



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
***CAMPUS* DE SOBRAL**
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JORGE SAMUEL DE SOUSA TEIXEIRA

**EDUCAR PARA CUIDAR: INTERVENÇÕES COM PROFISSIONAIS DO
PROGRAMA MELHOR EM CASA ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS**

SOBRAL

2026

JORGE SAMUEL DE SOUSA TEIXEIRA

EDUCAR PARA CUIDAR: INTERVENÇÕES COM PROFISSIONAIS DO PROGRAMA
MELHOR EM CASA ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre. Área de concentração: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Sistemas de Saúde.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Roberlandia Evangelista Lopes Ávila

SOBRAL

2026

JORGE SAMUEL DE SOUSA TEIXEIRA

EDUCAR PARA CUIDAR: INTERVENÇÕES COM PROFISSIONAIS DO PROGRAMA
MELHOR EM CASA ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre. Área de concentração: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Sistemas de Saúde.

Aprovado em: ____/____/2026.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Dra. Roberlandia Evangelista Lopes Ávila
Universidade Federal do Ceará (UFC)
Presidente da Banca

Prof.^a. Dra. Lidyane Parente Arruda
Universidade Federal do Ceará (UFC)
Examinadora Interna

Prof. Dr. Francisco Freitas Gurgel Júnior
Centro Universitário INTA (UNINTA)
Examinador Externo ao Programa

Prof.^a. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira
Universidade Federal do Ceará (UFC)
Examinadora Suplente

A Deus.

A todas as mãos, mentes e corações que
contribuíram para a concretização deste
trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me possibilitar exercer o respirar e concretizar, diariamente, a capacidade do viver.

À minha família, por se fazer presente enquanto rede de apoio e, em especial, à minha mãe, Lúcia, por ser a pedra fundamental e sustentáculo da minha existência. Para além das idas e vindas de um município a outro, agradeço por ter mostrado, desde cedo, a travessia da educação como única rota possível.

À minha orientadora, Roberlândia, por atuar como bússola no processo de construção desse trabalho. Ser seu orientando foi um presente, mas também um desafio, por saber que existe um nível de excelência a ser alcançado. Agradeço pela confiança depositada em mim, mas também pelas oportunidades concedidas no decorrer do mestrado.

À minha banca examinadora, pela disponibilidade em contribuir com o desenrolar deste estudo, apresentando perspectivas que podem ser invisíveis para aqueles que produzem essa pesquisa. Seus olhares atentos, desde o momento da qualificação, moldam e refinam a travessia científica aqui relatada.

Aos meus amigos da Turma XII do curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará – *Campus* Sobral, representados nominalmente por Erica, Esthela, Mikaelly e Taynara. Mesmo na distância que a vida impõe (afinal de contas, foi um encontro entre cinco municípios diferentes), vocês se fazem presentes. Obrigado por me tornar um profissional melhor, mas também um sujeito de sorte.

Às minhas amigas da Turma IX da Residência Multiprofissional em Cancerologia da Escola de Saúde Pública do Ceará, com campo de práticas na Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Quem diria que o encontro de seis cabeças pensantes, que passaram por processos formativos tão diversos, poderia ser tão enérgico e tão desafiador ao mesmo tempo. Carol, Cynthia, Dayana, Janderly e Milene, apesar dos desafios ao longo das 5.760 horas, nós sabemos o quanto importante fomos para cada paciente que passou por nossas mãos. Se hoje eu falo e estudo sobre cuidados paliativos, é porque vocês despertaram em mim o interesse e o fascínio por essa abordagem. Nesse edifício chamado dissertação, com certeza, há tijolos postos por cada uma de vocês.

A cada um dos usuários do Centro de Alta Complexidade em Oncologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, e em especial, àqueles com perfil paliativo e acompanhados no ambulatório de psicologia, às segundas e sextas. Tantos nomes flutuam pela minha cabeça nesse momento que seria até contraproducente tentar citá-los agora. Com vocês (e com seus

cuidadores), eu pude perceber que a morte é dolorosa, mas também é fundamental para a vida. E há muita vida no hospital. E há muita vida no câncer. Mesmo que pareça contraditório e subversivo falar (ou escrever) isso.

À minha rede de apoio fortalezense, também conhecida como amigas (e não colegas) do trabalho no Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann. 2025 e 2026 definitivamente não foram fáceis, mas vocês tornaram tudo bem mais leve. Carol, Gabi, Isa, Lívia, Lorena, Rebecka e Vitória, vocês fizeram do trabalho o meu recurso de enfrentamento e um dos meus lares, porque vocês também foram casa para mim. Mesmo a uma distância de 120 quilômetros (ou 220 em alguns dias da semana), a palavra ausência se tornava ausente, já que eu levo o privilégio de viver e conviver com vocês por todos os cantos. Obrigado pela compreensão e pelo acolhimento, especialmente nos dias mais cansativos, mas principalmente por entender que a minha introspecção, às vezes, é só a minha forma de conseguir suportar a balança com os pesos trabalho e estudo em concomitância. Nossa troca não cabe em 30 horas, é preciso uma vida inteira. E que bom que essa vida está acontecendo ao lado de vocês.

A todos os professores com quem tive o privilégio de ser aluno ao longo de minha trajetória discente. Do ensino infantil à pós-graduação, vocês foram essenciais no desenrolar da minha afeição pela docência. Nominalmente, um agradecimento ainda mais especial à professora Denise, que não se encontra mais em vida na forma terrena, mas que permanece em forma de luz perante aqueles que foram atravessados por ela.

Aos meus colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – *Campus* Sobral. Quando as aulas parecem conversas e, surpreendentemente, você percebe que aprendeu um grande apanhado de dimensões, a gente percebe que está diante de uma turma excepcional. Não ironicamente, eu sempre tive muita sorte com meus colegas de classe, e no mestrado, esse costume seguiu fielmente a tradição.

À toda a equipe do Programa Melhor em Casa do município de Sobral, pelo acolhimento, paciência e compassividade. Acima de tudo, agradeço por se fazerem presentes em cada momento que estive junto de vocês. Nunca se faz pesquisa sozinho. É preciso que haja um interacionismo para que a mágica aconteça. Com os ocupantes da sala 205 da secretaria de saúde, a mágica, definitivamente, aconteceu.

Por fim, e não menos importante, agradeço à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), que atuou como financiadora deste estudo.

Cumpriu sua sentença. Encontrou-se com o único mal irremediável, aquilo que é a marca do nosso estranho destino sobre a terra, aquele fato sem explicação que iguala tudo o que é vivo num só rebanho de condenados, porque tudo o que é vivo, morre. (SUASSUNA, 1975, p. 39).

RESUMO

De acordo com o conceito elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), os Cuidados Paliativos são definidos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes, sejam eles adultos ou crianças, bem como de seus familiares, que enfrentam problemas associados a doenças que ameacem a vida. No que tange à sua prática, os princípios paliativistas podem ser utilizados nos mais diversos níveis de complexidade em saúde, abrangendo desde o atendimento feito em comunidade e em domicílio, até hospitais de alta complexidade. Nesse sentido, a presente pesquisa tem como objetivo geral realizar intervenções formativas sobre Cuidados Paliativos junto aos profissionais do Programa Melhor em Casa (PMeC) do município de Sobral, Ceará. Como objetivos específicos, pretendeu-se diagnosticar os principais desafios desses profissionais no manejo e encaminhamentos pertinentes do paciente; identificar estratégias potencializadoras do cuidado ao paciente paliativo utilizadas por esses profissionais; especificar as influências do trabalho multiprofissional na assistência prestada no PMeC; planejar propostas e ações que tenham por base as necessidades identificadas na prática dos profissionais do PMeC junto a esses usuários; e evidenciar as percepções dos participantes acerca das intervenções realizadas.. Para tanto, seguiram-se os passos desenvolvidos por Thiollent, ao detalhar as etapas de uma pesquisa-ação, por meio de quatro estágios principais: Fase Exploratória, em que se conheceu o dispositivo supracitado, além de realizar entrevistas narrativas com os profissionais de nível médio e superior, de modo a identificar desafios e potencialidades na operacionalização dos cuidados paliativos; Fase de Planejamento, no qual foi construído um programa de intervenções, a partir do diagnóstico de dificuldades encontradas; Fase de Ação, em que foram postas em prática as intervenções previamente planejadas; e Fase de Avaliação, na qual foi avaliada a eficácia e repercussões das ações no cotidiano de trabalho e na aquisição de conhecimento por parte dos participantes por meio da metodologia “Que Bom! Que Pena! Que Tal?”. Para análise de informações, foi feito uso do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) versão 0.7 *alpha* 2, no qual foi realizada uma Classificação Hierárquica Descendente, além da construção de uma nuvem de palavras, que auxiliaram na identificação de temas e categorias de análise a partir da transcrição das entrevistas. Quatro categorias emergiram, abrangendo as compreensões gerais acerca da abordagem paliativa, o cuidado voltado a familiares e cuidadores informais, os aspectos psicossociais envolvidos na palição e a atuação multiprofissional enquanto dispositivo técnico e afetivo do cuidado. Cada categoria gerou, assim, um encontro temático, voltado à discussão das demandas principais ressaltadas

pelos profissionais ao longo da primeira fase. As intervenções pautaram-se em atividades guiadas por metodologias ativas, de modo que os participassem experimentassem uma maior proximidade entre as propostas didáticas levadas pelos pesquisadores e a realidade laboral diária enfrentada no cotidiano do PMeC. As discussões em torno dos princípios balizantes da abordagem, do olhar multiprofissional necessário quando se trabalha com esse perfil, do olhar compassivo e atento às questões que permeiam a finitude e a tanatologia, assim como a presença fundamental dos cuidadores informais no itinerário terapêutico paliativo proporcionaram reconstruções conceituais e novos arranjos a partir dos construtos que sustentaram as intervenções praticadas. Ressalta-se também que as intervenções tiveram impactos positivos sobre o cotidiano de trabalho dos profissionais, que apresentaram ainda avaliações favoráveis acerca dos momentos realizados na fase de ação, destacando pontos eficazes, fragilidades e possíveis sugestões para delineamentos futuros. Ademais, a trajetória metodológica sustentada pelas quatro fases da pesquisa-ação possibilitou que os objetivos ora traçados encontrassem êxito, estando estes intimamente relacionados entre si. Diante de tais considerações, reconhece-se ainda a importância de que delineamentos científicos que tomem a abordagem paliativa como elemento central sejam realizados de modo cada vez mais frequente, sobretudo quando tais itinerários busquem aliar pesquisas compreensivas com métodos de intervenção. Logo, demarca-se assim o presente estudo enquanto recurso ético-político na disseminação dos cuidados paliativos como alternativa viável e indicada no contexto da saúde, bem como uma forma de valorizar a pesquisa de modo a considerá-la um instrumento transformador e catalisador de práticas responsáveis e humanas.

Palavras-chave: cuidados paliativos; Programa Melhor em Casa; pesquisa-ação.

ABSTRACT

According to the concept developed by the World Health Organization (WHO), Palliative Care is defined as an approach that improves the quality of life of patients—whether adults or children—and their families as they face problems associated with life-threatening illnesses. Regarding practice, palliative care principles can be applied across various levels of healthcare complexity, ranging from community and home-based care to high-complexity hospitals. In this context, the general objective of this research was to conduct educational interventions on Palliative Care with professionals from the *Melhor em Casa* (PMeC) program in the municipality of Sobral, Ceará. Specific objectives included: diagnosing the main challenges these professionals face regarding patient management and appropriate referrals; identifying strategies used by these professionals to enhance palliative patient care; specifying the influence of multiprofessional teamwork on the care provided by PMeC; planning proposals and actions based on needs identified in the professionals' practice with these service users; and highlighting participants' perceptions regarding the interventions carried out. To achieve this, the study followed the steps outlined by Thiollent for action research, comprising four main stages: the Exploratory Phase, involving familiarization with the aforementioned program and narrative interviews with mid-level and higher-level professionals to identify challenges and strengths in palliative care implementation; the Planning Phase, during which an intervention program was developed based on the diagnosed difficulties; the Action Phase, where the planned interventions were implemented; and the Evaluation Phase, which assessed the effectiveness and impact of the actions on daily work routines and participant knowledge acquisition, using the "What's Good! What's a Shame! What If?" methodology. Data analysis was conducted using the *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) software (version 0.7 alpha 2). A Descending Hierarchical Classification and a word cloud were generated to assist in identifying themes and analytical categories based on the interview transcripts. Four categories emerged, encompassing general understandings of the palliative approach, care directed at family members and informal caregivers, psychosocial aspects involved in palliative care, and the role of the multiprofessional team as both a technical and affective element of care. Each category gave rise to a thematic session focused on discussing the key demands highlighted by professionals during the first phase. Interventions relied on activities guided by active learning methodologies, allowing participants to experience a closer connection between the educational proposals introduced by the researchers and the daily work realities faced within the PMeC

setting. Discussions centered on the approach's guiding principles, the multiprofessional perspective required for this patient profile, a compassionate approach attentive to issues surrounding finitude and thanatology, and the vital role of informal caregivers in the palliative therapeutic journey; these discussions fostered conceptual reconstructions and new arrangements based on the constructs underpinning the interventions. It is also worth noting that the interventions had a positive impact on the professionals' daily work; they provided favorable evaluations of the sessions held during the action phase, highlighting effective aspects, weaknesses, and suggestions for future designs. Furthermore, the methodological trajectory—structured around the four phases of action research—enabled the successful achievement of the established objectives, which were closely interconnected. In light of these considerations, the importance of increasingly conducting scientific studies that center on the palliative approach is recognized—particularly when such endeavors seek to combine comprehensive research with intervention methods. Thus, this study stands as an ethical-political resource for disseminating palliative care as a viable and recommended healthcare alternative, while also valuing research as a transformative instrument that catalyzes responsible and humane practices.

Keywords: palliative care; Better at Home Program; action research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Diagrama da seleção dos estudos que compõem a revisão integrativa de acordo com os bancos de dados, adaptado pelo PRISMA.	35
Figura 2 – Dendrograma obtido a partir da Classificação Hierárquica Descendente realizada no IRAMUTEQ.	63
Figura 3 – Dendrograma com os termos mais frequentes em cada classe obtido a partir da Classificação Hierárquica Descendente realizada no IRAMUTEQ.	64
Figura 4 – Nuvem de palavras gerada a partir do software IRAMUTEQ.	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Panorama dos artigos selecionados, 2024	36
Quadro 2 - Síntese dos artigos por objetivo e conclusões, 2024	37
Quadro 3 - Fases da pesquisa-ação propostas por Thiollent	45
Quadro 4 - Atividades realizadas a partir das fases da pesquisa-ação propostas por Thiollent	49
Quadro 5 – Caracterização dos participantes do estudo	52
Quadro 6 – Planejamento do Encontro 1	100
Quadro 7 – Planejamento do Encontro 2	101
Quadro 8 – Planejamento do Encontro 3	102
Quadro 9 – Planejamento do Encontro 4	103
Quadro 10 – Estudo de caso fictício utilizado no Encontro 1	108
Quadro 11 – Estudo de caso fictício utilizado no Encontro 2	112
Quadro 12 – Roteiro de <i>role play</i> utilizado no Encontro 2	113
Quadro 13 – Roteiro de <i>role play</i> utilizado no Encontro 3	120

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
APS	Atenção Primária à Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFM	Conselho Federal de Medicina
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CRAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DAV	Diretivas Antecipadas de Vontade
EACP	Equipes Assistenciais em Cuidados Paliativos
EEPDPSS	Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Sistemas de Saúde
EMAP-R	Equipes Multiprofissionais de Apoio para Reabilitação
EMCP	Equipe Matricial de Cuidados Paliativos
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESP/CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
F5	Faculdade 05 de Julho
HRN	Hospital Regional Norte
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
IRAMUTEQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MA	Metodologias Ativas
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
NE	Nível de Evidência
NUPESM	Núcleo de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde

PMeC	Programa Melhor em Casa
PBE	Pesquisa Baseada em Evidências
PNH	Política Nacional de Humanização
PPS	<i>Palliative Performance Scale</i>
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAD	Serviços de Atenção Domiciliar
SciELO	<i>National Library of Medicine e Scientific Eletronic Library Online</i>
SCMS	Santa Casa de Misericórdia de Sobral
SPA	Serviço de Psicologia Aplicada
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCE	Unidade de Cuidados Especiais
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
1.1	Encontro com o objeto.....	19
1.2	Problematização e Contextualização do Objeto de Estudo	21
1.3	Justificativa e Relevância do estudo	27
1.4	Relação do Objeto de Estudo com a Linha de Pesquisa do Programa	28
2	OBJETIVOS	30
2.1	Objetivo Geral	30
2.2	Objetivos Específicos	30
3	REVISÃO DE LITERATURA	31
4	METODOLOGIA	45
4.1	Tipo de estudo	45
4.2	Coleta de informações e intervenção	46
4.2.1	<i>Fases da Intervenção: Exploratória</i>	<i>48</i>
4.2.2	<i>Fases da Intervenção: Planejamento</i>	<i>48</i>
4.2.3	<i>Fases da Intervenção: Ação</i>	<i>49</i>
4.2.4	<i>Fases da Intervenção: Avaliação</i>	<i>49</i>
4.3	Cenário e período	50
4.4	Participantes	51
4.5	Análise de informações	53
4.6	Aspectos éticos da pesquisa	54
4.6.1	<i>Riscos e Benefícios</i>	<i>55</i>
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
5.1	Fase Exploratória: Desbravando o território do Melhor em Casa	58
5.1.1	<i>“Um paciente importante”: percepções dos profissionais sobre pacientes em cuidados paliativos</i>	<i>66</i>
5.1.2	<i>“O cuidado com o cuidador”: a ótica direcionada aos familiares</i>	<i>74</i>
5.1.3	<i>“Hoje eu quero morrer”: o aspecto psicossocial sob os holofotes do PMeC</i>	<i>81</i>
5.1.4	<i>“A gente se torna a família daquele paciente”: a atuação multiprofissional como instrumento de suporte técnico e afetivo</i>	<i>89</i>
5.2	Fase de Planejamento: Preparando a Educação para o Cuidado.....	99
5.3	Fase de Ação: Educando para o Cuidado.....	105
5.3.1	<i>Encontro 1 – Fundamentos dos Cuidados Paliativos</i>	<i>105</i>

5.3.2	<i>Encontro 2 – O Cuidado direcionado a Familiares e Cuidadores de pacientes paliativos</i>	109
5.3.3	<i>Encontro 3 – Aspectos Psicossociais em torno dos Cuidados Paliativos</i>	118
5.3.4	<i>Encontro 4 – Atuação Multiprofissional em Cuidados Paliativos</i>	125
5.4	Fase de Avaliação: Sínteses e <i>Feedbacks</i>	128
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
6.1	<i>Post Scriptum</i>	134
	REFERÊNCIAS	136
	APÊNDICE A – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS	151
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	153
	APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DOS DIÁRIOS DE CAMPO	156
	APÊNDICE D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO USO DE IMAGEM	157
	APÊNDICE E - DIÁRIOS DE CAMPO REFERENTES À FASE EXPLORATÓRIA	158
	APÊNDICE F – <i>FOLDER</i> UTILIZADO NO ENCONTRO 1: “FUNDAMENTOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS”	166
	APÊNDICE G – <i>FOLDER</i> UTILIZADO NO ENCONTRO 2: “O CUIDADO DIRECIONADO A FAMILIARES E CUIDADORES DE PACIENTES PALIATIVOS”	168
	APÊNDICE H – <i>FOLDER</i> UTILIZADO NO ENCONTRO 3: “ASPECTOS PSICOSSOCIAIS EM TORNO DOS CUIDADOS PALIATIVOS”	170
	APÊNDICE I – <i>FOLDER</i> UTILIZADO NO ENCONTRO 4: “ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS”	172
	APÊNDICE J – DIÁRIO DE CAMPO REFERENTE AO ENCONTRO 1: “FUNDAMENTOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS”	174
	APÊNDICE K – REGISTROS FOTOGRÁFICOS REFERENTES AO ENCONTRO 1: “FUNDAMENTOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS”	176
	APÊNDICE L – DIÁRIO DE CAMPO REFERENTE AO ENCONTRO 2: “O CUIDADO DIRECIONADO A FAMILIARES E CUIDADORES DE PACIENTES PALIATIVOS”	179

APÊNDICE M – REGISTROS FOTOGRÁFICOS REFERENTES AO ENCONTRO 2: “O CUIDADO DIRECIONADO AOS FAMILIARES E CUIDADORES DE PACIENTES PALIATIVOS”	182
APÊNDICE N – MODELO DE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE UTILIZADO NO ENCONTRO 3	185
APÊNDICE O - DIÁRIO DE CAMPO REFERENTE AO ENCONTRO 3: “ASPECTOS PSICOSSOCIAIS EM TORNO DOS CUIDADOS PALIATIVOS”	186
APÊNDICE P - REGISTROS FOTOGRÁFICOS REFERENTES AO ENCONTRO 3: “ASPECTOS PSICOSSOCIAIS EM TORNO DOS CUIDADOS PALIATIVOS”	188
APÊNDICE Q - DIÁRIO DE CAMPO REFERENTE AO ENCONTRO 4: “ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS”	192
APÊNDICE R - REGISTROS FOTOGRÁFICOS REFERENTES AO ENCONTRO 4: “ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS”	194
ANEXO A – REVISÃO DE LITERATURA PUBLICADA NA REVISTA SAÚDE E PESQUISA	197
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	208

1 INTRODUÇÃO

O presente capítulo está dividido em quatro subtópicos iniciais, a saber: Encontro com o Objeto, em que o autor relata o processo de aproximação com o objeto de pesquisa; Problematização e Contextualização do Objeto de Estudo, no qual o objeto é apresentado de forma pormenorizada, a partir de uma explanação que traça conexões com a literatura e dados contemporâneos; Justificativa e Relevância do estudo, que trará direcionamentos que justifiquem o porquê de se trabalhar com o objeto, bem como sua importância para a comunidade científica e para o campo assistencial em saúde; e Relação do Objeto de Estudo com a Linha de Pesquisa do Programa, estabelecendo uma conexão entre a temática abordada ao longo do projeto e o Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – *Campus Sobral*.

1.1 Encontro com o Objeto

A delimitação de um objeto de pesquisa é atravessada por uma série de fatores contextuais, ideológicos, políticos e, sobretudo, subjetivos, afinal de contas, a pesquisa também é feita de escolhas. E é justamente por se falar em subjetividade que tomo a liberdade, aqui, nesse abre-alas da presente pesquisa, de escrever em primeira pessoa.

Sou psicólogo formado pela Universidade Federal do Ceará – *Campus Sobral*, espaço que ocupei de 2017 a 2022. Esses primeiros detalhes são importantes, pois em uma única frase, que introduz esse parágrafo, muitas “pegadas” que levam ao objeto desta pesquisa já podem ser vislumbradas. A primeira delas diz respeito à minha formação e a esse não-lugar que a psicologia ocupa dentro (ou fora) das áreas de conhecimento. Ora estamos na saúde, ora somos “de humanas”, ora não sabemos exatamente qual lugar podemos (e devemos) ocupar. O ser psicólogo vai para além da aquisição de conhecimentos, habilidades, atitudes e competências que definem a tal da identidade profissional. Envolve mudança, trabalhar com perspectivas diversas, modificar a forma como se vê o mundo, os outros e a si mesmo. E são essas transformações, por vezes tão radicais, que permitem demarcar, precisamente, que o estudo que aqui se inicia é fruto de um psicólogo. Não feito apenas por ele, obviamente, mas muito bem delimitado a partir de uma visão que a psicologia proporciona e permite.

A segunda “pegada” vem da instituição na qual fui formado. Ela é pública, ela é interiorana, e ela é cearense. Três características que definem muito bem o processo de ensino-aprendizagem pelo qual fui atravessado. Fazer pesquisa em contextos, às vezes, tão longe de

um cenário idealizado não é tarefa das mais fáceis. Entretanto, existe um fator motivador, potencializador, fortalecedor que nos impulsiona (nós, cearenses do interior, oriundos de uma universidade pública) a seguir em frente. E longe de romantizar essa árdua tarefa, essas adversidades proporcionam uma vontade de conseguir chegar nos lugares cientificamente almejados.

A terceira “pegada” vem de um outro processo, posterior à graduação. De 2022 a 2024 estive na posição de psicólogo residente em Cancerologia pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), com campo de práticas na Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS), Ceará. O interior me abraçou novamente (ou talvez eu o tenha abraçado mais uma vez), fazendo com que eu me deparasse com uma realidade que fugia à minha percepção. Em um hospital filantrópico, elevado à categoria de Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), percebi que algumas coisas estavam fora do lugar. E, curiosamente, despertei meu interesse em saber mais sobre elas. Estava me especializando em Cancerologia, mas uma parcela significativa de meus pacientes chegava até mim, em um serviço especializado, com quadros avançados, muitas vezes com prognósticos ruins e uma baixa expectativa e qualidade de vida (e de morte, por sinal), chegando em Cuidados Paliativos.

Nesse momento, aflora-se em mim a habilidade problematizadora aperfeiçoada na graduação e surgem alguns questionamentos: afinal de contas, por que o seu João não veio antes ao hospital? Por que a Dona Maria não chegou antes para fazer a cirurgia que poderia lhe render mais conforto e bem-estar? Por que o Seu Antônio retorna ao hospital com queixas relacionadas à uma suposta fragilidade de atendimento em saúde no seu próprio território? E, sobretudo, porque essas angústias aparecem, principalmente, em pacientes que se encontram em Cuidados Paliativos?

Todos esses porquês me impulsionam até hoje. E esse estudo não tem a pretensão de respondê-los completamente. Na verdade, é possível que sejam perguntas que não tenham uma resposta, ou uma única resposta. Mas decidi, por minha conta e risco, tentar encontrar direcionamentos que pudessem dar pistas sobre como essa abordagem é vista, compreendida e praticada no encontro mais próximo que a saúde tem com o próprio lar do sujeito atendido: a Atenção Domiciliar.

Se no hospital era comum que frases ou mesmo posturas alheias aos princípios paliativistas ocorressem, será que na Atenção Domiciliar isso também ocorre? Ou vou me deparar com um cenário completamente diferente daquele que espero (afinal, pesquisar também é sobre o inesperado)?

Por fim, mais uma vez me encontro na universidade pública interiorana, que me formou e continua me aperfeiçoando. Hoje, não estou mais buscando respostas, mas tentando encontrar novos questionamentos que impulsionem o saber, agreguem ao conhecimento científico e contribuam, acima de tudo, para a disseminação de práticas em saúde que exercitem o ato de ouvir o outro, sendo sensível aos seus desejos, necessidades, dores e vontades.

Talvez não seja tão fácil falar sobre cuidados paliativos com um público muitas vezes formado e calcado no mito do heroísmo, em que os profissionais de saúde precisam salvar vidas, já que, supostamente, essa seria a missão primordial. Mas quem disse que não há felicidade em finais? O “final feliz” pode existir, ele só precisa ser pensado, planejado e, principalmente, respeitado.

1.2 Problematização e Contextualização do Objeto de Estudo

De acordo com o conceito elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), os Cuidados Paliativos são definidos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes, sejam eles adultos ou crianças, bem como de seus familiares, que enfrentam problemas associados a doenças que ameacem a vida (WHO; WPCA, 2017; Brasil, 2023).

Ainda segundo a OMS, em dados divulgados no ano de 2021, estima-se que mais de 56,8 milhões de pessoas, incluindo 25,7 milhões que se encontram no último ano de vida, necessitam de cuidados paliativos no mundo, sendo que destes, 78% da necessidade está concentrada em países de baixa e média renda. Desse quantitativo, apenas uma em cada dez pessoas consegue, de fato, ter um cuidado adequado e consentâneo às suas necessidades. Algumas previsões ainda apontam que essa demanda deverá quase dobrar por volta de 2060 (Nações Unidas Brasil, 2021; Sinimbú, 2024).

Com o fenômeno do envelhecimento populacional observado já há algum tempo em pesquisas estatísticas, tanto profissionais da saúde quanto a população como um todo se veem diante de um desafio associado a encontrar formas de garantir qualidade de vida aos cidadãos, independentemente de sua idade (Santos; Ferreira; Guirro, 2020).

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida ao nascer, no Brasil, saltou de 45,5 anos em 1940 para 75,5 anos, segundo os últimos dados atualizados divulgados em 2020. Mesmo com uma pequena queda nesses números no período pós-pandêmico, ainda assim os dados brasileiros demonstram que esse aumento de 30 anos mantém o país em posições superiores em relação ao restante do mundo (Agência IBGE, 2023; Capomaccio, 2024). Assim, os cuidados paliativos mostram-se ainda

mais fundamentais, em um cenário em que novas patologias são descobertas e difundidas, ameaçando a continuidade da vida e afetando um público em vulnerabilidade.

Nesse sentido, o paciente paliativo requer da equipe de saúde uma capacitação profissional que envolva a identificação precoce de sua condição, avaliação pormenorizada e singular, tratamento de queixas álgicas e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual, com o intuito de promover qualidade de vida a esses usuários (Alves *et al.*, 2019).

A abordagem paliativista é ancorada em alguns aspectos que baseiam sua prática e sua filosofia, de modo a direcionar posturas a serem adotadas por profissionais que lidam com sujeitos que tenham perfil para esse cuidado. Dessa forma, nove pressupostos servem como base na condução de práticas afins aos cuidados paliativos, sendo eles: a promoção do alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis; afirmação da vida e consideração da morte como um processo natural; não acelerar e nem adiar o processo de morrer; integração dos aspectos psicológicos e espirituais no cuidado; oferta de um sistema de suporte que possibilite aos pacientes viver de forma mais ativa possível, até o processo de finitude; oferta de suporte aos familiares durante a doença e enfrentamento do luto; abordagem multiprofissional que enfoque as demandas do paciente e de seus familiares, incluindo o acompanhamento no luto; melhora na qualidade de vida e influência positiva no curso da doença; e início precoce da palição, aliada a outras medidas de prolongamento da vida, incluindo investigações necessárias para a melhor compreensão e controle de situações clínicas estressantes (Brasil, 2023).

Dentro de um modelo de saúde ainda muito influenciado pelo paradigma biomédico, pautado em uma reificação do sujeito com redução de suas dimensões subjetiva e social (Terra, Campos; 2019), os princípios paliativistas, por vezes, ainda são classificados, a senso comum, a partir de uma postura isenta, de abandono de cuidados em saúde, ancorada em uma profunda discussão sobre o processo de finitude e temáticas que envolvem o ciclo do luto.

Desse modo, não raramente a prática dessa abordagem enfrenta resistência por parte de familiares e equipes de saúde que ainda não estão familiarizados com seus princípios e direcionamentos, cujas compreensões acerca da morte ainda divergem da visão de Cicely Saunders, pioneira na prática paliativista, que defende a ideia de que aceitar a proximidade da morte é o extremo oposto a não fazer nada (Saunders, 1965).

Considerando o intenso processo de transição demográfica e epidemiológica vivenciado em território brasileiro, a compreensão aprofundada acerca da temática torna-se ainda mais relevante em decorrência do aumento gradativo de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em palição, urgindo uma necessidade inerente de reorganização dos serviços com o intuito de atender essa demanda (Paraizo-Horvath *et al.*, 2022).

No cenário nacional, o último relatório da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), mostra um cenário de crescimento no número de serviços especializados nessa abordagem, que chega a 191 em todo o território, ante aos 177 contabilizados em 2018. Desse total, 96 pertencem ao Sistema Único de Saúde. Mesmo com essa curva ascendente, ainda assim esse quantitativo é insuficiente para colocar o país no grupo de nações com melhor nível de cobertura em cuidados paliativos (Santos; Ferreira; Guirro, 2020).

Uma outra problemática também observada com base nesses dados e exposta pelos mesmos autores diz respeito à alocação territorial desses serviços, expondo uma desigualdade espacial no que tange à oferta de cuidados paliativos. A comparar, a região sudeste conta com mais da metade de serviços especializados, 106, enquanto a região nordeste contabiliza apenas 26 serviços. A situação é ainda mais precarizada no Centro-Oeste e no Norte, que contam com 20 e 7 serviços paliativos especializados, respectivamente.

Para além desse desafio que expõe as disparidades territoriais e socioeconômicas brasileiras, existe um outro entrave associado à diversificação das redes de atendimento. Embora saiba-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) possa ser a estratégia de menor custo e maior impacto na saúde de uma população, a oferta de cuidados paliativos no Brasil ainda se encontra muito restrita à atenção hospitalar, sobretudo aos hospitais de alta complexidade (Silva; Nietzsche; Cogo, 2021).

Diferente do que se possa pensar acerca da oferta desse serviço, os cuidados paliativos devem ser fornecidos em todos os níveis de assistência, tendo a APS um papel fundamental nesse entrelaçamento de dispositivos preconizado pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS). É no atendimento junto à comunidade que a detecção precoce desses pacientes pode ser realizada, sendo então responsável pelos atendimentos iniciais e acolhimento do sujeito que passa por uma condição que ameaça sua vida, bem como a escuta de seus familiares (Fonseca *et al.*, 2022).

Cabe ressaltar aqui que, tomadas as devidas proporções, se o itinerário da patologia se complica, equipes especializadas, recursos avançados e tecnologias duras podem entrar em cena, objetivando tanto o alívio da dor total e outros sintomas, quanto a amenização de situações em que se percebe a falta de apoio familiar e social adequados (Santos; Ferreira; Guirro, 2020).

Dentro da seara dos cuidados paliativos, e sobretudo ao se abordar a temática dor, é importante ressaltar o conceito de dor total, aplicado amplamente na abordagem, e compreendido como um construto que leva em consideração as diversas dimensões do ser humano implicadas na dor. A abrangência do conceito abre uma outra aba no entendimento da dor na lógica paliativista, ao colocá-la sob uma ótica que ultrapassa o desconforto físico, mas

leva em consideração as particularidades sociais, espirituais e emocionais, demandando múltiplas intervenções, para que haja seu devido controle e amenização, implicando-se assim com a integralidade do sujeito e com a oferta de dignidade e conforto enquanto há vida (Clark, 2014, 2018).

Ainda nesse sentido, ao se considerar que o manejo da dor total leva ao conforto, este é definido, a partir da teoria do conforto de Kolcaba (2003) como uma experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência atendidos em quatro contextos, sendo eles o físico, o psicoespiritual, o social e o ambiental. Logo, da mesma forma que a totalidade da dor leva ao reconhecimento e à validação de diversas esferas da constituição humana, o ato de gerar conforto também deve, necessariamente, abranger essa variedade de questões.

Em meio a esse contexto, a Atenção Primária à Saúde tem sido considerada o melhor campo assistencial em saúde na prestação e consolidação dos cuidados paliativos, considerando sua proximidade geográfica e cultural com o meio social do paciente assistido, bem como os vínculos profissionais que são criados nesses espaços, contribuindo para a humanização dessas práticas (Paraizo-Horvath *et al.*, 2022).

Sendo ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, a APS oferece condições benéficas para a operacionalização das práticas paliativas, baseando esse fato ainda na pactuação ocorrida na Comissão Intergestores Tripartite, de 31 de agosto de 2018, que dispõe sobre as diretrizes para organização dos cuidados paliativos, a partir da integralidade contínua no SUS (Brasil, 2018).

Nessa mesma pactuação, percebe-se uma preocupação central com os processos formativos de todo e qualquer profissional da saúde que, porventura, vá atuar na assistência. Considerando as previsões de aumento de pacientes em palição, o documento objetiva, dentre outras determinações, o fomento à instituição de disciplinas e conteúdos programáticos de Cuidados Paliativos no ensino de graduação e especialização dos profissionais de saúde; a oferta de educação permanente em Cuidados Paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS e a promoção da disseminação de informação sobre os Cuidados Paliativos na sociedade (Brasil, 2018).

A pactuação define ainda que os cuidados paliativos devem ser ofertados em qualquer ponto das RAS, sendo a Atenção Básica expressamente citada dentre as possibilidades de espaços em que a abordagem pode e deve ser posta em prática. Para além disso, os profissionais especialistas em cuidados paliativos atuantes na rede poderão ser referência e

potenciais matriciadores dos demais serviços, podendo essa prática ser feita *in loco* ou mesmo por tecnologias de comunicação à distância (Brasil, 2018).

Entretanto, ainda se evidencia na literatura e na prática laboral uma necessidade de ampliação dessa temática, de modo que os recursos humanos que constituem a principal porta de entrada do SUS estejam, de fato, capacitados teórica e tecnicamente para o acolhimento e tomada de decisões e de demandas desses pacientes (Silva; Nietzsche; Cogo, 2021).

Levando em consideração que o SUS tem como uma de suas responsabilidades constitucionais ordenar a formação de recursos humanos para a área da saúde e incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico, sendo ainda pautado por uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2007), a formação desses trabalhadores objetiva uma compreensão integral do cuidado, abrangendo estratégias de promoção, prevenção e recuperação em saúde.

O desenvolvimento de estratégias que levem em consideração as práticas de Educação Permanente em Saúde (EPS) torna-se um ponto fulcral da consolidação de um serviço de saúde preocupado com o aprimoramento de seus trabalhadores. Entretanto, a desvalorização das iniciativas de EPS contribui para que estas não sejam efetivadas na rede de saúde, fazendo com que, muitas vezes, a Educação Continuada seja vista de forma mais destacada, em detrimento de processos que corroborem com a formação no e para o trabalho (Ferreira *et al.*, 2019).

Entende-se como Educação Permanente a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS se baseia tanto na aprendizagem significativa quanto na possibilidade de transformar as práticas profissionais, acontecendo no próprio cotidiano laboral (Brasil, 2014).

Com vistas à melhoria da qualidade da gestão e da atenção, considera-se necessária a legitimação da EPS como um movimento e uma política educativa no contexto da atenção básica brasileira, distanciando-se assim, de uma lógica pautada na utilização de pedagogias calcadas na transmissão de conhecimentos, sobretudo quando se põe em voga a construção contínua de profissionais capacitados atuando em comunidade (Ferreira *et al.*, 2019).

Em torno dessa necessidade de capacitação de profissionais, incluindo o aprimoramento de conhecimento sobre diversas temáticas, dentre as quais pode-se destacar os cuidados paliativos, a Atenção Domiciliar (AD) também ganha força nesse contexto, sendo caracterizada como um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, reabilitação e palição, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde (Procópio *et al.*, 2019).

Utilizando abordagens diversas, esse tipo de serviço está disponível no SUS, sendo ofertado a partir da demanda apresentada pelo paciente, estruturando-se com base em diferentes equipes. Quando o paciente precisa ser assistido com uma frequência menor e já apresenta certo grau de estabilidade, essa assistência pode ser feita pela própria equipe de Saúde da Família/Atenção Básica de sua referência. Já em casos que apresentam uma maior complexidade, é realizado o acompanhamento pelas equipes multiprofissionais de atenção domiciliar e de apoio, do Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), também conhecido como Programa Melhor em Casa (PMeC) (Rajão; Martins, 2020).

