

Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: Percepções de médicos da Estratégia de Saúde da Família sobre o tema na prática

Cinthia Aranovich

Maria da Graça Taffarel Krieger

Resumo: O presente Trabalho de Conclusão de Residência multidisciplinar em Saúde possui o objetivo de conhecer a percepção e a prática de profissionais médicos, atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF), no que concerne aos Cuidados Paliativos (CP) na Atenção Primária à Saúde (APS). Os seis profissionais desta amostra estão vinculados a ESF de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em Canoas/RS. O estudo possui metodologia de natureza qualitativa e abordagem descritiva. O referencial teórico utiliza-se de áreas da psicologia da saúde, medicina paliativa, e do Sistema Único de Saúde (SUS). Os resultados apontam a necessidade de incluir nas práticas de CP dimensões subjetivas no cuidado e a interdisciplinaridade como método de trabalho. Ademais, identificaram-se lacunas referentes a capacitações e formações específicas em CP, sobrecarga de trabalho e insatisfação profissional. Essa pesquisa pretende ampliar a discussão dos muitos desafios éticos a serem vencidos na APS, referente aos CP.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos (CP); Atenção Primária à Saúde (APS); Sistema Único de Saúde (SUS).

Palliative Care in primary health care: Perceptions of physicians of the family's health strategy on the subject in practice

Abstract: This article presents the perception and practice in Palliative Care (PC) of physicians working in the Family Health Strategy (FHS), in Primary Health Care (PHC), in connection with the Basic Health Care Unit (UBS) of the city of Canoas/RS. Data were collected between June and August 2019. The analysis followed theoretical-methodological reference in health psychology, palliative medicine, and public policies of the Unified Public Health System (SUS). The study points out to the need for comprehensive care of patients in PC, evidencing difficulty in the identification, which makes it impossible to have a proper connection with patient-family-team. The challenge is to find interdisciplinary means of work, including emotional and spiritual dimensions, in addition to clinical practice. It suggested trainings, aiming at competencies that meet ethical challenges in PC. This research aims to subsidize the discussion of PC in public health, and provides information for future studies about this theme.

Keywords: Palliative Care (PC); Primary Health Care (PHC); Unified Public Health System (SUS).

Introdução

Os Cuidados Paliativos (CP) têm como característica primordial a humanização, uma vez que buscam proporcionar um atendimento de caráter multidisciplinar a pacientes com doenças não reversíveis. Esta abordagem tem como objetivo propiciar qualidade de vida aos pacientes e seus familiares, compreendendo o doente em sua totalidade, e respeitando

sua autonomia. Nesta perspectiva, as doenças crônicas vão exigir estratégias de cuidados não mais visando à cura, maso alívio da dor e à promoção da qualidade de vida; assim, os CP buscam oportunizar o bem-estar independentemente do tempo de vida da pessoa (Costa & Othero, 2015).

Historiadores apontam que a filosofia paliativista teve início na Idade Média. Nesse período, havia os chamados *hospices* ou hospedarias, que abrigavam não somente doentes e moribundos, mas também, famintos, mulheres em trabalho de parto, pobres, órfãos e leprosos. Esses locais tinham como característica a hospitalidade e proporcionavam o acolhimento, a proteção, e o alívio do sofrimento, mais do que a busca pela cura (Academia Nacional de Cuidados Paliativos [ANCP], (2017)). O primeiro conceito de CP foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1990, referenciando-se exclusivamente a pacientes diagnosticados com câncer. Houve então, em 2002, atualizações, introduzindo-se a família na prestação do cuidado (Instituto Nacional do Câncer [INCA], 2017).

No Brasil, os CP começaram a ser discutidos na década de 70, porém foi nos anos 90 que se trabalhou o assunto de maneira mais organizada e posteriormente surgiram cursos preparatórios e atendimentos de abordagem paliativista. Em 1998, o INCA inaugurou um hospital baseado nessa filosofia, e no ano 2005, foi criada a ANCP, que institucionalizou essa forma de cuidado. No entanto, a abordagem paliativista segue um desafio, sobretudo para a Atenção Primária à Saúde (APS), pois os CP permanecem vinculados aos ambientes hospitalares, e apesar das discussões sobre o tema terem aumentado nos últimos anos, é ainda realidade difícil na Atenção Básica (Hermes & Lamarca, 2013). A Atenção Primária à Saúde (APS) por sua vez, assume papel fundamental na assistência à saúde da população, sobretudo quando há ruptura do tratamento de pacientes com doenças incuráveis, nos hospitais. É nesta transição de necessidades que o tratamento curativo migra para o paliativo e deve ser fortalecido o vínculo com a APS (Floriani & Schramm, 2007).

