

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO/FIOCRUZ

CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: conhecimento dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de um município de Referência no Maranhão

FRANCISCO ALIPIO DE OLIVEIRA SANTIAGO

São Luís
2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a)
autor(a).

Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

SANTIAGO, FRANCISCO ALIPIO DE OLIVEIRA.

CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
CONHECIMENTO DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DE
REFERÊNCIA NO MARANHÃO / FRANCISCO ALIPIO DE
OLIVEIRA SANTIAGO. - 2018.

79 p.

Coorientador(a): LUCIANE MARIA OLIVEIRA
BRITO. Orientador(a): MARIA BETHÂNIA DA
COSTA CHEIN.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Rede em Saúde da Família/ccbs, Universidade Federal do
Maranhão, São Luis, MA, 2018.

FRANCISCO ALIPIO DE OLIVEIRA SANTIAGO

CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: conhecimento dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de um município de Referência no Maranhão

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão/FIOCRUZ, para obtenção do Grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Bethânia da Costa Chein

Co-orientadora: Prof. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito

São Luís

2018

FRANCISCO ALIPIO DE OLIVEIRA SANTIAGO

CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: conhecimento dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de um município de Referência no Maranhão

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão/FIOCRUZ, para obtenção do Grau de Mestre em Saúde da Família.

A Banca Examinadora da Qualificação da Dissertação de Mestrado apresentada em sessão pública considerou o candidato aprovado em: ____/____/____.

Profa. Dra. Maria Bethânia da Costa Chein - Orientadora
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Profa. Dra. Maria do Carmo Lacerda Barbosa – Titular do Programa
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Prof. Dr. Plínio da Cunha Leal - Titular Externo ao Programa
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Profa. Dra. Jacira do Nascimento Serra – Titular Externo ao Programa
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Profa. Dra. Nair Portela Silva Coutinho – Suplente do Programa
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me dado saúde e força, e por ter permitido a realização deste sonho.

À minha amada companheira, Danielle Maya Fontes Martins, a quem dedico e agradeço por sua presença em todo processo do despertar para os Cuidados Paliativos.

Aos meus pais José Martins de Santiago (*In memoriam*) e Francisca de Oliveira Santiago pelo amor, incentivo e apoio desde a minha infância, fundamentais para minha formação.

Aos meus irmãos, sobrinhos, sogra, sogro e cunhados pela presença em minha vida, em especial à minha cunhada, Isabelly Maya Fontes Martins, pelo fundamental apoio dado em momentos decisivo.

À Professora Dra. Maria Bethânia da Costa Chein pelo apoio na realização deste trabalho, pela sua disponibilidade e orientação precisa.

À Professora Dr. Luciane Maria Oliveira Brito, pelo incentivo e confiança desde o início deste trabalho.

Aos Internos do curso Medicina da UEMA, Romêlson Fonte e Dyego Mondego, pelo apoio dado para execução do protejo e sem os quais não seria possível.

Aos meus amigos e companheiros de mestrado Ricardo Tadeu Villa, Wilka Emanuely Cunha Castro Pavão, Victor Rodrigues Vasconcelos, Mannasses Araújo Costa, Maria de Fátima Silva Portela Boueres, Aldicléya Lima Luz, Raquel Jorge Dino Cosetti e Cristiane Alves Silva que fizeram parte desta jornada e contribuíram para construção do trabalho.

À Dorotéia Freire pela sua paciência e dedicação com todos os mestrandos.

A todos os médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família de São José de Ribamar - MA que aceitaram participar desta pesquisa de forma altruísta

À Secretaria Municipal de Saúde de São José de Ribamar – MA.

Às Professoras Dras. Maria do Rosário da Silva Ramos Costa, Teresa Seabra Soares de Brito e Alves, Maria do Carmo Lacerda Barbosa e Nair Portela Silva Coutinho pelo apoio na construção desse trabalho.

Às professoras Dalva Yukie Matsumoto e Maria Goretti Sales Maciel pelos esclarecimentos e orientação precisos.

Aos pacientes, razão de tudo, sem os quais não haveria inspiração para realizar este trabalho.

A Andréia Dellano pelas revisões ortográfica, gramatical e referências.

A Universidade Federal do Maranhão, instituição que me acolheu desde o início de minha residência.

A Fundação Osvaldo Cruz que junto a Universidade Federal do Maranhão me proporcionaram este sonho.

“Morte, você é valente, o seu poder é profundo, quando eu cheguei neste mundo, você já matava gente. Eu guardei na minha mente, este seu grande rigor, porém lhe peço um favor, para ir ao campo santo, não me faça sofrer tanto, Morte, me mate sem dor! ”

(Patativa do Assaré)

RESUMO

Introdução: O cuidado a pacientes em fase final da vida é cada vez mais frequente devido ao progressivo envelhecimento da população e o conseqüente aumento de pacientes com doenças crônicas. No Brasil, os poucos serviços de cuidados paliativos geralmente estão ligados a hospitais especializados. Um dos principais obstáculos para se oferecer Cuidados Paliativos (CP) adequados é a deficiência na formação dos profissionais da área da saúde. **Objetivo:** identificar o conhecimento em Cuidados Paliativos e as principais fragilidades das práticas diárias dos profissionais de saúde de nível superior que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) no acompanhamento de pessoas com doença em quadro de fim de vida. **Metodologia:** Estudo transversal, analítico, realizado na ESF do município de São José de Ribamar - MA com profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros), utilizou-se questionário alemão (*Bonn Palliative Care Knowledge Test*) versão em português para avaliar conhecimento e autoconfiança em CP. Foram entrevistados 66 profissionais de saúde, sendo 30 (45,4%) médicos e 36 (54,6%) enfermeiros. Para o cálculo estatístico, foi utilizado o *software* SPSS v. 19, admitindo-se um nível de significância de 0,05. Para se avaliar os acertos e erros dos questionários de conhecimento entre médicos e enfermeiros, foi empregado o teste do Qui-quadrado. **Resultados:** As variáveis representadas pela idade, anos de estudo, tempo de término da graduação e tempo de trabalho na Atenção Primária à Saúde não tiveram diferenças ($p > 0,05$). Houve predomínio dos graduados com mais de 10 anos de conclusão, com 32 (47,8%). No atendimento a pacientes em cuidados paliativos, 46 profissionais (69,7%) relataram a aferição de pressão arterial e a mensuração da glicemia capilar como as práticas mais comuns na ESF. Os profissionais de saúde avaliados não tiveram diferenças significativas na frequência de acertos, o maior número de acertos obtidos foi em questões que abordam a dimensão física. Ocorreu uma maior frequência de médicos com melhor desempenho naqueles com o tempo de graduação ≤ 5 anos e, por sua vez, uma maior frequência de enfermeiros com melhor desempenho com tempo de graduação ≥ 10 anos. **Conclusão:** As práticas assistências e o entendimento dos profissionais para pacientes em CP são predominantemente voltadas para os aspectos físicos. Os profissionais expressam um elevado perfil de autoconfiança, entretanto, de modo equívoco no que se refere aos CP. Em suma, os profissionais da APS do Município de São José de Ribamar – MA, apresentaram baixo conhecimento em relação aos Cuidados Paliativos e suas práticas são voltadas a controle de sintomas físicos.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Atenção Primária. Conhecimento.

ABSTRACT

Introduction: End-of-life care is becoming more frequent due to the progressive aging of the population and the consequent increase in patients with chronic diseases. In Brazil, the few palliative care services are usually linked to specialized hospitals. One of the main obstacles to offering adequate Palliative Care (CP) is the deficiency in the training of health professionals. **Objective:** to identify the knowledge in Palliative Care and the main fragilities of the daily practices of health professionals of higher level who work in the Family Health Strategy (FHS) in the follow-up of people with illness in the end-of-life. **Methods:** A cross-sectional, analytical study was carried out at the ESF in the municipality of São José de Ribamar - MA with professionals (doctors and nurses). A German questionnaire (Bonn Palliative Care Knowledge Test) was used to evaluate knowledge and self-confidence in CP. A total of 66 health professionals were interviewed, of whom 30 (45.4%) were physicians and 36 (54.6%) were nurses. For the statistical calculation, SPSS v. 19, assuming a significance level of 0.05. In order to evaluate the correctness and errors of knowledge questionnaires between physicians and nurses, the Chi-square test was used. **Results:** Variables represented by age, years of schooling, graduation time and working time in primary health care did not differ ($p > 0.05$). There was a predominance of graduates for over 10 years, with 32 (47.8%). In the care of patients in palliative care, 46 professionals (69.7%) understood the measurement of blood pressure and the measurement of capillary glycemia as the most common practices in FHS. The health professionals evaluated did not have significant differences in the frequency of correct answers, the greatest number of answers obtained was in questions that deal with the physical dimension. There was a higher frequency of better performing physicians in those with graduation time ≤ 5 years and, in turn, a higher frequency of better performing nurses with graduation time ≥ 10 years. **Conclusion:** Practical assistance and understanding of professionals for patients in CP are predominantly focused on the physical aspects. The professionals express a high profile of self-confidence, however, in an equivocal way with regard to CPs. In short, APS professionals from the Municipality of São José de Ribamar - MA, presented low knowledge regarding Palliative Care and their practices are focused on the control of physical symptoms.

Key words: Palliative care. Primary health care. Knowledge.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	Perfil de gênero e estado civil dos profissionais de nível superior da Estratégia de Saúde da Família no município de São José de Ribamar – MA, 2018	39
Tabela 2	Perfil dos profissionais de nível superior da Estratégia de Saúde da Família no município de São José de Ribamar – MA, 2018.....	39
Tabela 3	Tempo de término de graduação dos profissionais de nível superior da Estratégia de Saúde da Família no município de São José de Ribamar – MA, 2018.....	40
Tabela 4	Pós-graduação dos profissionais de nível superior da Estratégia de Saúde da Família no município de São José de Ribamar – MA, 2018	40
Tabela 5	Profissionais que reconhecem a existência de pacientes em Cuidados Paliativos, sob sua assistência no município de São José de Ribamar - MA, 2018.....	41
Gráfico 1	Cuidados prestados e identificados como Cuidados Paliativos pelos profissionais de São José de Ribamar - MA, 2018.....	41
Tabela 6	Acertos e erros da avaliação de conhecimento por profissionais (médicos e enfermeiros) da Estratégia de Saúde da Família no município de São José de Ribamar – MA, 2018	42
Tabela 7	Acertos por questões do questionário de avaliação de conhecimento pelas categorias de profissionais da Estratégia de Saúde da Família no município de São José de Ribamar – MA, 2018.....	43
Gráfico 2	Frequência de profissionais com desempenho maior e/ou igual a 50% na Avaliação de Conhecimento de acordo com o tempo de término da graduação no município de São José de Ribamar – MA, 2018.....	44
Tabela 8	Frequência de respostas a respeito da avaliação de autoconfiança por profissionais da Estratégia de Saúde da Família no município de São José de Ribamar – MA, 2018	45
Tabela 9	Frequência de respostas a respeito da avaliação de autoconfiança por profissionais da Estratégia de Saúde da Família no município de São José de Ribamar – MA, 2018	46

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AD	- Atenção Domiciliar
ANCP	- Academia Nacional de Cuidados Paliativos
AP	- Atenção Primária
APS	- Atenção Primária à Saúde
CAPS	- Centro de Apoio Psicosocial
CCP	- Conhecimento em Cuidados Paliativos
CFM	- Conselho Federal de Medicina
CP	- Cuidados Paliativos
DCNT	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EAPC	- European Association of Palliative Care
EMAD	- Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	- Equipes Multiprofissionais de Apoio
ESF	- Estratégia Saúde da Família
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	- Instituto Nacional do Câncer
MS	- Ministério da Saúde
NASF	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PBW	- <i>Bonn Palliative Care Knowledge</i>
PMC	- Programa Melhor em Casa
PSF	- Programa Saúde da Família
RAS	- Rede de Assistência à Saúde
SAD	- Serviço de Atenção Domiciliar
SBGG	- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SUS	- Sistema Único de Saúde
TB	- Tuberculose
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	- <i>World Health Organization</i>
WPCA	- <i>Worldwide Palliative Care Alliance</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1	DCNT: a integralidade da saúde	14
2.2	Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde	19
2.3	Formação dos Profissionais para a Atenção em Cuidados Paliativos .	28
3	JUSTIFICATIVA	31
4	OBJETIVOS	32
4.1	Geral	32
4.2	Específicos	32
5	METODOLOGIA	33
5.1	Tipo de Estudo	33
5.2	Período e Local de Estudo	33
5.3	Amostra	35
5.4	Instrumento de Coleta de Dados	35
5.5	Fluxograma da Coleta de Dados	37
5.6	Processamento dos Dados e Tratamento Estatístico	38
5.7	Aspectos Éticos	38
6	RESULTADOS	39
7	DISCUSSÃO	47
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
9	CONCLUSÕES	58
	REFERÊNCIAS	59
	ANEXOS	68
	ANEXO A - Bonn Palliative Care Knowledge Test (Adaptado ao português, 2015)	69
	ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO A CARTA DE APRESENTAÇÃO	73
	APÊNDICES	74
	APÊNDICE A: CARTA DE APRESENTAÇÃO	75
	APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO AOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE	76

1 INTRODUÇÃO

O Brasil tem atualmente uma população estimada em 206 milhões de habitantes e uma mortalidade de 1,2 milhão por ano. (CORRÊA S, 2018). As principais causas de mortalidade, em homens e mulheres, são pela ordem decrescente: doenças cardiovasculares (340.284), neoplasias (201.968), causas externas (156.942) e doenças do sistema respiratórias (139.045) (IBGE, 2016). As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) aumentaram e cresceu também a necessidade de cuidados especializados. Doenças como hipertensão, diabetes, nefropatias, demências da senilidade e as neoplasias ocupam espaço significativo no perfil epidemiológico da população. Para prestação de saúde a esta população, o governo tem como principal estratégia, à Atenção Primária à Saúde (APS), as Equipes de Saúde da Família. As equipes estão distribuídas no território nacional contando aproximadamente com 41.000 unidades atendendo como principal estratégia da APS (CORRÊA S, 2018).

A recente transição demográfica e epidemiológica demonstrada pelo crescente envelhecimento populacional e aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas colocam em evidência os cuidados no final da vida, o que demanda a reorganização dos serviços de saúde e prepara para os desafios apontados por este novo desenho demográfico da nação (CÔBO, 2015).

Nessa perspectiva, deve-se melhorar a formação dos profissionais de saúde, refletindo e discutindo todo o processo de preparação sobre pacientes em sua finitude. Assim, levar o conhecimento ao campo específico dos cuidados paliativos (CP) para ocupar maior espaço nos currículos dos cursos de graduação da área de saúde e afins, de maneira a contribuir para a melhoria da assistência destes cuidados de saúde pelos profissionais é necessário.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza que o tratamento ativo e o paliativo não são mutuamente exclusivos e propõe que os CP possam ser ofertados gradualmente, como um componente dos cuidados ao paciente desde o diagnóstico até a morte (WHO, 2010).

O desconhecimento, por grande parte da sociedade, da existência dos CP em qualquer fase da Atenção à Saúde, como também o preconceito dos profissionais de saúde corroboram para a falta ou pouca efetividade dessa prática, urge a necessidade de reverter essa situação com a implantação de Programas sensíveis e efetivos que

contemplem a Educação em Saúde nos Cuidados Paliativos, não só nos pacientes oncológicos (FIGUEIREDO, 2013).

A negligência ao ensinamento clássico que reconhece como função do médico “curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre”, prevalece o tratar a doença ao invés de cuidar do indivíduo, em detrimento da missão primordial das práticas em saúde, que é buscar o bem-estar físico e emocional do enfermo. Não se pode esquecer de que todo ser humano sempre será uma complexa realidade biopsicossocial e espiritual que precisa ser entendido como um todo (REZENDE, 2009).

Os centros formadores preparam os futuros profissionais de saúde para tornarem-se oficiais maiores da ciência e gerentes de biotecnologias complexas. Muito pouco se ensina sobre a arte do cuidar dos enfermos. Aprende-se menos ainda a lidar com a morte, e a realidade posta é que ocorrem diariamente revoluções biotecnológicas que possibilitam o prolongamento interminável do morrer sem que se consiga entender as verdadeiras necessidades dos pacientes e de seus familiares (LOWN, 1997).

A “medicalização” decorrente da intensa expansão dos serviços de saúde, principalmente em relação as condutas médicas, manifestada no desenvolvimento e fortalecimento do complexo médico-industrial, vem transformando a morte, de um fenômeno humano antes compartilhado pela família e pela comunidade, em um acontecimento técnico próprio dos hospitais. Para essa vertente crítica hegemônica, a medicalização interfere e interdita a ação independente e racional dos seres humanos sobre sua própria produção de saúde. Neste cenário, o movimento hospice, assim como outros de reivindicação dos direitos dos pacientes, originários nos EUA, puseram em pauta os cuidados aos pacientes com doenças em constante ameaça a vida e o conceito de “boa morte”, como fundamental para a assistência no final da vida. (MENEZES, 2003; CARVALHO *et al*, 2015).

O conceito da boa morte envolve aspectos como: preferências para morte (sobre como, onde e quando morrer; a ideia de morrer durante o sono, a preparação para depois da morte, como os arranjos do funeral); como deve ser o tratamento quando o paciente não consegue mais verbalizar, dignidade (ter sua vontade respeitada e manter sua independência), estado livre de dor (controle da dor e dos sintomas), bem-estar emocional (apoio psicológico e emocional e a oportunidade de discutir o significado da morte), religiosidade/espiritualidade (desejo de obter conforto

religioso ou espiritual, pode incluir encontro com autoridades religiosas), preferências de tratamento (acreditar que todos os tratamentos possíveis foram tentados, ter autonomia de escolher o tratamento e decidir sobre o que não deseja receber), qualidade de vida (manter a vida normal, ter a ideia que vale a pena viver a vida e a capacidade de manter esperança, prazer e gratidão), concretização da vida (aceitação da morte, a percepção que a vida foi bem vivida e ter oportunidade de se despedir) família (apoio familiar, aceitação e preparação da família e a ideia que o paciente não é um fardo) (MEIER, 2016).

