



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO E DOUTORADO**

**GLEYSCE ANY FREIRE DE LIMA**

**ASSISTÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS A PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA A SAÚDE**

**NATAL/RN**

**2015**

**GLEYCE ANY FREIRE DE LIMA**

**ASSISTÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS A PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA A SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde.

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento Tecnológico em Saúde e Enfermagem.

Orientador: Prof<sup>a</sup> Dra Rejane Maria Paiva de Menezes.

**NATAL/RN**

**2015**

Catálogo da Publicação na Fonte  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN  
Sistema de Bibliotecas - SISBI

Lima, Gleyce Any Freire de.

Assistência em cuidados paliativos a pessoa idosa na atenção primária a saúde / Gleyce Any Freire de Lima. - Natal, 2015. 98f: il.

Orientadora: Profa. Dra. Rejane Maria Paiva de Menezes.

Dissertação Mestrado em Enfermagem-Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Atenção Primária à Saúde - Dissertação. 2. Cuidados Paliativos - Dissertação. 3. Enfermagem - Dissertação. 4. Pessoa Idosa - Dissertação. I. Menezes, Rejane Maria Paiva de. II. Título.

RN/UF/BSE-ESUFRN

CDU 616-083-053.9

**GLEYCE ANY FREIRE DE LIMA**

**ASSISTENCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS A PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA A SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Dissertação apresentada em 08/12/2015

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Profa. Dra Rejane Maria Paiva de Menezes – Orientadora Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande Norte (UFRN)

---

Profa. Dra Maria Célia de Freitas Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE)

---

Profa. Dra Bertha Cruz Enders Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande Norte (UFRN)

## DEDICATÓRIA

Aos meus avôs, Severino Francisco Freire, Antônia Lindalva Freire (*in memoriam*). Ao meu avô Silo pelo homem integro nosso patriarca, por ter me ajudado desde a graduação, sem sua contribuição jamais conseguiria construir esse processo. A minha Lindalva, minha Linda, minha vizinha, cuidar da senhora nunca, foi um fardo, era prazeroso, não porque eu era enfermeira, mais porque tive a oportunidade de viver cada dia com a senhora, sorrir das suas histórias, vê a senhora evoluir, se recuperar, insistir, afinal a senhora sempre foi sinônimo de força, tantas histórias em minha memória.

Se hoje sou enfermeira e Mestre a senhora tem uma grande contribuição para isso, pois sempre torceu por mim. Imaginarei todos os dias de minha vida a senhora em meus pensamentos, jamais esquecerei nada que vivemos. Olhe por nós onde permanecerdes, cada beijo, cada abraço, ficará eternizado em mim.

## AGRADECIMENTOS

Á **Deus**, por ser a minha fonte inesgotável de sabedoria e inspiração. Aos meus pais, **Maria Goreth Freire** e **Hildebrando de Lima Borges**, que me deram amor puro, ensinaram-me a perceber que tudo na vida é sinônimo de esforço, e o que tiver de ser seu um dia será. Devo a eles a formação da minha personalidade e tudo o que sou enquanto pessoa.

Ao meu noivo **João Teixeira**, futuro esposo, amor da minha vida, por ter compartilhado o desafio diário e por incentivar os meus sonhos profissionais, me transmitindo tranquilidade. Aos meus irmãos Samuel e Ilana pelas palavras de otimismo e por se sentirem felizes ao acompanhar cada vitória minha alcançada.

À minha avó **Lindalva**, minha Linda, que ríspidamente o destino nos separou fisicamente durante o caminhar desse sonho, hoje descansa em Deus, agradeço por tudo que me ensinou pelo exemplo de mulher guerreira que sempre foi e ficará eternizada em minhas memórias.

A professora **Cecília Valença** que sempre foi um exemplo profissional a ser seguidor me orientou na graduação e me direcionou a buscar o mestrado.

À Professora **Rejane Menezes**, por ter me acolhido bem desde o primeiro momento que nos conhecemos para tentar a seleção do mestrado e ter permitido vivenciar novas experiências que me fizeram crescer profissionalmente e pessoalmente.

As professoras presentes na banca de qualificação e defesa de mestrado, por toda contribuição no trabalho. Aos Professores e Funcionários do Departamento de Enfermagem.

À turma de Mestrado e Doutorado de 2014. Às amigas que conquistei durante o mestrado **Xenia Freire** e **Giovana Cruz** e em especial a **Kézia Medeiros** que acompanhou cada conquista e que dividiu comigo os inúmeros dias de trabalho no laboratório.

*A UERN, instituição da qual tenho orgulho de ter estudado na graduação e os amigos que ela me trouxe, **Glauber, Mayara, Joyce** e em especial a **Mércio** ao qual dividimos também o sonho do mestrado.*

*As colegas do grupo de pesquisa, em especial **Talita e Rafaella**, por terem feito dos dias de trabalho mais floridos compartilhando alegria e felicidade.*

*Aos **profissionais das equipes das Estratégias de Saúde e também a equipe do Núcleo de apoio à saúde da família (NASF)** do Bairro de Felipe Camarão, por terem compartilhado a subjetividade de suas experiências que possibilitou sentido ao estudo. Que essa conquista seja continuada e que a busca pela docência não seja apenas um sonho, mas uma realidade.*

## RESUMO

Este estudo tem o objetivo de compreender o significado dos cuidados paliativos a pessoa idosa para profissionais de saúde que atuam na atenção primária à saúde. Estudo descritivo e de abordagem qualitativa. Realizado em três Unidades de Saúde da Família e em um Núcleo de apoio à Saúde da Família, do Bairro de Felipe Camarão, Distrito Sanitário Oeste do município de Natal, RN. Dos 25 participantes, 19 são profissionais da Estratégia Saúde da Família, e seis do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, sendo a maioria mulheres, com experiência de atuação profissional mínima, de um ano na atenção primária à saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob CAAE nº. 43895815.4.0000.5537. Realizaram-se entrevistas individuais entre julho a setembro de 2015, com o uso de questionário contendo perguntas abertas e fechadas referentes ao tema de estudo. Os resultados coletados foram gravados em MP4 e transcritos para linguagem escrita, e analisados através do processo de codificação aberta, meio no qual, as categorias foram interpretadas e identificadas, seguidas da codificação axial, onde as categorias foram desenvolvidas sistematicamente e relacionadas. Emergiram três categorias: valorização dos profissionais de saúde à pessoa idosa em cuidados paliativos, comportamento dos profissionais de saúde frente à assistência em cuidados paliativos na atenção primária e Significado desarticulado entre cuidados paliativos e profissionais de saúde. As categorias foram interpretadas e analisadas, mediante o referencial teórico da fenomenologia social de Alfred Schütz. Em relação à valorização da percepção subjetiva dos profissionais, percebe-se a questão da complexidade das múltiplas relações através de diversos aspectos de sua tarefa central: concentrar uma filosofia da realidade do mundo, ou seja, uma fenomenologia da atitude natural; Diante do comportamento dos profissionais identificaram-se: a descoberta e a profundidade das pressuposições através da estruturação, e do significado em um sentido comum, e ante o significado da desarticulação entre os profissionais de saúde compreendendo-se que a realidade eminente pode ser representada pela individualidade de interesses especiais da experiência. Conclui-se, que os profissionais de saúde compreendem existir uma dificuldade frente à assistência em cuidados paliativos ao idoso na atenção primária, e essa dificuldade, caracteriza-se pela complexidade das interações sociais frente à articulação do trabalho em equipe. Embora, acreditem que a articulação entre as equipes, profissionais e familiares, seja essencial para a consequente melhoria da assistência em cuidados paliativos favorecendo o contexto de saúde que envolve a pessoa idosa.

**Descritores:** Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Cuidados Paliativos; Pessoa Idosa.

## ABSTRAT

This study aims to understand the significance of palliative care for the elder health care professionals working in primary health care. Descriptive study of qualitative approach. Conducted in three health units of the Family and a core of support for Health, the Felipe Camarão neighborhood, District of Natal Health West, RN. Of the 25 participants, 19 are professionals of the Family Health Strategy and six of the Center for Support to Health, the majority being women, with minimal professional work experience, a year in primary health care. The study was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande do Norte, under CAAE no. 43895815.4.0000.5537. There were individual interviews between July and September 2015, with the use of questionnaire containing open and closed questions on the topic of study. Our results were recorded in MP4 and transcribed into written language, and analyzed using the open coding process medium in which the categories were interpreted and identified, followed by axial coding, where categories were developed and systematically related. Three categories emerged: enhancement of elder health professionals in palliative care, behavioral health professionals across care in palliative care in primary care and disjointed Meaning between palliative care and health professionals. The categories were interpreted and analyzed by the theoretical framework of social phenomenology of Alfred Schütz. Regarding the valuation of subjective perception of professionals, it is clear the issue of the complexity of multiple relationships through various aspects of his central task: focus a philosophy of the world's reality, namely a phenomenology of natural attitude; Before the professional behavior were identified: the discovery and depth of assumptions through the structure, and meaning in a common sense, and at the meaning of the disconnection between the health professionals-including that reality imminent can be represented by individuality special interest of the experience. It follows that health professionals understand there is a difficulty facing the assistance in palliative care to the elderly in primary care, and this difficulty, characterized by the complexity of social interactions across the joint teamwork. Although, I believe that the articulation between the teams, work and family, is essential for the subsequent improvement of care in palliative care favoring the health context surrounding the Elder.

**Descriptors:** nursing; Primary Health Care; Palliative care; Elderly.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-Categoria de Significado.....	43
Figura 2- Categoria de Significado Central.....	56
Figura 3- Categoria de Significado.....	68

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS Atenção Primária à Saúde

ANCP Academia Nacional de Cuidados Paliativos

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AAMayCP Associação Argentina de Medicina e Cuidados Paliativos

CP Cuidados Paliativos

CEP-UFRN Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

DCNTs Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF Estratégia Saúde da Família

EMAD Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

EMAP Equipe Multiprofissional de Apoio

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IAHPC International Association for Hospice & Palliative Care

NASF Núcleo de apoio a saúde da família

OMS Organização Mundial de Saúde

PID Programa de Internação Domiciliar

PNAO Política Nacional de Atenção Oncológica

SAD Serviço de Atenção Domiciliar

SUS Sistema único de Saúde

USF Unidade de Saúde da Família

UFRN Universidade Federal do Rio Grande do Norte

USF Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	20
2.1 GERAL .....	20
2.2 ESPECÍFICOS .....	20
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	21
3.1 CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL E NA AMÉRICA LATINA .....	21
3.2 A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA ASSISTÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	24
3.3 ASSISTÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS A PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	27
3.4 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS DA FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHÜTZ.....	28
<b>4. CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	31
<b>5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADO</b> .....	39
5.1 VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE A PESSOA IDOSA EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	42
5.2 COMPORTAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE À ASSISTÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	55
5.3 SIGNIFICADO DESARTICULADO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	67
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	80
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	82
<b>APÊNDICES</b> .....	89
<b>ANEXOS</b> .....	94

## 1INTRODUÇÃO

As últimas décadas do século XX no Brasil demonstram o processo de envelhecimento vivenciado no país, iniciado na metade desse mesmo século e que se consolida neste princípio de século XXI. Por essa razão, é visível o crescimento populacional e conseqüente aumento do número de idosos das famílias brasileiras.

Essa variação nos padrões demográficos da população é acompanhada pelas mudanças nos perfis de saúde, com características próprias a essa faixa de idade, identificada pelo crescimento das doenças crônicas e degenerativas comuns as pessoas mais envelhecidas.

Trata-se de uma realidade própria de países desenvolvidos e/ou em desenvolvimento, e no Brasil ocorre em todas as suas regiões, principalmente as regiões sul e sudeste que como as demais, passam por esse processo. Tais transformações provocam impacto social em vários setores da sociedade. No setor saúde implica no aumento de uma demanda que envolve uma atenção mais específica e exigem dos serviços de assistência adequações em todos os níveis de atenção, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

No que diz respeito à saúde da pessoa idosa no Brasil, em menos de 40 anos, o país passou por transformações no perfil de uma mortalidade típica de uma população jovem para um desenho caracterizado por enfermidades complexas, próprio das faixas etárias mais avançadas. As doenças crônicas apresentam um índice ascendente entre a população idosa e atinge 75,5%, sendo 69,3% entre os homens e 80,2% entre as mulheres (IBGE, 2009).

Segundo os indicadores sócios demográficos e de Saúde no Brasil, apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009) as doenças cardiovasculares, as neoplasias, as doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC), diabetes, osteoporose e doenças que comprometem o sistema nervoso, como as doenças neurodegenerativas, são as que apresentam índices de morbimortalidade mais elevados entre a população mais adulta e idosa.

Portanto, a ampliação do número de idosos e a maior utilização do sistema de saúde, em conseqüência do maior tempo de vida e das múltiplas patologias crônicas, configuram-se como grandes desafios para o sistema de saúde.

O Ministério da Saúde tem desenvolvido sistemas de organização social, são as Redes de Atenção à Saúde, que tem por objetivo ampliar e integrar os serviços

com foco na qualidade. Visa ainda, propagar mudanças no sistema de atenção à saúde; voltar o sistema para as condições crônicas, fazer uso ativo da tecnologia da informação, promover educação permanente dos profissionais de saúde e incentivar o trabalho multidisciplinar e monitorar os processos e os resultados do sistema. (MENDES, 2011).

A articulação entre os cuidados de saúde e o envelhecimento implica na necessidade de uma equipe de saúde com capacidade para aplicar as políticas de saúde já existentes, desde redes de atenção a saúde até a clínica mais ampliada. Além disso, os profissionais de saúde precisam de capacitação para estar aptos a prestar assistência dentro dos novos parâmetros de atenção à saúde das pessoas idosas preconizados pelo Ministério da Saúde.

As redes de atenção à saúde envolvem ações de intervenção de saúde pública como: promoção da saúde; prevenção da doença; diagnósticos e tratamento oportunos, reabilitação, cuidados paliativos com enfoque na Atenção Primária a Saúde (APS). Isso porque a (APS) é o acesso prioritário do sistema de atenção à saúde e à alta resolutividade da população (MENDES, 2011).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007) os Cuidados Paliativos consistem no alívio de sintomas, na atenção psicossocial e no apoio aos pacientes e seus familiares. Prioriza paciente em fases avançadas de vida ou que estejam vivenciando o processo de finitude. Permite o apoio a atitudes emocionais, espirituais, e econômicas direcionadas também ao manejo do câncer, por exemplo. Através desses cuidados é possível o diagnóstico precoce, minimizando o sofrimento do paciente.

Em meados do século XVII, os indivíduos eram abandonados em abrigos religiosos, entregues a morte, sem nenhum tipo de assistência. Por volta do século XIX, os pacientes sem possibilidade de cura ganharam seu espaço e uma assistência especializada. Na década de 60 na Inglaterra, Cicely Saunders, médica e enfermeira, propagou uma nova filosofia de cuidado humanizado. Passou a perceber o indivíduo em sua essência, e considerou os aspectos subjetivos do sujeito, sem priorizar a doença (Manual de Cuidados Paliativos, 2012).

Os Cuidados Paliativos se inserem no contexto da Atenção Primária através da inserção de portarias que respaldam o significado da atuação dos profissionais diante de uma assistência mais especializada.

A portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 dispõe sobre a redefinição da atenção domiciliar, a partir da Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Essa lei abrange promoção, recuperação e organização dos serviços de saúde na assistência domiciliar.

O Art. 1º instituiu o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), que complementa a internação hospitalar, sendo responsável pela operacionalização das equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) e equipes de apoio (EMAP).

Nesse contexto, observa-se como necessário a prestação de serviços especializados em ambientes extra hospitalares, sendo necessária a existência de mecanismos de coordenação e apoio da comunidade e de governantes comprometidos com a integração dos serviços de saúde (MENDES, 2011).

Embora ainda existam no país, muitos serviços envolvem os Cuidados Paliativos nos setores hospitalares e especializados, esse tipo de assistência, tem obtido significado também na atenção primária. Em vários países, considera-se a Atenção Primária como nível prioritário de assistência para prestação dos cuidados paliativos aos usuários (SILVA, 2014).

O Caderno de Atenção Domiciliar (2013), No cenário da APS evidencia-se o Programa de Internação Domiciliar (PID) que tem por objetivo humanizar o cuidado ao paciente, garantir insumos e cuidados mínimos e diminuir o custo da assistência. Distribuir equitativamente o cuidado diante do paciente, da família e equipe de saúde, situação que possibilita uma melhora significativa na qualidade de vida do paciente.

O elevado número de pessoas de maior idade vítimas de condições crônicas exige um sistema de atenção à saúde integrada. Nesse sentido, a equipe multiprofissional deve estar articulada para atender o usuário em situações críticas de saúde. Estabelecer o cuidado continuado, tendo na atenção primária o suporte para receber o usuário após sua permanência no Hospital (MENDES, 2012).

O PID evidencia a assistência à pessoa idosa portadora de doença crônica ou com incapacidade funcional, ou dependência física para as atividades da vida diária (AVD). Como também usuários com doenças que necessitem de cuidados paliativos, ou com patologias múltiplas e comorbidades, dependência total/parcial, que necessitem de equipamentos e procedimentos especializados no domicílio. (Caderno de Atenção Domiciliar, 2013).

No contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF) acredita-se que diversas equipes de saúde atuam de forma fragmentada, algumas vezes sem a colaboração dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) que em grande parte do contexto do SUS, ainda atua, com um número reduzido de profissionais o que dificulta uma articulação maior entre estes.

A Organização Mundial de Saúde (2007), afirma que a estimativa para perfil de mortalidade da população, se dá através da proporção de 50 a 80% de mortes ocorridas por causa natural, seria passível de cuidados paliativos.

Isso evidencia a necessidade de estudos voltados a essa temática, em virtude do aumento da demanda e da complexidade que envolve o significado da atuação dos profissionais de saúde frente a essa modalidade de cuidado. Para tal, compreender os entraves existentes na atuação dos profissionais de saúde na atenção primária, a fim de garantir a integralidade e a humanização do cuidado ao paciente com necessidades de cuidados paliativos consiste em uma questão relevante.

Trata-se de um contexto, onde há predomínio das doenças crônicas, atingindo principalmente, a população mais idosa, com necessidade de cuidados contínuos, de tratamento e diagnóstico complexos e às vezes de longa duração. Essas condições causam dificuldades para os profissionais de saúde, em sua maioria sem qualificação adequada, para o atendimento eficaz desses usuários. Talvez por isso, os profissionais sintam-se pouco preparados para atender pacientes críticos que necessitam de uma assistência de maior complexidade (BRASIL, 2013).

Segundo Costa e Antunes (2012), existem uma série de patologias que acometem os idosos, que os fazem necessitarem de cuidados paliativos. Entre algumas, citam-se as oncológicas e não oncológicas, as doenças que atingem os sistemas cardíaco, respiratório, renal e hepático, além das doenças neurodegenerativas, como as demências, Alzheimer e Parkinson. Incluem-se ainda a esclerose lateral amiotrófica as doenças psicológicas, como as psicopatias crônicas, etc.

Assim, pressupõe-se que os indivíduos que sofrem de condições crônicas de saúde, muitas vezes, após hospitalização e na volta ao domicílio, necessitam de um cuidado continuado. Nesse contexto, considera-se a Estratégia Saúde de Família (ESF), como o modelo de assistência mais indicado para o atendimento das demandas de saúde desses usuários, em seu território, mantendo seu cadastro e

dos seus familiares, atualizado, para dar condições à equipe de atuar sobre a situação local de saúde.

A importância dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde, portanto, deve vincular-se ao retorno da pessoa para casa e da necessidade de continuidade do tratamento curativo iniciado pelo hospital. No contexto da atenção domiciliar, a equipe da atenção primária à saúde seria responsável pelo suporte ao paciente e à família, de maneira a garantir o controle dos sintomas e a dignidade no processo de morte (COMBINATO; MARTINS, 2012).

Compreende-se que no nível de atenção primária a saúde, por via do modelo da ESF, há diversas formas de se prestar os cuidados paliativos, seja através da visita domiciliar sistemática da equipe da ESF, seja do programa de internação domiciliar (PID), uma vez que ambos propiciam a execução desse tipo de assistência.

Os profissionais da APS têm a responsabilidade de acompanhar os usuários em todos os ciclos de vida, através de diversas situações possíveis, desde o surgimento do indivíduo até o momento de morte (SILVA, 2014).

Percebe-se que o envelhecimento e a conseqüente proximidade das condições crônicas que acometem a vida desses usuários, reflete a complexidade a esse contexto não só na vida do paciente, mas na família que precisa se adaptar à nova situação de saúde. Dessa forma, para essa família e esse usuário, a APS representa um suporte que deveria estar organizado e capacitado para atuar na situação de saúde que envolve os cuidados críticos.

Os Cuidados paliativos representam uma prática que exige uma organização específica do serviço de saúde. Dessa forma, se considera uma equipe e técnicas voltadas para esse tipo de cuidado. No Brasil, o aumento da incidência de câncer, o envelhecimento da população, a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), representam uma problemática crescente na saúde pública (Guia de qualidade para os Cuidados Paliativos, 2006).

Desde 2006, a Gestão do município de Natal/RN estabeleceu a elaboração de um ciclo de planejamento para o Plano Municipal de Saúde, referente ao período 2006-2009, de forma ascendente e participativa, lançado concomitantemente ao Pacto Nacional pela Saúde. Entre as metas propostas, se apresentou a necessidade de reforçar a estruturação do sistema de saúde local com ênfase na organização

dos serviços em redes funcionais de saúde. Além disso, propunha a promoção de atividades de ampla participação social (NATAL, 2007).

Assim, a partir dessa decisão governamental, elaborou-se através da Secretaria Municipal de Saúde junto à gestão, um livro intitulado (RE) Desenhando a Rede de Saúde na cidade do Natal, com o objetivo de estabelecer um canal de comunicação entre gestão, instituições e profissionais de saúde. Esta ferramenta permitiu a iniciativa para a desenvoltura de atividades ampliadas, na tentativa de melhorar o acesso da população e a interação dos usuários com as unidades de saúde.

Segundo os critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil (2006) a terminologia Cuidados Paliativos ainda é interpretada de forma errada, por acreditarem ser um cuidado inútil e ineficaz. No entanto, esse tipo de assistência proporciona os únicos e verdadeiros cuidados úteis ao paciente que estar morrendo, protege-o do sofrimento evitável, resguarda sua dignidade como ser humano até os últimos momentos de vida. Esses cuidados devem ser oferecidos o mais precocemente possível, evitando que o acompanhamento e diagnóstico se tornem mais difícil de serem realizados.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera os Cuidados Paliativos uma prioridade das políticas de saúde públicas e sugere uma abordagem programada aos pacientes em fase avançada de doença e no fim da vida. A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), através de um documento elaborado por especialistas, propôs uma mudança paradigmática que sugere estratégias de educação e promoção da saúde para a consolidação de um sistema de saúde mais humanizado.

Embora existam iniciativas governamentais para assistir os usuários da atenção primária à saúde, não se sabe o suficiente sobre a forma na qual, a equipe de saúde efetua as diretrizes existentes e sob quais planos de cuidados estabelecidos já estão sendo efetuados na assistência aos usuários idosos. Mesmo entendendo que a gestão desenvolva e emita documentos para direcionar e facilitar a comunicação entre a gestão e as equipes de saúde, necessita-se ainda que essas decisões, na maioria definidas por Portarias, sejam colocadas em prática e que não sejam esquecidas ou neutralizadas sem serventia aos usuários.

No cotidiano das equipes de saúde, há uma elevada demanda de usuários em condições crônicas de saúde das mais adversas, muitos dos quais já idosos, que

superlotam os serviços de atenção primária e de média complexidade. Em sua maioria, muitos desses profissionais de saúde não despertam o olhar frente aos usuários em situações críticas de saúde, que precisam de uma assistência mais especializada, que garanta o cuidado continuado no contexto do domicílio, o que certamente interfere na qualidade de vida desses usuários.