O PMeC é composto por uma equipe multiprofissional que pode englobar médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos, que realizam atendimento domiciliar de pessoas que necessitam de cuidados de saúde mais intensivos. O acesso geralmente é feito no hospital em que o usuário estiver internado ou ainda por solicitação da equipe de Saúde da Família/Atenção Básica ou da Unidade de Pronto Atendimento (Santos *et al.*, 2022).

Em 2023, o PMeC passou por revisões normativas importantes, que definiram o aumento de 30% nos valores de custeio, a possibilidade de equipes exclusivas para reabilitação intensiva para municípios menores de 20 mil habitantes, além da implementação do telessaúde no serviço, dentre outras inovações (Ministério da Saúde, 2024). Esse constante aperfeiçoamento é fundamental para manter o panorama do programa sempre atualizado e condizente às demandas que também se atualizam.

O ano de 2024 trouxe atualizações para o PMeC, como a inclusão de equipes exclusivas para a reabilitação domiciliar e novos critérios de atuação. De acordo com a Portaria GM/MS Nº 3005/2024, as Equipes Multiprofissionais de Apoio para Reabilitação (EMAP-R) são compostas por, no mínimo, três profissionais de nível superior, dentre fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e enfermeiros (Brasil, 2024a). Desse modo, pode-se vislumbrar uma participação concreta da integração dos cuidados paliativos ao Serviço de Atenção Domiciliar do SUS.

Em suma, é inegável que as discussões em torno da abordagem paliativista cresceram nos últimos anos, sobretudo diante do cenário pandêmico e pós-pandêmico. Contudo, ainda assim é possível observar uma fragilidade que já é identificada em níveis formativos prematuros, ainda na graduação, quando a carência de discussões sobre a temática ainda é percebida (Alves; Oliveira, 2022). Nessa perspectiva, não raramente os próprios profissionais assistenciais, a partir de um exercício de autorreflexão, percebem uma fragilidade

na atuação e a necessidade de mais investimentos que capacitem o corpo profissional que assiste usuários em palição (Alves; Oliveira, 2022).

Um passo importante nesse contexto foi dado recentemente, em 2024, com a Publicação da Política Nacional de Cuidados Paliativos, por meio da Portaria GM nº 3681, que reafirma um compromisso com o incentivo à formação e educação continuada de profissionais da RAS e à realização de atividades educativas direcionadas à população em geral que abranjam a temática (Brasil, 2024b).

Ainda nessa mesma legislação, são definidas competências e atribuições dos pontos de atenção que compõem a RAS, sendo direcionada à atenção primária a oferta de um conjunto de ações de saúde em cuidados paliativos, no âmbito individual e coletivo, por meio dos diferentes tipos de equipe existentes, nas unidades básicas de saúde, domicílios e territórios (Brasil, 2024b).

Em face do exposto, percebe-se a necessidade de qualificação dos profissionais na busca por uma compreensão categórica dos princípios paliativistas, de modo a otimizar os direcionamentos de terapêuticas e encaminhamentos em tempo hábil, com o intuito de implementar um constante aprimoramento das linhas de cuidado e tratamento adequados a esse público.

1.3 Justificativa e Relevância do estudo

A rede de Atenção Primária à Saúde se constitui como uma importante ferramenta na valorização e compartilhamento dos saberes envolvidos na prática dos cuidados paliativos, ao ofertar suporte, proteção e apoio ao sujeito, seus familiares e cuidadores, desde o atendimento institucional, na própria unidade básica, até a assistência realizada em domicílio. Além disso, tem como uma de suas funções a prestação de momentos formativos à sua equipe, operacionalizados por meio das educações continuadas, demonstrando a importância da capacitação teórico-prática de seus recursos humanos (Côbo *et al.*, 2019).

Logo, esse processo é atravessado, invariavelmente, pela prática dos cuidados paliativos ao longo de seu percurso, que surge como oportunidade de garantir a qualidade de vida e de morte aos usuários do sistema de saúde. Assim, o presente estudo se justifica tendo em vista que a compreensão dos sujeitos acerca da temática influencia diretamente em suas práticas assistenciais, gerando repercussões sobre as estratégias de cuidado adotadas.

Por conseguinte, estudar sobre os significados atribuídos pelos profissionais às práticas paliativistas gera impactos relevantes não apenas no que diz respeito à formação

profissional das equipes de trabalho, mas também sublinha a própria efetividade das práticas de saúde que são realizadas junto a esses usuários.

Trazer para o centro do debate a compreensão que esses sujeitos elaboram acerca dos cuidados paliativos e de que forma isso aparece em seus cotidianos laborais nos permite ter acesso a conteúdos pertinentes que direcionam as lacunas pré-existentes, mas também as potencialidades percebidas no cenário da APS e, em especial, da atenção domiciliar, e de que modo o estar no território pode contribuir para o conforto e bem-estar dos pacientes e seus familiares.

Pressupõe-se, com base no exposto, que a atuação dos cuidados paliativos no âmbito da atenção domiciliar ainda carece de bases mais consistentes, no que diz respeito à formação e atuação dos profissionais que atuam nesse dispositivo ao se deparar com usuários paliativos, de modo a fortalecer a prática dessa abordagem, bem como reforçar os princípios ético-clínicos que a embasam. Apesar de ter um arsenal jurídico, pode-se ter uma gestão incipiente, baixos recursos financeiros, ausência de insumos, capacidade instalada que não segue parâmetros oficiais e falhas no cuidar por parte dos profissionais. Além disso, outro pressuposto pré-estabelecido diz respeito à própria formação dos profissionais atuantes nesse campo, cujas formações acadêmicas não contemplaram disciplinas e/ou discussões que fizessem referência à temática.

Ressalta-se, ainda a relevância da pesquisa para o Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal Ceará (UFC) em Sobral, Ceará, tendo em vista que a abordagem paliativista é capaz de trazer contribuições importantes tanto para o meio científico, quanto para o campo assistencial, ampliando as possibilidades de atuação do município e promovendo assim uma mudança na realidade sociopolítica dos usuários.

1.4 Relação do Objeto de Estudo com a Linha de Pesquisa do Programa

O objeto de estudo da presente pesquisa trata-se da compreensão dos profissionais do Programa Melhor em Casa do município de Sobral, Ceará, acerca dos cuidados paliativos. Verifica-se uma relação intrínseca com a linha de pesquisa Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Sistemas de Saúde (EEDPSS), visto que o estudo busca trabalhar com aspectos inerentes à competência humana, em especial no que diz respeito à dimensão laboral que constitui o sujeito que atua na área de complexidade em saúde supracitada.

Entendendo as estratégias de Educação Permanente como uma ferramenta potente no aprimoramento e refinamento de competências, habilidades e atitudes necessárias ao profissional de saúde, chegar ao ponto de compreensão desses trabalhadores contribui ainda para se pensar em possíveis caminhos que podem ser seguidos, a partir da identificação de dúvidas e questionamentos acerca da temática, ou mesmo compreensões equivocadas que possam prejudicar o cuidado prestado e a escuta qualificada.

Dessa forma, propõe-se uma investigação que parta dos pontos de vista político, conceitual e metodológico, acerca dos os saberes já enraizados nesses profissionais no que concerne à temática dos cuidados paliativos, mas aprofundar também nas lacunas existentes acerca desse mesmo assunto, entendendo que trata-se de uma abordagem multidimensional, pautada no paradigma biopsicosocioespíritual, que exige do trabalhador um conhecimento internalizado sobre posturas éticas e bioéticas no cotidiano do serviço assistencial.

Assim, o presente objeto de estudo é atravessado pelas condições socioculturais implicadas na subjetividade humana, considerando ainda os aspectos históricos que invariavelmente influenciam no entendimento desses trabalhadores sobre o tema central da pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Realizar intervenções formativas sobre Cuidados Paliativos junto aos profissionais do Programa Melhor em Casa do município de Sobral, Ceará.

2.2 Objetivos Específicos

- Diagnosticar os principais desafios desses profissionais no manejo e encaminhamentos de pacientes em Cuidados Paliativos;
- Identificar estratégias potencializadoras do cuidado ao paciente paliativo utilizadas por esses profissionais;
- Especificar as influências do trabalho multiprofissional na assistência prestada aos pacientes em cuidados paliativos no PMeC;
- Planejar e sistematizar propostas e ações formativas que tenham por base as necessidades identificadas na prática dos profissionais do PMeC junto a esses usuários;
- Evidenciar as percepções dos participantes acerca das intervenções realizadas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo se encontra em formato de um artigo de revisão integrativa da literatura, submetido e aprovado pela Revista Saúde e Pesquisa. Abaixo, segue o formato do artigo, cuja publicação original encontra-se também no anexo A, na íntegra.

Percepção de Profissionais de Saúde sobre Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: Uma Revisão Integrativa

RESUMO

Objetiva-se sumarizar evidências científicas que dizem respeito à atuação dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde a partir de publicações científicas. Para tanto, foi realizada uma revisão integrativa da literatura dos últimos cinco anos, construída a partir de pesquisas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, PubMed e SciELO, por meio dos descritores “Integrative Palliative Care”, “Palliative Care”, “Primary Health Care” e “Home Care Services”, resultando em 8 estudos selecionados. Definiram-se duas categorias de análise que abordam os processos formativos e a assistência em saúde junto aos Cuidados Paliativos. Conclui-se que a formação dos profissionais que atuam nesse campo ainda é muito deficitária, com a escassez de disciplinas ou módulos que contemplem essa temática.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Atenção Primária à Saúde. Profissional de Saúde.

Health Professionals' Perception of Palliative Care in Primary Health Care: An Integrative Review

ABSTRACT

The objective is to summarize scientific evidence regarding the role of palliative care in primary health care based on scientific publications. To this end, an integrative review of the literature from the last five years was carried out, constructed from searches in the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, PubMed and SciELO databases, using the descriptors “Integrative Palliative Care”, “Palliative Care”, “Primary Health Care” and “Home Care Services”, resulting in 8 selected studies. Two categories of analysis were defined that address training processes and health care alongside Palliative Care. It is concluded that the training of professionals who work in this field is still very deficient, with a scarcity of subjects or modules that cover this topic.

Keywords: Palliative Care. Primary Health Care. Health Personnel.

INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos podem ser entendidos como uma abordagem holística ativa que busca a melhoria da qualidade de vida de pacientes de todas as idades, assim como de seus familiares, que enfrentam algum tipo de problema relacionado a doenças graves e especialmente aqueles que estão próximos do fim da vida.^{1,2,3}

De acordo com pesquisas recentes acerca da temática, quando utilizados em concomitância com a ênfase no gerenciamento agressivo de sintomas, os cuidados paliativos podem sustentar resultados clínicos e centrados no paciente durante o tratamento, sendo um importante aliado na promoção de conforto e dignidade.^{4,5}

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) acaba assumindo um papel protagonista, ao tentar suprir a falta de dispositivos voltados especificamente para cuidados em fim de vida, proporcionando assim uma assistência que permita ao usuário maior proximidade com seu próprio território e ser assistido por profissionais com quem já tenha um vínculo pré-estabelecido. Nesse espaço, a detecção precoce, o acolhimento e o atendimento inicial podem ser concretizados, sendo importante ainda no encaminhamento para serviços de maior complexidade, quando se fizer necessário.⁶

Dessa forma, é importante destacar o fator de promoção de saúde potencializado pela prática dos cuidados paliativos na APS. Sendo ordenadora do cuidado, a prática de medidas paliativas, no primeiro nível de complexidade, traz benefícios aos usuários desde o primeiro contato com a saúde pública, destacando a necessidade de se promover saúde mesmo diante de um prognóstico difícil ou da impossibilidade de se trabalhar com medidas curativas.⁷

Dentre os serviços ofertados na APS que assistem o paciente paliativo, pode-se destacar o cuidado ofertado a domicílio, isto é, a atenção domiciliar, sendo essa um conjunto de atividades de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, reabilitação e palição, garantindo, assim, a continuidade do cuidado e a integração à Rede de Atenção à Saúde.⁸

A atenção domiciliar ofertada junto à comunidade pode ser composta por vários profissionais de saúde de diferentes categorias, que realizam atendimento domiciliar de pessoas que necessitam de cuidados de saúde mais frequentes. Quando existem casos que apresentam um maior nível de complexidade, esse acompanhamento é feito pelas equipes multiprofissionais de atenção domiciliar e de apoio, do Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), ou Programa Melhor em Casa (PMC).⁹ O acesso geralmente é feito no hospital em que o usuário estiver internado ou ainda por solicitação da equipe de Saúde da Família/Atenção Básica ou da Unidade de Pronto Atendimento.¹⁰

Portanto, o objetivo do presente estudo é realizar uma avaliação integrativa e sumarizar evidências científicas que dizem respeito à percepção dos profissionais de saúde sobre a atuação dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura. Tal metodologia permite ao pesquisador obter uma compreensão pormenorizada acerca de um tema específico, alicerçando-se em critérios metodológicos bastante precisos, a partir de um conjunto de etapas explícitas, em que os resultados podem ser visualizados de forma acessível.¹¹

Considerada uma ferramenta da Prática Baseada em Evidências (PBE), o processo de elaboração de uma revisão integrativa segue seis passos básicos, que foram respeitados ao longo do presente estudo: identificação e formulação do problema; pesquisa bibliográfica; seleção dos estudos e extração dos dados; síntese e análise dos dados; discussão e interpretação dos resultados; conclusão e divulgação.¹²

Para a construção da pergunta de partida, considerando o aspecto qualitativo do fenômeno a ser estudado, utilizou-se a estratégia PICO, cuja letra P refere-se aos participantes (cuidadores e profissionais de saúde da atenção primária); I ao fenômeno de interesse (atuação em cuidados paliativos); a letra C refere-se à comparação (não intervenção/não operacionalização dos cuidados paliativos na APS); e O ao desfecho (qualidade e melhoria da assistência prestada na APS em demandas relacionadas aos cuidados paliativos). A utilização desse método, resultou no seguinte questionamento: De que forma a atuação dos Cuidados Paliativos é operacionalizada na Atenção Primária à Saúde?

Foram consultados os bancos de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed via *National Library of Medicine and Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), sendo, todos os citados, sítios eletrônicos que atendem as iminências de informações científicas de acadêmicos e trabalhadores da saúde, por apresentarem uma representatividade considerável de produções em seus catálogos.

Foram utilizados os termos contidos no Medical Subject Headings (Mesh): “*Integrative Palliative Care*”, “*Palliative Care*”, “*Primary Health Care*” e “*Home Care Services*”, aplicados em inglês, combinados entre si. De modo a refinar os achados, foi lançado mão ainda dos operadores booleanos “AND” e “OR”. O caractere curinga das aspas também foi aplicado, objetivando a busca por frases exatas.

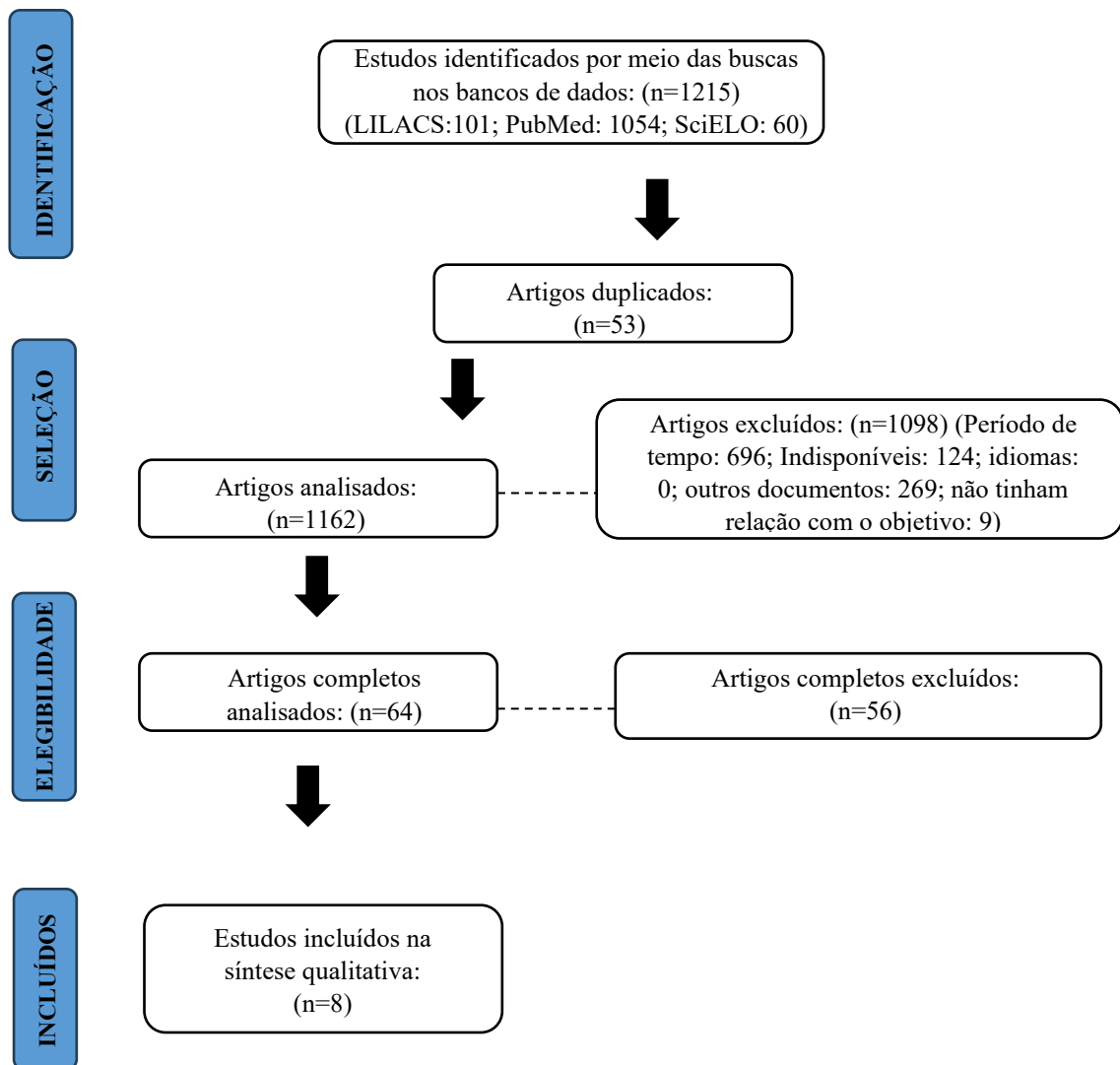
A partir da combinação de caracteres, chegou-se à seguinte string de pesquisa: ("*Integrative Palliative Care*" OR "*Palliative Care*") AND ("*Primary Health Care*" OR "*Home Care Services*"). A coleta de dados ocorreu entre os meses de março a julho de 2024.

Como critérios de inclusão, foram elencados os seguintes pontos: a) artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, com textos na íntegra, que estivessem disponíveis nos bancos de dados selecionados de forma gratuita; b) artigos que tratassem de temáticas afins à pergunta norteadora da pesquisa; c) artigos que abordassem de forma direta a temática dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde a partir de uma visão geral da população de profissionais assistenciais do supracitado nível de assistência; e d) artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, publicizados entre os anos de 2019 a 2024.

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: a) artigos que não disponibilizassem resumo; b) artigos cujo conteúdo foram considerados irrelevantes para o propósito do estudo; c) artigos que não estabeleciam uma ligação direta com a temática da pesquisa; d) artigos duplicados no banco de dados; e) artigos que abordassem os cuidados paliativos a partir da perspectiva da atenção secundária à saúde, atenção terciária à saúde ou com base em serviços privados de saúde; f) produções científicas cujo formato não se enquadrassem na categoria artigo, a exemplo de livros, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso de graduação, capítulos, editoriais, cartas ao editor, artigos de opinião e artigos de revisão.

No que tange ao processo de seleção dos artigos, estes foram identificados e escolhidos a partir da seguinte sistematização: 1) leitura dos títulos; 2) leitura dos resumos dos artigos selecionados na fase 1; 3) leitura completa dos artigos selecionados na fase 2; 4) exploração dos artigos incluídos no processo de revisão integrativa; 5) codificação dos conteúdos principais contidos no corpo de cada artigo; 6) categorização dos resultados identificados no corpus analisado.

Figura 1 - Diagrama da seleção dos estudos que compõem a revisão integrativa de acordo com os bancos de dados, adaptado pelo PRISMA.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Os resultados foram sintetizados, a partir da geração de códigos que identificassem cada texto. Dessa forma, o material recebeu uma sequência numérica para facilitar sua identificação (Artigo 1 - A1; Artigo 2 – A2...).

De modo a garantir a confiabilidade dos dados, foi feita uma análise da qualidade metodológica, com base no modelo de classificação do nível de evidência (NE) da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), a partir da seguinte divisão de níveis: Nível I: metanálises de múltiplos estudos controlados; Nível II: estudo individual com delineamento experimental; Nível III: estudo com delineamento quase experimental como estudo sem

randomização; Nível IV: estudo com delineamento não experimental, como pesquisa descritiva correlacional, qualitativa ou estudo de caso; Nível V: relatórios de casos ou dados obtidos de forma sistemática; e Nível VI: opiniões de autoridades baseadas na competência clínica ou na opinião de comitês de especialistas.¹³

RESULTADOS

A amostra final foi composta por 8 artigos, de um total de 1215. Dentre os artigos selecionados, 6 estão redigidos em português e 2 em inglês. No que diz respeito ao ano de publicação, dois artigos foram publicados em 2019, um em 2020, dois em 2021, dois em 2022 e um em 2023.

O Quadro 1 apresenta um panorama dos artigos incluídos na revisão.

Quadro 1 - Panorama dos artigos selecionados, 2024.

Artigo	Autores/Ano	Título	Delineamento Metodológico	NE
A1	Spineli <i>et al.</i> , 2022	<i>Educational needs in palliative care of Primary Health Care nurses</i>	Estudo exploratório, de abordagem qualitativa	IV
A2	Flores <i>et al.</i> , 2019	Formação profissional: cuidado ao paciente oncológico sem possibilidade terapêutica na Atenção Básica	Estudo exploratório, de abordagem qualitativa	IV
A3	Melo <i>et al.</i> , 2021	Concepções, desafios e competências dos enfermeiros em cuidados paliativos na atenção primária à saúde	Estudo exploratório, de abordagem qualitativa	IV
A4	Mattos; Derech, 2020	Cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária à saúde brasileira	Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa	IV
A5	Ribeiro; Poles, 2019	Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família	Estudo descritivo, de abordagem qualitativa	IV
A6	Van Heerden; Jenkins, 2022	<i>The role of community health workers in palliative care in a rural subdistrict in South Africa</i>	Estudo descritivo, de abordagem qualitativa	IV
A7	Prado <i>et al.</i> , 2023	Teoria fundamentada sobre o tornar-se cuidador de um familiar em cuidado paliativo pela atenção domiciliar	Estudo explicativo, de abordagem qualitativa	IV

A8	Nardino; Olesiak; Quintana, 2021	Significações dos cuidados paliativos para profissionais de um serviço de atenção domiciliar	Estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa	IV
-----------	--	--	--	----

Fonte: Elaborado pelos autores.

A seguir, o Quadro 2 apresenta os objetivos gerais dos artigos e os principais resultados das literaturas selecionadas.

Quadro 2 – Síntese dos artigos por objetivo e conclusões, 2024.

Artigo	Objetivo	Principais Resultados
A1	Compreender a experiência de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde com cuidados paliativos e suas necessidades educacionais na temática.	Foram identificadas lacunas na definição dos cuidados paliativos e nos princípios filosóficos que os norteiam.
A2	Discutir a formação de profissionais da rede de Atenção Básica na atuação com pacientes oncológicos sem possibilidades terapêuticas, tendo em vista a demanda apresentada no campo da saúde em relação a esses pacientes e o desafio da estruturação de uma linha de cuidado que proporcione a integralidade da atenção aos mesmos.	A formação profissional e a qualificação para o trabalho não atenderam a demanda de pacientes oncológicos sem possibilidades terapêuticas.
A3	Identificar conhecimento, competências e desafios enfrentados pelos enfermeiros das Estratégias de Saúde da Família acerca dos cuidados paliativos.	Os principais desafios compreendem conhecimento incipiente, falta de preparo técnico e ausência de uma equipe multiprofissional.
A4	Caracterizar a prática de cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária brasileira.	A maioria dos entrevistados não teve disciplina de cuidados paliativos na graduação. Há pouca disponibilidade de equipe multidisciplinar.
A5	Compreender a percepção dos médicos da Estratégia Saúde da Família acerca dos cuidados paliativos.	Médicos possuem conhecimento incipiente sobre cuidados paliativos e dificuldade para abordá-lo.
A6	Explorar o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na prestação de cuidados paliativos num subdistrito rural da África do Sul.	Paliação como função da enfermeira. Profissionais em conflito com a sua capacidade limitada de prestar cuidados paliativos.
A7	Compreender as condições relacionadas ao tornar-se cuidador familiar principal de um membro da família que recebe cuidados paliativos por serviço de Atenção Domiciliar.	Profissionais do serviço mostraram dificuldades para abordarem o tema da morte e de cuidado paliativo com paciente e cuidador.

A8	Compreender as significações dos cuidados paliativos para os profissionais de uma equipe de atenção domiciliar, que configura uma das modalidades de assistência em que esses cuidados podem ocorrer.	Atuar em cuidados paliativos exige um bom gerenciamento das emoções e preparo para trabalhar com situações complexas.
-----------	---	---

Fonte: Elaborado pelos autores.

A partir da caracterização dos artigos selecionados, foram elencadas duas categorias de discussão representativas dos principais pontos elencados pelos autores das literaturas analisadas.

DISCUSSÃO

Com base nos principais resultados dos artigos, pontuados no Quadro 2, nota-se que, em sua maioria, os achados da literatura apontam para um conhecimento incipiente acerca das práticas e dos princípios que embasam a filosofia paliativista, indicando alguns pontos importantes de serem destacados ao longo desse processo. Desse modo, duas categorias de análise foram criadas a partir dessa exposição: 1) Processos Formativos em Saúde e Cuidados Paliativos: A construção do profissional em destaque; e 2) Assistência em Saúde e Cuidados Paliativos: Operacionalização dos princípios basilares.

PROCESSOS FORMATIVOS EM SAÚDE E CUIDADOS PALIATIVOS: A CONSTRUÇÃO DO PROFISSIONAL EM DESTAQUE

São classificados nessa categoria os artigos A2, A3, A4, A7 e A8. Dentre os estudos analisados, houve um consenso no que diz respeito à fragilidade na formação dos profissionais de saúde ao se trabalhar com Cuidados Paliativos. Nesse sentido, observa-se que, mesmo com dados apontando para um envelhecimento populacional, e dando indícios de um aumento no número de usuários do SUS nesse perfil, a realidade demonstra que profissionais estão sendo formados sem o conhecimento devido acerca dessa abordagem.

Melo *et al.* (2021)¹⁴, por exemplo, ao aplicarem um questionário *on-line* com 24 enfermeiros atuantes na APS do Rio Grande do Sul, chegaram à conclusão que os principais desafios encontrados na atuação dessa categoria compreendem um conhecimento insuficiente sobre a temática, além da falta de preparo técnico e científico e a ausência de uma equipe multiprofissional nos serviços que atuam. Para além do desconhecimento diagnosticado pelos autores, o estudo também aponta para uma escassez de profissionais que possam atuar junto à

figura do enfermeiro, quando se trabalha com cuidados paliativos, tornando inviável que o princípio da atuação multiprofissional seja posto em prática.

Mattos e Derech (2020)¹⁵ corroboram esse fato, ao realizarem um estudo com médicos de família e comunidade atuantes na APS. Um de seus achados aponta exatamente para essa ausência de categorias diversificadas que possam contribuir para a prática médica em cuidados paliativos. Para além disso, os autores indicam ainda uma outra problemática na formação desses sujeitos, ao constatarem que 92% dos participantes não teve nenhuma disciplina sobre cuidados paliativos ao longo da graduação.

Flores *et al* (2019),¹⁶ ao realizarem entrevistas com profissionais de saúde da atenção básica da região de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, observaram que os profissionais participantes da pesquisa não se sentem qualificados para atender os pacientes oncológicos sem possibilidades terapêuticas, devido à formação profissional e a qualificação para o trabalho não atenderem essa demanda. Nesse sentido, percebe-se que o estudo em questão sublinha a importância de considerar a formação em saúde um processo contínuo, que não se encerra ou se limita ao ambiente acadêmico, a exemplo da própria graduação e pós-graduação. Logo, a formação no *locus* de trabalho também é capaz de gerar benefícios a esses profissionais, desde que leve em consideração as demandas existentes no serviço. Entretanto, os artigos analisados mostram que, no que se refere ao aprimoramento de conhecimentos e práticas em cuidados paliativos, ainda existe uma distância entre o cenário idealizado e a realidade vislumbrada nos serviços de saúde.

Quem também chama a atenção para o processo formativo é a pesquisa de Nardino, Olesiak e Quintana (2021),¹⁷ que realizaram entrevistas semiestruturadas com profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar que atendiam pacientes paliativos. Em seus resultados, os autores sublinham que a contemplação dos princípios nas grades curriculares dos cursos de graduação, alinhada ao desenvolvimento pessoal e o bom gerenciamento de emoções podem gerar benefícios para a assistência prestada. Nesse sentido, o foco do estudo recai sobre os profissionais que prestam serviços de saúde na própria residência dos pacientes, lançando reflexões sobre a necessidade de capacitá-los para a oferta de um atendimento que possa levar em consideração as necessidades particulares e heterogêneas de cada sujeito.¹⁷

Para além do cuidado paliativo em si, temáticas que rodeiam esse ponto também podem ser potentes no momento de formar profissionais, a exemplo dos estudos que envolvem o processo de luto e de terminalidade humana. No delineamento realizado por Prado *et al.* (2023),¹⁸ mostrou-se que profissionais de enfermagem sentiram dificuldades em abordar o tema da morte junto aos pacientes e seus respectivos cuidadores, mostrando que não basta explicitar

os princípios, sem que estes estejam intimamente conectados à realidade situacional, que envolve temáticas que possam parecer delicadas para determinados sujeitos. O protagonismo dado aos cuidadores nesse delineamento demonstra também uma preocupação cada vez mais crescente relacionada à formação desses sujeitos para a oferta de um cuidado holístico, sobretudo quando se trata de pacientes em fim de vida. Logo, a articulação de cuidadores informais com profissionais que compõem o SAD surge como uma oportunidade de potencializar terapêuticas e medidas benéficas à promoção da dignidade e bem-estar dos usuários.¹⁸

Um passo importante nesse contexto foi dado em 2024, com a Publicação da Política Nacional de Cuidados Paliativos, por meio da Portaria GM nº 3681, que reafirma um compromisso com o incentivo à formação e educação continuada de profissionais da RAS e à realização de atividades educativas direcionadas à população em geral que abranjam a temática.¹⁹

Portanto, ao se traçar essa relação entre o percurso formativo dos profissionais e a temática dos cuidados paliativos, o que se percebe é um conhecimento insuficiente no que diz respeito a aspectos basilares no manejo e trato desse perfil de usuário e seus familiares, trazendo prejuízos à assistência prestada e prejudicando as boas práticas de atendimento em saúde.

ASSISTÊNCIA EM SAÚDE E CUIDADOS PALIATIVOS: OPERACIONALIZAÇÃO DOS PRINCÍPIOS BASILARES

São classificados nessa categoria os artigos A1, A5 e A6. Para além do conhecimento teórico, ao se trabalhar dentro do campo dos cuidados paliativos ou em dispositivos que o abarque, é necessário ainda se apropriar dos pressupostos que concretizam a prática paliativa, de modo a evitar decisões errôneas em relação à saúde do paciente assistido, falhas bioéticas e o perigo de incorrer em futilidades e/ou obstinações terapêuticas.

Ribeiro e Poles (2019)²⁰ trabalham com uma categoria profissional que também demonstrou uma série de dificuldades no que diz à sua atuação profissional em cuidados paliativos. Ao realizarem entrevistas semiestruturadas com 16 médicos que atuam nas Estratégias Saúde da Família do município de Lavras, Minas Gerais, identificaram que, além do saber exíguo sobre o tema, existe um entrave ao se trabalhar partindo de uma perspectiva holística. Entendendo que a formação e atuação em saúde ainda é muito pautada por uma visão uniprofissional, em que o contato com outros cursos de graduação e categorias também é limitado, alguns reflexos desse modelo educacional acabam aparecendo na prática profissional,

prejudicando não só o entendimento das medidas e decisões terapêuticas, quanto a aplicação destas.

Enquanto isso, Spineli *et al.* (2022),²¹ a partir da realização de 19 grupos focais com 181 enfermeiros atuantes na Atenção Primária, obtiveram como um de seus principais resultados que o conhecimento apresentado por esses profissionais, ao lidarem com demandas relacionadas à palição revelou-se limitado. Foram identificadas lacunas básicas e introdutórias no que diz respeito à abstração da temática, como questionamentos referentes à definição dos cuidados paliativos e dos princípios filosóficos que os norteiam. As experiências descritas no estudo evidenciam a necessidade de momentos de educação permanentes junto a esses sujeitos, que possam abranger, inclusive aspectos mais gerais, tais como os critérios de elegibilidade dos pacientes, cuidado integral ao paciente e à família, comunicação interpessoal e de notícias difíceis, atuação em equipe multiprofissional e cuidados no final de vida.

Em pesquisa realizada em um subdistrito rural da África do Sul, Van Heerden e Jenkins (2022),²² por meio de entrevistas semiestruturadas e grupos focais temáticos com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), verificaram que apesar de os ACS serem capazes de identificar e encaminhar os pacientes, a palição ainda era muito restrita à enfermeira responsável pela Unidade de Saúde. Além disso, os agentes apresentavam conflitos constantes em relação à capacidade limitada de ofertar algum tipo de cuidado para esses usuários. Partindo do recorte feito na pesquisa supracitada, é possível observar que essa realidade também é comum em outros territórios e serviços, em que um profissional de referência toma para si a responsabilidade majoritária de estabelecer as diretrizes a serem tomadas quando um paciente já não apresenta propostas curativas possíveis. Em outras palavras, a palição acaba sendo feita por um único sujeito, prejudicando a tomada de decisões multiprofissionais, que pode apresentar perspectivas e horizontes válidos no itinerário terapêutico.

É válido ressaltar ainda que, por se tratar de uma abordagem possível de ser posta em prática na atenção primária, diversos fatores que prejudicam o bem-estar do paciente, por estar hospitalizado, são mitigados, favorecendo assim uma prestação de cuidados assistenciais mais humanizada. A hospitalização interrompe as redes de apoio dos pacientes, deixando-os vulneráveis, exigindo que os profissionais os defendam para garantir seus direitos e proporcionar experiências de cuidado positivas.²³ Logo, a palição na atenção básica destaca-se por trazer um papel comunitário à atenção holística no fim de vida.

IMPLICAÇÕES PRÁTICAS DO ESTUDO

A partir dos resultados expressos e discutidos, é possível entender que as investigações acerca da prática dos cuidados paliativos na APS, em especial no que diz respeito à atuação de profissionais e cuidadores, podem gerar benefícios relevantes na estruturação de uma linha de cuidado voltada especificamente a usuários que se encontram em fim de vida ou que estejam passando por uma enfermidade que ameaça suas vidas, trazendo aspectos benéficos também aos seus familiares. A ausência de disciplinas robustas e consolidadas nas grades curriculares dos profissionais demonstra uma fragilidade na formação formal dos profissionais, urgindo também uma reformulação dos currículos, de modo a contemplar as discussões que permeiam os cuidados paliativos.

Além disso, a criação e ampliação de políticas públicas que possam dar conta da demanda desse público também aparece como uma importante implicação prática deste estudo, à medida que iniciativas governamentais podem atingir um quantitativo maior de usuários, de modo a trazer inovações e contribuições à assistência prestada nessa seara.

CONCLUSÃO

A partir da análise feita com os artigos selecionados, essa revisão permitiu sumarizar evidências científicas que dizem respeito à atuação profissional nos cuidados paliativos na atenção primária à saúde. Foi possível observar que a formação dos profissionais que atuam nesse campo ainda é muito deficitária, com a escassez ou ausência completa de disciplinas, módulos ou discussões no geral, ao longo da graduação, que contemplem essa temática. Além disso, a prática profissional também é prejudicada quando não se tem uma base teórica consistente, que proporcione ao profissional de saúde uma atuação pautada nos princípios ético-políticos que sustentam a abordagem paliativista.

Indica-se a necessidade de novos estudos que busquem traçar um perfil desse cuidado na atenção básica, de modo a oportunizar a criação de políticas públicas pertinentes ao suporte e aprimoramento dos profissionais no que tange a esse assunto. É importante sublinhar que a publicação da Política Nacional de Cuidados Paliativos, em 2024, já representa um avanço nos debates que cerceiam o tema, permitindo uma maior priorização em torno desse debate.

AGRADECIMENTOS

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), que atua como financiadora desse estudo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Cuidados Paliativos. 2 ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês, 2023, 424p. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao/view>.
2. World Health Organization (WHO), Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA). Global atlas of palliative care at the end of life. England. 2017. 111p. <https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>.
3. Khamis EAR, Abu Raddaha AH, Nafae WH, Al-Sabeely AA, Ebrahim EE, Elhadary SM. Effectiveness of Aromatherapy in Early Palliative Care for Oncology Patients: Blind Controlled Study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2023;24(8): 2729-2739. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2023.24.8.2729>.
4. Chung V, Sun V, Ruel N, Smith TJ, Ferrell BR. Improving Palliative Care and Quality of Life in Pancreatic Cancer Patients. *J Palliat Med*. 2022;25(5): 720-727. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0187>.
5. Schenker Y, Althouse AD, Rosenzweig M, White DB, Chu E, Smith KJ, Resick JM, Belin S, Park SY, Smith TJ, Bakitas MA, Arnold RM. Effect of an Oncology Nurse-Led Primary Palliative Care Intervention on Patients With Advanced Cancer: The CONNECT Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2021;181(11): 1451-1460. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2021.5185>.
6. Santos AF, Ferreira EA, Guirro UD. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019. 1. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2020. 55p. https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf.
7. Côbo VDA, Dal Fabbro AL, Parreira ACSP, Pardi F. Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos profissionais de saúde. *Bol -Acad Paul Psicol*. 2019;39(97): 225-235. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-711X2019000200008&script=sci_arttext
8. Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RS, Silva KL, Santos MLM. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde Debate*. 2019;43(121): 592-604. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>.
9. Rajão FL, Martins M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2020;25(5): 1863-1877. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>.
10. Santos JF, Rocha RM, Costa PAD, Squarcini CFR. Desafios da enfermagem no programa Melhor em Casa: relato de experiência. *Res Soc Dev*. 2022;11(4): e17311427242-e17311427242. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27242>.
11. Lobo LAC, Rieth CE. Saúde Mental e Covid-19: Uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Debate*. 2021;45(130): 885-901. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113024>.