Os CP durante muito tempo foi tratado como sinônimo de terminalidade pois, inicialmente, era centrado na assistência a pacientes em sua fase final de vida. (MATSUMOTO, 2009). A grande questão no seu uso é a estigmatização da pessoa com o rótulo de “terminal”, pois gera o distanciamento do médico e desistência de cuidados por parte de profissionais e familiares. Ledo engano, os momentos finais da vida exigem um cuidado humanizado e tecnicamente adequado com prioridades no manejo dos sintomas e na dignidade ao processo da morte. Isso exige uma nova postura assistencial e investimentos na formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde (REGO, 2006).

Estima-se em 20 milhões o número de pessoas que morrem sem acesso aos CP (WHO, 2016), essas poderiam ser beneficiadas ou minimamente ter seu sofrimento e sintomas de suas doenças amenizados com os CP (LIMA, 2011). Mesmo perante a existência de Programas de Políticas Públicas Nacional para articular as ações para o final da vida, dentro do modelo aos CP, que tem como significância maior, valorizar o controle dos sintomas, atuar na abordagem integral e multidisciplinar, e acolher o doente e seu grupo familiar, desde o diagnóstico até o luto, não tem se apresentada como suficiente perante a crescente demanda (FLORIANI, 2007). Ao longo dos últimos 15 anos foram tomadas alguma iniciativas na regulamentação das ações dos CP como a Regulamentação Nacional dos CP (2004), o Plano Estratégico Para o desenvolvimento dos CP (2017/2018), a criação da Rede Nacional de CP onde em marco de 2018 houve terceira revisão e mais recente houve a Resolução no 41, de 31 de outubro de 2018 que vem dispor sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, os obstáculos a serem enfrentados são as dificuldades no diagnóstico de finitude da vida, as intervenções assistenciais que a prolongam, em detrimento de condutas de alívio do sofrimento,

além da descontinuidade do tratamento na transição dos cuidados curativos para os paliativos. Neste contexto, evita-se práticas reais de abandono e isolamento dos doentes e de seus entes, pois não existe uma conexão entre as necessidades do doente/família e a oferta de atenção dos profissionais/serviço (FLORIANI, 2007).

Os CP podem ser desenvolvidos em diferentes cenários, como no ambulatorial, na internação hospitalar e no domicílio, mas geralmente este é praticado no hospital. Entender como esse tipo de atenção pode ser desenvolvido no domicílio e por profissionais da AP, certamente amplia as perspectivas dos pesquisadores e contribui para clarificar novos entendimentos no que concerne ao tema (QUEIROZ, 2013).

A atenção aos doentes no fim da vida e o controle da dor crônica no contexto da atenção básica, formalmente, incorporam-se ao conjunto de responsabilidades das Equipes da Atenção Primária/Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2013). Conforme diretrizes, a atenção básica é responsável por ordenar o cuidado e a ação territorial, em articulação com as equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (BRASIL, 2013).

A assistência domiciliar desempenha um importante papel nesse contexto, justificada pelo elevado grau de humanização que pode ofertar, pois envolve a família tanto nos cuidados como no amparo afetivo ao paciente, reduz complicações decorrentes de longas internações hospitalares e diminui os custos das tecnologias dos doentes hospitalizados. A incorporação de mais saberes e práticas de cuidado ao processo de trabalho das ESF, bem como a articulação dessa tarefa aos demais serviços como no Programa Melhor em Casa (QUEIROZ, 2013), contribuem de modo significativo para ampliar a integralidade da atenção.

Objetiva-se, enfim, identificar o conhecimento em Cuidados Paliativos e as principais fragilidades das práticas diárias dos profissionais de saúde de nível superior no acompanhamento de pessoas com doença em quadro de fim de vida no domicílio, visando à reflexão sobre o potencial da atenção primária à saúde na garantia de uma morte digna.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DCNT: a integralidade da saúde

Ao enfrentar a Esfinge¹ e decifrar o quebra-cabeça mais famoso da história da humanidade, a figura do jovem Édipo assumiria, na mitologia grega, importante papel mediador entre o entendimento, o conhecimento e o reconhecimento da condição humana. “Decifra-me ou devoro-te: que animal caminha com quatro pés pela manhã, dois ao meio-dia e três à tarde, é mais fraco quando tem mais pernas?” (GOMES, OTHERO, 2016).

Decifra-me ou devoro-te, insinua agora a esfinge pós-moderna que se nos apresenta na forma atual da pirâmide demográfica e populacional mundial. Enfrentá-la exige, mais do que nunca, reconhecimento e peripécia. Mas além de olhos de ver e ouvidos de ouvir, solicita corações e mentes com um aguçado sentido de solidariedade e de urgência (GOMES, OTHERO, 2016).

Afora as diferentes concepções filosóficas que rodeiam as discussões sobre a condição humana, a vida e nosso tempo nela, é fato que o ser humano passou a viver mais. E se os avanços científicos e tecnológicos são parte responsável na redução da taxa de mortalidade, a maioria dos idosos acometidos por doenças de alta gravidade, como as DCNT, ainda não consegue se beneficiar dos recursos mais modernos à disposição da medicina. Não se trata de mero paradoxo: profissionais da área da saúde, em especial a médica, têm ciência e consciência de que qualquer processo curativo aplicado a uma doença crônica em fase aguda tem resultado quase nulo (BRASIL, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define doenças crônicas como aquelas de longa duração e que, geralmente, possuem uma progressão lenta. Estão entre as principais causas de mortalidade no mundo, representam 60% do total de óbitos (WHO, 2010). Nesse contexto, as DCNT ganham significativa relevância nos cuidados com a saúde em todos os níveis de atenção e serviço, haja vista estar em curso um processo de transição demográfica e epidemiológica provocado pelo aumento na expectativa de vida da população no mundo (WHO, 2010).

O aumento do tempo de vida não tem implicado, necessariamente, em melhoria

¹ Criatura mitológica grega que possui o corpo de um leão e a cabeça de um humano (geralmente um faraó), um falcão ou um gato) guardião de Tebas (cidade do Antigo Egito).

da qualidade de vida na velhice ou após processos de adoecimento. A intensidade da luta pela busca de cura das doenças e a sofisticação dos instrumentos da área da saúde levaram a uma cultura de negação da morte, relegando para um segundo plano as intervenções de saúde que promovam um final de vida digno, sem a garantia da cura; a morte passou a ser negada e encarada como derrota ou fracasso pelos profissionais de saúde (GALRIÇA NETO, 2010).

Registros apontam que dos 58 milhões de mortes por ano no mundo, 34 milhões são por DCNT incapacitantes e incuráveis (OMS, 2012). O Brasil assiste a um milhão de óbitos por ano, dos quais 650 mil deles por doenças crônicas. Cerca de 70% dessas mortes ocorrem em hospitais, grande maioria em unidades de terapia intensiva. Eis um quadro bem comum na velhice (PESSINI; BERTACHINI, 2006; OMS, 2012).

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial, posto que organizações internacionais preveem que, em 2025, existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os idosos mais velhos (com 80 anos ou mais) constituirão um grupo etário de expressiva importância numérica (GOULART, 2011).

Tanto nos países desenvolvidos, como nos em desenvolvimento, o envelhecimento populacional tem acarretado transformações na incidência e prevalência das doenças, bem como alavancado os índices de óbitos causados pelas DCNT, ao mesmo tempo as Políticas Públicas são ineficientes (MOREIRA *et al.*, 2013).

O Brasil tem apresentado considerável aceleração no processo de envelhecimento populacional nas últimas décadas, relacionado aos avanços nas condições sanitárias, aos novos e variados hábitos e comportamentos do brasileiro, aspectos estes, que têm elevado a expectativa de vida. Soma-se a isso a tendência de transição demográfica no país, na qual hoje se verificam mais de 20 milhões de idosos, com perspectiva de crescimento para os próximos anos, devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060 (BORGES, CAMPOS, CASTRO, & SILVA, 2015; BRASIL, 2014).

As intensas mudanças de alguns indicadores de morbimortalidade da população brasileira, principalmente, no aumento significativo da expectativa de vida, e a evidente redução nas taxas de mortalidade infantil e de mortalidade por doenças

infeciosas fortalecem a ideia de que houve mudança significativa nos padrões de vida dos brasileiros (MONTEIRO, 2000).

O rápido processo de envelhecimento requer novos focos de atenção para saúde. Um desses focos diz respeito ao acompanhamento, tratamento, prevenção e promoção de saúde no que tange às DCNT, que já são um dos maiores problemas de saúde no mundo e exigem atenção permanente e tratamentos diferenciados (DUNCAN, 2012). No ano de 2005, cerca de 35 milhões de pessoas morreram por DCNT no mundo (WHO, 2005). Diante desse quadro, o desafio colocado para as Políticas Públicas, quanto ao envelhecimento da população, compreende um aumento do fornecimento de serviços e de benefícios, que possibilitem uma vida longa e de qualidade, com saúde e dignidade (IBGE, 2013), o que pode ser visto dentro da perspectiva dos CP.

Aproximadamente 68% de todos os óbitos no Brasil incluiriam pessoas que poderiam se beneficiar de cuidados paliativos (o que corresponderia a aproximadamente 873.000 pessoas) em 2015, considerando-se o número de óbitos disponível no DataSus (ANCP, 2017; CFM, 2017).

As dificuldades em lidar com essas doenças no Brasil, devido as suas dimensões continentais, requer um desafio adicional para implementar programas abrangentes. Assim, ainda persistem as Políticas de Saúde Pública que optam pela medicina curativa, pelo atendimento e tratamento em serviços de urgência, emergência ou hospitalizações (CÔBO, 2015).

Os problemas na gestão de saúde, decorrentes do envelhecimento, são semelhantes em todos os países (doenças crônicas requerendo cuidados continuados e custosos). Porém, os países em desenvolvimento têm sua situação agravada por ainda enfrentarem problemas como desnutrição e doenças infecciosas (MUNIZ, 2011).

Indivíduos com problemas crônicos necessitam de apoio para além das intervenções biomédicas, estes necessitam de atenção integrada e organizada dentro da rede de saúde (CÔBO, 2015). Pacientes e suas famílias precisam de apoio em suas comunidades, bem como políticas abrangentes para a promoção da saúde e prevenção, além do manejo eficaz das condições crônicas (MUNIZ, 2011).

A OMS define o conceito de saúde como sendo não mais a ausência de doença, mas sim o bem-estar físico, social, psíquico e espiritual do paciente: “Saúde é um estado de completo desenvolvimento físico, mental e bem-estar social e não

meramente a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 2010). Isso faz com que se torne imprescindível que uma equipe de saúde esteja atenta a todos esses pontos, trabalhando de forma integral. A ampliação do conceito de saúde repercute no modo de gerir o processo saúde-doença e a construção de Políticas Públicas de Saúde que visem não somente à recuperação de agravos, mas também à Promoção da Saúde (MONTENEGRO; PENNA; BRITO, 2010).

A integralidade da saúde do paciente crônico, com indicações potenciais de finitude da vida, deve ser trabalhada por uma equipe de cuidados paliativos que possa entender suas necessidades como um todo e acompanhá-lo no lugar onde lhe proporcione o maior convívio com familiares, ou seja, no seu domicílio sempre que possível (FONTOURA; MAYER, 2011).

Desde a Idade Média acontecem deslocamentos nos lugares de tratamento e cura das doenças (FOUCAULT M, 2012). Naquele período, já existiam os hospitais, com a função de prestar assistência aos pobres e doentes que representavam ameaça à sociedade e, portanto, eram excluídos da circulação coletiva. Esses lugares não objetivavam a cura e cuidado dos enfermos, mas, sim, a salvação da alma, pois os sujeitos da exclusão já eram considerados seres morrentes. Desse modo, o hospital era considerado sinônimo de morredouro (FOUCAULT M, 2012).

Ao discorrer sobre o nascimento da Medicina Social, o filósofo Michel Foucault explica que o Ocidente organizou o controle das doenças em dois modelos: o da lepra e o da peste. No primeiro, as pessoas doentes eram retiradas de circulação e colocadas fora da cidade. No segundo, as pessoas deveriam permanecer em casa, desta maneira, a cidade era dividida em bairros sob a responsabilidade de uma autoridade que percorria as ruas passando em revista os habitantes da cidade, chamando-os para que se apresentassem à janela da casa; registrava, portanto, se estavam vivos ou mortos. Tais registros eram encaminhados ao chefe de distrito, que, por sua vez, os encaminhava à autoridade maior. Desse modo, obtinha-se não somente a vigilância, mas a centralização dos registros (FOUCAULT M, 2012). Em relação ao nascimento do hospital, Michel Foucault destaca que tal instituição foi organizada e medicalizada em meados do século XVIII e isso pouco teve a ver com o bem-estar dos doentes, e sim com a anulação dos efeitos negativos que esse ambiente produzia, devido à desordem das internações e com a possibilidade das doenças se espalharem para os demais habitantes da cidade, acarretando, também, desordem econômica (FOUCAULT M, 2012).

Nos últimos anos, a atenção domiciliar tem sido voltada para pacientes que necessitam de cuidados paliativos (BURNS, 2011; BROBÄCK, 2013). Considera-se que tal modalidade de cuidado, destinada a pessoas com doenças que ameaçam a vida, contribui para a promoção do conforto e satisfação das necessidades dos enfermos, devido ao ambiente ser mais favorável para a realização dos cuidados ao paciente (OLIVEIRA, 2017).

A atenção domiciliar figura como importante iniciativa a ser consolidada no âmbito dos cuidados aos idosos, sobretudo porque, além de ampliar a autonomia destes e de suas famílias, evita riscos fisiológicos, imunológicos e emocionais em consequência de hospitalizações repetidas e prolongadas, colaborando para o suporte emocional necessário para pacientes portadores de doença em estágio avançado ou na finitude (BRASIL, 2013; FEUERWERKER, MERHY, 2008; LIMA, SPAGNUOLO, PATRÍCIO, 2013). Caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e agravos e reabilitação prestada em domicílio, a atenção domiciliar se materializa em ações como visitas, assistência agendada ou interrupta, e até mesmo a internação domiciliar. (BRASIL, 2013).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Portaria no 2527/2011, por meio do Programa Melhor em Casa (PMC), reorganizou a AD em três modalidades de atendimento conforme a complexidade de cuidado demandada pelos pacientes, prevendo o atendimento domiciliar pela ESF e por serviços específicos de AD. Os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) são compostos por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e, também, pelas Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2016).

A primeira portaria que instituiu a internação domiciliar foi publicada em 1997 e apresenta os objetivos dessa modalidade de cuidado no sistema de saúde, especialmente a ampliação do atendimento hospitalar e a qualificação da assistência (OLIVEIRA, 2017). Nos anos de 1998 e 2006, foram publicadas novas Portarias que substituíram a expressão ampliação do atendimento hospitalar por desospitalização. O nome do PMC, com o lema “a segurança do hospital no conforto do seu lar”, aparece na Portaria publicada em maio de 2013. Além disso, a Portaria de 2013 traz a ampliação da Atenção Domiciliar, que agora pode ser realizada na atenção básica, ambulatório e hospital, diferentemente das portarias anteriores, onde antes direcionavam essa modalidade de cuidado para o hospital. Todavia, a relação com o

hospital mantém-se, pois, o lema “a segurança do hospital no conforto do seu lar” produz a sensação de que o paciente e a família estarão assegurados por essa forma de assistência, em seu domicílio. A segurança remete à equipe que irá visitar e acompanhar o paciente, com seus rituais meticulosos, instrumentos tecnológicos, saberes e poderes. O conforto remete ao “lar doce lar”, aquele espaço familiar, lugar que uma “liberdade” parece existir (OLIVEIRA, 2012).

Ainda que a atenção domiciliar seja importante alternativa de assistência ao idoso, para o atendimento a uma população com alta prevalência das DCNT, consolidar essa modalidade de cuidado não será algo simples e, por isso, é um importante desafio a ser atingido, sobretudo porque a demanda é maior do que a oferta (FEUERWERKER, MERHY, 2008; LIMA, SPAGNUOLO, PATRÍCIO, 2013).

2.2. Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde

A compreensão sobre saúde pela OMS no ano 2000 trouxe uma ampliação de seu conceito e passou a ter em seu bojo o caráter de inclusão e extensão para poder abranger a mais ampla definição onde coloca os cuidados de saúde com seu caráter preventivo, curativo e paliativo (OMS, 2000). Ao ampliar o entendimento sobre saúde, a OMS busca acolher significativa parcela da população que vive a enfermidade em sofrimento constante. O sofrimento tem um conceito abrangente e complexo: pode atingir as diferentes dimensões (espiritual, psicológica, física e familiar/social) do ser humano. Definido, no caso de doença, como um sentimento de angústia, vulnerabilidade, perda de controle e ameaça à integridade do indivíduo. Pode existir dor sem sofrimento e sofrimento sem dor. Em cada caso, somente quem sofre pode sentir, bem como aliviá-lo. A dor exige medicamento e analgésico; o sofrimento clama pelo sentido do cuidado (PESSINI, 2006).

Na história da espiritualidade cristã católica se enfatizava a importância do sofrimento, exageradamente, caindo-se numa mentalidade de valorização do sofrimento por si mesmo. A popular expressão “se a gente não sofre não ganha o céu” reflete bem esta mentalidade. Na busca de superação desta religião do sofrimento e da culpa, precisamos beber da fonte primeira para redescobrir nos Evangelhos que a dor e o sofrimento não são o centro da salvação. O mandamento não é para sofrer, mas para amar (PESSINI, 2006).

Na carta apostólica *Salvifici doloris* lemos que “O sofrimento humano suscita

compaixão, inspira também respeito e, a seu modo, intimida. Nele, efetivamente está contida a grandeza de um mistério específico”. É dito, além disso, que “o amor é ainda a fonte mais plena para a resposta à pergunta acerca do sentido do sofrimento. Esta resposta foi dada por Deus ao homem, na Cruz de Jesus Cristo” (JOÃO PAULO II, 1984).

Os CP consistem em uma abordagem que objetiva a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e familiares que enfrentam conflitos associados a doença que ameaça a vida. Previne e alivia sofrimento através da identificação precoce e avaliação correta; e enfatiza o tratamento da dor e outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2017).

Os CP se confundem historicamente com o termo Hospice. Esta palavra data dos primórdios da era cristã quando estas instituições fizeram parte da disseminação do cristianismo pela Europa (SAUNDERS, 2004; ANCP, 2012). Hospices eram abrigos (hospedarias) destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes, cujo relato mais antigo remonta ao século V, onde Fabíola, discípula de São Jerônimo, cuidava de viajantes vindos da Ásia, África e dos países do leste Europeu, no Hospício do Porto de Roma (CORTES, 1988, ANCP 2012).