O Programa Saúde da Família (PSF) teve início em 1994, sendo proposto pelo Governo Federal, visou à implementação da Atenção Básica, considerado uma das principais estratégias de reorganização e reorientação das práticas profissionais nesse nível de assistência. A proposta se consistiu em habilitar profissionais de saúde, com base em práticas que contemplem as ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação (Ministério da Saúde [MS], 1997). No ano 2000, o Ministério da Saúde cria os cursos de especialização e residência multiprofissional em Saúde da Família para incentivar profissionais da saúde em trabalhar com saúde coletiva. Ao instituir a Política Nacional de Humanização (PNH), o Ministério da Saúde (MS, 2003) propôs a humanização como eixo norteador das práticas de saúde em todas as instâncias do SUS, e reconheceu que há despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção (MS, 2003).

Todavia, para que os cuidados em saúde atinjam os ideais propostos, de modo integral e humanizado, o profissional necessita se capacitar, e adotar a interdisciplinaridade como proposta. (Cohen et al., 2016). Nesse sentido, desde 2008 a Estratégia de Saúde da Família (ESF) conta com o suporte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado para garantir que o trabalho ocorra de modo interdisciplinar. O NASF é composto por psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, educador

fisicoe nutricionista. O atendimento compartilhado entre os profissionais do NASF e os da ESF devem ser priorizados, com troca de saberes, capacitações e responsabilidades mútuas (MS, 2008). A humanização na saúde tem intensificado discussões quanto à comunicação, sendo o acesso à informação elemento indispensável para que o usuário possa tomar suas decisões. Kovács (2012), afirma que os profissionais de saúde não foram preparados para lidar com a possibilidade da morte como processo natural.

A concepção de uma abordagem multidisciplinar do indivíduo e da família aponta para um aspecto imprescindível da filosofia dos CP, viabilizando que os cuidados sejam direcionados não apenas para sintomas físicos, mas para as dimensões psicológicas, espirituais e sociais. Deste modo, a equipe proporcionará um cuidado uniforme e a elaboração de metas em comum, na busca de promover mais dignidade ao processo de adoecimento e consequente morte (ANCP, 2017). Assim, a abordagem multidisciplinar possui caráter fundamental, uma vez que os problemas do paciente e da família envolvem diversos aspectos e dimensões.

No Brasil, algumas normas foram implementadas, ampliando a inserção de CP ao instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, com objetivo de inclusão de equipes multidisciplinares para a assistência de pacientes com dor e que necessitem de CP (MS, 2002). A Atenção Domiciliar (AD) por sua vez, foi adotada pelas políticas públicas brasileiras como uma alternativa à hospitalização, focando na redução de permanência das internações. O papel da AD tem como objetivo o atendimento à população com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a Unidade Básica de Saúde (UBS), incluindo-se assim, os CP e a assistência ao óbito (MS, 2016).

Tendo em vista o panorama brasileiro de escassez de serviços e de equipes especializadas em CP, os poucos serviços de CP no Brasil geralmente ainda estão ligados à atenção terciária. Sendo assim, para uma assistência efetiva em CP, é fundamental que haja interlocuções entre os vários níveis de atenção à saúde (Mendes & Vasconcellos, 2015). Atualmente, o aumento da morbidade e da mortalidade ocasionado por doenças crônicas degenerativas compõe um aspecto presente na realidade dos serviços de saúde do Brasil, exigindo dos profissionais um olhar diferenciado sobre o conceito de saúde (Encarnação & Farinasso, 2014).

Por conseguinte, a APS tem o enorme desafio de melhorar o nível de assistência para prestação e coordenação dos CP. Deste modo, este estudo tem como objetivo investigar quais as percepções de profissionais médicos da APS sobre os CP, e como está sendo exercida esta prática.

Em função de tantas mudanças vistas sobre a concepção de saúde e prestação de cuidados em saúde ao longo das últimas décadas, e de modo a defender a prevalência das diretrizes preconizadas pelo SUS, este trabalho visa investigar: **Qual a percepção dos médicos da Atenção Primária à Saúde, sobre os Cuidados Paliativos em prática?**

Método

O presente estudo foi desenvolvido durante uma Residência Multidisciplinar em Saúde Coletiva, do Programa de Pós-Graduação da Universidade Luterana do

Brasil- ULBRA. Essa pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na cidade de Canoas/Rio Grande do Sul. O objetivo geral da pesquisa é compreender a percepção de médicos atuantes na (ESF), sobre os Cuidados Paliativos e como vem se estabelecendo esta prática na APS. Ademais, buscaram-se identificar, quais os conhecimentos, dificuldades e facilidades percebidas em relação a esta forma de cuidado.