12. Cabral MVA, Araújo JAC, Sousa AM, Reis PB, Bitencourt EB, Costa RAS, *et al.* Análise dos aspectos gerais e as etapas da revisão de literatura integrativa para profissionais da saúde. *BJHS*. 2023;5(4): 1459-1469. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n4p2-1459-1469>.
13. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Quality Improvement and Monitoring at your fingertips. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2017. <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>.
14. Melo CM, Sangoi KM, Kocchann JK, Hesler LZ, Fontana RT. Concepções, desafios e competências dos enfermeiros em cuidados paliativos na atenção primária à saúde. *Nursing*. 2021;24(277): 5833-5846. <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i277p5833-5846>.
15. Mattos CW, Derech RD. Cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária à saúde brasileira: um *survey* nacional. *RBMFC*. 2020;15(42): 2094-2094. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2094](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2094).
16. Flores TG, Silva KF, Giaretton DWL, Weiller TH, Pucci VR. Formação profissional: cuidado ao paciente oncológico sem possibilidade terapêutica na Atenção Básica. *Rev APS*. 2019;22(3): 574-586. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.15931>.
17. Nardino F, Olesiak LR, Quintana AM. Significações dos cuidados paliativos para profissionais de um serviço de atenção domiciliar. *Psicol Ciênc Prof*. 2021;41: e222519. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003222519>.
18. Prado RT, Leone DRR, Souza TM, Pereira PBA, Lopes ES, Castro EAB. Teoria fundamentada sobre o tornar-se cuidador de um familiar em cuidado paliativo pela atenção domiciliar. *REVENF*. 2023;45: 1-14. <http://dx.doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.i45.49378>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos – PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*. 07 Mai 2024. <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-87-2024-publicada-a-portaria-gm-n-3681-que-institui-a-politica-nacional-de-cuidados-paliativos-no-ambito-do-sus-por-meio-da-alteracao-da-portaria-de-consolidacao-gm-ms-n/>.
20. Ribeiro JR, Poles K. Cuidados paliativos: prática dos médicos da estratégia saúde da família. *RBEM*. 2019;43: 62-72. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3RB20180172>.
21. Spineli VMCD, Costa GD, Minosso JSM, Oliveira MAC. Educational needs in palliative care of Primary Health Care nurses. *REBEn*. 2022;75(3): e20210391-e20210391. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0391>.
22. Van Heerden EM, Jenkins LS. The role of community health workers in palliative care in a rural subdistrict in South Africa. *PHCFM*. 2022;14(1): 1-9. <http://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v14i1.3657>.
23. Mattei GN, Schapko TR, Cheffer MH, Backes MTS, Ferrari MAP, Baggio MA. Assistência ao parto: profissional de enfermagem como advogado da parturiente. *Saud Pesq*. 2024;17(1): e-11893. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2024v17n1.e11893>.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O estudo se caracteriza dentro da definição de uma pesquisa-ação, entendida aqui como um delineamento de base empírica, que é concebido e analisado a partir de uma estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, em que pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema escolhido estão envolvidos de forma cooperativa e/ou participativa (Thiollent, 2022).

Nesse sentido, a estrutura metodológica da pesquisa-ação dá lugar a uma variedade de propostas no campo em que se propõe a atuar. Assim, dentre os aspectos que caracterizam essa tipologia, tem-se que há uma ampla e explícita interação entre pesquisadores e participantes implicados na situação estudada; o objeto da investigação não é necessariamente uma pessoa, mas sim a situação social e os problemas incluídos nela; o objetivo desse tipo de pesquisa consiste em resolver ou lançar luz sobre tais problemáticas; e não se limita às amarras de um ativismo sem propósito, pois pretende-se agregar conhecimento tanto ao pesquisador quanto aos participantes (Thiollent, 2022).

Embora haja variações entre autores acerca da caracterização da pesquisa-ação, Dick (2000) fundamenta-se na ideia de que existem pontos comuns a todos aqueles que se debruçaram sobre o estudo e definição da mesma, direcionando-se a uma perspectiva que engloba três pilares fundamentais no ciclo simplificado da pesquisa-ação: planejamento, reflexão e ação.

No que tange às suas etapas, a presente pesquisa buscou dar conta de um itinerário metodológico dividido em quatro fases principais, a saber: exploratória, de planejamento, de ação e de avaliação, detalhadas no Quadro 3 abaixo.

Quadro 3 – Fases da pesquisa-ação propostas por Thiollent.

Fase	Descrição
Exploratória	Direciona-se em descobrir o campo de pesquisa, os interessados e suas expectativas em tornar compreensível determinada situação-problema. É aqui também que aparecem muitos problemas práticos, associados à grande diversidade de situações e à imprevisibilidade dos contextos. É por esse fator, também, que Thiollent afirma ser impossível enunciar regras precisas que organizem ou engessem os estudos desse primeiro passo. Aqui, pode-se incluir ainda a definição mais concreta do tema da pesquisa, a colocação dos problemas centrais e a aproximação com o suporte teórico que embasará as análises realizadas.

Planejamento	Diz respeito à elaboração de propostas e ações que tenham por base as necessidades identificadas ao se explorar o problema de pesquisa. É válido ressaltar ainda que não há sentido em fazer pesquisa-ação se esta não estiver intimamente ligada às demandas que surgem no cotidiano dos atores envolvidos (Nóbrega <i>et al.</i> , 2019).
Ação	A fase de ação ou plano de ação engloba a prática desse planejamento anterior, incluindo a execução do que foi pensado.
Avaliação	Por fim, na fase de avaliação, é o momento de retorno dos próprios participantes a partir das vivências realizadas durante o processo de pesquisa e com base nas intervenções praticadas.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório-descritivo, visto que essa modalidade proporciona uma maior aproximação com o discurso que é trazido pelo participante, possibilitando um contato mais abrangente com o seu relato e uma incorporação da intencionalidade e do significado inerentes às estruturas sociais (Minayo; Costa, 2019). Dessa forma, essa análise dos significados subjetivos que surgem na fala dos participantes mostra-se essencialmente importante tanto quanto a contemplação de narrativas e discursos (Flick, 2008).

Foi realizada uma pesquisa de campo, pois de acordo com Minayo e Costa (2019), uma pesquisa qualitativa torna-se praticamente inconcebível sem a ida a campo. Assim, o presente estudo também adotou uma abordagem dialética, à medida que foram traçadas relações entre os achados da prática de campo e as contribuições da literatura.

Também foi realizada uma pesquisa bibliográfica, objetivando investigar diversas dimensões de análise que, além de serem essenciais na busca da compreensão do assunto, fundamentam a pesquisa e dão base para sua realização, além do suporte teórico fornecido para evidenciar os resultados que se espera encontrar (Minayo; Costa, 2019).

4.2 Coleta de informações e intervenção

Como instrumento para coleta de informações, foram feitas entrevistas narrativas com profissionais que atuam no Programa Melhor em Casa do município de Sobral, Ceará. Essa técnica se caracteriza como uma ferramenta que busca a profundidade de aspectos específicos, a partir dos quais histórias de vida podem emergir, tanto do entrevistado como as entrecruzadas no contexto situacional (Muylaert *et al.*, 2014). O tempo médio de realização de cada entrevista foi de 30 minutos. O roteiro utilizado, de modo semiestruturado, na condução dessa pesquisa encontra-se no apêndice A.

Por se tratar de um método que focaliza as construções narrativas dos entrevistados, estimulando-os e encorajando-os a contar sobre acontecimentos importantes de diversas dimensões presentes em seu contexto social (Jovchelovich; Bauer, 2002), essa modalidade pareceu mais adequada para se atingir os objetivos propostos.

Já a escolha pela realização de entrevistas parte do pressuposto de que a mesma é um recurso que privilegia a obtenção de informações por meio de falas individuais que trazem consigo uma série de condições estruturais, simbólicas, valores e normas que são bem representativos de um campo, e que surgem por intermédio de um porta-voz, o entrevistado (Minayo; Costa, 2019).

As entrevistas foram feitas de forma presencial, no próprio ambiente de trabalho dos profissionais que aceitaram participar da pesquisa, em uma sala reservada, objetivando ter o mínimo de interrupções ao longo desse momento. As mesmas foram audiogravadas por intermédio de um celular, a partir do consentimento do participante, para fins de análise posterior, com garantia de sigilo e anonimização.

Para chegar até esses participantes, inicialmente a pesquisa foi submetida ao Sistema Integrado da Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral, de modo a obter a anuência da prefeitura do próprio município para a realização da mesma. Posteriormente a esse processo, também ocorreu a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade 05 de Julho, que concedeu parecer favorável ao estudo (CAAE 88062525.4.0000.0387/ Número do Parecer: 7.556.098), conforme Anexo B.

Para além do diagnóstico traçado a partir das entrevistas, foi proposta a realização de intervenções formativas junto aos participantes do estudo, no sentido de gerar ações que contribuam tanto para a assistência junto ao paciente paliativo, quanto para o próprio aprimoramento profissional. Teve-se como ideia basilar a construção coletiva de momentos de intervenção associados aos cuidados paliativos, sua aplicação no Programa Melhor em Casa e questões transversais à temática, de acordo com as demandas percebidas que surgiram no discurso dos entrevistados.

É válido ressaltar também que tais momentos foram mediados pelo pesquisador principal, na posição de mestrando do programa de Saúde da Família da UFC - Sobral, Ceará, mas também contou com auxílio de dois membros do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental (NUPESM), vinculado à Faculdade 05 de Julho (F5), também localizada em Sobral, Ceará. O NUPESM é composto por estudantes de graduação em enfermagem da referida instituição, que desenvolvem atividades de pesquisa e extensão em diversos campos

relacionados à saúde mental e à promoção de saúde, sendo coordenado pela professora Roberlândia Evangelista Lopes Ávila, que atua como orientadora da presente pesquisa.

4.2.1 Fases da Intervenção: Exploratória

Nessa fase, foi feita a aproximação inicial com o local de pesquisa, por meio de uma visita guiada pela gerente do serviço, de modo a obter conhecimentos acerca da estrutura e composição profissional do programa. Além disso, outras informações foram detalhadas a partir da exploração do cenário, tais como o perfil de pacientes atendidos pelo dispositivo e intervenções assistenciais que costumam ser utilizadas pela equipe. Também foi feita uma aproximação com a literatura, de forma a aprofundar o conhecimento acerca da temática.

Na fase exploratória também foi feito o diagnóstico, isto é, a definição de demandas a serem trabalhadas nos momentos interventivos. Para tanto, a realização das entrevistas foi fundamental, de modo a conhecer as percepções dos profissionais do PMeC. A etapa exploratória, envolvendo a introdução ao cenário de pesquisa e realização das entrevistas ocorreu entre os meses de julho e agosto de 2025.

4.2.2 Fases da Intervenção: Planejamento

Na fase de planejamento, foram elaboradas as propostas interventivas a serem postas em prática, tendo por base o diagnóstico realizado na fase exploratória. Foi construído um programa de intervenções, contendo as temáticas a serem abordadas, as metodologias utilizadas, o material necessário, as referências consultadas para construção do momento, além de outras informações que se fizeram pertinentes. Nessa fase também é contemplado o planejamento financeiro, que diz respeito à utilização de materiais que se fizerem necessários para a realização das ações, como forma de controlar custos e organizar gastos financeiros.

Também foram realizados dois momentos de formação teórica com os membros do NUPESM, de modo a aprimorar seus conhecimentos em cuidados paliativos, para que pudessem participar como colaboradores das ações. Tais momentos com os estudantes foram realizados em formato presencial, na sede da F5, com uma duração média de 60 minutos cada, no qual também foram discutidas e operacionalizadas as metodologias utilizadas.

A etapa de planejamento, envolvendo a construção do programa de intervenções formativas e do planejamento financeiro, ocorreu durante o mês de setembro de 2025.

4.2.3 Fases da Intervenção: Ação

A fase de ação diz respeito à execução propriamente dita das ações de intervenção formativa. Foram realizados quatro encontros junto aos profissionais participantes do estudo. Cada intervenção teve uma duração, em média, de 45 minutos. As mesmas foram realizadas na própria sede do PMeC, em Sobral, Ceará, em sala reservada, sempre às quartas feiras, semanalmente, no período da tarde. Esses momentos foram mediados pelo pesquisador principal, mas também pelos membros do NUPESM, na posição de ouvintes. As ações ocorreram entre os dias 22 de outubro a 12 de novembro de 2025.

4.2.4 Fases da Intervenção: Avaliação

A avaliação foi feita mediante a coleta do *feedback* dos participantes por meio da metodologia “Que bom! Que Pena! Que Tal?”, de modo que os mesmos pudessem dar um retorno acerca das atividades desenvolvidas de forma escrita e verbal. Tal metodologia foi realizada no último encontro, sendo utilizada para relatar a percepção de participantes acerca dos conhecimentos adquiridos ao se participar de algum momento interventivo, ao oportunizar a fala em três sentidos principais: pontos positivos, pontos negativos e sugestões a serem adotadas (Santana *et al.*, 2021).

Como forma de operacionalizar essa técnica avaliativa, cada participante recebeu uma folha de papel, contendo os comandos “Que bom...”, “Que pena...” e “Que tal...”. Em seguida, deveriam completar cada comando com as percepções que achassem mais adequadas, sendo que, no primeiro comando deveriam citar algo benéfico proporcionado pelas intervenções formativas; no segundo, completariam com algo que, em suas visões, não teria sido muito produtivo, não acrescentando ao grupo ou que poderia ter sido realizado de outra forma; e no terceiro, citariam uma sugestão que poderia aprimorar a ação realizada.

Para fins de detalhamento da intervenção realizada e de modo a seguir os passos da pesquisa-ação proposta por Thiollent, o quadro 4 abaixo explora as atividades desenvolvidas em cada uma das etapas.

Quadro 4 – Atividades realizadas a partir das fases da pesquisa-ação propostas por Thiollent.

Fase	Atividades
Exploratória	Definição da temática; aproximação com a literatura; contato com o cenário e participantes da pesquisa; realização das entrevistas.

Planejamento	Elaboração de propostas interventivas junto aos profissionais do PMeC, a partir das necessidades encontradas na fase exploratória; planejamento das ações e formação teórica junto aos membros do NUPESM.
Ação	Execução das ações de intervenção formativa.
Avaliação	Coleta do <i>feedback</i> dos participantes por meio da metodologia “Que bom! Que Pena! Que Tal?”, de modo que os mesmos pudessem dar um retorno acerca das atividades desenvolvidas de forma escrita e verbal.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Com base nas atividades elencadas, trabalhou-se com a perspectiva de se atingir os objetivos propostos pela pesquisa, de modo a obter dados relevantes acerca da atuação em cuidados paliativos no PMeC, bem como realizar intervenções que possam aprimorar a compreensão dos profissionais acerca dessa temática.

4.3 Cenário e período

O estudo foi realizado junto aos profissionais que atuam na sede do Programa Melhor em Casa, do município de Sobral, Ceará. A escolha do equipamento se deu pelo fato do mesmo ter contato direto com pacientes paliativos, além de ser composto por uma equipe multiprofissional, perfazendo um perfil diversificado de profissionais.

A escolha também se dá tendo em vista que esse espaço recebe demandas de pacientes em cuidados paliativos de diversos níveis de atenção à saúde, desde as Unidades Básicas até o nível terciário, proporcionando ainda a construção de vínculos da equipe profissional com a comunidade (Santos; Monteiro; Damascena, 2020), sendo esse último um ponto chave na concretização da abordagem paliativista.

O referido programa foi criado em 2011 visando uma articulação com a atenção domiciliar, de modo a proporcionar ao paciente atendido na unidade de saúde uma atenção em seu próprio lar, junto a seus familiares e sendo assistido por profissionais cujo vínculo já tenha se estabelecido (Nishimura; Carrara; Freitas, 2019). É válido ressaltar que Sobral já conta com serviço de atenção domiciliar desde 2009, sendo este incorporado ao Programa Melhor em Casa em julho de 2013 e atuando de forma articulada com a Estratégia Saúde da Família (Silva; Freitas; Goyanna, 2018).

O período de coleta de dados abrangeu os meses de julho a novembro de 2025, tendo início após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade 05 de Julho.

4.4 Participantes

Participaram da pesquisa os profissionais de nível médio e superior que atuam no Programa Melhor em Casa do município de Sobral, Ceará. Atualmente, o PMeC atende uma média de 45 pacientes distribuídos entre os bairros de Sobral. A equipe é formada por 19 profissionais, sendo 5 fisioterapeutas, 4 técnicos de enfermagem, 2 enfermeiros, 2 médicos, 1 assistente social, 1 fonoaudiólogo, 1 nutricionista, 1 psicólogo, 1 agente administrativo e 1 gerente, tendo este último profissional, graduação em medicina (Sobral, 2022).

Utilizou-se como **critérios de inclusão** os participantes que aceitaram participar da pesquisa após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice B). Além disso, foram incluídos apenas participantes que atuassem por, no mínimo, seis meses no dispositivo supracitado, de modo a captar profissionais cujo tempo de experiência no programa permitissem, aos mesmos, ter vivenciado um maior contato com pacientes em perfil paliativo.

Como **critérios de exclusão**, foram excluídos aqueles participantes que não foram captados desde o momento da entrevista, ou seja, participaram dos momentos de intervenção formativa apenas aqueles profissionais que também foram entrevistados.

As entrevistas foram realizadas com 15 profissionais que faziam parte da equipe do Programa Melhor em Casa, sendo que 4 destes foram excluídos por não se encaixarem nos critérios acima definidos: 1 psicóloga e 2 fisioterapeutas atuavam há menos de 1 semestre no programa, perfazendo um perfil fora do indicado; já 1 fisioterapeuta preferiu não participar da entrevista, optando por não fazer parte da pesquisa.

Como forma de identificar os participantes no presente estudo, serão adotados nomes fictícios para se referir aos profissionais. Os nomes aqui utilizados não foram escolhidos por acaso ou de forma indiscriminada. Cada um deles possui um significado etiológico que remete à vida, à longanimidade ou à capacidade de aproveitar o viver de forma profunda e com qualidade. A escolha por esse caminho também é uma forma de ressignificar a prática dos cuidados paliativos, entendendo essa abordagem como uma forma de promover a boa vida, gerando conforto e dignidade ao paciente assistido e todo o seu ciclo social e familiar. Dessa forma, quebra-se assim a ideia de que a palição aproxima o sujeito da morte ou antecipa esse processo.

Vale ressaltar que alguns nomes próprios não têm uma etiologia bem definida, sendo utilizados aqui consensos entre profissionais da onomástica, isso é, o campo da

linguística responsável pelo estudo de nomes próprios, incluindo sua origem. Os significados foram retirados na página virtual Dicionário de Nomes Próprios, a partir da aba Nomes pela Origem.

O quadro 5, abaixo, caracteriza os participantes a partir do nome fictício atribuído a ele, juntamente com seu significado, contendo ainda a categoria profissional a que faz parte, o tempo de atuação no PMeC, e suas experiências laborais e acadêmicas anteriores.

Quadro 5 – Caracterização dos participantes do estudo.

Identificação	Profissão	Tempo no PMeC	Experiências anteriores
Aisha (do árabe, “a que vive”)	Enfermeira	4 anos	Experiência hospitalar, especialista em urgência e emergência e pós-graduanda em estomaterapia
Alma (do latim e espanhol, “a que dá a vida”)	Técnica de enfermagem	11 anos	Experiência hospitalar
Cibele (do grego, “espírito criador do calor e da vida”)	Técnica de enfermagem	8 anos	Experiência hospitalar e na atenção primária
Eva (do hebraico, “a que vive”)	Nutricionista	1 ano	Especialista em neonatologia e em nutrição materno-infantil
Hermes (do grego, “espírito da vida”)	Fisioterapeuta	1 ano e 8 meses	Experiência hospitalar; especialista em terapia intensiva
Ilítia (do grego, “a deusa da nova vida”)	Médica e atual Gerente	6 meses	Experiência hospitalar, na atenção primária e em telemedicina, especialista em gestão de saúde pública
Luz (do latim, “a que ilumina”)	Técnica de enfermagem	10 anos	Experiência hospitalar e na atenção primária
Omar (do árabe e germânico, “o que tem uma vida longa”)	Enfermeiro	5 anos	Experiência hospitalar, especialista em estomaterapia, terapia intensiva e atendimento domiciliar
Rayane (do hebraico, “renascida”)	Fisioterapeuta	5 anos	Experiência na atenção primária, secundária e clínica particular, especialista em saúde da família
Samira (do árabe, “cheia de vida”)	Fonoaudióloga	1 ano	Experiência na atenção secundária e no serviço privado
Sol (do indo-europeu, “brilhar”)	Médico	1 ano e 6 meses	Experiência hospitalar

Thales (do grego, “o que está florindo”)	Médico	1 ano e 3 meses	Sem experiências profissionais anteriores na área da saúde
Vita (do latim, “vida”)	Assistente Social	1 ano	Experiência na atenção secundária e hospitalar, especialista em administração hospitalar e saúde da criança e do adolescente
Viviane (do latim, “cheia de vida”)	Agente administrativo	4 anos	Sem experiências profissionais anteriores na área da saúde
Zoé (do grego, “vida”)	Técnica de enfermagem	3 anos	Sem experiências profissionais anteriores na área da saúde

Fonte: Elaborado pelos autores.

4.5 Análise de informações

Com o intuito de auxiliar na análise das informações, foi lançado mão do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) versão 0.7 *alpha 2*, que se caracteriza como um método informatizado para análise de dados/textos, em que se busca apreender a estrutura e a organização do discurso, informando relações entre os mundos lexicais que são mais enunciados pelos participantes (Almico; Faro, 2014). Dessa forma, a análise das informações foi realizada por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que permite uma análise lexical do material textual, além de ofertar contextos, caracterizados por vocabulários específicos e por segmentos de texto que compartilham desse vocabulário (Camargo 2005).

Também foi construída uma nuvem de palavras, a partir do mesmo *software*, sendo esta um agrupamento e organização gráfica das palavras em razão de sua frequência, permitindo uma identificação eficaz dos termos mais citados ao longo do *corpus* textual e análise lexical simples (Moura *et al.*, 2014); com o intuito de representar graficamente os vocábulos que mais surgiram nos discursos dos entrevistados para, a partir disso, inferir análises que possam colaborar no alcance dos objetivos da pesquisa.

Além disso, ao longo do delineamento metodológico, especificamente nas fases exploratória e de ação, foram construídos diários de campo, de modo a operacionalizar os *insights* e principais perspectivas construídas pelo pesquisador a partir de sua imersão no campo de pesquisa. O diário de campo é uma estratégia importante de pesquisa, pois envolve a articulação de proposições teóricas com a experiência empírica, produzindo assim saberes contextualizados. A escrita deles enquanto ferramenta metodológica de registro e posterior

análise da experiência é, frequentemente, utilizada em estudos exploratórios com viés qualitativo desenvolvidos por áreas como a antropologia e a psicologia (Kroef *et al.*, 2020).

De acordo com os autores supracitados, pesquisas que buscam produzir ou gerar algum tipo de intervenção, pautadas em uma perspectiva pós-estruturalista, utilizam-se da escrita de diários de campo numa direção na qual se coloca em primeiro plano a relação entre o pesquisador e o campo de pesquisa, enraizando-se em uma abordagem que assume uma atuação implicada, negando assim uma suposta neutralidade científica. Logo, na presente pesquisa, parte-se da premissa de que os diários de campo são elementos primordiais na captação e tabulação das informações coletadas no decorrer do itinerário metodológico. O roteiro utilizado para a construção dos diários de campo encontra-se no apêndice C.

4.6 Aspectos éticos da pesquisa

A presente pesquisa está de acordo também com as disposições contidas na Resolução N° 510, de 07 de abril de 2016, formulada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais que possam vir a fazer uso de algum dado obtido de forma direta pelo participante, ou de informações identificáveis que possam acarretar algum risco ao mesmo.

Segundo a normativa, o pesquisador deve esclarecer o potencial participante, na medida de sua compreensão e respeitando suas singularidades, sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, direitos, riscos e potenciais benefícios. Além disso, deve estar sempre atento aos riscos que a pesquisa possa acarretar aos participantes em decorrência dos seus procedimentos, devendo para tanto serem adotadas medidas de precaução e proteção, objetivando evitar danos ou atenuar seus efeitos (Brasil 2016).

Esta resolução integra os referenciais da bioética, incluindo: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, com o objetivo de assegurar os direitos e deveres da comunidade científica, dos participantes da pesquisa e do Estado.

A Autonomia refere-se ao consentimento dos participantes em participar da pesquisa e sua liberdade para desistir a qualquer momento, sem sofrer quaisquer prejuízos ou danos. Foi garantido que a decisão de contribuir ou não para a pesquisa seria expressa, livre e esclarecida, assegurando a vontade do participante de continuar ou não na pesquisa.

A Não Maleficência envolve a minimização de riscos e danos previsíveis aos participantes durante a pesquisa. O estudo aborda questões que envolvem a prática de cuidados paliativos, o que ainda pode ser uma questão delicada para determinados profissionais, por ser

um tema ainda muito associado a questões envoltas na finitude humana e aos processos de luto e terminalidade. Assim, o pesquisador esteve disponível para prestar atenção integral aos possíveis danos. Além disso, os participantes tiveram direito a compensação, e foram garantidos acompanhamento, tratamento, assistência integral e orientação pelos pesquisadores.

A Beneficência refere-se aos benefícios diretos e/ou indiretos que a pesquisa pode trazer aos participantes. Neste estudo, destacam-se as atividades interventivas realizadas junto aos profissionais do Programa Melhor em Casa, no intuito de aprimorar sua *práxis* no que tange à assistência prestada em cuidados paliativos. O estudo possibilitou a implementação de momentos formativos, de modo a estabelecer um constante aprofundamento de conhecimentos pertinentes à prática profissional, além de dar maior visibilidade à temática.

A Justiça assegura que os direitos e deveres sejam respeitados, tanto no que tange a comunidade científica quanto aos participantes da pesquisa. A justiça e a equidade foram mantidas, garantindo a consideração igual dos interesses envolvidos e preservando o sentido sócio-humanitário do estudo.

De acordo com tais princípios, os participantes atuaram nas atividades supracitadas de forma voluntária, incluindo-se aqui a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) como um requisito básico para que essa participação de fato ocorresse. Cada participante recebeu uma cópia do TCLE, e outra foi mantida pelo pesquisador para arquivo. O TCLE contém informações relevantes e necessárias de forma clara e objetiva, garantindo o completo entendimento da investigação. Os pesquisadores também realizaram uma discussão aberta sobre o TCLE, para esclarecer dúvidas e explicar os benefícios esperados com a participação na pesquisa. Em virtude dos registros fotográficos realizados ao fim de cada momento formativo, os participantes que aceitaram participar das fotos também receberam o Termo de Autorização do Uso de Imagem (apêndice D).

Cabe lembrar que na presente pesquisa não houve qualquer tipo de discriminação na escolha dos participantes. Os dados serão mantidos em sigilo, sendo preservada sua confidencialidade, dignidade e anonimato. Os dados serão coletados e armazenados por 5 anos após o término da pesquisa e, posteriormente, serão destruídos.

4.6.1 Riscos e Benefícios

As possíveis complicações que o participante pode ter ao participar dessa pesquisa são a necessidade de dispor de um tempo maior para poder responder as perguntas que foram feitas no momento da entrevista, além da possibilidade de se sentir sensibilizado diante dos

questionamentos, o que pode aflorar sentimentos que geram algum tipo de sofrimento ou constrangimento quando algumas pessoas estão fornecendo informações sobre si mesmas ou sobre suas atividades laborais. No caso de algum tipo de desconforto, o participante poderia ser encaminhado até o Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Universidade Federal do Ceará – *Campus* Sobral, localizado na rua Avenida Lúcia Saboia, 517 – Centro, Sobral – CE, 62010 - 830, para que o mesmo pudesse passar por um processo de acolhimento e escuta. Além disso, o participante poderia se recusar a responder qualquer pergunta que lhe causasse desconforto, sem necessidade de justificativa.

Ainda, o participante poderia se sentir cansado em decorrência do tempo que foi necessário para a realização das entrevistas. Para tanto, o roteiro da entrevista utilizado na pesquisa foi construído e adaptado de modo a minimizar esses riscos.

Existe ainda o risco de vazamento de informações pessoais ou identificação indireta, especialmente em análises qualitativas detalhadas. Para garantir a privacidade dos participantes, os pesquisadores adotaram práticas rigorosas de anonimização, utilizando nomes fictícios para identificar dados e protegendo informações pessoais com acesso restrito. Os dados serão armazenados em sistemas seguros e criptografados. Apenas resultados agregados serão divulgados, e as entrevistas foram realizadas em locais privados para proteger a confidencialidade.

Participantes que discordarem dos objetivos ou da abordagem da pesquisa podem se sentir desconfortáveis ou incomodados. Como forma de minimizar tal situação, antes do início da pesquisa, os participantes foram claramente informados sobre os objetivos, metodologia e possíveis temas sensíveis abordados. Foi fornecido o TCLE detalhado, para garantir que todos compreendessem e concordassem com a participação. Durante a coleta de dados, o pesquisador esteve atento às reações dos participantes e dispostos a interromper a pesquisa se algum participante se sentisse desconfortável.

A divulgação de resultados pode impactar negativamente as relações com instituições ou profissionais envolvidos, especialmente se os resultados forem críticos. Assim, os pesquisadores se empenharão em comunicar os resultados de forma construtiva e equilibrada, destacando tanto as áreas de sucesso quanto as de melhoria. Haverá um processo de revisão e discussão dos resultados com as partes envolvidas antes da divulgação pública para garantir que as conclusões sejam apresentadas de maneira justa e que as recomendações sejam construtivas e orientadas para a melhoria. Além disso, foi garantido que o estudo fosse conduzido com transparência e respeito às instituições e indivíduos envolvidos.

Tais estratégias contribuirão para a garantia de que os riscos associados à pesquisa pudessem ser geridos da forma mais adequada possível, protegendo o bem-estar dos participantes e a integridade das instituições envolvidas.

Os resultados da pesquisa serão utilizados para fins exclusivamente acadêmicos. Os participantes tiveram o direito de recusar ou desistir de participar em qualquer momento da atividade, sem que nenhum prejuízo recaísse sobre os mesmos, além de poderem ter o direito de saber mais sobre a pesquisa sempre que quiserem, podendo entrar em contato com os pesquisadores por meio do endereço e telefone para contato que estão presentes no TCLE. Os participantes também serão identificados por nomes fictícios, a fim de manter o anonimato.

Espera-se que, a partir dos resultados obtidos com a pesquisa, seja possível pensar em possíveis estratégias que contribuam para o processo formativo permanente e contínuo dos profissionais que atuam no PMeC do município de Sobral, Ceará. Além do fato da própria pesquisa realizar momentos de intervenção formativa junto a esses participantes, espera-se que tais iniciativas tenham uma continuidade. Tais medidas possibilitarão aperfeiçoar a assistência prestada, gerando benefícios em um duplo direcionamento: tanto para os usuários (paciente e familiares), que poderão ser agraciados com uma assistência de qualidade, quanto para o profissional, que verá nisso uma oportunidade de refinar seu conhecimento e suas práticas no que tange aos cuidados paliativos.

Por consequência disso, o impacto gerado pela análise dessas informações também poderá ser sentido em outros níveis de complexidade em saúde, tendo em vista que a atenção domiciliar gera impactos em toda a RAS, proporcionando benefícios a outros espaços e dispositivos.

Dessa forma, o estudo busca equilibrar os riscos potenciais com benefícios significativos, promovendo a equidade, a inclusão e o entendimento crítico dentro do SUS e na sociedade. A abordagem ética e cuidadosa foi fundamental para maximizar os benefícios e minimizar os riscos associados à pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente capítulo encontra-se organizado em 12 subtópicos específicos, que pretendem apresentar, de maneira pormenorizada, os resultados de cada etapa da pesquisa, conforme explicitado no capítulo anterior. Desse modo, inicia-se abordando os aspectos inerentes à exploração do cenário do estudo, bem como as contribuições oriundas das entrevistas realizadas com os profissionais participantes. Posteriormente a isso, dá-se sequência com a abordagem do planejamento das intervenções, seguida do detalhamento das ações realizadas, bem como os frutos avaliativos que emergiram a partir da metodologia utilizada.

Os resultados evidenciam tensões entre o PMeC e a operacionalização do trabalho multiprofissional com a prática assistencial no contexto dos cuidados paliativos. A fase exploratória trouxe como frutos a reflexão acerca das definições introdutórias que cerceiam essa abordagem, abrindo margens para a discussão em torno dos pontos de encontro formativos no que diz respeito à palição. Além disso, o destaque lançado sobre as figuras de referência nomeadas aqui como cuidadores; a importância dos aspectos psicossociais, envolvendo construtos como o luto, a morte e a brevidade desta; e a ancoragem no trabalho em equipe como suporte técnico-afetivo foram ângulos que emergiram no decorrer dessa etapa.

A fase de planejamento propiciou a operacionalização dos momentos formativos que viriam a ser concretizados na fase seguinte, a de ação, promovendo uma episteme que se tangencia com as contribuições teóricas em torno da área, mas também focaliza a rotina laboral dos profissionais do programa. A fase de avaliação permitiu ainda que as perspectivas profissionais postumamente às intervenções viessem à tona, finalizando assim parte de uma construção teórico-prática realizada no contexto da atenção domiciliar no município de Sobral.

Criticamente, os resultados apresentados a seguir reforçam a potencialidade dos cuidados paliativos em todos os níveis de atenção à saúde, por se tratar de uma abordagem integral e transformadora em múltiplas dimensões. As ponderações que ecoam a partir dos discursos dos participantes e das intervenções concretizadas podem, então, serem direcionadas para possível consolidação desse cuidado como prática modificadora de percursos terapêuticos de pacientes, mas, sobretudo, de pessoas.

5.1 Fase Exploratória: Desbravando o território do Melhor em Casa

A primeira etapa da pesquisa tem início a partir da introdução do pesquisador no local do estudo, a saber, o Programa Melhor em Casa do município de Sobral. Foram realizadas

seis visitas guiadas ao local, todas ocorridas em quartas-feiras por indicação da gerente do programa, de modo a conhecer o *modus operandi* do serviço, bem como a infraestrutura, os aspectos laborais que constituem o perfil da equipe que compõe o dispositivo, além da realização da coleta de dados por meio das entrevistas. O programa encontra-se na sede da Secretaria Municipal de Saúde do município de Sobral, na sala 205, onde os profissionais se reúnem para discutir casos, resolver pendências, bem como realizar atividades de cunho administrativo e logístico.

Atualmente, o programa funciona de segunda à sexta-feira, em horário comercial, de 08 às 12 horas e de 13 às 17 horas. Aos fins de semana, a equipe de enfermagem fica de sobreaviso, caso haja algum tipo de demanda urgente oriunda dos pacientes atendidos pelo programa. As visitas domiciliares são realizadas com o auxílio de um transporte pertencente à secretaria municipal de saúde, sendo que estas ocorrem, prioritariamente, no período da manhã, não impedindo que ocorram também visitas nos períodos vespertinos.

A equipe se mostrou receptiva às atividades propostas pelo pesquisador, contribuindo de modo significativo tanto no processo de identificação de demandas quanto nos momentos formativos, prezando-se assim por movimentos horizontais de construção do conhecimento.

No que diz respeito ao aspecto organizativo dos recursos humanos que compõem o PMeC, o fato de contar com 9 categorias profissionais diferentes (agente administrativo, assistente social, enfermeiras, fisioterapeutas, fonoaudióloga, médicos, nutricionistas, psicóloga e técnicas de enfermagem) possibilita um fortalecimento de atendimentos multiprofissionais, muitas vezes pautados em uma lógica interdisciplinar. As visitas à domicílio costumam ocorrer com, pelo menos, três categorias profissionais diferentes, a depender das necessidades do paciente/cuidador e da disponibilidade do profissional no dia específico.

Essa forma de trabalho atende a muitos requisitos da abordagem paliativa, sobretudo no tocante à abordagem multiprofissional que enfoque as demandas do paciente e de seus familiares. Logo, a organização do serviço na prática, busca suprir demandas comuns em tal contexto, fitando assim um cuidado integralizado, na tentativa de gerar um movimento inversamente proporcional quando se considera duas variáveis específicas: à medida que se aumentam as medidas de conforto, diminui-se as possibilidades de medidas potencialmente iatrogênicas.

Logo, a dimensão qualitativa é tomada como primordial no cotidiano laboral de tais profissionais, tendo em vista que aumentar quantitativamente os dias de vida não necessariamente implica em multiplicar a qualidade desse existir. Portanto, a organização de

trabalho e da própria equipe busca acompanhar tais filosofias em uma travessia que parte da teoria, em potencial, para o ato materializado.

As visitas também puderam ser úteis na identificação das limitações que embarreiram a elevação de potencial do programa. Um obstáculo inicial que pode ser destacado é a própria arquitetura estrutural da sede do PMeC, localizado em uma sala de pequenas dimensões, que dificulta a realização de encontros e reuniões formativas com todos os componentes da equipe.

Assistencialmente, a ausência de categorias profissionais, como seria o caso de terapeutas ocupacionais, farmacêuticos e profissionais de educação física também restringe determinadas intervenções que trariam benefícios aos usuários, ao passo que também poderia ser útil na reformulação de ações e ideias em prol da comunidade assistida. Tais contextualizações, infelizmente, compõem o retrato atual do programa que, mesmo diante de dificuldades inerentes ao cenário da saúde pública brasileira, persiste nas tentativas de levar à casa dos pacientes a concretude do que se entende por cuidar.

Dimensionalmente, a organização gera impactos importantes ao âmbito dos cuidados paliativos no município de Sobral, por ser um dos poucos dispositivos na rede pública da cidade que prestam serviços especializados a esse público. Além do PMeC, a nível hospitalar, a Unidade de Cuidados Especiais (UCE), presente no Hospital Regional Norte (HRN), promove tanto cuidados paliativos, quanto reabilitação de quem está internado. Já a Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS) conta com um ambulatório especializado em cuidados paliativos mediado por uma médica especialista na área. Ambas as iniciativas pretendem dar suporte a usuários na atenção terciária e quaternária, enquanto o PMeC busca enfatizar a retaguarda do cuidado no cenário comunitário e domiciliar.

A fase exploratória da forma como foi delineada nesse estudo também é constituída pela realização de entrevistas narrativas com os profissionais participantes, de modo a definir as principais demandas que viriam a ser trabalhadas posteriormente nos momentos formativos. É válido ressaltar que, no decorrer das mesmas, os profissionais abordaram questões relevantes que cerceiam a prática dos cuidados paliativos e, por consequência, geram repercussões na *práxis* laboral, influenciando em processos de comunicação com familiares e pacientes, na tomada de decisões terapêuticas, bem como na postura adotada ao lidar com conflitos que envolvem a morte, o morrer, ou mesmo novas formas de viver. Para cada visita realizada nessa etapa, foi construído um diário de campo, que se encontra disponível, na íntegra, no apêndice E.