Isso porque é necessária, uma articulação entre os profissionais da ESF e dos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), para atuarem de forma organizada e com competência do processo de finitude, a fim de possibilitar uma melhor qualidade de vida a quem se encontra nesse estágio. Em vista disso, devem se respaldar por portarias e manuais que viabilizem a execução da assistência voltada aos cuidados paliativos, para que esse entendimento possa tornar-se realidade.

A motivação pela temática teve início durante a graduação, tendo em vista que tive a oportunidade de realizar duas pesquisas sobre o processo de finitude, uma compôs o Trabalho de conclusão de Curso e outra que fez parte do Projeto de Iniciação Científica (PIBIC), nos anos de 2012 e 2013, em abril de 2013, ano que me formei, e continuei buscando ampliar meus conhecimentos diante da temática de bioética e Cuidados Paliativos.

Este interesse acentuou-se pela participação recente no I Colóquio sobre a Terminalidade Diante da Vida e os desafios da Atenção Primária a Saúde, ocorrido em agosto de 2013 em Natal/RN, promovido pelo Departamento de Saúde Coletiva e Nutrição da UFRN. Evento que além de ressaltar a importância atual da temática também destacou a necessidade de qualificação da equipe multiprofissional de saúde, sobre os cuidados paliativos na atenção primária.

Por outro ângulo, percebe-se também a carência de uma articulação na atuação individual e no trabalho em equipe, dos profissionais de saúde o que evidencia a necessidade do estudo em questão.

Esse raciocínio leva ao argumento de que, para encontrar meios auxiliares ao desenvolvimento de práticas efetivas em cuidados paliativos a pessoa idosa, na APS, precisa-se conhecer o significado que esses profissionais possuem quando cuidam de pessoas com necessidade em cuidados paliativos.

Portanto, esta pesquisa tem como finalidade, compreender qual o significado dos cuidados paliativos a pessoa idosa para os profissionais da atenção primária à saúde que atuam no do ESF e NASF?

## 2 OBJETIVOS

### **Objetivo geral:**

- ✓ Compreender o significado dos cuidados paliativos a pessoa idosa para os profissionais de saúde que atuam na atenção primária.

### **Objetivos específicos:**

- ✓ Conhecer o entendimento dos profissionais de saúde sobre os cuidados paliativos a pessoa idosa.
- ✓ Descrever as situações vivenciadas pelos profissionais da equipe de saúde em cuidados paliativos a pessoa idosa.
- ✓ Conhecer as dificuldades que interferem na prática das equipes de saúde em cuidados paliativos a pessoa idosa.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura aborda os conceitos relacionados aos cuidados paliativos no Brasil e na América Latina, a equipe multidisciplinar assistência em cuidados paliativos na atenção primária, assistência em cuidados paliativos na atenção primária e por último, o referencial teórico da fenomenologia social de Alfred Schütz. Referências estas, que subsidiaram o desenvolvimento deste estudo.

#### 3.1 CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL E NA AMÉRICA LATINA

O Atlas de Cuidados Paliativos (2012) apresenta uma visão global da situação dos Cuidados Paliativos na Região Latino Americana e reúne através de um estudo sistematizado informações sobre os Cuidados Paliativos em diversos países como: Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, Venezuela, México, Paraguai, Peru entre outros, com destaque ao Brasil.

Países como a Argentina, têm apresentado um percentual crescente em termos de Serviços voltados aos Cuidados Paliativos. Existe no país, uma Associação Argentina de Medicina e Cuidados Paliativos (AAMayCP), criada informalmente em 1991 e formalizada em 1994. Assim, todas as pessoas têm direito a receber assistência em Cuidados Paliativos, embora essa acessibilidade dependa do vínculo (público, privado, seguridade social ou nenhuma cobertura). E da disponibilidade de equipes capacitadas (PASTRANA et al, 2013).

Já na Bolívia, as Associações de Cuidados Paliativos se encontram em formação, e embora ainda não muito desenvolvidas, as políticas voltadas a esse tipo de assistência vem buscando força junto às condutas do Ministério da Saúde que tem elaborado o plano prioritário para assistir ao câncer com a pretensão de incluir dentro desse programa a assistência em Cuidados Paliativos (PASTRANA et al, 2013).

Dentre os países citados pelo Atlas de Cuidados Paliativos (2013), o país que obteve destaque em ações na assistência em Cuidados Paliativos foi o Brasil. Foram identificadas 24 equipes de atenção domiciliária, voltadas para assistir os CP, sendo dezessete adultos e sete pediátricas, sendo esses serviços em sua maioria públicos. As equipes contam com profissionais médicos, enfermeiros e psicólogos.

Frequentemente são envolvidos trabalhadores sociais ou outros profissionais de acordo com a disponibilidade do pessoal.

No Brasil existem duas associações nacionais: a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) criada em 1996, e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) criada em 2005. Em que há colaboração entre a International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC), dispõe de um grupo de investigação em Cuidados Paliativos, na Unidade do Hospital de Câncer de Barretos em São Paulo, dispõe de colaboração Formal com MD Anderson de Houston, instituição especializada em câncer da União Soviética, atualmente com cinco projetos em investigação (PASTRANA et al, 2013).

O novo programa Melhor em Casa, do Ministério da Saúde incentiva o tratamento domiciliar em situações nas quais, haja necessidade de tratamento de longa duração, dessa forma, entende-se que uma equipe em Cuidados Paliativos no país para o serviço público esteja se tornando uma realidade.

Em se tratando de encontros científicos, o Congresso Internacional de Cuidados Paliativos (ANCP) acontece a cada dois anos, fora outros eventos regionais realizados organizados por outras entidades. Quanto aos programas nacionais voltados aos Cuidados Paliativos, existe no Brasil, o plano nacional de Cuidados Paliativos dado pelas diretrizes dos Cuidados Paliativos e Controle da dor Crônica do Ministério da Saúde e pela Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (PASTRANA et al, 2013).

Os Cuidados Paliativos foram considerados desde 1998, um requisito para o registro dos centros de atenção em oncologia, (Centro de Alta Complexidade em Oncologia) por meio de uma ordem que enfatiza o trabalho multiprofissional integrado. E desde 2002, foram incluídos no Sistema Único de Saúde (SUS) e se ordenou a implementação de equipes multidisciplinares para a atenção aos pacientes com dor e com necessidade de Cuidados Paliativos (PASTRANA et al, 2013).

Entre algumas portarias existentes no país específicas sobre cuidados paliativos, encontra-se a Portaria/GM de nº. 19, de 03 de janeiro de 2002, que institui o Programa Nacional de Assistência à Dor e em Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de iniciativas governamental e não governamental voltada para a assistência aos pacientes com dor e em cuidados paliativos. O seu foco está na organização dos serviços de saúde e de equipes

multiprofissionais, e ainda promove iniciativas destinadas à cultura assistencial da dor, educação continuada, e educação comunitária.

Outra Portaria/GM, a de nº.1.319 de 23 de julho de 2002, dispõe sobre a criação de Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica no âmbito do SUS. Sendo estes Hospitais cadastrados pela Secretaria de Assistência à Saúde como Centro de Alta Complexidade em Oncologia dos Tipos I, II ou III, e ainda, os Hospitais Gerais quando devidamente cadastrados com ambulatório para tratamento da dor crônica e de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos, para constituir referência para a rede assistencial do estado na área de tratamento da dor crônica.

Já a Portaria/GM de nº. 2.439, de 08 de dezembro de 2005, dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), com a finalidade, de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e Cuidados Paliativos a ser implantada em todas as esferas de gestão, e cuja diretriz define que seja organizada e articulada, com implantação em todas as três esferas de gestão.

E, pelo fato desta política de Atenção Oncológica, ser organizada e articulada junto ao Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios, espera-se que a mesma possa propiciar ações Intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil na promoção da qualidade de vida, além de garantir a equidade e a autonomia de indivíduos e coletividades.

Outra diretriz da PNAO, é que esta deve organizar linhas de cuidados em seus níveis de atenção (básica média e alta complexidade), ou seja, construir Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica, realizar referência e contra referência, bem como ampliar a cobertura da Assistência Oncológica e garantir a universalidade, a integralidade e o controle social. Em síntese, há necessidade de fomentar a humanização, especializar os recursos humanos para a rede de atenção Oncológica e incentivar a pesquisa na área, de acordo com os objetivos da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde.

A política brasileira nessa área, ainda dispõe de incentivo para pesquisas, novos diagnósticos e tratamento, avanço tecnológico e aspectos éticos. Incentiva o desenvolvimento de diretrizes assistenciais nacionais, adaptadas a realidade brasileira, de modo a oferecer cuidados adequados relacionados às doenças fora de alcance curativo e em conformidade com as diretrizes internacionalmente utilizadas.

### 3.2 A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EA ASSISTÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Considerando a complexidade da assistência e os cuidados aos doentes crônicos, existe a necessidade de uma abordagem multidisciplinar a fim de fomentar equilíbrio curativo e opções de intervenção paliativa.

O perfil epidemiológico que o mundo tem vivenciado aponta as doenças crônicas como uma catástrofe que afeta o contexto da saúde mundial. Muitas pessoas morrem vítimas de condições crônicas que levam ao processo de finitude. Doenças tais como o câncer, insuficiência cardíaca congestiva e as demências fazem parte desse perfil vivenciado em muitos países (MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

A atenção primária representa uma porta de entrada para o paciente em condições crônicas de saúde. No Brasil, os poucos serviços de cuidados paliativos geralmente estão ligados a hospitais especializados, mas, em vários países, a Atenção Primária (APS) é considerada o melhor nível de assistência para a prestação e coordenação dos cuidados paliativos (SILVA, 2014).

Fica evidente que existe uma enorme demanda a ser acolhida e cuidada no contexto da Atenção Primária à Saúde. Apesar da crescente demanda e da complexidade dos casos, que muitas vezes requerem ações, procedimentos e tecnologias, para subsidiar esse nível de assistência, ainda são poucos os estudos brasileiros sobre a APS em cuidados paliativos.

Os cuidados paliativos implicam em ações de uma equipe de saúde multiprofissional, voltada a ações que possam subsidiar uma proposta de cuidado mais completa. Sendo considerados os aspectos, físicos, mentais e espirituais do indivíduo a fim de evidenciar a integralidade do cuidado.

A equipe de saúde tem o dever de proporcionar uma atuação ampliada, baseada no contexto do processo saúde-doença que envolve a população. Na Atenção Primária à Saúde os profissionais têm um papel fundamental em atuarem através da observação, análise e orientação mediante o surgimento de casos que necessitem de uma assistência em cuidados paliativos (HERMOS; LAMARCA et al, 2013).

O funcionamento ideal de uma equipe requer treinamento qualificado, uma boa comunicação, e conhecimento individual para que cada membro que compõe a

equipe de saúde saiba identificar seu papel. Dessa forma o papel principal da equipe de cuidados paliativos é consultivo. A assistência deve ser especializada em relação ao complexo de sintomas, complicações e pelo potencial de minimizar os efeitos colaterais incômodos de intervenções, bem como fornecer apoio psicossocial e espiritual (VISSERS et al, 2012).

A implantação de um cuidado sistematizado por parte da equipe de saúde tem potencial para melhorar o atendimento ao paciente possibilitando aos profissionais da Atenção Primária uma maior comodidade em termos de assistir aos indivíduos de forma eficaz.

Por ser o câncer uma doença crônica que necessita de cuidados paliativos, outros estudos apontam que os pacientes e equipes de atenção primária devem entender que os cuidados primários têm um papel importante a desempenhar no tratamento do câncer (ADAMS et al, 2011)

Se existe uma articulação entre a equipe multidisciplinar, usuário e familiar a prestação dos cuidados paliativos se faz mais atuante e eficaz na qualidade de vida desses pacientes. O atendimento personalizado na atenção primária para pacientes com doenças crônicas e seus cuidadores, familiares, possibilitam um cuidado integral que envolve todo o contexto de saúde.

Dessa forma o paciente em processo de finitude necessita de uma assistência pautada em princípios filosóficos de uma assistência integral e humanizada, mediante a soma de saberes de cada profissional de saúde, a fim de proporcionar uma prática assistencial pautada em cuidados éticos que valorize a inserção da família diante do cuidado.

Medidas essas, que envolvem um diagnóstico precoce e cuidados integrados dos profissionais de saúde, para enfrentar a problemática que repercute na inserção de um olhar diferenciado frente a essa nova modalidade de cuidado.

E, pelo fato do indivíduo não ser somente um ser biológico, não deve ser considerado de forma fragmentada. Nesse sentido, o contexto que o envolve inclui também os aspectos sociais e espirituais que valorizam uma atenção subjetiva frente às necessidades de saúde desse sujeito.

E, embora não existam no Brasil parâmetros oficiais para o cálculo das necessidades de cuidados paliativos, a OMS afirma que essa necessidade pode ser estimada a partir do perfil de mortalidade da população, sendo mortes ocorridas por

causa natural de 50% a 80%, e essas porcentagens seriam passíveis de cuidados paliativos, considerando-se todos os diagnósticos (SILVA, 2014)

O planejamento em cuidados paliativos deve se basear no diagnóstico precoce da doença, nas informações de identificação do histórico, para atuar na prevenção de sintomas desagradáveis, a fim de propiciar uma melhor qualidade de vida para o paciente.

Um estudo realizado no Reino Unido desenvolveu um quadro de normas para assistência em cuidados paliativos, para facilitar o processo de apoio aos indivíduos que necessitam desse tipo de assistência mais especializada. O estudo trouxe que Organizações de cuidados primários e práticas gerais na Inglaterra e Irlanda do Norte também sistematizam esse cuidado (PETROVA et al, 2010).

Dessa forma, percebe-se a necessidade de uma sistematização por parte dos profissionais de saúde que lidam com a assistência em CP, a fim de minimizar o forte impacto em termos de índice de mortalidade no país, oferecendo uma assistência articulada e organizada, nesse nível de atenção, a quem possa está em processo de finitude.

Outros estudos ainda corroboram sobre a necessidade de se planejar a prática dos cuidados paliativos, a fim de fornecer uma assistência adequada e que seja possível de ser implementada no contexto da atenção primária.

Estudo realizado na Escócia buscou identificar as principais questões relacionadas com os cuidados primários da equipe e à sua utilização, na exploração das experiências realizadas para tornar a assistência pactuada, através da tecnologia a fim de facilitar esse cuidado (HALL et al, 2012).

E por fim, observa-se que a assistência em CP no contexto da atenção primária à saúde, para que se torne uma realidade, deve seguir ou desenvolver tecnologias que favoreçam sua execução nesse tipo específico de assistência.

### 3.3 ASSISTÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS A PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A assistência em saúde envolve o ser humano em todas as fases de sua vida e entre estas, a fase do processo de envelhecimento faz parte do ciclo vital do ser humano, iniciando-se a partir do nascimento do indivíduo, até o momento que sua vida chega ao fim.

O envelhecimento da população presente na atualidade, em relação à população geral, segundo as projeções realizadas apontam para o aumento de 13,8% em 2020 para 33,7%, em 2060. Assim, o índice de pessoas de 60 anos ou mais de idade será maior que o grupo de crianças com até 14 anos de idade após 2030, o que evidencia que em 2055 a participação de idosos na população total será maior que a de crianças e jovens com até 29 anos de idade (IBGE, 2013)

Segundo estudo realizado em (2011), o número de idosos com necessidade de cuidados de longo prazo, frente ao crescimento do número de pessoas idosas nos próximos 30 anos, evidencia ainda, o aumento do número de pessoas idosas cometidas por condições crônicas de saúde.

E, mesmo havendo evidências de redução da proporção de idosos com debilidades, devido aos avanços na prevenção de doenças e melhorias técnicas no tratamento, algumas projeções para o Brasil, ressaltam que o número de pessoas sendo cuidadas por não familiares irá duplicar até 2020, e será cinco vezes maior em 2040, em comparação com 2008 (COX; DIOP; GRAGNOLATI, 2011).

Nessa perspectiva, o conjunto de necessidades crônicas e o crescente número de idosos indicam haver necessidade de uma assistência com maior enfoque nas situações de saúde. Aspecto este, que certamente envolverá cada vez mais, a articulação e qualificação dos profissionais de saúde, para assistir esse público.

Dessa forma, as condições de saúde envolvem diversas ações definidas conforme a necessidade de saúde das pessoas que se apresentam de forma a priorizarem ações e cuidados contínuos de saúde. Assim, com implementação de ações que possibilitam a continuidade do cuidado, evidencia-se uma atenção que envolva a assistência à saúde da pessoa idosa (MENDES, 2012).

A assistência voltada à saúde do idoso envolve a avaliação de diversos cenários, contudo na atenção primária, pode-se estabelecer uma relação entre o

cuidado continuado desses indivíduos a fim de possibilitar uma melhor qualidade de vida.

O Estatuto do Idoso garante a todo idoso brasileiro o direito a continuidade do cuidado, permitindo o acesso de qualidade, e a garantia da universalidade para esses indivíduos.

Infelizmente a literatura segundo as Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias (2013), apresenta uma realidade diferente, uma vez que apenas metade dos idosos avaliados costuma ter acesso a Atenção primária a saúde no contexto do Sistema único de Saúde. E, quanto à efetividade do primeiro contato dos idosos com os serviços, observa-se que apenas cerca de metade dos serviços acessados correspondem ao preconizado.

Embora o contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), no país, apresente-se em evolução, existe ainda a necessidade de melhorias significativas no acesso da população aos serviços de APS nas últimas décadas para os idosos. No entanto, apesar dos dados apontarem para melhorias nesse nível de atenção em saúde, ainda há muito a ser feito em relação à ampliação do acesso e a integração entre os serviços de saúde, envolvendo profissionais, usuários e família.

### 3.4 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS DA FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFREDSCHÜTZ

A filosofia de Alfred Schütz fundamenta-se na articulação entre uma intuição isolada a partir do descobrimento e a profundidade das pressuposições, através de uma estrutura de significação do mundo em um sentido comum, cujos limites, envolvem além da existência dos indivíduos, a transcendência diante da problemática que envolve as questões de vida dos seres humanos (SCHÜTZ, 2008).

Este mundo em sua enorme complexidade envolve o delineamento e exploração das razões essenciais frente à identificação de múltiplas relações através de diversos aspectos das atividades das relações que compõem o cotidiano das pessoas. Assim a filosofia de Schütz (2008), busca entender a realidade do mundo, ou seja, busca uma abordagem diante de uma fenomenologia como uma atitude natural. A compreensão da realidade eminente do sentido da vida comum é a chave para permitir entender as premissas desse autor. Embora, cada um de nós integre um mundo em curso de assuntos cotidianos cujo ser essencial, se pressupõe a sua maior parte, sabe-se que essas diversas preocupações e interesses especiais arraigados de modo permanentes caracterizam uma gama primordial da experiência.

Em estudo realizado por Espíndola (2012), buscou-se identificar o objetivo da fenomenologia de Schütz, através do estudo sobre os fatos e acontecimentos com base nos experimentos da consciência e nas ações de percepção nas quais, tenta se estabelecer significados mediante a construção do conhecimento. Dessa forma, percebe-se haver um esforço para o entendimento de como os indivíduos identificam os processos existentes na realidade; seja essa realidade uma interpretação individual, compreendida de forma isolada ou estereotipada por alguém ou algo.

Assim, a fenomenologia é representada pela existência de uma natureza anterior à própria inserção dos seres humanos. Nesse sentido, entende-se que desde os primórdios já existiam os hábitos, sendo a geração, muitas vezes recriada no auge da sensatez, na seguinte.

Segundo Espíndola (2012), a fenomenologia traz três tipos de relevância motivacional descritas por Schütz frente à situação de experiência: a primeira motivação é a eletiva, onde o indivíduo se sente livre para executar sua vontade; a segunda premissa trata-se da relevância motivacional em que o indivíduo precisa ter

conhecimento prévio dos elementos, para executar seu interesse, e a terceira relevância, a interpretacional, a qual interpreta a importância do conteúdo.

Segundo Jesus et al, (2013) o aporte teórico da fenomenologia detém de certa representatividade, uma vez que possibilita investigações através de experiências relacionadas aos seres humanos em diferentes cenários. A abordagem compreensiva vem sendo utilizada na área de estudos de enfermagem que visam compreender a prática profissional, e traz consigo a ideia de que Schütz, através da filosofia da experiência baseada na obra de Edmund Husserl, identificou o conceito do significado através de uma abordagem da interpretação das ações desenvolvidas.

A fenomenologia em Schütz, quando acompanhada pela subjetividade permitida por interpretações que a utilizam para compreender um determinado fenômeno, evidencia a compreensão da ação, dos sujeitos que se inserem em um contexto e a aplicabilidade da relação intersubjetiva, a fim de proporcionar uma fenomenologia transcendental (JESUS, et al 2013).

Através das ideias de Schütz, vê-se uma fenomenologia que se relaciona com o entendimento da vida diária, representado pelo mundo cotidiano, no qual são inseridas diversas expressões que indicam o mundo intersubjetivo, experimentado pelo homem dentro de Husserl denominado: atitude natural. Esse mundo existe desde os primórdios da história, e se dá de maneira organizada. Sendo pautado na essência das ações dos indivíduos e representa a resistência da ação, dentro de um mundo, que reflete sobre a essência da ação social (SCHÜTZ, 2008).

Os indivíduos entram em uma mútua relação ao tentar entender uns com os outros, e consigo mesmo. Essas estruturas da vida cotidiana são advertidas formalmente por um sentido comum. O sentido comum de ver o mundo e a forma como se atua e interpreta por meio de tipificações implícitas.

Segundo Castro (2012), a preocupação central de Schütz, está em descrever os processos sociais que ele compreende como a passagem entre mundo e espaço, identificando na ação social uma relação do espaço intersubjetivo propriamente dito, por meio do qual as condutas são reguladas.

Há um mundo social e existem relações semelhantes, onde os indivíduos podem estabelecer comunicação inteligivelmente uns com os outros. A estrutura da atitude natural e sua explicação dependem de um exame detalhado das condições, a priori, da possibilidade do mundo no sentido comum (CASTRO, 2012).

As relações intersubjetivas representam o reflexo das ações interativas (SCHÜTZ, 1979). Dessa forma, ao estabelecer uma interação em um ambiente de comunicação, existem pessoas que estão inseridas em uma cena social, não sendo possível ser uma pessoa se ela não se reconhece como uma, sendo assim quando o indivíduo se encontra com outros em um ambiente comum, isso permite a conexão intencional da própria consciência.

Assim, os sujeitos motivam-se mediante suas ações espirituais e psicológicas que permitem a eles estabelecerem relações uns com os outros. A fenomenologia Social de Schütz (1979), possibilita a compreensão diante de um contexto onde a relação dos profissionais em equipe, referente ao processo de trabalho possibilita a interação e intersubjetividade entre as relações sociais por eles estabelecidas.

Nesse sentido, existe uma compreensão subjetiva genuína, correspondente aos atos de explicação desempenhados pelos atores sociais, podendo ser destinados a estudos que envolvam as relações sociais, interações, meios sociais e comunicação.

Com base no entendimento que os autores apresentam nessa obra, existe uma compressão para subsidiar a construção de estudos que possibilitam a compreensão de significados, e traz uma forma de se compreender estudos que envolvam relações sociais.

Para Schutz, primeiro é necessário se estudar a “compreensão genuína”, para identificar a ação inicial estabelecida pelos atores participantes da cena social, identificando a ação sem nenhuma intenção de comunicação, e, posteriormente, observar o comportamento postural inicial do autor da cena social para em seguida inferir algum tipo de interpretação (SCHÜTZ, 1979).

Na reciprocidade de perspectivas existe uma “atitude natural” do pensamento referente ao senso comum cotidiano, tendo como pressuposto o fato de que existem pessoas inteligentes. Isso implica que os objetos do mundo são em princípio acessíveis conhecimento individual, ou seja, ou podem ser conhecidos ou passíveis de virem a ser conhecidos. Isso pressupõe que um mesmo objeto pode significar alguma coisa para uma pessoa e outra coisa diferente para outra. Isso acontece porque o pensamento do senso comum supera as diferentes perspectivas individuais que resultam em fatores (SCHÜTZ, 1979).