O estudo possui metodologia de caráter qualitativo e abordagem descritiva. O estudo qualitativo possibilita ao pesquisador mensurar uma experiência pessoal, por meio dos fenômenos sociais e, possibilita avaliar as dificuldades descritas pelas pessoas (Triviños, 2015). Por sua vez, a abordagem descritiva, detém a finalidade de fazer conhecer ao pesquisador a realidade e suas características, com critérios de fidedignidade. Para tanto, o trabalho exige que o pesquisador obtenha uma série de informações sobre o tema, para poder mostrar com exatidão os fenômenos e fatos de determinada situação (Triviños, 2015).

A partir de uma investigação bibliográfica detalhada, foi possível embasar a elaboração de um instrumento de coleta específico para o estudo. Optou-se pela aplicação de uma entrevista semiestruturada, contendo tópicos norteadores abordando: conhecimento de filosofia em CP; formação acadêmica em CP; trabalho interdisciplinar; identificação de paciente paliativo; estratégia de atendimento; prática e implementação dos CP; inclusão dos CP na Atenção Básica; disponibilidade de recursos necessários aos CP; aptidão e terminalidade. A amostra foi composta por seis médicos vinculados a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que obedeceram aos seguintes critérios: ser profissional da ESF, realizar assistência na unidade há pelo menos, seis meses, aceitar participar da pesquisa com gravação em áudio das entrevistas e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram: ser profissional médico, mas não atuar na UBS escolhida, e atuação profissional inferior a seis meses no local da pesquisa. As entrevistas ocorreram entre junho e agosto de 2019, realizadas individualmente na UBS, com duração média de quarenta minutos cada.

Posteriormente, ocorreu a etapa de organização e transcrição integral das seis entrevistas gravadas. A análise qualitativa do material foi pautada a partir de referencial teórico-metodológico das áreas da psicologia da saúde, medicina paliativa, políticas públicas de saúde, e publicações em nacionais e internacionais sobre o tema.

A análise dos dados possibilitou realizar interpretações iniciais a partir do conteúdo temático. Por fim, após o levantamento e a organização, a análise permitiu trabalhar com os dados em três etapas: a pré-análise, caracterizada pela organização de todos os dados; a análise, propriamente dita, na qual imergiram as categorias apresentadas; e a terceira etapa, o tratamento dos dados, que permitiu interpretar e discutir os resultados (Braun & Clarke, 2016). A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Luterana do Brasil/Canoas RS, conforme diretrizes e normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12, em março de 2019. (CAAE n. 13752619.4.0000.5349).

Resultados e Discussão

Perfil da amostra e cenário de campo

A amostragem foi composta por seis profissionais médicos da ESF, que contemplam a faixa etária média de 32 anos. Em relação ao gênero, a amostra é equivalente em ambos os sexos. Todos os seis profissionais concluíram formação acadêmica entre os anos 2013 e 2018. Quanto à titulação, quatro entrevistados têm curso *lato sensu* em áreas relacionadas com a atuação na Atenção Básica, como Saúde da Família, Saúde Pública e Saúde Coletiva, sendo que um participante possui co-especialização em CP. Referente ao tempo de atividade na APS, o profissional com mais tempo de atuação completou oito anos, e dois participantes estão realizando residência em Saúde Coletiva. A região, onde se localiza a UBS, conta com programas comunitários de atenção à saúde desde a década de 70, e hoje, dispõe de uma rede de APS bastante consolidada.

A ESF tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, a organização e execução de suas práticas, sempre se adequando aos enfrentamentos dos problemas existentes. O funcionamento de uma UBS tradicional dá-se pela atuação de uma ou mais equipes de profissionais, que devem se responsabilizar pela atenção à saúde da população vinculada a um determinado território. Cada equipe é responsável por uma área, onde podem residir entre 600 a 1000 famílias, com limite máximo de 4 mil habitantes por área adstrita (MS, 2011). Importante mencionar que a equipe básica da ESF pode solicitar o suporte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), para garantir que o trabalho ocorra de modo interdisciplinar. Sendo assim, os resultados da análise do material empírico, apresentaram algumas problemáticas separadas por categorias.

Conhecimento em CP e formação acadêmica

A equipe da ESF torna-se responsável pelo suporte ao paciente e à família, de modo a garantir o controle dos sintomas e a dignidade no processo de adoecimento e/ou morte. Nessa perspectiva, a maioria dos participantes referiram conhecimentos adequados sobre a filosofia de CP, todavia, vinculam-nos de modo geral a pacientes que se encontram em estágios muito avançados da doença, o que não condiz com a reformulação dos CP pela OMS em 2002.