A primeira visita, ocorrida no dia 02 de julho de 2025 no período da tarde, serviu como uma introdução às características principais do PMeC, de modo a adentrar nos aspectos que embasam o funcionamento e organização assistencial e administrativa do programa. O momento foi mediado pela gerente, mas contou também com a participação dos profissionais que se encontravam na sede. A equipe foi apresentada e foi disponibilizada pela gerente uma lista com todos os profissionais atuantes no programa, suas categorias profissionais e o tempo de atuação no Melhor em Casa. Com tais informações, percebeu-se que três profissionais não se encontravam nos critérios pré-definidos para a participação na pesquisa, por estarem há menos de 6 meses no programa, sendo estes uma psicóloga e duas fisioterapeutas.

A maioria das visitas ocorreu no período da tarde, pois, segundo a gerente, este seria o horário mais adequado e mais favorável para a realização das intervenções, visto que a maioria das visitas domiciliares costuma ocorrer no turno matutino. Assim, por meio das considerações iniciais da equipe sobre o PMeC e após a apresentação da proposta da pesquisa, foram agendadas visitas posteriores à sede, com o fito de realizar as entrevistas e continuar conhecendo e acompanhando a rotina da equipe.

A segunda visita se deu na tarde do dia 09 de julho de 2025, na qual seis profissionais foram entrevistados, sendo estas duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira, um fisioterapeuta, uma nutricionista e a gerente do PMeC. No dia 16 de julho de 2025, no período vespertino, mais quatro profissionais foram captados, sendo eles um enfermeiro, um fisioterapeuta, um médico e uma técnica de enfermagem. Uma fisioterapeuta foi convidada a participar da pesquisa, mas esta recusou, alegando motivos pessoais.

Em 23 de julho de 2025, foram realizadas visitas, sendo uma pela manhã e outra à tarde, como forma de abordar profissionais que se encontravam no programa em turnos diferentes dos quais o pesquisador costumava comparecer à sede. Na primeira ida desse dia, uma assistente social, uma fonoaudióloga e um médico foram abordados e aceitaram participar da entrevista. Já à tarde, apenas a agente administrativo foi incluída dentre os participantes, visto que todos os outros profissionais, que se encontravam nesse turno, já haviam sido entrevistados ou não se encaixavam nos critérios de inclusão do estudo.

O último encontro da fase exploratória ocorreu em 06 de agosto de 2025, data sugerida pela gerente do programa para que mais uma técnica de enfermagem, que até então se encontrava de férias, pudesse ser abordada. Esta aceitou participar do estudo, sendo, assim, incluída na amostra.

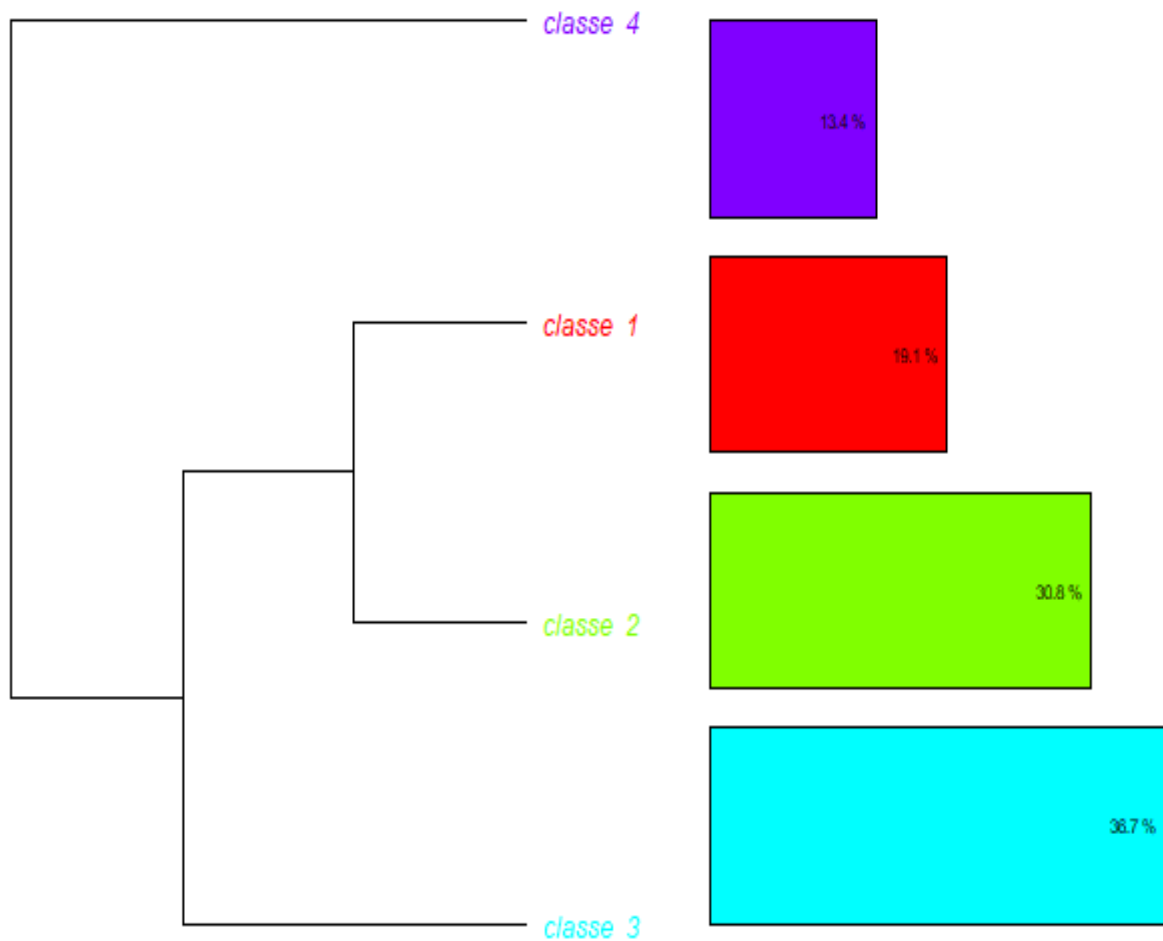
Conforme apontado no capítulo anterior, ao final, foram realizadas 15 entrevistas com os profissionais do PMeC, nas quais foram abordados aspectos que envolvem desde a

compreensão do que seriam os cuidados paliativos, até práticas em saúde que são atravessadas pela abordagem. Tais entrevistas foram transcritas de forma manual e analisadas com o auxílio do *software* IRAMUTEQ versão 0.7 *alpha* 2. As análises realizadas pelo mesmo possibilitaram que as informações oriundas dessa etapa pudessem ser esquematizadas, auxiliando na definição das temáticas trabalhadas ao longo das intervenções formativas.

O *corpus* geral, constituído por 15 textos (cada um correspondente a uma entrevista), foi separado em 407 segmentos de texto (ST). Tais segmentos são trechos que o *software* utiliza para realizar suas análises. Eles são fundamentais para as análises lexicais, pois possibilitam que o contexto em que as palavras foram utilizadas sejam levados em consideração no momento de gerar os resultados dos testes aplicados. Emergiram 13.557 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 1769 palavras distintas - isto é, que se repetem ao longo do *corpus* - e 902 palavras *hapax* (ocorrências únicas).

Com as informações integradas ao IRAMUTEQ, foi realizada, inicialmente, uma Classificação Hierárquica Descendente (CHD), na qual foram expostas graficamente agrupamento de palavras que estabeleciam proximidade entre si, formando temas de análise que deram origem às categorias aqui analisadas. O conteúdo analisado foi categorizado em quatro classes: Classe 1, com 19,1% do total; Classe 2, com 30,8%; Classe 3, com 36,7% e Classe 4 com 13,4%. A figura 2 abaixo, expõe o dendrograma gerado a partir da CHD.

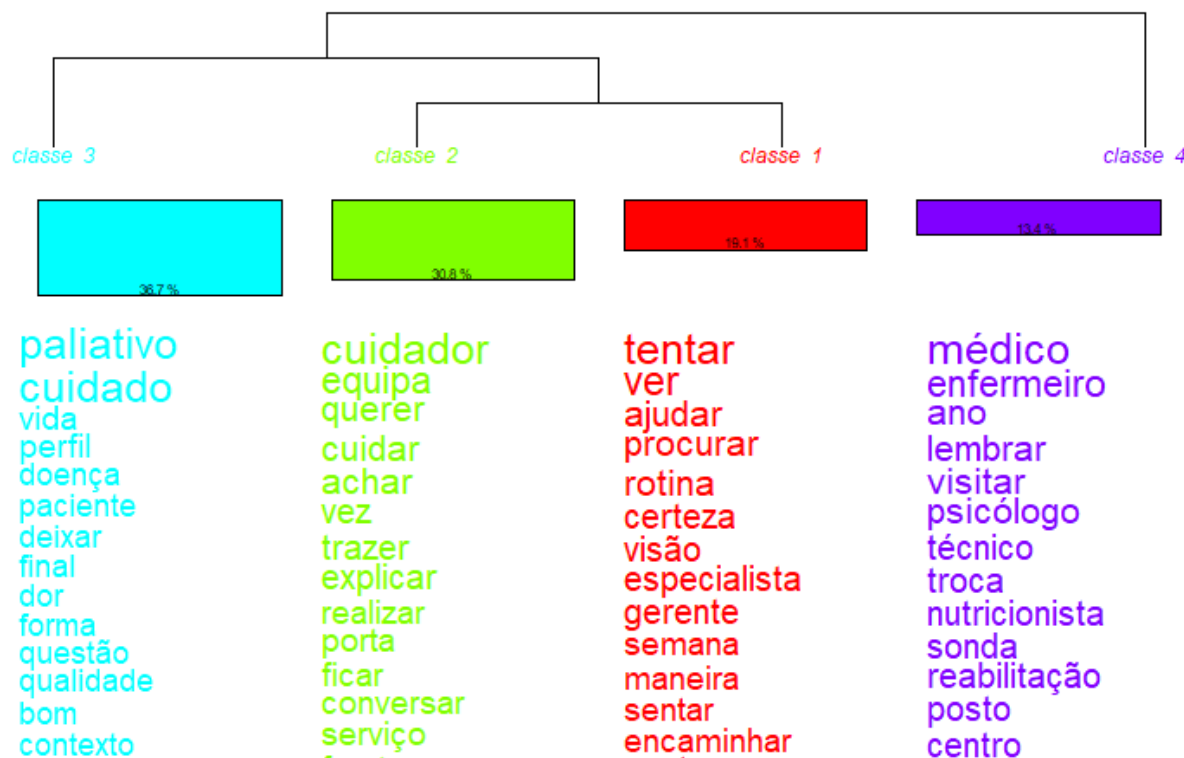
Figura 2 – Dendrograma obtido a partir da Classificação Hierárquica Descendente realizada no IRAMUTEQ.



Fonte: IRAMUTEQ (2025).

A figura 3, exposta abaixo e também oriunda da CHD, expõe os termos mais prevalentes em cada uma das classes. Tais termos são primordiais para a interpretação das informações geradas pelo *software*, pois elas dão indicativos precisos acerca do conteúdo de cada uma das classes geradas.

Figura 3 – Dendrograma com os termos mais frequentes em cada classe obtido a partir da Classificação Hierárquica Descendente realizada no IRAMUTEQ.

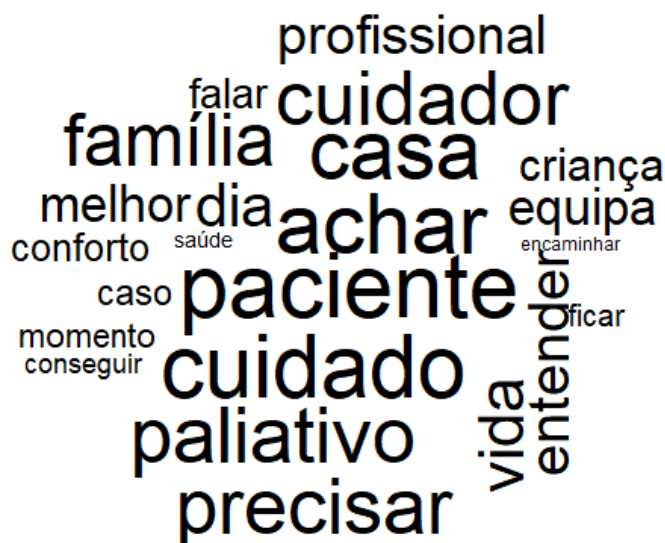


Fonte: IRAMUTEQ (2025).

Com base nos dados gerados pelo *software* a partir da CHD, e levando em consideração a frequência de termos usados pelos profissionais em seus discursos, 4 categorias de análise foram geradas, sendo estas nomeadas pelo pesquisador, a saber: 1) “Um paciente importante”: percepções dos profissionais sobre pacientes em cuidados paliativos (correspondente à classe 3 da CHD); 2) “O cuidado com o cuidador”: a ótica direcionada aos familiares (correspondente à classe 2 da CHD); 3) “Hoje eu quero morrer”: o aspecto psicossocial sob os holofotes do PMeC (correspondente à classe 1 da CHD); e 4) “A gente se torna a família daquele paciente”: a atuação multiprofissional como instrumento de suporte técnico e afetivo (correspondente à classe 4 da CHD).

Para além disso, também foi gerada uma nuvem de palavras no mesmo *software*, possibilitando uma exposição visual dos principais vocábulos utilizados pelos participantes no decorrer das entrevistas. Por intermédio desse método, considerando-se as classes gramaticais substantivo, adjetivo e verbo, constatou-se que as palavras com frequência mais significativa foram: “paciente”, “cuidado”, “achar”, “casa”, “paliativo” e “precisar”, que constaram 235, 108, 100, 73, 66 e 60 vezes na transcrição do *corpus* textual. A mesma encontra-se representada na figura 4, abaixo.

Figura 4 – Nuvem de palavras gerada a partir do *software* IRAMUTEQ.



Fonte: IRAMUTEQ (2025).

A predominância de tais termos evidencia o cuidado centrado nos usuários, bem como as tentativas de consolidar planos terapêuticos que busquem dar conta das demandas personalíssimas que chegam aos profissionais. Com base na CHD e na nuvem de palavras geradas pelo *software*, pode-se inferir que existe uma intrínseca relação entre as intervenções voltadas propriamente ao paciente e a retaguarda de apoio dirigida aos cuidadores que acompanham esse passo a passo contínuo exercido pelas categorias profissionais.

Concomitantemente, as ações desenvolvidas pela equipe buscam ser estruturadas a partir de uma ótica sistêmica e integrativa, ultrapassando dimensões bioquímicas e orgânicas e dando destaque para o fator psicossocial, que aparece como urgente em contextos paliativos. Como forma de amarrar todas essas considerações, o destaque atribuído às múltiplas funções do multiprofissionalismo atravessa cada um desses construtos, visto que o cuidado paliativo se ancora em bases que são, primordialmente, multiprofissionais.

Termos como “paciente”, “cuidado”, “paliativo” e “profissional” destacam a centralidade de ações voltadas a gerar benefícios diretos aos sujeitos atendidos. A ocorrência de verbos como “achar”, “precisar” e “falar” demonstram que a prática profissional também passa pelo exercício de se ponderar o que se acha do plano terapêutico, o que precisa ser feito para que ele seja efetivo, considerando ainda a importância da fala do indivíduo a quem esse plano é direcionado.

Outros termos como “cuidador” e “família” explicitam que os cuidados paliativos no PMeC não se dirigem apenas a uma pessoa, mas ao ciclo que envolve tais pacientes, de modo que a “casa” possa ser construída em um terreno seguro, no qual vínculo e afeto se mostram como bases consistentes.

Como forma de construir um raciocínio mais contínuo e organizado, as classes geradas pela CHD realizada no IRAMUTEQ não serão apresentadas em ordem crescente, da forma como apresentado na figura 3, sendo esta uma escolha do pesquisador. Tem-se como fundamento basilar que, nesse caso, o ideal é abordar inicialmente os fundamentos gerais da abordagem paliativa, seguindo para a atenção voltada a familiares, passando por aspectos multidimensionais da atenção prestada e finalizando com os benefícios gerados pela atuação da equipe multiprofissional. É válido ressaltar também que cada uma dessas categorias originou uma temática trabalhada nos momentos formativos, que serão pormenorizados em tópicos posteriores do estudo.

5.1.1 “Um paciente importante”: percepções dos profissionais sobre pacientes em cuidados paliativos

A presente classe tem uma representatividade de 36,7% do total do conteúdo analisado, sendo representativa da classe 3, com os vocábulos mais presentes: “paliativo”, “cuidado”, “vida”, “perfil” e “doença”. Dentre as quatro classes analisadas, esta foi a que teve maior prevalência no *corpus* textual. Tais palavras surgem em contextos associados à percepção dos profissionais sobre pacientes atendidos pelo programa que se encontram em cuidados paliativos.

Quatro perguntas foram estabelecidas como fundamentais pelo pesquisador na construção da presente categoria de análise, sendo elas: questão 1 (“O que você entende por Cuidados Paliativos?”), questão 2 (“Qual perfil de paciente deve ser indicado para os Cuidados Paliativos?”), questão 9 (“Ao longo de seu processo formativo, você teve contato com disciplinas e/ou discussões que abordassem a temática dos Cuidados Paliativos?”) e questão 10 (“Na sua experiência no PMeC, você já participou de alguma atividade formativa [educações permanentes, cursos de aperfeiçoamento, etc.] que abordasse a temática dos Cuidados Paliativos? Em caso afirmativo, especifique como essas atividades ocorreram”).

O primeiro questionamento permitiu que os participantes dissertassem acerca de seus conhecimentos prévios sobre a abordagem paliativa, possibilitando a construção de uma ponte com a segunda interrogação, que abordava o perfil específico de pacientes elegíveis. Já a

nona interrogativa contribuiu para uma maior explanação acerca da formação acadêmica dos profissionais, permitindo determinadas inferências sobre a construção do perfil profissional no que tange ao tema e como esse processo gera impactos sobre a assistência prestada. A pergunta número 10 trouxe uma ótica voltada ao próprio cotidiano laboral, investigando a realização de possíveis momentos formativos já realizados pelo programa ou pela Secretaria Municipal de Saúde do município, sendo útil para esquadrihar a disseminação de práticas afins à palição a nível local.

No que concerne à perspectiva dos profissionais do PMeC acerca dos cuidados paliativos, o relato de Sol, médico há 1 ano e 6 meses do programa, encontra abrigo sob a visão de uma abordagem mais abrangente do cuidado paliativo, compreendendo que o processo de paliar um paciente não significa, necessariamente, que este encontra-se em fim de vida.

Acho que o curso de cuidados paliativos no contexto da saúde, ele se encaixa em toda a percepção do paciente, não necessariamente no estado final de vida. Eu posso fazer cuidados paliativos comigo, que estou hígido, ou então, fazendo um recorte temporal, talvez comigo, perto ali do final de vida. Só muda a questão de o quanto de porcentagem, digamos assim, dos cuidados paliativos vai estar presente. Mas ele sempre está presente. O Melhor em Casa, falando especificamente deste serviço, ele tem um cuidado além dos cuidados paliativos. A maioria dos nossos pacientes é paliado pelos serviços secundários e terciários de saúde. Mas com a gente, eles não estão em final de vida e nem deveriam ser expostos a situações que agravassem o desconforto, agravassem o sofrimento, em detrimento da melhoria pelo menos espiritual; e conforto do paciente e da família (Sol, 2025).

De acordo com uma métrica já consolidada pelos princípios paliativistas, o início da palição deve ocorrer desde os primeiros momentos de diagnóstico, mesmo em situações nas quais tratamentos curativos e paliativos possam ser realizados em concomitância (Brasil, 2023). Logo, a ideia levantada pelo profissional enfraquece determinadas correntes cognitivas que defendem o dogma de que a palição está diretamente consentânea à brevidade da morte. Como exposto por Sol, mesmo que o perfil de pacientes acompanhados pelo PMeC não esteja dentro do que se entende por fim de vida, esse indicativo não é um fator de interrupção ou de impedimento de medidas paliativas, sobretudo perante as diferenças existentes entre as fases de aplicação dos cuidados paliativos.

Um dos exemplos de sistematização dessas categorias é o protocolo do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar que as classifica em quatro fases, a depender da funcionalidade do paciente avaliada pela *Palliative Performance Scale* (PPS), que permite estabelecer prognóstico e indicação de cuidados paliativos (Clara *et al.*, 2020). As fases são classificadas em cuidado paliativo precoce, que prioriza o tratamento curativo ou restaurativo; cuidado paliativo complementar com limitação de resposta ao tratamento, mas que ainda assim apresenta

possíveis benefícios em intervenções de procedimentos ou tratamentos invasivos; cuidado paliativo predominante, sendo este focado em promover o alívio de sintomas; e por fim o cuidado paliativo exclusivo, estruturado a partir da suspensão de intervenções fúteis e com foco exclusivamente no alívio de sintomas (Morais; Rios, 2025).

O mesmo profissional ainda aborda, em outro momento de sua fala, aspectos incorretamente associados aos cuidados paliativos, que também acabam se proliferando em meio social e prejudicando a compreensão adequada sobre a abordagem. Ao falar sobre o perfil de elegibilidade, Sol argumenta que:

Se eu aplicar o que as pessoas entendem como palição, a gente pensa naquele paciente que, por exemplo, tem um câncer, ou então tem um problema que está no final de vida. Mas, como eu falei, eu acho que, via de regra, todos nós, como pacientes, em algum momento do serviço de saúde, somos paliados. Não necessariamente a criar ou deixar remédio para dor, remédio para desconforto respiratório. Mas todos nós somos paliados em algum ponto, uns mais e outros menos. Mas todos nós somos. Falando do serviço, os pacientes aqui, eles são mais acamados, eles são mais dependentes de terceiros. Então, assim, dando uma resposta talvez um pouco objetiva, eu acho que todo paciente que depende muito de terceiros para exercer suas funções básicas e instrumentais de vida diária, eles deveriam, mais ou menos, ser aplicados os cuidados paliativos (Sol, 2025).

O trecho acima representa de forma significativa o olhar ampliado que a perspectiva paliativa busca alcançar, propondo um cuidado longitudinal que não inicia e nem se encerra com a morte. Deparar-se com tais excertos oriundos de profissionais que atuam na AD, setor no qual a abordagem é bastante presente, mostra-se como um indicativo de que a assistência prestada parece ir ao encontro dos princípios paliativistas, explicitando assim convergências com os termos “qualidade” e “bom”, que aparecem como representativos desta classe.

Outros profissionais apresentaram discursos em concordância com os supracitados, a exemplo de Hermes, fisioterapeuta do programa há 1 ano e 8 meses. Ao caracterizar o paciente paliativo, foi ressaltado pelo participante o seguinte:

São aqueles cuidados determinados àquele paciente que já tem vários problemas de saúde, mas que não deixam que ele precise de todo um cuidado especial, toda uma atenção, aqueles cuidados mais de conforto para aquele paciente, para a família também. É um paciente importante também. [...] É aquele paciente que necessita de cuidados especiais, mas que não é necessária a realização de distanásia, como medidas que podem ser prejudiciais para a saúde dele, para a vida dele. Aqueles cuidados mais de conforto, de entendimento sobre o caso dele, deixar a família bem ciente do quadro atual e o prognóstico mesmo do paciente (Hermes, 2025).

Além de ressaltar a importância da manutenção de medidas terapêuticas junto ao paciente paliativo, o fisioterapeuta em questão traz também contribuições no que tange aos aspectos éticos envolvidos aos cuidados paliativos. Como ressaltado por Hermes, considerá-lo “um paciente importante” permite que as estratégias de cuidado direcionadas a esse sujeito não

sejam ignoradas ou relegadas a um segundo plano, visão compartilhada por quase toda a equipe que compõe o programa.

O excerto também gera reflexões acerca do distanciamento da finitude a partir de recursos tecnológicos e/ou iatrogênicos. Nesse sentido, pode-se chegar à conclusão que o prolongamento da vida de um indivíduo não é, necessariamente, propiciar dignidade para um ser em situação de terminalidade, visto que, ao mesmo tempo que se pode promover um maior número de dias dentro do que se entende por funcionamento orgânico vital, também pode ocorrer, concomitantemente, um prolongamento do sofrimento em que esse sujeito se encontra, estando essa situação em conformidade com o que se compreende por distanásia ou obstinação terapêutica (Zucco *et al.*, 2023). Obviamente, é importante que se ressalte que a filosofia paliativista não encontra abrigo na antecipação da morte ou mesmo no abandono de cuidados; pelo contrário, o que se pretende é que, de fato, essa passagem ocorra a partir dos próprios limites físicos, emocionais, sociais e espirituais daquele que se encontra doente, sem que sua dignidade seja invadida ou desrespeitada.

A senso comum, a ideia do “não há nada a ser feito” acaba sendo propagada quando se aborda a palição. Entretanto, na prática profissional, o cenário real demonstra que outras posturas e atitudes precisam ser praticadas, como forma de propiciar uma atenção holística a esse perfil de paciente. Esse ponto surge na fala de Aisha, enfermeira do PMeC há 4 anos.

Cuidados paliativos são cuidados multiprofissionais direcionados ao paciente, à família, em estado terminal de alguma doença, alguma enfermidade. E aí, esses cuidados vão além de medicação, tem que vir todo um lado espiritual, psicológico. É um cuidado multiprofissional, incluindo a família. São aqueles pacientes em teto terapêutico, com sequelas graves de alguma doença. Não é não fazer nada. Pelo contrário, é dar dignidade a esse paciente (Aisha, 2025).

A participante, inicialmente, ressalta as contribuições de um trabalho multiprofissional, abordando também dimensões que extrapolam os limites físicos, químicos e orgânicos no corpo humano, tais como o espiritual e psicológico. Essas considerações são relevantes quando se constata que ao longo de todo o processo de palição, os componentes espirituais e psíquicos parecem ter um caráter de urgência junto aos pacientes e familiares, entendendo que este pode ser visto como uma estratégia de enfrentamento e um lugar de apoio, além de chamar atenção para a necessária presença da multiprofissionalidade nessa seara (Silva *et al.*, 2022).

Ademais, Aisha sublinha o fator dignidade no tocante à atuação, destacando uma lição que talvez seja um dos primeiros passos a serem assimilados e acomodados no trabalho com perfis paliativos, ao citar que “não é não fazer nada”. A construção semântica, por mais

que pareça contraditória, sugere que sempre há caminhos possíveis, mesmo naqueles pacientes em palição exclusiva. Aqui, entende-se que o “fazer algo” não é, necessariamente, salvar a vida de um paciente ou prolongar seus dias. Na filosofia paliativista, a promoção de conforto, o alívio das dores, a presença enquanto rede de apoio e sustentáculo subjetivo ganham mais relevância, sendo estratégias adaptáveis e possíveis aos profissionais de saúde.

Apesar de discursos que apontam para benefícios da palição ou contextualizações em concordância com seus princípios, determinados trechos das entrevistas ainda sugeriram lacunas na compreensão sobre a abordagem ou quando e como esta pode ser elegível. É o caso do excerto a seguir, retirado da entrevista de Eva.

Eu acredito que seja um paciente que realmente não tem mais jeito, realmente não tem mais jeito, mas acredito que também seja um paciente que já está bem no final de vida mesmo. Não que ele tenha uma doença que seja degenerativa ou que vá levar ele a isso, mas eu acho que qualquer paciente, mesmo que esteja no final de vida e que, infelizmente, não se possa mais fazer nada. Aliás, todo mundo tem direito a ter uma morte digna (Eva, 2025).

A utilização de expressões a pouco criticadas por Aisha torna o trecho acima um tanto quanto distante do que se pretende priorizar quando se fala em cuidados paliativos. Apesar da ponderação ao final de sua fala, quando destaca o direito a uma morte digna, a construção até se chegar em tal conclusão aponta para um entendimento ainda construído em bases aparentemente fragilizadas no que tange à palição.

Adicionalmente, a sensibilização da população acerca da importância dos cuidados paliativos também se constitui como um ponto essencial na sua ampliação e para o refinamento de práticas e articulações interinstitucionais. O desconhecimento sobre a abordagem leva à perpetuação de mitos e preconceitos que, por vezes, dificultam sua pronta aceitação por parte de pacientes, familiares e, em alguns casos, pelos próprios profissionais.

Soma-se a isso o fato de que muitos representantes políticos da sociedade ainda não parecem demonstrar total conhecimento ou priorização acerca da valorização e disseminação da abordagem, a exemplo do fato ocorrido em 2021, quando um senador da Bahia se utilizou de termos pejorativos, como “executores de eutanásia” e “especialidade macabra” para se referir aos cuidados paliativos e à equipe que os constitui (Brinco, 2021).

Apesar da difusão da necessidade global no intuito de integrar os cuidados paliativos nos sistemas de saúde como um imperativo econômico e, principalmente, ético; o desenvolvimento da abordagem e sua publicização ainda aparece na literatura como algo bastante irregular, tendo em vista a escassez de investimentos e as poucas evidências de apoio ao seu crescimento mundial (Tritany; Souza Filho; Mendonça, 2020).

Nesse ínterim, a promoção de campanhas educativas e informativas tornam-se estratégias potentes no objetivo de proporcionar uma abrangência na compreensão dos benefícios gerados pela palição, bem como de favorecer uma implementação prática de seus princípios, balizando-se assim em uma atuação ética, responsável e atenta às demandas apresentadas (Santos, 2024).

Ao se inserir em um movimento que tende ao exercício de difundir a palição, causa-se um efeito dominó sobre as práticas de saúde, partindo-se do princípio que quanto mais conhecidas suas práticas forem, aumenta-se a probabilidade também de sua adoção. Porém, o cenário que se apresenta, sobretudo no Brasil, é que apesar dos recentes avanços a nível legislativo no que diz respeito à inserção dos cuidados paliativos como parte integrante da RAS, ainda há dificuldades em sua definição e ampliação nos diversos pontos da rede (Marcucci; Rodrigues; Almeida, 2020).

Outros discursos também carecem de maiores esclarecimentos sobre aspectos envolvidos à temática paliativa. No caso de Cibele, técnica de enfermagem, parece haver uma dificuldade na distinção entre diferentes graus de palição, além da ideia maturada de que os cuidados paliativos podem e devem ser aplicados desde o momento do diagnóstico, e não necessariamente quando há uma agudização do quadro clínico.

A gente tem uns que não são tão paliativos. A gente tem pacientes que não são tão paliativos. Tipo, a gente tem pacientes que são paralíticos por algum acidente. Às vezes automóvel, por algum acidente de arma mesmo, que é o que a gente tem aqui no programa. Que eles não são totalmente paliativos (Cibele, 2025).

Um dos principais obstáculos à popularização da abordagem paliativa encontra-se justamente na propagação de informações equivocadas ou tendenciosas acerca da temática, apresentando a mesma, muitas vezes, como uma prática aceleradora da finitude, como um abandono do cuidado, como uma forma homogênea de olhar para o paciente – desconsiderando as características clínicas que definem o grau de palição - ou até enquanto filosofia afim à operacionalização da eutanásia. Rodrigues, Abrahão e Lima (2020) apontam, assim, para a necessidade de desmitificar o que é falado ou esperado dessa modalidade de cuidado.

Ao se estabelecer como uma nova forma de gestão da morte, os cuidados paliativos se levantam sob a égide de uma nova medicina, apresentando uma perspectiva crítica à fragmentação do cuidado. Contudo, os autores supracitados indicam que o medo da morte propriamente dita acaba por prejudicar a efetivação da palição, sendo este receio originado, sobretudo, pela forma como é feita a transição do tratamento curativo para o paliativo.

Essa quebra de estigmas e paradigmas que os cuidados paliativos trazem consigo, por vezes, pode gerar um certo estranhamento por parte daqueles que são diretamente afetados pela abordagem, o que prejudica até mesmo o primeiro contato com práticas que possibilitam um processo de terminalidade baseado em posturas éticas, humanizadas, e que objetivam, ao máximo, a garantia de dignidade ao sujeito adoentado.

Nesse ínterim, a construção de perspectivas que embasam a visão dos profissionais acerca dos cuidados paliativos é, conseqüentemente, atravessada por sua formação enquanto trabalhador da saúde atuante no SUS. Desse modo, a investigação acerca do contato desses profissionais ao longo de suas construções profissionais levanta uma discussão já pautada no capítulo de revisão de literatura, e que aqui aparece com ainda mais potência, ao se integrar à prática assistencial diária.

Dos 15 profissionais entrevistados, apenas 4 relataram contato prévio na graduação com cuidados paliativos, sendo esse os casos do fisioterapeuta Hermes, da gerente Ilíia (formada em medicina) e dos médicos Thales e Sol, como exemplificado na fala deste último: “A gente teve uma cadeira de cuidados paliativos, foram quatro créditos, 60 horas no total” (Sol, 2025).

Todos os outros 11 profissionais sublinharam que a atuação profissional foi a única responsável por trazer proximidade com a temática, apontando para uma possível lacuna na formação de profissionais no que tange ao tema da pesquisa. A exemplo disso, a fala da nutricionista Eva, que atua no programa há 1 ano, expõe que a presentificação de casos nos quais a palição é apresentada, muitas vezes, ocorre por mero acaso, sem que haja necessariamente uma intencionalidade em apresentar a abordagem: “A gente teve o estágio clínico, que a gente pega alguns pacientes paliativos, mas que realmente falasse e mostrasse ‘pra’ gente o que é o cuidado paliativo, a gente não tem” (Eva, 2025).

A formação ainda considerada insuficiente na área limita a capacidade das equipes em oferecer um atendimento dentro do que é entendido como adequado e humanizado aos pacientes em seus domicílios. A inclusão de disciplinas e discussões que envolvam a abordagem nos currículos de graduação dos cursos da saúde e a geração de momentos oportunos de educação permanente são estratégias apontadas na literatura para atravessar essa barreira (Flores *et al.*, 2019; Mattos; Derech, 2020).

A incipiência de conhecimentos técnicos e humanos que tangem a prática da palição também é apontada como um ponto de fragilidade nas formações científicas daqueles que atuam em cuidados paliativos (Melo *et al.*, 2021). É válido ressaltar que ao se contemplar os princípios, posturas e reflexões bioéticas presentes na rotina de um profissional que trabalha

com a abordagem ao longo de suas formações, é possível que se obtenha uma construção de conhecimento mais próxima dos desafios impostos pela realidade laboral contemporânea, entendendo que, a partir do envelhecimento populacional, existem previsões que apontam para um aumento de pacientes em perfil paliativo nos próximos anos (Nardino; Olesiak; Quintana, 2021).

Em vista disso, torna-se necessário um processo de capacitação contínua dos profissionais que compõem o programa. Nesse campo, uma das principais iniciativas, a nível federal, que corrobora inclusive com o conceito de educação permanente em saúde, é o Programa de Apoio ao Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), lançado em 2008 pelo Ministério da Saúde para que instituições hospitalares sem fins lucrativos possam desenvolver projetos utilizando suas competências para desenvolver e qualificar o SUS em todo o país, incluindo aqui as temáticas que envolvem os cuidados paliativos (Silva; O'Dwyer, 2023).

Ainda no que tange a essas iniciativas que corroboram para o desenvolvimento profissional, a presente classe também foi constituída a partir das respostas dos profissionais acerca da realização de educações permanentes, cursos de aperfeiçoamento ou outras atividades com foco educativo e em suas capacitações realizadas durante o período em que estão integrados ao programa. De forma generalista, todos os participantes responderam com uma negativa à questão, enfatizando que, apesar de educações permanentes sobre outras temáticas já terem sido realizadas, no tocante aos cuidados paliativos, tais atividades ainda não ocorreram. Essa informação foi, inclusive, confirmada pelo enfermeiro Omar, há 5 anos no programa: “Aqui, não. Assim, que fosse oferecido pelo Melhor em Casa, não” (Omar, 2025).

Vale ressaltar que, de acordo com o Plano Municipal de Saúde do município de Sobral, quadriênio 2022 a 2025 (Sobral, 2022), a preocupação com processos de educação permanente, bem como a reserva para momentos de discussão e aprofundamento dos contextos atendidos são destacadas pela quinta meta vinculada ao objetivo de fortalecer as ações do Programa de Atenção Domiciliar. Dessa forma, por mais que tais momentos estejam ocorrendo de maneira pontual, a definição de temáticas de interesse geral para atender as demandas do programa – como é o caso do tema cuidados paliativos – pode fortalecer a atuação da equipe, bem como atualizar os profissionais acerca de tópicos que cerceiam a abordagem.

Portanto, diante do exposto na presente classe, percebeu-se uma necessidade de realizar um momento formativo tendo como base a introdução dos cuidados paliativos e seus fundamentos, como forma de revisitar determinados conceitos, ampliar perspectivas sobre a elegibilidade de pacientes, assim como aprofundar o conhecimento acerca da temática. Isto

posto, o primeiro encontro das intervenções realizadas ancorou-se nas discussões ora levantadas, de modo a construir o momento com base nas identificações dos profissionais, tornando-o assim mais personalizado e próximo de suas realidades.

5.1.2 “O cuidado com o cuidador”: a ótica direcionada aos familiares

A presente classe tem uma representatividade de 30,8% do total do conteúdo analisado, sendo representativa da classe 2, com os vocábulos mais presentes: “cuidador”, “equipe”, “querer”, “cuidar” e “achar”. Tais palavras surgem em contextos associados ao cuidado exercido pelos profissionais do programa junto aos familiares e cuidadores dos pacientes acompanhados.

Três perguntas foram estabelecidas como fundamentais pelo pesquisador na construção da presente categoria de análise, sendo elas: questão 1 (“O que você entende por Cuidados Paliativos?”), questão 3 (“Quais práticas assistenciais e posturas você acredita que o profissional do PMeC deve ter ao lidar com um paciente em Cuidados Paliativos?”) e questão 4 (“Você percebe algum desafio no manejo dos pacientes paliativos no PMeC?”).

Aqui cabe um adendo relacionado à repetição da pergunta 1 como componente da presente classe, tendo em vista que o mesmo questionamento também compôs a classe anteriormente apresentada. Por se tratar de um questionário com questões abertas e subjetivas, as respostas trazidas pelos participantes nem sempre caminhavam sob o mesmo direcionamento, gerando assim uma diversidade maior de possibilidades e maneiras de redarguir o que era perguntado. Nesse sentido, da mesma forma que alguns profissionais foram mais objetivos e responderam a essa interrogativa enfatizando características associadas ao paciente paliativo, outros participantes acabaram englobando também a assistência prestada ao cuidador de pacientes que se encontram nesse perfil de elegibilidade. Logo, constrói-se assim um sentido racional na classificação dessa pergunta em duas classes diferentes.

O terceiro questionamento, ao apontar para práticas e posturas necessárias ao profissional, abriu margem para que a equipe trouxesse como essencial o cuidado ofertado junto ao cuidador, sendo este considerado por muitos uma das principais funções a serem praticadas pelos componentes do PMeC. Já a interrogativa 4 enfatiza o manejo específico do paciente paliativo. Contudo, ao abordarem o assunto, a atuação junto aos cuidadores foi mais uma vez tema de debate entre os entrevistados, ao considerarem desafiador a função de cuidar de uma diade que se mostra complexa por emergir em um contexto delicado e, muitas vezes, imersa em

temáticas vistas por alguns como sensíveis, a exemplo da morte, do luto e da finitude como um todo.