O estudo em questão utiliza a fenomenologia de Alfred Schütz como proposta para interpretar o significado da assistência em cuidados paliativos à pessoa idosa

na atenção primária à saúde através de uma ciência social compreensiva. O cotidiano dos indivíduos ocupa uma expressão intersubjetiva dos sujeitos, pois compartilham intersubjetivamente as relações que estabelecem uns com os outros em um determinado espaço ou tempo (SCHÜTZ, 2008).

A fenomenologia sociológica compreensiva de Alfred Schütz (2008) tem por base a realidade cognitiva, na qual o autor buscou identificar nos processos e experiências humanas subjetivas, a filosofia do homem através de uma percepção vital, onde suas vivências são capazes de serem explicadas de forma científica.

## 4 CAMINHO METODOLÓGICO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. É descritivo por descrever características de um fenômeno e exploratório, pois a intuição do explorador apresenta intuição frente à exploração (GIL, 2008). Nesse sentido, o estudo refere-se ao significado dos cuidados paliativos para os profissionais de saúde diante da pessoa idosa.

A pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em um lugar da produção de medidas quantitativas ou de comportamento. Tem objetivo revelar convicções dos entrevistados comum da etnografia, observação participante, pesquisa-ação, e aos vários tipos de pesquisa qualitativa (MINAYO, 2008).

### 4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O Cenário dessa pesquisa foi constituído de três Unidades de Saúde da Família existentes no bairro de Felipe Camarão: a Unidade Mista de Saúde de Felipe Camarão I, a Unidade Básica de Saúde da Família II, a Unidade Básica de Saúde da Família III, e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), do Distrito Sanitário Oeste no município de Natal/RN.

A escolha por essas três Unidades, aconteceu pelo fato de se localizarem em um Bairro antigo, com existência em torno de 40 anos e, apresentar parte significativa de sua população envelhecida, pois, as maiorias emigraram da região rural do Estado e contribuíram para a fundação do bairro.

A Unidade Mista de Saúde de Felipe Camarão I (UMSFC) constitui-se de um espaço no qual, oferece assistência odontológica e de outros profissionais, além da assistência médica permanente. Dispõe de unidades de internação, e realiza atendimento de urgência e emergência, atendimento ao parto humanizado e atendimento em atenção básica e integral à saúde, de maneira programada ou não, estando todas as ações sob a mesma administração.

Quanto às instalações físicas é subdividida em quatro espaços: ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência, serviços de apoio. O primeiro é formado por seis consultórios médicos de clínica básica, três consultórios não médicos, sala de curativo, de enfermagem e de imunização; o segundo inclui a parte hospitalar, conta com salas de parto e alojamento conjunto, o terceiro, é o espaço de urgência e emergência, e o quarto espaço, diz respeito à central de esterilização de materiais, farmácia, lavanderia, central de nutrição e dietética (BRASIL, 2015).

Na UMSFC I funcionam três equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), com saúde bucal, sendo três cirurgiões dentistas, três médicos e três enfermeiros. Funciona ainda uma equipe de ESF sem saúde bucal, contando apenas com um médico e um enfermeiro. Contabilizando um total de onze profissionais de nível superior que compõem as equipes.

A Unidade Básica de Saúde da Família II constitui-se de uma unidade que oferece serviços no nível de atenção primária, e oferece os serviços no programa de saúde da mulher, crescimento e desenvolvimento da criança (CD), e atendimento ao Hipertenso e Diabético (HiperDia); oferece também, acompanhamento de grupo de idosos, com atividades de prevenção e promoção da saúde, pelos profissionais das equipes.

O espaço físico conta com sala de espera, copa, quatro consultórios médicos e de enfermagem, sala para curativo, sala de vacina entre outros espaços. Na Unidade Básica de Saúde da Família III, funciona com quatro equipes da ESF com saúde bucal, sendo dois cirurgiões dentistas, dois médicos e dois enfermeiros. Sendo que, duas dessas quatro equipes da ESF, não possui saúde bucal, contando com dois médicos e dois enfermeiros. No total, incluídos dentistas, três médicos, e quatro enfermeiros, contabilizando um total de nove profissionais de nível superior que compõem as equipes existentes (BRASIL, 2015).

O seu espaço físico, encontra-se localizada em uma casa de porte pequeno, do bairro, adaptada com pequenas reformas para seu funcionamento e, consta de corredor estreito, utilizado como sala de espera e atendimento de Triagem, um consultório odontológico, quatro consultórios médicos e de enfermagem, copa, sala de curativo, sala de vacina, e arquivo, e um pequeno espaço na entrada destinado a plantação de árvore, que serve como local de espera; observa-se a ausência de um espaço para atividades de educação em saúde.

O (NASF) atual no Distrito Oeste, há quatro anos e presta assistência e apoio as dez equipes das Unidades de Saúde desse Distrito Sanitário, a saber: As três

Unidades do Bairro de Felipe Camarão e também a, Nazaré, Monte Líbano, Bom Pastor, Guarapes, Cidade Nova, Nova Cidade, Bom pastor, Bairro Nordeste, e a do km 6 e Esperança. Fazem parte da equipe do NASF, seis profissionais de saúde, entre eles, nutricionista, psicóloga, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta e educador físico.

#### 4.3 PARTICIPANTES

O número de participantes definido correspondeu ao total de profissionais de nível superior que compunham as equipes das três Unidades de Saúde da Família de Felipe Camarão e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Distrito Oeste, e que no momento de realização deste estudo, incluiu 29 profissionais. Porém, destes, obteve-se um total de 25 participantes e, os outros quatro não participantes, devido estarem de férias e, outros dois, que não possuíam ainda, um ano de trabalho na ESF, com apenas seis meses no desempenho de atividades na Atenção Primária, não atendendo aos critérios preestabelecidos.

Para manter o sigilo dos participantes, na análise dos dados, utilizaram-se pseudônimos com nomes de flores, pois assim como as flores, que precisam ser cuidadas e regadas para ficarem bonitas, os profissionais devem ser percebidos e estimulados para florescerem.

Os critérios de inclusão e exclusão definidos foram:

Critérios de Inclusão: - ser profissional de saúde, ter formação de nível superior, pertencer a uma das três Unidades Básicas de Saúde da Família de Felipe Camarão (UBSF I, II, III) ou ser da Equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF);

Critérios de Exclusão:- Ter menos de um ano como profissional da (ESF), está de licença ou em férias da instituição.

#### 4.4 PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Fez-se um primeiro contato pessoal junto a Secretaria de Saúde do Município de Natal, com o objetivo de obter-se do Gestor Municipal, autorização escrita, através de uma Carta de Anuência (Anexo-A), para a realização da pesquisa nas Unidades de Saúde da Família nominadas.

Após esse contato e, em mãos da Carta de Anuência, anexou-se aos documentos exigidos pelo Protocolo de Pesquisa da Plataforma Brasil, juntamente com a cópia completa do Projeto e enviamos ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRN.

Após resultado de análise dessa documentação exigida, e parecer favorável à sua realização, iniciaram-se propriamente as etapas referentes aos procedimentos de coleta de dados.

Realizou-se um primeiro contato com todos os Diretores das USF, e de porte de uma cópia da carta de aceite, assim como do Projeto de Pesquisa, comunicando-lhes do estudo a serem desenvolvidos, seus objetivos e importância, ressaltando a autorização da Carta de Anuência.

Em algumas Unidades, foi possível participar de uma reunião administrativa e fazer a comunicação da pesquisa de forma mais oficial, junto a todos os profissionais, momento no qual, se ressaltou as principais informações sobre a pesquisa e, ao mesmo tempo, efetivavam-se os convites aos profissionais presentes, para participarem.

Logo após esse momento, alguns profissionais se anteciparam e agendaram possíveis datas para realização das entrevistas. Em geral, um ou dois no máximo, se anteciparam nesse agendamento. Contudo, na maioria das vezes, o convite aconteceu de fato, nos contatos posteriores de forma mais natural, nos setores de trabalho de cada um deles. A entrevista propriamente dita foi efetivada após o planejamento prévio e, a critério da disponibilidade do participante.

A fala é um símbolo, e é reveladora de outros símbolos, valores, condições sociais. Dessa forma, foi utilizada a entrevista semiestruturada que combina perguntas fechadas e abertas (MINAYO, 2008). Na pesquisa qualitativa o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

Foi elaborado um questionário semi-estruturado (APÊNDICE-C), composto por duas partes, na primeira com informações sociodemográficas com características pessoais e profissionais dos participantes como: sexo, idade, renda, situação conjugal, tipo de profissão, se possuía capacitação ou pós-graduação entre outras informações profissionais.

A caracterização realizada na primeira parte teve o intuito de descrever as características dos participantes; na segunda parte, utilizou-se algumas perguntas abertas sobre o significado da assistência em cuidados paliativos realizados a pessoa idosa na atenção primária à saúde, a fim de obter-se a compreensão do significado da temática para os participantes.

As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho dos profissionais, com horário e ambiente disponibilizado e planejado de acordo com o aval de cada Unidade, sem que os prejudicassem em seu processo de trabalho. Em geral, não havia um local fixo; ora realizado em sala para reunião na própria Unidade de Saúde, ora no consultório da equipe (quando vazio) ou ainda, fora do local de trabalho, quando solicitado pelo participante.

Sempre ao iniciar cada entrevista, a pesquisadora explicava rapidamente o tema e sua importância no contexto da atenção primária à saúde, ocasião em que reforçou a contribuição do participante de forma individual na pesquisa. A seguir, o TCLE era apresentado, através de leitura pausada e explicativa, e da necessidade de assinatura do participante, como prova de seu consentimento.

Na sequência, antes de iniciar a entrevista propriamente dita, explicava-se rapidamente sobre os instrumentos a serem usados (roteiro de questões e o questionário); Nesse momento, solicitava-se também a autorização para a gravação de voz. E, iniciava-se a entrevista, sempre de forma pausada, questão por questão, sempre se questionando a presença de dúvidas e, retornando a questão quando necessário.

Portanto, as entrevistas foram registradas através de aparelho eletrônico mp4, mediante a autorização escrita dos participantes. Ao final da entrevista se agradecia a cada participante, ressaltando-se a disponibilidade para quaisquer esclarecimentos caso o participante desejasse.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para concretização desta pesquisa, obteve-se parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sob nº do CAE: 43895815.4.0000.5537 conforme recomenda a Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, a qual trata da pesquisa com seres humanos. Assim, para convidar os sujeitos da pesquisa foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aplicado pela pesquisadora, documento escrito e obrigatório para toda e qualquer pesquisa junto a seres humanos.

Por ocasião da entrevista, o TCLE foi devidamente lido, com explicação sobre características do estudo, seus objetivos e finalidades, e, após aceitação por parte do entrevistado, ressaltando-se que sua identidade seria preservada. O referido termo foi assinado pelos participantes, que souberam que poderiam ser desvinculados da pesquisa a qualquer momento haja vista sua participação ser voluntária.

#### 4.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Foi utilizado o método de análise de Strauss e Corbin (2008), para pesquisa qualitativa. Optou-se por essa análise, pois ela possibilita emergir a experiência dos participantes, e conseguir descobrir, o quê, e como estão sendo suas vivências. Nesse sentido, buscou-se compreender o significado das experiências no mundo dos participantes, mecanismo no qual permitiu ao pesquisador desenvolver novos conhecimentos com as características e propriedades do fenômeno em estudo. (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Foram utilizadas apenas as etapas de codificação aberta e codificação axial. Na codificação aberta, representada na primeira etapa do processo de análise dos dados, realizou-se de forma manual, através de leituras das transcrições das entrevistas. A codificação foi realizada linha por linha, na qual foram geradas frases que expressaram a natureza das ideias e pensamentos dos depoentes.

Nesse processo foi necessária uma leitura atenta, a partir das frases ou palavras, em que se analisou o comportamento dos depoentes, gestos, ou qualquer atitude em que o pesquisador esteve atento para examinar e refletir. Nessa etapa, dados e pesquisador se aproximam em uma atitude que possibilitou a percepção dos dados brutos em expressões, formando códigos preliminares (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A codificação axial consiste em um procedimento que possibilita o surgimento de combinações a fim de formar as subcategorias, através do delineamento de conexões (STRAUSS; CORBIN, 2008). Nessa etapa surgiram as combinações do pensamento dos participantes, que permitem que as subcategorias surjam, emergindo a representatividade da categoria final.

Dessa forma após as entrevistas, e após as adaptações realizadas nos procedimentos de codificação aberta e codificação axial as falas foram analisadas, e formaram-se as subcategorias que permitiram a construção de uma categoria definida como principal.

A categoria central, abstraída de modo a evidenciar a experiência vivenciada pelos entrevistados foi interpretada a partir do referencial teórico da fenomenologia social de Alfred Schütz.

## 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados conforme a sequência utilizada, quando do levantamento das informações na entrevista semiestruturada; inicialmente, apresentar-se-ão as características pessoais e profissionais dos participantes, no que diz respeito aos aspectos relacionados à idade, sexo, estado civil, números de filhos, renda, escolaridade e formação profissional, cursos de capacitação, pós-graduação, vínculos e cargos e/ou função, que foram levantados na primeira parte da entrevista, conforme o questionário utilizado.

Após essa, apresentação inicial, seguem-se os resultados relacionados à segunda parte, do roteiro da entrevista com questões abertas sobre os significados e as experiências em cuidados paliativos, descritos pelos profissionais entrevistados. Informações estas submetidas à análise de alguns passos do método da Teoria fundamentada nos dados, e que foram evidenciadas a partir das seguintes categorias originárias:

- 1- Valorização dos profissionais de saúde a pessoa idosa em cuidados paliativos*
- 2- Comportamento dos profissionais de saúde frente à assistência em cuidados paliativos na atenção primária*
- 3- Significado desarticulado entre cuidados paliativos e profissionais de saúde,* categorias estas, analisadas com suporte da fenomenologia de Alfred Schütz, conforme descrito na metodologia

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Na caracterização dos participantes e aspectos profissionais relacionados, observou-se que dos 25 participantes do estudo, 21 são do sexo feminino e apenas 4 do sexo masculino.

Um estudo evidenciou a prevalência de mulheres em cursos da área da saúde. Com exceção das profissões como: educação física e a medicina, e em geral os cursos da área da saúde como serviço social, terapia ocupacional, nutrição e enfermagem as mulheres representam mais de 90% dos estudantes (POZ, PERANTONI, GIRARDI, 2012).

A afirmação citada corrobora com o estudo em questão, pois se evidenciou a participação de 21 mulheres, entre elas, enfermeiras, dentistas, psicóloga, nutricionista e apenas quatro do sexo masculino, sendo três médicos e um dentista.

Quanto à idade dos participantes, foi possível identificar que a maioria dos profissionais apresentaram idades mais elevadas variando entre 46 e 64 anos, essa descrição identifica um perfil de profissionais com maior tempo de formação e com uma vasta experiência no contexto da atenção primária. Esse aspecto é importante, por demonstrar que o maior tempo de atuação é na atenção primária, vivência esta que os levam a adquirir o conhecimento a partir da prática, mas, que também deve ser aprimorado em sua forma teórica (GOMES et al, 2012).

Entre os profissionais entrevistados, 15 relataram ter cursos de pós-graduação em nível *lato sensu* de especialização ou residência profissional, e apenas 2 deles, possuíam cursos de pós-graduação em nível *stricto* (mestrado ou doutorado), e 8 não possuíam nenhum curso de pós-graduação.

Sobre a educação permanente desses profissionais, observa-se está vinculada ao maior interesse de pós-graduações em nível *lato sensu* e, em geral relacionada a necessidade de complementação da formação profissional, pois a maioria deles apresentou preferência pela especialização e residência profissional.

Tais resultados talvez estejam relacionados, com o fato do ensino médico tradicional, ainda apresentar uma forte dissociação entre a teoria e a prática, essa problemática evidencia a fragmentação do conhecimento e a limitação diante do aprendizado compactado (GOMES et al, 2012).

Ainda com relação a educação permanente, quando indagados sobre a realização de cursos de curta duração como os de capacitação, 14 dos participantes relataram não possuir nenhum curso dessa natureza, e dos 11 que possuem, 4 foi por interesse próprio, e outros 7 foi por incentivo da gestão.

Observa-se ser a educação contínua de qualquer profissional, como uma necessidade constante ao longo da vida profissional. No setor saúde, a gestão deve estar baseada na qualidade, e isso envolve apoio a tecnologias que possam propiciar aos profissionais de saúde qualificação a fim de instrumentalizar a atenção primária a fim de valorizar os profissionais e melhorar a assistência à saúde (SAVASSI, 2012).

## VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE A PESSOA IDOSA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Para a análise dos resultados, foi utilizada após aplicação da análise com base na codificação aberta e axial propostas por Strauss e Corbin (2008) o que permitiu ao seu final, a construção da categoria de significado, que se propôs através das subcategorias: 1- *Reconhecimento do significado dos Cuidados Paliativos*, 2- *Dificuldade diante do sofrimento de quem estar morrendo*, 3- *Percepção de assistir a família no processo-morrer* e 4- *A subjetividade de compreender-se humano para assistir ao paciente em processo de finitude*. (Figura 1)

### CATEGORIA DE SIGNIFICADO

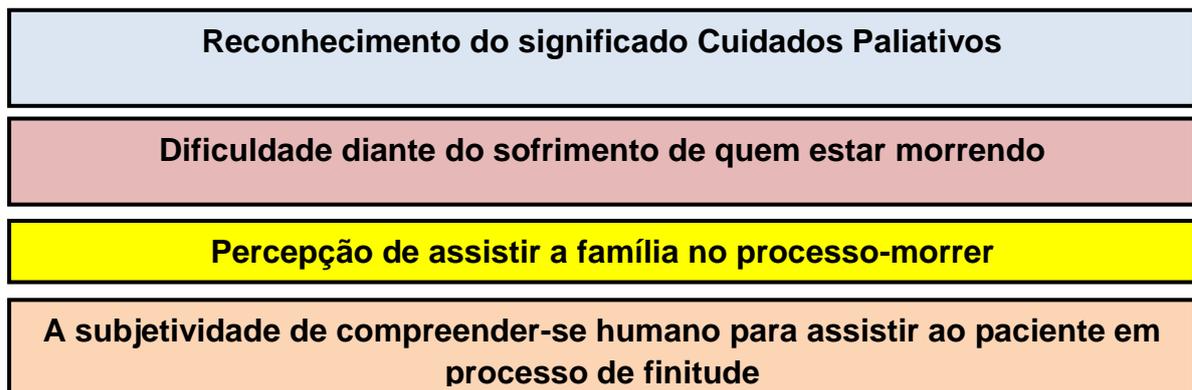


Figura 1- Elaborado pela autora, 2015.

### Reconhecimento do significado dos Cuidados Paliativos

Esta categoria de significado, vinculada a categoria sobre valorização dos profissionais de saúde a pessoa idosa em cuidados paliativos, traz consigo, o simbolismo mediante o significado interpretado pelos profissionais de saúde respaldados diante do reconhecimento pessoal que determinada situação tem para cada indivíduo.

Para Schütz (2008), existe uma particularidade diante do comportamento social que se faz na atitude de cada sujeito que compõe um grupo maior, sendo assim a filosofia das ciências sociais contribui para a sistematização de um entendimento do significado da vida no mundo social.

Nesse sentido, a filosofia dos cuidados paliativos, consiste em um tipo de abordagem cujo principal objetivo está em propiciar a qualidade de vida dos indivíduos que necessitam de cuidados mais específicos, a ele e a família. Dessa forma, devem ser realizadas atividades que possam minimizar o sofrimento, sendo necessárias atividades preventivas, avaliação do processo saúde-doença, identificação precoce dos fatores físicos, psicológicos e espirituais (SILVA; PEREIRA; MUSSI, 2015).

No contexto deste estudo, ao serem questionados sobre o significado dos cuidados paliativos, os profissionais de saúde, relatavam de forma bem individual seu entendimento diante desse processo.

*Eu entendo que cuidados paliativos, são aqueles cuidados que você tem quando o paciente chega à determinada patologia no qual você vai aliviar o sofrimento tentando fazer com que ele tenha qualidade de vida, porém você não vai levar a cura do paciente. (Margarida Enfermeira)*

*Cuidados paliativos são aqueles cuidados que são oferecidos ao paciente naquele estágio que não teria mais muito que a medicina fazer. Seria mais para tornar aquele final, aquela vida que ainda resta um pouco menos sofrida, digamos assim. (Gérbera Médico)*

*Ao meu entender cuidados paliativos, seriam aqueles que a gente pode amenizar alguns sintomas e sinais da doença. No caso da odontologia seria a parte da prevenção, cuidados que a gente deve mostrar para o paciente em caso de ele ter uma higiene oral ruim. No caso de um cuidado paliativo que eu acho essencial, principalmente para os acamados, seria no caso daquela doença periodontal, em que os dentes ficam muito amolecidos então para evitar que o paciente engula algum dente desse e venha a sofrer um dano maior, seria o caso de a gente fazer essa exodontia na própria cama do paciente. (Madiba Dentista)*

*Cuidados Paliativos são aqueles cuidados naqueles pacientes que estão em estado crítico ou terminal, que infelizmente não são mais para curar a doença que ele tem mais que dá para melhorar a qualidade de vida dele enquanto ele ainda estiver em vida. (Dália Enfermeira)*

*Veja bem, eu sempre gosto de ir à genealogia da palavra, porque fica mais claro, a palavra paliativa me remete a ideia de aliviar, minorar, dar certo conforto para alguém que está em uma situação difícil. (Celósia Dentista)*

Castro et al (2012), traz que a reflexão resultante da teoria de Schütz sobre as ‘reservas de experiências’, sobre o comportamento das pessoas, reflete o contexto no qual os conhecimentos sociais são construídos, seja de forma empírica, ou através de saberes teóricos, e considera até mesmo os afetivos.

Assim, é possível identificar nas falas dos participantes que o conhecimento diante da problemática dos CP, é construído de diversas formas. A sua interpretação evidencia o constructo de Schütz (2008), mediante o relato que os profissionais apresentaram nas falas a seguir:

O sentido atribuído pelos participantes sobre o significado dos cuidados paliativos corrobora com os dados registrados no preenchimento da caracterização profissional em que se identificou que onze profissionais não tinham capacitação nessa área de atuação, nos últimos dez anos.

Por outro lado, a caracterização dos profissionais demonstra que o tempo de formação dos participantes varia entre quinze e vinte anos de formados, diante do tempo destinado à atenção primária os faz valorizar a temática dos cuidados paliativos. Tendo em vista que conseguem formular uma resposta, com base nas experiências individuais do contexto de trabalho.

*É mais a questão de quando a gente não tem mais como promover a cura do paciente, então a gente deve cuidar para que o paciente tenha algum conforto, e que não sofra muito, no que seriam os momentos finais do processo de doença. (Crisântemo Enfermeira)*

*Cuidados paliativos seriam aqueles que a gente presta ao paciente nos seus dias finais, assim, o termo que a gente usa terminal, paciente terminal, mais na verdade a gente não sabe da terminalidade daquele paciente. É trazer um melhor conforto, uma qualidade de vida para aquela pessoa, mesmo sabendo que não tem mais jeito, mais tenta trazer um conforto para os últimos dias dele. (Deleite duplo Médico)*

*Cuidados Paliativos para mim são cuidados onde nós prestamos ao paciente onde nós não temos mais uma alternativa terapêutica curativa. São cuidados que visam diminuir o sofrimento tanto físico como psíquico, do paciente e de sua família nesse processo de terminalidade. (Querida Médica)*

Os cuidados paliativos originaram-se em sua essência para assistir aos pacientes vitimados por doenças oncológicas, em estágio avançado, que causasse sintomas físicos intensos, que abalasse tanto o físico do indivíduo como o emocional e espiritual. Cuidados destinados a pessoas reconhecidos pela medicina, como sem possibilidade de cura, mais que poderiam ser cuidados mediante o objetivo de se proporcionar conforto e dignidade no processo-morrer (SILVA; PEREIRA; MUSSI, 2015).

