões como “*se a equipe abraça o paciente, a tendência é que o paciente tenha uma qualidade de vida melhor*” e “*às vezes basta você ir lá, ser visto, uma conversa já é suficiente*”. Nesse sentido, as ações de tecnologia leve apre-

Tabela 3

Grupos de palavras estatisticamente significativas e semelhantes, utilizadas para construir os dois grupos de ações desenvolvidas pelos profissionais entrevistados. Brasília-DF, 2020.

Ações de cuidado	Médicos	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem	Agentes Comunitários de Saúde
Ações mediadas por tecnologias leves de cuidados	Apoio	Cuidado	Atenção	Atenção Entender Informação Visita
	Orientar	Orientação	Orientar	
	Suporte emocional	Proximidade	Apoio	
	Conversar	Conforto	Vínculo	
	Acompanhar	Atenção	Suporte	
	Estar junto	Perto	Acalmar	
Ações mediadas por tecnologias leve-duras de cuidados	Medicamentos	Medicação	Curativo Medicação Tratamento Consulta Marcar (consulta)	Curativo Alimentação Medicação Material
	Tratamento	Curativo		
	Dor	Assistência		
	Procedimento	Alimentação		
	Visita	Sonda		
	Encaminhar	Dor		
	Ajudar (receita)	Visita		

sentadas pelos profissionais, apontam para a necessária construção de vínculos entre as equipes e os pacientes e suas famílias, no intuito de manter uma postura sensível e de não abandono, mas que não aponte para falsas esperanças no que concerne ao futuro.

O *International Association for Hospice & Palliative Care* (IAHPC)¹⁸ refere que o cuidado em Cuidados Paliativos inclui as atitudes como a sensibilidade, empatia, compaixão e demonstração de interesse pela pessoa, bem como a preocupação por todos os aspectos do sofrimento do paciente, e não apenas os problemas físicos. As ações de cuidado pautadas pelas tecnologias leve permitem desenvolver atitudes de não julgamento do outro, qualquer que seja sua formação intelectual, étnica ou religiosa e o respeito aos aspectos socioculturais, visto que tais fatores compõem a identidade e influenciam no enfrentamento da pessoa.

As ações de cuidado mediadas por tecnologias leve-duras

Segundo Melo e Caponero¹⁹, na atuação das equipes de saúde com vistas à qualidade de vida, exige que ocorra o controle dos sintomas, a diminuição do sofrimento, a busca do conforto (físico e espiritual) e o fortalecimento dos vínculos familiares, pois o conceito de qualidade de vida engloba os aspectos físicos, sociais, psicológicos e espirituais de pacientes em Cuidados Paliativos.

Nesta direção, os discursos dos profissionais indicam ações de cuidado mediadas por tecnologias leve-duras, como a prescrição e administração de medicamentos, realização de curativos, orientação para alimentação por meio de sondas e interface com outros profissionais como assistente social, nutricionistas e psicólogos. Além de considerarem que a sua atuação deva estar centrada na orientação e no apoio ao doente e à família, frases como “*quando a gente precisa administrar um medicamento quando o cuidador não sabe, ajudar em um banho se necessário*”, dizem da necessária contribuição para uma melhor qualidade da vida por meio de procedimentos assistenciais.

Os profissionais destacaram que, por vezes, não conseguem ofertar uma assistência de qualidade aos doentes em situação de terminalidade e aos seus cuidadores, devido à grande demanda espontânea que atendem e também pela ausência de uma base mínima de conhecimento na assistência paliativa, o que poderia ampliar

em muito a possibilidade de atuação junto aos pacientes e famílias que atendem. Floriani e Schramm²⁰ também apontam esses aspectos em um estudo que trata dos desafios morais e operacionais da inclusão dos Cuidados Paliativos na rede de Atenção Básica.