A fala da gerente Ilítia, que compõe o programa há 6 meses, demonstra que a atuação junto aos cuidadores, muitas vezes, toma rumos enredados, dificultando a comunicação com estes, ao mesmo tempo que, não raramente, são figuras que chegam a negar o auxílio do PMeC, mesmo reconhecendo a importância da equipe de atenção domiciliar.

Tem muito cuidador que não quer atendimento. Que a gente bate, não abre a porta, não recebe. Que não tem realmente os cuidados necessários para um paciente que está numa situação grave, como os pacientes do Melhor em Casa. Não tem realmente o cuidado dos horários da dieta, não tem o cuidado de aspirar com frequência. Mas acho que um dos principais desafios seria isso. E a questão, mesmo, do posicionamento dos cuidadores em relação a entender a real gravidade, a real situação e o que eles precisam, o que é de atribuição deles serem feitos (Ilítia, 2025).

Em um cenário idealizado, a parceria com os cuidadores pode ser considerada um dos principais estímulos reforçadores à gestão da assistência operacionalizada pelo PMeC. Entretanto, no sentido revelado pela profissional, o que se percebe é uma dificuldade desses cuidadores em assumir um papel de promotores do cuidado em saúde. Dificuldade essa que também se reflete nas barreiras encontradas no que tange à própria compreensão do que são os cuidados paliativos, nas quais os verbos “achar” e “trazer”, representativo dessa categoria, expressam a dúvida em torno do entendimento envolto à abordagem paliativa por parte dos cuidadores, como retratado no trecho de Aisha: “Às vezes, a gente tem cuidadores muito difíceis, cuidadores que têm pouco entendimento do que acham que é a palição e trazem muitas dúvidas” (Aisha, 2025).

Ao mesmo tempo, a resistência associada à aceitação da abordagem paliativa também pode ser destacada enquanto dificuldade no tocante ao trabalho com os familiares. Se essa resistência existe quando se fala de forma generalista, valendo-se da sociedade como meio de análise, ao se detalhar o contexto vivido por familiares, em específico, é possível observar uma dificuldade ainda maior para, ao menos, se trabalhar com a perspectiva de palição. Conforme Zucco *et al.* (2023), existe uma incompatibilidade entre o desejo de parentes na manutenção da vida do paciente, que pode se tornar um contraponto à possibilidade de vivenciar a terminalidade dele, assim como em elaborar a perda do papel social que aquele sujeito exercia em sociedade, seja na família, no trabalho, ou nos mais diversos meios que outrora ocupava.

Partindo por essa ótica, pode-se perceber então que exercer o papel de cuidar vai para além da vontade, mas passa também pela existência de condições físicas, psicológicas e sociais que permitam que o cuidado seja exercido da forma mais adaptativa possível. Dessa

forma, depreende-se que o vocábulo “querer”, que aparece relacionado a essa categoria, não absorve os requisitos necessários para que essa assistência familiar possa ser prestada.

Por outro lado, é importante ressaltar e reconhecer que a junção de cuidadores formais com cuidadores informais, sendo estes últimos, em sua maioria, familiares de pacientes, permite uma ampliação do cuidado, tendo em vista que é importante levar em consideração as limitações da equipe no que tange ao seu dimensionamento e à capacidade de público atendido.

Nesse sentido, é importante frisar também que, para além do papel crucial exercido pelos cuidadores familiares no suporte diário aos pacientes, é necessário oferecer orientação, apoio emocional, além de capacitá-los para lidar com as demandas associadas aos cuidados paliativos (Teixeira *et al.*, 2024a).

Aqui, é fundamental sublinhar que, por mais que profissionais e familiares ocupem a função de cuidar, existem diferenças muito específicas na função de cada um. Enquanto os primeiros exercem essa atividade dentro de horários pré-estabelecidos, sendo esta parte de seus deveres laborais, os segundos, em boa parte das vezes, ocupam esse cargo de maneira integral, direcionando seu esforço vital ao cuidado. Dessa forma, mais uma vez, ressalta-se aqui o princípio paliativista de que a assistência deve ser orientada para os pacientes, mas também para os familiares, visto que estes também sofrem as consequências de uma doença que ameaça a vida, mesmo que de forma indireta.

A profissional Ilítia aponta ainda como maior desafio encarado pelo programa a assistência prestada junto aos cuidadores informais, bem como o exercício de fazê-los também protagonistas do cuidado, de modo a também exercer a postura empática ao considerá-los sujeitos que atravessam momentos geradores de sofrimento: “Eu acho que o principal é o cuidado com o cuidador, a empatia mesmo, porque é importante a gente trabalhar diariamente com todos eles para, quem sabe, conduzir bem os casos, porque nem sempre a gente é bem recebido” (Ilítia, 2025).

A recepção (ou ausência dela) ressaltada pela fala da gerente desenha-se de forma convergente à própria dificuldade desses cuidadores em aceitar e/ou compreender a abordagem paliativa, o que pode dificultar a tomada de decisões e a adoção de medidas não invasivas. Esse discurso também é reforçado pela técnica de enfermagem Zoé, no programa há 3 anos, que ressalta: “Os principais desafios são na família porque, geralmente, tem muita família que não aceita, e que vai passar a lidar com aqueles que passaram para o paliativo, vendo o sofrimento” (Zoé, 2025).

Por mais que tais pacientes já cheguem no dispositivo devidamente paliados por outros setores da atenção à saúde, o exercício de aceitar a palição e conviver de forma

harmoniosa com ela é um processo em constante construção e, muitas vezes um desafio emocional significativo para os familiares, especialmente quando o paciente está recebendo suporte exclusivo dos cuidados paliativos, no qual o foco é no alívio do sofrimento, e não mais em medidas curativas (Guzinski *et al.*, 2024).

Para além disso, o foco do cuidado, em tese, passa a ser o próprio cuidador nos casos em que o óbito vem a acontecer. Apesar da dificuldade em manter o contato continuado e estabelecido após a morte de um paciente, a filosofia paliativista prioriza o suporte ao luto nesses casos, trazendo para o centro das intervenções aqueles que atuaram como cuidadores informais. Ainda nesse direcionamento, a compreensão da terminalidade como um processo natural da vida, sendo esta apenas mais uma etapa do ciclo vital, exige, também, dos profissionais um exercício empático de entender os desejos daquele que está partindo, estando assim ao encontro dos paradigmas bioéticos da ortotanásia (a morte natural, dentro dos limites biológicos do paciente) e da kalotanásia (a morte bela, que ocorre a partir dos desejos e vontades daquele que se vai). Assim, faz-se valer a máxima de Arantes (2020), quando aponta que a vida flui melhor quando respeitamos o que é sagrado para o próximo, inclusive o que é expresso nos últimos momentos.

O anseio e o medo pela possibilidade da morte do paciente também são percebidos pelos profissionais do programa, que apontaram no decorrer das entrevistas a percepção de alguns familiares no que tange ao falecimento do paciente. No trecho a seguir, retirado da entrevista de Thales, médico do PMeC há 1 ano e 3 meses, nota-se a tensão de alguns cuidadores diante do surgimento de novos sintomas.

O cuidador, às vezes, fica muito sobrecarregado. Às vezes a gente tenta explicar quando, por exemplo, o paciente pega alguma pneumonia, né? O cuidador já fica com medo de ter o falecimento do familiar. Aí é mais a gente que tá acalmando, explicando a situação, é a vez de dar atenção ‘pra’ ele (Thales, 2025).

O anúncio de uma possível morte, mesmo sendo uma possibilidade remota, já pode causar determinadas reações emocionais que, de algum modo, exercem domínio sobre o estado psicológico dos cuidadores. Nesse sentido, para além do conhecimento técnico, torna-se necessário o conhecimento, por parte dos profissionais, de posicionamentos e posturas afetivas e subjetivas, como forma de acolher e orientar tais demandas.

Logo, para os profissionais do PMeC, o exercício de ir tateando aos poucos o manejo com o cuidador e ir compreendendo quais limites precisam ser respeitados e quais territórios podem ser explorados são peças primordiais no cotidiano de trabalho, como ressaltado na fala de Sol: “eu acho que não deveriam ser consultas breves, tem que ser consultas

que você tem que conversar, até também entender o que é que a família sabe ou quer saber, ou então seus medos e anseios sobre aquele paciente” (Sol, 2025).

De forma complementar, os estudos que envolvem a tanatologia e os preceitos éticos que a acompanham também são partes membradas às discussões em volta do luto e seu manejo. Entendida como a teoria ou o estudo científico sobre a morte, suas causas e fenômenos a ela ligados, a tanatologia busca um fazer multidisciplinar, ao integrar contribuições dos cuidados paliativos, da antropologia forense, da psicologia e da fisiologia. No que diz respeito especificamente aos cuidados paliativos, os processos que acontecem no *ante-mortem* são imperiosos para a inteligência dos processos psíquicos que o paciente em estado de terminalidade apresenta, de modo a realizar tentativas de suprir suas dúvidas, realizar seus desejos e amenizar seu sofrimento até onde for possível (Zonta *et al.*, 2022).

As dificuldades relacionadas à perda de um ente querido também podem se manifestar previamente, por meio de um luto antecipatório, levando em consideração a perda da função social ou da capacidade de realizar determinadas tarefas domésticas. Nesses contextos, a proximidade da morte pode desencadear reações emocionais e relacionais sensíveis, em cenários nos quais familiares passam a conviver com a expectativa concreta da perda, mesmo sem esta ter acontecido biologicamente, como bem aponta Menezes (2011).

Conforme a autora supracitada, ao analisar antropologicamente o luto antecipatório nos cuidados paliativos, o acompanhamento de pessoas em fase terminal mobiliza, nos cuidadores, sentimentos ambivalentes, incluindo a preparação para a despedida. Nesse âmbito, a abordagem procura transformar a experiência da terminalidade em um processo no qual paciente e família possam ressignificar vínculos, recordar momentos vividos e, a partir disso, estruturar um novo sentido para o que se chama de morte. Por essa via, o sofrimento vivenciado antes do óbito propriamente dito não é compreendido isoladamente, sendo tomado como experiência socialmente mediada, na qual valores culturais e discursos sociais, biomédicos e institucionais também estão implicados.

Vita, assistente social do programa há 1 ano, aponta o acúmulo de afazeres como um gerador de desgastes que, se não forem bem trabalhados, podem gerar consequências prejudiciais a longo prazo.

Além do cuidado da saúde do paciente que precisa ter, eu acho que tem que ter uma compreensão muito criteriosa com relação ao sentimento da família. Muitas vezes a pessoa chega a dizer assim: “ah, a família é difícil, a família não tem isso, não percebe isso, não percebe aquilo”. Mas é muito difícil você estar tendo uma vida normal, nas suas atividades normais, e de repente você recebe em casa uma pessoa que precisa dar uma assistência, sendo você totalmente leigo, não tendo conhecimento nenhum. Então

tudo ‘pra’ ele, ‘pra’ aquela pessoa é difícil. A hora do banho é difícil, a hora de aspirar é difícil, porque você é leigo, você não tem nenhum conhecimento (Vita, 2025).

A profissional reflete de maneira pormenorizada sobre as modificações radicais que ocorrem no cotidiano de vida dos familiares e cuidadores que tomam para si (ou que lhe é atribuída) uma responsabilidade inerente ao próprio processo patológico ameaçador da vida. No contexto da palição ou até mesmo da tanatologia, é comum a figura de pessoas de referência, cujas atividades cotidianas costumam ser diretamente afetadas a partir do momento em que um diagnóstico atinge um sujeito potencialmente dependente que faça parte de seu ciclo sociofamiliar proximal e/ou nuclear (Zonta *et al.*, 2022).

Surge assim um panorama que parece estabelecer uma conexão direta entre uma díade geradora de sofrimento e exaustão: de um lado, as elaborações e reinterpretções emocionais acerca da doença, do tratamento, das possibilidades e impossibilidades curativas e paliativas ao longo do itinerário terapêutico; de outro, a urgência de se capacitar tecnicamente na condução de práticas assistenciais que, até então, eram desconhecidas ou distantes. Ainda no mesmo relato, Vita traz à tona a postura que, em sua percepção, deveria ser tomada como exemplo pelos profissionais componentes do programa, além de estabelecer uma ótica compassiva ao buscar uma aproximação com a vivência de tais cuidadores informais.

Então a gente tem que ter muita paciência com os cuidadores, com os familiares, de entender. Pergunto várias vezes a mesma coisa, mas infelizmente ‘pra’ aquela pessoa, ele tem dúvida sempre, ele sempre vai ter dúvida. Às vezes é uma coisa que para um profissional de saúde é boba, é insignificante, mas ‘pra’ família é difícil de entender, porque qualquer coisinha, chama o Melhor em Casa, liga chamando. Mas é porque pra ele é difícil, ‘né’? Você receber aquele paciente naquele contexto ali em que eles moram, eu me coloco no lugar e vejo que eu enlouqueceria, porque é muito difícil, muito complicado (Vita, 2025).

A ótica levantada por Vita amplia um pouco mais os horizontes das discussões em torno do cuidado com tais cuidadores. Ao trazer uma perspectiva socioemocional das condições em que tais sujeitos se encontram, a profissional lança luz sobre desafios que, muitas vezes, extrapolam as possibilidades de atuação da equipe. Além das dificuldades em torno da compreensão de quesitos técnicos a serem realizados pelo cuidador – como o caso da aspiração e do banho, atividades que exigem um manejo físico mais refinado –, aspectos envoltos à própria infraestrutura do local em que os pacientes moram podem ser distratores na hora de ofertar uma assistência adequada.

Nesse sentido, a promoção da equidade surge aqui como um dos principais pontos fortalecedores da atuação no PMeC na cidade de Sobral. Por se tratar de um equipamento que busca levar o cuidado em saúde a populações que não conseguem se locomover até uma

estrutura física na qual funciona determinado serviço, o programa propõe um reforço a políticas equitativas, no intuito de fazer valer o princípio da bioética que versa sobre a justiça.

Nessa perspectiva, é válido ressaltar que um dos desafios centrais para a atenção domiciliar reside na função de também dar conta de questões atravessadas pela determinação social em saúde, à medida em que esta se expressa no cotidiano dos sujeitos em seus próprios territórios, sendo caracterizada por barreiras geográficas, conflitos territoriais, falta de quantitativo adequado de profissionais, má distribuição de recursos e insumos, além da infraestrutura precária – (Esse último quesito foi citado por Vita ao se referir à moradia dos pacientes) - sendo estes fatores contribuintes para o fortalecimento das iniquidades em saúde (Souza *et al.*, 2021).

Portanto, a equidade no contexto da AD acaba se tornando uma responsabilidade compartilhada pela sociedade como um todo, no intuito de construir um sistema de saúde mais justo e inclusivo. A compreensão sobre os fenômenos que circundam a equidade e a implementação de políticas públicas tornam-se fundamentais para superar as desigualdades e garantir um acesso justo e igualitário, cumprindo assim o princípio da universalidade do sistema público de saúde (Reis *et al.*, 2024).

Ao fazer valer práticas equitativas, de modo a ofertar saúde aos desiguais na medida de suas desigualdades, pacientes e familiares podem ser atingidos de forma ainda mais holística, aprimorando assim as práticas de saúde. Por consequência, as medidas que buscam humanizar o atendimento também são desenvolvidas, permitindo que as práticas de acolhimento, escuta e comunicação sejam continuamente refinadas. É nesse contexto que a fala de Eva cria raízes, ao pôr a humanização sob os holofotes do cuidado.

O primeiro passo é a humanidade. Principalmente com a família do paciente, porque querendo ou não, a gente não está lidando com o paciente. A gente está lidando mais com a família do paciente. Muitas vezes o paciente, ele é vegetativo, então a gente não tem contato nenhum. Então, principalmente a questão da humanidade e do cuidado com a família do paciente são importantes (Eva, 2025).

Ao atuar de modo complementar ou substitutivo ao cuidado exercido em instituições hospitalares, o PMeC, emerge como estratégia em potencial para reduzir custos através da desospitalização, diminuição do risco de reinternações e infecções secundárias, favorecimento da autonomia da díade paciente e família e, sobretudo, humanização da assistência, como citado pela profissional, contribuindo assim para a quebra da hegemonia hospitalar e favorecendo um cuidado continuado a domicílio (Cavalcante *et al.*, 2022).

Desse modo, a articulação com práticas de humanização, pautadas até mesmo na política nacional, possibilita que os vínculos criados juntos aos familiares e cuidadores possam

ser utilizados como recursos e ferramentas fortalecedoras da assistência, promovendo uma ampliação de dimensões abrangidas pela equipe do PMeC.

Em suma, a partir das elaborações realizadas, a presente categoria trouxe como necessidade a importância de se trabalhar junto aos profissionais estratégias de cuidado voltadas especificamente aos cuidadores, de modo a possibilitar uma maior abrangência da assistência, ao abordar demandas que cerceiam o ciclo social em que o paciente domiciliar está inserido. Logo, o segundo encontro das intervenções foi postulado com base nas demandas apresentadas pelos profissionais acerca das possibilidades de atuação direcionadas a tais cuidadores.

5.1.3 “Hoje eu quero morrer”: o aspecto psicossocial sob os holofotes do PMeC

A presente classe tem uma representatividade de 19,1% do total do conteúdo analisado, sendo representativa da classe 1, com os vocábulos mais presentes: “tentar”, “ver”, “ajudar”, “procurar” e “rotina”. Tais palavras surgem em contextos associados à dimensão psicossocial envolta no cuidado direcionado aos pacientes e familiares assistidos pelo PMeC.

Quatro perguntas foram estabelecidas como fundamentais pelo pesquisador na construção da presente categoria de análise, sendo elas: questão 3 (“Quais práticas assistenciais e posturas você acredita que o profissional do PMeC deve ter ao lidar com um paciente em Cuidados Paliativos?”), questão 4 (“Você percebe algum desafio no manejo dos pacientes paliativos no PMeC?”), questão 5 (“Quais encaminhamentos você acredita que são necessários de serem realizados para esses pacientes? Você já chegou a encaminhar algum deles? Se sim, para qual serviço?”) e questão 6 (“Você consegue identificar alguma estratégia potencializadora do cuidado ao paciente em cuidados paliativos e seus familiares no PMeC do município de Sobral? Justifique.”)

Com relação às perguntas 3 e 4, essas também caracterizaram a categoria imediatamente anterior a esta, entendendo que, no que tange à terceira interrogação, além de citarem a atenção dada aos familiares como prática e postura necessária ao profissional que compõe a equipe do PMeC, foi relatado pelos profissionais também o destaque dado à saúde mental, ao bem-estar espiritual e à relevância de condições sociais bem estabelecidas como fatores a serem considerados no momento de se pensar em estratégias e linhas de cuidado que beneficiem a população-alvo.

Já com relação à pergunta 4, os desafios apontados pelos profissionais percorriam travessias que direcionavam tanto ao cuidado com os cuidadores, mas também aspectos

envoltos à subjetividade destes e de seus pacientes, perfazendo assim um perfil capaz de se alinhar às duas categorias.

Acerca da questão 5, os encaminhamentos levantados pelos participantes encaixavam-se em serviços voltados à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), demonstrando uma maior preocupação dos profissionais com questões associadas à saúde mental. Já na pergunta 6, acerca das estratégias potencializadoras já postas em prática pelo PMeC, foi ressaltada justamente a atenção voltada aos aspectos sociais e emocionais da díade cuidador e paciente, considerando, assim, uma atividade laboral que extrapola os limites técnicos e atinge a dimensão humana.

Acerca da dificuldade em se reconhecer como um paciente paliativo e de que maneira isso ocorre, foi ressaltado pela técnica de enfermagem Luz, no programa há 10 anos, detalhes de experiências pelas quais já passou nessa década que compõe a equipe. Conforme apontado a seguir pela profissional, a labilidade afetiva parece ser um fator bastante preponderante no humor desses sujeitos, enfatizando que o dar-se conta de uma possível brevidade da morte pode ser um fator subjetivamente mobilizador.

Eles sabem, na maioria das vezes, que podem partir a qualquer momento, porque a lucidez deles, muitas vezes, é preservada. E eles sabem que ali, naquela casa, naquela família, vão deixar o esposo ou a esposa, os filhos. E como eles têm essa lucidez preservada, eu acho esse um desafio bem maior. Porque tem dia que você vai chegar lá e eles vão estar bem, muito bem, vão te procurar ‘pra’ conversar. Eles vão te receber, vão rir. Mas tem dia que você vai chegar lá e eles não querem nem olhar ‘pra’ você, eles fecham os olhos, eles estão cientes de tudo ali. Mas naquele dia, eles não querem nada, é a maneira deles de lidar com tudo isso. Eu acho que dentro daquele dia, eles ficam assim: “não, eu quero morrer. Hoje eu quero morrer”. Aí já tiveram dias da gente sair ‘malzona’, assim, da casa deles, porque queira ou não queira, você cria vínculos. E tem dia que você chega tão ‘pra’ cima, querendo alegrar e tudo, e eles não querem. Aí, você fica sem chão naquele dia (Luz, 2025).

O sofrimento oriundo do processo de adoecimento afeta o sujeito por inteiro, mas inevitavelmente gera reações emocionais intensas, que podem ser ainda mais potencializadas em casos que apresentem risco de vida. Nesse sentido, as relações entre vivências de luto e saúde mental ganham protagonismo nessa categoria, ao expor que a dificuldade de lidar com a terminalidade gera impactos que afetam o psiquismo de pacientes, cuidadores, mas também de profissionais.

A partir da ancoragem teórica em Arantes (2019), médica geriatra e uma das principais difusoras dos cuidados paliativos no Brasil, a morte pode ser redefinida como uma parte natural da existência humana, rejeitando-se assim a ideia de que esta seria um fracasso da medicina. Logo, o sofrimento psíquico perante a terminalidade tende a se intensificar quando a

morte é tratada como tabu e negada socialmente, movimento esse que busca ser subvertido com base nos princípios paliativistas.

Ainda de acordo com a autora, o sofrimento mental não pode ser compreendido de forma isolada, a partir do momento que se compreende que ele está intimamente ligado à culpa, às relações familiares, ao desamparo, ao medo e às questões existenciais mobilizadas pela proximidade da morte. Sendo assim, a dor da perda seria uma expressão do vínculo afetivo e amoroso construído ao longo da vida, afastando-se então da concepção de que o luto seria uma doença, e redefinindo-o como um processo legítimo de reorganização psíquica diante da ausência.

Ao formular o pressuposto de que o amor não finda com a morte, Arantes (2019) centraliza as significações sobre o vínculo, de modo que este possa ser aproximado de tendências que levem à permanência como continuidade simbólica, memória e legado. Desse modo, a autora mostra que o sofrimento proveniente do luto ou da terminalidade pode ser acolhido e ressignificado, desde que haja um bom suporte provedor de comunicação compassiva, autenticidade, escuta qualificada e respeito à singularidade e à dignidade humana.

No que diz respeito ao cuidado em torno do luto, os próprios princípios paliativistas direcionam que a abordagem não se encerra após o óbito do paciente, mantendo-se uma continuidade do cuidado junto aos familiares enlutados. Entendendo que falar sobre a morte ainda continua sendo tratada como um tabu, sobretudo pela sociedade ocidental (Zucco *et al.*, 2023), foi possível perceber essa dificuldade no discurso dos participantes, ao apresentarem certas dificuldades em aceitar a abordagem da morte apenas como uma parte da vida e não, como o fim da mesma.

Desse modo, é possível apontar lacunas de conhecimento por parte dos profissionais, o que também se mostra como uma realidade em outros cenários de atuação quando se trabalha o luto e a capacidade de lidar com o processo de finitude. Franco *et al.* (2020) apontam para a implementação da educação continuada nos serviços de cuidados paliativos, voltada à educação para a morte, com o fito de desenvolver nos profissionais uma compreensão mais apurada sobre as dimensões desta.

Suplementarmente, Kovács (2012) ao abordar sua já consolidada Educação para a Morte, apresenta um estudo sobre a possibilidade do desenvolvimento pessoal de uma maneira mais integral, ao se fundamentar na importância da discussão do tema, pautando-se na realidade social contemporânea, onde se percebe a busca constante por processos de “rehumanização”, além da morte aparecer escancarada em noticiários e no cotidiano da população.

Ainda no discurso de Luz, ao mesmo tempo que a profissional aponta a questão envolta no falar sobre a morte e na dificuldade de se identificar como um paciente que corre risco de vida, a presença da equipe do PMeC também é destacada, como instrumento e recurso potencializador do cuidado psicológico voltado a esses sujeitos, sobretudo por meio da escuta ativa e da presentificação.

Eles se sentem vistos. Eles sentem que, apesar de eu estar assim, apesar de eu estar me demandando, apesar de eu estar indo embora, mas aqui tem alguém que olha por mim, que me direciona uma visão melhor, mas aqui tem alguém que se preocupa comigo, mas aqui tem alguém que me escuta, além da minha família (Luz, 2025).

O processo de escuta e comunicação, nesses casos, são imprescindíveis na criação do vínculo, passo seminal na concretização de um plano de cuidado psicossocial. A comunicação e escuta ativa, principalmente no que diz respeito a comunicação de diagnósticos e prognósticos severos e a realização de acolhimento, são práticas essenciais, mas também complexas e emocionalmente desafiadoras. Estar na posição de levar informações sensíveis e delicadas, bem como atuar como ouvinte de relatos potencialmente desorganizadores, passíveis de serem transformadores e impactantes aos pacientes e familiares requer cuidado e equilíbrio, de modo a integrar a verdade e o conforto, e levando em consideração a vulnerabilidade dos envolvidos e do momento vivido (Oliveira *et al.*, 2024).

Nesse cenário, a comunicação compassiva torna-se uma aliada na geração de benefícios aos atores que constituem a cena de uma comunicação de notícias difíceis, ou mesmo no que diz respeito a interações entre profissionais, pacientes e familiares de forma rotineira. De acordo com Arantes (2024), a comunicação compassiva nos ensina a aprofundar relações humanas, de modo a priorizar a empatia, a compreensão e a harmonia. Ela é valiosa para profissionais da saúde, pois permite a criação de relações calcadas na compaixão entre quem cuida e quem está sendo cuidado.

Outro fator também primordial ao estabelecer pontos de encontro entre o processo comunicativo e a escuta ativa e presentificada são guias, manuais ou protocolos que orientem aspectos subjetivos e técnicos acerca da postura profissional diante de situações complexas no universo da saúde. Um exemplo é o protocolo SPIKES, composto por seis etapas que padronizam comportamentos para tornar uma notícia menos perturbadora. O protocolo visa facilitar a interlocução entre a equipe de saúde e o paciente, mas também é útil na comunicação voltada a familiares, proporcionando recursos confortadores ao diálogo, enfatizando as camadas mais relevantes de um atendimento centrada em notícias ruins e recomendando técnicas necessárias à avaliação de cada situação (Gesser; Santos; Gambeta, 2021).

Didaticamente, os passos do SPIKES descrevem: o preparo do profissional e do espaço físico (*Setting up*); a análise da compreensão do paciente e família (*Perception*); a busca pelo desejo em saber acerca de sua doença (*Invitation*); a transmissão da notícia em seu sentido próprio ou direto (*Knowledge*); a resposta a reações emocionais emitidas pelo paciente e pela família (*Emotions*) e a apresentação de possíveis planos terapêuticos (*Strategy and Summary*) (Gesser; Santos; Gambeta, 2021).

As dúvidas em torno de como realizar uma abordagem mais empática acerca de questões psicossociais que são geradoras de sofrimento aos pacientes também são citadas por Rayane, fisioterapeuta do programa há 5 anos, conforme o trecho a seguir.

Eles (os pacientes) estão com um estado emocional bem sensível, já bem sensibilizados. Então, ‘pra’ gente até saber como abordar, como reagir, como conversar, no que falar, então tudo é mais delicado. Então, é bem sensível mesmo. As visitas são feitas semanalmente, mas muitas vezes a gente percebe a necessidade de ir mais de uma vez, ou às vezes a psicóloga vai e faz um atendimento pontual porque a equipe percebeu a necessidade naquele momento (Rayane, 2025).

A valorização e disseminação de protocolos como o SPIKES e outras ferramentas que facilitem ou mediem o processo comunicativo pode ser um importante aliado nesses momentos, sobretudo tendo em vista que o destaque dado à saúde mental e ao suporte social do paciente emerge como uma das metas do Plano Municipal de Saúde do município de Sobral, quadriênio 2022 a 2025 (Sobral, 2022) para o Programa de Atenção Domiciliar, que sublinha o escopo de realizar, quadrimestralmente, duas intervenções de cuidado psicossocial no Programa Melhor em Casa. Tal fim vai ao encontro de, no mínimo, três princípios paliativistas, sendo eles a integração dos aspectos psicológicos e espirituais no cuidado, a oferta de suporte aos familiares durante a doença e enfrentamento do luto, e uma abordagem multiprofissional que enfoque as demandas do paciente e de seus familiares, incluindo o acompanhamento no luto, demonstrando uma sinergia entre o trabalho exercido pelo programa no município e o que é preceituado para uma atuação ética e responsável em cuidados paliativos.

Assim como os pacientes, o domínio emocional dos cuidadores e familiares também foi ressaltado pelos profissionais, ao considerar que as repercussões psicológicas do adoecimento também afetam, consequentemente, os sujeitos que cercam o paciente acompanhado pelo programa. O termo “ajudar” surge como representativo desta classe na CHD gerada pelo IRAMUTEQ, surgindo como um vocábulo utilizado pelos profissionais para descrever a ação direcionada aos pacientes e familiares acerca dos aspectos psicossociais. No discurso de Omar, esse ponto pode ser vislumbrado.

Nessa hora (da palição), existem vários fatores, né? A negação até chegar à aceitação da doença, do diagnóstico, de se ver e aceitar como um paciente paliativo. É bem duro ‘pra’ todo o contexto. Não só para o paciente, como para o contexto familiar, ‘pra’ quem cuida e ‘pra’ quem tá doente. O que a gente (profissionais) pode fazer é tentar ajudar o máximo possível, às vezes parando ‘pra’ escutar, ‘pra’ ouvir, mesmo que seja rápido (Omar, 2025).

Assim, o trabalho desenvolvido pelos profissionais busca aglomerar uma assistência que consiga dar conta da dimensão psíquica da dualidade existente entre paciente e cuidador. Aqui, é importante ressaltar que, por mais que existam questões emocionais existentes na vivência de ambos, sendo estas muito particulares e idiossincráticas de cada um, em algum ponto essas vivências se tornam perpendiculares, pois o sofrimento do adoecimento afeta o sujeito doente, ao passo que a sensibilização deste também gera repercussões emocionais no familiar ou na pessoa que exerce a função de cuidador informal (Oliveira *et al.*, 2024).

Também é importante considerar que a tentativa de abranger esse conjunto diverso de demandas apresentados pela díade pode tornar a carga de trabalho dos profissionais do PMeC excessivamente exaustiva, comprometendo assim o próprio psiquismo dos componentes da equipe.

O enfrentamento de demandas intensas percebidas no cotidiano de trabalho dos participantes surge, então, como fatores promotores da exaustão física e emocional abordada por estes, a exemplo da necessidade de gerir sintomas complexos, prestar suporte aos pacientes e familiares, bem como a tomada de decisões que envolvem conflitos éticos que, invariavelmente, surgem ao se trabalhar nessa seara (Nunes; Milano, 2023).

No que diz respeito especificamente aos percalços envolvidos na saúde mental desses sujeitos, a longa exposição a aspectos que envolvem sofrimento e a proximidade da morte aliada à uma perspectiva de brevidade da vida podem ser fatores contribuintes para o desenvolvimento de sintomatologias associadas ao estresse e ao *burnout*. Soma-se a isso a necessidade constante de manter uma postura empática e acolhedora, sem que haja necessariamente um apoio institucional que possa dar conta e vazão às demandas psíquicas que atingem tais profissionais (Terres *et al.*, 2024).

A “rotina” destes, sendo esse um dos termos representativos da categoria, acaba também por dificultar ou inviabilizar que momentos voltados ao autocuidado possam ser destacados, como é possível nos excertos da enfermeira Aisha: “É um pouco difícil, porque a rotina é um pouco apertada” (Aisha, 2025) e da agente administrativo Viviane, há 4 anos no programa: “a gente tenta conciliar a rotina dos enfermeiros, dos fisioterapeutas, porque é realmente muito puxado, muita coisa ‘pra’ dar conta, e tem horas que o psicológico não aguenta” (Viviane, 2025).

Nesse domínio, o relato do médico Sol traz contribuições que reforçam o papel exercido pelos profissionais enquanto sujeitos responsáveis pelo acolhimento de demandas emocionais levantadas, sobretudo, pelos cuidadores, no decorrer dos atendimentos realizados, conforme relato a seguir

Hoje a gente está com psicólogos, e eu acho que isso, esse momento de ouvir o que a família tem a falar, eu acho isso uma boa tática de tentar manejar aquele paciente, aquele contexto familiar. Mas também, puxando para a minha prática, já que eu não acompanho tanto a psicóloga, o que eu percebo é que a gente pode tentar ouvir, fazer ali o nosso papel de um terapeuta *fake*, emprestar o nosso ouvido para tentar cuidar daquele sofrimento daquela família, sentar do lado e tentar se fazer presente. Essa é uma das poucas certezas que a gente tem de saber que nosso trabalho ‘tá’ surtindo efeito (Sol, 2025).

Por mais que, via de regra, o suporte emocional contínuo seja viabilizado por componentes da psicologia (Rodrigues; Abrahão; Lima, 2020), o que se percebe na prática é que não há, necessariamente, uma divisão tão rígida de disponibilização dessas demandas a profissionais específicos. No que diz respeito à atuação do psicólogo nos cuidados paliativos e em equipes de atenção domiciliar, o profissional propõe intervenções que abordem problemáticas múltiplas, em relação aos cuidados com ou sem possibilidades curativas, sendo a comunicação entre membros da equipe um passo primordial para o bom andamento do cuidado dentro de uma ótica psicossocial e espiritual. Dessa forma, o psicólogo atuará no fortalecimento de vínculos entre os envolvidos, estabelecendo uma escuta ativa, por meio de uma construção de narrativas sobre suas vivências, relacionadas à elaboração da morte e do luto (Alvarenga; Amaral; Cavalcante, 2022).

Nesse caso, o aspecto psicossocial pode ser enfatizado também para outras categorias profissionais, apresentando-se assim enquanto uma demanda praticamente universal a todos aqueles que compõem o PMeC, mesmo que em atitudes que possam parecer simples, como a relatada acima pelo participante, ao sentar-se ao lado do usuário para escutar suas demandas.

Quando essa demanda extrapola a capacidade do programa ou se apresenta de forma tão intensa que se percebe a necessidade de um acompanhamento mais especializado, a alternativa mais viável para os profissionais é o sistema de encaminhamento para outros dispositivos da rede, em especial da RAPS, sendo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) o único componente citado explicitamente pelos participantes, como exemplificado pelo discurso de Samira, fonoaudióloga há 1 ano no programa, ao responder sobre as possibilidades de encaminhamento.

Encaminha ‘pro’ CAPS, ‘pra’ que eles possam ser atendidos por um especialista, principalmente porque só temos uma psicóloga e acaba que, muitas vezes, não dá conta da demanda, que é muito grande. Eu acho que todos os cuidadores e pacientes deveriam ter esse acompanhamento psicológico, mas por causa da demanda, a gente não consegue (Samira, 2025).

A proposição de encaminhamentos mais fluidos dentro da RAS vem sendo constantemente apontada como um dos caminhos possíveis para o fortalecimento da saúde pública, bem como para a celeridade eficiente da assistência (Corrêa; Souza, 2023). No contexto específico estudado, o que se percebe é que as demandas que envolvem questões em saúde mental surgem de forma tão potencializada que não conseguem ser absorvidas pelo serviço, urgindo assim a necessidade de direcionamentos que vão para além das possibilidades do Melhor em Casa enquanto serviço.

Especificamente no PMeC de Sobral, os profissionais relataram o costume de, muitas vezes, consultar a gerente do serviço sobre a possibilidade de encaminhamentos para a RAPS, especificamente no que tange ao CAPS, como forma de garantir um fluxo de referências contínuo, além de permitir uma maior comunicação entre a gestão dos dois serviços; tornando a presença do termo “gerente” um dos representativos dessa categoria, expressando, assim, o caminho pelo qual tais encaminhamentos podem ser gerados e concretizados.

Logo, essa categoria trouxe como enfoque principal a relevância de questões voltadas aos domínios social e psicológico no decorrer das atividades laborais desenvolvidas pelos profissionais, o que também pode acarretar em prejuízos para seus próprios psiquismos. A reflexão em torno das considerações que cerceiam a finitude, o luto, a compassividade e a comunicação advinda desta, além da carga emocional de pacientes, cuidadores e da própria equipe gera implicações para a prática profissional, à medida que o sofrimento e a compaixão não se limitam à esfera laboral, atingindo, muitas vezes, o aspecto humano e pessoal daqueles que convivem diariamente com demandas afins a tais temas.

Os achados dessa categoria revelam assim que, para além de um preparo técnico, o cotidiano de trabalho solicita uma ancoragem emocional concreta, o que não significa que tais profissionais não possam ser atravessados por sentimentos e cognições a partir das realidades acompanhadas no entorno das visitas domiciliares. Pelo contrário, reconhecer que essas demandas existem e que estas impactam a si mesmos já são bons direcionamentos no reconhecimento de que o sofrer é verbo imperativo quando se aborda a palição, mas não precisa ser o único a predominar nesse contexto. Assim, haja vista as considerações postuladas pelos participantes, notou-se a necessidade de realizar um encontro voltado especificamente a essas demandas, permitindo que as tessituras que cerceiam os cuidados paliativos e o cuidado

psicossocial pudessem ser trabalhadas e destacadas, voltadas tanto para pacientes quanto para cuidadores.

5.1.4 “A gente se torna a família daquele paciente”: a atuação multiprofissional como instrumento de suporte técnico e afetivo

A presente classe tem uma representatividade de 13,4% do total do conteúdo analisado, sendo representativa da classe 4, com os vocábulos mais presentes: “médico”, “enfermeiro”, “ano”, “lembrar” e “visitar”. Tais palavras surgem em contextos associados à atuação da equipe multiprofissional, tanto no que diz respeito aos aspectos técnicos de seu trabalho quanto na disponibilidade de suporte afetivo.

Três perguntas foram estabelecidas como fundamentais pelo pesquisador na construção da presente categoria de análise, sendo elas: questão 6 (“Você consegue identificar alguma estratégia potencializadora do cuidado ao paciente em cuidados paliativos e seus familiares no PMeC do município de Sobral? Justifique.”), questão 7 (“Você acredita que a atuação multiprofissional no PMeC traz algum benefício para o paciente em cuidados paliativos e seus familiares? Justifique.”) e questão 8 (“Você já realizou alguma atividade/ação multiprofissional direcionada à pacientes em Cuidados Paliativos e/ou seus familiares? Se sim, como foi essa experiência?”).