*Cuidados Paliativos é isso, você ver um paciente que a chance de sobrevida é muito menor que a de vida. E dar um melhor conforto aquela pessoa que vai a óbito a qualquer momento, é confortar a família. (Cravina Médico)*

*São os cuidados que a gente dá à pessoa no fim da vida, quando ele completa o ciclo de vida dele. A um idoso que já estar enfrentando problemas de saúde, ou aquele idoso muito idoso, que já estar completando seu ciclo de vida, aí a gente faz os cuidados paliativos. (Chuva de Prata Enfermeira)*

*São aqueles cuidados que eu vou fazer onde eu possa melhorar a qualidade de vida na finitude da doença que o paciente esteja acometido, não só a ele, mais na sua família, no coletivo e na sociedade. Eu posso até exemplificar, se eu tenho uma paciente em fase terminal de neoplasia de mama, o que eu posso fazer para melhorar a autoestima dessa mulher? É um cuidado paliativo. O que eu posso fazer de cuidado paliativo para melhorar a dor dessa mulher? Quantos analgésicos ela pode tomar? Isso são cuidados paliativos... O que é que eu posso fazer para trazer qualidade de vida até os dias finais de vida dessa usuária? O que eu posso fazer são cuidados paliativos.*

*[...] Cuidado paliativo para mim é isso, o que é que eu posso fazer? Sem muita tecnologia de ponta, eu não vou precisar de aparelho de tomografia, de ressonância, eu vou precisar dessa capacidade, ter uma escuta qualificada, na visita domiciliar, saber tirar da li o meu planejamento para melhorar essa qualidade de vida. Quando eu falo em cuidados paliativos muitas vezes na atenção primária, ele não necessariamente precisa ser só para paciente que está em finitude. Eu posso ter cuidados paliativos para pacientes que não tem uma doença em estado terminal, eu posso chegar a uma casa onde eu tenho uma paciente idosa, acamada, onde ela é arrimo de família de todo mundo, então tem um cuidador, e eu vou ter que ter cuidado paliativo com a qualidade de vida dessa idosa, muitas vezes as pessoas acham que na atenção primária os cuidados paliativos são apenas para paciente em finitude, e eu vejo os cuidados paliativos nessa abrangência, nessa lógica maior. (Ameixa Aromática Enfermeira)*

Assim, o pensamento que é atribuído ao cuidado a fim de propiciar uma “boa morte”, relaciona-se aos princípios filosóficos dos cuidados paliativos em proporcionar solidariedade e respeito diante da autonomia no processo terapêutico diante dos problemas vivenciados por esses indivíduos, dependentes desse cuidado. Valorizam-se as relações mútuas intersubjetivas entre quem fornece e os que recebem os cuidados (SILVA; PEREIRA; MUSSI, 2015).

Vê-se que o entendimento dos profissionais da saúde diante do processo de finitude é fundamental, tendo em vista que permite o reconhecimento do ser humano que faz parte desse processo, esse reconhecimento enfatiza a valorização atribuída por esses profissionais. Sendo assim, a construção desse entendimento possibilita a compreensão da doença para o paciente que se ver em uma situação de

enfrentamento e aceitação, para tanto precisa ser auxiliado por um profissional capaz de compartilhar esse enfrentamento (VASQUES, et al 2014).

*Cuidados paliativos no idoso têm que ver a própria senilidade do paciente na velhice, todas as limitações, as fragilidades decorrentes da sua condição física e até mental. A parte de motricidade, a questão da acuidade visual, auditiva, a questão da memória, tudo isso requer um cuidado que requer mais atenção, mais delicadeza, um olhar para aquele ser humano que já trabalhou tanto, e que se doou tanto pela família, e que naquele momento, muitas vezes era o chefe da família, e hoje precisa de cuidado muitas vezes igual ao de uma criança. (Alteza Real Enfermeira)*

*É o cuidado que a equipe de saúde tem que ter com o usuário que está na maioria das vezes, em uma situação que você precisa dar o maior conforto possível para ele dentro do quadro que ele estar. Se for um câncer, por exemplo, na fase terminal, assim, a cura não vai ter mais, mais você tem que optar dentro do que você trabalha em dar a melhor condição de qualidade de vida possível para ele naquele período. E no caso das pessoas que não estão nesse quadro, é a prevenção para que não chegue a necessitar do cuidado paliativo. São as pessoas com doenças crônicas, mais que já não estão ainda vivenciando o processo de finitude. (Espírito da Paz Médico)*

Identificou-se também em outras falas de menor proporção, que alguns dos entrevistados, não percebem a importância da continuidade do cuidado ao se falar em cuidados paliativos, talvez porque ainda considerem os cuidados paliativos como cuidados momentâneos. Senão vejamos:

*O que eu entendo. Cuidados Paliativos é um cuidado momentâneo, cuidado que você vai prestar aquele paciente naquele momento, para aliviar uma dor, um tratamento de choque, é uma ação que você vai prestar ao paciente naquele momento, ou de acordo com a situação que ele estar vivendo. Não só em relação à dor em relação ao procedimento, em relação ao cuidado, que é naquele momento, não é uma coisa continua que depois você vai ter um tratamento prolongado com mais dias, diferenciando a forma do tratamento. Paliativo já estar dizendo, é uma coisa paliativa, é uma coisa momentânea. (Toque de Classe)*

Nesse sentido, os CP devem ser oferecidos aos pacientes de forma contínua, após o diagnóstico de uma patologia crônica e progressiva. Nesse sentido, os cuidados ao fim da vida, permitem uma assistência durante o processo de finitude do paciente, até sua morte (BURLÁ; PY, 2014).

Ao falar de estruturas de pertinência, Schütz (2008), infere o comportamento dos indivíduos ao se organizarem nas situações cotidianas da vida. Dessa forma, faz uma conexão entre as estruturas de pertinência que são as vivências atuais e as reservas de experiência, que são as vivências passadas. Essas vivências são elaboradas ou desfeitas posteriormente, em um processo denominado de intersubjetividade.

Ao pleitear a ideia da necessidade de superação de um paradigma de acreditar que o conhecimento deve estar fundado em estados de experiências pessoais não se estabelecendo uma relação direta entre esses estados de conhecimento para algo além deles. O solipsismo, portanto, estaria representado pelo ceticismo diante do passado dos indivíduos, de modo que só o presente é o que importa (SCHÜTZ, 2008).

Dessa forma, mediante o tempo de experiência que a maioria dos profissionais apresentou nos dados sóciodemográficas, ressaltou-se que os profissionais acabam desenvolvendo uma valorização diante da assistência em cuidados paliativos, essa assistência envolve cuidados e vivência em cuidados a pessoa idosa.

A valorização desse cuidado envolve o reconhecimento dos profissionais diante do significado dos cuidados paliativos e o entendimento da essência, dessa modalidade de cuidado. Assim, os profissionais de saúde podem interagir entre eles, com os pacientes e com a família, a fim de propiciar novas interações para propiciar a relevância diante do significado que essa assistência tem para a saúde.

### **Dificuldade diante do sofrimento de quem está morrendo**

A subcategoria a seguir, refere-se às dificuldades dos profissionais diante do sofrimento de quem está morrendo. Através das falas dos participantes, percebeu-se que o simbolismo da modernidade se faz presente na concepção de alguns profissionais. O comportamento humano arraigado na valorização e no controle da morte faz do processo de finitude um desafio diário vivenciado pelos profissionais de saúde, que fazem parte desse contexto.

Alguns estudos apresentam em seus resultados, os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde, no processo que envolve a finitude de pacientes

críticos. Circunstâncias nas quais, evidencia-se uma assistência frente a esses profissionais que consiste num processo difícil, pela necessidade destes profissionais reconhecerem em um processo de trabalho que depende também da atuação conjunta de todos os profissionais da equipe de saúde, para assistir os CP (ALVES et al, 2015).

Mediante as falas dos profissionais, diante das experiências no pacientes idosos em cuidados paliativos, relatam não ser um processo fácil, embora constante no seu contexto diário de trabalho.

*Sim, a pacientes diabéticos, amputados... E olha não é uma coisa muito boa! Pacientes portadores de câncer também é terrível porque você lida com o paciente e você lida com a família do paciente, você tem que dar apoio a quem estar sofrendo e quem estar sofrendo pela perda eminente. (Virgem Enfermeira)*

*Já tive mais de uma, eu já tive na verdade várias. Infelizmente a gente trabalha em uma comunidade pobre em na maioria das vezes, as condições são precárias, e esse paciente que eu vou falar agora especificadamente, era um paciente que tinha Alzheimer em uma fase assim bem tardia, além do Alzheimer ele tinha outras comorbidades como: diabetes, hipertensão, era sequelado de AVC, então a família não aceitava que ele fosse internado, porque entendia que ele estava realmente no final e que não seria justo ele morrer no hospital. E optou que ele morresse em casa. Então literalmente a família ficou o vendo morrer de fome, porque ele não conseguia mais deglutir, então não havia mais como, apesar de eu ter ficado presente nessa situação, então o paciente ficou esperando à hora de morrer, então a gente saiu de lá muito triste, achando que no dia seguinte o paciente não ia estar mais. E realmente aconteceu. Então o paciente literalmente morreu desidratado e de fome, porque não conseguia deglutir mais e a família não aceitava que ele fosse morrer no hospital. Na verdade nas condições que ele se encontrava não tinha como, assim era irreversível, e ele já era bem idoso, então foi um caso bem chocante (Yasmin Nutricionista)*

Para Schütz (2008), as estruturas de pertinência, referem-se às condições que os indivíduos têm diante das performances sociais. Essas, podem se caracterizarem de forma temática, interpretativa ou motivacional, de acordo com a forma como são reproduzidas em relação a uma determinada situação que se vivencia.

No relato a seguir, percebe-se o desempenho emocional que para Schütz corresponde a uma forma de reagir a uma situação imposta pelo meio social, e a reação faz parte da interação vivenciada.

*A doença do meu pai, ele faleceu com um tumor primário de cabeça e pescoço. [...] Minha primeira experiência com a oncologia assim próxima. Eu já tinha acompanhado outros pacientes de oncologia não só na atenção primária mais como no Hospital. Eu também trabalho na área hospitalar, já perdi muitos pacientes, pacientes jovens que lutam por uma causa, e é fechado um diagnóstico de tumor. E no domicílio foi com meu pai, essa a experiência mais próxima que eu tenho. Onde meu pai teve que ficar em uso de sonda nasoenteral, ele tinha que tomar vários tipos de analgésicos, como medida paliativa, eu ligava para o médico, a morfina, e ia aumentando a dosagem gradativamente de acordo com a prescrição médica. Tinha que tomar medicações injetáveis. Tinha que fazer banho no leito tinha que dar banho no banheiro. Foi a primeira vez que vi meu pai nu, e você acaba passando por essas experiências, quando você ver, você tem que respeitar todo o pudor, a cultura. O que me marcou mais foi isso. Foi quando eu pedi para ele lavar a parte íntima, e ele lavou o azulejo, já tão duro da morfina, ele já não sabia mais articular as coisas. Aí eu tinha que lavar a parte íntima dele, foi quando eu vi que ele não conseguia mais se limpar, e quando se limpava, ficava com a mão toda melada de fezes. Então é um cuidado que a gente vai ter juntado com a família. Então, eu, meus irmãos, minha mãe tivemos que se dedicar fazer uma escala de revezamento, se não ia ficar tudo encima de mim, porque eu era a única mulher, e enfermeira, então a gente teve todo o cuidado. E assim uma coisa que eu digo sempre para meus usuários quando eu tenho uma oportunidade de estar acompanhando, é que eu não precisei me afastar das minhas atividades profissionais. Você vai chegar ao meu trabalho, e não vai ver nenhum atestado porque eu estava cuidando do meu pai, eu sabia cuidar do meu pai e ter meu compromisso com o serviço público de saúde. Isso é raro, e ainda mais no serviço público. Fui muito criticada pelos colegas, eu não deixei de prestar assistência para meu pai, porque eu e minha família nos organizamos. Minha família me escutava muito. Tanto é que quando ele passou mal, eu disse para meus familiares, não é a UTI que vai trazer papai de volta. Vamos o deixar morrer dignamente do lado da gente. Isso é um cuidado paliativo, a gente tem que trabalhar a família para isso. (Íris Enfermeira)*

Segundo estudo realizado pelos autores Silva, Pereira e Mussi (2015) o suporte emocional é necessário e significa estimular a presença constante da família ao lado daquele que está morrendo, mesmo que seja um processo de adequação do contexto de trabalho dos profissionais de saúde.

### **Percepção de assistir a família no processo-morrer**

Outra subcategoria originária foi à percepção de assistir a família no processo-morrer, e nesse aspecto, o cuidado no domicílio envolve a percepção dos profissionais de saúde frente a essa assistência. Para que essa assistência tenha pertinência, deve-se lançar mão de estratégias que possam subsidiar a especificidade do cuidado, dessa forma, as ações de cuidado devem ser pactuadas junto à família.

O cuidar no domicílio envolve uma nova dinâmica de trabalho e de organização da própria família, incluindo uma corresponsabilização, nem sempre disponível junto aos familiares. Essas são algumas das dificuldades recorrentes postas pelos profissionais de saúde, uma vez que nem sempre os membros da família compartilham dessa assistência. Na maioria dos casos, os membros não colaboram para a prestação dos cuidados necessários.

*Outro caso que também me fez sofrer enquanto pessoa e enquanto profissional, era de um senhor que tinha Parkinson, e a agente de saúde que levou o caso para estratégia havia encontrado ele bastante desnutrido e com dificuldade de deglutir. Então fomos à equipe; a agente de saúde, a fisioterapeuta, assistente social e eu. Então quando chegamos lá, nós ficamos horrorizadas, primeiro a desnutrição existia, só que em 3º grau, segundo ele realmente estava com uma disfagia, mais não era uma disfagia grave, era uma disfagia que com estímulo ele poderia superar. E por terceiro elas disseram que ele só aceitava mingau. Então eu fui perguntar a ele, porque ele só aceitava mingau. Aí a esposa quis logo justificar. Então a agente de saúde falou: é não é por comodidade, elas o deitam e pegam como se estivesse alimentando até, sei lá o que, e vão derramando assim na boca dele para ele engolir rapidamente e diminuir o tempo de trabalho. Aí a fisioterapeuta pediu para sentá-lo, ele sentava, ficava firme na cadeira, ela até pode fazer exercícios nele. Aí elas não davam água, porque ele aspirava com dificuldade, dessa forma tinha o risco da pneumonia. Então eu disse, pois eu vou lhe ensinar. E ele tomou essa água com dificuldade, porque ele estava morto de cede. Então eu fui dando de colherinha, bem lentamente e ensinando todas as técnicas. (Tália Nutricionista)*

Na fala da nutricionista foi possível identificar que a atuação da família é essencial diante do cuidado no domicílio aos pacientes em situação crítica de saúde. Dessa forma, vê-se como fator determinante frente ao cuidado dos pacientes em cuidados paliativos uma atuação por parte dos profissionais de saúde que compõem tanto as equipes da ESF, como da equipe do Núcleo de apoio a Saúde da Família (NASF).

Esses profissionais acabam exercendo atividades de educação em saúde respaldadas em orientações essenciais para minimizar o progresso de algumas patologias e possibilitar qualidade de vida frente ao processo de finitude.

*[...] Outro caso foi de um senhor, que a filha dele não abria a porta para ninguém, certa? E inclusive não aceitava mais se quer que a agente de saúde fosse até a residência. E fomos à assistente social e eu para dar andamento. [...] E quando eu vi aquele indivíduo quase*

*morro, porque se tratava de um senhor de uma estatura relativamente alta, devia ser de 1,70 m de altura, e devia pesar no máximo 38 quilos. Então ele tinha muita dificuldade de audição, não conversava muito com a gente. Então ela veio com uma história que ele teve câncer há muito tempo atrás no Hospital e saiu com diagnóstico de câncer de estômago. E eu perguntei pelos exames, e ela disse que não tinha. Eu a questionei para qual tratamento ele havia sido encaminhado? E ela disse nenhum, o médico disse que fosse para casa e ficasse dando remédio para dor. Eu perguntei o que é que ele comia, ela respondeu: come tudo! O que botar na boca dele ele come. E eu perguntei pelos dentes porque ele estava se queixando de muitas dores de dentes. Já foi a unidade, a unidade viu o estado dele. E viu que só dava para ser atendido em nível da UPA, como ele não foi atendido pela unidade, o deixaram em casa, diante da dor intensa que vinha sentindo, ele foi passando a toalha e arrancou os dentes. Então a assistente social conversou sobre abandono de incapaz, e o que a lei cobre dessas pessoas, e aí ela disse na frente dele com tranquilidade, que queria que ele fosse para um abrigo. Já havia dito até ao irmão. Então pegamos o contato do irmão. Porque assim o bom do NASF é o aprendizado coletivo, então eu atuei de acordo com a psicologia, falei ao filho que ele tinha que ir para UPA. Eu liguei para o filho, ele havia sido atendido. Liguei para a filha, e ela disse que ele tinha piorado e que tinha voltado à estaca zero. Eu a assistente social estaremos lá para dar continuidade desse trabalho. Falei sobre o que era o estatuto do idoso, e ele ficou ciente do que era. A filha não sabia o que era, mais o filho ficou muito consciente do que era. Todos os casos são terminais, nós sabemos mais nós queremos que essas pessoas sejam tratadas com dignidade. Porque nesse período o maior apoio é do familiar. (Violeta Enfermeira)*

O Núcleo de apoio a Saúde da família (NASF), segundo afirmam os profissionais desse estudo, consiste de uma equipe de apoio não só assistencial, mais em termos sociais, pois ao atuarem em equipe, eles conseguem direcionar o cuidado diante de um determinado contexto, e atuam minimizando os determinantes sociais que estão por trás de uma situação ainda mais crítica de saúde.

Segundo Andrade et al (2014), o NASF fornece informações que auxiliam na identificação de possíveis problemas, a fim de assegurar o desenvolvimento de uma intervenção, conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde. As relações de cuidado no domicílio diante dos conflitos familiares que envolvem o adoecimento físico ou emocional dos pacientes acabam afetando também o processo de trabalhos dos profissionais de saúde.

Conforme Schütz (2008) existe nas ações humanas uma atitude social que determina a interação intersubjetiva desses indivíduos que se veem em um processo de ressignificação das ações e atitudes sociais. Assim, a família também faz parte do processo de interação do paciente com os profissionais de saúde, dependendo muitas vezes da família a progressão ou regressão do caso.

No entanto, quando a escolha do familiar para cuidar de alguém em processo de finitude está baseada no sentimento de obrigação moral, torna-se necessário um esforço maior para ressignificar a relação e desenvolver estratégias para lidar com o processo-morrer (QUEIROZ, et al 2014).

Quando possível, o rodízio entre os cuidadores é uma importante estratégia para reduzir o desgaste físico e emocional de quem fica mais próximo e se dedica mais com maior frequência. Como o doente se torna o foco da atenção, o cuidador se torna mais exposto ao risco de cansaço e fadiga, sobretudo quando a morte do familiar se torna iminente.

*Em 2012, mais ou menos tinha um usuário que eu mencionei o nome dele, ele era de umas das equipes da estratégia de saúde da família, e o que chegou para o NASF é que ele era um paciente terminal. Que morava em uma casa, com o filho e a nora e netos, mais que não cuidavam, direito dele. E a equipe ia sempre lá, e ele estava sozinho na casa, não tinha ninguém em casa. E o que a gente percebeu que a situação realmente era complicada, a relação dele com a nora era péssima. Ele só tinha esse filho que era um filho adotivo que ele tinha criado. A mulher fazia pouco mais de dois anos que tinha falecido. Ele tinha câncer de próstata em fase terminal. Então tinha toda essa dificuldade de não ter alguém para cuidá-lo. A nora trabalhava em um cemitério, e saía de madrugada aí quando voltava que ia fazer os cuidados com ele. Ele fumava muito e um dos principais problemas dele com a família era a questão do cigarro. Tentamos várias vezes fazer intervenção junto a ele e a família. Tentamos mostrar a família que precisava melhorar o diálogo, ele não queria comer, não tomar água, mais só queria fumar. Então esclarecemos para a família que o fato de ele fumar ou não ia alterar muito o estado dele. O prazer dele naquele momento era o cigarro. Então o cigarro foi estabelecido como moeda de troca. Acabou a confusão com a família. A fisioterapeuta entrou fazendo uns exercícios respiratórios com ele, ele passou a comer, pois a família dava o cigarro como troca. A equipe se juntou, e era aniversário dele, e a equipe levou um bolo para comemorar o aniversário dele, e ele ficou bem emocionado. E no final, no dia que foi a morte dele, ele chamou todo mundo, chamou a nora para se despedir, e pedir perdão a ela. Assim foi muito legal nesse sentido. Em linhas gerais foi muito legal, porque no final ele conseguiu minimamente ter nos últimos dias de vida dele, que a família se voltasse para ele, e ele se voltou para a família. (Potira Nutricionista)*

As reações familiares são pautadas em situações vivenciadas pelos integrantes que fazem parte desse contexto. Nesse sentido são estabelecidas relações entre as pessoas.

Defrontamo-nos com ambientes adequados em sua tecnologia, mas sem alma e ausência de carinho humano. A pessoa vulnerável, devido a sua doença,

deixou de ser o centro das atenções e foi instrumentalizada em função de um determinado fim. Identifica-se que a grande preocupação da maioria dos profissionais de saúde, que assistem a pessoas com a saúde comprometida, está atrelada luta incessante pela cura (SILVEIRA; CIANPONE; GUTIERREZ, 2014).

### **A subjetividade de compreender-se humano para assistir ao paciente em processo de finitude**

Esta subcategoria implica numa subjetividade e compreensão de se ver como humano, para se ter condição em assistir alguém em seu processo de finitude. Para que profissionais e familiares atuem em alguma situação final de vida, se faz necessário, muitas vezes fazer o exercício da empatia, isto é, se colocar no lugar do outro.

Identificar o que se almeja, ou como alcançar o objetivo em questão. Diante disso, a assistência ao paciente em processo de finitude, envolve uma gama de ações necessárias frente a esse contexto, que para serem realizadas necessita-se de consciência das atitudes individuais, ou de uma ação, como também, do impacto que uma ação conjunta pode ocasionar na vida de um usuário que necessita de um cuidado mais intensivo.

Frente à intersubjetividade evidenciada nos estudos de Schütz (1970) deve-se compreender que existe uma subjetividade individual do profissional de saúde se perceber diante de outro ser humano que depende da efetividade desse cuidado. Em um sentido mais abrangente, assistir a um processo de finitude envolve do profissional de saúde, que, primeiro ele se perceba humano para assistir com efetividade seu próximo.

As narrativas a seguir, evidenciam que os profissionais percebem-se em um contexto em que identificam a necessidade de uma atuação da equipe de saúde, de ação coletiva, e não isolada.

*Já, fiz um acompanhamento com um paciente em domicílio, acometido por câncer terminal, ele estava fazendo tratamento concomitante com a ligo contra o câncer. Era mais de acompanhamento. É necessário saber trabalhar junto com a equipe de saúde, considerando os demais profissionais. (Narciso Médico)*

*Prestei e presto assistência a pacientes críticos. Nós trabalhamos em uma área de extrema pobreza, onde eu costume dizer que as pessoas se encontram abaixo da linha de pobreza determinada pela Organização Mundial de Saúde. Então como fazer isso? Nós temos antes de tudo, fazer*

*uma anamnese, primeiramente saber o que eles têm qual o tipo de renda, e saber como eles fazem para sobreviver. A partir daí nós vamos procurar, dentro da minha área, a nutrição, programas sociais para ver se conseguimos inseri-los, ou vou atrás de protocolos da secretaria de saúde para que eles recebam uma suplementação nutricional, e caso contrário infelizmente a gente tem que orientar a família e só através do ministério público. (Açucena Nutricionista)*

*Tive um caso de um paciente idoso, vítima de câncer, ouvi toda uma mobilização da equipe de referência da unidade e do NASF, a gente passou a fazer visitas periódicas, ouvi orientação nutricional, da fisioterapia, abordagens aos cuidadores, para não haver o cuidado negligenciado. Nessa atenção era trabalhar com a família, com os cuidadores, para que o cuidado fosse ampliado, para que o cuidador não ficasse sobrecarregado, a forma do leito, orientações sobre mobilidade, alimentação. E a questão do cigarro, como o processo dele era de finitude. Então foi um paciente que mobilizou tanto a equipe do NASF e da estratégia. (Orquídea Fisioterapeuta)*

Observa-se, que estas vivências partilhadas parecem necessárias de se fazer em equipe, entendendo que a ação no coletivo e a partir dos esforços de um conjunto, possibilita mais condições no enfrentamento do processo de finitude presente no contexto de trabalho desses profissionais.