O Movimento Hospice Moderno foi introduzido por uma inglesa com formação humanista e que se tornou médica, Dame Cicely Saunders. Em 1947, Cicely Saunders, formada recentemente como Assistente Social e em formação como enfermeira, conheceu um paciente judeu de 40 anos chamado David Tasma, proveniente do Gueto de Varsóvia. David recebera uma colostomia paliativa devido a um carcinoma retal inoperável. Cicely o visitou até sua morte, tinha com ele longas conversas. David Tasma deixou-lhe uma pequena quantia como herança e uma frase: “Eu serei uma janela na sua Casa”. Este foi, segundo Cicely Saunders, o ponto de partida para o compromisso com uma nova forma de cuidar (SAUNDERS, 2004; ANCP, 2012). A partir de 1967, funda o “St. Christopher’s Hospice”, cuja estrutura não só permitiu a assistência aos doentes, mas o desenvolvimento de ensino e pesquisa, recebendo bolsistas de vários países (PESSINI, 2005; ANCP, 2012).

Na origem dos CP moderno está o primeiro estudo sistemático de 1.100 pacientes com câncer avançado assistidos no St. Joseph’s Hospice entre 1958 e 1965. Um estudo descritivo e qualitativo que foi baseado em anotações clínicas e gravações de relatos de pacientes. Este estudo demonstrou o controle da dor quando os pacientes eram submetidos a administração regular de drogas analgésicas em

comparação a quando recebiam analgésicos “se necessário”. Este trabalho publicado por Robert Twycross nos anos 1970 põe por terra mitos sobre os opiáceos. Foi demonstrado o alívio real da dor, através dos relatos dos pacientes, que os opiáceos não causavam adição nos pacientes com câncer avançado e que seu uso não causava maiores problemas de tolerância (SAUNDERS, 2004, ANCP 2012).

Em 1982, o Comitê de Câncer da OMS criou um grupo de trabalho para definir políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo Hospice para pacientes com câncer, e que fossem recomendados em todos os países. Nesta ocasião, o termo Cuidados Paliativos, já utilizado no Canadá, passou a ser adotado pela OMS devido à dificuldade de tradução adequada do termo Hospice em alguns idiomas (PESSINI, 2005).

No Brasil, iniciativas isoladas e discussões a respeito dos Cuidados Paliativos são encontradas desde os anos 70. Entretanto, somente nos anos 90 é que começaram a aparecer os primeiros serviços organizados, ainda de forma experimental. Vale ressaltar o pioneirismo do Prof. Marco Túlio de Assis Figueiredo, que abriu os primeiros cursos e atendimentos com filosofia paliativista na Escola Paulista de Medicina – UNIFESP/EPM. Outro serviço importante e pioneiro no Brasil é o do Instituto Nacional do Câncer (INCA), do Ministério da Saúde, que inaugurou, em 1998, o hospital Unidade IV, exclusivamente dedicado aos Cuidados Paliativos.

Contudo, atendimentos a pacientes com doença que ameaçam a continuidade da vida acontecem desde 1986. Em dezembro de 2002, o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – HSPE/SP inaugurou sua enfermaria de Cuidados Paliativos, comandada pela Dra. Maria Goretti Sales Maciel. O programa, no entanto, existe desde 2000. Em São Paulo, outro serviço pioneiro é do Hospital do Servidor Público Municipal, comandado pela Dra. Dalva Yukie Matsumoto, que foi inaugurado em junho de 2004, com início do projeto em 2001 (ANCP, 2012). Quase metade dos serviços atuam no estado de São Paulo, com predomínio de atendimento ambulatorial a pacientes oncológicos e não oncológicos, adultos e idosos; e em sua maioria com financiamento público (GOMES, OTHERO, 2017).

O Atlas Global de Cuidados Paliativos no Fim da Vida (*Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*), publicado em 2014 pela OMS em conjunto com a *Worldwide Palliative Care Alliance* (WPCA), mostra o Brasil entre um grupo de países que apresentam o desenvolvimento de iniciativas em cuidados paliativos ainda muito isoladas e focadas em áreas que oferecem maior apoio localmente, como em grandes

centros urbanos com recursos de profissionais de saúde, materiais e medicamentos abundantes e de acesso mais facilitado. Isto coloca o Brasil no nível 3A, o que significa apenas a presença de iniciativas isoladas de cuidados paliativos, classificação pior do que seus vizinhos latino-americanos como Argentina, Chile, Uruguai, Costa Rica, entre outros (WHO, 2014).

No Brasil e no mundo, muitos pacientes ainda morrem antes de serem reconhecidos como aptos para a palição e falecem longe de casa e de seus entes queridos, sem ter uma assistência humanizada (MATSUMOTO, 2009). Entre 521 mil e 536 mil pessoas necessitam de CP no Brasil. No entanto, na prática, estes cuidados, quando indicados, ocorrem somente na fase final de vida, o que restringe a atuação das equipes especializadas (BOMFIM, 2017).

O modelo estigmatizado de CP como sinônimo de terminalidade, deve-se ao fato de que este, inicialmente, era centrado na assistência a pacientes em sua fase final de vida. No entanto, este conceito foi expandido e, atualmente, considera-se que os CP devam ser ofertados a pacientes e seus familiares o mais precoce possível, possibilitando seu acompanhamento durante todo o processo da doença potencialmente ameaçadora de vida, desde seu diagnóstico até o processo de luto (MATSUMOTO, 2009), considerando sempre o foco da atenção não na doença a ser curada, mas no paciente em seus aspectos biopsicossociais, compreendido como “um ser biográfico, ativo, com direito a informação e autonomia plena para as decisões a respeito de seu tratamento” (MACIEL, 2009).

No que tange ao significado da palavra *pallium* como manto, fica claro que os CP visam proteger ou minimizar o sofrimento associado às doenças ameaçadoras da vida. Desta forma, a indicação precoce dos Cuidados Paliativos, logo no diagnóstico, deve ser realizada de uma maneira que contemple o paciente como um todo em suas mais diversas necessidades, suscitando assim uma ação multidisciplinar que integralize os mais diversos aspectos do cuidado (MATSUMOTO, 2009).

A aplicação da abordagem dos CP desde o momento do diagnóstico implica numa diversidade de cuidados no decorrer da doença e, posteriormente, no processo de luto. Ao longo desse percurso, a premência de cuidados se mostra maior logo no início, em que é preciso acolher e orientar pacientes, familiares e/ou cuidadores quanto à doença, diminuindo a ansiedade; seguida por períodos de exacerbação, normalmente em momentos nos quais o paciente apresenta sintomas agudos; alcança estabilidade, a proporção que a doença passa a se comportar de forma crônica e

crece gradualmente, de acordo com o aumento da debilidade do paciente. A necessidade dos CP alcança seu ápice nos últimos dias/horas de vida e no momento da morte, sendo diminuída após esse evento, conforme a construção do processo de luto (FERRIS, 2011).

Os CP são aplicáveis a muitas condições que limitam a vida, incluindo doenças não transmissíveis, como câncer e doenças cardíacas e condições transmissíveis, como o HIV e a tuberculose (TB) resistente a múltiplos medicamentos. Para as crianças, as principais categorias de doenças que requerem cuidados paliativos são o câncer, o HIV e condições não-malignas progressivas, bem como condições congênitas incuráveis e perinatais (WPCA, 2014).

Os CP podem ser fornecidos onde quer que esteja o indivíduo, seja em casa, hospital, clínica comunitária ou unidades especiais chamadas, denominadas hospices. Geralmente é fornecido por uma equipe, dependendo da necessidade e dos recursos disponíveis. Esta equipe pode incluir membros da família, cuidadores da comunidade, médicos, enfermeiros, psicólogos, profissionais de pastoral, assistentes sociais e outros (WPCA, 2014).

A implantação de serviços adequados e de um programa de saúde que promova os cuidados paliativos deve envolver os diversos níveis de atenção ao paciente (FRANCO, 2011). Estudos mostram que considerando os princípios do SUS, e da Política Nacional de Humanização, a sistematização de diretrizes para implantação da palição na APS é uma iniciativa essencial, uma vez que este é o nível de assistência que melhor proporciona condições de cuidado ao paciente e aos familiares (LOBATO, 2014; STEFANONI, 2012). Isso se deve ao fato de que a proximidade geográfica, cultural e emocional dos profissionais com os pacientes possibilita um atendimento mais humanizado, centrado na pessoa doente, numa visão global e holística, integrando aspectos psicossociais e familiares, permitindo, inclusive o cuidado domiciliar (LOBATO, 2014).

Estar e ser cuidado em casa proporciona mais benefícios aos pacientes com doenças em estágio avançado. Normalmente, os pacientes preferem ir para suas casas na fase final da vida, e este suporte domiciliar em CP exige uma rede de assistência disponível e flexível, que possa ofertar o controle efetivo dos sintomas mais estressantes e uma morte digna e humanizada, em um ambiente onde, dentro do permitido, suas preferências sejam escutadas (FLORIANI; SCHARAMM, 2007).

As várias exigências do cuidar no domicílio como o controle da dor, o suporte

e até mesmo o luto ou aceitação da morte iminente, representa um grande desafio para doentes, famílias e profissionais (FERREIRA, SOUZA, STUCHI, 2012).

Pacientes que necessitam de cuidados paliativos podem necessitar de cuidados de complexidades distintas, o que demanda integração entre os níveis de atenção. Por isso, é preciso articular os diferentes componentes do sistema de saúde, criando um mecanismo de referência e contra referência para casos de intercorrência clínica (WHO, 2016).

A criação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), em 2008, contribuiu para a manutenção dos casos de cuidados paliativos na APS (MS, 2008), com o suporte de psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, geriatras, entre outros profissionais, aumentou a resolubilidade da equipe de APS e acrescentou em muito a gama de possibilidades de intervenções e orientações que podem ser oferecidas nesse nível de assistência (SILVA, 2014).

Ainda assim, observa-se, com frequência, que os profissionais da ESF enfrentam grandes dificuldades ao envolverem-se na palição de seus pacientes e famílias: a falta de formação em CP; a falta de suporte especializado, especialmente onde o NASF ainda não foi implementado; a desarticulação da rede de serviços de atenção à saúde no território, dificultando o estabelecimento de parcerias com serviços de emergência para o atendimento fora do horário de funcionamento das Unidades de Saúde da Família. Além disso, a sobrecarga de trabalho dificulta a necessária flexibilização das agendas para acolher as demandas nem sempre previsíveis desses pacientes e suas famílias (FLORIANI, 2007).

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) fundada, em 2005, com o objetivo de estimular a atuação de profissionais paliativistas no país (PAIVA, ALMEIDA-JÚNIOR; DAMÁSIO, 2014), é uma associação científica que congrega Médicos devidamente inscritos nos seus respectivos Conselhos Regionais e que se interessem pelo desenvolvimento científico, ensino e implementação dos Cuidados Paliativos no Brasil e auxilia na elaboração de políticas para a assistência aos CP (ANCP, 2009).

A ANCP define quatro níveis de atenção em cuidados paliativos:

1º Ação Paliativa – cuidado dispensado em nível comunitário por equipe vinculada ao PSF, treinada para tal finalidade.

2º Cuidado Paliativo de grau I – cuidado dispensado por equipe especializada

em Cuidados Paliativos em nível hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, porém sem leito próprio. Exemplo: equipe consultora em Cuidados Paliativos.

3º Cuidado Paliativo de grau II – cuidado dispensado por equipe especializada em Cuidados Paliativos em nível hospitalar, ambulatorial ou domiciliar que atua com leitos próprios de internação. Equivalem tanto às enfermarias em hospitais gerais quanto às unidades hospitalares independentes.

4º Cuidado Paliativo de grau III – mesma característica do cuidado de grau II acrescida de capacidade para a formação de profissionais em Cuidados Paliativos (ANCP, 2012).

Nos dois primeiros níveis a APS tem um papel central, recebendo orientação dos serviços especializados quando necessário e coordenando a assistência (ANCP, 2012). Nos demais níveis de cuidados paliativos, o cuidado é realizado de modo predominante pelo serviço especializado, mas a continuidade da assistência, como já apresentado nos resultados, pode garantir que o cuidado familiar e psicossocial seja mantido longitudinalmente e que as características socioculturais das famílias e pacientes sejam respeitadas (SILVA, 2014).

A definição operacional da APS, descrita por Starfield, vem sendo utilizada como guia nas publicações do Ministério da Saúde, nos últimos anos. Com base na sistematização da autora, é possível verificar quatro atributos essenciais dos serviços de APS: **o acesso** (primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde refere-se à utilização do serviço de saúde como recurso de cuidado), **a longitudinalidade**, (uso continuado do serviço de saúde, ao longo do tempo), **a integralidade** (diversidade de serviços, que devem ser ofertados e coordenados pela APS, prevendo ações de prevenção, promoção e reabilitação) e **a coordenação** (capacidade de integrar todo cuidado que o usuário de sua área de adscrição receberá nos diferentes níveis do sistema de saúde, incluindo o reconhecimento dos problemas abordados em outros serviços, na busca do cuidado global do paciente) (STARFIELD, 2002).

A APS deve ser a porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), por ser descentralizada e por valorizar a proximidade dos serviços com a população. Os serviços prestados são considerados de elevada complexidade e de baixa densidade tecnológica com suas ações organizadas por meio da equipe multiprofissional. A APS sendo a ESF a forma de atuação utilizada no cenário brasileiro (BRASIL, 2012).

A ESF é uma proposta de renovação da APS, que se distingue de outros serviços de saúde porque suas ações são pactuadas com a comunidade, em uma postura proativa frente aos problemas de saúde da população no território adscrito. As equipes dessa estratégia estabelecem com a população vínculos de compromisso e corresponsabilidade na produção da saúde. (BRASIL, 2011).

Uma das formas de estabelecer o vínculo entre as ESF e a população é a incorporação do Atendimento Domiciliar (AD) na ESF, que rompe com o comportamento passivo das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e permite que suas ações se estendam por todo território. O AD possibilita a reestruturação e a reorganização das práticas de saúde de modo a não ultrapassarem os muros dos serviços e incorporarem o espaço do domicílio, considerando a família e seu contexto, como alvos estratégicos da ESF (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Todavia, essa priorização do AD não deve levar ao equívoco de considerar que esta prática seja novidade ou exclusividade da ESF. Esse tipo de atendimento constitui-se como importante recurso utilizado por diversos serviços de saúde, que o considerem necessário para a melhoria da assistência. (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Não obstante a importância dos CP na saúde pública, um estudo realizado em cinco municípios brasileiros sobre as experiências de AD, incluindo CP, apontou que, apenas em um desses municípios, todos os cuidados domiciliares eram de responsabilidade da ESF. Na maioria das vezes, o AD era prestado por equipes multiprofissionais específicas. Tal estudo reforça, portanto, a necessidade da ampliação dos AD, com a inclusão do CP, no âmbito da APS (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Pacientes, cuidadores e familiares identificam as equipes da APS como fundamentais na assistência em CP e aos usuários em fase de finitude. Estas equipes oferecem a continuidade dos cuidados de maneira holística, com a comunicação centrada nas necessidades do paciente. Além disso, os profissionais da APS têm um papel importante nas escolhas do paciente sobre os cuidados e os procedimentos a serem realizados nos estágios avançados da doença. (LAVY, 2009).

A APS é importante nos CP, quando a pessoa retorna do hospital para casa, quando da inexistência de tratamento curativo para o paciente no hospital. A equipe da APS deve ser responsável pelo suporte ao paciente e família, de modo a garantir o controle dos sintomas e a dignidade no processo de morte. (COMBINATO, 2011).

Uma das atividades fundamentais para prestar cuidados a estes usuários é a Visita Domiciliar (VD). A VD também é atenção domiciliar à saúde que prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas. É um instrumento de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de assistência e/ ou atenção domiciliar à saúde, sendo programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações. (GIACOMOZZI, LACERDA, 2006).

Para que os CP sejam incorporados às atividades de APS, é necessária uma rede de atenção, que vem funcionando de forma diferenciada em vários países do mundo. (LAVY, 2009).

Para o sucesso dos programas de atenção integral aos usuários que necessitam de CP, é importante que os profissionais em todos os âmbitos do sistema de saúde tenham conhecimentos para o controle dos sintomas básicos, o manejo adequado dos medicamentos e o apoio necessário ao paciente e sua família, com domínio confiante de habilidades de comunicação. (LAVY, 2009).

Dentre as dificuldades que podemos observar na implantação do CP, sobretudo fora dos grandes centros, figuram: falta de formação dos profissionais quanto ao tratamento paliativo, já que as instituições de ensino estão mais voltadas para o tratamento curativo; profissionais que atuam de forma individualizada, cada um em seu período de atendimento, sem estruturação para o acompanhamento longitudinal do paciente e, conseqüente, continuidade do tratamento; profissionais especialistas que atendem o paciente de forma a “segmentá-lo”. Percebe-se, claramente: a inexistência de um profissional que faça a coordenação de todas as necessidades do paciente, além da ausência psicólogos e assistentes sociais nas equipes de atendimento nos serviços de saúde. (LAVY, 2009).

Embora a atenção domiciliar possa ser uma das maneiras de intervir diante das necessidades da população em Cuidados Paliativos, garantir que essa atenção privilegie a proteção dos usuários é primordial, o cuidado aos cuidadores e o adequado suporte à equipe profissional (seja em termos quantitativos, como de formação específica para a área e nos diferentes núcleos de saberes). Assim, a articulação da rede de cuidado entre os níveis de atenção e, quiçá, da rede intersetorial, é fundamental para garantir essa atenção. (FLORIANI CA, SCHRAMM FR, 2007).