Acerca do questionamento 6, além de ser representativo da categoria imediatamente anterior, o mesmo também se encaixa na presente classe, visto que, ao mesmo tempo que a atenção voltada aos aspectos psicossociais foi destacada enquanto potencialidade do PMeC, a atuação e composição de uma equipe multiprofissional também foi destacada nas respostas dos participantes, estabelecendo assim uma relação intrínseca da pergunta com essas duas categorias.

No que tange à sétima interrogativa, essa mais específica para atuação multiprofissional, os participantes foram unânimes ao relatar que viam benefícios em um trabalho cooperativo, comunicativo e bem articulado entre os membros da equipe. Já acerca da questão 8, as atividades e ações descritas pelos participantes incluíam estudos de caso, ações sociais voltadas ao contexto da família, bem como comemorações coletivas de datas no domicílio dos usuários, sendo estes momentos planejados e operacionalizados por toda a equipe, ou pela maioria dos membros.

No tocante às contribuições de uma equipe diversa, composta por uma variedade de categorias profissionais, o fisioterapeuta Hermes sublinha a importância de uma

comunicação efetiva entre os membros do programa, apontando ainda para a periodicidade de avaliações almejadas pelo PMeC.

Como no Melhor em Casa a gente tem uma equipe multiprofissional, esse paciente é avaliado mensalmente por toda a equipe multiprofissional, como médico, nutricionista, psicólogo, que é muito importante, fisioterapeuta, enfermeiro, técnico de enfermagem, toda a equipe multi. E o profissional está ali, tratando, um encaminhando para o outro, passando as devidas pendências caso precise. Dentro de casa, sem precisar o paciente ir pro hospital, uma troca de sonda, que a família confia, que as mulheres têm experiência de fazer isso. Porque se você vai pro hospital pra fazer uma troca de sonda, você leva o dia inteiro. (Hermes, 2025).

Essa interação profissional favorece a oferta de um cuidado mais humanizado e individualizado, abrangendo aspectos clínicos e fisiológicos, sem que as dimensões espirituais, emocionais e sociais sejam escanteadas (Teixeira *et al.*, 2022).

A contribuição de diferentes visões acerca de um mesmo fenômeno gera benefícios ao sujeito que ocupa a posição de paciente, de modo que uma série de demandas podem ser resolvidas ou amenizadas, além de facilitar a identificação de prioridades ao longo do processo terapêutico ao qual ele se encontra submetido.

Portanto, o fortalecimento da interdisciplinaridade pode ser citado como um elemento fundamental para o bom andamento de práticas e condutas que estejam de acordo com a abordagem paliativa. É importante ainda reforçar que, ao mesmo tempo que essas contribuições ocorrem em plano nacional, a nível internacional países como Bélgica e Reino Unido já possuem equipes interdisciplinares domiciliares bastante consolidadas, desde a década de 1990. Tais equipes vêm apresentando ainda resultados expressivos na redução de hospitalizações e no aumento de óbitos domiciliares planejados, contribuindo assim para a ortotanásia e para a kalotanásia (Cerullo, 2023).

Como já abordado anteriormente, a disseminação dos cuidados paliativos ainda encontra certa resistência dentro da sociedade a nível de senso comum, sobretudo quando se constata que existem determinadas compreensões da abordagem que não condizem com o que, de fato, ela pretende concretizar. Nessa esfera de análise, a atuação da equipe de forma integrada e comprometida surge como potência na promoção do conhecimento acerca da temática.

O profissional de enfermagem, por exemplo, deve cuidar para que o doente não sinta dor, esteja em boas condições de higiene e nutrição, receba conforto físico e se mantenha o mais possível livre de riscos. Para além disso, o enfermeiro busca uma comunicação efetiva com o paciente e seus familiares, ajudando-os a expressar suas ideias e sentimentos, no intuito de também compreender melhor sua experiência (Couto; Rodrigues, 2020).

Já o trabalho exercido por médicos na abordagem envolve uma série de meandros técnicos e bioéticos, aliados à capacidade de considerar o subjetivismo do outro que precisa de cuidado. Nesse cenário, desde o processo formativo dos profissionais são encontrados percalços que, de algum modo, geram implicações acerca do conhecimento em cuidados paliativos.

Além disso, o trabalho em conjunto de enfermeiros, farmacêuticos e médicos viabiliza prescrições medicamentosas mais seguras, diminui o risco de interações medicamentosas e melhora o manejo sintomático, principalmente quando ocorre em domicílio, local este em que o autocuidado, muitas vezes, é colocado em prática por familiares (Santos *et al.*, 2020; Fernandes *et al.*, 2024; Melo *et al.*, 2024).

Outra categoria essencial na composição da equipe multiprofissional é a nutrição, que possui um enfoque não apenas de sustentadora da vida, mas de promover variáveis que podem ou não gerar conforto no paciente. Quando se aborda a terapia nutricional no universo dos cuidados paliativos, leva-se em consideração a oferta de alimentação oral, enteral ou parenteral, assim como o efeito que tais terapias podem gerar na qualidade de vida do paciente (Paz; Silva; Martins, 2020).

Os aspectos psicossociais também são destacados no itinerário terapêutico que envolve os cuidados paliativos. Nessa seara, o profissional psicólogo exerce papel central, ao atuar como um facilitador da construção de vínculos entre paciente, família e equipe de saúde. Além disso, a elaboração de angústias, a adaptação à realidade e a promoção de autonomia e dignidade no processo de morte e morrer são tópicos sensíveis que podem ser trabalhados dentro de um processo de acolhimento terapêutico (Guimarães; Faria, 2022).

Outra categoria que lança luz, de forma central, aos aspectos sociais que envolvem o processo de adoecimento em cuidados paliativos – inclusive na atenção domiciliar – é o assistente social. Visando a consolidação do trabalho interprofissional, a atuação desse profissional ocorre na interlocução com a instituição contratante (sendo ela pública ou privada), equipe de saúde e usuário, promovendo a articulação de redes de suporte social formais e informais. Nesse cenário, a escuta e a acolhida são instrumentos indispensáveis, possibilitando o resgate da autonomia do paciente e um maior favorecimento do ambiente em que este se encontra, concomitantemente ao estabelecimento de condições mais dignas (Cavalcanti *et al.*, 2020).

A articulação do PMeC com outras políticas públicas da rede é um fator preponderante na garantia de uma atenção em saúde pluralizada e integral, numa tentativa de abranger o maior número de dimensões possíveis do sujeito atendido. Assim, a mobilização da

intersectorialidade também surge como instrumento de reforço das práticas exercidas pela equipe.

O horizonte da intersectorialidade das políticas públicas consubstancia-se na melhoria das condições de vida da população, na otimização e na utilização dos recursos – sejam eles financeiros, materiais ou humanos - e nos ganhos de escala e de resultados, requerendo decisões institucionais e políticas a nível de planejamento e execução, de modo a romper com a cultura política da setorização (Wanderley; Martinelli; Paz, 2020).

O papel do farmacêutico também merece destaque, à medida que ele é o responsável por realizar o acompanhamento farmacoterapêutico, identificando problemas e produzindo intervenções farmacêuticas para otimizar tratamentos (Oliveira *et al.*, 2025). Entendendo que a abordagem paliativa abrange intervenções medicamentosas e não medicamentosas, a presença de um profissional da farmácia contribui para a adequada prescrição, dispensação e evitação de interações prejudiciais à saúde dos pacientes.

A utilização de técnicas farmacológicas e não-farmacológicas no intuito de gerar um maior controle da dor pode ainda ser citado, nesse panorama. Nesse sentido, é importante que seja evidenciada a importância do vínculo entre o profissional e o paciente/família, ao se aplicar práticas que visem o controle algico, sendo estas fundamentais na promoção da dignidade e do bem-estar dos assistidos (Rodrigues *et al.*, 2020).

Outrossim, o papel do fisioterapeuta na equipe multiprofissional também é fulcral, sobretudo na atuação junto ao manejo da dor e seu aspecto cognitivo-afetivo, controle da dispneia, depuração de muco, fadiga, alterações linfáticas e gerenciamento de demais sintomas motores e musculares (Machado *et al.*, 2021).

As funções acima descritas, de algumas categorias profissionais que compõem uma equipe de cuidados paliativos, formam um conjunto de possibilidades de atuação que, quando bem planejadas, podem desencadear melhorias significativas aos hábitos de vida e ao caminhar dos pacientes ao longo do ciclo de adoecimento.

A integralidade do cuidado proporcionada a partir dessa composição de equipe é destacada por Vita, assistente social, que reconhece a relevância do trabalho exercido pelos profissionais com o intuito de sanar ou amenizar as demandas percebidas no cotidiano de vida e de saúde dos usuários assistidos.

Ele (o paciente) é visto de uma forma integral. A gente faz sempre visitas juntos, saiu agora a equipe toda. Então, enquanto a enfermagem está ali fazendo o atendimento dela, a gente vai conversando e eu, por exemplo, no meu caso, eu fico ali, eu já fico observando e fazendo as anotações. Então, eu vou percebendo, aquilo ali está precisando do psicólogo, o médico precisa fazer a visita, está acontecendo isso.

Enquanto ela está vendo a parte de enfermagem, a gente está vendo essa parte social, a psicóloga vê a parte psicológica, e aí a gente vai identificando tudo que aquele paciente, que aquele cuidador está precisando. A gente vai ver todo o contexto, vai perguntando se já está com os benefícios, recebendo os benefícios, é o benefício da fralda, é o benefício do aluguel social, é o benefício da energia, se precisar entrar em contato com outro serviço, às vezes com o CAPS, com o centro de reabilitação, ou até com o próprio posto mesmo. Então, ele é visto de uma forma integral. Eu acho que é muito bom (Vita, 2025).

O desenvolvimento de um trabalho integrado, realizado por categorias diversas da área da saúde, constitui-se com um vetor essencial na consolidação de um cuidado integrado e centrado no sujeito. Equipamentos de atenção domiciliar compostos por múltiplas profissões podem abranger dimensões diferentes do sofrimento humano, aproximando-se assim da dor total e abrindo demandas profundas que transcendem a vida cotidiana (Melo; Araújo; Oliveira, 2024).

A nível nacional, a implementação do PMeC age como um reforçador para a necessidade de uma atuação interprofissional. Por meio da Portaria nº 963/2013, foram estabelecidas diretrizes específicas no que tange ao atendimento domiciliar, reconhecendo no documento a importância da complementaridade entre equipes municipais e multiprofissionais da Atenção Primária (Brasil, 2013).

Ainda nessa portaria, uma das diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde do Brasil que caracterizam a atenção domiciliar versa justamente sobre a necessidade de se adotar um modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, promovendo assim um de seus objetivos centrais, que seria a garantia da continuidade de cuidados, mantendo-se integrada às redes de atenção à saúde.

Por mais que o reconhecimento desse modelo ocorra a nível local, haja vista a multicomposição da equipe trabalhada, ainda assim alguns participantes reconhecem que determinados profissionais poderiam compor o PMeC como forma de agregar mais valor à assistência e às ações realizadas. No caso do enfermeiro Omar, além de citar sobre a necessidade de inclusão de um profissional da terapia ocupacional, o mesmo ressalta o quantitativo profissional ainda insuficiente para dar conta da demanda.

Por mais que tenhamos uma equipe ‘multi’, mas a gente tem uma equipe ainda limitada para a quantidade de pacientes que a gente tem, ‘né?’ Então, faltam alguns profissionais como terapeuta ocupacional, que eu acho importante dentro do cuidado para com os pacientes. Não só os paliativos, como os demais, ‘né?’ E também, assim, como a gente tem muitos pacientes com pouco profissional, então, a gente acaba diminuindo a quantidade de visitas, que o paciente precisaria de mais. Às vezes ia visitar um paciente, mas aconteceu uma intercorrência em outro lugar e tem que trocar a visita. Então, a gente veio uma vez por semana, a gente poderia ter vindo duas, três ou até mais vezes. Então, acho que é uma dificuldade essa quantidade de visitas e profissionais (Omar, 2025).

De acordo com a Política Nacional de Cuidados Paliativos (Brasil, 2024b), a Equipe Matricial de Cuidados Paliativos (EMCP) deve ser composta, minimamente, por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, com o acréscimo de técnicos de enfermagem na composição das Equipes Assistenciais em Cuidados Paliativos (EACP). Contudo, essa composição mínima não exclui a possibilidade de que outros profissionais possam vir a integrar tais equipes, sendo esta uma opção discricionária dos gestores, a depender das necessidades do serviço.

Conforme apontado por Omar, parece haver uma demanda não só de categorias diferentes, mas também de um número maior de profissionais em profissões já incluídas no PMeC, como forma de poder abranger o cuidado junto aos pacientes e cuidadores, além de potencializar as ações realizadas nas visitas domiciliares, entendendo que ao aumentar o número delas ao longo da semana, o cuidado longitudinal também é facilitado.

Para além do aspecto técnico, conforme também apontado anteriormente, o fazer dos profissionais, muitas vezes, ultrapassa a assistência, ganhando contornos subjetivos e afetivos. Lidar com essa dimensão do cuidado também pode ser citado como uma necessidade a ser trabalhada pela equipe. Tal conclusão pode ser exemplificada pela fala da técnica de enfermagem Alma, que traduz um pouco dos sentimentos direcionados diante da realidade com que trabalha, destacando o papel afetivo que o PMeC exerce nas pessoas assistidas.

A gente sai do quadrado da gente, né? Vamos dizer assim. Quando é o aniversário deles, a gente sempre procura, sempre que possível, sempre que dá, também vai das nossas limitações. Às vezes, a gente vai lá ‘pra’ casa, a gente leva um bolinho, canta parabéns no dia das crianças. A gente freta um *Uber*, a gente sai de casa em casa. A gente procura fazer o dia do cuidador, que é um dia voltado só para o cuidador. A gente sabe que é difícil, ‘né’? É muito difícil. Com condição interna. E a gente sempre procura ajudar do jeito que a gente pode (Alma, 2025).

A realização de ações que proporcionem momentos de relaxamento ou confraternização junto aos usuários é citada como uma prática que contribui para uma maior humanização do cuidado, ao mesmo tempo que também reforça os vínculos estabelecidos com a equipe. Tais ações, geralmente, envolvem todos os componentes do programa, de modo a enfatizar a importância de momentos rotineiros nos quais a contribuição de todos os profissionais é valorizada, principalmente quando se considera que a atuação ultrapassa as barreiras do tecnicismo.

Um estudo avaliativo desenvolvido por Gomes *et al.* (2024) no contexto nacional do PMeC enfatizou que programas especializados em cuidados paliativos estruturados a partir de equipes multiprofissionais são potencializadores dos cuidados em fim de vida, fazendo a

diferença, sobretudo, em países com poucos recursos e que enfrentam desafios associados à fatores sociais e culturais relacionados ao cuidado e ao acesso à saúde.

Logo, depreende-se que as habilidades clínicas de médicos e enfermeiros, combinadas ao fazer da fisioterapia em termos de mobilidade e conforto, junto à intervenção farmacêutica em ajustes de medicação e o apoio emocional e social promovido por psicólogos e assistentes sociais compõem um sistema capaz de prover maior autonomia ao paciente, ao mesmo tempo que reduz complicações associadas ao adoecimento em domicílio.

Observa-se também um impacto positivo direto na qualidade de vida dos pacientes atendidos por equipes multiprofissionais. Em um estudo randomizado realizado na China com pacientes oncológicos em situação terminal, Liu *et al.* (2023) concluíram que houve uma melhoria significativa nos índices de depressão e de ansiedade, bem como escores favoráveis na Escala de Qualidade de Vida (QLQ-C30) da *European Organization for Research and Treatment of Cancer*, quando comparado ao atendimento convencional realizado de maneira uniprofissional a pacientes oncológicos em fim de vida.

No tocante às tentativas de humanização do atendimento desenvolvido pela equipe, a enfermeira Aisha sublinha que a criação de vínculos junto aos pacientes faz com que laços sejam estabelecidos a um nível quase familiar, tornando a presença dos profissionais em seus domicílios um evento que também passa a ser visto como um estímulo e um evento desejado.

Acho que o fato de a gente ser uma equipe ‘multi’, e ser muito próximo do paciente, porque a gente é bem próximo, a gente acaba se aproximando muito. E às vezes, a melhor parte do dia é quando vai o profissional de saúde, ‘né’? O profissional do Melhor em Casa. Porque vai além desse cuidado, ‘né’? A gente, às vezes, se torna a família daquele paciente. E a gente tenta suavizar esses momentos. A gente tenta fazer aniversário, almoço. A gente tenta diversificar, humanizar mesmo o atendimento (Aisha, 2025).

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2013), a construção de processos coletivos de enfrentamento das relações de poder, trabalho e afeto é um passo essencial para a consolidação da comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários. Dessa forma, a inclusão desses três atores nos processos de gestão e cuidado, além de alimentar um ciclo que se autovaloriza, estimula também a produção de novas formas de cuidar e de organizar o trabalho.

Por seu caráter transversal, a PNH se faz presente e se insere em todas as políticas e programas do SUS. Assim, sua inserção no cotidiano de trabalho do PMeC consegue produzir um olhar inovador cerceado por ineditismo, à medida que busca ampliar a assistência, integrando aspectos técnicos, mas que também integrem o componente afetivo.

No tocante a este último, o relato da agente administrativa, Viviane, demonstra uma preocupação genuína da profissional com relação ao desenrolar do luto e do processo de adoecimento em torno de todo o seio familiar. Nas palavras da mesma, o sentimento de apego é construído à medida que as histórias vão sendo acompanhadas e contadas de forma coletiva.

Quando eu entrei no programa eu chorava muito, porque quando eu via as crianças doentes, eu tinha um filho pequeno, ‘né’? Aí eu ficava pensando: “poxa, aquela mãezinha deve estar pela misericórdia, ó Senhor”. Porque na nossa cabeça, quando a gente é adulto e já viveu muita coisa, a gente acha que, não mas é adulto, aguenta, suporta; mas quando é criança, a gente fica muito triste, muito triste mesmo. Apesar da gente saber que são paliativos, não vão ficar no programa ‘pra’ sempre, a gente acaba se apegando. A gente fica aí no luto uns dois dias, duas semanas, ainda pensando, poxa, como foi, como é que está a família, vamos visitar, vamos levar uma florzinha, vamos saber como é que está a mãezinha. A gente ainda fica nesse luto, ainda de um mês, e às vezes passa de ano e a gente continua lembrando (Viviane, 2025).

Com a criação de vínculos e com o cotidiano de acompanhamentos semanais dos usuários atendidos pelo programa, a partida de um paciente pode acabar gerando um sentimento de luto, muitas vezes, interdito ou não autorizado por parte dos profissionais, sendo este fruto também de um sentimento de impotência ou fracasso por não conseguir salvar a vida de alguém (Kovács, 2010; Monteiro; Mendes; Beck, 2020). Logo, o afeto criado e desenvolvido no decorrer das intervenções profissionais, também pode ser considerado, em alguns casos, um instrumento gerador de angústia, quando é desenvolvido ou emergido em situações que envolvem a finitude de um paciente.

Salienta-se, nesse quesito em específico, que o conceito de cuidado advertido, desenvolvido por Leite (2023) parece traduzir muitos dos encontros e desencontros elaborados pelos profissionais, sobretudo nas tangentes que envolvem a incapacidade de fazer mais pelo outro (ou, pelo menos, quando essa ótica é trabalhada por esses profissionais). De acordo com a autora, ressalta-se a importância de que os profissionais de saúde estejam, de alguma forma, advertidos de que o cuidado comporta uma incompletude e uma impossibilidade de dar conta de tudo, sendo estas características formativas e integradoras do fenômeno aqui compreendido como cuidado em saúde.

A partir desse direcionamento, a construção de um cuidado singular pressupõe que o dispositivo da escuta empática seja desenvolvido e praticado, sendo pensado não apenas pela via da identificação, mas como um reconhecimento e acolhimento daquilo que o outro traz de diferente, inclusive nas singularidades de seu sofrimento que, invariavelmente, também toca e atravessa o profissional que está cuidando.

O discurso da técnica de enfermagem Zoé corrobora com essa ideia, à medida que traz um discurso voltado ao dispositivo afetivo como ferramenta facilitadora de criação de vínculos. Desse modo, percebe-se a concepção de uma equipe que adentra no domicílio de seus usuários com o fito de propiciar uma assistência não apenas técnica, mas humana.

Como a gente adentra dentro da casa deles, tem família que é, tipo, como se a gente fosse da família, ‘né’? ‘Tá’ passando por um problema, a gente chega lá, eles conversam com a gente, aí, tipo, já melhora. E aí o astral já muda, ‘né’? Com esse vínculo da equipe com os pacientes, sabe? (Zoé, 2025).

Como citado por vários entrevistados, a criação de vínculos parece ser um elemento chave na assistência, conectando-se diretamente aos benefícios do cuidado clínico ofertado pelos profissionais. Nesse cenário, é importante realçar que no processo de vinculação entre pacientes, familiares e profissionais, inevitavelmente impera uma relação de poder, na qual um parece saber o que o outro deve fazer para gerar bemesses ao seu estado de saúde (Leite, 2023). Entretanto, ainda com esse empecilho acoplado à relação dialógica entre esses três atores, o caráter humano e subjetivo também impregnado nessas relações faz com que essa conexão em tríade gere uma homeostase, na qual a estabilidade relacional pode ser percebida e aproveitada, resultando em consequências favoráveis aos envolvidos.

Como apontado nos trechos destacados, a junção do especialismo com a afetividade implicada nas relações profissionais e usuários e profissionais e cuidadores cria um espaço propício à geração de planos de cuidado e projetos assistenciais efetivos, que buscam atender as necessidades apresentadas. Assim, ao serem questionados sobre ações e/ou atividades multiprofissionais realizadas pelo conjunto do PMeC, os profissionais foram enfáticos em ressaltar as discussões de caso constantes que, apesar de não terem uma periodicidade exata para serem realizadas, parecem fazer parte de seus cotidianos laborais.

Omar, enfermeiro, cita as discussões de caso como uma alternativa viável de planejar intervenções, refletir a partir do prognóstico provável e pensar em estratégias que possam minorar o sofrimento das pessoas assistidas.

A gente já fez discussão de casos clínicos, que a gente tem pacientes, no Melhor em Casa, que apesar de serem paliativos, eles não deixam de precisar de todo aquele cuidado especial que a gente tem. E discutir casos é discutir soluções de alguns problemas que esse paciente possa vir a ter, algumas complicações, para que a gente consiga planejar estratégias para que consiga dar um conforto, uma qualidade de vida melhor para o paciente (Omar, 2025).

A discussão de casos clínicos em equipes multiprofissionais potencializa o olhar diverso sobre um mesmo objetivo em saúde, proporcionando que os profissionais possam se

debruçar sobre os casos e, com isso, fazer emergir diferentes visões sobre o processo de adoecimento, além de múltiplas propostas de cuidado (Fagundes; Campos; Fortes, 2021).

Ao reservar momentos para refletir sobre as diferentes dimensões que cercam os processos de adoecimento e tratamento de um paciente, a equipe do programa constrói também mecanismos de aprimoramento do fazer profissional, ao edificarem uma prática que busca deixar o uniprofissionalismo, valorizando a interprofissionalidade.

Além dos momentos de discussão de caso, também foram ressaltadas ações temáticas organizadas pelos profissionais, como forma de recordar e comemorar datas que possuem um significado especial, seja para os cuidadores, seja para os próprios pacientes. Nas palavras da agente administrativo Viviane:

A gente como administrativo organiza um dia das mães, a gente imprime as ‘fotinhas’, leva chocolate. Aí durante toda a semana, cada profissional que vai visitando, a mamãe vai lembrando de entregar o presente. No dia das crianças, a gente se junta todo mundo, pede o ônibus, a prefeitura disponibiliza o ônibus, aí sai visitando as casas dos pacientes. Nessas datas festivas que a gente tem uma motivação ‘pra’ falar. A gente também não pode estar enchendo a casa do paciente de muita gente, ‘né’. Nós temos limitações. Então, sempre que a gente tem possibilidades que a gente acha que dá certo, a gente sempre faz, procura fazer (Viviane, 2025).

Conforme trazido pelo relato, a realização de ações – mesmo que pareçam simples e não exijam um planejamento suntuoso - são importantes para a consolidação dos cuidados paliativos pois, mesmo que estas ações não tenham uma repercussão a nível estadual ou nacional, o movimento local provocado por elas já é suficiente para que a abordagem seja mais conhecida e gere engajamento em torno do termo.

Alguns estudos internacionais (Kesonen *et al.*, 2022; Larsson *et al.*, 2022) delineados a partir de revisões bibliográficas apontam, como requisito indispensável para os cuidados paliativos, a competência interprofissional, sendo esta citada desde os seus princípios basilares, incluindo o compartilhamento de experiências, eficácia na comunicação, ajuste de papéis e atitudes colaborativas por parte daqueles envolvidos nesse trabalho.

Ao se trabalhar em um ambiente domiciliar, a constante interação entre profissionais de áreas complementares promove ainda uma maior diluição entre barreiras disciplinares, contribuindo para o fortalecimento de um planejamento conjunto, resultando em respostas que envolvem o adequado manejo de sintomas, o suporte aos cuidados envolvidos e uma drástica diminuição no quantitativo de hospitalizações desnecessárias (Sousa *et al.*, 2020).

Por conseguinte, o PMeC possui uma função social dentro de toda a teia que envolve a atenção prestada ao usuário, à medida que suas contribuições ultrapassam os limites

da saúde, gerando impactos, inclusive, financeiros, diminuindo gastos e tornando-se uma iniciativa que pode resultar em cenários menos onerosos.

A revisão de Kesonen *et al.* (2022) traz como um de seus resultados que, a manutenção de uma filosofia comum e a construção de um elo de confiança mútua são fundamentais para a qualificação da equipe, possibilitando que o cuidado paliativo seja praticado de forma ética e sustentável, mesmo a nível domiciliar.

Nessa perspectiva, a contribuição de diversas categorias pode ser citada, de modo que o cuidado exercido de maneira compartilhada, unindo-se às especificidades de cada saber, pode ser um fator transformador para a vida dos pacientes assistidos.

Logo, essa categoria trouxe como foco maior as reverberações do trabalho multiprofissional, a partir de um dispositivo com dupla função: técnica e afetiva. Desse modo, considerando o exposto pelos participantes, propôs-se a realização de um momento formativo focado, especificamente, nas contribuições dessa atuação em equipe, como forma também de valorizar o que já é posto em prática pelo PMeC, mas também apontar para novos horizontes no que diz respeito a intervenções realizadas com os membros da equipe.

5.2 Fase de Planejamento: Preparando a Educação para o Cuidado

No que tange ao planejamento das ações, foram levadas em consideração as sugestões e dificuldades apontadas pelos profissionais ao longo das entrevistas previamente realizadas na fase exploratória. De modo a esquematizar os temas abordados e demais meandros que constituem a concretização das intervenções, os quadros 6 a 9, apresentados a seguir, foram construídos. Vale ressaltar que, a cada encontro, foi definido um objetivo específico de aprendizagem, sendo este também repassado aos participantes no início de cada ação e revisto ao final desta. Além disso, foram elencados conteúdos específicos que serviram como norte na condução de cada um dos momentos realizados, bem como os materiais necessários à operacionalização das intervenções.

Nessa fase em específico, foi dada especial atenção às respostas dos participantes ao questionamento 11 do roteiro de entrevistas, a saber: “Você considera importante a realização de alguma ação ou intervenção a respeito da temática nesse cenário? Em caso afirmativo, teria alguma sugestão de tema?”. Os entrevistados dispuseram de uma diversidade de respostas a essa interrogativa. Contudo, tendo em vista fatores como a disponibilidade dos profissionais, bem como a frequência das respostas levantadas pela equipe, optou-se por

trabalhar as temáticas mais presentes nos discursos, sendo estas representativas de cada uma das categorias previamente apresentadas na fase exploratória.

É importante ressaltar que, por mais que os participantes tenham trazido os principais temas quando esse questionamento era levantado, ao longo das entrevistas outras questões também eram pautadas, contribuindo assim para a elaboração dos quadros de planejamento a seguir.

O quadro 6 aborda o planejamento do encontro 1, construído a partir das discussões em torno da categoria “Um paciente importante”: percepções dos profissionais sobre pacientes em cuidados paliativos. A partir das contribuições levantadas pelos profissionais, percebeu-se a necessidade de se trabalhar aspectos introdutórios sobre os cuidados paliativos, abordando assim os fundamentos que embasam a abordagem.

Quadro 6 – Planejamento do Encontro 1

Tema - Fundamentos dos Cuidados Paliativos

Data:	22/10/2025
Objetivo Específico:	Compreender os princípios e as diretrizes dos cuidados paliativos e sua interface com a atenção domiciliar.
Conteúdos Abordados:	● Conceito e objetivos dos cuidados paliativos; ● Princípios da Organização Mundial da Saúde (OMS); ● Diferenças entre cuidados paliativos e cuidados curativos; ● Perfil de pacientes elegíveis para cuidados paliativos.
Atividades:	● Dinâmica de apresentação com relatos sobre perspectivas acerca da abordagem paliativa; ● Discussão dialogada sobre os conteúdos abordados; ● Estudo de caso para discussão em grupo.
Materiais:	Folhas de papel A4, canetas, notebook, cadeiras.
Referências Primárias:	● BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Cuidados Paliativos. 2 ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês, 2023, 424p. ● SAUNDERS, C. The evolution of palliative care. Journal of the royal society of medicine, v. 94, n. 9, p. 430-432, 2001. ● WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Palliative care. Geneva: World Health Organization, 2020.

Fonte: Elaborado pelos autores.

O quadro 7 aborda o planejamento do encontro 2, construído a partir das discussões em torno da categoria “O cuidado com o cuidador”: a ótica direcionada aos familiares. Sendo a atenção voltada aos cuidadores um dos pilares da atuação dos profissionais do PMeC, percebeu-se assim a relevância de construir um momento formativo voltado, especificamente, para esse público.

Quadro 7 – Planejamento do Encontro 2

Tema – O Cuidado direcionado a Familiares e Cuidadores de Pacientes Paliativos

Data:	29/10/2025
Objetivo Específico:	Capacitar os profissionais para implementar estratégias de apoio a cuidadores e familiares de pacientes em cuidados paliativos.
Conteúdos Abordados:	● Sobrecarga do cuidador; ● Estratégias para o desenvolvimento da escuta empática; ● Promoção do autocuidado a cuidadores e familiares.
Atividades:	● Discussão dialogada sobre os conteúdos abordados; ● Estudo de caso grupal; ● <i>Role play</i> (dramatização) de visita domiciliar focada na orientação e comunicação com o cuidador/familiar.
Materiais:	Folhas de papel A4, canetas, notebook, cadeiras.
Referências Primárias:	● BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Cuidados Paliativos. 2 ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês, 2023, 424p. ● CARVALHO, R. T.; ROCHA, J. A.; FRANCK, E. M.; CRISPIM, D. H.; JALES, S. M. C. P.; SOUZA, M. R. B. Manual da Residência de Cuidados Paliativos: Abordagem Multidisciplinar. 2 ed. Santana de Parnaíba: Manole Editora, 2022, 785p. ● VALE, J. M. M.; SANTANA, M. E.; LIMA, V. L. A.; PARENTE, A. T.; SONOBE, H. M.; FERREIRA, I. P. Sobrecarga dos cuidadores familiares de adoecidos por câncer em cuidados paliativos. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 28, p. e89726, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cenf/a/9bRSX7fDdBjtHKcmkNGYsNS/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 01 set. 2025.

Fonte: Elaborado pelos autores.

O quadro 8 aborda o planejamento do encontro 3, construído a partir das discussões em torno da categoria “Hoje eu quero morrer”: o aspecto psicossocial sob os holofotes do PMeC. Entendendo o aspecto psicossocial enquanto eíide fundamental do cotidiano de trabalho dos profissionais, bem como no que diz respeito às demandas levantadas pelo público assistido, esse momento foi pensado como forma de trazer para o centro do debate tais questões.

Quadro 8 – Planejamento do Encontro 3

Tema – Aspectos Psicossociais em torno dos Cuidados Paliativos

Data:	05/11/2025
Objetivo Específico:	Desenvolver competências para identificar, compreender e intervir em demandas psicossociais que permeiam os cuidados paliativos.
Conteúdos Abordados:	● Dimensão emocional do paciente e dos cuidadores; ● Cuidados em torno do luto que afeta a díade paciente e cuidador; ● Comunicação de notícias difíceis; ● Protocolo SPIKES de comunicação.
Atividades:	● Discussão dialogada sobre os conteúdos abordados; ● <i>Role play</i> (dramatização) focada na comunicação de notícias difíceis; ● Proposta de escrita de um modelo de Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV).
Materiais:	Folhas de papel A4, canetas, cadeiras, notebook, lápis.
Referências Primárias:	● FRANCO, I. S. M. F.; BATISTA, J. B. V.; FREIRE, M. L.; EVANGELISTA, C. B.; SANTOS, M. S. L.; LOPES, M. E. L. Morte e Luto em Cuidados Paliativos: Vivência de Profissionais de Saúde. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, Rio de Janeiro, v. 12, p. 703-709, 2020. ● GESSER, A. M; SANTOS, M. S.; GAMBETTA, M. V. Spikes: um protocolo para a comunicação de más notícias. Brazilian Journal of Development, São José dos Pinhais, v. 7, n. 11, p. 103334-103345,

	2021. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/39204 . Acesso em: 01 jun. 2025.
	● KOVÁCS, M. J. Educação para a morte: Temas e Reflexões. Belo Horizonte: Casa do Psicólogo, 2012, 224p. ● VATTIMO, E. F. Q.; BELFIORE, E. B. R.; ZEN JÚNIOR, J. H.; SANTANA, V. S. Cuidados Paliativos: Da clínica à Bioética, São Paulo: CREMESP, 2023, 582p.

Fonte: Elaborado pelos autores.

O quadro 9 aborda o planejamento do encontro 4, construído a partir das discussões em torno da categoria “A gente se torna a família daquele paciente”: a atuação multiprofissional como instrumento de suporte técnico e afetivo. Tendo em vista o caráter fundamentalmente multiprofissional da composição da equipe em questão, tornou-se importante a concretização desse encontro, tendo como foco as possibilidades de intervenção dos profissionais, no que diz respeito ao tecnicismo, mas também ao subjetivismo.

Quadro 9 – Planejamento do Encontro 4

Tema – Atuação Multiprofissional em Cuidados Paliativos

Data:	12/11/2025
Objetivo Específico:	Fortalecer a abordagem multiprofissional em cuidados paliativos para integrar práticas técnicas, relacionais e humanizadas.
Conteúdos Abordados:	● Atribuições da equipe multiprofissional nos cuidados paliativos; ● Construção de vínculos e comunicação empática; ● Práticas colaborativas em equipe.
Atividades:	● Atividades para o desenvolvimento da capacidade de escuta ativa; ● Atividade de reflexão sobre os significados do trabalho em equipe; ● Discussão dialogada sobre os conteúdos abordados; ● Avaliação dos encontros.
Materiais:	Folhas de papel A4, canetas, notebook, cadeiras, lápis.
Referências Primárias:	● BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 16p. Disponível em:

	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 29 ago. 2025. ● BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. [Internet]. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em: 18 jun. 2025. ● WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Integrating Palliative Care and Symptom Relief into Health Care Systems. Geneva: World Health Organization, 2018.
--	--

Fonte: Elaborado pelos autores.

A etapa de planejamento compreende também a realização de capacitações com dois estudantes de graduação de enfermagem da F5, sendo estes membros do NUPESM que, conforme apontado anteriormente, contribuíram na elaboração do material utilizado nas ações, assim como, na realização propriamente dita das mesmas. Foram realizados dois encontros presenciais, nos dias 29 de setembro e 08 de outubro, ambos no período da tarde, na sala de estudos da F5, *campus* Centro. Cada momento citado teve uma duração média de 1 hora, com o intuito de apresentar os objetivos e as etapas do estudo, assim como discutir, de forma coletiva, as temáticas que seriam trabalhadas em cada encontro.

Foi feito uso de apresentações virtuais, em formato de *slides*, como forma de introduzir os conteúdos de cada encontro, abrindo também para a discussão com os discentes, que puderam traçar conexões entre a literatura apresentada e suas respectivas experiências acadêmicas envolvendo os cuidados paliativos. É válido ressaltar que os estudantes também puderam contribuir ao levantar sugestões de atividades a serem realizadas com os profissionais.

A partir desse planejamento realizado, as ações foram postas em prática, visando a construção de momentos coletivos junto aos profissionais, na tentativa de gerar discussões e reflexões que atravessassem a própria prática laboral destes. É importante ainda sublinhar que, em cada momento, foram produzidos *folders* temáticos, com informações relativas ao tema de cada encontro, de modo a deixar um registro, no próprio local de trabalho, das intervenções realizadas ao longo do estudo. O material de cada *folder* encontra-se descrito nos próximos

subtópicos, referentes à fase de ação da pesquisa. Já os *folders* na íntegra encontram-se nos apêndices F a I.

5.3 Fase de Ação: Educando para o Cuidado

Aqui serão detalhados aspectos referentes à realização das ações, o que foi discutido, em cada encontro, os temas principais ressaltados pelos profissionais e de que forma estes foram trabalhados no decorrer das intervenções. Uma ressalva é importante nesse ponto, no que diz respeito aos profissionais participantes das ações. Apesar de ter sido posto como um dos critérios de inclusão na fase de ação, o fato de o profissional ter sido previamente entrevistado, a pedido da gerente do programa, todos os profissionais que se encontravam na sede do PMeC, no momento da ação, puderam participar. Para nível de análise metodológica, contudo, apenas as avaliações dos participantes propriamente ditos foram levadas em consideração. Portanto, mesmo os profissionais com menos de 6 meses no serviço e a que se recusou a participar da etapa exploratória estiveram presentes na fase de ação, mas na posição de ouvintes.

Ainda no que tange aos participantes, destaca-se que em virtude da realização das visitas domiciliares e da divisão dos horários de trabalho e escalas laborais, nem todos os profissionais conseguiram participar dos encontros realizados. Sendo assim, ao início da discussão de cada um dos quatro momentos, serão citados os membros da equipe que estiveram presentes.

5.3.1 Encontro 1 – Fundamentos dos Cuidados Paliativos

O primeiro encontro ocorreu no dia 22 de outubro de 2025, às 13:30 horas, sendo mediado pelo pesquisador principal e contando com a participação dos 13 profissionais que se encontravam na sede, sendo estes: 3 fisioterapeutas, 2 médicos, 2 técnicas de enfermagem, 1 agente administrativo, 1 assistente social, 1 enfermeira, 1 nutricionista, 1 psicóloga, e a gerente do programa. O momento teve como tema os fundamentos dos cuidados paliativos, de modo a levar uma introdução da abordagem aos participantes, para que as temáticas afins pudessem ser trabalhadas de maneira mais eficaz nos encontros posteriores.

Elaborou-se como objetivo específico para esse encontro compreender os princípios e diretrizes dos cuidados paliativos e sua interface com a atenção domiciliar. Desse modo,

buscou-se traçar conexões entre as bases que ancoram a palição e a prática profissional dos profissionais que compõem o programa, ajustando o conteúdo às vivências da equipe.