Evidenciam-se a atuação de uma equipe multiprofissional diante do papel que cada um exerce nesse processo de cuidado que envolve os CP. Há um reconhecimento dos profissionais frente à impossibilidade da cura dos pacientes em CP, ressaltado nas falas através da busca pelo alívio da dor e do conforto. Ou seja, por mais que não possam curar o paciente, alguns deles encontram formas de amenizar o sofrimento.

*Geralmente quando acontece isso, às vezes por incrível que pareça, a gente vai encontrar um alívio para nossa própria angústia. Porque a angústia do profissional não é mesma da pessoa que vive. Geralmente nos primeiros casos, em particular, eu senti mais certo conforto deles mesmo, é como se ele passasse a mão na cabeça e dissesse: Não Doutor, assim... Aceitar entende? Aí eles passam a confortar a gente, mais do que nós mesmo, a gente até se surpreende, às vezes a pessoa mesmo dar exemplo de força, de coragem. (Lótus Médico)*

*É muito mais difícil você dizer, para mim é crítico ele estar indo a óbito. Mas a família, ainda quer mais alguma coisa. A gente tem que ir ajudar o paciente naquele momento. É muito mais crítico para a família do que para o próprio paciente. Porque ela não está entendendo, muita gente não entende isso, por mais que você o faça entender que ele está indo, já terminou o tempo dele. Cuidados Paliativos é isso, dar conforto a família e ao paciente até o último momento. (Crisanto Médico)*

Em estudo realizado por Silva, Pereira e Mussi (2015), identificou-se o contexto de cuidados e conforto como sendo uma experiência positiva, subjetiva e multidimensional, corroborando com o constructo de Schütz (2008), que afirma ser essa experiência intersubjetiva, por se tratar de uma interação dos indivíduos com eles mesmos, podendo inferir as práticas de saúde e a racionalidade como característica de um mundo em comum.

Portanto, espera-se que esses objetos sociais devam estar relacionados nesse sentido a questão da experiência em se proporcionar o conforto a fim de se minimizar-se o sofrimento que envolve o processo de finitude do paciente que se ver nesse contexto. Assim, profissionais, e pacientes tornam-se sujeitos da assistência à saúde através da competência técnico-científica, da ética da humanização.

## COMPORTAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE À ASSISTÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Esta segunda categoria, descreve as situações vivenciadas pelos profissionais da equipe de saúde em cuidados paliativos a pessoa idosa, resultantes das experiências do cotidiano desses profissionais e das dificuldades que se deparam ante as situações que necessitam de cuidados mais específicos no contexto diário.

Lidar com os pacientes em condições crônicas de saúde ou vítimas de comorbidades que provocam limitações de funções, na vida desses usuários, reflete no enfrentamento de desafios diários vivenciados por esse profissional de saúde, que em sua especificidade se vê muitas vezes restrito há um sistema de saúde ainda despreparado para oferecer uma assistência adequada no contexto da atenção primária.

A figura abaixo representa as subcategorias: *Caracterização das atividades frente aos cuidados paliativos*, *Descoberta das dificuldades*, *Impotência frente ao sofrimento de quem está morrendo*, *Reconhecimento do trabalho em equipe*, *O entendimento da família no processo*, e *A compreensão do paciente frente a sua situação de saúde*. (Figura-2)

## CATEGORIA DE SIGNIFICADO

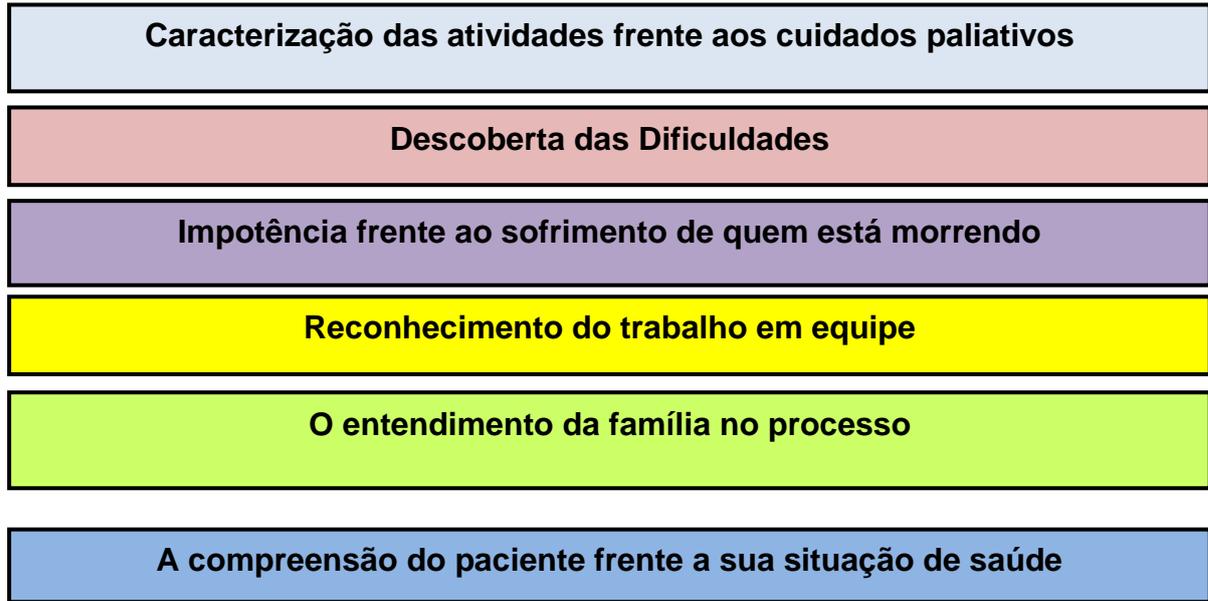


Figura 2- Elaborado pela autora, 2015.

O entendimento dessas subcategorias que se originaram da categoria principal permite-nos compreender a dimensão do desafio experienciado em relação à atuação da equipe de saúde, frente aos aspectos que envolvem a assistência em cuidados paliativos no contexto da atenção primária. Além do que, permite-nos ainda, compreender a dimensão da falta de controle experiencial em relação aos cuidados paliativos, a organização da família em busca do equilíbrio e as estratégias de enfrentamento utilizadas na situação, a fim de que a vida possa prosseguir.

### **Caracterização das atividades frente aos cuidados paliativos**

A caracterização das atividades do processo de trabalho dos profissionais de saúde, relacionadas aos pacientes em cuidados paliativos, na atenção primária à saúde, emerge como uma subcategoria e reflete-se num contexto construído diariamente. Dessa forma, vivenciar as experiências diárias de um processo coletivo de trabalho, além de envolver os profissionais de saúde, inclui o cenário de trabalho, os usuários que dependem de um cuidado mais específico, e a família que acompanha o processo de adoecimento desses usuários e junto sofre com eles.

Frente à perspectiva fenomenológica que permite a construção de um olhar diferenciado sobre as experiências relacionadas com o processo saúde-doença, e

dessa forma reflete o processo assistencial que envolve o contexto dos profissionais de saúde (SCHÜTZ, 2008).

O cenário que envolve o processo de trabalho dos profissionais de saúde, ao se depararem em situações complexas, nas quais os pacientes se encontram em situações críticas de saúde, percebe-se ser um desafio individual diário que implica em uma interação contínua com o usuário. Nesse sentido, os profissionais se veem diante de uma situação que lhes exige um auto desafio, no sentido de enfrentar suas próprias limitações ante o processo de finitude, pelo qual, os usuários vivenciam ao ter o diagnóstico de uma doença crônica, a exemplo do câncer principalmente.

*Olha, a minha formação não pleiteou isso. Na verdade como eu disse anteriormente, a gente é formado sempre renegando essa ideia de morte, a nossa cultura rejeita esse tipo ideia, é sempre jogada para escanteio, ou para debaixo do pano, você não ver exatamente as pessoas morrendo, porque é realmente difícil. Então eu não tive aqui na minha profissão, na assistência primária, alguma experiência assim de continuidade, de ver alguém passar por todo esse processo de finitude mesmo, algumas vezes em que eu fui chamado, mas recusei, porque eu achei que não saberia nem o que dizer. Quer dizer, eu tinha alguma coisa para dizer, mais não sei se elas estariam prontas para receber aquilo que eu iria dizer. Porque eu vejo, depois de vários estudos, na nossa sociedade, essa questão de rejeitar a morte [...] É porque nós temos uma sociedade que rejeita a própria tragicidade da existência. Porque no meu ponto de vista, ele vira trágico, e a tragédia maior, é exatamente a morte, da qual a gente recusa o tempo todo. Então a gente tem sempre a esperança de um pós morte, então a gente acha que vai ser uma passagem, que vai ter ser um momento mais glorioso, de se livrar daquele problema [...]*  
(Amarilís Dentista)

### **Impotência frente ao sofrimento de quem está morrendo**

Outra subcategoria advinda do comportamento dos profissionais de saúde, ante a assistência em cuidados paliativos, apresenta-nos, que estes profissionais de saúde, reconhecem a necessidade do cuidar do doente em processo de finitude, que estejam ou não, necessitando de cuidados paliativos, isso envolve a necessidade de se enfrentar a situação no contexto da atenção primária, com enfoque no cuidar no domicílio, e exige uma preparação para lidar com os próprios sentimentos.

No contexto da atenção primária à saúde, surgem situações que provocam conflitos, por se tratar de um processo de difícil resolução, em que a proximidade com esse tipo especial de paciente, pode produzir sentimentos de impotência, frustração e revolta (QUEIROZ, et al 2013).

O sofrimento corresponde a uma série de representações e interpretações sociais, individuais, que envolve uma subjetividade maior. As demonstrações de sentimentos por parte dos profissionais evidenciam o envolvimento com a situação de saúde, que também envolve um pensar no mundo social.

*Em processo não tão prolongado de finitude eu não tive contato ainda. Mas já tive experiência com pacientes críticos em estado geral ruins, que precisavam de seguimento hospitalar, ou então pelo menos uma atenção domiciliar mais criteriosa. E nesse momento, com diagnóstico de câncer, em investigação... A experiência é de impotência, de você não ajudar mais ter aquele ímpeto curativo. Mas também a gente se sente satisfeito de proporcionar o conforto do paciente nesse momento. Paciente com diagnóstico presumido de câncer, alguns idosos em idades muito avançadas que são acamados, que são bastante dependentes da família que não tem mais autonomia e nesse caso o que a gente faz é orientar a família de como conduzir da melhor forma possível até o momento do fim da vida. (Boca de Leão Médico)*

A demonstração do sentimento do profissional para o paciente, no que tange à sua situação de terminalidade, foi considerada inviável para alguns entrevistados. Neste sentido, estudos reforçam a existência do despreparo por parte de alguns profissionais da saúde ao lidar com as questões relacionadas à terminalidade e ou à morte (GAMA; BARBOSA; VIEIRA, 2012).

*É uma sensação terrível, porque você fica impotente diante do sofrimento de quem está morrendo, principalmente se for uma gangrena, se bem que esses casos já estão sendo tratados no Hospital, mais um paciente terminal de câncer, aqueles que mandam para morrer em casa... É muita dor é muita angústia, tem hora que você diz: - Ai meu Deus, chega porque eu não aguento mais! Você se envolve com a família, com o filho, com a família, chora no seu ombro, você chora junto. É uma situação muito difícil e no dia que vai a óbito você não sabe se você chora de alegria, porque aquele paciente finalmente estar livre do sofrimento, ou de tristeza porque você perdeu um paciente. E se pergunta: - o que foi que eu fiz nisso tudo? É difícil, é muito difícil lidar com a morte, a gente se sente impotente totalmente impotente! (Centáurea Enfermeira)*

Arraigados ainda em uma visão baseada no modelo biologicista de atenção à saúde, com enfoque curativista, alguns profissionais relataram sentirem-se impotentes, e com muita dificuldade, ao se depararem com situações que envolvem a assistência a pacientes em estados críticos de saúde.

Situações nas quais, podem levar alguns profissionais de saúde na atenção primária de saúde, a cuidarem de alguém em processo de finitude, e com ele vivenciar o fim de sua vida. E reconhecem, que a comunicação no processo de morrer, seja um ponto nevrálgico nesse contexto, e que deve ser melhor estudado, por eles posteriormente. Alguns até procuram evitar contato, ou conversa com os pacientes. Tais dificuldades, muitas vezes, refletem as lacunas do processo formativo, a ausência do preparo teórico ou até mesmo em virtude do suporte emocional para lidar com o sofrimento e a morte de seus pacientes no contexto da terminalidade (ARAÚJO; SILVA, 2012).

*Eu já penso diferente da minha formação, só que eu tenho certa dificuldade de falar dessas coisas dentro da lógica que as pessoas entendem, do que o censo comum entende. Então eu tenho essa dificuldade, porque eu tenho outra representação da morte, então como chegar lá e falar isso, contrapõe até mesmo a minha própria finitude. Na verdade, eu sou filósofo, no sentido de estudar filosofia. Então Sócrates dizia, “que fazer filosofia é se preparar para a morte”, mais é nesse sentido, de que você percebe que a própria existência ela é contraditória, e a morte é exatamente essa contradição máxima, que seria um divisor de águas, entre vida e morte [...]*

*Que a gente desconhece só que a gente tem várias possibilidades de superar essa contradição, e eu acredito que a maior superação é você realmente viver a vida, viver o momento, a vida, o presente, e esses consolos eu tento resultá-los, só que é difícil você dizer isso para aquela pessoa que está ali, no leito de morte. Até porque ela quer um consolo, como você está dizendo, ela quer um paliativo [...]*

*É claro que a gente tenta em certos momentos eu já tive que paliar alguma coisa, eu já tive algumas experiências pessoais da minha família, mais é isso, eu acho que é difícil você está comum determinado pensamento, e eu achamos que na maioria das vezes, se eu pudesse, diria, encare a morte. Em determinado momento, eu já disse, diante de uma pessoa que procurava incansavelmente exames, e remédios, procurando um paliativo e eu parei e disse você já parou para pensar, e encarar que realmente você vai morrer então essa pessoa se assustou e até ficou com raiva de mim.  
(Crisantemo Dentista)*

Percebe-se nessas falas, que alguns profissionais enfatizam o desafio diário do enfrentamento diante da assistência aos pacientes críticos no contexto da atenção primária, e também identificam a necessidade de uma compreensão maior. De uma compreensão individual para posteriormente entender o próximo que se vê dependente desse cuidado. Na medida em que, existem os profissionais que reconhecem as dificuldades do processo que envolve a assistência aos cuidados paliativos, outros em contrapartida reconhecem seu papel, sua especificidade, diante da continuidade desse cuidado.

*Tive uma paciente que tinha câncer de mama, já estava com metástase óssea, metástase hepática, e que como não tinha como mais fazer tratamento cirúrgico nem quimioterápico. Ela estava fazendo tratamento mais para aliviar a dor. Então como ela tinha dificuldade de se locomover para Liga, e como era só para prescrever as medicações, então eu ia lá uma vez por mês para ficar transcrevendo as medições prescritas pelo oncologista, então eu ia lá para dar continuidade ao tratamento dela (Cravo Enfermeira).*

*Tive uma paciente vítima de Alzheimer, quando a gente foi acompanhar ela estava em uma fase intermediária do Alzheimer, a gente acompanhou até o final. E essa pessoa que cuidava dela, a cuidadora teve um suporte da unidade, ela cuidou muito bem, era uma cuidadora leiga, contudo ela cuidou muito bem, desde a questão de nutrição, da prevenção de úlcera por pressão. Era uma paciente que dava gosto de ver, bem limpinha, sem úlcera por pressão, e já no processo de finitude ela terminou bem encolhidinha, mais com uma boa aparência. Tem que ter uma parceria muito grande com o cuidador. Se o cuidador não tiver essa vontade, então a gente também não consegue muita coisa (Orquídea Enfermeira).*

Vê-se como essencial, a percepção que se deve ter sobre o cuidado ao indivíduo que vivencia o processo de finitude, assim é fundamental para o profissional de saúde, perceber a necessidade de uma maior compreensão e a inserção da comunicação, seja ela verbal ou não verbal diante desse processo (ARAÚJO; SILVA, 2012).

Em seu modelo teórico de compreensão da realidade, Schütz afirma que o mundo da vida cotidiana é intersubjetivo, ou seja, no cotidiano das pessoas, elas têm a oportunidade de vivenciar novas experiências e interpretações, e a partir da representatividade dessas novas experiências é que surgem as interpretações sobre a inserção no mundo (SCHÜTZ, 2008).

Alguns autores concordam que na área de saúde, e especificamente nos cuidados paliativos, existe um processo de complexidade, uma vez que envolve a transmissão de mensagens entre profissionais e usuários que exigem certo grau de compreensão. Assim existe uma necessidade de compreensão de vários tipos de comunicações, seja de forma verbal, ou através da percepção de gestos, ou expressões corporais e pela dinâmica facial (ARAÚJO; SILVA, 2012).

Dessa forma, existe a necessidade de uma troca de informações entre profissionais de saúde e familiares, ou cuidados, a fim de identificar o real papel desses profissionais no contexto de saúde do paciente.

*[...] No trabalho como médico de saúde da família, a gente já acompanhou paciente em casa, em estado terminal, sem perspectivas, e também no Hospital que trabalho que a gente também lida com essa questão. O mais difícil, sabe o que é? É fazer compreender, o que os familiares, ou própria pessoa mesmo, ela entende sobre isso, porque muitas vezes, as pessoas ainda colocam a medicina como salvação, como uma coisa mágica que vai resolver e que vai livrar daquele problema. E também muitos às vezes outros se entregam e desistem de viver... São coisas que, é difícil de lidar com isso, com os familiares, acho que isso é uma responsabilidade que tem que ser muito bem dividida, não pode ser de só um profissional tomar conta do quadro, acho que tem que compartilhar com a equipe multiprofissional, com os cuidadores da pessoa idosa, ou do paciente terminal, mais do que nunca tem que haver uma coletividade nesse cuidado (Dendron Médico).*

O arcabouço teórico de Schütz permite desvendar a estruturação da teoria humanística em que os filósofos norteiam as práticas do cuidado, identificados entre profissionais e pacientes. A fenomenologia social, para Schütz representava por sua vez, a compreensão do mundo diante de um significado intersubjetivo, através da análise das relações sociais, das trocas mútuas que envolvem os indivíduos. Assim, as estruturas de significados estabelecidas entre os indivíduos correspondem à compreensão da consciência na vivência de ações intencionais (SCHÜTZ, 2008).

### **Descoberta das dificuldades**

A subcategoria seguinte, sobre a *descoberta das dificuldades* ocorre num momento em que os profissionais percebem que o cuidado não depende apenas de sua assistência individualizada, mas envolve um cenário bem maior, uma assistência à saúde que necessita ser orientada e destinada junto a outros indivíduos que também fazem parte da execução desse cuidado.

*A gente analisa as comorbidades do paciente, as condições de moradia, o perfil do cuidador desse paciente. Para que se tenha uma ideia de como essas orientações vão ser aproveitadas pela família do paciente. Porque a gente não pode estar todos os dias na casa do paciente, na verdade. A gente vai esporadicamente quando a gente é solicitado e dependendo também da necessidade. Então para gente é muito importante que a família nos ouça, entenda as nossas orientações e que ponha em prática. E essas orientações são exatamente no sentido de: evitar desidratação, os cuidados na alimentação, evitar escaras, cuidados com a higiene, os medicamentos serem dados nas horas certas e qualquer sinal de perigo a família saber acionar o serviço de saúde. (Gardênia Médica)*

Ao perceberem-se em um mundo, vivenciando novas experiências, é que os indivíduos conseguem compreender o conjunto de sentimentos que representam sua subjetividade enquanto sujeito. A ação social não se refere apenas ao mundo privado, mas a unidade comum a todos (SCHÜTZ, 2008).

Nas falas a seguir, os profissionais se percebem em um contexto onde atitudes coletivas são identificadas a fim de unir força diante da percepção da equipe como fator favorável na assistência aos pacientes críticos a fim de possibilitar a conduta conjunta diante de mecanismos que proporcionem conforto e cuidados não só ao paciente, mais também, a família.

*Já prestei em visita domiciliar, um paciente que no meu julgamento não teria mais alternativa de cuidado. Era um paciente em processo de câncer avançado, com diagnóstico tardio, sem perspectiva. E o que deve ser considerado nesse paciente é de que forma a equipe pode auxiliá-lo em processo de diminuição do sofrimento, diminuição da dor, de alimentação, de qualidade de vida, de conforto e preservar a família nesse momento. Estou falando de forma mais genérica, é isso que eu entendo que tem que ser feito. (Flox Enfermeira)*

### **Reconhecimento de saber trabalhar em equipe**

Essa subcategoria, relacionada ao trabalho em equipe de saúde, evidencia o reconhecimento dos profissionais da equipe de saúde, em seu, cotidiano de trabalho no, atendimento em CP no nível de atenção primária de saúde.

Corroboram com a representação da fenomenologia social, evidenciada pela dicotomia entre representações objetivas e subjetivas diante do mundo social, que pode ser referido nas atividades individuais, que envolve a percepção que os seres humanos têm do sentido da vida através de um mundo social (SCHÜTZ, 2008).

*Eu tenho uma paciente que ela foi a óbito semana passada, com 92 anos. Uma paciente que estava em casa, com sonda nasogástrica, com anasarca, edema generalizado, paciente hipertensa, paciente com escara por falta de cuidado da família, paciente torporosa, paciente realmente em estado final. Então a gente tentou várias ações em conjunto com a equipe interdisciplinar e multiprofissional para tentar resolver o problema. Mais infelizmente ela foi a óbito, não só pela idade, e pelo estado debilitado que ela estava. Ela já estava com sepse. Foi uma experiência muito dolorosa para equipe, e ao mesmo tempo serviu de experiência para tratar os pacientes acamados de forma mais precoce. (Frésia Enfermeira)*

A atenção aos doentes terminais e o controle da dor crônica no contexto da atenção básica, formalmente, incorporam-se ao conjunto de responsabilidades das equipes de atenção primária, através do processo de trabalhos dos profissionais que compõem as equipes no contexto da Estratégia Saúde da Família. Conforme diretrizes recentes, a atenção básica é responsável por ordenar o cuidado e a ação territorial, em articulação com as equipes multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD). (QUEIROZ, et al 2013).

*Eu já prestei assistência a pacientes na visita domiciliar, que a equipe vai lá e ver a necessidade da odontologia, então eu vou e faço o atendimento ao paciente. (Gérbera Dentista)*

*Sim, Já no caso de pacientes acamados, a gente tem que ver as taxas como estão à gente iria com a enfermeira e ela levaria o prontuário, e a gente teria as taxas principalmente à diabetes que é um caso que não há cicatrização perfeita, então a gente tem que ter esses cuidados. (Girasol Psicóloga)*

Tem-se afirmado que os profissionais de enfermagem que vivenciam o cuidado desses pacientes devem promover a empatia, sempre se colocando no lugar das pessoas que estão recebendo o cuidado. Assim, esses profissionais, reconhecem o emocional como referencial, para compartilhar junto ao paciente, sua condição emocional e experienciam a dor e o sofrimento (VEGA; JUAN, 2011).

Nesse sentido, outros profissionais necessitam se perceber como fundamental na equipe para de forma coletiva reconhecer a especificidade do cuidado a fim de direcionar uma assistência integral e humanizada.

### **O entendimento da família no processo**

A família representa muitas vezes, o eixo norteador para direcionar o cuidado. Contudo a família pode estabelecer relações Mútuas, uma vez que ao contribuir no processo de cuidado do paciente no domicílio, assim como pode prejudicar a atuação da equipe diante desse cuidado.