2.3 Formação dos Profissionais para a Atenção em Cuidados Paliativos

De forma geral, existe uma grande deficiência no ensino em CP e, conseqüentemente, de Conhecimento em Cuidados Paliativos (CCP) entre os profissionais e estudantes das áreas de saúde. (FONSECA, GEOVANINI, 2013; WEISSMAN, 1998). Por outro lado, o número de pacientes que necessitam dos CP cresce, vertiginosamente, em virtude do envelhecimento da população e do aumento das doenças crônicas em estágios avançados (neoplasias, demência avançada, doença pulmonar obstrutiva crônica em uso de oxigênio, insuficiência cardíaca estágio em avançado, idoso com fragilidade e múltiplas comorbidades). (KANE, 2015). Devemos enfatizar que os cuidados paliativos precisam ser iniciados precocemente em pacientes com doenças ameaçadoras de vida, e não apenas nas últimas semanas ou dias de vida. (ANCP, 2012).

Essa lacuna na formação de médicos e profissionais de saúde em CP, essencial para o atendimento adequado, deve-se aos poucos serviços de residência médica e a pouca oferta de cursos de especialização e de pós-graduação de qualidade. Ainda hoje, no Brasil, a graduação em Medicina não apresenta em sua grade como lidar com o paciente em fase terminal e seus familiares, como reconhecer os sintomas e como administrar esta situação de maneira humanizada e ativa. (ANCP, 2018).

Existe ainda a necessidade de incentivar a formação de médicos para atender a crescente demanda e estimular o crescimento dos já existentes programas de Residência em Medicina Paliativa, de instituições de renome como o HC-FMUSP, IMIPE, IAMSPE, Hospital de Apoio - Brasília, HC-UFSC, HC-UFRS, INCA, entre outros (ANCP, 2017). Atualmente, solicitação para o reconhecimento da Medicina Paliativa como Especialidade Médica tramita por Comissões e Câmaras Técnicas do Conselho Federal de Medicina (CFM). Considerando que os 35 países com o maior nível de desenvolvimento em Cuidados Paliativos são também aqueles onde a Medicina Paliativa é reconhecida como especialidade médica (OXFORD TEXTBOOK OF PALLIATIVE MEDICINE, 2010, p. 12), sendo que em alguns, este reconhecimento veio há mais de uma década (Reino Unido em 1987, Austrália em 2005, Estados Unidos em 2006, Argentina em 2006, Chile em 2006 e Uruguai em 2009). Ainda nessa linha, considerando uma meta-análise que reuniu 43 estudos randomizados e controlados para demonstrar que o Cuidado Paliativo especializado é eficaz em

melhorar qualidade de vida, melhorar controle de sintomas, reduzir uso de recursos de saúde, (KAVALIERATOS, 2016), e que infelizmente este conhecimento ainda não chegou a grande parte dos médicos de nosso país, faz este pleito mais que legítimo.

A experiência clínica com pacientes em fase final de vida é essencial para a educação dos médicos, já que estes irão enfrentar situações como estas no futuro. (PINHEIRO, 2010).

Muitos médicos não recebem treinamento formal em comunicação e outros aspectos essenciais no trato com pacientes na finitude, como tratamento da dor ou dar más notícias, e com isso não se sentem adequadamente preparados para este cuidado. Este fato pode causar um profundo sentimento de impotência e fracasso, o que com o tempo provoca um distanciamento afetivo. (PINHEIRO, 2010).

Educadores médicos têm notado a crescente necessidade do ensino no cuidado com os pacientes sem possibilidade de cura, e estão fazendo tentativas para melhorias do assunto. Existem evidências de que o déficit na educação e treinamento em cuidados paliativos causam consequências negativas para os médicos e pacientes. Por exemplo, uma comunicação médico-paciente deficiente pode afetar a satisfação dos pacientes. (PINHEIRO, 2010).

No Brasil, desde agosto de 2011, a Medicina Paliativa tornou-se Área de atuação de seis especialidades médicas: Anestesiologia, Pediatria, Geriatria, Oncologia, Clínica Médica e Medicina de Família. Mesmo assim, a maioria das instituições responsáveis pela formação médica pouco tem avançado para ofertar uma formação conceitual e prática em Cuidados Paliativos aos futuros médicos. (CFM, 2011).

Há que se valorizar uma formação que estimule a interdisciplinaridade para atuação nos CP logo nos estágios iniciais da graduação, para permitir aos alunos conhecerem os pacientes dentro de um universo mais amplo e produzirem sistemas de educação permanente interligados pela multidisciplinaridade ao longo de toda a vida profissional (MENDES, 2007). Por vezes, no cotidiano da prática dentro do SUS, é possível encontrar profissionais de saúde que atuam neste contexto, sem entender sequer seus aspectos filosóficos fundamentais. (ANCP, 2017).

Os profissionais dos CP devem saber decidir quais tecnologias usar com base em custo, efetividade e ética, além de liderar pela confiança recebida da comunidade a gerência dos recursos para atender as necessidades de saúde desta população. (MENDES, 2007). Além disso, é preciso formar profissionais capazes de enfrentar a

morte e o morrer conscientes, podendo interpretá-los como parte integrante e indissociável da vida e não como sua antítese. (SILVA, RUIZ, 2003).

Pacientes anseiam que os médicos de família promovam o cuidado compassivo, com conhecimento necessário e centralizado no papel central na coordenação do cuidado. (OISHI, 2012). Inclusive, a ANCP define que o primeiro nível de cuidado em palição deve ser dispensado em nível comunitário por equipe da ESF devidamente treinada. A *European Association of Palliative Care* (EAPC) considera também essencial a prática de cuidados paliativos por parte dos médicos de família (AGUIAR, 2012), destaca-se, dessa forma, o papel das UBS/ESF dentro de um modelo de atenção à saúde em rede, onde se compartilha a responsabilidade pelo cuidado e oferecendo suporte para as equipes multiprofissionais e especializadas na resolução de problemas difíceis. (MACIEL, 2008).

Por fim, ressalta-se que, para a realização dos CP em sua totalidade, ou qualquer cuidado em saúde humanizado e integral, são necessárias reflexões acadêmicas e práticas rotineiras, em todos os âmbitos e formações da saúde, que valorizem também o conhecimento em relações humanas e não somente os conhecimentos técnicos-científicos.

3. JUSTIFICATIVA

Tem-se assistido, nas últimas décadas, ao envelhecimento progressivo da população e o aumento da prevalência das doenças crônicas. (BORGES, 2015). As DCNT representarem 60% de todo ônus decorrente de doenças no mundo e, num horizonte bem próximo, 80% das doenças nos países em desenvolvimento, decorreram de problemas crônicos. (MARCON et al., 2005). Apesar dos avanços tecnológicos alcançados a morte continua sendo uma certeza, ameaçando o ideal de cura, para o qual nós, profissionais da saúde, somos treinados.

Estudos que identifiquem o conhecimento e orientem a prática dos cuidados paliativos são necessários, pois são uma assistência ainda pouco conhecida, praticada e orientada. Neste cenário, torna-se imperiosa a adequação das práticas em saúde, em especial, por equipes que possam atuar o mais próximo do domicílio dos pacientes. A Estratégia Saúde da Família apresenta-se com melhor cenário para Atenção Domiciliar.

É de suma importância que esta discussão seja levada para dentro das instituições de ensino superior, e que se possa construir mais experiências através das práticas mesmo que incipientes neste momento; é urgente que se publiquem artigos em periódicos, chamando a atenção dos profissionais da área da saúde, e da graduação, para esta necessidade na formação, até que se crie conhecimento crítico suficiente para que o currículo possa ser modificado com a inserção e/ou ampliação da carga horária na grade curricular dos CP nas instituições formadoras.

Independente do município, da categoria de trabalho, da formação profissional (voltada ou não ao modelo da ESF), do tempo de experiência na ESF e outras questões envolvidas na temática de recursos humanos na Atenção Básica, o que se faz imperativo é que as equipes sejam avaliadas e preparadas para um melhor cuidado aos pacientes.

4. OBJETIVOS

4.1 Geral

- Analisar o conhecimento dos Cuidados Paliativos dos Médicos e Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde no Município de São José de Ribamar – MA.

4.2. Específicos

- Identificar existência de práticas de Cuidados Paliativos desenvolvidas pela equipe da atenção básica.
- Avaliar o perfil de autoconfiança dos profissionais para a prestação dos Cuidados Paliativos na atenção primária.

5 METODOLOGIA

5.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal analítico com dados primários.

5.2. Período e Local de Estudo

A coleta de dados foi realizada nos meses de março e abril de 2018.

Os dados foram coletados no Município de São José de Ribamar no Estado do Maranhão, contemplando os profissionais de saúde que trabalham nas Unidades Básicas que exercem atividades da Estratégia Saúde de Família.

A escolha do município de São José de Ribamar ocorreu pelo fato deste município ter aderido ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB), contando com atuação de 9 médicos da ESF desde o ano de 2013, com a supervisão e tutoria da UFMA, bem como o funcionamento de equipes da ESF onde as atividades do Programa de Residência Médica de Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) são realizadas.

As equipes da ESF têm médicos, enfermeiros e odontólogos como profissionais de nível superior que atuam. Porém, resolvemos utilizar para esse trabalho apenas os médicos e enfermeiros.

O Programa Mais Médico para o Brasil foi criado através Medida Provisória 621/2013, posteriormente convertida pelo Congresso Nacional na Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013. O PMMB visa ampliar o número de vagas nas escolas médicas; ampliar as vagas de residência médica priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante; estabelecer novos parâmetros para a formação médica no país e promover, nas regiões prioritárias do SUS, o aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional (Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013).

São José de Ribamar é a terceira maior cidade do Maranhão em número de habitantes, é chamada de a Cidade da Fé, devido a grande religiosidade da população. Nacionalmente é conhecida pela devoção dos fiéis ao milagroso Santo Padroeiro São José de Ribamar.

A Sede de São José de Ribamar fica a 30 Km de distância da capital São Luís. Seu território é de 338,37Km², abriga uma população estimada em 174.2677 habitantes (IBGE/2016), o que o torna o terceiro município mais populoso do Estado, superado apenas pela capital e Imperatriz. O Município localiza-se a leste da Ilha de São Luís e tem como municípios limítrofes Paço do Lumiar e Raposa.

O município conta com 103 localidades, das quais 20 estão na zona rural (18,69%) e 83 na zona urbana (77,57%), distribuídas em seis regiões administrativas.

A população ribamarense é composta em sua maioria por pessoas do gênero feminino (51,73%), de cor parda (60,7%) seguida por brancos (28,92%) e negros (9,3%) e está concentrada na zona rural. Na distribuição da população por faixas etária, existe o predomínio de jovens entre 20 a 29 anos concentrando 21,24% da população (IBGE/16).

A Rede de Saúde do município, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), tem quanto a natureza jurídica 50 logradouros, sendo 48 (98%), de natureza municipal, 1 (2%) privado e 1 (2%) estadual (SARGSUS, 2018).

A Rede de Saúde da Atenção Primária é constituída por 34 Centros de Saúde/Unidade Básica, onde estão implantadas as 36 ESF com 232 Agentes Comunitários de Saúde e 3 NASF do tipo I. O município ainda conta com uma equipe do Programa Melhor em Casa (EMAD/ENAD), um polo de Academia da Saúde, dentre outros serviços de saúde que atendem de forma humanizada e em casa às pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas que necessitam de recuperação sem sair do espaço familiar. (SARGSUS, 2018).

A Atenção Secundária está apoiada no Hospital e Maternidade Municipal com serviços de urgência e emergência 24 horas para as Clínica Médica, Pediatria e Obstetrícia. As internações são distribuídas em clínicas básicas de cirurgia, pediatria, clínica médica e obstetrícia (maternidade). No hospital existem também serviços de exames de laboratório e de imagem (ultrassonografia, Raio-X, eletrocardiograma, endoscopia). Em 2017, foram realizados 326.920 procedimentos, consultas e internações. (SARGSUS, 2018).

Existe ainda a atenção do Programa de Saúde Mental que disponibiliza o Centro de Apoio Psicosocial (CAPS II) e integra na equipe multidisciplinar psiquiatra e psicólogos. O Centro de Especialidade Diagnóstica que atende dermatologia, gastroenterologia, ginecologia, otorrinolaringologia, pediatria, psicologia, psiquiatria e

urologia faz parte de assistência das especialidades médica aos munícipes. (SARGSUS, 2018).

Não há registro da atuação de uma equipe específica que trabalhe com Cuidados Paliativos nas unidades de saúde ligadas a Secretaria Municipal de Saúde.

5.3 Amostra

Para essa amostra optamos por pesquisar apenas os profissionais de nível superior médicos e enfermeiros.

A amostra foi probabilística sistemática, composta por profissionais (médicos e enfermeiros) da ESF representativa do município de São José de Ribamar - MA.

Como critério de inclusão, os profissionais (médicos e enfermeiros) tinham no mínimo seis meses de vínculo com a referida UBS onde exercem a ESF.

A amostra calculada foi de 66 entrevistados, que acrescidos de 15% para perda da amostra totalizaram 72 baseando-se nas seguintes estimativas:

(a) Total de profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) cadastrados.

(b) Erro amostral: 5%.

(c) Intervalo de confiança: 99%.

(d) Perda amostral: 15%.

Foram excluídos 6 médicos pois não aceitaram participar da pesquisa. Dois alegaram estar se desvinculando da APS e quatro não justificaram a razão de não participar. A amostra resultou, portanto, numa representatividade final de 66 entrevistados.

5.4 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento utilizado foi a versão portuguesa do questionário *Bonn Palliative Care Knowledge Test (BPW)* (Anexo 1). Trata-se de um instrumento originalmente desenvolvido na Alemanha, em 2011, com objetivo de avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde que trabalham em lares e unidades de cuidados continuados, que incorpora as mudanças recentes nas diretrizes adotadas aos Cuidados Paliativos pela OMS. Outros questionários que existem com esta finalidade (*Palliative Care Quiz*

for Nursing (PCQN) e *Palliative Care Knowledge Test (PCKT)* não contemplam questões de aspectos psicossociais ou encontram-se com conceitos desatualizados sobre os CP. (PFISTER et al., 2011).

O questionário desenvolveu-se no contexto alemão, por isso foi necessário que passasse por processo de adaptação transcultural para o português. (MINOSSO, 2017).

Esta ferramenta foi validada por vários países e adaptada, recentemente, para o português de Portugal (MINOSSO, 2017), permitiu assim, a similaridade de nossa língua materna. Desta forma, entende-se que este possa ser perfeitamente adaptado para nosso contexto aqui no Brasil, desde que sejam dirimidas as questões de terminologia que possam levar a interpretações diferentes. Contém 23 questões (Q) que analisam diversos aspectos desde o conhecimento geral, dor, controle de sintomas, atitudes sobre a morte e o morrer, bem como uma avaliação de autoconfiança na prestação dos CP coletadas através de 15 questões. As 23 questões não apresentam uma divisão por área temática/domínio.

Com a intenção de facilitar o entendimento e considerando o domínio dos diversos aspectos pesquisados, as questões foram agrupadas considerando-se QCG para Conhecimento Geral; QD para Dor; QCS para Controle de Sintomas e QASM para Atitude sobre Morrer.

As possíveis respostas em todas as áreas com exceção da autoconfiança incluem “correto”, “bastante correto”, “pouco correto” ou “incorreto”. Considera-se “certo ou sim” as respostas “correto”, “bastante correto” e, “errado ou não” as respostas “pouco correto” ou “incorreto”. A sua validade e confiabilidade já foram confirmadas, com valores de *alfa* de Cronbach de 0,71 para os itens sobre conhecimento e de 0,86 para os de avaliação da autoconfiança. (PFISTER et al., 2011). As respostas foram avaliadas conforme o trabalho original que validou o presente questionário para o português.

Algumas questões geraram dúvidas devido a terminologia de duas perguntas, porém foi seguido os conceitos do Manual da ANCP com versão 2012 e consultado professores *experts* na formação de profissionais em CP no Brasil (Instituto Paliar – instituto de ensino e capacitação em Cuidados Paliativos e Medicina Paliativa) para que se buscasse a melhor definição. A questão número 21 do questionário de conhecimento tem como respostas “correto” ou “bastante correto” na versão traduzida para o português de Portugal, porém segundo a luz do conhecimento dos CP aqui no

Brasil e a orientação de *experts* da área, a mesma deverá ser avaliada como “pouco correto” ou incorreto. Esta divergência deveu-se ao significado do termo “fase final”. Conforme encontra-se na versão original, a fase final corresponde aos 3 últimos dias de vida, isso diverge do conceito aceito pelos autores brasileiros que descrevem a fase final como um período de dias a semanas que antecedem a morte. Assim, adotou-se a orientação dos professores do Instituto Paliar para a pesquisa aqui apresentada.

5.5 Fluxograma da Coleta de Dados

Em um primeiro momento foram feitas reuniões com as equipes do Programa Saúde da Família, apresentou-se o projeto, convidando a participação de todos e dirimidas as eventuais dúvidas (Apêndice 1). Para atingir o maior número de equipes por reunião, foram agendados encontros em que se pudesse reunir o maior número de profissionais por território em horário que não causasse prejuízo as suas atividades.

Esses encontros tinham por objetivo reproduzir situações semelhantes para que os profissionais pudessem ser avaliados de maneira idêntica sem que houvesse a interferência do meio ou de outros fatores externos. Para os profissionais que não puderam comparecer aos encontros agendados, foram solicitados agendamentos, via contato telefônico, com os mesmos ou com a gerente da Unidade de Saúde. Quando da impossibilidade do agendamento por via telefônica, as UBS foram visitadas sem agendamento prévio.

Foi solicitado aos profissionais que responderam o questionário na UBS, que estes fossem aplicados no início do turno, pois seria o momento em que os pesquisados encontravam-se em melhores condições e assim diminuiria o viés de aferição.

Tomou-se o cuidado de evitar a aplicação do questionário em dias de grande demanda de atendimento, bem como no final do turno de trabalho. Sempre que possível, as respostas foram obtidas no início do turno de trabalho e perguntado ao profissional se estava em boas condições físicas e intelectuais para respondê-lo. Foi necessário, em algumas UBS, o retorno em diferentes momentos para se obter o melhor ambiente, algumas unidades foram visitadas por até 5 vezes para se obter esse momento.

O questionário foi aplicado com os respectivos profissionais que atenderam aos critérios de inclusão com objetivo de avaliar o conhecimento teórico em cuidados paliativos, bem como a autoconfiança.