Cabe ressaltar que, em se tratando de pacientes em Cuidados Paliativos, no âmbito dos cenários estudados, as equipes da Atenção Básica atuam em procedimentos como articular, junto à rede de serviços, as internações e outros procedimentos necessários ao bem-estar dos pacientes, identificar as necessidades, dispensar e prescrever medicamentos e outros recursos, como sonda e colchão d'água, e, quando do falecimento, fornecer o atestado de óbito.

O trabalho executado pelos profissionais da equipe de Atenção Básica em Cuidados Paliativos, em uso de tecnologias leve e leve-dura, com muita frequência difere do dia a dia daquele executado por tantos outros profissionais das equipes multiprofissionais, que trazem no bojo de suas ações intervenções físicas e químicas, pautadas pelas tecnologias duras, em detrimento do conhecimento da complexidade de viver e sentir daqueles que atendem¹⁷. Neste sentido, destaca-se a importância de ocorrer alterações na formação dos profissionais de saúde de modo que possam desenvolver e ampliar o conhecimento tanto teórico quanto prático em Cuidados Paliativos, independente do local ou nível de atenção em que venham a atuar²¹.

A atuação da Atenção Básica junto aos pacientes em Cuidados Paliativos

Além das ações desenvolvidas nas situações que vivenciaram, os profissionais entrevistados foram perguntados de que forma a Atenção Básica poderia atuar junto aos pacientes em Cuidados Paliativos. As respostas se referem a cuidados e atendimento também do campo das tecnologias leve e leve-dura, conforme trechos de discurso apresentados a seguir,

“Então cabe à gente orientar e se for necessário, encaminhar para um serviço especialização uma vez que a paciente tem um tempo menor de vida e deseja passar com a família a gente tem que ajudar nisso para esse paciente tem uma melhor qualidade de vida para família poder passar mais tempo com esse paciente”. (med02)

“Eu acho que na atenção básica o paciente fica mais próximo é possível estreitar esses laços familiares, sendo possível fazer acompanhamento psicológico com a família, treinamento familiar para saber cuidar do paciente. Seria interessante também a gente fazer mais visitas para ficar mais próximas das famílias e aí teria que ter uma integralidade maior da equipe em si”. (enf03)

“Eu acho que é, principalmente, orientando os familiares dependendo do paciente; por exemplo, a mudança de decúbito, ensinar a fazer para que ele possa ficar mais confortável, se o paciente for acamado. Passando as orientações para família se sentir segura e estar cuidando também daquele paciente em casa”. (tec03)

“Um coisa que eu percebo que falta é a humanização, é você conseguir ter um cuidado não só para a patologia, mas voltado também para o paciente como um todo e às vezes nem todos os profissionais tem essa sensibilidade de ouvir o paciente e depois entender e analisar todo o contexto que o paciente está inserido”. (acs01)

É sabido que a Atenção Básica é definida como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com os serviços de saúde, sendo baseada em um conjunto de ações individuais e coletivas que envolvem a promoção, prevenção, proteção e cuidado integral à população em determinado território²². Deste modo, se configura como um importante mecanismo para a implantação de Cuidados Paliativos, pois sua atuação desde o início do tratamento de adoecimentos crônicos e degenerativos, está associada com melhora do controle dos sintomas, redução no número de internações hospitalares, maior satisfação do paciente e familiares, e redução de custos quando comparados aos cuidados empregados na atenção especializada²³.

Os discursos dos entrevistados indicam que reconhecem a Atenção Básica enquanto espaço para o desenvolvimento e implementação da abordagem paliativa de cuidado, na perspectiva de induzir positivamente a condição de saúde e a qualidade de vida, desenvolvendo ações educativas, de tratamento e cuidado integral, que considera as necessidades de saúde dos pacientes e familiares que vivenciam esta situação de adoecimento. Porém, é preciso que se reconheça que ainda há muito a ser feito, especialmente quando consideramos a complexidade das práticas em Cuidados Paliativos, a indisponibilidade de recursos (materiais e imateriais), a quebra na integralidade com consequente descontinuação dos cuidados e a fal-

ta de preparo dos profissionais para lidar com tais pacientes e suas famílias, mesmo diante da reconhecida capacidade destes para o estabelecimento de vínculos²⁰.