No âmbito do SUS, por meio da ampliação do modelo de assistência de CP, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos modificou o objeto dos CP de pacientes oncológicos sem prognóstico de cura para pacientes crônicos que não respondem mais a tratamentos curativos. No entanto, identifica-se nas entrevistas que pacientes em estágios terminais são percebidos como os únicos elegíveis a este tipo de cuidado, denotando existir uma confusão sobre identificação do paciente paliativo.

O cuidado deve ser oferecido a partir do diagnóstico inicial, para que haja acompanhamento durante o processo, e não apenas nos casos já compreendidos como terminais (MS, 2002). O cuidado se preconiza aos pacientes portadores de doenças crônicas

degenerativas, como cardíacas, respiratórias, neurológicas, renais e infectocontagiosas. No entanto, metade da amostra relata ser bastante raro atender pacientes paliativos.

A compreensão da filosofia de CP mostra-se condizente, mas ao mesmo tempo incompleta. Os entrevistados apontam características como, anão maleficência, promoção de qualidade de vida, o prover conforto no processo de morte. Porém, a ênfase é dada, sobretudo aos aspectos de controle da dor e de sintomas físicos, e com menor ênfase aparecem os aspectos biopsicossociais, fundamentais para os CP.

Segundo Mendes e Vasconcellos (2015), há uma necessidade urgente de uma assistência efetiva em CP nas variadas áreas de atenção à saúde, inclusive na APS, na qual a formação continuada dos agentes ganha extrema importância. Nesse sentido, carece-se da instrumentalização de uma política nacional de CP que contemple o cidadão no direito de ter saúde e assistência no final da vida, ou seja, de ter um fim mais digno (Mendes & Vasconcellos, 2015).

Por conseguinte, as universidades, cursos de graduação e pós-graduações devem preocupar-se em abordar temáticas sobre CP (ANCP, 2017). Ademais, a universidade ainda é compreendida como pouco preocupada com a formação humana, primando pela educação técnica (Moreira et al., 2015). Os depoimentos mostram que a experiência em CP na graduação foi de insuficiente base teórica e pouca prática. Este despreparo na formação do profissional dificultará posteriormente o trabalho com a equipe interdisciplinar, que por vezes, é interpretada como supérflua para o cuidado. A lacuna na formação específica na graduação referida pelos participantes e a falta de conhecimento sobre CP podem ocasionar rupturas na comunicação e, prejuízo ao paciente.

A partir da literatura existente, juntamente com a análise das entrevistas, percebe-se que os currículos universitários poderiam beneficiar seus alunos incluindo disciplinas que abordem a tanatologia, entendida como educação para vida e para a morte, que segue uma abordagem plural e interdisciplinar. A tanatologia tem como objetivo refletir sobre a aproximação com a morte, apresentando abordagens teóricas, e propondo questões sobre vivências envolvendo aspectos afetivos e cognitivos (Kovács, 2008). Essa disciplina proporciona ao aluno a possibilidade de alcançar um sentido individual e coletivo mediante a construção de seu conhecimento. Todavia, os relatos mostram que tão pouco houve alguma capacitação em CP durante a atuação profissional na APS.

Para que reais mudanças aconteçam, no sentido à humanização dos serviços, é fundamental que haja investimentos na qualificação dos profissionais envolvidos, inclusive no que diz respeito à construção de um profissional comprometido com a integralidade do ser humano (MS, 2006). Foi possível identificar uma disparidade na prática relatada nas entrevistas, em relação à política, que preconiza o investimento em qualificação profissional.

Diversos autores sustentam a ideia, que um dos objetivos do trabalho de capacitação destes profissionais passa ser o desenvolvimento de recursos emocionais e comportamentais, de tal forma a sustentar a prática assistencial humanizada (Barreto, 2019). Para tanto, é imprescindível que se valorize o trabalho em equipe interdisciplinar e seus diversos olhares e dimensões de cuidado.

Concepção de trabalho em equipe

Diante do desafio de encontrar formas de pactuação entre os profissionais, a partir de uma ótica solidária e de corresponsabilidade sobre os processos de produção de saúde, se lida com a realidade de que esses, por vezes, não estão preparados para essa perspectiva (Moreira et al., 2015). Identificou-se que o modelo biomédico é o adotado em menor ou maior grau pelos entrevistados, tanto na abordagem com o paciente quanto nas relações com a equipe de saúde. Percebe-se que a concepção de trabalho permanece centrado no médico e de difícil acesso aos outros agentes de saúde. Para alguns médicos, a equipe é referida como “equipe médica”, o que conflita com a proposta da APS.