Para Schütz (2008), o homem criado em um determinado contexto, tende a seguir os costumes cotidianos que se desenvolve naquela realidade. Segue assim, hábitos adquiridos no cotidiano daquela prática, que para esse grupo, específicos são hábitos coerentes para aquele contexto.

Nas falas a seguir, os profissionais expressam a família como influenciador no cuidado ao paciente no contexto da atenção primária. Ou seja, deve-se inserir a família no processo da assistência em cuidados paliativos.

*O principal é a família, você tem que trabalhar o tempo todo com a família, o que a família vai fazer como ela vai contribuir? Porque eu já enfrentei problema aqui, em dar assistência a uma pessoa no fim da vida, e que a família não conseguiu ajudar muito. Nem fraldas queriam usar na pessoa, deixava urinar no colchão, porque achavam que a fralda iria dar assadura. E a gente tentou conseguir várias formas de melhorar o estado dessa pessoa, e a gente não conseguiu porque a família não colaborou. Então o principal aspecto é família (Íres Enfermeira).*

*A minha experiência não foi boa, porque a gente viu que a pessoa precisava de cuidados para melhorar o estado daquela pessoa, para ela ter uma morte mais digna, e não conseguimos por conta da família não colaborar muito. Como a nossa cultura está muito voltada para o Hospital, a gente, todos os nossos idosos estão morrendo em Unidade Hospitalar, a família não deixa morrer em casa (Lírio Enfermeira).*

*Olhe, eu acho muito importante essa nossa assistência, não é porque o paciente estar terminal que ele não precisa mais dessa assistência, ele precisa sim. Então a odontologia ela presta um bom serviço nesse sentido. Como a saúde geral, a saúde bucal, higienização da boca, higienização da prótese, alimentação, a limpeza até da escova que eles não fazem a limpeza da boca, então tem muitos fatores que eu acho que é importante sim a odontologia nesse sentido. Olhe o que me marca, é que aqui a gente ver muito o caso do idoso um pouco abandonado, outros negligencia de cuidados, medicamento, de carinho de amor, enfim, são poucos os que são cuidados pelos familiares. Então a gente estar sempre sendo marcada por essas situações (Margarida).*

Cuidar no domicílio exige articulação de conhecimentos técnicos e uma atitude de compaixão e empatia para com o outro, hoje preconizadas pela Política Nacional de Humanização. A percepção do profissional considera que sua atuação deve estar centrada na orientação e no apoio ao doente e principalmente da família, contribuindo assim, com a possibilidade de estabelecer dignidade no processo de finitude, a fim de possibilitar melhor qualidade de vida (QUEIROZ, et al 2013).

Os seres humanos não nascem éticos, mas podem se tornar éticos, por meio da aprendizagem, do desenvolvimento do vínculo da ética com a educação como prática entrelaçada com costumes, valores e relações interpessoais (BORDIGNON, 2011).

É importante que o profissional da ESF tenha compreensão da dinâmica da família do usuário e do papel que o usuário representa, enfatiza a família, se bem abordada e trabalhada, pode ser considerada um agente terapêutico eficaz, uma vez

que se configura como um elo entre o paciente e a equipe de saúde; em caso contrário, pode influenciar negativamente na evolução da pessoa doente. Assim, representa uma importante tarefa auxiliar a família na tomada de decisão de quem será o cuidador e como se reorganizará a casa, considerando-se as várias circunstâncias (QUEIROZ, et al 2013).

*Então eu trabalho na área hospitalar, agora recentemente, um paciente de 31 anos, com um tumor renal em fase terminal, filho único, no plantão de ontem estava à mãe no final do corredor morrendo de chorar, ela falou para mim, que não queria que o filho fosse entubado. Eu falei não se preocupe não vou resolver seu problema agora. Liguei para o oncologista e disse a ele: a mãe do paciente do leito tal, não quer que o filho seja entubado e não quer que ela vá para UTI, ela quer que ele faça a passagem do lado dela, portanto eu queria pedir ao senhor que respeitasse essa decisão dela. Então são cuidados paliativos, Você tem que ir educando a família, não adianta ir para o leito de UTI, longe da família, cheio de úlceras de pressão, cheio de infecções oportunistas, não vai trazer ele de volta. Olha o apelo dela, precisa ver como ela está agora, não está mais tão chorosa, fica lá pegando na mãozinha dele, já aprendeu a viver com a dificuldade respiratória. [...]*

*Porque a gente está lá, a enfermagem está lá orientando, e a enfermagem saiu na frente disso. Eu digo muito que é um privilégio que a enfermagem tem essa capacidade que outras pessoas, não estão dizendo que outros profissionais não têm, mais não são todas as categorias que tem essa sensibilidade que nós enfermeiros temos, principalmente para os cuidados paliativos. Também não são todos os enfermeiros não, tem muitos enfermeiros que não tem essa sensibilidade. Então esse cuidado paliativo é importante nesse sentido, você tem que ver não só o paciente, mais a família. [...]*

*Só eu sei o que passei com meu pai, foram seis meses após a morte, quase que eu entrei em depressão, se sentindo incapaz, me questionando se eu havia errado, ou não. Se eu fiquei assim, da mesma forma isso acontece com as outras pessoas, com os familiares dos outros pacientes. Então cuidado paliativo é você respeitar, até onde pode ir. (Gloriosa Enfermeira).*

*Além de ser enfermeira, é necessário ser um pouco psicóloga para preparar a família e muitas vezes os próprios pacientes. (Gravata Enfermeira).*

A relação de cuidado evidencia a necessidade de um preparo dos profissionais de saúde em lidar com situações difíceis. Dessa forma, para atender as demandas que compõem os CP torna-se necessário compreendê-los dentro de um modelo que prestigie o cuidado integral, e não isolados. Assim a integralidade se faz presente uma vez que insere não só os pacientes com doenças terminais, como também seus familiares (ALVES, et al 2014).

*Já prestei assistência sim. E por sinal eu tenho vários pacientes na minha área, que também faz esse tratamento com paliativo. Tem os acamados,*

*por exemplo, eles precisam de um cuidado maior, precisamos também conversar com a família, quem está cuidando deles, como o cuidador procede com o cuidado com esses pacientes e a família num conjunto. E também os pacientes bem debilitados que já são idosos, que tomam medicamento para diabetes, Alzheimer, para hipertensão, ele também tem que ter um cuidador, esse cuidador é orientado por nós mesmo, pelo grupo, pela equipe, e orientar como cuidar dele e como proceder diante de cada ação, por exemplo, dar o medicamento na hora certa, higiene, alimentação, e também o emocional do paciente, que isso é um conjunto. Eu tenho esses pacientes, e sempre a gente vai orientando entrando em contato com a família, é assim, não é assim. Então a gente orienta e quer saber também como vai o cuidador, então corresponsabilidade é importante nesse contexto (Palma Enfermeira).*

O ser humano orienta-se em um mundo através de um cenário em que suas ações estão determinadas por possibilidades de enfrentar desafios. A assistência em cuidados paliativos reconhece a situação atual do indivíduo, construída através de experiências subjetivas. Ainda, através da compreensão de Schütz existe um ponto central que determina a ação social do senso comum, porém, cada indivíduo situa-se de maneira específica na vida (SCHÜTZ, 2008).

Entende-se que por mais complexo que a assistência em CP seja, deve considerar a busca pela compreensão do usuário, seu contexto de saúde e sua família. O preparo diante da família é percebido diariamente no processo de trabalhos dos profissionais de saúde.

Por fim, o profissional deve ainda, reconhecer seu limite, e compreender que o conforto emocional, individual e coletivo se faz presente nesse tipo de cuidado.

*Nesse sentido eu já presenciei vários processos, também pelo tempo que eu já trabalho, já 11 anos na ESF, e outros anos na básica. E sempre tinha paciente em estado de finitude. Pois não tinha mais recursos para ele sobreviver, mas que a família já estava preparada. A gente procura fazer o máximo para que ele se restabeleça e tenha uma reabilitação até, ou saia do quadro de gravidade, mais quanto mais a gente faz, por exemplo, mais a gente vai vendo que vai debilitando mais, então isso tem um tempo cabal. A gente vai preparando a família e não deixo de fazer o que é necessário, o que tem que se fazer a gente não vai deixar a quem. Tem que está acompanhando, está sempre em contato com a família, vendo quais os cuidados necessários para uma boa finitude. Pois a vida é um ciclo. E quando estiver no estado final a gente também dar toda assistência à família, muita não aceita porque o sentimento é grande, mais a gente vai orientando, confortando, e vendo as precisões que o paciente tem que a família tem, porque a gente prepara antes, para que seja um final bem em paz (Rosa Enfermeira).*

*Quando a gente tem um paciente que pode considerar crítico, eu passei nove anos com um paciente sequelado de AVC, com uso de traqueostomia, usava sonda nasogástrica. Eu ia lá, trocava sonda, e nesses nove anos, ela*

*teve escara só nos últimos meses. Ela teve problema de intestino, não fazia mais a digestão, estava com fecaloma. Então fomos visitar e a médica deu toda a orientação à família, se a família queria investir mais poderia levar ao hospital. Mais como o estado dela era muito debilitado, pelos anos de estar acamada, a família optou por deixar ela em casa. Então a família a assistiu em casa até ela ir embora. Mais o paliativo da gente foi ir lá visitar, ver como estava, orientar, também os familiares não queriam que fizesse nada. A doutora também orientou a não dar nenhuma medicação fora do que poderia fazer, era investir em uma coisa que só ia prolongar a vida dela, porque ela já estava muito debilitada. E com uns 4 dias ela faleceu. E se a família optar por deixar em casa, a gente tem que dar toda a assistência. (Tulipa Enfermeira)*

Diante do comportamento dos profissionais, identificaram-se a descoberta e a profundidade das pressuposições através da estruturação e do significado em um sentido comum, e de que o desafio é contínuo e a aprendizagem se faz constate.

## SIGNIFICADO DESARTICULADO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Esta categoria descreve o significado desarticulado dos cuidados paliativos o qual, caracteriza as vivências dos profissionais de saúde frente a esse contexto, na atenção primária de saúde. Esse resultado demonstrou a vivência dos profissionais de saúde na assistência em cuidados paliativos, mediante a identificação de um significado desarticulado na atenção primária.

Vê-se que o processo de trabalho dos profissionais de saúde da equipe da atenção primária, tanto os da ESF como os do NASF evidenciaram nesse estudo, o sentido das representações por eles atribuído ao seu processo de trabalho frente à assistência em CP no contexto da atenção primária.

A figura abaixo representa as subcategorias: 1- *Significado desarticulado entre profissionais de saúde*, 2- *Dificuldade na realização dos cuidados paliativos na atenção primária*, 3- *Necessidade de organização da equipe de saúde*, e 4- *Necessidade de atuação em equipe multidisciplinar*.

### CATEGORIA DE SIGNIFICADO

**Significado desarticulado entre profissionais de saúde**

**Dificuldade na realização dos cuidados paliativos na atenção primária**

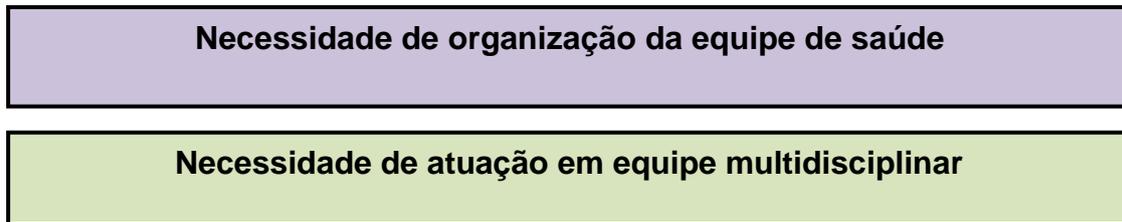


Figura 2-Elaborado pela autora, 2015.

### **Significado desarticulado entre profissionais de saúde**

Esta subcategoria apresenta o significado atribuído e presente nas falas dos profissionais participantes desse estudo, e identificado tanto pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), assim como, pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que evidenciaram a realidade de um contexto frágil de saúde, representado pela falta de uma maior interação entre profissionais e equipes.

Para Alfred Schütz, (2008), o constructo de uma sociologia compreensiva, corrobora com a necessidade na qual, os profissionais de saúde tentam manter-se estabelecidos num processo de interação entre eles. Dessa forma, quando não conseguem estabelecer tais relações sociais, estes atribuem um significado desarticulado, caracterizado pelo distanciamento de ações que fragmentam o cuidado e conduzem a sua descontinuidade.

Um estudo realizado por Reis (2013) sugeriu a necessidade de compreensão frente à avaliação em saúde diante de um contexto formativo, em que o esforço coletivo seja desde os profissionais de saúde que compõem as equipes até a esfera federal de gestão.

Os profissionais deste estudo, quando questionados sobre os motivos os quais lhes impossibilitam de atuarem diante da assistência em CP, responderam que são várias as situações que apontam à ausência do apoio de uma esfera maior, a continuidade e a realização da assistência em cuidados paliativos na atenção primária à saúde.

Nesse sentido, entende-se que os gestores também podem atuar junto aos profissionais de saúde, de forma que possam contribuir junto às ações de saúde

desenvolvendo um comportamento mais próximo da realidade prática destes profissionais.

*Existe uma equipe organizada e treinada para isso, para os cuidados paliativos. Porém a rede municipal ela não dispõe de todos os materiais necessários para os cuidados gerais do paciente. Por exemplo, uma úlcera de pressão, uma úlcera venosa, uma úlcera arterial, a gente quer fazer diariamente um curativo, mais vai que falta uma medicação também, um material daquele de curativo, como gases, o básico pode faltar, gases, esparadrapo, e também quando o médico prescreve curativos especiais, não tem o material completo, a gente pede mais não vem. Nesse caso a gente fala com a comissão do PID, que é um programa a domicilio, de internamento domiciliar, ele não vai para todos, mais para alguns já tem dado assistência. Nos ajudado nesse caso aí. Só que a gente faz com o que tem, e com o que a família também tem. Às vezes a família até compra o material, mais isso o SUS tinha que dar, a gente tinha que fazer de acordo com o material que tem no SUS, o SUS é um direito de todos, então não tem todo o material, até mesmo medicamento, às vezes até falta, tem outros programas de farmácias populares, que entregam o medicamento grátis, mais tem outros medicamentos adicionais que o médico passa e que às vezes não tem. O que eu sofro mais dentro da área com relação aos cuidados do paciente debilitado idoso e com úlcera, é a falta de material. Eu tenho ligado muito ao programa do PID, que é o programa do Estado que dá assistência também aos pacientes da comunidade. E que não se tem uma certeza que vem para todos, mas para alguns, com muita luta, tem pacientes que entram na defensoria pública, e quando eles são ameaçados, ele dá o direito ao tratamento urgente, ou não para o paciente, no contexto de saúde, quando eles vão lá, faz a denúncia, aí aparece medicamento, material. Então a força da justiça é que muitas vezes consegue então, infelizmente a gente fica angustiado com a falta dos materiais e de condições da gente trabalhar. Vamos dizer assim, qualidade no trabalho, Né? Falta de insumos, falta de materiais, de expediente, às vezes acontece isso daí, nós profissionais de enfermagem, principalmente o enfermeiro que está mais perto do paciente, eu não estou discriminando outra categoria não, mais parece que o sentimento vem mais pelo enfermeiro, que está mais próximo do paciente, que está na ponta, está acompanhando a equipe de técnicos e de agentes comunitários de saúde. O agente comunitário de saúde é um elo que traz todas as informações da equipe, nesse caso não é uma angustia isolada. (Astromélia Enfermeira)*

*Organizada, própria para isso não. Acho que seria problema da gestão, não existe uma preocupação voltada para isso, os recursos humanos serem precário ainda. (Boca de Leão Educador Físico)*

Sobre esse aspecto, resultado de estudo revela, que há uma unanimidade em se compreendera necessidade de um sistema capaz de subsidiar os insumos necessários à execução da assistência dos profissionais de saúde. Daí infere-se, haver uma necessidade para o atendimento dos detalhes técnicos frente à atenção a saúde evidenciada pelos materiais necessários que subsidiam essa prática (REIS et al, 2013).

Através das falas a seguir, é possível compreender que o significado desarticulado é caracterizado pelos profissionais de saúde, ao reconhecerem que não existe uma equipe de profissionais específica para realizar os CP, e a nessa inexistência, identifica-se uma ineficiência por parte da gestão em talvez, subsidiar uma capacitação dos profissionais e/ou, a garantia de insumos para a realização de uma assistência segura e livre de riscos.

*Uma equipe específica para cuidados paliativos? Não existe. Acredito que não existe, por questões de custo, da própria gestão. Mais acredito que eles promovam capacitações para que a própria equipe de saúde da estratégia possa estar dando um suporte para estar realizando esses cuidados. (Cerejeira Assistente Social)*

*Em várias situações. Em pacientes cardiopatas, pacientes diabéticos, pacientes com escaras profundas, a falta de material, de medicamentos na rede e a falta de encaminhamento de especialidades na rede. (Copo de Leite Enfermeira)*

Então, entende-se que a necessidade de uma hierarquização verticalizada do sistema de saúde, distancia a utilização dos serviços e a execução de ações mais específicas. Nessa lógica, deveriam subsidiar o reconhecimento das necessidades de saúde os próprios usuários, onde pudesse articular a assistência dos profissionais de saúde, juntos a garantia de um apoio secundário que subsidiasse a garantia da integralidade na assistência (ERDMANN, et al 2013).

Não obstante, Schütz (2008) percebeu a necessidade de elaborar uma crítica que atribuísse uma compreensão diferenciada da fenomenologia Husserliana que identificava a subjetividade em uma perspectiva fenomenológica. Dessa forma, trouxe um constructo contrário, ao identificar que não a subjetividade individual, mas a superação de que são necessárias intersubjetividades capazes de uma compreensão num sentido mais amplo das ações coletivas.

Na fala a seguir, um dos participantes descreve seu limite frente a sua atuação individual, e percebe que a subjetividade individual não é suficiente para uma compreensão social mais ampla de um contexto.

*Existe nosso limite. A gente tenta fazer o máximo. Porque é necessária ainda uma articulação com CREA, CRAS, com hospitais. Que o que dificulta a questão da continuidade da rede, muitas vezes essa rede não estar articulada. Existe o serviço. Mais que a gente tenta. A gente tenta aplicar o PTS, projeto terapêutico singular. A fim de inserir a família para melhorar a condição de saúde. Porque a gente vai visitar o usuário, mais quando você chega lá é uma infinidade de abordagens que você tem para fazer. Tem que haver esse movimento, essa articulação. O que paralisa é quando a gente*

*vai até um serviço, e que não consegue ir adiante, a gente tenta se mobilizar. Porque a gente não tem o caminhar desse fluxo do paciente na rede. (Cravo Psicóloga)*

Admite-se, ser quase impossível para o profissional, num contexto dessa natureza, manter-se neutro em sua atuação. Nesse sentido, a gestão pública necessita se posicionar e melhor direcionar as ações para atender o princípio da universalidade. Assim sendo, espera-se dos gestores mais compromisso ante os princípios do SUS. Essa ideia corrobora com a descrição que Schütz (2008), que define o processo social de que este só é possível mediante ações que representam uma experiência individual que, no entanto, é fundamentalmente social, de forma cooperativa no processo social.

### **Dificuldade na realização dos cuidados paliativos na atenção primária**

Trata-se de uma subcategoria, que descreve sobre a realização dos cuidados paliativos no contexto da atenção primária à saúde, e o envolvimento dos profissionais e familiares de idosos assistidos nas diversas situações de assistência e acompanhamento em cuidados paliativos, incluindo desde os cuidados propriamente ditos, até a falta de infraestrutura dos serviços de saúde em propiciar o suporte necessário para que os profissionais de saúde possam exercer esses cuidados, o melhor possível.

O fato de a família muitas vezes não compreender o enfrentamento dos cuidados paliativos no domicílio, deve-se muitas vezes, ao contexto histórico e cultural, da sociedade atual em que afastou as pessoas de conviverem com seus entes queridos no processo de finitude.

Em um período anterior a medicina moderna, na cultura ocidental a presença do simbolismo religioso no qual se considerava uma boa morte aquela onde o indivíduo poderia vivenciar o processo de finitude no domicílio, junto com a família, e assim poderia morrer na paz de Deus (SILVA; PEREIRA; MUSSI, 2015).

No contexto atual, as pessoas têm medo de se aproximar do processo de finitude, dessa forma preferem levar os familiares com necessidade de cuidados mais específicos para serem assistidos no hospital, evitando dos mesmos serem cuidados no domicílio.

*A razão principal é essa, a cultura de estar doente, pode ter 90 ou 100 anos, a família leva para o Hospital. É cultural, a família se sente mais confortável em levar o idoso para o Hospital, porque acha que lá tem mais assistência. (Crisantemo Médico)*

*Normalmente a gente consegue realizar. Normalmente a gente consegue. Acho que quando não consegue é mais por causa da família. Quando não consegue, é mais por algum impedimento mais da família. Quando o caso é apresentado na demanda. Nós profissionais, tanto da estratégia como nós do NASF, quando os profissionais se dispõem a fazer, a gente consegue fazer alguma coisa. Mais quando a família impede, porque já teve caso de a família não permitir, porque não entende, não quer que pegue, porque muitas vezes não quer que a gente enxergue o que tem por trás. Então o aspecto maior é a família. (Gardênia Assistente Social)*

*A nossa cultura rejeita, como a nossa profissão, e o nosso sistema político administrativo estar dentro desse freio, dessa lógica, da nossa cultura ocidental. Então não temos uma equipe formada e preparada para esse tipo de coisa, então as pessoas fazem, assim, no sentido que, por alguma experiência que tiveram, ou então empiricamente, de forma que não temos profissionais, nem muito menos uma equipe organizada para isso. (Girassol Dentista)*

Esse aspecto pode ser interpretado à luz da teoria fenomenológica da cultura trazida por Schütz (2008) onde se percebe a forma como os fenômenos culturais e a dinâmica que proporciona aos processos intersubjetivos do mundo em que vivem os indivíduos. Assim, as experiências são dinâmicas e contínuas, portanto, a superação da compreensão da cultura remete-se a uma dimensão transcendente a vida dos indivíduos.

Nesse sentido, os indivíduos agem também através dos preceitos que envolvem suas vidas e que acabam influenciando em suas atitudes. Embora enfrentem dificuldades diante do contexto que envolve os cuidados paliativos, pela falta de articulação entre os profissionais de saúde, eles ainda tentam ainda superar essas dificuldades, mesmo sem o conhecimento julgado adequado, acabam se sentindo sozinhos mediante um contexto que necessitaria de uma atuação especializada e interdisciplinar.

*Geralmente, o cuidado paliativo claro que é realizado, mais deixou a desejar, mesmo que não tenha sido o ideal, mais foi alguma forma que a família encontrou de lidar com aquele caso. Seria dizer que alguma coisa foi realizada, mais não o ideal. O fato de se sentir sozinho, sem ter um suporte, não contar com um suporte adequado com uma equipe adequada dificulta. (Íris Fisioterapeuta)*

*Temos uma idosa, não está em fase terminal, mas está bem doente, bem doente! Um filho tem problema mental, a filha é alcoólatra não mora com ela, e ela é acumuladora de lixo, ela não aceita nem visita. É um sufoco para se entrar na casa dela. Durante todo esse tempo, ela só abriu a casa dela duas vezes para a gente entrar, nessa segunda vez, o NASF foi junto porque eu havia feito umas fotos, lixo por tudo quanto é canto. É uma situação muito difícil. Nessa situação, ela não é exatamente um paciente terminal, mais ela não tem mais muito tempo de vida, por ter idade avançada, pela situação de saúde, diabética, hipertensa, é bem idosa, neste momento está internada. Ela não permite ajuda de ninguém, nem mesmo deixa os vizinhos entrarem, então nesse caso existe um bloqueio muito grande. Nos outros não, abrem as portas, a família ajuda, e quando não abrem a porta, nós solicitamos intervenção. (Ixía Enfermeira)*

*Oh! Olhe o que a gente tem... Por exemplo, se eu precisar de uma hidratação em domicílio, a gente não tem um cateter para isso, se for oral a gente ainda consegue estimular para que o cuidador faça isso, e a família, infelizmente, a gente tem muitos pacientes que são idosos, que á estão realmente na finitude, e não tem aquele cuidado que a gente esperaria que tivesse. Então isso é um agravante, então isso precisa ser bem assinado, colocar a possibilidade de a família ter essa parceria completa. A questão dessa parceria com a família que impossibilita muitas vezes a continuidade do cuidado. Vai para unidade hospitalar dar uma estabilizada e quando volta, e por não se ter como prestar esse cuidado no domicílio ele acaba sendo encaminhado ao Hospital e volta pior, acaba indo a óbito. (Cravinia Médica)*

Uma outra dificuldade identificada e que caracteriza o processo de trabalho dos profissionais de saúde no contexto dos cuidados paliativos da atenção primária, trata-se de um bloqueio que impede a realização de uma assistência livre de riscos, muitas vezes a falta de insumos, ou diante da falta de articulação com a rede de saúde impede que os profissionais possam prestar uma assistência sem dificuldades.