Para tanto, foram levantadas discussões que envolvessem o conceito e os objetivos dos cuidados paliativos, os princípios que os embasam segundo a OMS, as diferenças existentes entre os cuidados exercidos com objetivos paliativos e curativos, além do perfil de pacientes elegíveis para a palição.

O momento teve início com uma dinâmica de apresentação entre todos os membros presentes, de modo que estes puderam falar seu nome, como gostam de ser chamados, a categoria profissional e, por fim, trazer um breve relato sobre sua perspectiva acerca dos cuidados paliativos, aliando esta expectativa com sua experiência no PMeC.

Foram levantados apontamentos envolvendo a necessidade de um cuidado humanizado, a atenção voltada aos cuidadores e familiares do paciente, bem como a promoção de conforto, dignidade e bem-estar aos usuários atendidos.

Logo após, foi realizada uma discussão dialogada a respeito das temáticas escolhidas para serem trabalhadas no encontro. Para tanto, foi feito uso do *folder* 1 (apêndice F), construído com base em evidências da literatura. É importante frisar que esses materiais não serviram como um direcionamento rígido no que diz respeito à condução do momento, já que a ideia era que tais intervenções pudessem ser construídas de forma coletiva junto aos profissionais, de modo que estes contribuíssem para o andamento das ações também a partir de seus conhecimentos prévios e rotinas de trabalho no programa.

As principais referências utilizadas se pautaram em documentos oficiais do Ministério da Saúde e de outras entidades que abordam a temática, a exemplo da segunda edição do “Manual de Cuidados Paliativos”, que traz um olhar multidimensional acerca da abordagem; bem como arquivos da Organização Mundial da Saúde, que traduzem aspectos introdutórios sobre os pilares que sustentam os cuidados paliativos. Além destes, um artigo de Cicely Saunders, pioneira do movimento *hospice*, que abriu as portas para a palição a nível mundial, também contribuiu para a construção do *folder* e do momento.

Adicionalmente, enquanto referências secundárias, dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) foram pautados na exposição dos objetivos dos Cuidados Paliativos, bem como as diferenciações existentes entre os tratamentos paliativos e curativos. Além disso, o artigo de Martins *et al.* (2022) balizou o perfil de elegibilidade para pacientes em cuidados paliativos.

Os profissionais participaram ativamente desse momento, ao trazer em suas falas experiências que se articulavam com os conteúdos discutidos, sobretudo no tocante aos critérios de elegibilidade e aos princípios norteadores. Foi ressaltada também a importância de

momentos nos quais os profissionais pudessem dar maior ênfase à própria capacitação profissional, de modo a refinar, consequentemente, sua prática laboral.

Uma terceira atividade ainda foi construída, a partir da discussão em grupo de um caso fictício, elaborado com base em aspectos relevantes à atuação do PMeC, articulando ainda conceitos descritos e discutidos na exposição dialogada do assunto. Todos os casos clínicos fictícios utilizados ao longo das intervenções foram construídos pelo próprio pesquisador, tendo por modelo os relatos de caso contidos na obra “Bioética e Cuidados Paliativos”, de Dadalto e Guirro (2024), no qual as autoras iniciam cada capítulo com a história de um personagem, cujo desenrolar se relaciona com o tema a ser abordado. Os detalhes acerca do contexto social, rede de apoio e itinerário de adoecimento descritos na obra foram tomados como inspiração para a construção dos casos aqui utilizados.

A utilização de atividades que colocassem os participantes como centro das discussões e que fossem pautadas a partir das contribuições levantadas por eles também foi tomada tendo por base a predileção por alternativas pedagógicas que proporcionassem uma aprendizagem e uma reflexão crítica, transformadora e problematizadora da realidade, redirecionando os participantes para o centro do processo de construção do conhecimento, ancorando-se assim no que se denomina por metodologias ativas (MA) (Cunha *et al.*, 2024).

O processo de ensino-aprendizagem na saúde, historicamente, consolidou-se a partir de uma fragmentação curricular, reducionista, organizada em disciplinas a partir de especialismos, perpetuando consequentemente uma formação profissional ancorada em um mecanicismo (Teixeira *et al.*, 2024b). Logo, as MA surgem como uma ferramenta potencializadora da aproximação de contextos teóricos à realidade territorial da prática contextualizada em comunidade.

Por se basearem em formas de desenvolvimento de aprendizagem a partir do emprego de experiências simuladas e realísticas, orientadas para uma efetiva solução de adversidades presentes no exercício profissional, valer-se de MA pode se tornar um caminho promissor na consolidação de novos aprendizados e na estimulação da criticidade com base na realidade analisada (Silva; Valotta, 2023).

Abaixo, no quadro 10, está descrito o caso utilizado para reflexão. Ao final de cada caso clínico, uma ou algumas questões para reflexão são pontuadas, como forma de disparar a discussão em torno do que foi retratado.

Quadro 10 – Estudo de caso fictício utilizado no Encontro 1

Identificação

Paciente: Maria Silva Sousa

Idade: 77 anos

Profissão: Aposentada (ex-costureira)

Cidade de origem: Sobral – CE

Religião: Católica

Composição Familiar: Mora com a filha Joana (49 anos) e duas netas adolescentes.

História de Vida e Perfil

Dona Maria sempre foi muito conhecida em seu bairro, Padre Palhano, por sua alegria, religiosidade e, principalmente, pelo talento como costureira. Religiosa e ativa em seu grupo da Igreja Católica, devota de Nossa Senhora da Conceição, era ela que organizava as novenas e participava dos encontros de mulheres da congregação. Mãe de três filhos, dois deles falecidos precocemente em acidentes automobilísticos, criou a filha Joana sozinha com muito esforço e orgulhando-se muito desse fato. Mesmo com as limitações provenientes de sua idade e problemas de saúde crônicos, como a hipertensão arterial controlada e artrose leve, Maria fazia caminhadas leves pela manhã, participava do grupo de práticas corporais desenvolvido pela Unidade de Saúde de seu bairro, mantinha uma horta no quintal e gostava de costurar para as netas.

Adoecimento e Tratamento

Há cerca de 11 meses, Maria começou a sentir fortes dores abdominais, náuseas constantes e inapetência. Após exames de imagem e realização de biópsia, seu diagnóstico foi confirmado: adenocarcinoma de pâncreas com metástases hepáticas. Realizou quimioterapia paliativa por três ciclos no Centro de Alta Complexidade em Oncologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Nos últimos meses, passou a apresentar dor intensa, episódios de vômitos e perda progressiva de sua mobilidade. Após internação hospitalar de 10 dias em decorrência de uma obstrução intestinal parcial e agravamento de seu estado clínico, Maria recebeu alta hospitalar com indicação de cuidados paliativos exclusivos. A equipe hospitalar solicitou acompanhamento pela equipe do Programa Melhor em Casa.

Articulações Intersetoriais

A paciente foi acompanhada pela Unidade Básica de Saúde, pelo centro especializado de oncologia e pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). A articulação realizada

pelo Melhor em Casa com a Rede de Cuidados à Pessoa com Doenças Crônicas garantiu assim a continuidade e a integralidade do cuidado.

Para refletir: quais princípios dos cuidados paliativos foram respeitados no caso de dona Maria e de que forma a equipe do Melhor em Casa pode atuar para promover um cuidado em saúde digno e responsável, levando em consideração seu perfil paliativo?

Fonte: Elaborado pelos autores.

A partir da leitura coletiva e das reflexões suscitadas pelo caso, a equipe do programa apontou, enquanto destaque, a avaliação multidimensional dos sintomas da paciente, levando em consideração seus aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais; a articulação com uma equipe multiprofissional; além de pontuarem a relevância de conexões intersetoriais com serviços assistenciais, demonstrando, assim, uma preocupação em gerar subsídios que apoiassem pacientes e cuidadores em outras esferas de suas vidas.

De acordo com os participantes, a atuação do PMeC englobaria, nesse caso em específico, desde o suporte psicossocial, até o cuidado com a gestão de medicamentos e com a mobilidade de dona Maria. Para além disso, os profissionais enfatizaram a importância de prestar suporte à filha da paciente, Joana, entendendo esta como parte constituinte do plano de cuidado que poderia vir a ser traçado com base nas informações do caso.

O primeiro encontro serviu como uma iniciação a discussões mais aprofundadas no que tange à abordagem, abrindo espaço para que outras temáticas viessem à tona e fossem elaboradas nos encontros posteriores. Desse modo, prezou-se, sobretudo, por uma construção paulatina de conhecimentos, de forma que os objetivos de aprendizagem fossem sendo complementados, baseando-se em uma troca epistemológica horizontalizada. Ademais, o diário de campo referente ao encontro 1 encontra-se no apêndice J e os registros do momento no apêndice K.

5.3.2 Encontro 2 – O Cuidado direcionado a Familiares e Cuidadores de Pacientes Paliativos

O segundo encontro ocorreu no dia 29 de outubro de 2025, às 14:30 horas, contando com a participação de 14 profissionais, sendo estes: 4 fisioterapeutas, 4 técnicas de enfermagem, 1 agente administrativo, 1 assistente social, 1 enfermeiro, 1 nutricionista, 1 psicóloga e a gerente do programa. O momento teve como tema o cuidado direcionado a familiares e cuidadores de pacientes em cuidados paliativos no contexto da atenção domiciliar. Partindo-se do fato de que a abordagem em questão prioriza um olhar ampliado sobre o sujeito doente e todo o meio social

que o cerca, a atenção dada às pessoas em torno do paciente surge aqui como um ponto relevante a ser pontuado.

Elaborou-se como objetivo específico para esse encontro capacitar os profissionais para implementar estratégias de apoio a cuidadores e familiares de pacientes em cuidados paliativos, buscando refinar as estratégias já utilizadas pelos profissionais, bem como explorar alternativas viáveis que visem minorar o sofrimento e as demandas apresentadas por esses sujeitos.

Para tanto, foram levantadas discussões que envolvessem a sobrecarga do cuidado e do cuidador; estratégias que visassem o desenvolvimento da escuta empática; bem como a promoção do autocuidado voltado aos familiares e cuidadores.

O momento teve início com uma discussão dialogada acerca dos conteúdos a serem abordados na ação em questão, buscando promover uma maior reflexão acerca do papel que cuidadores informais e familiares exercem sobre os pacientes em cuidados paliativos. Ao mesmo tempo foram reforçadas as dificuldades intrínsecas a esses papéis contextuais, trazendo à baila questões associadas ao vínculo cuidador-paciente, escuta e comunicação de demandas. O *folder 2* (apêndice G) foi produzido a partir dos pontos de encontro enfatizados ao longo da presente intervenção.

Como referências primárias, foi feito uso novamente do “Manual de Cuidados Paliativos” elaborado pelo Ministério da Saúde, em especial o capítulo “Cuidando de quem cuida”, que aborda o estresse do cuidador em cuidados paliativos, assim como aspectos comportamentais implicados nesse cenário. O “Manual da Residência de Cuidados Paliativos: Abordagem Multidisciplinar”, em sua 2ª edição também foi fundamental para a estruturação do momento, sobretudo a Seção 5, intitulada “Interação com o paciente e a família”, composta por 4 capítulos, os quais foram utilizados como embasamento para abordar o suporte aos familiares e a condução de uma reunião familiar de palição. Ademais, o artigo de Vale *et al.* (2023), focado na sobrecarga de cuidadores de pacientes paliativos contribuiu para que o foco em ações de autocuidado, bem como o refinamento de práticas de escuta pudessem ser desenvolvidas.

Enquanto referências auxiliares, os artigos de Marques Neto *et al.* (2020) e Lisboa *et al.* (2021) focados em tecnologias educacionais e recursos de enfrentamento de cuidadores de pacientes paliativos, abordando ainda o processo de se tornar cuidador familiar de um paciente em cuidados paliativos, contribuíram adicionalmente para o arsenal teórico que embasou a intervenção.

Os profissionais puderam contribuir trazendo relatos referentes ao contato com cuidadores de pacientes atendidos pelo PMeC, sublinhando nesse aspecto a presença majoritária

de pessoas do sexo feminino ocupando esse espaço e tomando para si as responsabilidades inerentes a esse contexto. Historicamente, a literatura aponta para uma construção sociocultural, na qual a figura feminina é deslocada para a função de cuidadora, seja dos pais, dos filhos, da família ou mesmo dos doentes. Além disso, coloca-se sobre a mulher o simbolismo feminino, enraizado na demarcação da maternidade, como formadora do futuro de uma nação, responsável pelas tarefas domésticas e, partindo-se de um raciocínio patriarcal, passa a ser lida como a figura ideal para ocupar o território de cuidar de um outro (Rocha *et al.*, 2020; Zanello, 2020; Teixeira *et al.*, 2024a).

Essa perspectiva possibilita a internalização da ideia de que cuidar é prova de amor e dever moral feminino, ainda que isso implique em uma renúncia de projetos pessoais, na exaustão física e mental, além da própria invisibilidade inerente ao cuidado informal (Zanello, 2022). Nesse âmbito, esse fenômeno facilita a compreensão do porquê mulheres assumem, de forma predominante, o acompanhamento de pessoas dependentes, idosas e/ou doentes.

Ultrapassando a esfera de gênero, a reflexão em torno da sobrecarga de cuidado de familiares e acompanhantes traz à tona também o entendimento de que o verbo cuidar ultrapassa as barreiras da praticidade ou do tecnicismo ganhando contornos concernentes à responsabilidade, ao zelo, à atenção e ao envolvimento afetivo com o sujeito adoentado. Logo, o cuidado torna-se sinônimo de reconhecimento, de vulnerabilidades e de interdependência mútua, saturando a ideia dele como mera praticidade (Boff, 2014).

Tomando como base esse raciocínio de Boff, tal concepção traz direcionamentos que ajudam a entender por que cuidadores informais estabelecem vínculos profundos com a pessoa assistida, gerando investimentos afetivos e emocionais em direção a estes. Portanto, ainda que o cuidador informal seja um familiar, o laço sanguíneo não seria capaz de comportar a retroalimentação afetiva contida na relação paciente e cuidador.

No tocante à sobrecarga do cuidador, o autor (2014) aponta ainda que a autenticidade pertinente ao cuidado exige certa reciprocidade da pessoa assistida, evitando assim que o ato de cuidar torne-se uma obrigação solitária. Daí a importância da rede de apoio institucional, familiar e comunitária, sem as quais o sofrimento psíquico pode se tornar mais preponderante. A perspectiva de Boff aponta assim para o discernimento de que tal sobrecarga não se origina exclusivamente das demandas concretas inseridas no cotidiano do cuidado, mas também da carência ou omissão de ciclos solidários capazes de atuar como sustentáculo daqueles que precisam sustentar terceiros.

Logo após a discussão dialogada, foi realizado um estudo de caso grupal, no qual os dados fictícios foram apresentados e entregues aos participantes, de modo a oportunizar o

debate em torno dos aspectos relacionados ao cuidado com os cuidadores. O caso utilizado está descrito no quadro 11, exposto a seguir, sendo construído como uma continuidade do estudo de caso utilizado no primeiro encontro.

Quadro 11 – Estudo de caso fictício utilizado no Encontro 2

Identificação

Paciente: Maria Silva Sousa

Idade: 77 anos

Profissão: Aposentada (ex-costureira)

Cidade de origem: Sobral – CE

Religião: Católica

Diagnóstico: Adenocarcinoma de pâncreas com metástases hepáticas

Composição Familiar: Mora com a filha Joana (49 anos) e duas netas adolescentes.

Contexto Familiar

O núcleo familiar de Maria é constituído por um forte vínculo afetivo, mas a filha Joana relata desgaste físico e emocional perante as demandas crescentes do cuidado. Alguns dos desafios identificados nesse contexto são a sobrecarga de Joana, que abandonou temporariamente o trabalho como professora para cuidar da mãe; sinais de exaustão física e mental por parte da filha da paciente, mas também de suas netas, tais como insônia, crises ansiosas e episódios frequentes de choro; conflitos familiares acerca da tomada de decisão quanto à intervenções invasivas; e necessidade de suporte espiritual, tendo em vista a angústia expressa pela família diante do processo de finitude da paciente.

Para refletir: quais estratégias podem ser pensadas e adotadas pela equipe do Melhor em Casa objetivando minorar o sofrimento pertinente às cuidadoras de Maria?

Fonte: Elaborado pelos autores.

A equipe pontuou a necessidade de um acompanhamento multiprofissional especialmente junto à filha, Joana, traçando também paralelos com casos reais atendidos pelo serviço. Dessa forma, a tentativa de aproximar esses cenários fictícios da realidade parece ter sido exitosa, à medida que a leitura dos casos trazia à tona detalhes de contextos verídicos, enriquecendo a discussão realizada.

Por fim, foi realizado ainda um *role play* (dramatização) de visita domiciliar focada na orientação e comunicação com o cuidador/familiar. Essa técnica psicodramática contribui para o desenvolvimento de um papel social, pessoal ou profissional, desempenhado ou vir a ser,

criando assim um espaço protegido para que o indivíduo assuma, jogue e crie no papel que está sendo desenvolvido (Sória; Macuch, 2024).

O roteiro foi baseado nos diálogos contidos na obra “Comunicação Clínica: Aperfeiçoando os encontros em saúde”, de Dohms e Gusso (2021). O livro traz contextos diversos de comunicação, exemplificando-os em diversas situações. Foi enfatizado, para a elaboração do roteiro, os conteúdos expressos no capítulo 21, “Comunicação no final da vida”, embasando-se tanto nas situações-problema apresentadas quanto nas reverberações teóricas dos autores. Ao final do mesmo, algumas questões para reflexão são pontuadas, de modo a nortear a discussão posterior. O roteiro utilizado encontra-se no quadro 12, logo abaixo, que foi dramatizado pelo pesquisador principal e por seis profissionais do PMeC.

Quadro 12 – Roteiro de *role play* utilizado no Encontro 2

Roteiro de *Role Play* – Orientação e comunicação com o cuidador/familiar

Tema:	Realização de orientações às cuidadoras pela equipe multiprofissional do PMeC.
Objetivo:	Desenvolver habilidades de orientação e comunicação junto à familiares e cuidadores de pacientes em cuidados paliativos no contexto da atenção domiciliar.
Cenário	
Paciente:	Dona Maria, 77 anos, com diagnóstico de câncer de pâncreas e metástases hepáticas em estágio avançado.
Família:	Filha Joana, cuidadora principal e duas netas adolescentes: Ana (15 anos) e Laura (17 anos).
Equipe multiprofissional:	Médica (Júlia), enfermeiro (Cláudio), psicóloga (Camila) e assistente social (João).
Contexto:	Visita multiprofissional realizada pela equipe com o objetivo de prestar orientações sobre o cuidado com a paciente e suporte às demandas apresentadas pelos familiares.
Personagens	
Enfermeiro Cláudio:	Profissional que inicia a comunicação e conduz a abertura da visita.
Psicóloga Camila:	Profissional que realiza o acolhimento e a escuta inicial dos familiares.

Médica Júlia:	Profissional que realiza orientações técnicas sobre manejo e cuidado.
Assistente Social João:	Profissional que aborda o contexto social em que os familiares estão inseridos.
Filha Joana e netas Ana e Laura:	Recebem as orientações e expressam demandas associadas à sobrecarga do cuidado.

Roteiro

Abertura da visita:	Profissionais chegam à casa da paciente e são recebidos pelos familiares de Dona Maria.
----------------------------	---

Diálogo:

Joana - Bom dia, sejam bem-vindos.

Enfermeiro - Bom dia, dona Joana. Bom dia meninas, tudo bem com vocês?

Ana - Tudo certo.

Laura - Só um pouco cansada por tudo que ‘tá’ acontecendo com a vó. Mas de resto, a gente vai levando.

Médica - Desde já nós agradecemos pelo espaço e pela disponibilidade em nos receber aqui na casa de vocês.

Psicóloga - Sabemos que é um momento difícil, mas estamos aqui para tentar contribuir com o que for possível.

Assistente Social - Também estamos abertos a escutar as demandas que vocês têm a nos apresentar.

Enfermeiro - Estamos aqui para prestar orientações gerais, mas também para ouvir vocês e saber como está sendo atravessar esse momento com a dona Maria.

Acolhimento e escuta inicial:	Psicóloga realiza o acolhimento das demandas apresentadas pelos familiares, mantendo uma postura empática e atenta ao discurso da família.
--------------------------------------	--

Diálogo:

Psicóloga – Primeiramente, gostaria de ouvir vocês sobre como está sendo passar por toda essa situação. Imagino que esteja sendo um processo complicado de se elaborar, mas para nós, enquanto profissionais, é importante saber a perspectiva da família.

Joana – Olha doutora, eu não vou mentir ‘pra’ você. Tem dias que eu penso em desistir, que eu quero simplesmente que todo esse sofrimento acabe, sabe. Eu não aguento ver minha mãe sofrendo do jeito que ela tá agora, com dor, dificuldade ‘pra’ comer, até ‘pra’ respirar. Isso

não é vida. Todo dia é um sacrifício diferente. Eu ‘tô’ afastada do trabalho e a situação financeira aqui de casa também não é das melhores. Então eu realmente não sei o que fazer.

Ana – Tudo isso que a mãe falou é a mais pura verdade. Eu acompanho de perto todo esse sofrimento e sei o quanto é difícil ‘pra’ ela.

Psicóloga – Sinto muito por toda essa situação, gente. Nós, enquanto profissionais, sabemos que cuidar de um paciente é realmente uma atividade que exige muito de todos os envolvidos. Eu compreendo a dor de vocês e sei que ela é muito válida nesse momento. Mas quero que vocês saibam que a nossa equipe está à disposição para ajudar no que pudermos. Nós nunca vamos conseguir mensurar a dor que vocês estão passando porque ocupamos posições muito diferentes nessa realidade, mas gostaríamos de reforçar que vocês podem contar com o nosso suporte. Vocês não estão sozinhos nessa caminhada.

Orientações técnicas do cuidado:

Médica presta orientações sobre o manejo da paciente, bem como sobre o uso de medicamento para dor oncológica. A profissional busca utilizar uma linguagem acessível, buscando garantir que os familiares compreendam as orientações prestadas.

Diálogo:

Médica – Dona Joana, agora eu gostaria de conversar um pouco sobre os sintomas que a dona Maria vem sentindo, tudo bem? Uma das nossas prioridades agora é aliviar a dor dela o máximo possível. Você lembra o nome do remédio que vocês estão usando nela?

Joana – É a morfina, ‘né’? Às vezes eu tenho até medo de dar demais e acabar fazendo é mal.

Médica – Eu entendo esse seu medo, mas esse remédio, quando ele é usado do jeito certo, não faz mal. Na verdade, ele serve ‘pra’ controlar a dor dela e fazer que fique mais confortável. Caso a dor apareça antes da hora do próximo comprimido, pode dar a dose de resgate, do jeito que a gente combinou na nossa última conversa, ok? E lembre-se que isso não é um excesso, é uma forma de cuidado.

Laura – Doutora, eu tenho uma pergunta. Às vezes a vó fala uns negócios estranhos vê umas pessoas que já morreram. Isso é por causa desse remédio?

Médica – Às vezes pode ser sim, mas também pode ser o próprio corpo dela dando sinais de cansaço. Quando isso acontecer, vocês podem conversar com ela, de forma calma, ‘pra’ dar segurança. Na realidade, a presença de vocês é um dos melhores remédios que a dona Maria pode receber nesse momento.

Contexto social:	Assistente social investiga, junto aos familiares, questões relacionadas ao contexto social em que estão inseridas, como o recebimento de algum benefício e a articulação com dispositivos da assistência social.
-------------------------	---

Diálogo:

Assistente Social – Agora eu gostaria de conversar com vocês sobre outras questões. Primeiro, queria saber se a família tem algum tipo de benefício, como o BPC (Benefício de Prestação Continuada), o Auxílio-doença ou qualquer outro tipo de ajuda do governo. A Dona Maria recebe alguma renda fixa?

Joana - Ela recebe um aposento de um salário mínimo. Mas esse dinheiro vai quase todinho ‘pros’ remédios, ‘pras’ fraldas e ‘pra’ comida.

Assistente Social – Entendi. Dona Joana, você disse que está afastada do emprego. Nesses casos, é possível buscar apoio na Assistência Social do município. Vocês estão cadastradas no Cadastro Único?

Joana - Eu acho que sim, faz tempo que eu fiz o cadastro. Só que eu nunca mais atualizei.

Assistente Social - É importante que ele seja atualizado, viu? Desse jeito vocês podem ter acesso a benefícios eventuais, como receber uma cesta básica, ajuda com fraldas e até acompanhamento pelo CRAS, que pode oferecer apoio e encaminhamento com vários profissionais diferentes.

Laura – Esse CRAS ajuda também na escola? É que já aconteceu de a gente precisar faltar aula ‘pra’ ajudar a mamãe com a vó.

Assistente Social - Claro, Laura. O CRAS pode tentar conversar com a escola de vocês, explicar a situação e evitar prejuízo no colégio. Essa nossa conversa é muito importante, porque vocês estão fazendo uma coisa muito bonita, que é cuidar da avó de vocês. Mas é importante lembrar que vocês também precisam cuidar de si mesmas, combinado?

Encerramento e reforço da vinculação:	Profissionais fazem os últimos encaminhamentos e orientações e disponibilizam o serviço do PMeC.
--	--

Diálogo:

Ana - Obrigada por explicarem tudo direitinho. Agora a gente entende melhor o que ‘tá’ acontecendo.

Assistente Social - O Programa Melhor em Casa é justamente pra isso: acompanhar, orientar e acolher a família nesse processo.

Médica - Qualquer dúvida, vocês entram em contato. E nós seguimos acompanhando a dona Maria e vocês.

Joana - Muito obrigada, de coração. Vocês têm sido um apoio enorme ‘pra’ gente.

Enfermeiro - Nós é que agradecemos, Joana. O cuidado é uma parceria.

Psicóloga - E nós seguimos juntos, passo a passo. Até breve.

Para refletir

- O que funcionou bem na comunicação e orientação junto às cuidadoras?
- O que poderia ter sido diferente?
- Quais os principais desafios observados no contexto em questão?

Fonte: Elaborado pelos autores.

Após a atividade, os profissionais aplaudiram a maneira como a comunicação foi conduzida, demarcando paralelos com a realidade em seu cotidiano de trabalho. A postura compassiva adotada pela equipe no caso fictício e o acolhimento que os membros demonstraram foram pontuados como quesitos favoráveis na situação.

No que diz respeito aos aspectos que poderiam ter sido alterados, a presença de mais categorias no momento da visita foi uma dimensão relatada, sobretudo pela equipe de fisioterapeutas que se encontrava no encontro. De acordo com estes, para além do trabalho técnico e motor, o dispositivo da escuta também acaba sendo um arsenal laboral bastante utilizado durante as visitas domiciliares.

Já no que tange aos principais desafios, foi pontuada a dificuldade em abranger todas as dimensões do sofrimento vivenciado pela filha Joana. Partindo-se do conceito de dor total, pode-se perceber que diversas esferas da vida da filha acabam sendo comprometidas em virtude de um adoecimento que atinge diretamente sua mãe, mas que também gera rastros em sua própria existência. Dessa forma, a equipe do programa destacou os obstáculos encontrados ao pensar em estratégias que possam minorar o sofrimento sentido pelos familiares atendidos.

Os *insights* produzidos pelos participantes demonstram a consolidação de uma aprendizagem significativa, termo que pode ser compreendido a partir da teoria de Ausubel (1963), que a define como uma interação não arbitrária e não literal de novos conhecimentos com conhecimentos prévios relevantes, os chamados subsunçores. O que se percebeu no decorrer das atividades do encontro foi que os profissionais conseguiram alcançar e estabelecer novas elaborações no tocante ao cuidado com cuidadores informais a partir das intervenções realizadas nos encontros, a exemplo do destaque dado a intervenções multiprofissionais direcionadas à Joana.

Denota-se assim a aprendizagem significativa como o ato de aprender com compreensão, isto é, com a construção de modelos mentais lidos como adaptativos e apropriados ao novo conhecimento que está sendo adquirido. Em seguida, o indivíduo é capaz de utilizar tais modelos para resolver problemas (Pinto *et al.*, 2025), tal como foi encenado na discussão de caso e no *role play* utilizados no encontro.

Vale destacar, ainda, que a aprendizagem significativa embasa as MA (Benicasa, 2023), ferramentas que, como citando anteriormente, foram a principal âncora na formulação das atividades na fase de ação. Portanto, a aproximação sucessiva da realidade como forma de ancorar novas ideias aos aprendizes consegue estabelecer uma conexão direta entre esses dois conceitos, reforçando a base metodológica que deu luz às intervenções desenvolvidas.

O segundo encontro permitiu que os participantes pudessem desenvolver habilidades voltadas ao cuidado de cuidadores e familiares, propondo discussões e proximidades sucessivas com a prática e com situações que simulem a realidade laboral. Assim, foi possível englobar um dos tópicos levantados pelos profissionais como ponto a ser desenvolvido no desenrolar das intervenções. Por fim, o diário de campo referente ao encontro 2 encontra-se no apêndice L e os registros do momento no apêndice M.

5.3.3 Encontro 3 - Aspectos Psicossociais em torno dos Cuidados Paliativos

O terceiro encontro ocorreu no dia 05 de novembro de 2025, às 14 horas, contando com a participação de 10 profissionais, sendo estes: 2 enfermeiros, 2 médicos, 2 técnicas de enfermagem, 1 assistente social, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista e a gerente do programa. Nesse encontro especificamente, 1 estudante de graduação em enfermagem e componente do NUPESM participou do momento como ouvinte, ao expressar o desejo de participar da ação. O encontro teve como tema os aspectos psicossociais em torno dos cuidados paliativos, entendendo que, por se tratar de uma abordagem que lida com um multidimensionamento de aspectos que compõem o ser humano, o destaque a esse tópico aparece como um dos principais fundamentos no cotidiano de trabalho do PMeC.

Elaborou-se como objetivo específico desenvolver competências para identificar, compreender e intervir em demandas psicossociais que permeiam os cuidados paliativos, abordando assim temáticas que envolvem a finitude, o processo de elaboração do óbito de um ente querido, demandas psicológicas oriundas de pacientes e cuidadores, bem como o papel do profissional de saúde nesse contexto.

Para tanto, foram levantadas discussões que envolvessem a dimensão emocional do paciente e dos cuidadores, os cuidados em torno do luto, a comunicação de notícias difíceis e a importância da manutenção de uma rede de apoio presente, além dos possíveis encaminhamentos a outros dispositivos da rede quando necessário.

O momento teve início com uma discussão dialogada sobre o tema, introduzindo discussões que cerceiam a dimensão psíquica e social envolta ao adoecimento de um paciente em cuidados paliativos. O *folder* 3 (apêndice H) foi utilizado como forma de embasar os principais direcionamentos realizados nessa primeira etapa da intervenção.

Como referências primárias, utilizou-se o artigo de Franco *et al.* (2020), no qual os autores abordam as experiências de profissionais da saúde ao lidarem com demandas emocionais em torno da palição, a exemplo da morte e do luto. O livro de Mara Júlia Kovács (2012) “Educação para a Morte: Temas e Reflexões” também foi fulcral na abordagem de um processo educativo que propõe um novo olhar dos profissionais de saúde sobre o processo de finitude e como este gera impactos psicológicos sobre pacientes e familiares, contribuindo para o engajamento em debates sobre testamentos em vida, suicídio assistido e o morrer com dignidade. Já a obra de Vattimo *et al.* (2023) “Cuidados Paliativos: Da clínica à Bioética” estabelece diretivas importantes acerca da postura profissional perante questões em torno de uma desorganização emocional por parte da díade assistida pela equipe de saúde, além de trazer discussões envoltas em estratégias benéficas para a elaboração do luto, bem como recursos que proporcionem e reassegurem o suporte profissional no pós-morte. Por fim, o artigo de Gesser, Santos e Gambetta (2021) foi útil na abordagem do protocolo SPIKES, sendo este um componente fundamental em uma das atividades realizadas nesse encontro.

Os profissionais trouxeram pontuações acerca da dificuldade em lidar com questões no tocante ao luto e à finitude, sobretudo no que diz respeito à abordagem com a família. Além disso, foi exposto ainda sobre os obstáculos em utilizar os passos estabelecidos pelo SPIKES, sublinhando que as etapas protocolares nem sempre conseguem ser seguidas na ordem estabelecida, em virtude das reações emocionais e do contexto envolvido na comunicação de uma notícia difícil. Essa última pontuação dos participantes é relevante à medida em que estes reconhecem as dissensões existentes – e comuns, inclusive – entre teoria e prática, alicerçando suas reflexões no cotidiano de trabalho e em casos clínicos previamente atendidos e acompanhados pelo PMeC.

Após a exposição inicial, o encontro foi pautado pela realização de um *role play* (dramatização) focado na comunicação de notícias difíceis. A proposta foi que os profissionais assumissem um papel específico, a partir dos sugestionados no roteiro elaborado pelo

pesquisador, permitindo aos participantes uma aproximação maior com situações que simulem contextos nos quais o componente psicossocial aparece de forma mais potencializadora. O roteiro utilizado como norte no *role play* encontra-se no quadro 13, abaixo esquematizado, com base nos passos estabelecidos pelo protocolo SPIKES. Ao final, três questões de reflexão foram pontuadas, como forma de nortear a discussão da situação simulada.

Quadro 13 – Roteiro de *role play* utilizado no Encontro 3

Roteiro de *Role Play* – Comunicação de Notícias Difíceis em Cuidados Paliativos

Tema:	Comunicar a progressão da doença com indicação de cuidados paliativos exclusivos.
Objetivo:	Desenvolver habilidades de comunicação empática e escuta ativa, enfatizando as demandas psicológicas que surgem nesse contexto.
Cenário	
Paciente:	Dona Maria, 74 anos, com diagnóstico de câncer de pâncreas e metástases hepáticas em estágio avançado.
Família:	Filha Joana, cuidadora principal.
Equipe multiprofissional:	Médica (Júlia), fisioterapeuta (Jéssica), técnica de enfermagem (Marília), nutricionista (Lívia) e psicóloga (Camila).
Contexto:	Dona Maria vem apresentando piora clínica progressiva. Exames recentes já mostram falência iminente dos órgãos. A equipe já havia discutido previamente o prognóstico entre si e agora precisa conversar com o paciente e a filha sobre a transição para cuidados exclusivamente paliativos.
Personagens	
Médica Júlia:	Profissional que inicia a comunicação e aborda a evolução do diagnóstico.
Fisioterapeuta Jéssica:	Profissional que aborda informações clínicas e cuidados com a saúde.
Técnica de enfermagem Marília:	Profissional que aborda aspectos referentes ao manejo da paciente.
Nutricionista Lívia:	Profissional que aborda o aspecto nutricional da paciente.

Psicóloga Camila:	Profissional que oferta suporte emocional durante a comunicação.
Filha Joana:	Recebe a notícia e expressa reações emocionais.
Paciente Maria:	Reage à notícia com sentimentos ambíguos.

Roteiro (elaborado a partir do Protocolo SPIKES)

Setting: preparo do profissional e do espaço físico

Médica - Bom dia, dona Maria. Bom dia, Joana. Podemos entrar para conversarmos com calma?

Maria - Pode sim, minha filha.

Joana - Claro, sejam bem-vindas.

Médica – Vocês querem um copo de água ou precisam de algo no momento?

Maria – Não, assim já está bom.

Perception: análise da compreensão do paciente e da família

Médica - Antes de começarmos, eu gostaria de ouvir vocês, como têm percebido o quadro de saúde nesses últimos dias, tanto ‘pra’ senhora, Dona Maria, quanto ‘pra’ você, Joana.

Joana – A mãe tem sentido mais cansaço. Parece que as forças ‘tão’ diminuindo. Eu confesso ‘pra’ você que eu fico preocupada, doutora.

Maria – Pois é, eu sinto, assim, como se o meu corpo ‘tivesse’ cansando mesmo, sabe. Não é uma falta de querer viver e nem de querer morrer, é só cansaço mesmo.

Invitation: a busca pelo desejo em saber sobre a doença

Médica - Dona Maria, a senhora quer que eu explique tudo sobre a sua condição e os próximos passos do cuidado, ou você prefere que eu converse a sós com a Joana?

Maria: Não, eu quero saber, minha filha. Tudo, tudinho. Mas eu também quero que a minha filha escute junto comigo.

Joana: Eu ‘tô’ aqui, mãe.

Knowledge: transmissão da notícia

Médica – Então, dona Maria, nós avaliamos sua evolução. O tratamento que vinha ajudando a controlar a sua doença não está mais trazendo o efeito esperado. O que nós estamos vendo agora é um avanço do quadro. Isso significa que, nesse momento, o nosso foco principal será controlar os seus sintomas, promover conforto e qualidade de vida ‘pra’ você e sua família.

Maria - Então... quer dizer que eu ‘tô’ piorando?

Médica - O seu corpo está dando sinais de cansaço, como você mesma apontou. Mas nós estamos aqui para caminhar com a senhora, para que sinta menos dor, para que tenha conforto e seja cuidada com dignidade.

Joana - Tem algo que eu possa fazer, quer dizer, mais do que eu já faço?

Fisioterapeuta - Tem sim, dona Joana, claro. Nós vamos ajustar os exercícios para o conforto da sua mãe, ajudar na respiração e evitar essas dores.

Nutricionista - E nós também vamos adaptar a alimentação para que ela se sinta bem nutrida sem precisar de muito esforço.

Técnica de Enfermagem - Eu também posso ajudar nos cuidados do dia a dia, ensinando 'pra' vocês pequenos manejos para aliviar o desconforto.

Psicóloga - E eu vou estar ao lado de vocês para acolher seus sentimentos, seus medos e suas dúvidas, de vocês duas.

Emotions: resposta às reações emocionais emitidas pelo paciente e pela família

Joana – Eu não sei nem o que falar nesse momento. Não 'tava' esperando por isso.

(A filha Joana começa a chorar).

Psicóloga - Joana, pode chorar. Essa notícia realmente nos deixa bastante abalados. Você tem cuidado muito da sua mãe, com amor e dedicação. O que você está sentindo agora?

Joana - Eu tenho muito medo de perder ela, e de não saber fazer as coisas do jeito certo.

Psicóloga – Você não precisa fazer tudo sozinha. Nós estamos aqui com você.

Maria - Minha filha, você já faz muito por mim. Eu sinto o seu amor em cada toque seu e em cada cuidado que você tem comigo. Nós vamos passar por isso juntas.

Strategy and Summary: apresentação de possíveis planos terapêuticos

Médica - Então, vamos combinar o seguinte. Vamos ajustar a medicação para o alívio dessa falta de ar e das dores que você tem sentido, Dona Maria.

Fisioterapeuta – Daqui a dois dias eu retorno aqui para reavaliar os exercícios respiratórios que estamos fazendo, tudo bem.

Técnica de enfermagem - Eu farei visitas regulares aqui e estou disponível para orientar você nos cuidados com a Dona Maria, Joana.