A criação do NASF contribui para a manutenção dos casos de CP, tendo em vista que o suporte de psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, entre outros profissionais aumentam a resolutividade da equipe. Multiplicando as possibilidades de intervenções e orientações oferecidas neste nível de assistência (MS, 2008). Em trechos das entrevistas, o NASF aparece apenas em casos interpretados como extremamente necessários, em função de conhecimentos específicos das áreas profissionais. Por exemplo, questões referentes à alimentação por sonda, solicitam a nutrição, ou em casos de maior vulnerabilidade, o serviço social. Deste modo, não há diálogo ou discussão, conseqüentemente não há planejamento no cuidado a longo prazo.

As ponderações mostram desafios na capacidade de se compartilhar a coordenação do cuidado. Atender paliativamente exige preparo da ESF, sendo necessário o envolvimento de toda a equipe. A partir da troca, é possível se estabelecer a inclusão de resultados de diversas especialidades, possibilitando que a equipe desenvolva esquemas conceituais de análise, e instrumentos estratégicos, como ferramentas facilitadoras de assistência (Floriani & Schramm, 2007). Importante salientar que os participantes não mencionam nenhum tipo de protocolo ou diretriz para orientar a estratégia de trabalho em CP. No entanto, existem ferramentas disponíveis para a elaboração de metas durante o cuidado. O projeto terapêutico singular (PTS) é um exemplo de instrumento desenvolvido para fornecer melhor organização do processo de trabalho na ESF, por meio de planejamento de ações em saúde. A partir de um diagnóstico inicial, a equipe estabelece metas de curto e longo prazo, e o profissional com melhor vínculo com a pessoa negocia e pactua essas metas (Kinker, Moreira & Bertuol, 2018).

Estratégias de atendimento em CP

Possibilitar o cuidado domiciliar reflete a percepção de que a permanência do paciente em CP junto a sua família, em casa, é essencial para uma palição com qualidade. Diversos autores são enfáticos ao afirmar que o domicílio é o local fundamental para que se exerça esse tipo de cuidado. No contexto de Atenção Domiciliar (AD), a APS consegue utilizar escassos recursos, de forma eficiente, provendo a autonomia e atendendo ao desejo de pacientes e familiares de estarem em seus lares. Dessa forma, a APS é responsável por garantir o controle dos sintomas, a dignidade no processo de adoecimento e a decorrente morte. A AD, na Atenção Básica, mesmo não sendo desenvolvida originalmente para

ações em CP, pode ser estruturada para incorporar esse modelo, assumindo importantes atribuições (Floriani & Schramm, 2007).

Com base na análise das entrevistas, os participantes mencionaram a Visita Domiciliar (VD) como o principal meio estratégico para prover esse tipo de cuidado, evidenciando a valorização dos profissionais sobre a importância da AD para a configuração de redes substitutivas de saúde. Por outro lado, a ênfase dada às questões mais técnicas de cuidado, como alívio da dor, limpeza, alimentação, entre outros, sobrepõe-se aos cuidados relativos às dimensões biopsicossociais.

Para que esse modo de atenção seja oferecido com qualidade é fundamental que as agendas dos profissionais de APS estejam organizadas para suportar demandas de trabalho, com maior flexibilidade para receber as famílias com suas dúvidas, angústias e que se alternem com períodos de VD mais frequentes (Feuerwerker & Merhy, 2008). Em termos de logística, a construção da agenda dos profissionais é uma questão de difícil abordagem e pode comprometer a atenção em CP e o trabalho da equipe. É importante pontuar que ocorre uma tensão permanente em decorrência da oferta programada de atenção à saúde e à demanda espontânea que ocorre na APS (Soratto et al., 2017).

Os médicos relatam insatisfação a respeito da massiva carga de trabalho e os reflexos negativos diretos na assistência ao paciente e na vida pessoal. As questões referentes à 'gestão em saúde' têm sido um problema reconhecido na literatura e no âmbito dos sistemas de saúde (Soratto et al., 2017).

Abordagem sobre terminalidade

A comunicação de más notícias, embora seja prática diária entre profissionais de saúde é caracterizada como tarefa árdua e difícil. Entende-se por 'más notícias' revelações diagnósticas que impactam de maneira abrupta e negativa a vida de pacientes e familiares em relação ao seu futuro (Cohen et al., 2016). Estudos apontam que antigamente havia uma crença disseminada entre médicos de que as revelações de informações ameaçadoras poderiam causar angústias que incapacitariam a manutenção de qualquer esperança por parte dos pacientes, justificando-se assim sua ocultação. Essa atitude fez com que médicos e equipes se utilizassem de eufemismos na hora de conversar com seus pacientes, desconsiderando sua preferência. Todavia, desde a segunda metade do último século, evidencia-se uma tendência médica a expor abertamente diagnósticos e prognósticos, tornando a comunicação médica mais clara (Feldmann, 2016).