5.6 Processamento dos Dados e Tratamento Estatístico

Os dados foram organizados em gráficos e tabelas descritivas para melhor visualização dos mesmos. A caracterização da amostra foi baseada em informações a respeito do sexo, idade, profissão, estado civil, anos de estudo, tipo de pós-graduação, tempo de término da graduação, tempo de atuação na área de Atenção Primária à Saúde, presença de cuidados paliativos na UBS e tipos de cuidados paliativos prestados. Buscou-se também verificar em qual unidade de saúde cada entrevistado atuava.

Para o cálculo estatístico, foi utilizado o *software* SPSS v. 19, admitindo-se um nível de significância de 0,05. A homogeneidade das variáveis idade, anos de estudo, tempo de término da graduação e tempo de atuação na área de Atenção Primária à Saúde entre os profissionais médicos e enfermeiros foi calculada pelo teste de diferença de médias (teste de *t-student*).

Para se avaliar possíveis diferenças nas proporções de acertos e erros para as dimensões de "Dor", "Controle de sintoma", "Conhecimento geral" e "Atitude sobre o morrer" entre médicos e enfermeiros foi empregado o teste do Qui-quadrado. Descritivamente, foi exposta por meio de tabela a porcentagem de respostas para médicos e enfermeiros relacionadas à sessão da Autoconfiança.

5.7 Aspectos Éticos

A coleta de dados teve início após aprovação com o Parecer Consubstanciado Nº 2.499.285 (Anexo 2) pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Maranhão, respeitando os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Cada sujeito recebeu uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e após assinado deu-se anuência para participar da pesquisa.

6 RESULTADOS

Foram entrevistados um total de 66 profissionais de saúde. Entre os 66 profissionais, 30 eram médicos (45,4%) e 36 enfermeiros (54,6%). Do total, 49 (74,1%) eram do sexo feminino (15 médicas – 50,0%; 34 enfermeiras - 94,9%), enquanto que 17 (23,9%) eram do sexo masculino (15 médicos – 50,0%; 2 enfermeiros - 5,1%). Quanto ao estado civil, a maioria era casada (28/41,8%). Entre os médicos, os casados foram em maior número (14/46,4%), já entre os enfermeiros não se observou diferença entre os que se declararam casados e solteiros (15/43,5%) (Tabela 1).

Tabela 1: Perfil de gênero e estado civil dos profissionais de nível superior da Estratégia de Saúde da Família no município de São José de Ribamar – MA, 2018.

Variável	Médico	Enfermeiro	Geral
	(n = 30; 45,4%)	(n = 36; 54,6%)	(n = 66; 100%)
	N (%)	N (%)	N (%)
Sexo			
Feminino	15 (50)	34 (94,9)	49 (74,1)
Masculino	15 (50)	2 (5,1)	17 (23,9)
Estado civil			
Solteiro	8 (25)	15 (43,5)	23 (35,8)
Casado	14 (46,4)	15 (43,5)	28 (41,8)
União estável	3 (10,7)	3 (8,3)	7 (10,4)
Viúvo	1 (3,6)	2 (5,1)	3 (4,5)
Divorciado	4 (14,3)	1 (2,6)	5 (7,5)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

Quanto a faixa etária, a média de idade dos médicos e dos enfermeiros foram 42,93 e 40,97 respectivamente (Tabela 2).

Em relação ao tempo de estudo após a graduação, os médicos tiveram a média de tempo de 8,6 ± 3,478 anos e entre os enfermeiros, média de 8,9 ± 4,776 anos (Tabela 1). O tempo de trabalho na área de APS entre os profissionais médicos foi de 102,75 ± 11,930 meses (8,5 anos) e 103,23 ± 11,509 meses (8,6 anos) foi a média entre os enfermeiros (Tabela 2).

Tabela 2: Perfil dos profissionais de nível superior da Estratégia de Saúde da Família no município de São José de Ribamar – MA, 2018.

Variável	Médico	Enfermeiro	p - valor*
	(n = 30; 45,5%)	(n = 36; 54,6%)	
	Média ± DP	Média ± DP	
Idade (anos)	42,93 ± 15,525	40,97 ± 9,138	0,554
Tempo de estudo (anos)	8,61 ± 3,478	8,92 ± 4,776	0,755
Término da graduação (anos)	13,75 ± 15,366	11,62 ± 6,298	0,492
Trabalha na APS (meses)	102,75 ± 11,930	103,23 ± 11,509	0,984

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

Quanto às variáveis representadas pela idade, anos de estudo, tempo de término da graduação e tempo em que trabalha na APS não houve diferença estatística significativa nas médias destas variáveis entre os médicos e enfermeiros ($p > 0,05$). Desta forma, a amostra pode se caracterizar como homogênea para estes aspectos.

Quanto ao tempo de término da graduação, predominou aqueles com mais de 10 anos de formado, com 32 (47,8%). No grupo dos médicos, a maioria tinha menos de 5 anos de formado (12/39,3%), enquanto que grande parte dos enfermeiros apresentavam mais de 10 anos de graduação (22/59%) (Tabela 3).

Tabela 3: Tempo de término de graduação dos profissionais de nível superior da Estratégia de Saúde da Família no município de São José de Ribamar – MA, 2018.

Profissional N (%)	Tempo de término de graduação (anos)			p-valor
	≤ 5	5 < x < 10	≥ 10	
Médico	12 (39,3)	8 (28,6)	10 (32,1)	< 0,05
Enfermeiro	3 (10,2)	11 (30,8)	22 (59,0)	
Total	15(22,3)	19 (29,9)	32 (47,8)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

A pós-graduação, a Especialização, sobretudo na área de Saúde da Família, foi a mais frequente tanto de maneira geral ($n = 49$; 76,1%), bem como entre médicos ($n = 18$; 64,3%) e enfermeiros ($n = 31$; 84,6%) (Tabela 4).

Tabela 4: Pós-graduação dos profissionais de nível superior da Estratégia de Saúde da Família no município de São José de Ribamar – MA, 2018.

Variável	Médico (n = 30; 45,5%)	Enfermeiro (n = 36; 54,6%)	Geral (n = 66; 100%)
	N (%)		
Pós-graduação			
Especialização	18 (64,3)	31 (84,6)	49 (76,1)
Mestrado	0	2 (5,2)	2 (3,03)
Doutorado	0	2 (5,2)	2 (3,03)
Pós-doutorado	0	2 (5,2)	2 (3,03)
Nenhuma	10 (35,7)	2 (10,3)	12 (20,9)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

A respeito dos Cuidados Paliativos, 46 profissionais (69,7%) afirmam prestar este tipo de atendimento, dos médicos (n = 23; 76,7%) e enfermeiros (n = 23; 63,9%) afirmam que realizam os cuidados paliativos em sua unidade de saúde (Tabela 5).

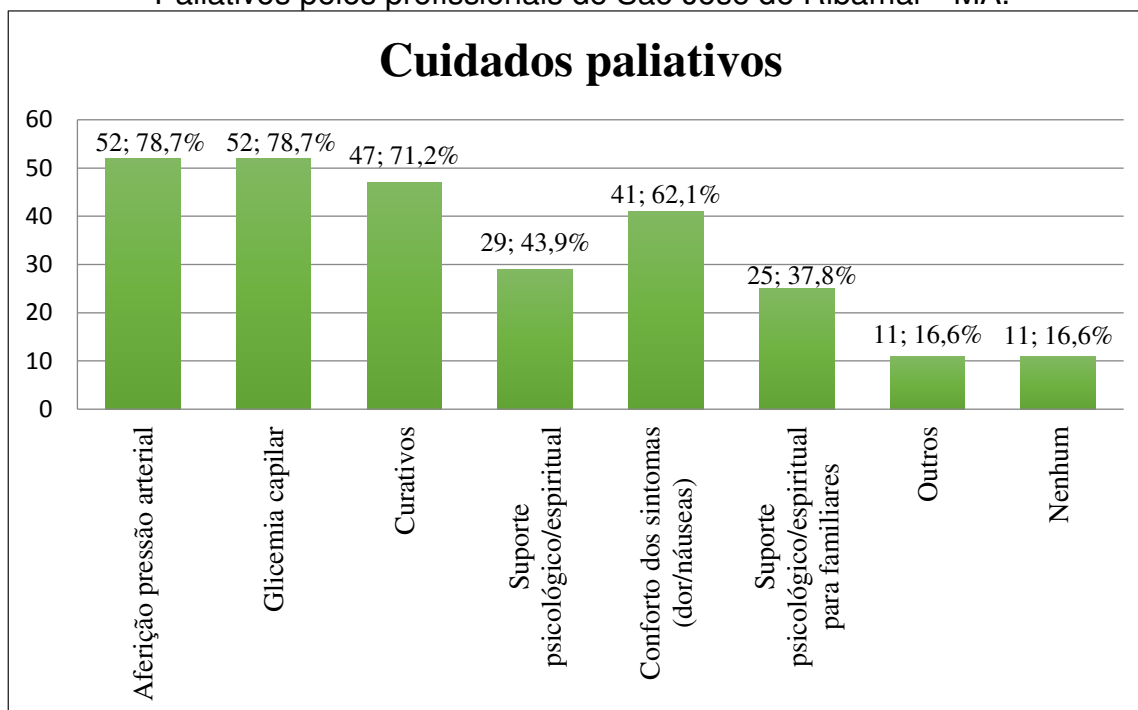
Tabela 5: Profissionais que reconhecem a existência de pacientes em Cuidados Paliativos, sob sua assistência no município de São José de Ribamar-MA

Variável	Médico	Enfermeiro	Geral
	(n = 30; 45,5%)	(n = 36; 54,6%)	(n = 66; 100%)
Pacientes em Cuidados Paliativos			
Sim	23 (76,7)	23 (63,9)	46 (69,7)
Não	7 (23,3)	11 (30,5)	18 (27,3)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

Os cuidados de aferição da pressão arterial (n = 52; 19,4%), glicemia capilar (n = 52; 19,4%) e uso de curativos (n = 47; 17,5%) foram os mais representativos dentro dos Cuidados Paliativos citados pelos entrevistados (Gráfico 1).

Gráfico 1: Cuidados prestados pelos profissionais e identificados como Cuidados Paliativos pelos profissionais de São José de Ribamar - MA.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018

As tabelas 6 e 7 mostram os acertos e erros dos profissionais de saúde avaliados de acordo com as dimensões do conhecimento em Dor, Controle de sintomas, Conhecimento geral e Atitude sobre o morrer.

Para as dimensões Dor, Controle de Sintomas e conhecimentos gerais os enfermeiros obtiveram maior índice de acertos de em relação aos médicos, porém a diferença encontrada entre a frequência de erros e acertos dos profissionais não foi significativa estatisticamente (Tabelas 6 e 7).

Para a dimensão Controle de sintoma, os enfermeiros também apresentaram maior índice de acerto (100% das questões da dimensão), todavia a proporção de erros e acertos foi a mesma dos médicos (Tabelas 6 e 7).

Para a dimensão Atitude sobre o morrer, os profissionais alcançaram o mesmo índice de acertos, assim como a mesma proporção de erros e acertos (Tabelas 6 e 7).

Desta forma, ao comparar-se os erros e acertos dos médicos com o dos enfermeiros ligados à Estratégia de Saúde da Família que foram entrevistados no município de São José de Ribamar não apresentaram diferenças estatisticamente significativas em relação ao questionário *BWP*.

Tabela 6: Acertos e erros globais da avaliação de conhecimento por profissionais da Estratégia de Saúde da Família no município de São José de Ribamar – MA, 2018.

Dimensão		Médico (n=30; 45,5%)	Enfermeiro (n=36; 54,6%)	X²	p- valor
Dor	Erros	87	113	0,83	0,3609
	Acertos	123	140		
Controle de sintoma	Erros	30	36	0	1,000
	Acertos	30	36		
Conhecimento geral	Erros	110	146	1,36	0,2434
	Acertos	130	142		
Atitude sobre o morrer	Erros	95	146	0,88	0,3478
	Acertos	85	90		

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

Tabela 7: Acertos por questões do questionário de avaliação de conhecimento pelas categorias de profissionais da Estratégia de Saúde da Família no município de São José de Ribamar - MA

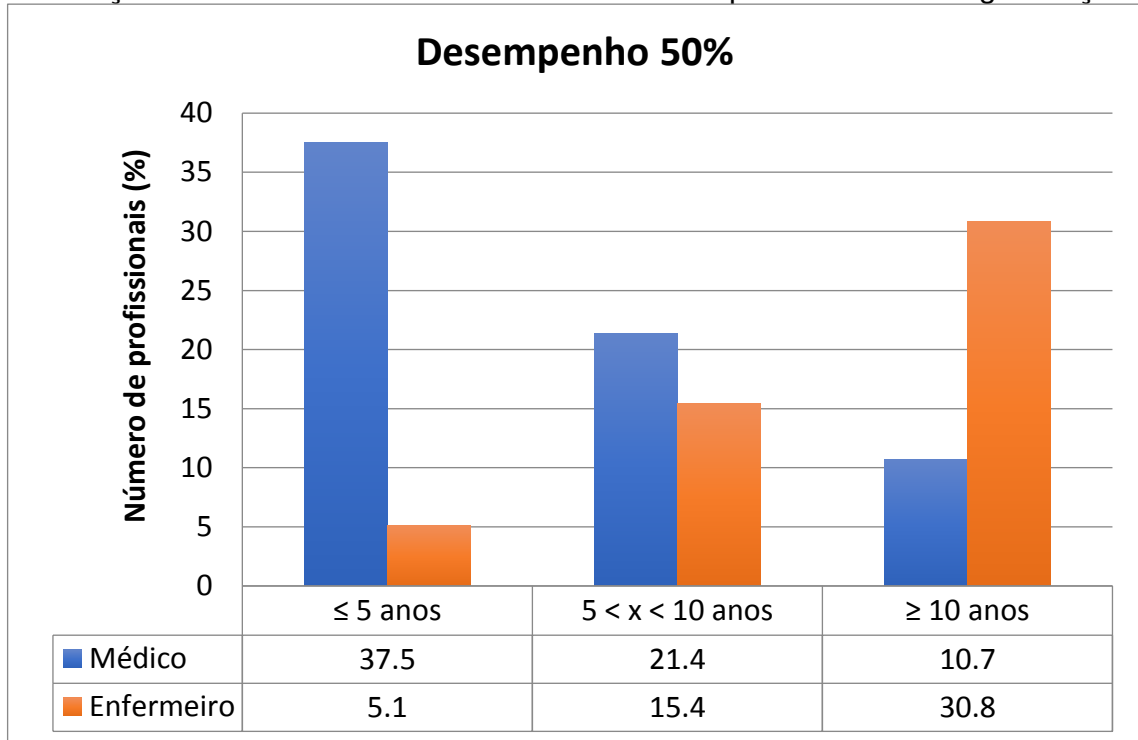
Dimensão	Total de acertos (%)		
	Médico (n = 30; 45,5%)	Enfermeiro (n = 36; 54,6%)	Geral (n = 66; 100%)
Dor	N (%)	N (%)	N (%)
S-2	21 (70)	15 (41,7)	36 (54,5)
S-4	8 (26,7)	11 (30,5)	19 (28,8)
S-5	24 (80)	36 (100)	62 (93,9)
S-9	11 (36,9)	18 (50)	29 (44)
S-11	12 (40)	15 (41,7)	27 (41)
S-19	18 (60)	29 (80,5)	47 (71,2)
S-20	22 (73,3)	24 (66,7)	46 (69,7)
Controle de sintoma	N (%)	N (%)	N (%)
S-3	13 (43,3)	21 (58,3)	34 (51,5)
S-7	15 (50)	18 (50)	33 (50)
Conhecimento geral	N (%)	N (%)	N (%)
S-1	22 (73,3)	19 (52,7)	41 (62,1)
S-8	6 (20)	2 (5,5)	8 (12,1)
S-10	18 (60)	23 (63,8)	41 (62,1)
S-13	20 (66,7)	28 (77,7)	48 (72,7)
S-15	24 (80)	35 (97,2)	59 (89,4)
S-17	13 (43,3)	13 (36,1)	26 (36,4)
S-21	6 (20)	15 (41,7)	21 (31,8)
S-22	13 (43,3)	19 (52,7)	32 (48,5)
Atitude sobre o morrer	N (%)	N (%)	N (%)
S-6	1 (3,3)	0 (0,0)	1 (1,5)
S-12	7 (23,3)	7 (19,4)	14 (21,2)
S-14	19 (63,3)	22 (61,1)	41 (62,1)
S-16	13 (43,3)	11 (30,5)	24 (36,3)
S-18	23 (76,7)	30 (83,3)	53 (80,3)
S-23	16 (53,3)	29 (80,5)	45 (68,1)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

Houve diferença estatística significativa nas frequências de desempenho entre os profissionais ($p < 0,05$). A técnica pós-teste do Qui-quadrado detectou diferença nas frequências de tempo ≤ 5 anos e ≥ 10 anos ($X^2 = 10,00$; $p = 0,0016$). Porém, no grupo entre 5 a 10 anos de formados não havendo diferença entre os demais grupos ($p > 0,05$). Por conseguinte, há uma frequência de médicos com melhor desempenho com o tempo de graduação ≤ 5 anos e, por sua vez, uma maior frequência de enfermeiros com melhor desempenho com tempo de graduação ≥ 10 anos. Entretanto, quando comparamos os profissionais de tempo intermediário (entre 5 e 10

anos), não se observa diferença significativa na frequência de desempenho em relação ao menor (≤ 5 anos) ou maior (≥ 10 anos) tempo de formação (Gráfico 2).

Gráfico 2: Frequência de profissionais com desempenho maior e/ou igual a 50% na Avaliação de Conhecimento de acordo com o tempo de término da graduação



Fonte: Dados da pesquisa, 2018

Ao avaliar o desempenho de 50% de acertos pelos profissionais, observou-se o mesmo resultado do desempenho de 60% de acertos. Houve diferença estatística significativa nas frequências entre os profissionais ($p < 0,05$). A técnica pós-teste do Qui-quadrado detectou diferença nas frequências de tempo ≤ 5 anos e ≥ 10 anos ($X^2 = 10,71$; $p = 0,0011$), não havendo diferença entre os demais grupos ($p > 0,05$). Há maior frequência de médicos com melhor desempenho com o tempo de graduação ≤ 5 anos e maior frequência de enfermeiros com melhor desempenho com tempo de graduação ≥ 10 anos. Comparados aos profissionais de tempo intermediário (entre 5 e 10 anos), não se observa diferença significativa na frequência de resultados em relação ao menor (≤ 5 anos) ou maior (≥ 10 anos) tempo de formação.