*Até agora a gente sempre fez o que pode na verdade. Às vezes a gente esbarra em falta de condições, tanto de insumos, como por exemplo, quando o paciente necessita fazer troca de sonda, às vezes tem certa dificuldade para realizar isso daí, porque às vezes falta, sonda, às vezes a gente encaminha o paciente para fazer em uma unidade que a gente imagina que faça esse procedimento e nem sempre faz. O paciente às vezes fica realmente passando de unidade para unidade sem conseguir fazer o procedimento, as vezes as condições de higiene do domicílio são muito precárias, aí fica difícil a gente realizar qualquer procedimento minimamente invasivo pelo grande risco de infecção. Mais assim, na maioria das vezes a gente faz o que a gente pode, e acho que faz diferença o que a gente faz. (Cravo Enfermeira)*

*Um paciente portador de problemas de próstata, que não tem mais condição para cirurgia, e que fica constantemente sendo necessárias aquelas trocas, e que eles dizem que é para ser feito no domicílio, a gente sente que não consegue e que a gente chega lá e esclarece para a família*

*que é o caso de levar para o Hospital, porque não dispomos de matérias técnicas, para fazer as trocas de forma adequada, em condições técnicas que assegure a garantia de não ter risco de infecção. Então é um caso que eu considero, que quando ele chega nesse caso, é um caso que necessita de cuidados paliativos. E a gente não consegue, tem que acionar o hospital para que ele faça essas trocas, essa assistência, orientação, essas condutas em um ambiente com mais garantia, então a gente se depara em uma situação de impotência. Então eles vão ter que buscar outro serviço, que possibilite maior apoio. (Estrelícia Enfermeira)*

Mesmo tendo que desempenhar situações difíceis frente à necessidade de cuidados paliativos na atenção primária, ao se verem sozinhos, os profissionais compreendem que há necessidade de uma organização em equipe.

A perspectiva contemporânea diante da gestão pública de saúde enfrenta dilemas sociais e paradoxos que constituem a necessidade dos órgãos administrativos em articular suas dificuldades junto à gestão a fim de minimizar o impacto dessas dificuldades enfrentadas pelos profissionais (MOTTA, 2013).

Nesse sentido, percebe como relevante o saber administrativo. Assim, percebe-se uma história de ensaios, acertos, erros e novas promessas de abordagens (MOTTA, 2013).

Nas falas a seguir, os profissionais apresentam a sensibilidade que se evidencia através dos relatos que acabam tomando iniciativas próprias para atender uma realidade deficitária e carente de insumos e materiais para subsidiar esse tipo de assistência.

*Como eu falei, são iniciativas próprias, na verdade a gente tem visto uma demanda dessa situação, e precisando da nossa ajuda. Acho que a gente precisa conversar mais em equipe, desde o agente de saúde, até a equipe técnica de enfermeiros, médicos, dentista, porque a gente precisa ver a questão da higiene bucal, por exemplo, o paciente que está em uma situação como essa a gente precisa ver ele como um todo, então ele pode ter uma infecção oral que vai prejudicar no geral dele, então assim a gente tem que conversar isso, e saber dar o nosso suporte dentro da nossa especificidade, nesse caminhar. Acho que a gente precisa conversar sobre isso, pois a gente não tem isso bem definido, nem a nível institucional nem a nível dessa unidade, por exemplo, são iniciativas pessoais. Na verdade os cuidados paliativos é algo que nessa última década, ele tem sido mais estudado, melhor visto, por exemplo, nesse congresso que eu participei, eles mostraram inclusive toda uma estrutura que você precisa buscar na unidade de saúde para acompanhar esse paciente. Então isso também tem um querer institucional, que traga também essa parte de infraestrutura, de logística para que a gente possa dar esse suporte. Porque não é só com conversa que a gente vai dar esse suporte. A gente precisa de uma logística. E isso, a gente não parou especificamente para falar sobre essa temática. Inclusive acho que esse é o momento. Eu vi, por exemplo,*

*algumas pessoas da Secretaria de Saúde participando de uma atualização que teve uma mesa redonda sobre esse tema, então a gente precisa sentar para redefinir e ver o que realmente a gente precisa para programar isso no serviço de saúde. (Lírio Dentista)*

Alguns aspectos levantados nas falas dos profissionais identificaram as dificuldades que eles têm frente à falta de comunicação e de ações programadas articuladas que evidenciam e justificam a ausência de uma equipe organizada, e que inviabiliza muitas vezes a continuidade do cuidado.

*Ações que não dependem de mim, depende do médico, por exemplo, tem equipe que não tem médico, então a gente sabe que certas coisas dependem de ações dele. Outras a gente consegue realizar, porque cabe à gente enfermeira, é função nossa. Ou o profissional não estar apto, ou não tem o profissional na equipe, aí isso aí trava. São os entraves que a gente acha nesse meio dos cuidados paliativos. (Margarida Enfermeira)*

*Certamente que não. Eu acho que não existe porque não existe. Mais acho que deveria existir, teria todas as condições assim por exemplo. De se garantir o direito das pessoas terem um final de vida de melhor qualidade. Teria que se estruturar se organizar teria que ter uma equipe, não pode ser uma pessoa só. Teria que ter uma equipe, uma equipe local, uma equipe de suporte, uma equipe mais especializada, uma rede, uma rede de atenção, porque uma equipe só não é suficiente. (Narciso Dentista)*

*Não. Na verdade não existe nenhuma padronização, não existe, a gente nunca fez nada, nunca organizou nenhum esquema de atendimento onde a gente seguisse... Então a gente atende de acordo com a demanda que nos chega, então dependendo da situação a gente analisa o paciente, ver o que pode fazer, já teve paciente que a gente convenceu a família de aceitar o internamento por uns dias, pelo menos para melhorar o estado geral do paciente, e só depois vir para casa para a gente continuar a assistência. Então é como eu estou dizendo, dependendo da demanda, vai aliviando a dor vai prevenindo as escaras e orientando os cuidados de higiene, a importância da hidratação, da alimentação, mais assim, a gente não tem nada padronizado no serviço, nem uma equipe organizada isso não, a gente vai fazendo isso continuamente e dependendo da necessidade. (Palma Médica)*

### **Necessidade de organização da equipe de saúde**

A subcategoria a seguir, suscita a necessidade de se refletir sobre a Política Nacional de Cuidados Paliativos, como respaldo legal e normativo no desenvolvimento das práticas assistenciais que realizam no atendimento ao usuário na atenção primária à saúde. Algumas falas dos profissionais desse estudo indicam que as execuções desses cuidados acontecem diante de várias dificuldades existentes no próprio processo de trabalho.

*Não na atenção básica. Na unidade de saúde, eu admito que não há um preparo básico e avançado para esse tipo de prestação de cuidado. Existe a equipe de internação domiciliar, Programa de Internação Domiciliar, que pode nos auxiliar no seguimento desses pacientes. E aí algum momento seria bom uma melhor divulgação dessa equipe que eu julgo ser mais capacitada para prestá-la em conjunto, com a atenção básica, da unidade de saúde. Ao solicitar essa atenção, nós não nos redimimos prestar cuidados também, mas seria um somatório de força para esse cuidado. (Tulipa Enfermeira)*

*Não. Não tem essa política voltada para isso, com esse treinamento, esse preparo, Eu iria dizer que não existe essa política, mais fiquei sabendo que já existe, o que falta é programar. (Stephanotis Dentista)*

As compreensões de Schütz nos põem a frente da necessidade de trocas mediante ações que possibilitam um entendimento comum frente a um contexto específico de saúde. Sendo assim, compreende-se o sentido da existência compreende-se através de uma ação humana capaz de auxiliar na execução de um cuidado (CASTRO, et al 2012).

Os profissionais enfatizam a necessidade de um preparo programado da equipe de saúde em compreender que o trabalho especializado não deve ser apenas oferecido de forma individual, mais em termos coletivos e de forma programada tendo a possibilidade de estabelecer uma relação de continuidade.

### **Necessidade de atuação em equipe multidisciplinar**

Esta subcategoria acima traz a preocupação do entendimento, por parte dos profissionais entrevistados, sobre a necessidade de uma equipe multidisciplinar atuante, que talvez, possa consistir-se numa proposta ancorada por um paradigma que vise adaptar as questões envolvidas nesse processo de transformação, e evidenciada no contexto do processo de trabalho dos profissionais de saúde.

De acordo com Schütz (2008), ao perceber que existe um significado na ação social, o ser humano retifica a elaboração de conceitos que analisam a ação social, para existir um sentido de compreensão das ações humanas que fazem parte do cotidiano dos indivíduos, que as nomeiam através de suas experiências e dão um significado para se compreender o contexto.

Deve-se pensar na transformação das ações sociais como produto social resultante da compreensão de diversos fenômenos. Dessa forma, os campos do

conhecimento interdisciplinar e intersetorial, enfrentam ainda dificuldades frente às atuações da equipe interdisciplinar na saúde, uma vez que envolve o reconhecimento de cada profissional na execução de sua especificidade. Além de se compreender a necessidade da relação entre o saber e fazer deve-se libertar o conhecimento e compartilhá-lo através de ações pactuadas e contínuas (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013).

Em algumas descrições é possível identificar que os profissionais não se articulam ou se articulam de forma ainda inadequada. De forma que, parte deles, ainda acredita que o cuidado frente a esse tipo de assistência, ainda pode ser fragmentado, e que cada especialidade pode atuar de forma isolada.

*Toda a equipe participa. Eu como médica, a enfermeira, os agentes de saúde, técnicas de enfermagem, todos participam. De uma forma ou de outra, nós procuramos dar toda a atenção de um jeito ou de outro, quando um não vai, o outro vai, nós procuramos assistir e dá toda a atenção até o último momento. (Tango Médica)*

*Existe a equipe da estratégia de saúde da família. Que é a equipe de referência de cada usuário desses. A enfermeira, o médico quando necessita os agentes de saúde. Os técnicos de enfermagem, eles são quem ficam mais próximos. No caso das unidades que tem NASF quando necessita dentro da especificidade de cada profissional aí, a gente também está nesse apoio. (Solidaste Farmacêutica)*

Em contrapartida, alguns profissionais vêm à equipe de referência como sendo a equipe da ESF. Outros, por não compreenderem a necessidade de uma articulação dos demais profissionais que compõem as equipes, com as de apoio a saúde da família, no caso os profissionais do NASF, e permanecem atuando de forma isolada, ou tentam oferecer esse cuidado junto à equipe da ESF.

*O certo é existir, no caso a gente vai realizar um atendimento paliativo, principalmente em paciente acamado em estado terminal, tem que ter realmente toda a equipe para haver uma integralidade sobre a saúde do paciente e agente possa intervir. (Dália Médico)*

*Por esses motivos, se não tem uma equipe organizada, nem profissional preparado obviamente que a gente praticamente não realiza. Na verdade, o que se faz é empírico, assim, eu até aprendi com a médica, a questão do paciente que tem convalescência, então se tenta paliar, fazer algo pelas pessoas que estão cuidando, só que eu percebo que é algo empírico, então praticamente a gente não tem esse tipo de atividade. Acho que é complicado, é uma pena, então acho que a gente precisa de exatamente isso, não paliar, então acho que tem essa ideia de vamos enganar, ou então pode entender algo como um conforto, então se eu pegar uma pessoa que ainda possa ter algum tipo de diálogo, então ele deve pensar poxa, realmente eu estou morto e o cara está aqui para me dar a extrema unção,*

*então precisamos rever nossas ideias, e até mesmo mudar essa palavra de paliativo. (Gérbera Dentista)*

*Não. A gente da estratégia saúde da família só dispõe da equipe mínima. Não dispõe dos outros profissionais de apoio, então isso é uma regra que é praticada na estratégia de saúde da família até então. Mais a gente sente essa necessidade que poderia ter outros profissionais de apoio. Em um paciente crítico, a gente poderia ter um fisioterapeuta fazia uma diferença considerável. Até agora não recebemos apoio. É de nosso conhecimento que existe o NASF, mais ainda não veio para nos dar apoio, e também a gente não buscou com a necessidade de levar o caso a eles. Seria interessante que integrasse essa equipe, de uma forma mais junto, mais próxima, para dar esse suporte. (Margarida Enfermeira)*

*Não. Na atenção primária não existe essa equipe articulada para os cuidados paliativos ainda não. No nosso país ainda não é uma realidade. Acabei de vim de um congresso de medicina e saúde da família, na região sul, eu fiquei encantada, me chamaram a atenção, os cuidados paliativos. Eu pensei eu faço, mais eu poderia fazer melhor. A enfermagem precisa adentrar nesse campo, tem o núcleo de apoio à saúde da família, que vai começar a fortalecer e trabalhar o PTS, projeto terapêutico singular, a chegada do NASF ela tenta fortalecer esse apoio. Ainda não é articulado, na própria estratégia de saúde da família. Toda a equipe teria que estar articulada, a da atenção primária junto com o NASF. Com a chegada do NASF isso vem a ser fortalecido. (Celósia Enfermeira)*

A natureza multidimensional que caracteriza o ser humano exige práticas profissionais interdisciplinares que possam compartilhar ações pactuadas em conjunto de forma coerente que possibilite a universalidade, e garanta a equidade e integralidade da atenção.

A interdisciplinaridade, neste estudo, é entendida como instrumento e expressão de uma crítica do saber disciplinar através do enfrentamento dos problemas que fazem parte do cotidiano que envolve o processo de trabalhos dos profissionais de saúde no contexto da atenção primária (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013).

*Não. Porque eu acho que para se fazer um cuidado paliativo a gente tem que primeiro ser treinado para isso. E a gente não tem treinamento. Para dizer quais as formas desse cuidado paliativo em uma determinada situação. A gente não tem o treinamento, a gente não sabe não só como abordar um paciente, como também as formas de cuidados paliativos para determinada situação. E não tem uma equipe que monte uma estratégia qualificada para gente trabalhar com isso. (Centáure Dentista)*

*O paliativo geralmente vai cair mais em cima do médico, do enfermeiro, e do técnico, o agente vai estar ali para dar aquele suporte de aconselhar alguma coisa. Mais eu acho que não é todo mundo que está preparado para fazer isso. Porque quando você tem um paciente em estado crítico você quer logo internar, acha que o hospital vai melhorar a qualidade de vida dele. Mas, talvez até piore porque ele pode está querendo aquele conforto domiciliar. Eu acho que as equipes não estão preparadas para isso. E*

*porque a gente precisa de uma equipe multidisciplinar. Na unidade a gente não tem essa equipe multidisciplinar. Porque teria que ser uma equipe o mais próximo possível do serviço, e não uma equipe que você tenha que demandar. (Chuva de Prata Médico)*

Para Schütz (2008), existem as ações individuais ao serem compartilhadas através de saberes e também das práticas, que integram o conhecimento mediante as ações que complementam um aparato de atitudes sociais.

Ou seja, as narrativas dos participantes expressam a necessidade de uma interdisciplinaridade como processo de construção de conhecimento e de ação, dessa forma, a atuação dos profissionais deve ser pautada em finalidades compartilhadas através de um trabalho coletivo.

*Uma equipe formada, articulada não. Eu acredito que todos os profissionais tanto os da estratégia como os do NASF, eles têm esse lado assim de muita conscientização. Acho que nem tanto por conhecimentos técnicos, mais sim pelo o lado humano. E isso não existe por falta de recursos humanos insuficientes na rede, pessoas com desvio de função. Se tivesse um médico, uma enfermeira, com agentes, articulados a equipe do NASF, aí sim. (Deleite Duplo Enfermeira)*

*Como equipe sempre realizou. Junto à questão de interdisciplinaridade. Acho que a inserção do NASF e articulação com outros serviços, e passou a se olhar as pessoas com transtornos, por exemplo, que não só isso, mais tem uma hipertensão, tem uma diabetes e que pode ser um idoso. Então são vários fatores. Tem casos, nos quais é necessário acionar outros serviços, e quando a estratégia passa esse serviço para o NASF, e o NASF passa para outros serviços. (Alteza Real Assistente Social)*

*A minha atuação é muito nova na atenção primária. Infelizmente a gente ainda está em um processo de aprendizagem. Mas a formação ainda é muito falha, mas a gente tenta estar sempre junto do colega da equipe, dentro da nossa especialidade, pois ainda é tudo muito novo. (Toque de Classe Educador Físico)*

Fica evidenciado nas falas dos profissionais de saúde que, para existir uma atuação adequada da equipe de saúde na atenção primária, com vistas a uma assistência mais articulada, isso ainda implicará num posicionamento ético e político, por parte dos profissionais e gestores, frente às necessidades que envolvam os cuidados paliativos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o contexto que envolve o processo de finitude do homem, e a morte ainda como um enigma a ser refletido e vivenciado, é que este estudo foi direcionado aos profissionais de saúde que compõem as equipes da atenção primária à saúde, com o propósito de se compreender o significado atribuído por esses profissionais, à assistência em cuidados paliativos à pessoa idosa na atenção primária à saúde.

Estudar a assistência em cuidados paliativos envolve questões bioéticas que permeiam uma temática ainda pouco discutida, pois envolve as questões e o processo de finitude terminalidade e a complexidade de pensar no outro, de compreender a dor do outro, em um contexto que envolve a sensibilidade compartilhada. O enigma indubitável que se faz na presença do homem na terra, termina o fluxo de sua temporalidade, ao vivenciar sua morte. A morte ainda é um enigma a ser refletido por muitas profissionais de saúde.

E diante dos resultados alcançados, percebeu-se que esse significado é de fundamental importância, e se faz necessário na identificação dos elementos essenciais que envolvam uma assistência, frente aos cuidados paliativos. Resultados evidenciados a partir da identificação das categorias originárias, a saber: *comportamento dos profissionais de saúde frente à assistência em cuidados paliativos, valorização da percepção subjetiva dos profissionais de saúde no cuidado a pessoa em processo de finitude e o significado desarticulado frente aos cuidados paliativos vivenciados entre os profissionais de saúde.*

Estas categorias após interpretados e análise na perspectiva fenomenológica social de Alfred Schutz, possibilitou desvelar um pouco o comportamento dos profissionais de saúde frente à assistência em cuidados paliativos na Atenção Primária.

E, entendendo que os CP ainda se constituam como um programa de saúde ou uma prática oficial, nesse nível de atenção, foi possível identificar que as iniciativas e/ou experiências ainda são incipientes e esporádicas, conforme se posicionaram os participantes deste estudo.

Observou-se também, haver dificuldades entre os profissionais de saúde no enfrentamento de algumas situações que demandaram a necessidade de cuidados

paliativos, isto é, mais especializados no contexto diário da atenção primária, e que propiciando a descoberta e a profundidade das pressuposições, através da estruturação e do significado em um sentido comum.

Em relação à valorização da percepção subjetiva dos profissionais, ao se depararem em situações de cuidados e atenção, ante o processo de finitude, possibilitou a percepção de que, a questão da complexidade das múltiplas relações concentra uma filosofia da realidade do mundo, ou seja, *uma fenomenologia da atitude natural*.

Por sua vez, o significado desarticulado frente aos cuidados paliativos na atenção primária, foi evidenciado, através da descrição das experiências vivenciadas e, pôde se compreender a realidade eminente representada pela individualidade de interesses especiais na experiência.

Portanto, a partir das experiências, ainda incipientes, em cuidados paliativos no cotidiano desses profissionais, foi possível considerar, *a interpretação do significado da assistência em cuidados paliativos ao idoso na atenção primária à saúde*, que urge por inserir um novo olhar diante da atuação desses profissionais de saúde, no que se refere às interações sociais e experiências futuras, voltadas para populações mais velhas e em situações crônicas de saúde, impingindo ao mesmo tempo, a necessidade de uma maior interação da equipe de saúde da atenção primária, e conseqüente melhoria da assistência em cuidados paliativos.

Como proposta de continuidade dessa pesquisa, sugere-se a articulação e a implementação de programas que possam subsidiar e respaldar de forma coerente e articulada na implantação dos cuidados paliativos, a fim de possibilitar qualidade de vida diante o processo de finitude, possibilitando aos profissionais sentirem-se capazes para realizar esse cuidado de forma compartilhada e com o apoio de uma rede de cuidados e serviços, como essenciais aos CP, nesse nível de atenção em saúde.

## REFERÊNCIAS

- ABOU ALI, A. M. A. S. Cuidados Paliativos e a Saúde dos Idosos no Brasil. *Revista Káiros de Gerontologia*, v. 14, n.1, p. 125-136, 2011. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6931/5023>>. Acesso em 05 out. 2015.
- ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Revista Esc Enferma USP*. v.46, n.3, p.626-32, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/14.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2015.
- AMARAL, J. B.; POVEDA, M. A. M.; MENEZES, M. R. A enfermagem e os cuidados paliativos à pessoa idosa. In: SILVA, R. S.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W (orgs). **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte**. São Paulo: Martinari, 2013.
- ANDRADE, C. G et al. Cuidados Paliativos ao Paciente Idoso: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v.16, n.3, p. 411-418, 2012. Disponível em:<<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/12587/7883>>. Acesso em: 05 de out. 2015.
- AISENGANT, R.M.**Em busca da boa morte, Antropologia dos Cuidados paliativos**.Rio de Janeiro: Fiocruz e Universitária, 2004.
- ALVES, V, M, F et al. Morte e morrer em unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais de saúde. *Cogitareenferm*. v. 17, n. 3, p. 543-548, 2012. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/29296/19048>>. Acesso em: 05 out. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, v.2, 2013. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad\\_vol2.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf)>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas: Brasília, v.3.1 ed, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizasus\\_atencao\\_hospitalar.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf)>. Acesso em: 05 de out. 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**, Brasília, Série E. Legislação de Saúde, 2007, p.1-8. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_direito\\_usuarios\\_2ed2007.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf)>. Acesso em: 05 de out. 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica: Brasília, 2013. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_domiciliar\\_melhor\\_ca\\_sa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_ca_sa.pdf)>. Acesso: 05 de fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria n.º 19/GM em 03 de janeiro de 2002.– Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-19.htm>>. Acesso em: 05 de out. 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria/GM de nº1.319, 23 de julho de 2002, cria no âmbito do SUS os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica e ainda. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-472.htm>>. Acesso em: 05 de out. 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria/GM de nº2.439, de 08 de dezembro de 2005, que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e Cuidados Paliativos. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>>. Acesso em: 05 de out. 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria/GM de nº 963, de 27 de maio de 2013, que Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html)>. Acesso em 10 fev. 2015.

BURLÁ, C.; PY, L. Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n.6, p.1-3,2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n6/pt\\_0102-311X-csp-30-6-1139.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n6/pt_0102-311X-csp-30-6-1139.pdf)>. Acesso em: 05 out. 2015.

CASTRO, F. F. A sociologia fenomenológica de Alfred Schutz. *Ciências Sociais Unisinos*, v.48, n.1, 2012. Disponível em: <[http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias\\_sociais/article/view/csu.2012.48.1.06/839](http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/view/csu.2012.48.1.06/839)>. Acesso em: 05 out 2015.

COSTA, M. A. C. M.; ANTUNES, M. T. C. Avaliação de sintomas em doentes sem perspectiva de cura. *RevEnf Ref*. v, n.7, p. 63-72, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn7/serlIn7a07.pdf>. Acesso em: 05 out 2015.