A vivência relatada pelos entrevistados sobre a abordagem da terminalidade com pacientes e família mostra-os aptos na condução de estratégias de comunicação, oferecendo suporte adequado, reconhecendo no paciente a condição de ser humano único, que deve ser respeitado e valorizado em sua singularidade. Deste modo, fica claro que a os participantes da pesquisa valorizam as dimensões éticas e interpessoais na relação profissional-paciente-família. Diante disso, oportuniza-se ao paciente todo o acesso a informações, o que permite certo grau de controle sobre o tratamento, fazendo-o se sentir acolhido e amparado, possibilitando ainda uma melhor adesão (Feldmann, 2016). No que concerne ao tempo disponível para um atendimento comum informe de más notícias, os

relatos mostram de forma unânime que o tempo disponível para uma consulta na UBS não costuma passar de 20 minutos, por conta da alta demanda. Esse aspecto acaba gerando desgaste e frustração do profissional.

Kubler-Ross (1996), enfatiza a necessidade de informar as más notícias sem pressa, pois se entende que está em curso um processo de elaboração difícil, por isso é importante que paciente e família tenham oportunidade de perguntar e de obter respostas as suas dúvidas. O médico deve adaptar as informações em quantidade e qualidade de acordo com as emoções dos receptores. Assim, o impacto emocional está mais ligado ao estilo de comunicação do que à comunicação em si. A autora menciona que os profissionais de saúde podem ter sua capacidade de acolhimento comprometida pela frustração e desgaste emocional decorrentes do lidar rotineiramente com a perda e a finitude da vida, cabendo assim ao psicólogo da equipe proporcionar apoio, fortalecendo a equipe e assim oferecendo melhor atendimento aos pacientes e familiares (Kubler-Ross, 1996).

Inclusão oficial dos CP na Atenção Básica à Saúde

No âmbito das políticas públicas de saúde, considera-se que o Brasil vive um processo de envelhecimento populacional, modificando-se a pirâmide etária, com o aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (MS, 2002). No dia 31 de outubro de 2018, mediante pactuação ocorrida na Comissão Intergestores, houve oficialmente a inclusão das diretrizes para a organização dos CP, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do SUS. A partir da resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, os CP estão oficialmente compondo a linha de cuidados continuados integrados e ofertados no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Portanto, considera-se elegível para CP toda pessoa afetada por uma doença que ameaça a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição.

Sendo assim, os CP deverão ser ofertados em qualquer ponto da RAS, cabendo a Atenção Básica ser ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. A APS será responsável por acompanhar os usuários com doenças ameaçadoras de vida pertencentes ao seu território adstrito, prevalecendo o cuidado longitudinal, ofertado em conjunto com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família - Atenção Básica (NASF-AB), com a retaguarda dos demais pontos da rede de atenção. As equipes de AD passam a ser a modalidade definida, a partir da intensidade do cuidado, observando-se o Plano Terapêutico Singular (PTS), que deverá contribuir para que o domicílio esteja preparado e seja o principal *locus* de cuidado (MS, 2018).

De modo geral os participantes do estudo consideraram esta normativa um avanço para o trabalho na APS, um orientador para que o trabalho ocorra com mais capacitação. Um dos profissionais menciona que a normativa de implementação dos CP não funcionaria na prática neste momento, devido à sobrecarga das agendas com as demandas espontâneas. Nesse sentido, para que esta normativa seja implementada com sucesso é importante que estes profissionais pautem seu trabalho nos princípios e diretrizes da ESF, e que haja cooperação no sentido de inverter a lógica de trabalho uniprofissional e curativista. Esta atuação proativa, só funcionará se houver a valorização desses trabalhadores e a revisão dos métodos de avaliação de trabalho.

Segundo Dejours (2004), existe um recurso sistemático para a avaliação quantitativa e objetiva do trabalho. Os métodos de avaliação de trabalho na contemporaneidade assumem um viés de dominação simbólica das ciências experimentais, que nem sempre podem ser avaliáveis. Isso tem cada vez mais retirado o tempo dos profissionais para com a assistência à saúde, fazendo com que se dediquem a ações administrativas, pautadas na preocupação com a quantidade, no alcance de metas e de números, com pouca ênfase da qualidade (Soratto et al., 2017).