Tabela 8: Frequência de profissionais com desempenho maior e/ou igual a 50% na Avaliação de Conhecimento de acordo com o tempo de término da graduação

Profissional N (%)	Tempo de término de graduação (anos)			p-valor
	≤ 5	5 < x < 10	≥ 10	
Médico	10 (37,5)	6 (21,4)	3 (10,7)	< 0,05
Enfermeiro	2 (5,1)	6 (15,4)	12 (30,8)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

Para o questionário de autoconfiança, a maioria dos profissionais médicos e enfermeiros consideraram as respostas "correto" e/ou "razoavelmente correto" dentro de cada assertiva, demonstrando um perfil de autoconfiança elevado. Entretanto, nos quesitos 10, 14 e 15 (Anexo 1) ocorreram um maior número de profissionais que assinalaram "pouco correto" e/ou "incorreto", demonstrando assim que não se sentem autoconfiantes para as respectivas proposições (Tabela 9).

Tabela 9: Frequência de respostas a respeito da avaliação de autoconfiança por profissionais da Estratégia de Saúde da Família no município de São José de Ribamar – MA, 2018.

Sessão Autoconfiança	Médico (n = 30; 45,5%)				Enfermeiro (n = 36; 54,6%)				Geral (n = 66; 100%)			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
S-1	15 (50,0)	12 (40,0)	2 (6,6)	1 (3,3)	21 (58,3)	9 (25,00)	6 (16,7)	0	36 (54,5)	29 (43,9)	9 (13,6)	1 (1,5)
S-2	20 (66,6)	8 (26,6)	2 (6,6)	0	28 (77,8)	6 (16,7)	1 (2,8)	1 (2,8)	49 (74,2)	14 (21,2)	3 (4,5)	0
S-3	22 (75)	6 (20,0)	2 (6,6)	0	33 (91,7)	3 (8,3)	0	0	56 (84,9)	8 (12,1)	2 (3,0)	0
S-4	19 (63,3)	6 (20,0)	3 (10,0)	2 (6,6)	26 (72,2)	7 (19,4)	1 (2,8)	2 (5,5)	47 (71,2)	11 (16,7)	4 (6,0)	4 (6,0)
S-5	15 (50)	10 (30,0)	4 (13,3)	1 (3,3)	27 (75,0)	6 (16,7)	2 (5,5)	1 (2,8)	43 (65,1)	16 (24,2)	5 (7,6)	4 (6,0)
S-6	15 (50,0)	8 (26,7)	6 (20,0)	1 (3,3)	26 (72,2)	10 (27,8)	0	0	41 (62,1)	17 (25,8)	6 (9,0)	2 (3,0)
S-7	19 (63,3)	9 (30,0)	2 (6,6)	0	27 (75,0)	6 (16,7)	3 (8,3)	0	47 (71,2)	14 (21,2)	5 (7,6)	0
S-8	15 (50,0)	12 (40,0)	3 (10,0)	0	27 (69,2)	6 (20,5)	3 (7,7)	0	40 (60,6)	19 (28,8)	6 (9,0)	1 (1,5)
S-9	14 (46,6)	12 (40,0)	3 (10,0)	1 (3,3)	26 (72,2)	5 (13,9)	4 (11,1)	1 (2,8)	41 (62,1)	16 (24,2)	7 (10,6)	2 (3,0)
S-10	6 (20,0)	11 (36,6)	8 (26,7)	5 (16,6)	16 (44,4)	6 (16,7)	6 (16,7)	8 (22,2)	21 (31,8)	19 (28,8)	13 (19,7)	13 (19,7)
S-11	15 (50)	9 (30,0)	5 (16,6)	1 (3,3)	26 (72,2)	7 (19,4)	2 (5,5)	1 (2,8)	40 (60,6)	17 (25,8)	7 (10,6)	2 (3,0)
S-12	16 (53,3)	11 (36,6)	3 (10,0)	0	27 (69,2)	6 (16,7)	3 (8,3)	0	46 (69,7)	15 (22,7)	5 (7,6)	0
S-13	15 (50)	10 (33,3)	4 (13,3)	1 (3,3)	26 (72,2)	5 (13,9)	4 (11,1)	1 (2,8)	41 (62,1)	15 (22,7)	8 (12,1)	2 (3,0)
S-14	12 (40,0)	10 (33,3)	8 (26,7)	0	22 (61,1)	6 (16,7)	6 (16,7)	2 (5,5)	33 (50,0)	17 (25,8)	14 (21,2)	2 (3,0)
S-15	13 (43,3)	7 (23,3)	7 (23,3)	3 (10,0)	17 (47,2)	9 (25,0)	5 (13,9)	5 (13,9)	30 (45,4)	17 (25,8)	12 (18,2)	7 (10,6)

1 = Correto; 2 = Razoavelmente correto; 3 = Pouco correto; 4 = Incorreto

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

7 DISCUSSÃO

Na literatura nacional não foi encontrado nenhum trabalho publicado que já tenha aplicado o questionário BPW entre os profissionais de saúde no Brasil, sendo assim, não existe referência nacional para comparação.

Neste trabalho foram entrevistados um total de 66 profissionais de saúde, 30 (45,5%) médicos e 36 (54,6%) enfermeiros. A média de idade dos médicos como de enfermeiros foi 42,93 e 40,97, respectivamente. Esses dados estão de acordo com outros estudos realizados com profissionais da ESF/PSF em outras regiões do país que abordaram, entre outros aspectos, a faixa etária (CANESQUI, 2006; FERRARI, 2010; GIL, 2005).

Quanto a situação conjugal dos profissionais, observou-se que, dos profissionais que responderam a esta questão, a maioria tem relacionamento consensual (52,2%), constituída de casados (41,8%) ou união consensual (10,4%). Este dado pode estar associado à idade dos profissionais respondentes, que estão, em sua maioria, na idade adulta, considerando-se o ciclo do desenvolvimento humano, o que, em geral, predispõe à constituição de novos núcleos familiares. Mais da metade (55,47%) dos brasileiros casam-se até os 30 anos (IBGE, 2016). Este resultado assemelha-se ao de outros trabalhos realizados junto a profissionais de ESF das regiões Centro-Oeste e Sudeste do país, onde a maioria é casada (CANESQUI, 2006; CAMELO, 2008).

De acordo com os achados deste estudo, a população feminina é predominante, com 74,1% da amostra total, o que corrobora com a existência de diversos estudos sobre a feminilização da área de saúde no Brasil (CANESQUI, SPINELLI, 2006; MIRANZI, 2010). No grupo etário de 29 anos ou menos, as mulheres são maioria, e entre os especialistas em Medicina de Família e Comunidade, representando aproximadamente 54% são do sexo feminino (CFM, 2013).

Estudos mostram que as condutas e práticas das mulheres na área de saúde podem conduzir a uma melhor eficácia das ações preventivas e adesão de tratamento, uma vez que apresentam maior aptidão em uma atuação centrada na pessoa. Também alcançam mais êxito em adequar-se ao contexto sócio cultural da população assistida. Ademais, mulheres também tendem a trabalhar melhor em ambiente de equipe multidisciplinar de saúde, e mostram-se capazes de ocupar posição de liderança. Além disso, apresentam-se menos propensas a rotatividade e aposentam-

se mais tarde e otimizam recursos, pois são menos inclinadas a incorporar tecnologias desnecessárias (SCHEFFER, 2013; LEVINSON, 2004; PHILLIPS, 2009).

Por outro lado, mulheres tendem a demandar uma carga horária mais flexível em virtude de sua família e costumam atender um quantitativo menor do que homens, o que pode gerar uma necessidade de readequação da população assistida pela ESF e de flexibilização das relações de trabalho, visando melhoria do aproveitamento (SCHEFFER, 2013; LEVINSON, 2004).

Este achado permite a elaboração de estratégias para a adaptação da APS em virtude das potencialidades e desafios que a feminilização da mão de obra ocasiona dentro do cotidiano da ESF, como redução da população adscrita por equipe ou flexibilização da carga horária.

Quanto ao tempo de estudo após a graduação, os médicos tiveram uma média $8,6 \pm 3,478$ anos e os enfermeiros $8,9 \pm 4,776$ anos (Tabela 1). O tempo de atividade na área APS entre os profissionais médicos foi de $102,75 \pm 11,930$ meses (8,5 anos) e $103,23 \pm 11,509$ meses (8,6 anos) foi a média entre os enfermeiros (tabela 1).

No que diz respeito à qualificação dos profissionais para o trabalho na ESF, 51 (79,1%) profissionais referiram ter algum tipo de qualificação. Em relação ao curso de Especialização, o curso na área de Saúde da Família foi o mais frequente entre os apontados (76,1%).

A realidade detectada no presente estudo vai ao encontro dos resultados de pesquisas de outros pontos do país, a exemplo do Estado do Piauí, em que, no tocante à qualificação para o trabalho, foi constatado que mais de um terço dos profissionais tinha especialização em Saúde da Família e a maioria atuava na ESF/PSF havia mais de três anos (ROCHA, 2007).

A qualificação profissional, por si só, não produz melhores práticas assistenciais, reforçando a necessidade do papel indutor e ordenador do Ministério da Saúde, articulado ao Ministério da Educação e em cooperação com instituições formadoras, conselhos de classe e municípios, para garantir que a formação esteja relacionada às necessidades sociais e à operacionalização do SUS (SANTOS, 2012). Do mesmo modo, os municípios através de suas Secretarias Municipais de Saúde devem reconhecer seu papel de incentivador de formação profissional para atuação na Atenção Básica, caracterizando uma co-responsabilização neste processo de educação permanente do quadro de servidores.

Neste trabalho, 69,7% afirmaram atender a pacientes em CP. Não obstante, as referidas práticas, em sua maioria, se resumem a medidas habituais na rotina de uma unidade de saúde como aferição da pressão arterial (78,8%) e glicemia capilar (78,8%), mencionada por 52 dos participantes. Outras ações mencionadas pelas equipes, mas em menor escala, foram a realização de curativos (71,2%) e o controle de sintomas (62,1%). Os Suportes psicológico e espiritual para pacientes e familiares foram mencionados como prática de CP por 44% dos profissionais e o suporte psicológico e espiritual para familiares teve apenas registro de 38% dos profissionais. Essa questão mostra a dificuldade que os profissionais têm em compreender os aspectos primordiais da filosofia dos CP que tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares, realizada através da prevenção e alívio de sofrimento físico, psíquico, social e espiritual.

O número de trabalhos científicos que relatam o frágil conhecimento em CP vem aumentando nos últimos anos. Esse fenômeno é evidenciado através de estudos que captam os saberes dos profissionais de saúde em temas sobre finitude da vida e morte, bem como histórias de revolta e perplexidade de usuários do Sistema de Saúde Público e Privado, em todas as esferas. Cresce na sociedade as manifestações de indignação perante a maneira com a qual pacientes são acolhidos na fase final da vida.

Em sua coluna no Jornal El País, Eliane Brum (2017) diz que:

Somos seres que morrem, isso não podemos evitar. Somos seres que perdemos aqueles que amamos, e isso também não podemos evitar. Mas há algo aterrador que persiste, e isso podemos evitar. E, mais do que evitar, combater. É preciso que os mortos por causas não violentas cessem de morrer violentamente dentro dos hospitais.

Manifestações de descontentamento são o resultado de um sistema que não evoluiu para acolher sentimentos de dor e angústia da sociedade perante a morte. O texto acima apresenta a revolta de quem não se sente amparada em seu direito de morrer dignamente. A dignidade durante o processo de morrer pode ser vista, quando: o paciente tem alívio para dor e outros sintomas, sem que para isso haja interferência no curso natural da morte; permitir que pessoas de estima (família e amigos) possam estar ao lado; ter o direito de escolher o local onde deseja morrer; receber apoio psicológico e espiritual para amparar seus anseios; receber cuidados continuamente

e não ser abandonado, além de conservar o controle possível no que se refere às decisões a respeito de seus cuidados (ANCP, 2012).

A maioria dos profissionais de saúde, em todo o mundo, tem pouco ou nenhum conhecimento dos princípios e práticas dos cuidados paliativos. Além disso, o contato com os CP ainda é raramente incluída no currículo educacional dos profissionais de saúde (WHO, 2017).

Os profissionais avaliados, ao responderem sobre o processo da morte e o impacto na vida de pacientes e familiares, evidenciaram dificuldade nesses temas e apresentaram baixa frequência de acertos. Alunos do sexto ano do curso de medicina de uma Universidade particular de São Paulo, ao serem questionados sobre sua preparação para lidar com a morte de um paciente, manifestaram não se sentir preparados para enfrentar tal situação. Consideraram-se despreparados 76% e 32% relataram que além de não se sentirem preparados, associavam a morte com o sentimento de derrota, perda e frustração respectivamente (MORAES, 2008). O CP resgata a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida (ANCP, 2012). Um dos princípios de sua filosofia é afirmar a vida e confirmar a morte como processo normal da vida.

Aceitação da morte como processo natural e a afirmação da vida são temas de pouco domínio pelos profissionais, independentemente de ser médico ou enfermeiro, bem como falar sobre a morte com familiares. A questão 6 questionava se para os familiares era sempre importante permanecer ao lado dos pacientes desde o adoecer, até a morte, a imensa maioria (98,5%) respondeu ser correto ou razoavelmente correto. Isto mostra a pouco familiaridade para lidar com essas situações.

O reconhecimento dos limites e possibilidades de cuidado e atenção de todos os envolvidos num caso (paciente, família e equipe) são pontos cruciais para que a assistência proposta surta o efeito desejado. A “justa medida” deve ser buscada e pode ser obtida. Cuidar em nenhum momento pode se configurar como uma imposição e ser cuidado deve ser sempre uma possibilidade e não uma tortura. (CARVALHO, 2008; ANCP, 2012).

Cabe aos profissionais entender e respeitar o significado da morte para paciente e família. Quando o núcleo familiar não percebe a morte como uma ocorrência natural, mas como uma vivência extremamente traumática, não há porque incentivar a ocorrência do óbito no domicílio. Pode ser traumática para familiares e

isso pode representar um processo de luto complicado para os que ficam. Há que se respeitar a autonomia do paciente, mas essa autonomia é sempre relativa e partilhada quando se vive em família (ANDRADE, 2012; ANCP, 2012).

Ainda no processo de atitude sobre o morrer, deve-se lembrar de acolher o paciente como ser biográfico ativo e entender o universo ao seu redor. O ser humano é por natureza um ser gregário e não deve ser acolhido de maneira isolada. Todo o núcleo familiar e social também adoce e desta forma o CP realça em seus princípios o acolhimento ao sofrimento da família, seja ela biológica ou adquirida por circunstâncias diversas (ANCP, 2012).

Avaliados na questão 12 quanto ao dever de informar sempre aos pacientes com doenças que ameaça a vida, sobre a verdade para que os mesmos possam preparar o seu processo de morrer, 21,2% assinalaram ser correto ou razoavelmente correto, indo de encontro ao preconizado pelo CP. (ANCP, 2012). Percentual de respostas semelhante (20%) também foi observado na avaliação dos enfermeiros que participaram do trabalho de adaptação transcultural do BPW para o português. Isso mostra ser um assunto que não é bem conhecido pelos profissionais de saúde e precisa que seu conhecimento seja difundido para que possa solidificar os conceitos da comunicação em CP, uma vez que as habilidades da comunicação podem ser aprendidas.

Uma das grandes ferramentas utilizadas pelo CP é a comunicação e esta quando bem executada pode alcançar dimensões terapêuticas. O emprego adequado de técnicas e estratégias de comunicação interpessoal pelos profissionais de saúde é medida comprovadamente eficaz. Permite ao paciente compartilhar seus medos, dúvidas e sofrimento, contribuem para a diminuição do estresse psicológico, além de garantir a manifestação da autonomia do paciente (ANCP, 2012).

O estado de saúde e evolução da doença são informações constantes que precisam ser devidamente compartilhadas na relação médico-paciente. Ao final da vida, espera-se que uma comunicação adequada permita conhecer os problemas, anseios, temores e expectativas do indivíduo, bem como poder oferecer informações verdadeiras, de modo delicado e progressivo, de acordo com as necessidades do paciente, daquilo que ele deseja realmente conhecer (ANCP, 2012).

Existe um dilema para o médico que é como comunicar notícias difíceis. Perante a situação de apresentar as más notícias, está a incerteza de contar ou não. Em estudo realizado no Brasil, com 363 pacientes, identificou-se que mais de 90%

dos entrevistados desejam conhecer sobre sua real situação de saúde, incluindo prováveis revelações de patologias graves (GULINELLI, A, 2004). Embora a maioria dos pacientes deseje saber a respeito de sua condição de saúde, os mesmos também têm o direito de não querer receber notícias a este respeito (ANCP, 2012).

A adequada percepção e interpretação dos sinais não verbais do paciente são essenciais, pois são elas que permitirão identificar o estado emocional deste e autorizar ao profissional até onde possa intervir naquele momento, optando por contar ou não.

Na questão 17, ao indagar se o tratamento médico sempre deve ser prioritário, a maioria dos profissionais entrevistados, em nossa pesquisa, assinalaram ser esta uma afirmação correta. Esse entendimento contraria a abordagem multidisciplinar que acolhe o paciente dos CP e ignora a autonomia do mesmo em determinar quais são suas verdadeiras prioridades. No trabalho de adaptação transcultural deste questionário para o português do BPW, ao responder a mesma questão, a maioria (76%) dos profissionais portugueses entenderam que a prioridade nem sempre deve ser dada ao atendimento médico, ao contrário de nossos entrevistados.

A abordagem multiprofissional é outro princípio dos CP, ela foca as necessidades dos pacientes e de seus familiares, incluindo acompanhamento no luto. A integração sugerida pelos CP é uma forma de acompanhar o paciente e entendê-lo em suas diferentes dimensões. A importância de todos estes aspectos será relevante para compor seu perfil quando traçar um plano de acompanhamento que pode ser através de Projeto Terapêutico Singular. A equipe multiprofissional com seus múltiplos “olhares” pode realizar este trabalho de forma abrangente (ANCP, 2012). Não existe uma hierarquização de especialidades no cuidado ao paciente em CP, pois a prioridade sempre deve ser dada a maior urgência manifestada pelo paciente no momento. Muitas vezes essa demanda recai sobre aspectos psicológicos e sociais e nesses momentos a prioridade a ser atendida deve ser dada a essas áreas.