COMBINATO, D. S.; MARTINS, S. T. F. (Em defesa dos) Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. *Revista O Mundo da Saúde*, v.36, n. 3, p. 433-441, 2012. Disponível em: <[http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/95/5.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/5.pdf)>. Acesso em: 05 de out. 2015.

COX, P.; DIOP, M.; GRAGNOLATI, M. **Envelhecendo em um Brasil mais Velho**. Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento: banco mundial, Washington: EUA, 2011. Disponível em: <[http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo\\_Brasil\\_Sumario\\_Executivo.pdf](http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo_Brasil_Sumario_Executivo.pdf)>. Acesso em: 05 out. 2015.

ERDMANN, A.; ANDRADE, S.R.; MELLO, A. L.S. F.; DRAGO, L. C. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev Latino-Am Enfermagem*. v.3, n. 4, p.1-8, 2013.

Disponível: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf)>. Acesso em: 05 out. 2015.

ESPÍNDOLA, P. M. A Fenomenologia de Alfred Schutz: uma contribuição histórica. *Rev Trama Interdisciplinar*. v.3, n. 1, p. 157-171, 2012. Disponível em:

<<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/tint/article/viewFile/5013/3825>> Acesso em: 05 out. 2015.

GAMA, G; BARBOSA, F.; VIEIRA, M. Factors influencing nurses' attitudes toward death. *Int. Jpalliat. nurs* London, v. 18, n. 6, p. 267-273, 2012. Disponível em:

<<http://www.magonlineibrary.com/doi/full/10.12968/ijpn.2012.18.6.267>>. Acesso em: 05 out. 2015.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008

GORETTI, S. M.etal.**Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006, 60p. Disponível em:

<[https://www.google.com.br/search?q=Crit%C3%A9rios+de+qualidade+para+os+cuidados+paliativos+no+Brasil&oq=Crit%C3%A9rios+de+qualidade+para+os+cuidados+paliativos+no+Brasil&aqs=chrome..69i57.725j0j7&sourceid=chrome&es\\_sm=93&ie=UTF-8](https://www.google.com.br/search?q=Crit%C3%A9rios+de+qualidade+para+os+cuidados+paliativos+no+Brasil&oq=Crit%C3%A9rios+de+qualidade+para+os+cuidados+paliativos+no+Brasil&aqs=chrome..69i57.725j0j7&sourceid=chrome&es_sm=93&ie=UTF-8)>. Acesso em: 05 de jan. 2015

GOMES, A. P. Atenção Primária à Saúde e Formação Médica: entre Episteme e Práxis. *Revista Brasileira de Educação Médica*. v. 36, n. 4, p.541 – 549, 2012.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n4/14.pdf>. Acesso em: 05 de out. 2015.

HALL, S.; MURCHIE, P.; CAMPBELL, C.; MURRAY, S. Introducing an electronic Palliative Care Summary (ePCS) in Scotland: patient, carer and Professional perspectives. *Family Practice*. v. 29, p. 576-85, 2012. Disponível em:

<<http://fampra.oxfordjournals.org/content/29/5/576.full.pdf+html>> Acesso: 05 out. 2015.

HERMOS, H. R.; LAMARCA, C. I. A. Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *RevCianecias& Saúde Coletiva*.v.18, n.9, p.2577-88, 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a12.pdf>>. Acesso em: 05 out. de 2015.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores**

**Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível

em:<[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/indic\\_saude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_saude.pdf)>. Acesso em: 05 de out. de 2013.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.**Síntese de indicadores**

**sociais uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de

Janeiro, 2013. Disponível em:

<<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>>. Acesso em: 05 out de 2015.

JESUS, M. C. P et al. A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. *RevEscEnfermUSP*. v. 47, n. 3, p.736-4, 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00736.pdf>>.

Acesso em: 05 out. 2015.

Manual de Cuidados Paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos- ANCP, Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012. Disponível

em:<<http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>>. Acesso em: 05 de out. 2013.

MARCONI, Mariana Andrade; LAKATOS, Eva. Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. São Paulo: Atlas, 5ed, p. 281, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível

em:<<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCODIVULGA/2011/RASMendes.pdf>>. Acesso em: 05 de out. de 2013.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)>. Acesso em: 05 de out. de 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407p

MOTTA, P. R. M. **O estado da arte da gestão pública**. *Rev adm. empres*. v.53, n.1, p. 82-90, 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rae/v53n1/v53n1a08.pdf>>.

Acesso em: 05 out. 2015.

NATAL. **(Re)desenhando a Rede de Saúde na Cidade do Natal**. Natal: Secretaria Municipal de Saúde de Natal, 2007. Disponível

em:<[http://www.natal.rn.gov.br/sms/paginas/File/desenho\\_de\\_rede\\_sms.pdf%E2%80%8E%3E](http://www.natal.rn.gov.br/sms/paginas/File/desenho_de_rede_sms.pdf%E2%80%8E%3E)>. Acesso em: 05 de out. 2013.

NATAL. **Natal minha cidade: meu bairro**. Secretária de Meio Ambiente e Urbanismo-SEMURB. Natal, RN, 2009. Disponível

em:<[https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.natal.rn.gov.br%2Fsemurb%2Fpaginas%2FFile%2Fbairros%2FOeste%2FFELIPE\\_CAMARAO.pdf&ei=IY16UpuTH5G2kAeg4oD0Cw&usq=AFQjCNGoLKjaDQQQCWghgMmHvPB80rJNzw&bvm=bv.55980276.d.eW0](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.natal.rn.gov.br%2Fsemurb%2Fpaginas%2FFile%2Fbairros%2FOeste%2FFELIPE_CAMARAO.pdf&ei=IY16UpuTH5G2kAeg4oD0Cw&usq=AFQjCNGoLKjaDQQQCWghgMmHvPB80rJNzw&bvm=bv.55980276.d.eW0)>, Acesso em: 05 de out. 2013.

Organización Mundial de La Salud. **Cuidados paliativos.(Control Del cáncer: aplicación de los conocimientos; guía de la OMS para desarrollar programas eficaces**; módulo 5, 2007. Disponível em:

<[http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243546995\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243546995_spa.pdf)>. Acesso em: 05 jan. 2015.

PASTRANA, T.; LIMA, L.; PONS, J. J.; CENTENO, C. Atlas de Cuidados Paliativos Latinoamérica ALCP. 1 ed. Houston: IAHPC, 2013. Disponível em:

<http://cuidadospaliativos.org/uploads/2014/3/Atlas%20Latinoamerica%20-%20edicion%20cartografica.pdf>. Acesso em: 10 out 2015.

PETROVA, M.; DALE.; MUNDAY, D.; KOISTINEN, A.S.; LALL, R. The role and impact of facilitators in primary care: findings from the implementation of the GoldStandards Framework for palliative care. *Health Sciences Research Institute*. v.27, n. 2, p. 38-47, 2010.

Disponível em:<<http://fampra.oxfordjournals.org/content/27/1/38.full.pdf+html>>. Acesso em: 05 out 2015.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**.3.ed.Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTO, A, R et al. Visão dos profissionais sobre seu trabalho no programa de internação domiciliar interdisciplinar oncológico: uma realidade brasileira. *Revista Avances en enfermeira*. v.22, n.1,p. 72-19, 2014. Disponível em:

<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/104944/000939666.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 05 out. 2015.

POZ, M. R. D.; PERANTONI, C. R.; GIRARDI, S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In\_\_\_\_\_ FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 3, p. 187-233., 2013.Disponível em: <http://books.scielo.org/id/98kfw/pdf/noronha-9788581100173-07.pdf>. Acesso em: 05 out. 2015.

QUEIROZ, A. H. A. B et al. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n.9, p. 2615-2623, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a16.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2015.

REIS, R. S. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n.11, p.3321-3331, 2013. Disponível em:

em:<<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n11/22.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2015.

SALVADOR, P. T. C.; SANTOS, P. E. V.;TOURINHO, F. S. V.; ENDERS, B. C. Abordagem compreensiva da enfermagem: possibilidade de interpretação a partir de Alfred Schutz. *Rev Cuidado é Fundamental em Saúde*. v.6, n. 1, p. 183-193, 2014. Disponível em:<file:///C:/Users/Lab03/Downloads/2844-18103-1-PB.pdf> .Acesso em:10 jan. 2015.

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. *Rev Bras medfam comunidade*. Florianópolis, v. 7, n.23, p. 69-74, 2012. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/392/460>>. Acesso em: 05 out 2015.

STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. **Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o imperativo Humanista**. 2.ed. USA: Lusociência, 2002.

SILVA, F.L. Martin Heidegger. A questão da Técnica. *RevScienti e Zudia*, v. 5, n. 3, p. 375-98, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ss/v5n3/a05v5n3.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2013.

SILVA, M. G.; TEIXEIRA, G. A. S. A enfermagem e os cuidados paliativos à pessoa adulta. In: SILVA, R. S.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W (orgs). **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte**. São Paulo: Martinari, 2013.

SILVA, M. L. S. R. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos. *RevBrasMedFam Comunidade*. Rio de Janeiro, 2014 Jan-Mar; 9(30):45-53. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/718/595>>. Acesso em: 05 jan 2015.

SILVA, R. S; PEREIRA, A.; MUSSI, F. Cuidado e conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 19, n. 1, Mar. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S1414-81452015000100040&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1414-81452015000100040&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 15 out. 2015.

SILVEIRA, M. H.; CIAMPONE, M. H. T.; GUTIERREZ, B. A. O. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. *RevBrasGeriatrGerontol*, v. 17, n.1:7-16. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00007.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2015.

SCHÜTZ, A. **El problema de la realidad social**. 2 ed. Buenos Aires (Argentina): Amorrotu, 2008.

SCHÜTZ, A. **Estudios sobre teoría social**. 1 ed. Buenos Aires (Argentina): Amorrotu, 2003.

SCHÜTZ, A. **Fenomenologia del mundo social: introducción a la sociología comprensiva**. Buenos Aires (Argentina): Editorial Paidós; 1972.

SCHÜTZ, A. **Fenomenologia e Relações Sociais**. Zahar editores: Rio de Janeiro; 1970.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da Teoria Fundamentada**. Ed 2ed, Porto Alegre: Artmed, 2008. 288 p

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. **A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.11, pp. 3203-3212. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n11/11.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2015.

VASQUES, T. C et al. Percepções dos trabalhadores de enfermagem acerca dos cuidados paliativos. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* v. 15, n. 3, Goiânia, Set. 2013. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/20811/15504>>. Acesso em: 22 out. 2015.

VEGA, M. E. P.; JUAN, L. C. Perspectiva de La enfermera ante el paciente oncológico en fase terminal enTampico, Tamaulipas, México. *Cultura de los Cuidados*, Alicante, MEX, v. 15, n. 30, p. 52-59, 2011. Disponível em: <<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/18696#vpreview>>. Disponível em: 05 out. 2015.

VISSERS, K. C. P et al. Palliative Medicine Update: A Multidisciplinary Approach. *PainPratice.* v.13, n.7,p.576-88, 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/papr.12025/epdf>>. Acesso em: 05 out 2015.

## APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO  
Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)**

*Esclarecimentos,*

Este é um convite para o (a) Sr (a) participar da pesquisa “Assistência em cuidados paliativos à pessoa idosa na atenção primária a saúde”, que tem como pesquisador responsável, a Professora Rejane Maria Paiva de Menezes, juntamente com a mestrandia de enfermagem Gleyce Any Freire de O. O objetivo dessa pesquisa é compreender o significado dos cuidados paliativos a pessoa idosa para os profissionais de saúde que atuam na atenção primária. O estudo é importante porque entender o significado da assistência em cuidados paliativos na atenção primária envolve a atitude dos profissionais frente aos pacientes em condições críticas de saúde.

Assim acredita-se que ao compreender o significado da assistência frente aos cuidados paliativos, possibilite a reflexão dos profissionais de saúde para um cuidado continuado na atenção primária contribuindo para uma melhor qualidade de vida do idoso, família e comunidade.

Ao aceitar o convite você será submetido a uma entrevista de 30 min, que será gravada em aparelho mp4. Com os seguintes procedimentos: informações sobre as variáveis sócio demográficas e relacionadas à sua formação e funções na equipe da ESF ou NASF. Em seguida questões abertas, a respeito do significado da prática assistencial em cuidados paliativos realizados pelos profissionais de saúde da atenção primária.

Durante a realização, os riscos envolvidos são mínimos, como o constrangimento pela participação ou, a não exposição da sua opinião a respeito das questões, que poderão ser minimizados através do sigilo e do local da entrevista que será em ambiente seguro e planejado na própria Unidade de Saúde. Caso você apresente algum problema psicológico decorrente da entrevista, lhe será assegurado acompanhamento por psicólogo no serviço de saúde na qual o estudo se realizará. Como o apoio do pesquisador em qualquer momento, tanto no final como também em caso de interrupção.

Você tem o direito de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer, serão confidenciais e divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Em qualquer momento, caso você tenha algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você. Caso sofra algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

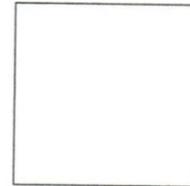
Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável, Professora Rejane Maria Paiva de Menezes. Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para a Professora Rejane Maria Paiva de Menezes, através dos telefones (84) 36421909 ou (84)91581245. Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, telefone 3215-3135.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa, Idosos com risco de fragilidade: identificação das intervenções de enfermagem, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa



Impressão datiloscópica  
do participante

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo, Assistência em cuidados paliativos à pessoa idosa na atenção primária a saúde, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

Rejane Maria Paiva de Menezes  
Enfermeira Docente  
15.649

## APÊNDICE B

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu \_\_\_\_\_,

depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada Assistência em cuidados paliativos à pessoa idosa na atenção primária a saúde poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, os pesquisadores Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rejane Maria Paiva de Menezes e a Mestranda Gleyce Any Freire de Lima a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

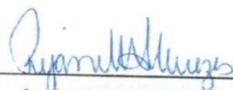
Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Rejane Maria Paiva de Menezes, e após esse período, serão destruídos e,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Natal (data).

---

**Assinatura do participante da pesquisa**



---

**Assinatura e carimbo do pesquisador responsável**

Rejane Maria Paiva de Menezes  
Enfermeira Docente  
15.649

## APÊNDICE C



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA  
ASSISTÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS A PESSOA IDOSA NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**

### I-DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- 1.1 Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
- 1.2 Idade: \_\_\_\_\_
- 1.3 Formação profissional:
- Médico ( ) Enfermeiro(a) ( ) Fisioterapeuta ( ) Psicólogo ( )  
Odontólogo ( ) Nutricionista ( ) Assistente Social ( ) Educador Físico ( )
- 1.4 Estado civil: Casado ( ) Solteiro ( ) União Estável ( ) Viúvo(a) ( )
- 1.5 Filhos: Sim ( ) Não ( ) Número de filhos: \_\_\_\_\_
- 1.6 Renda: Acima de 1 Salário ( ) 2 Salários ( ) 3 Salários ( ) 4 Salários ( )  
Acima de 5 Salários e mais ( )
- 1.6 Total de Vínculo empregatício: Vínculo Estadual ( ) Vínculo Municipal ( )  
Empresa Privada ( ) Outros ( )

### II- CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

- 2.1 Tempo de formação: 1 -4 anos ( ) 5- 9 anos ( ) 10-14 anos ( ) 15-19  
anos ( )  
Acima de 15 anos (dizer o ano)\_\_\_\_\_
- 2.2 Possui pós-graduação? Sim ( ) Não ( ) Especialização ( ) Mestrado ( )  
Doutorado ( )
- 2.3 Já participou de algum curso de capacitação sobre Cuidados Paliativos ou  
sobre Atenção Primária a Saúde ( ) sim ( ) não
- 2.4 Nome do Evento e dizer se foi interesse pessoal ou da  
gestão/instituição? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.5 Qual programa da Atenção Primária a Saúde você pertence? ESF ( )  
NASF( )

2.6 Há quanto tempo presta serviço na Estratégia Saúde da Família ou no NASF?

1 ano ( ) 2 anos ( ) 3–4 anos ( ) 5 – 7 anos ( ) 10 anos ou mais

### III- DADOS PESSOAIS E SUBJETIVOS

3. Explique o que você entende por cuidados paliativos.

4. Você já prestou algum tipo de assistência a um paciente crítico? Quais aspectos precisam ser considerados para a realização desse tipo de cuidados?

5. Fale-me sobre sua experiência de cuidados há pessoas em estado crítico de saúde em processo de finitude.

6. Ao realizar os cuidados paliativos na atenção primária há uma equipe organizada para isso? Se não, porque você acha que não existe?

7. Em quais situações você não pôde realizar os cuidados paliativos e quais as razões que o(a) impediram de realizá-los.

## ANEXO A



### SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – DGTES  
Setor de Educação Permanente e Articulação em Ensino e Serviço - SEPAES

### TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro por meio deste que esta Secretaria Municipal de Saúde está de acordo com a pesquisa intitulada “Assistência em Cuidados Paliativos a Pessoa Idosa na Atenção Primária a Saúde”. Esta pesquisa será realizada pela Mestranda **Gleyce Any Freire de Lima**, do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em **Enfermagem**, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - **UFRN**. A ser realizada nas Unidades de Saúde da Família de Felipe Camarão II e III, e na Unidade Mista Felipe Camarão I da **Cidade de Natal/RN**, no período de junho a agosto de 2015.

Consideramos que este projeto poderá contribuir para a produção de conhecimento acerca desse tema. Em virtude disso, autorizamos a presença da discente nas dependências das tais Unidades, bem como a abordagem dos profissionais deste Serviço da Rede Municipal de Saúde do Natal.

Cabe destacar que, a divulgação dos resultados obtidos em fóruns, revistas/jornais científicos ficará autorizada, desde que seja mantido o sigilo sobre a identificação das unidades/usuários.

Solicitamos que o resultado da pesquisa, seja consolidado e entregue ao Setor de Educação Permanente e articulação Ensino – Serviço para o banco de dimensionamento de pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde de Natal.

Natal, 18 de Março 2015.

**Luiz Roberto Leite Fonseca**  
Secretário de Saúde do Município de Natal

**Marcelo Bessa de Freitas**  
Secretário Adjunto de Gestão Participativa, do  
Trabalho e da Educação em Saúde

## ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO NORTE /  
UFRN CAMPUS CENTRAL



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Assistência em cuidados paliativos à pessoa idosa na atenção primária a saúde.

**Pesquisador:** REJANE MARIA PAIVA DE MENEZES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 43895815.4.0000.5537

**Instituição Proponente:** Pós-Graduação em Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.095.898

**Data da Relatoria:** 29/05/2015

**Apresentação do Projeto:**

Este estudo tem como objetivo compreender o significado dos cuidados paliativos a pessoa idosa para profissionais de saúde que atuam na atenção primária, considerando a importância desta população uma vez que está ocorrendo um aumento desta parcela no Brasil. O estudo está associado a uma dissertação de mestrado associada à Pós-Graduação em Enfermagem. A pesquisa corresponde a um estudo do tipo exploratório, com uma abordagem qualitativa, onde será utilizado como procedimento um processo de codificação e comparação constante da Teoria Fundamentada nos dados (TFD), e interpretado através do referencial teórico da fenomenologia social de Alfred Schütz. Esta entrevista será gravada e transcrita. Este estudo será desenvolvido em três Unidades de Saúde da Família no bairro de Felipe Camarão, distrito sanitário oeste, município de Natal (A Unidade Mista de Felipe Camarão I, a Unidade Básica de Felipe Camarão II e, a Unidade Básica de Saúde da Família III de Felipe Camarão). Nesta pesquisa será realizada uma entrevista com cada participante (equipe de saúde das unidades de saúde), individualmente, através de questionário semiestruturado que contará de duas partes: a primeira, questões sobre variáveis sócio demográficas, formação e funções na equipe. A segunda, sobre o significado dos cuidados paliativos a pessoa idosa para os profissionais de saúde que atuam na atenção primária.

**Endereço:** Av. Senador Salgado Filho, 3000

**Bairro:** Lagoa Nova

**UF:** RN

**Município:** NATAL

**CEP:** 59.078-970

**Telefone:** (84)3215-3135

**E-mail:** cepufrn@reitoria.ufrn.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO NORTE /  
UFRN CAMPUS CENTRAL



Continuação do Parecer: 1.095.898

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

1 - Compreender o significado dos cuidados paliativos a pessoa idosa para os profissionais de saúde que atuam na atenção primária.

Objetivos Secundários:

- 1 - Conhecer o entendimento dos profissionais de saúde sobre os cuidados paliativos à pessoa idosa;
- 2 - Descrever as situações vivenciadas pelos profissionais da equipe de saúde em cuidados críticos à pessoa idosa;
- 3 - Identificar os fatores que interfere na prática da equipe de saúde em cuidados críticos à pessoa idosa.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os riscos são considerados mínimos uma vez que corresponde a um entrevista com os enfermeiros que trabalham nessas unidades de Felipe Camarão.

Benefícios:

Os benefícios são considerados indiretos, uma vez que os resultados do estudo permitirão compreender o significado dos cuidados paliativos à pessoa idosa para os profissionais de saúde que atuam na atenção primária e contribua para o fortalecimento da assistência da equipe de saúde, diante das políticas públicas já existentes, voltadas aos cuidados paliativos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa está bem estruturada e os resultados obtidos poderão trazer novas informações a respeito da terceira idade. As dúvidas que existiam anteriormente já foram respondidas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados todos os termos: Carta de Apresentação, Declaração de Não Início da

**Endereço:** Av. Senador Salgado Filho, 3000

**Bairro:** Lagoa Nova

**UF:** RN **Município:** NATAL

**Telefone:** (84)3215-3135

**CEP:** 59.078-970

**E-mail:** cepufrn@reitoria.ufrn.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO NORTE /  
UFRN CAMPUS CENTRAL



Continuação do Parecer: 1.095.898

Pesquisa, Termo de Confidencialidade, Carta de Anuência, Formulário CEP/UFRN, Questionário, Termo de Autorização de para Gravação de Voz e TCLE.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A análise ética e científica da resposta às pendências observadas no Parecer Consubstanciado n.º 1.046.940, datado de 24/04/2015, foi realizada e esse Colegiado conclui que as inadequações éticas referentes ao tamanho da amostra e ao detalhamento da coleta de dados foram solucionadas na atual versão do protocolo de pesquisa, permitindo que o mesmo seja enquadrado como APROVADO.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS e Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP é da responsabilidade do pesquisador responsável:

1. elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada(s), devendo as páginas de assinatura estar na mesma folha (Res. 466/12 - CNS, item IV.5d);
2. desenvolver o projeto conforme o delineado (Res. 466/12 - CNS, item XI.2c);
3. apresentar ao CEP eventuais emendas ou extensões com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP, Brasília - 2007, p. 41);
4. descontinuar o estudo somente após análise e manifestação, por parte do Sistema CEP/CONEP/CNS/MS que o aprovou, das razões dessa descontinuidade, a não ser em casos de justificada urgência em benefício de seus participantes (Res. 446/12 - CNS, item III.2u) ;
5. elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais (Res. 446/12 - CNS, item XI.2d);
6. manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa (Res. 446/12 - CNS, item XI.2f);
7. encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto (Res. 446/12 - CNS, item XI).

**Endereço:** Av. Senador Salgado Filho, 3000

**Bairro:** Lagoa Nova

**CEP:** 59.078-970

**UF:** RN

**Município:** NATAL

**Telefone:** (84)3215-3135

**E-mail:** cepufrn@reitoria.ufrn.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO NORTE /  
UFRN CAMPUS CENTRAL



Continuação do Parecer: 1.095.898

2g) e,

8. justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou não publicação dos resultados (Res. 446/12 - CNS, item XI.2h).

NATAL, 08 de Junho de 2015

---

**Assinado por:**  
**LÉLIA MARIA GUEDES QUEIROZ**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Senador Salgado Filho, 3000

**Bairro:** Lagoa Nova

**UF:** RN

**Município:** NATAL

**Telefone:** (84)3215-3135

**CEP:** 59.078-970

**E-mail:** cepufrn@reitoria.ufrn.br