Cabe observar que alguns profissionais apontaram que a organização e condições do trabalho que exercem, os impede, por muitas vezes, de desenvolver ações voltadas para uma abordagem paliativa de cuidado. O excesso de demanda, a pressão pelo atendimento, ações assistenciais voltadas para emergências e a insuficiência no número de profissionais e equipes foram relatadas como obstáculos à melhor atuação em Cuidados Paliativos, além da ausência de preparo e educação permanente sobre a temática. Os trechos dos discursos abaixo ilustram tais achados.

“Eu acho que não é só culpa da equipe, eu acho que a gente lida com um excesso de demanda, muita pressão assistencial, muita gente querendo consulta por conta boba, a pessoa vem por qualquer coisa e isso dá muita pressão assistencial e faz com que a gente tenha dificuldade de sair para fazer visitas, por exemplo”. (med05)

“Na atenção básica agora está um pouco mais voltada para emergência, pessoas que não estão bem; é bem diferente de quando a gente começou aqui que poderia atuar melhor em questões de cuidados paliativos”. (enf03)

“Então o que eu quero dizer com isso é que eu acho que precisa de mais equipes de NRAD, por exemplo, pra realmente ir às casas porque uma equipe só de NRAD não dá conta de toda a assistência que esse paciente precisa em casa, assim como a gente de ESF também não dá conta, devido a demanda dos pacientes”. (enf04)

“E pela superlotação; às vezes um paciente desse poderia estar com assistência em casa, mas devido à grande demanda da unidade, o profissional não pode se ausentar tantas vezes para fazer tipo de atendimento; eu acho que o fluxo de organização poderia atender melhor”. (tec06)

Sobre este aspecto, é possível identificar que o excesso de demandas repercute negativamente e compromete a assistência e abordagem adequada às necessidades da população atendida, o que pode ameaçar a efetiva implementação dos Cuidados Paliativos no contexto da Atenção Básica. O arcabouço normativo, importante do ponto de vista dos marcos legislativos, por si só não garante a existência ou execução de uma política pública, em que os esforços que têm sido

feitos para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos neste âmbito^{24,25}.

CONCLUSÃO

O estudo buscou identificar as ações desenvolvidas por profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família na Atenção Básica, no atendimento a pacientes em Cuidados Paliativos, no sentido de compreender de que forma tais profissionais lidam com pacientes no cotidiano dos processos de trabalho.

Assim, chegou-se à descrição de ações mediadas por tecnologia leve de cuidado que incluem a construção de vínculo com pacientes e familiares, a escuta atenta, o diálogo, a linguagem acessível, a demonstração de interesse pela pessoa e a preocupação com os aspectos que envolvem o sofrimento do paciente e suas famílias. As ações mediadas por tecnologias leve-duras incluem procedimentos assistenciais, como realização de curativos, orientação para alimentação por meio de sondas, prescrição e administração de medicamentos.

Ressalta-se a necessidade de estabelecer processos contínuos e sistematizados de capacitação dos profissionais da Atenção Básica no manejo de pacientes em Cuidados Paliativos, visto que

tal nível de atenção apresenta grandes potencialidades para o cuidado mais próximo da pessoa e suas famílias, podendo contribuir para um acompanhamento mais humanizado daquelas pessoas em processo de finitude. Ocorre que, para tanto, entende-se pela necessidade de rediscutir e reorganizar as demandas de atendimento que chegam às unidades básicas e suas equipes, de modo que pacientes e famílias que vivenciam terminalidades e finitudes também possam ter acesso a cuidados mais sistematizados.