O resultado desta prática gerencial é o isolamento de cada indivíduo, a solidão e a desagregação do viver junto e do compartilhar. As consequências são, de um lado, o crescimento da produtividade e da riqueza, e, de outro, a erosão do lugar acordado à subjetividade e à vida no trabalho (Dejours, 2004).

Considerações finais

O presente estudo visa demonstrar que o trabalho na Atenção Básica apesar da nomenclatura não deveria ser caracterizado como “básico”, pois, profissionais deparam-se diariamente com um complexo cenário no campo da saúde coletiva, que sofre com muitas limitações. Ademais, lidar diariamente com pessoas em processo de morte é uma exigência diária para os profissionais da ESF. Diante disso, é de grande importância compreender como o trabalho CP vem sendo concebido por estes profissionais. Os CP não podem continuar vinculados como uma exclusividade de equipes hospitalares grandiosas, mas sim, como direito do paciente. Agrega-se a isso a grande influência dos aspectos emocionais no próprio quadro clínico do paciente. Nessa concepção, o entendimento da perspectiva emocional é de suma importância para quem vivencia o processo de morrer, apesar de muitos autores considerarem ser comum a negligência desta dimensão considerada uma das mais importantes para os pacientes e familiares nessa etapa da vida (Cohen et al., 2016).

Neste estudo, foi possível concluir que as práticas de atenção em CP não aparentam corresponder ao modelo de atenção preconizado pelo SUS na APS. Os princípios norteadores do PSF, como integralidade, responsabilização, interdisciplinaridade, humanização e a participação ativa da família, ainda esperam por uma consonância com práticas assistenciais mais efetivas em relação aos CP.

Os resultados revelam fragmentação do cuidado, uma vez que há uma importante negligência em relação à formação e capacitação destes profissionais. A estes lhes carecem linhas protocolares adequadas na condução dos casos, no tangente a um tratamento eficaz e integral. Para que haja mudança no modelo atual de assistência em CP, faz-se urgente uma atenção integral, digna e resolutiva, em que os princípios implementados pelo SUS sejam seguidos de modo a garantir o modelo universal, igualitário e equânime ao portador de doenças fora da possibilidade de cura (Mendes & Vasconcellos, 2015).

Embora a percepção de CP tenha aparecido vinculada ao trabalho multidisciplinar, entende-se que este modo de trabalho aparece como uma possibilidade concreta no plano intelectual, na prática, o que se identificou ainda é baseado predominantemente no modelo biomédico. Há uma série de desafios éticos a serem superados no trabalho da

ESF. Há urgência da equipe básica de saúde realizar um trabalho articulado ao NASF para a manutenção dos casos de CP, tendo em vista que acrescentaria muito a gama de possibilidades de intervenção nesse nível de assistência. O médico possui papel determinante dentro do grupo como o coordenador do cuidado; se não aceitar a atuação em equipe, o trabalho em CP pode não se consolidar.

A implantação efetiva das diretrizes para a organização dos CP, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do SUS, exigirá respostas mais adequadas e satisfatórias frente à crescente demanda dessa modalidade. Vale ressaltar, que os profissionais percebem como positiva a lei de implementação dos CP na APS, desde que haja capacitações e fluxos de atendimento pré-determinados.

Importante salientar que, embora o cuidado paliativo oferecido na APS seja percebido como fragmentado e carente, os profissionais da pesquisa mencionam que “dão o seu melhor”, no que julgam possível ser realizado para prover qualidade de vida aos seus pacientes, mas de maneira geral acreditam que poderiam melhorar. Nessa perspectiva, uma importante dificuldade apontada como prejudicial à qualidade do serviço prestado diz respeito à sobrecarga de trabalho e à desvalorização do profissional. Ressalta-se a relevância de se assegurar modalidades inovadoras de articulação entre trabalhadores e serviços, bem como núcleos de apoio e educação continuada eficaz. Tudo isso, com vistas a possibilitar os profissionais de saúde uma análise crítica e permanente sobre o processo de trabalho em direção a uma concepção de saúde, na qual trabalhar o processo de morte signifique vida.

Este estudo conta com a limitação de uma amostra pequena e analisa somente uma categoria profissional e um local como campo da pesquisa. Para futuras pesquisas, seria relevante a investigação de outras categorias profissionais que também atuem com CP na APS. Desta forma, somaríamos resultados para uma comparação e elucidação de soluções a serem trabalhadas. Espera-se que este estudo ofereça elementos que contribuam para novos estudos e para o aprimoramento das práticas de profissionais de todas as áreas envolvidos no CP, sobretudo no SUS.