Ao colocar o atendimento médico sempre como prioridade, cria-se a falsa concepção de uma classe que tem o domínio sobre todos os conhecimentos e que esta é capaz de ofertar todas as respostas. Essa visão traz à discussão nossas piores distorções históricas. A medicina é uma profissão que, assim como as demais, deve ser vista como atuante em seu respectivo nicho. A atuação médica não deve se apropriar de decisões sobre questões que pouco tempo teve para conhecer ou nada conheceu em sua formação, deve-se dividir condutas com profissionais de outras

áreas que tenham capacidade para tomar decisões que levem em consideração os aspectos humanizados dos cuidados na hora da morte. O médico não deve ser colocado a habitar lugares superiores, idealizado com enorme potência, o lugar de quem salva, pois, isto gera mais dores e angústia para todos.

Na avaliação do domínio Dor houve um baixo índice de acertos, tanto pelos profissionais da área médica como da enfermagem. As questões que abordam a gestão da dor com uso de opióides pela via transdérmica (questão 4) e a influência da ansiedade ou fadiga no limiar da dor na fase final da vida (questão 11) tiveram os menores índices de acertos na dimensão do conhecimento Dor. Ao responder à questão 4, apenas 28,8% dos avaliados responderam corretamente. Em relação a questão 11, assinalaram as assertivas certas 41%.

O uso de opióides é um assunto que suscita muitas dúvidas e ansiedade entre estudantes e médicos. Dificuldades na avaliação da dor, falta de conhecimento sobre conversão e rotação entre diferentes opióides e efeitos adversos são alguns dos problemas encontrados que refletem um manejo inadequado do paciente em cuidados paliativos (GRONINGER, 2014).

O controle da dor com opióides transdérmico não é uma prática comum para o profissional da Atenção Primária a Saúde, pois este não está presente na relação básica dos medicamentos atendidos pelo programa e trata-se de uma medicação de acesso restrito com sua liberação realizada através de formulário específico.

O acesso aos opióides para o controle da dor é um enorme problema em todo o mundo. 83% dos países do mundo têm acesso baixo ou inexistente aos opióides, 4% têm acesso moderado e 7% têm acesso adequado, enquanto nos restantes, 6% dos países dados insuficientes estão disponíveis (WHO, 2014).

A ONU tenta controlar o uso de entorpecentes desde 1961. Ao longo desse tempo, ocorreram três convenções com este objetivo nos anos 1961, 1971 e 1988. As três convenções das Nações Unidas sobre o controle de drogas são complementares. A principal proposta das duas primeiras é sistematizar as medidas de controle internacional com o objetivo de assegurar a disponibilidade de drogas narcóticas e substâncias psicotrópicas para uso médico e científico, e prevenir sua distribuição por meios ilícitos. Eles também incluem medidas gerais sobre o tráfico e o abuso de drogas.

Após a Convenção Única sobre Entorpecentes da ONU de 1961, o uso dos opióides ficaram sob rigoroso controle devido aos desvios ilícitos. Seu uso deveria ser criteriosamente destinado para fins médicos e científicos de maneira equilibrada.

Desde então, o foco principal permaneceu no controle do uso ilícito dessas drogas, com pouca ênfase no acesso para uso médico e científico. A comunidade mundial de cuidados paliativos e as organizações de direitos humanos arroladas defendem que o equilíbrio seja restaurado, dando igual atenção ao uso médico e à prevenção do uso ilícito (WHO, 2014).

Nos dias que correm, a OMS incentiva os países membros da ONU a rever a legislação e os procedimentos necessários para melhorar o acesso aos analgésicos opióides (WHO, 2014).

Assim como a abordagem medicamentosa, a intervenção sobre os diferentes mecanismos envolvidos na dor deve ser realizada de maneira sistemática no paciente em CP. Em certas ocasiões, a origem da dor está relacionada a ansiedade, insônia, fadiga, medo e insegurança. Estes aspectos podem ser a causa da dor como também serem fatores que reduz o limiar de sua percepção (ANCP, 2012).

Considerando a complexidade das demandas apresentadas por pacientes e familiares em situações de fim de vida, deve-se adotar uma estratégia que contemple o alívio e prevenção do sofrimento nas diversas dimensões. A avaliação do paciente com dor deve ser ampla no sentido de abordar todas as potências causas para identificar peculiaridades das diferentes populações que sofrem (ANCP, 2012).

Diversos fatores devem ser considerados quando se avalia o paciente com dor. Além de conhecer os princípios de ação farmacoterápica das medicações para controlar a dor, deve-se também saber os aspectos sensitivo-discriminativo, afetivo-emocional e comportamental que fazem parte da abordagem dos pacientes que se encontram em sofrimento de dor.

O CP requer profissionais que possuam conhecimento técnico refinado, aliado à percepção do ser humano como agente de sua história de vida e determinante do seu próprio curso de adoecer e morrer. Deve-se valorizar a história natural da doença, a história pessoal de vida e as reações fisiológicas, emocionais e culturais diante do adoecer. Promover, em contrapartida, uma atenção dirigida para o controle de sintomas e promoção do bem-estar ao doente e seu entorno (ANCP, 2012).

No questionário de auto-eficácia, o número de profissionais que assinalaram as respostas Correto ou Razoavelmente correto foi significativamente maior. Ao

responderem sobre se sentirem capazes para se comunicar com pessoas em CP que expressa o desejo de manifestar a morte, 39,4% assinalaram não se sentirem confiantes para conduzir tal circunstância. Situações semelhantes também foram observadas nas questões que perguntavam aos profissionais: se estes sentiam-se capazes de integrar os aspectos culturais da morte e do morrer nos cuidados a pacientes em fim de vida e se sentiam capazes de criar empatia com a pessoa em CP em diferentes situações de vida, relações familiares e necessidades de intervir. Os resultados de profissionais que se autodeclararam não se sentirem preparados para desempenhar tais funções foram 23,2% e 28,8%, respectivamente.

As boas práticas de Políticas Públicas de Saúde preconizam a continuidade no atendimento aos pacientes que se encontram sem possibilidades de cura e respeitar sua autonomia dando-lhes o direito de escolher onde desejam ser tratados. A rede de Atenção a Saúde deve preparar-se para acolher, em todos os níveis (primário, secundário e terciário), as demandas dos pacientes em CP.

No campo da saúde, a consolidação do SUS aponta novas e importantes discussões perante a necessidade de manter atendimento integral, resolutivo e de qualidade em todos os níveis do sistema. Por essa razão, o debate sobre formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde ganha importância cada vez maior, já que o descompasso entre o perfil dos profissionais e as orientações do sistema de saúde é identificado como fator crítico para a conquista desses objetivos (FOSTER, 2017).

A reforma nas diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área de saúde tornou possível a confluência entre a formação e o desenvolvimento dos profissionais. Dentre as principais diretrizes atuais está a indicação de maior vinculação da formação acadêmica às necessidades sociais de saúde, com ênfase no SUS. Além disso, os cursos de graduação devem ter como eixo do desenvolvimento curricular o processo saúde-doença em todas as suas dimensões e manifestações — considerando o cidadão, a família e a comunidade, integrados à realidade epidemiológica e social (ALMEIDA *et al.*, 2005).

Porém, existem ainda um grande número de profissionais que não se sentem preparados para acolher as demandas atuais da população em seu processo de transformação demográfica e epidemiológica. Este descompasso é o reflexo de políticas públicas que não conectaram no passado as demandas dos setores de saúde ao processo de formação dos profissionais desta área, o primeiro teve a orientação de um movimento social democratizante na década de 80 que culminou com a criação

do SUS e o segundo veio regido pelas diretrizes do Estado mínimo que permitiu a exploração aos interesses da iniciativa privada.

O número insuficiente de profissionais com formação em CP no cenário nacional e a necessidade de educação em Cuidados Paliativos vem sendo enfrentados por entidades representativa do CP. Algumas ações, como cursos de especialização, tentam corrigir as distorções do sistema de saúde, haja vista que provocam insegurança, medo e angústia para todos os atores deste enredo, pois os pacientes não têm o devido acolhimento de suas necessidades na finitude. A ANCP apresenta diversas iniciativas para acelerar a disseminação do conhecimento e a introdução da cultura de Cuidados Paliativos na saúde brasileira, contudo os resultados ainda precisam de tempo. Existe uma grande demanda que precisa desta assistência e a oferta de cursos pelas instituições formadoras ainda é tímida. Segundo a OMS, aproximadamente 68% de todos os óbitos no Brasil poderiam se beneficiar de cuidados paliativos. Isto corresponderia a aproximadamente 873.000 pessoas em 2015, considerando-se o número de óbitos disponível no DataSus (ANCP, 2017).

Quanto às limitações do estudo, é importante destacar que os questionamentos utilizados na seção de conhecimentos específicos contemplaram apenas algumas competências sobre cuidados paliativos, haja vista que essas áreas apresentam um conteúdo muito extenso e um questionário demasiadamente longo poderia ocasionar baixa adesão. O instrumento utilizado (BPW) foi baseado em um questionário validado e testado em outros países com aspectos culturais e contextos socioeconômico diferentes, não houve acréscimo de nenhuma questão além das existentes. O ideal seria um questionário que abordasse competências e habilidades adaptadas a realidade brasileira.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados paliativos se apresentam, na contemporaneidade, como uma necessidade para o enfrentamento da demanda de saúde do Brasil, pois é notório o envelhecimento da população e suas consequências requerem políticas públicas voltadas para essa nova realidade. É inegável que há carência de conhecimentos dos profissionais de saúde acerca dos CP, o que contribui para o surgimento de problemas éticos em situações tradicionais associadas a esse tipo de cuidado, como o acompanhamento do processo de morte e luto, a comunicação de más notícias, o manejo de sintomas e condições clínicas complexas. No SUS, é preciso levar em consideração que as equipes da ESF se defrontam com as demandas de pacientes com doenças em fase avançadas e de usuários em condições crônicas de saúde. Nesse aspecto, está o maior desafio ético para a incorporação dos CP na APS: modificar a visão dos profissionais acerca dos CP, a fim de introduzi-los mais precocemente nos serviços, logo no diagnóstico das condições crônicas de saúde.

Os CP são cuidados extremamente benéficos e sua aplicação precoce, bem antes da fase final da doença, pode tornar-se essencial à excelência da APS, diante da transição demográfico-epidemiológica e de seu impacto no perfil de morbimortalidade da população. Os CP precisam ser ofertados de acordo com as necessidades de saúde da população, a fim de que a APS e a RAS possam dar conta de sua função social.

As dificuldades de comunicação também atingem o trabalho interno da equipe e o da equipe com a RAS. Não bastam as definições de políticas e diretrizes para a efetivação da rede de atenção à saúde no SUS; é preciso investir na comunicação interpessoal, Interprofissional e entre os diferentes níveis dos serviços, criando uma cultura colaborativa, baseada na corresponsabilidade pela saúde da população.

De uma maneira geral, criar conhecimento suficientemente sólido em CP, para que este não tenha sua prática negligenciada nos diferentes níveis de Atenção a Saúde é imprescindível, assim como seja definida uma política pública de saúde consistente para que a assistência paliativa não seja fruto de contingenciamento de recursos nos diferentes níveis de atuação (municipal, estadual e federal).

9 CONCLUSÕES

As práticas desenvolvidas pelos profissionais relacionam-se às dimensões de cuidados físico, bem menos da metade de suas práticas de assistência são voltadas para os CP por definição. Os profissionais expressam um elevado perfil de autoconfiança, entretanto de modo equívoco no que se refere aos CP. Em suma, os profissionais da APS, apresentaram baixo desempenho em relação aos Cuidados Paliativos.

Esses resultados sugerem que ainda existe uma lacuna na abordagem dos cuidados paliativos nas equipes pesquisadas, fazendo-se indispensável estudos adicionais e corroborando a necessidade intervenções que sejam capazes de contribuir para o aperfeiçoamento de habilidades e competências desses profissionais, especialmente no tocante as dimensões não físicas.

REFERÊNCIAS

ANCP (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS). **Crítérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012. Disponível em: <<http://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>>. Acesso em: 29 jan. 2018.

AGUIAR, H. **Os cuidados paliativos nos cuidados de saúde primários – o desafio para o século XXI**. Ver Port Med Geral Fam, 2012; 28:442-7.

ALMEIDA *et al.* Implantação das diretrizes curriculares nacionais na graduação em medicina no Paraná. **Rev Bras Educ Med**. 31(2): p. 156-65, 2007.

BEATON, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spi- ne**, 25(24), 2000.

BOMFIM M. **Cuidado paliativo na saúde avança no Brasil, mas ainda é isolado. Folha de São Paulo**. Folha digital, postado às 12h do dia 31 de março de 2014. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2014/03/1432699-cuidado-paliativo-na-saude-avanca-no-brasil-mas-ainda-e-isolado.shtml>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

BORGES, G. M., CAMPOS, M. B., & CASTRO E SILVA, L.G. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para as próximas décadas. In: Ervatti, L. G., Borges, G. M., & Jardim, A. P. (Orgs.). **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI**: Subsídios para as projeções das populações. Brasília, DF, 2015.

BURNS CM, Abernethy AP, Leblanc TW, Currow DC. **What is the role of friends when contributing care at the end of life?** Findings from an Australian population study. *Psycho-oncology*. 20(2):203-12. 2011.

BROBÄCK G, Berterö C. How next of kin experience palliative care of relatives at home. **Eur J Cancer (Engl)**. 2013; 12(4):339-46.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conta Satélite 2010- 2013. [cited 2017 Jun 26]. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=295012>>. Acesso em: 29 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica. Brasília** (DF): MS; 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2018

BRASIL- Ministério da Saúde. **Portaria No 2.029, de 24 de agosto de 2011**. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html. Acesso em: 29 maio 2018.

BRASIL. **Populações e políticas sociais no Brasil**: os desafios da transição demográfica e das migrações internacionais. Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (CGEE) e Núcleo de Assuntos Estratégicos (NAE) da Presidência da República: Brasília, 2008.

BRASIL. (2013). Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 963 de 27 de maio de 2013**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado em 13 outubro, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 29 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria No 825 de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

BRUM, Eliana, Morrendo como objeto. **EL PAÍS**, 23 jan. 2017. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2017/01/23/opinion/1485169382_907896.html>. Acesso em: 27 maio 2018.

CANESQUI, Ana Maria; DOS SANTOS SPINELLI, Maria Angélica. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**, Mato Grosso, v. 22, n. 9, p. 1881-1892, 2006.

CAMELO, S.H.H; ANGERAMI, E.L.S. Formação de Recursos Humanos para a Estratégia de Saúde da Família. **Cienc Cuid Saud**, v.7, n.1, p.45-52, jan./mar. 2008.

CARVALHO, Célia Silva U. A necessária atenção à família do paciente oncológico. In **Rev. Brasileira de Cancerologia**, n. 5.4, vol. 1. Rio de Janeiro: Inca. 2008, p. 97-102.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012.

CARVALHO S. R.; RODRIGUES C O., COSTA F. D. da, ANDRADE, Henrique S. Medicalização: uma crítica (im)pertinente?. **Physis**. Rio de Janeiro, 25 [4]: 1251-1269, 2015.

CAVALCANTI MGP, Saad PM. Os idosos no contexto da Saúde Pública. In: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, organizador. **O idoso na Grande São Paulo**, São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados; 1990. p. 181-205;

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **No 1.973/2011**. Publicada no D.O.U. de 1o de agosto de 2011, Seção I, p.144-7.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução n. 1805 de 28 de novembro de 2006. [Internet]. Brasília (DF): **Diário Oficial da República Federativa**; 2006 [citado 2018 Mar 13]. Disponível em: <http://www.unimed.com.br/layouts/capa/index_1.asp?cod=14351&site=192>. Acesso em: 27 maio 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Demografia Médica no Brasil: Volume 2: Cenários e Indicadores de distribuição**. 2013. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil_vol2.pdf>. Acesso em: 10 maio 2018.

CÔBO, Viviane Almeida. **Cuidados paliativos na atenção primária à saúde sob a perspectiva dos profissionais de saúde**. Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, 2015.

COMBINATO, D. S. **Cuidados no final da vida: análise do processo de trabalho na Atenção Primária**. Botucatu: [s.n], 2011.

CORRÊA S; Ann Palliat Med. 2018 Jan; 7 (Suppl 1): AB009. doi: 10.21037 / apm.2018.s009;

CORTES, C. C. Historia y desarrollo de los cuidados paliativos. In: Marcos G. S., ed. **Cuidados paliativos e intervención psicossocial em enfermos com câncer**. Las palmas: ICEPS; 1988.

DUNCAN, BB et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública**, 2012;46(Supl):126-34

FERREIRA, N. M. L. A., SOUZA, C. L. B.; STUCHI, Z. Cuidados paliativos e família. **Revista de Ciências Médicas**, v. 17, n. 1, p.33, 2012.

FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta; THOMSON, Zuleika; MELCHIOR, Regina. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 26, n. 2, p. 101-108, 2005.

FERRIS FD, Balfour HM, Bowen K, Farley J, Hardwick M, Lamontagne C, Lundy M, Syme A, West PJ. A model to guide patient and family care: based on nationally accepted principles and norms of practice. **Journal of Pain and Symptom Management**, 2002; 24(2):106-123. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12231127&dopt=Abstract>. Acesso em: 27 maio 2018.

FEUERWERKER, L. C. M., & MERHY, E. E. (2008). A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Panam Salud Publica**, 24(3), 180-188. Recuperado em 13 outubro, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v24n3/a04v24n3.pdf>>. 27 maio 2018.

FIGUEIREDO; **Revista Ciências em Saúde**, v3, n 3, jul./set. 2013.

FLORIANI, C. A. Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n. 4, p. 341-345, 2004.

FLORIANI, C. A.; SCHARAMM, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2072-2080, 2007. Disponível em:

<<http://www.scielo.org/scielo.br>>. Acesso em: 18 dez. 2017.

FONSECA A, GEOVANINI F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. **Rev Bras Educ Med**, 2013;37(1):120-5.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve Reflexão Sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, agosto 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 23 out. 2011.

FOSTER, et al, **Atenção à Saúde da Comunidade no Âmbito da Atenção Primária à Saúde na FMRP-USP; FUNPEC, São Paulo - SP**; 2017; ISBN: 978-85-7747-138-6.