A melhor destinação de recursos e materiais, e o reordenamento da rede de serviços pode contribuir para dirimir as descontinuidades terapêuticas e assistenciais relacionadas aos pacientes em Cuidados Paliativos que necessitam de encaminhamento eficiente e cuidados mais próximos e continuados. O estudo apresentou como limitações a disponibilidade dos participantes em conceder a entrevista, o que demandou tempo para a coleta dos dados, bem como o prazo que tínhamos para execução da pesquisa. Sugere-se o desenvolvimento de estudos que abordem Cuidados Paliativos e Atenção Básica em outros cenários e contextos da rede de saúde no Distrito Federal, de modo a induzir novas discussões e investigações sobre a temática, com vistas a ampliar as compreensões sobre o fenômeno investigado.

REFERÊNCIAS

1. Combinato DS, Martins STF. (Em defesa dos) Cuidados Paliativos na Atenção Básica à Saúde. O Mundo da Saúde, São Paulo. 2012;36(3):433-441.
2. World Health Organization (WHO). Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. Suíça, 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250584/1/9789241565417-eng.pdf>.
3. Chagas MDS, Merhy EE. Trabalho vivo em ato na defesa da vida até na hora de morrer. Lugar Comum – Estudos de Mídia, Cultura, Democracia. 2009; 29:187-204.
4. Santos FS. O desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos e a filosofia hospice. In: Santos FS, editor. Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas. São Paulo, SP: Atheneu; 2010. p. 3-15.
5. Matsumoto DY. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. Manual de Cuidados Paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). 2a Ed. São Paulo; 2012. p. 23-25. São Paulo, 2012.
6. World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. England: Worldwide Palliative Care Alliance; 2014. Available from: https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/Infographic_palliative_care_EN_final.pdf.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41, de 31 de Outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 23 Nov 2018; sec. 1, p. 276.
9. Queiroz AHAB, Pontes RJS, Alves e Souza AMA, Rodrigues TB. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção Básica à saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2013; 18(9):2615-23.
10. Floriani CA, Schramm FR. Cuidados Paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. Ciênc. saúde coletiva. 2008; 13(supl 2):2123-2.
11. Acauan L, *et al.* Utilização do Software Iramuteq® para análise de dados qualitativos na Enfermagem: Um Ensaio Reflexivo. Reme: Rev. Min. Enferm. [Internet]. 2020; 24: e1326.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 14a Ed. São Paulo: Hucitec-ABRASCO; 2014.
13. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4a Ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
14. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2018 Mar;23(3):861-70.
15. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 12 dez. 2012. Diário Oficial da União 13 jun 2012; Seção 1.
16. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1. ed. – Rio de Janeiro: Hexis, 2016.
17. Chagas MS, Abrahão AL. Care production in health team focused on living work: the existence of life on death territory. Interface (Botucatu). 2017; 21(63):857-67.
18. International Association for Hospice & Palliative Care. Manual of Palliative Care. 2nd ed. Houston: IAHPC; 2013.
19. Melo AGC, Caponero R. Cuidados Paliativos: abordagem contínua e integral. In: Franklin SS, organizador. Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 257-67.
20. Floriani CA, Schramm FR. Desafios morais e operacionais da inclusão dos Cuidados Paliativos na rede de atenção básica. Cad. Saúde Pública. 2007;23(9):2072-80.
21. Costa AP, Poles K, Silva AE. Palliative care education: experience of medical and nursing students. Interface (Botucatu). 2016; 20(59):1041-52.
22. Justino ET, *et al.* Os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: scoping review. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2020; 28: e3324.
23. Melo CM, *et al.* Concepções, desafios e competências dos enfermeiros em cuidados paliativos na atenção primária à saúde. Revista Nursing. 2021; 24(277): 5833-5839.

24. Costa IP da, Pimenta CJL, Brito MJM de. Adversities experienced by professionals in the Primary Health Care: implications for the meanings of the work. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2019;23(3):e20180373. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0373>.
25. Rodrigues LF, Silva JFM da, Cabrera M. Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2022;38(9):e00130222. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT130222>.