Referências

- Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2017). *O que são cuidados paliativos*. (ANCP). Recuperado em: 14 março, 2019 de <<http://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao/>>.
- Barreto, R. A. (2019). Um profissional de saúde mais humano como medicamento. *Estudos de Psicanálise*, (51), 177-182.
- Braun, V., & Clarke, V. (2016). (Mis) conceptualising themes, thematic analysis, and other problems with Fugard and Potts' sample-size tool for thematic analysis. *International Journal of Social Research Methodology*, 19(6), 739-743.
- Cohen R. A., Jackson V.A., Norwich D., Schell J.O., Schaefer K., Ship A.N., & Sullivan, A.M. (2016). *A nephrology fellows' communication skills course: an educational quality improvement report*. Am J Kidney Dis Recuperado em: 23 março de <<https://bit.ly/2Jk3Vqw> [Links]>.

- Costa, A. P. P., & Othero, M. B. (2015). Conceitos, princípios e formação em Cuidados Paliativos. In: _____. *Reabilitação em Cuidados Paliativos*. Loures, Portugal: Lusodidacta, pp.23-36.
- Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, 14(3), 27-34.
- Encarnação, J. F., & Farinasso, A. L. C. (2014). A família e o familiar cuidador de pacientes fora de possibilidades terapêuticas: uma revisão inegrativa. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 35(1), 137-148.
- Feldmann, P. M. (2016). *Comunicação de más noticia a pacientes em cuidados paliativos: Um estudo exploratório das percepções de pacientes e familiares*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.
- 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. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(3), 180-188.
- Floriani, C. A., & Schramm, F. R. (2007). Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de Atenção Básica. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9), 2072-2080.
- Hermes, H. R., & Lamarca, I.C.A. (2013). Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2577-2588.
- Instituto Nacional do Câncer (INCA) (2017). *Cuidados Paliativos*. Recuperado em: 15 abril, 2019 de <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados_paliativos>.
- Kinker, F. S., Moreira, M. I. B., & Bertuol, C. (2018). O desafio da formação permanente no fortalecimento das Redes de Atenção Psicossocial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(67), 1247-1256.
- Kovács, M. J. (2008). Desenvolvimento da tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia*, 18(41), 457-468.
- Kovács, M. J. (2012). *Educação para a morte: desafios na formação de profissionais de saúde e educação* (2a ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kubler-Ross, E. (1996). *Sobre a morte e o morrer*. (7a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Mendes, E. C., & Vasconcellos, L. C. F. (2015). Cuidados Paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. *Saúde em Debate*, 39(106), 881-892.
- Ministério da Saúde (1997). *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Autor. (MS).
- Ministério da Saúde (2002). *Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos*. Recuperado em: 07 julho, 2019 de <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-19.htm>>.
- Ministério da Saúde (2003). *Política Nacional de Humanização (PNH)*. Brasília: Autor.
- Ministério da Saúde (2006). *Secretaria de Atenção à Saúde*. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – (2ª ed.) – Brasília: Autor.
- Ministério da Saúde (2008). *Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília-DF, 25 jan. 2008. Recuperado em: 03 maio 2019 de <<https://aps.saude.gov.br/ape/nasf>>.

- Ministério da Saúde (2011). *Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Recuperado em: 21 abril, 2019 de <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf>>.
- Ministério da Saúde (2016). *Portaria N° 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.
- Ministério da Saúde (2018). *Habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para estabelecimentos de saúde*. Recuperado em: 11 maio, 2019 de <<http://138.68.60.75/images/portarias/outubro2018/dia30/portaria3519.pdf>>.
- Moreira, M.A.D., M, Lustosa A.M, Dutra, F., Barros E.O., Batista, J.B.V., Duarte, M.C.S (2015). Políticas públicas de humanização: *revisão integrativa da literatura*. [*Ciência Saúde Coletiva 2015; 4*]; 20(10): 3231-42.
- Soratto, J. Pires, D. E. P., Trindade, L. L., Oliveira, J. S. A., Forte, E. C. N., & Melo, T. P. (2017). Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 26(3), e2500016.
- Triviños, A. N. S. (2015). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. ATLAS: São Paulo.

Recebido em: fevereiro de 2020

Aceito em: junho de 2020

Cinthia Aranovich; Psicóloga; Especialista em Saúde Coletiva pela ULBRA 2020; graduada pela PUCRS 2017 Rua Faria Santos, 454 - Porto Alegre-CEP90670-150; Telefone: 5198175-1211; cinthiaaranovich1@hotmail.com.

Maria da Graça Taffarel Krieger; Psicóloga; Mestre em Educação; Especialista em Educação Infantil graduada pela ULBRA 2007; Telefone: 51 99566-8413.

E-mail para contato: cinthiaaranovich1@hotmail.com