FOUCAULT M. **O nascimento do hospital**. In: Machado R, organizador. **Microfísica do poder**. 25ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2012. p.171-89.

FOUCAULT M. **O nascimento da medicina social**. In: Machado R, organizador. **Microfísica do poder**. 25ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2012. p.143-70.

FRANCO, M. H. P. **Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade-psicologia**. Cuidado paliativo, CREMESP, 2011(1-III) 74-76.

GALRIÇA NETO, I. Princípios e filosofia dos Cuidados Paliativos. In: BARBOSA, A.; GALRIÇA NETO, I. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. 2.ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. p.1-42.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. Rua A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, Dec. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Fev. 2013.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: Paradoxos e Perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.490-498, mar./abr. 2005.

GOMES ALZ, OTHERO MB. Cuidados paliativos. **Estud. av.**, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, Dec. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jun. 2017.

GOULART, F.A.A. (2011). **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde. Recuperado em 25 novembro, 2017, de: http://apsredes.org/site2012/wpcontent/uploads/2012/06/CondicoesCronicas_flavio1.pdf.

GRONINGER, hunter; Vijayan, Jaya. Pharmacologic Management of Pain at the End of Life. **American Family Physician**, 2014, (90) 1, 26-32.

GULINELLI, A.; AISAWARA, R. K.; KONNO, S. N.; MORINAGA, C. V.; COS-TARDI, W. L.; ANTONIO, R. O.; *et al.* Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. **Rev Assoc Med Bras**, v. 5.0, n. 1, p. 41-47, 2004

IBGE, 2015. Recuperado em 13 outubro, 2017, de: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>.

IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. 2009 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Série: Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, ISSN 1516-3296. Rio de Janeiro, 2009. 154 p. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf>>.

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população: 2016** / IBGE, Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, ISSN 1516-3296. Rio de Janeiro, 2016. 269 p. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>>.

JOÃO PAULO II. **Carta apostólica *Salvifici doloris***: o sentido cristão do sofrimento humano. São Paulo: Paulinas, 1984

JORDÃO, Joana; LEAL, Isabel. Conceito de boa morte na população portuguesa. **Psicologia, Saúde & Doenças**, 2014, 15(1), 13-25 EISSN - 2182-8407 Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde - SPPS - www.sp-ps.com - DOI <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150103> 13.

KANE PM, Daveson BA, Ryan K, McQuillan R, Higginson IJ, Murtagh FE, et al. **The need for palliative care in ireland: a population-based estimate of palliative care using routine mortality data, inclusive of nonmalignant conditions.** *J Pain Symptom Manage* 2015;49(4):726-33.

KAVALIERTOS, Dio et al. Association Between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis, **JAMA**. 2016 Nov 22; 316(20): 2104–2114. doi:10.1001/jama.2016.16840

KOVACS, M. J. Educação para a morte. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 25, n. 3, 2005. Disponível em: <<http://www.pepsic.bvsalud.org>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

LAVY, V. A arte da pesquisa. In: **Cuidados Paliativos**. Londres: ANCP, 2009 p. iv, p. 2, p. 8

LEVINSON, Wendy; LURIE, Nicole. When most doctors are women: what lies ahead?. **Annals of internal medicine**, v. 141, n. 6, p. 471-474, 2004.

LIMA, A. A., SPAGNUOLO, R. S., & PATRÍCIO, K. P. (2013). Revendo estudos sobre a assistência domiciliar ao idoso. **Psicol. Estud.**, 18(2), 343-351. Recuperado em 13 outubro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v18n2/a15v18n2.pdf>.

LIMA R.A.G. Cuidados Paliativos: desafios do sistema de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [periódico na internet]. 2011 Mar.-Abr. [acessado 2013 mar 29]; 19(2):

[2 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_01.pdf

LOBATO, M. S. R. S. **O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro, 2014.

LOWN B. **A arte perdida de curar**. 2. ed. São Paulo: JSN; 1997.

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. **Cuidado paliativo**, CREMESP, 2009; (1-1), Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Vamos falar de cuidados paliativos? Brasil, 2015. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2017.

MARCON, S. S., RADOVANOVIC, C. A. T., WAIDMAN, M. A. P., OLIVEIRA, M. D., & SALES, C. A. (2005). Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. **Texto contexto enferm**,14(esp). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a14v14nspe.pdf>. Acesso em: 02 mar.2015.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012.

MEIER, Emily A., Jarred V. Gallegos, M.A.,Lori P. Montross-Thomas,Defining a Good Death (Successful Dying): Literature Review and a Call for Research and Public Dialogue; **Am J Geriatr Psychiatry**. 2016 Apr; 24(4): 261–271.

MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Brasília: Ministério, 2007.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MENEZES RA. **Tecnologia e “Morte Natural”**: O Morrer na Contemporaneidade. *Physis* 2003; 13(2): 129-147.

MINOSSO et AL; Adaptação transcultural do Bonn Palliative Care Knowledge Test: um instrumento para avaliar conhecimentos e autoeficácia. **Revista de Enfermagem**. Referência - IV - n.o 13 -2017

MIRANZI, Sybelle de Souza Castro et al. Qualidade de vida e perfil sociodemográfico de médicos da estratégia de saúde da família. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 2, p. 189-197, 2010.

MONTEIRO, C. A. **Velhos e novos males de saúde no Brasil**: a evolução do país e de suas doenças. Hucitec, Nupens/USP. 2. ed., São Paulo, 2000.

MOREIRA, R.M., Santos, C.E.S., Couto, E.S., Teixeira, J.R.B., & Souza, R.M.M.M. (2013). Qualidade de vida, Saúde e Política Pública de Idosos no Brasil: uma reflexão teórica. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo (SP), 16(1), 27-38. URL:

<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17629/13128>.

MORAES, S. A. F, KAIRALLA, M. C. **Avaliação dos conhecimentos dos acadêmicos do curso de Medicina sobre os cuidados paliativos em pacientes terminais**. Einstein, 2010; 8(2 Pt 1):162-7

MUNIZ; Saúde é tema de reunião de alto nível das Nações Unidas. **Revista Medicando** [online], Brasil, 20 set. 2011. Disponível: <http://www.medicando.com.br/noticia/id-256-saude-e-tema-dereuniao-de-alto-nivel-das-nacoes-unidas> [Capturado em 22 abr. 2018].

OISHI, A; Murtagh, F. E. **The challenges of uncertainty and interprofessional collaboration in palliative care for non-cancer patients in the community: A systematic review of views from patients, carers and health-care professionals** Palliative Medicine, Vol. 28(9) 1081–1098, 2014.

OLIVEIRA S. G.; M. H. L. KRUSE; melhor em casa: dispositivo de segurança. **Texto Contexto Enferm**, 2017; 26(1):e2660015; <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002660015>

OTHERO, M. B. et al. Profiles of palliative care services and teams composition in Brazil: First steps to the Brazilian Atlas of Palliative Care. **European Journal of Palliative Care**. 14th World Congress of the European Association of Palliative Care. Copenhagen, Denmark. May. 2017

PHILLIPS, Susan P.; AUSTIN, Emily B. The feminization of medicine and population health. **Jama**, v. 301, n. 8, p. 863-864, 2009.

PADILHA DE TOLEDO A; Priolli DG. Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. **Rev. bras. educ. med.** vol.36 no.1 Rio de Janeiro jan./mar. 2012.

PAIVA, F. C. L.; ALMEIDA-JUNIOR, J.J.; DAMÁSIO, A. C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista bioética**, Rio Grande do Norte, vol.22, n.3, 2014. p. 550-60.

PFISTER, D., MULLER, M., MULLER, S., KERN, M., ROLKE, R., & RADBRUCH, L. (2011). **Validation of the Bonn test for knowledge in palliative care (BPW)**. Schmerz, 25(6), 643-653. doi:10.1007/s00482-011-1111-7

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. In: Programa de bioética de la organización panamericana de la salud / organización mundial de la salud. (Org.) **Acta Bioethica**. Santiago del Chile: OPS/OMS, 2006. p.231-42.

PINHEIRO, 2010; Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto anos. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2010;34(3):320-326.

PILATTI P, Lagni VB, Picasso MC, Puma K, Mestriner RJS, Machado DO, et al. Cuidados paliativos oncológicos em um serviço público de atenção domiciliar. **Rev**

Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-10.

QUEIROZ, Ciênc. saúde coletiva vol.18 no.9 Rio de Janeiro Sept. 2013

REGO, S.; PALÁCIOS, M. A finitude humana e a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.8, p.1755-60, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000800025&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0102311X2006000800025>. Acesso em: 20 jan. 2018.

REZENDE, JM. **À sombra do plátano:** crônicas de história da medicina [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. Curar algumas vezes, aliviar quase sempre, consolar sempre. pp. 55-59. ISBN 978-85- 61673-63-5. Available from SciELO Books);

Rocha, JBB, Zeitoune, RCG. Perfil dos enfermeiros do programa saúde da família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **R Enferm UERJ.** 2007 jan-mar; 15(1):46-52.

SANTOS, A.M.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; ANDRADE, C.L.T.; MARTINS, M.I.C.; CUNHA, M.S. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.10, p.2687-2702, 2012.

SISTEMA DE APOIO A CONSTRUÇÃO DO RELATÓRIO DE GESTÃO (SARGSUS); 2018. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus-quadrimestral/relatoriosQuadrimestraisExternos!consultarRelatoriosQuad.action?idMunicipio=211120&nuQuad=3&ano=2017>>.

SAUNDERS, D. C. Introduction Sykes N., Edmonds P., Wiles J. **Management of Advanced Disease.** 2004, p. 3-8

SILVA, A. L. L.; RUIZ, E. M. Cuidar, morte e morrer: significações para profissionais de Enfermagem. **Estud. psicol.**, Campinas, v. 20, n. 1, Apr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext,pid=S0103-166X2003000100002,lng=en,nrm=iso>. Acesso em: 18 de jan. 2018.

SILVA MLSR. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** 2014;9(30):45-53. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)718](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)718).

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

STEFANONI, D. C. e Terezinha, S. F. M. **(Em defesa dos) Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde.** São Paulo, 2012.

VERAS, R. P.; COUTINHO, E.; COELI, C. M. Transtornos mentais em idosos: a contribuição da epidemiologia. In: Veras RP, organizador. **Terceira idade:** desafios para o terceiro milênio. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Universidade Aberta da Terceira Idade/Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1997. p. 15-40.

WEISSMAN DE, Ambuel B, Norton AJ, Wang-Cheng R, Schiedermayer D. A survey of competencies and concerns in end-of-life care for physician trainees. **J Pain Symptom Manage**, 1998;15(2):82-90.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO definition of palliative care** [Internet]. [cited 2017 Jun 10]. Available from: www.who.int/cancer/palliative/definition/en/

WHO; Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA); **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**; 2014.

ANEXOS

ANEXO A: Bonn Palliative Care Knowledge Test (Adaptado ao português, 2015)

QCG: quesito de conhecimento geral

QD: quesito sobre dor

QCS: quesito sobre controle de sintomas

QASM: quesito sobre atenção sobre morrer

Secção 1

QCG 1. Os CP nunca devem ser combinados com tratamentos curativos:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QD 2. Os fármacos anti-inflamatórios não esteroides não devem ser utilizados em caso de administração regular de opióide:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QCS 3. A administração de fluidos por via subcutânea é necessária para o alívio da xerostomia (boca seca) na pessoa em fim de vida:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QD 4. A gestão da dor com opióide transdérmico é adequada para a pessoa em fim de vida:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QD 5. As terapias não farmacológicas (por exemplo, fisioterapia) são importantes na gestão da dor:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QASM 6. Para os familiares é sempre importante permanecer junto à pessoa nas últimas horas de vida até que a morte ocorra:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QCS 7. A obstipação deve ser aceita como um efeito secundário, porque a gestão da dor é mais importante:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QCG 8. Os CP requerem uma proximidade emocional constante:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QD 9. Com o avanço da idade, as pessoas aprenderam a lidar com a dor de forma independente, em resultado de várias experiências:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QCG 10. A filosofia dos CP preconiza que não sejam realizadas quaisquer intervenções destinadas a prolongar a vida

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QD 11. O limiar da dor é diminuído pela ansiedade ou fadiga:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QASM 12. As pessoas com doenças que ameaçam a vida devem ser sempre informadas da verdade, para que possam preparar o seu processo de morrer:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QCG 13. Os membros da equipa não têm de ser crentes para prestar cuidados espirituais à pessoa em fim de vida.

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QASM 14. A pessoa que recebe CP deve aceitar a morte:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QCG 15. As competências de comunicação podem ser aprendidas

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QASM 16. Os outros pacientes não devem ser informados sobre a morte da pessoa para evitar inquietações

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QCG 17. O tratamento médico tem sempre prioridade nos CP

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QASM 18. Quando morre uma pessoa, os rituais visíveis e as cerimónias de despedida devem ser evitadas para não causar inquietações:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QD 19. O uso de antidepressivos na gestão da dor não é adequado.

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QD 20. Os analgésicos adjuvantes não são necessários durante o tratamento com opióides

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QCG 21. A fase final refere-se aos últimos 3 dias de vida

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QCG 22. Os sentimentos do cuidador (por exemplo, repulsa) podem transparecer durante o cuidado à pessoa :

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QASM 23. As necessidades fisiológicas (por exemplo, a sexualidade) são importantes mesmo no processo de morrer

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

Secção 2 – Avaliação da autoconfiança

Penso que sou capaz de...

1. Obter dados objetivos que descrevam a intensidade da dor da pessoa em CP

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

2. Aconselhar as pessoas em CP sobre como aliviar as náuseas

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

3. Informar a pessoa e seus familiares sobre CP prestados pelo serviço de saúde

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

4. Convencer o médico sobre a necessidade de apoio de CP

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

5. Identificar e discutir problemas reais no ambiente social da pessoa em CP

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

6. Organizar o contacto com um serviço de CP

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

7. Comunicar com a pessoa ansiosa e seus familiares em CP de forma a fazê-los sentirem-se seguros

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

8. Identificar as necessidades complexas da pessoa em fim de vida e intervir de forma adequada:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

9. Ensinar estratégias de relaxamento a uma pessoa com dor em CP:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

10. Comunicar com a pessoa em CP que expressa o desejo de antecipar a morte:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

11. Prestar os cuidados orais adequados à pessoa em fim de vida:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

12. Informar a pessoa em CP sobre possíveis efeitos secundários dos medicamentos prescritos:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

13. Identificar problemas psicológicos específicos das pessoas em CP

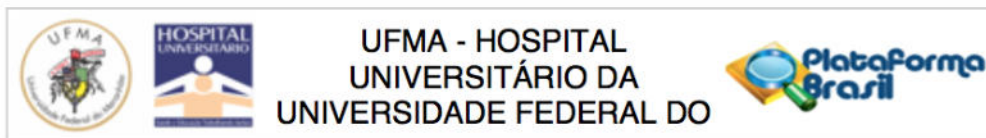
Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

14. Integrar os aspetos culturais da morte e do morrer nos cuidados a pacientes em fim de vida

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

15. Criar empatia com a pessoa em CP em diferentes situações de vida, relações familiares e necessidades, e intervir
Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO A CARTA DE APRESENTAÇÃO



Continuação do Parecer: 2.499.285

primária a saúde, bem como poderá servir de apoio para futuro estudos que explorem esse tema

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é relevante cientificamente visto que permitirá ampliar conhecimentos sobre o tema. Subsidiando ações que irão colaborar para o fortalecimento do sistema de saúde, contribuindo para melhoria da atuação profissional da equipe de saúde que presta atendimento a esta clientela.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) , Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013(item 3/ 3.3.

O protocolo apresenta ainda as declarações de anuência, declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dadosresguardando o sigilo e a confidencialidade.

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultadosdo estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br

APÊNDICES

APÊNDICE A: CARTA DE APRESENTAÇÃO

CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONHECIMENTO E DESEMPENHO DOS PROFISSIONAIS NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR-MA

Sou Francisco Alipio de Oliveira Santiago, aluno do Mestrado Profissional do Programa Saúde da Família da Fundação Osvaldo Cruz/UFMA, orientando da DRA Luciane Maria Oliveira Brito. Sou médico com residência médica em anestesiologia pela HUUFMA/MEC

Minha pesquisa versa sobre cuidados paliativos na atenção primária: conhecimento e desempenho dos profissionais no município de São José de Ribamar-MA

Meu método é dividido em duas partes distintas:

Levantamento de pacientes que os profissionais indicariam a cuidados paliativos (feito através ficha questionário);

Questionário aos profissionais de saúde de curso superior da ESF (médico(a)s e enfermeiro(a)s;

Este estudo tem caráter exploratório e descritivo, espero que com ele possa haver um delineamento de como os cuidados paliativos está sendo trabalhado na Atenção Primária a Saúde e se esta abordagem pode ser desenvolvida neste contexto. Este estudo pode clarear para os profissionais envolvidos e pesquisadores posteriores o contexto da APS e suas práticas envolvendo a abordagem de cuidados paliativos.

Não se preocupe com as informações fornecidas em questionário ou entrevista, estas são confidenciais. Os dados fornecidos pelos instrumentos serão tabulados e analisados de maneira que seus dados pessoais não sejam revelados.

Sua participação é muito importante pois ajuda na amostra do estudo e faz com que este seja mais representativo.

Qualquer esclarecimento meus contatos: alipio.santiago@gmail.com;

Cel 98 981279897

Francisco Alipio de Oliveira Santiago

APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO AOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: () feminino () masculino

Endereço: _____

Telefone: (____) _____ - _____ / (____) _____ - _____

Estado civil: () solteiro () casado () união estável () viúvo () divorciado

() outros

Anos de estudo: _____

Profissão: _____

Pós-graduação: () Especialização – área: _____

() mestrado – área: _____

() doutorado – área: _____

() pós-doutorado – área: _____

() outros

Há quanto tempo trabalha na área de saúde: _____.

Há quanto tempo terminou a graduação: _____.

Existem pacientes em Cuidados Paliativos na sua área: _____.

Quais cuidados são prestados:

() Aferição Pressão arterial () Glicemia capilar () Curativos

() Suporte psicológico/espiritual () Conforto dos sintomas (dor/náuseas)

() Suporte psicológico/espiritual para familiares

() outros: _____