Nutricionista – Também vou elaborar um plano alimentar com sugestões de alimentos mais adequados 'pro' conforto da Dona Maria.

Psicóloga - E eu vou ficar fazendo um acompanhamento contínuo com vocês duas. Nós sabemos o quanto é importante contar com o apoio de alguém nesse momento.

Joana – Muito obrigada, de verdade. Eu me sinto bem mais segura sabendo de tudo isso.

Maria – E eu agradeço, de coração, porque agora eu sei que não estou sozinha.

Médica – E nunca estará. Estamos sempre com a senhora.

Para refletir

- O que funcionou bem na comunicação?
- O que poderia ter sido diferente?
- O que essa situação ensina sobre o trabalho em equipe?

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os profissionais pontuaram como pontos positivos na situação simulada à participação de uma equipe multiprofissional no momento relatado, destacando a necessidade de uma abordagem holística, principalmente em momentos que envolvem situações potencialmente desorganizadoras aos envolvidos. Na visão dos participantes, esse foi o tópico que melhor funcionou na comunicação realizada.

Acerca das situações que poderiam ter sido diferentes, todos os profissionais foram unânimes em relatar que, apesar da aceitação da família e da usuária ser pontuada como algo favorável ao plano terapêutico do paciente, a realidade se desenha de maneira diferente, sendo mais comum sentimentos de negação e raiva, dificultando assim o trabalho da equipe de saúde. Algumas adversidades foram ressaltadas no tocante ao manejo de situações semelhantes a que foi dramatizada, como o desejo de familiares que os pacientes não tenham acesso ao diagnóstico ou ao prognóstico – o que pode ser lido como um pacto do silêncio -, as reações emocionais preponderantes que não necessariamente surgem apenas na etapa *Emotions*, além do obstáculo concernente à necessidade de utilizar uma linguagem acessível, sobretudo no momento de transmissão de informações acerca da doença, como forma de garantir a compreensão dos fatos a serem repassados e assimilados pelos sujeitos envolvidos.

Após as discussões em torno dessa atividade, propôs-se como encerramento desse momento a escrita de um modelo de Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) por cada um dos profissionais presentes. As DAV são definidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) como um conjunto de desejos, manifestados de forma prévia e expressa pelo paciente, acerca dos cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que se encontrar incapacitado de expressar, de forma livre e autônoma, sua vontade (Conselho Federal de Medicina, 2012). Dessa forma, trata-se de uma manifestação de pessoa que, estando consciente e informada, expressou-se sobre terapêuticas a que pretende ou não se submeter quando em um quadro de doença terminal e incurável (Guirro *et al.*, 2022).

A proposta foi que os profissionais se imaginassem em uma situação de terminalidade e, a partir disso, escrevessem, de modo impessoal, seus desejos, anseios e quereres perante essa situação, estabelecendo assim a oportunidade de os participantes exercerem sua capacidade compassiva, ao buscarem adotar uma ótica semelhante àquela em que os usuários assistidos pelo programa se encontram. Os profissionais que se sentiram confortáveis puderam compartilhar com o grupo suas diretivas. O modelo de DAV utilizado nesta atividade foi baseado no disponibilizado no Hospital Estadual Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi, sendo adaptado para essa ação. No apêndice N encontra-se o documento utilizado nesse encontro.

As atividades desenvolvidas contribuíram assim para um processo de reconstrução conceitual em torno dos construtos luto, terminalidade, cuidado psicossocial e comunicação, de modo a refinar as práticas laborais a partir das discussões do encontro. Abordar temas que nem sempre são centralizados na formação em saúde, ou mesmo que são lidos a partir de uma ótica estereotipada, lança luz para dimensões dos cuidados paliativos que aparecem como emergentes nas demandas dos usuários, mas que nem sempre são vistas dessa forma ao se traçar itinerários terapêuticos.

Ainda, a aproximação com cenários possíveis de comunicação de notícias difíceis reconstrói o conceito de compassividade, empatia, escuta e do próprio ato de se comunicar, reorganizando prioridades no momento de se planejar um diálogo com pacientes e cuidadores, atingindo também os objetivos de informar e ouvir.

Os conceitos de autonomia e dignidade também puderam passar por essa reconstrução, à medida que a elaboração das DAV prioriza os desejos e necessidades do usuário em torno de seu caminhar próximo à terminalidade, tornando esse momento sensível mais particular, subjetivo, idiossincrático e alinhado ao seu querer.

A abordagem de tais assuntos corrobora assim para o fortalecimento da educação permanente como prática fundamental no campo da saúde, sobretudo no tocante à discussão concernente a temas intersetoriais. Logo, essa aprendizagem no trabalho busca ancoragem na aprendizagem significativa, transformando práticas profissionais no próprio cotidiano laboral (Brasil, 2014).

A proposta de realizar uma integração entre educação permanente e construção teórica em torno de temas afins aos cuidados paliativos busca ainda provocar o trabalhador da saúde que, habitualmente, passa por processos tradicionais de composição educacional, sendo esses centrados no professor e na transmissão de conteúdos. Promover o encontro de sujeitos

no campo com definições que cerceiam sua rotina de trabalho provoca um efeito transformador no ato de produzir saúde (Lamare; Silva, 2024).

Portanto, o ensino no ambiente de trabalho fortifica a ideia de que a EPS é uma estratégia político-pedagógica que busca identificar e planejar métodos que amplifiquem as possibilidades resolutivas dos problemas que surgem no cotidiano de trabalho. Ao integrar ensino, gestão do sistema, atenção à saúde e participação do controle social, a EPS qualifica e aperfeiçoa toda a RAS que se encontra sistematizada e integrada, gerando a melhoria do acesso, a qualidade e a humanização na prestação de serviços (Chagas *et al.*, 2025).

O terceiro encontro foi primordial para que temáticas muitas vezes invisibilizadas em razão de entraves sociais pudessem vir à tona, contribuindo para a formação e capacitação dos profissionais ao lidarem com os processos relacionados ao luto. Considerando que nem todo processo formativo é tangenciado por essas questões, lançar luz sobre assuntos, por vezes, silenciados, permitiu que os participantes entrassem em contato com questões muito particulares, que mesclam aspectos da vida laboral com a vida pessoal. Entendendo esse processo como algo que pode ser doloroso mesmo para profissionais que lidam diariamente com a possibilidade de uma finitude quase imediata, o momento foi pensado justamente para possibilitar o livre discurso dos participantes, de modo que estes também compreendessem que falar sobre a morte e o luto não é possível a partir de uma limitação das contribuições acadêmico-científicas, já que se trata de um assunto fundamentalmente humano. Ademais, o diário de campo referente ao encontro 3 encontra-se no apêndice O e os registros do momento no apêndice P.

5.3.4 Encontro 4 – Atuação Multiprofissional em Cuidados Paliativos

O quarto e último encontro ocorreu no dia 12 de novembro de 2025, às 14 horas, contando com a participação de 8 profissionais, sendo estes: 2 técnicas de enfermagem, 1 agente administrativo, 1 assistente social, 1 enfermeira, 1 médico, 1 nutricionista e a gerente do programa. O momento teve como tema a importância da atuação multiprofissional no contexto dos cuidados paliativos, sendo esse um dos principais pilares que solidificam a prática dos cuidados paliativos, abrindo caminhos para que posturas assistenciais sejam refletidas e postas em prática, com base no respeito à subjetividade e ao desejo de pacientes e familiares.

Elaborou-se como objetivo específico para esse encontro fortalecer a abordagem multiprofissional em cuidados paliativos para integrar práticas técnicas, relacionais e

humanizadas, estabelecendo entrelaçamentos possíveis entre o tema e permitindo que os profissionais traçassem conexões com suas próprias rotinas laborais.

Para tanto, foram levantadas discussões que envolvessem as atribuições da equipe multiprofissional nos cuidados paliativos e o papel dos membros nesse cenário; a construção de vínculos e da comunicação empática como ferramentas de acesso ao paciente e aos cuidadores; além das potencialidades inerentes às práticas colaborativas em equipe e como estas podem ser potencializadoras da assistência, sobretudo quando se trata de pacientes com perfil paliativo.

Inicialmente, reunidos em formato de círculo, foi proposta uma atividade que simulava uma situação de comunicação em equipe. Por meio da metodologia do jogo “telefone sem fio”, uma mensagem foi repassada a cada participante, de forma que o objetivo final era que o mesmo comando chegasse ao último membro. Ao final, foi promovida uma breve discussão em torno da importância do movimento comunicativo na vida e no trabalho. Esse primeiro momento serviu tanto para favorecer a interação entre a equipe, quanto para promover reflexões sobre como o ato de se comunicar pode favorecer ou provocar reveses no cotidiano de trabalho, a depender da forma como é feita.

Posteriormente, uma segunda atividade foi realizada com os membros do PMeC, mas seguindo caminhos diferentes. Com uma folha de papel em branco, os profissionais foram instruídos a escreverem, em uma palavra ou em uma frase curta, o significado pessoal que cada um atribui para a palavra equipe. Entender as percepções deles sobre o termo central do encontro foi fundamental para tornar as considerações tecidas sobre o tema mais caracterizadas e afins às suas visões particulares, mas compartilhadas coletivamente.

Os profissionais optaram por utilizar termos atrelados tanto ao dispositivo técnico quanto afetivo nas descrições acerca do trabalho em equipe. No que tange ao primeiro, citações voltadas ao compartilhamento de saberes e experiências, a capacidade de ampliar o escopo de possibilidades de atuação junto aos usuários, bem como a comunicação efetiva entre membros foram ressaltadas como características fundamentais na atuação multiprofissional. Acerca do segundo, termos como paciência, resiliência, parceria e humildade para aprender com o outro destacaram o aspecto relacional envolto no trabalho em equipe, estando assim em consonância com essa dupla caracterização que surgiu nos discursos dos participantes entrevistados.

Em seguida, foi realizada uma exposição dialogada do conteúdo a que o encontro se propõe, lançando mão para isso do *folder* 4 (apêndice I) contendo pontuações acerca da multiprofissionalidade no contexto dos cuidados paliativos.

Como referências primárias, utilizou-se a Portaria 963/2013, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, de modo a traçar relações entre a importância do trabalho em

equipe no contexto da AD. Já a PNH foi relevante na articulação entre multiprofissionalidade e humanização, destacando o aspecto afetivo e ético-político no contexto da saúde. Por fim, o documento da Organização Mundial da Saúde de 2018, *“Integrating Palliative Care and Symptom Relief into Health Care Systems”* apresenta papéis bem definidos de profissionais componentes da equipe multiprofissional no contexto paliativo, bem como aspectos relacionados à colaboração centrada no paciente e em seu seio familiar.

Como referências auxiliares, a Política Nacional de Cuidados Paliativos foi útil na diferenciação dos tipos de equipe no contexto da abordagem, no que se refere às EMCP e EACP. Ainda, o artigo de Melo, Araújo e Oliveira (2024) contextualiza o trabalho em equipe na AD, aproximando-se assim do cotidiano vivido pelos membros do PMeC.

O destaque dado às práticas humanizadas dentro da equipe de saúde foi sublinhado pelos profissionais como fator elementar na construção de um atendimento em saúde que busca priorizar o sujeito e não, a doença. Os profissionais conseguiram, assim, estabelecer conexões entre os postulados da PNH e suas atividades assistenciais, além de também reconhecerem, a partir de exemplos práticos citados, dimensões em que esse ponto poderia ser refinado. Em meio ao cotidiano assistencial corrido, nem sempre a equipe consegue ter o *insight* e se dar conta de que determinadas posturas e maneiras de dialogar podem gerar atos “desumanizadores” em saúde, à medida em que a fragmentação do sujeito em termos de patologia ou órgãos anatômicos pode resvalar em sua despersonalização e anulação subjetiva. O encontro encerrou-se com uma atividade de avaliação dos encontros ocorridos, fato que será descrito e discutido no tópico 5.4, adiante.

As etapas que construíram essa ação visaram estabelecer também uma mudança de percepção nos profissionais, com base nos comandos e nas orientações de cada atividade repassada. Sendo assim, transmitir uma informação por meio da ludicidade pode provocar a autopercepção de que, quando tal situação ocorre em contextos realísticos e não simulados, a falha nesse repasse é capaz de promover incidentes, falhas ou condutas inadequadas e prejudiciais ao cuidado junto aos usuários.

A noção conceitual atribuída por cada participante ao conceito de equipe, assim como as discussões em torno desse vocábulo como um dispositivo afetivo alinhado aos preceitos da PNH também provocaram os trabalhadores, modificando perceptivamente suas óticas acerca de definições que constantemente atravessam a prática assistencial no serviço público.

Assim, a conectividade entre a aprendizagem significativa, a educação permanente, as metodologias ativas, a reconstrução conceitual e a mudança de percepção favoreceram a

construção de espaços coletivos em que a criticidade e a assistência contextualizada puderam ser base para a discussão de melhorias no cotidiano do PMeC.

O quarto e último encontro promoveu um fechamento de ciclos, partindo-se de uma temática central e transversal a todos os outros temas anteriormente discutidos. Entender que não há cuidados paliativos sem equipe multiprofissional é atribuir a devida importância à atuação de cada um dos membros que compõem o serviço. Assim, reforçar a potencialidade da teia comunicativa e da complementaridade possível em contextos multiprofissionais é demarcar o território de conhecimentos compartilhados necessários para a prática paliativa. Ademais, o diário de campo referente ao encontro 4 encontra-se no apêndice Q e os registros do momento no apêndice R.

5.4 Fase de Avaliação: Sínteses e *Feedbacks*

A última fase do estudo, a avaliação, foi realizada a partir da metodologia “Que Bom! Que Pena! Que Tal?”. Munidos de uma folha contendo os três comandos, os participantes que estiveram presentes no último encontro puderam expressar suas perspectivas acerca das ações realizadas no PMeC. Como forma de favorecer que as respostas fossem dadas de modo verídico e consentâneas à realidade, os participantes não puseram identificação nos papéis em que escreveram suas avaliações, sendo estes entregues ao pesquisador no fim do encontro 4.

No tocante ao comando “Que Bom...”, os profissionais destacaram os conhecimentos adquiridos ao longo dos encontros, conseguindo estabelecer relações entre as discussões em torno dos cuidados paliativos e a habitual rotina de trabalho, como no excerto a seguir, retirado de uma das avaliações: “[...] que tivemos a oportunidade desses momentos de grande aprendizagem, que ajudam muito a fortalecer com a equipe a importância de praticar verdadeiramente os cuidados paliativos.”

O aspecto vivencial também foi outro ponto ressaltado pelos participantes, que sublinharam o caráter de troca de experiências possibilitado pelas metodologias utilizadas no decorrer das ações, como no trecho seguinte: “[...] que ampliamos nossos conhecimentos, assim como compartilhamos vivências.”

A capacidade de problematizar os casos clínicos em saúde, trazendo à tona as diversas dimensões do cuidado também foram ressaltadas na atividade avaliativa, reverberando assim em contribuições para a assistência prestada no programa: “[...] todos os momentos foram de grande aprendizado e reflexões. Trouxeram para os profissionais questionamentos e alertas para os atendimentos diários.”

Acerca do comando “Que Pena...”, os participantes ressaltaram sobre a duração e periodicidade das ações, destacando o desejo por um número maior de momentos voltados às discussões em torno dos cuidados paliativos, como exemplificado no trecho a seguir: “[...] que só foram quatro encontros, acredito que outros temas importantes também poderiam ser abordados em outros momentos.”

Além deste, outro ponto citado pelos profissionais diz respeito à ausência de parte da equipe nos momentos formativos. Em decorrência da necessidade de realização das visitas domiciliares, ou mesmo em virtude da forma como as escalas de trabalho dos funcionários são distribuídas, nem todos os membros da equipe do PMeC conseguiram se fazer presentes nas ações, ou em todas elas, justificando assim trechos avaliativos como este: “[...] que nos encontros nem sempre estava a equipe completa.”

No que concerne ao comando “Que Tal...” foi sugestionado pelos profissionais que momentos formativos como os realizados pelo estudo pudessem se tornar mais constantes e frequentes, de modo a se tornar uma prática habitual no cotidiano do PMeC: “[...] se esses momentos se tornassem constantes e acontecessem com frequência, pois precisamos sempre dar uma parada para reflexões sobre nosso fazer profissional.”

Apesar de ter deixado explícito que as ações realizadas são parte componente de uma pesquisa de campo dissertativa, destinada a realizar intervenções pontuais com vistas a fins acadêmicos e científicos, os profissionais viram aqui a oportunidade de demarcar a necessidade de educações permanentes formais, que pudessem subsidiar a prática a partir do desenvolvimento e do refinamento do conhecimento teórico.

Alguns profissionais que participaram do momento formativo também deixaram em aberto a possibilidade de que outras temáticas, que ultrapassam os cuidados paliativos, pudessem ser trabalhadas no cotidiano do programa, preparando o terreno para que outras intervenções, mesmo que focadas em outras dimensões do cuidado, pudessem ser realizadas na sede, como é observado pelas avaliações a seguir: “[...] quando tiver outro tema que seja relacionado ao Melhor em Casa, vir de novo.”; “[...] que tal novos momentos com outros temas para melhor conhecimento.”

Além disso, enquanto sugestão futura, foi ressaltada a possibilidade de expansão das ações realizadas no PMeC para outros espaços afins à prática paliativa, como forma de reforçar, mesmo que a nível local, a importância e a necessidade da abordagem em casos nos quais o perfil de elegibilidade é observado. Tal sugestão pôde ser vista na seguinte avaliação: “[...] outras instituições que também pratiquem regularmente as práticas de cuidados paliativos também tenham essa oportunidade.”

Em suma, os profissionais apresentaram pontos de vista favoráveis à realização dos momentos propostos, conseguindo ampliar suas perspectivas acerca da temática, ao mesmo tempo que também puderam apresentar sugestões para o refinamento das ações. Ressalta-se que nem todos os participantes do estudo estiveram presentes no último encontro, tornando suas participações na avaliação, inviável. Dessa forma, as percepções levantadas e exemplificadas aqui podem ser tratadas como uma amostra da ótica de parte dos profissionais que compõem a equipe alvo das intervenções.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção metodológica em quatro fases do estudo permitiu que diversas dimensões do processo de construção do aprendizado pudessem ser vislumbradas, de forma concomitante à própria elaboração conjunta das intervenções. Dessa forma, após a concretização dos momentos propostos e de suas respectivas avaliações, é importante que os objetivos destacados sejam retomados.

Pautou-se enquanto objetivo geral a realização de intervenções formativas sobre Cuidados Paliativos junto aos profissionais do Programa Melhor em Casa do município de Sobral, Ceará. Conforme já apresentado previamente ao longo de todo o itinerário seguido na metodologia, tais intervenções tiveram êxito em sua realização, contribuindo significativamente para a prática laboral dos participantes, mas também para seus aprofundamentos teóricos em torno do tema.

Concernente aos objetivos específicos, cinco pontuações foram pautadas enquanto metas secundárias desta pesquisa. A primeira delas diz respeito ao diagnóstico dos principais desafios dos profissionais que compõem o PMeC no manejo e encaminhamentos de pacientes em Cuidados Paliativos. Considerando as informações obtidas por meio das entrevistas semiestruturadas, percebe-se que a dificuldade em estabelecer uma conexão mais próxima com diversos pontos da rede de atenção à saúde, bem como os entraves ao lidar com as reações emocionais de pacientes e familiares, assim como na definição de linhas de cuidado que consigam dar conta das demandas apresentadas pelos usuários e sua rede de apoio circunscrevem os obstáculos ressaltados pelos participantes, cujas rotinas assistenciais buscam amenizar tais adversidades.

O segundo objetivo específico buscou identificar estratégias potencializadoras do cuidado ao paciente paliativo que já são utilizadas pelos profissionais que foram foco da pesquisa. As discussões de caso em equipe multiprofissional, a realização de ações interventivas com grande parte dos membros do PMeC, assim como a comunicação entre os diferentes componentes do programa foram ressaltados pelos profissionais enquanto recursos relevantes na potencialização do cuidado exercido.

Adicionalmente, buscou-se trazer à tona a especificação das influências do trabalho multiprofissional na assistência prestada aos pacientes em cuidados paliativos no PMeC. Conforme abordado pelos entrevistados, foi uma unanimidade entre estes a importância dada ao trabalho em equipe, assim como à comunicação bem alinhada e eficaz nas atividades que se propõem a realizar. Como reflexo dessas influências, o quarto encontro, voltado diretamente à

atuação em equipe multiprofissional em cuidados paliativos, gerou discussões direcionadas às formas de refinar e aprimorar o trabalho em conjunto com todos os membros do PMeC.

O quarto objetivo específico aborda o planejamento e sistematização das propostas e ações formativas a partir das necessidades identificadas na prática dos profissionais do PMeC junto a usuários em cuidados paliativos. Intimamente ligado à segunda fase do delineamento metodológico, esse objetivo alcançou êxito a partir da estruturação das intervenções, realizadas de forma concomitante aos momentos formativos junto aos membros do NUPESM. Os quadros 6 a 9, presentes no capítulo de Resultados e Discussões, expõem de maneira mais detalhada o planejamento realizado para embasar a fase de ação.

Por fim, objetivou-se ainda evidenciar as percepções dos profissionais sobre as estratégias interventivas realizadas, lançando mão para tanto da metodologia “Que Bom! Que Pena! Que Tal?”. As avaliações trouxeram perspectivas majoritariamente positivas acerca dos momentos realizados, apontando ainda sugestões que poderiam aperfeiçoar os momentos concretizados. Ressalta-se assim que tal objetivo foi exitoso por conseguir apresentar uma visão geral dos participantes, mesmo com a ressalva já previamente apontada, relacionada à ausência de participantes no momento de realização da avaliação.

Além dos objetivos traçados, dois pressupostos foram delineados, contidos ao final do subtópico 1.3, “Justificativa e Relevância do Estudo”. O primeiro deles pressupunha que a atuação dos cuidados paliativos no âmbito na atenção domiciliar ainda careceria de bases mais consistentes, no que diz respeito à formação e atuação dos profissionais que atuam nesse dispositivo ao se deparar com usuários paliativos, de modo a fortalecer a prática dessa abordagem, bem como reforçar os princípios ético-clínicos que a embasam. Na realidade, o que se percebeu foi que, apesar de algumas lacunas de conhecimento, de fato, existirem, sobretudo no que tange à definição e princípios norteadores dos cuidados paliativos, a equipe do PMeC de Sobral demonstrou ter um conhecimento prévio já bem consolidado, sendo necessária uma revisão e aprofundamento de conceitos conhecidos pela maioria dos membros da equipe. Sublinha-se assim que o primeiro pressuposto acabou por não condizer totalmente com a realidade encontrada, apesar de encontrar concretude ao ressaltar a necessidade de bases mais consistentes. Desse modo, ao revisitar determinados contextos e costurar novos construtos associados à temática, essa consistência também foi sendo construída.

O segundo diz respeito à própria formação dos profissionais atuantes nesse campo, cujas formações acadêmicas não contemplariam disciplinas e/ou discussões que fizessem referência à temática. Aqui, pode-se considerar que tal conjectura esteve alinhada aos achados da pesquisa de campo. Conforme ressaltado anteriormente, dos 15 profissionais entrevistados,

apenas 4 relataram contato prévio na graduação com cuidados paliativos, sendo esse os casos de um fisioterapeuta, dois médicos e da gerente do programa, esta última também formada em medicina. Esses dados apontam para uma presença ainda muito incipiente de discussões em torno da temática paliativa no currículo de formação dos profissionais de saúde.

Destaca-se ainda que, apesar de avaliações eminentemente favoráveis às ações realizadas, a pesquisa encontrou algumas limitações no decorrer do caminho. A dificuldade em encontrar horários favoráveis para a realização das entrevistas, a ausência de alguns profissionais durante a realização das ações (seja por questões de retirada da sede em virtude das visitas domiciliares, seja por uma questão de escala laboral), o quantitativo de momentos realizados em virtude da disponibilidade do serviço e do próprio calendário acadêmico do programa de pós-graduação, além da própria disponibilidade do pesquisador principal, que reside e trabalha em outro município que não a cidade de Sobral; todos esses aspectos elencados configuraram-se como empecilhos no decorrer do delineamento desse Trabalho. Dentro do que se apresentou como possível, tais obstáculos tentaram ser superados, acionando novas rotas no decorrer do itinerário científico e inclinando-se para curvas inéditas ao que havia sido previsto. Dessa forma, entendendo que as limitações de um estudo são próprias de qualquer pesquisa científica, reitera-se aqui o empenho e as investidas em prol da construção de uma análise cuidadosa e consistente.

Metodologicamente, pode-se reconhecer enquanto limitação que a estratégia utilizada na quarta fase do delineamento, a de avaliação, não conseguiu mensurar de forma abrangente o conhecimento adquirido no decorrer das ações realizadas, servindo mais como uma fotografia das percepções particulares dos participantes acerca das intervenções. Soma-se a isso o fato de que nem todos os profissionais do programa conseguiram estar presentes durante esse momento. Desse modo, constata-se que a identificação de tais lacunas no decorrer do itinerário científico podem ser aproveitadas em prospecções metodológicas futuras, com o sentido de ampliar a pesquisa e adequar tais fragilidades.

Ressalta-se ainda o impacto prático que o estudo gerou ao PMeC de Sobral, de modo a incentivar a realização de momentos de educação permanente enquanto iniciativas do próprio dispositivo. A realização das ações proporcionou uma ampliação dos horizontes acerca da formação permanente dos profissionais que compõem o programa, abrindo margem para que o trabalho iniciado a partir de uma pesquisa dissertativa pudesse ganhar raízes e consolidação enquanto prática institucionalizada.

Diante de tais considerações, reconhece-se ainda a importância de que delineamentos científicos que tomem a abordagem paliativa como elemento central sejam

realizados de modo cada vez mais frequente, sobretudo quando tais itinerários busquem aliar pesquisas compreensivas com métodos de intervenção. Logo, demarca-se assim o presente estudo enquanto recurso ético-político na disseminação dos cuidados paliativos como alternativa viável e indicada no contexto da saúde, bem como uma forma de valorizar a pesquisa de modo a considerá-la um instrumento transformador e catalisador de práticas responsáveis e humanas.

6.1 *Post Scriptum*

Geralmente, um *post scriptum* é utilizado para adicionar informações extras após a conclusão de um texto. Portanto, o P.S. aqui utilizado não segue rigorosamente as regras a que se propõe. Entretanto, pensou-se que seria de bom tom e grado adicionar mensagens para além daquelas previamente expostas ao longo das páginas já anteriormente lidas. Assim, os “escritos depois” contidos nesse tópico foram, literalmente, digitados após a conclusão do estudo.

Fugindo um tanto à regra da estrutura acadêmica, esse P.S. não poderia deixar de existir, sobretudo perante as considerações que se fizeram pertinentes ao abordar os cuidados paliativos e sua lógica intimamente imposta ao significado do fim. Portanto, finalizar esse trabalho também exige uma reflexão sobre esse termo de três letras.

Se na lógica paliativista, o fim (ou a morte) é apenas mais uma etapa da vida, o fim desse estudo também pode ser considerado apenas mais uma fase a ser atravessada. Não se finaliza uma pesquisa sem antes vê-la de forma concreta, seja em páginas impressas ou na publicação de um periódico científico. Mas talvez apenas não se finalize uma pesquisa, entendendo que todas elas (ou pelo menos aquelas realizadas sobre uma consistente base teórico-metodológica) geram reverberações nos sujeitos alvo de suas intervenções.

O fim pode ser entendido como o fechamento de um ciclo, necessário para que o próximo possa ser iniciado. Não é o encerramento de ciclos ou a perspectiva de que eles não voltarão mais a existir. Da mesma forma, o que se finaliza aqui não é a pesquisa “Educar para Cuidar”, e sim a dissertação oriunda desta. E longe de querer exacerbar o impacto da pesquisa, o que se pretende repassar aqui é que as consequências das intervenções realizadas poderão e continuarão a ser sentidas pelos participantes que contribuíram com as ações. O conhecimento construído, as experiências compartilhadas e as melhorias pensadas a partir dos métodos utilizados manterão viva a tentativa de aperfeiçoar e refinar as práticas em saúde nos cuidados paliativos, mesmo que a nível local. E de forma retroalimentar, também geraram repercussões sobre os domínios humano e profissional do pesquisador que agora escreve esse P.S.

Educar é método e cuidar é afeto. Porém, educar também é vínculo e cuidar também é técnico. Não há como dividir essas duas dimensões de forma tácita ou cristalizada. Há aí uma relação simbiótica, que curiosamente parece não ter fim. Parece e não tem. Para finalizar esse ciclo e iniciar o próximo, a evocação de Mário Quintana parece oportuna, quando o poeta aponta que “no fim tu hás de ver que as coisas mais leves são as únicas”. No fim de uma pesquisa, no fim de um mestrado, no fim de uma banca, no fim de uma vida. As coisas leves permanecem sendo únicas.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA IBGE. **Em 2022, expectativa de vida era de 75,5 anos.** 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/38455-em-2022-expectativa-de-vida-era-de-75-5-anos>. Acesso em: 20 mai. 2024.
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Quality Improvement and Monitoring at your fingertips.** Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2017. Disponível em: <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>. Acesso em: 27 mai. 2024.
- ALMICO, T; FARO A. Enfrentamento de cuidadores de crianças com câncer em processo de quimioterapia. **Psicol Saúde Doenças**, Lisboa, v. 15, n.3, p 723-737, 2014.
- ALVARENGA, E. C.; AMARAL, M. S.; CAVALCANTE, T. T. R. A atuação de profissionais de psicologia em cuidados paliativos na atenção domiciliar. **Revista NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity**, Belém, v. 14, n. 3, 2022. Disponível em: <https://submission-pepsic.scielo.br/index.php/nufen/article/view/22198/1043>. Acesso em: 21 jun. 2025.
- ALVES, R. S. F.; CUNHA, E. C. N.; SANTOS, G. C.; MELO, M. O. Cuidados paliativos: alternativa para o cuidado essencial no fim da vida. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 39, p. 1-15, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/NSScM87z94MQRGL8RPtBGzJ/?lang=pt>. Acesso em: 08 out. 2023.
- ALVES, R. S. F.; OLIVEIRA, F. F. B. Cuidados paliativos para profissionais de saúde: avanços e dificuldades. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 42, p. e238471, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/YjthVg7rxNhm5nhDqrsCqTQ/>. Acesso em: 21 mai. 2024.
- ARANTES, A. C. Q. **A comunicação compassiva como forma de cuidado.** 2024. Disponível em: <https://www.acqa.com.br/artigos/a-comunicacao-compassiva-como-forma-de-cuidado/#:~:text=A%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20compassiva%20nos%20ensina,e%20quem%20est%C3%A1%20sendo%20cuidado>. Acesso em: 01 jun. 2025.
- ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver.** Alfragide: Oficina do livro, 2019.
- ARANTES, A. C. Q. **Histórias lindas de morrer.** Rio de Janeiro: Sextante, 2020.
- AUSUBEL, D. P. **The psychology of meaningful verbal learning.** New York: Grune & Stratton; 1963. 255 p.
- BENAMOR, L. N. **Quem cuida do paciente?** Um estudo sobre tornar-se cuidador familiar do paciente em Cuidados Paliativos. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, p. 102. 2024. Disponível em: <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/handle/1/23503>. Acesso em: 05 set. 2025.

BENICASA, C. P. B. A simulação realística como método de aprendizagem significativa em cursos da área de saúde. **Revista Triângulo**, Uberaba, v. 16, n. 3, p. 213-228, 2023.

Disponível em:

<https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/revistatriangulo/article/view/6866>. Acesso em: 14 mai. 2026.

BOFF, L. **Saber cuidar: Ética do humano, compaixão pela terra**, Petrópolis: Editora Vozes, 2014, 302p

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em 29 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 207p. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf. Acesso em: 07 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2 ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês, 2023, 424p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao/view>. Acesso em: 01 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 16p. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 29 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 3005, de 2 de janeiro de 2024**. Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMec). Diário Oficial da União. [Internet]. Brasília, 2024a. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3005_05_01_2024.html. Acesso em: 18 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 3681, de 7 de maio de 2024**. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos – PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. [Internet]. Brasília, 2024b. Disponível em:

<https://www.conass.org.br/conass-informa-n-87-2024-publicada-a-portaria-gm-n-3681-que-institui-a-politica-nacional-de-cuidados-paliativos-no-ambito-do-sus-por-meio-da-alteracao-da-portaria-de-consolidacao-gm-ms-n/>. Acesso em: 22 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. [Internet]. Brasília, 2013. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em: 18 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União. [Internet]. Brasília, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso573.pdf>. Acesso em: 09 out. 2023.

BRINCO, H. **Entidades reagem a crítica de Otto Alencar sobre cuidados paliativos**. Tribuna da Bahia. 2021. Disponível em: <https://www.trbn.com.br/materia/145881/entidades-reagem-a-critica-de-otto-alencar-sobre-cuidados-paliativos>. Acesso em: 26 jun. 2025.

CABRAL, M. V. A.; ARAÚJO, J. A. C.; SOUSA, A. M.; REIS, P. B.; BITENCOURT, E. B.; COSTA, R. A. S.; REZENDE, A. L. R. Análise dos aspectos gerais e as etapas da revisão de literatura integrativa para profissionais da saúde. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, Macapá. v. 5, n. 4, p. 2-1459-1469, 2023. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/478>. Acesso em: 25 mai. 2024.

CAMARGO, B. V. ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V.; JESUÍNO, J. C.; NÓBREGA, S. M. (Eds.), **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora da Universidade Federal da Paraíba, 2005. p. 511-539.

CAPOMACCIO, S. **Expectativa de vida do brasileiro cai após pandemia, segundo IBGE**. 2024. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/expectativa-de-vida-do-brasileiro-cai-apos-pandemia-segundo-ibge/>. Acesso em: 20 mai. 2024.

CARVALHO, R. T.; ROCHA, J. A.; FRANCK, E. M.; CRISPIM, D. H.; JALES, S. M. C. P.; SOUZA, M. R. B. **Manual da Residência de Cuidados Paliativos: Abordagem Multidisciplinar**. 2 ed. Santana de Parnaíba: Manole Editora, 2022, 785p.

CAVALCANTE, M. E. P. L.; SANTOS, M. M.; TOSO, B. R. G. O.; VAZ, E. M. C.; LIMA, P. M. V. M.; COLLET, N. Melhor em casa: caracterização dos serviços de atenção domiciliar. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e20220001, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/QwgZ57nPfYZLqSxdfTCg4rM/>. Acesso em: 06 jun. 2025.

CAVALCANTI, P. B.; PEREIRA, C. O.; MIRANDA, A. P. R. S.; LUCENA, C. M. F. Serviço social e cuidados paliativos: o que sinaliza a produção científica? **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 56, p. 68-83, 2020. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/327102321.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2025.

CERULLO, G. **Cuidados Paliativos e Qualidade de Vida em Idosos da Comunidade em Fim de Vida: Realidade a Nível Europeu**. Dissertação (Mestrado em Geriatria) – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra, p. 68. 2023. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/retrieve/270471/Giovanni%20CERULLO%20Dissertac%CC%A7a%CC%83o%20Geriatria%20v2.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2025.

CHAGAS, M. S.; ABRAHÃO, A. L.; NUNES, A.; CÚTALO, N. P. S. Cuidados Paliativos no Processo de Trabalho da Enfermagem: Ação de Educação Permanente em Saúde. **Revista Pró-UniverSUS**, Vassouras, v. 16, n. 1, p. 176-182, 2025. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/4719>. Acesso em: 16 mai. 2026.

CLARA, M. G. S.; SILVA, V. R.; ALVES, R.; COELHO, M. C. R. Escala *Palliative Care Screening Tool* como instrumento para indicação de cuidados paliativos em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22, p. e190143, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/dJ8z3gQjYcmzJyRVSkVVcGF/?lang=pt>. Acesso em: 16 ago. 2025.

CLARK, D. **Cicely Saunders: a life and legacy**. Oxford: Oxford University Press; 2018.

CLARK, D. 'Total pain': the work of Cicely Saunders and the maturing of a concept. **End of life studies Blog**. Dumfries: University of Glasgow, 2014. Disponível em: http://endoflifestudies.academicblogs.co.uk/total-pain-the-work-of-cicely-saunders-and-the-maturing-of-a-concept/#_edn1. Acesso em: 02 jun. 2025.

CÔBO, V. A.; DAL FABBRO, A. L.; PARREIRA, A. C. S. P.; PARDI, F. Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos profissionais de saúde. **Boletim-Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 39, n. 97, p. 225-235, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-711X2019000200008&script=sci_arttext. Acesso em: 10 out. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/3BCFhcV>. Acesso em: 07 set. 2025.

CORRÊA, A. M.; SOUZA, D. C. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: Revisão integrativa da literatura. In: KRUGER, J. M.; SILVA, A. L. V.; SILVA, G. B.; FILARD, M. F. **Gestão pública na Região Amazônica-Volume 2**. São Paulo: Pimenta Cultural, 2023, p. 360-380.

COUTO, D. S.; RODRIGUES, K. S. L. F. Desafios da assistência de enfermagem em cuidados paliativos: revisão integrativa. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 11, n. 5, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3370>. Acesso em: 19 jun. 2025.

CUNHA, M. B.; OMACHI, N. A.; RITTER, O. M. S.; NASCIMENTO, J. E.; MARQUES, G. Q.; LIMA, F. O. Metodologias ativas: em busca de uma caracterização e definição. **Educação em Revista**, São Paulo, v. 40, p. e39442, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edur/a/cSQY74VPYPJCvNLQdv4HZYn/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 13 mai. 2026.

DADALTO, L.; GUIRRO, U. **Bioética e Cuidados Paliativos**. 2 ed. Indaiatuba: Editora Foco; 2024.

DICK, B. **A beginner's guide to action research**. 2000. Disponível em: <http://www.scu.edu.au/schools/gcm/ar/arp/guide.html>. Acesso em: 18 mai. 2024.

DOHMS, M.; GUSSO, G. **Comunicação Clínica: Aperfeiçoando os encontros em saúde**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed; 2021.

FAGUNDES, G. S.; CAMPOS, M. R.; FORTES, S. L. C. L. Matriciamento em Saúde Mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 2311-2322, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n6/2311-2322/>. Acesso em: 31 ago. 2025.

FERNANDES, L. T.; TEIXEIRA, L. E.; MONTANHAS, T. S.; SANTOS, S. C.; SILVESTRE, C. C.; BONOMO, L. F. Como os farmacêuticos atuam no cuidado domiciliar? Uma revisão de escopo. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 16., 2024, Porto Alegre. **Anais [...]**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2024. Disponível em: <https://doity.com.br/anais/16congressointernacionaldaredeunida/trabalho/360885>. Acesso em: 01 jul. 2025.

FERREIRA, L.; BARBOSA, J. S. A.; ESPOSTI, C. D. D.; CRUZ, M. M. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 223-239, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3wP8JDq48kSXrFMZqGt8rNQ/#>. Acesso em: 22 mai. 2024.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed editora, 2008.

FLORES, T. G.; SILVA, K. F.; GIARETTON, D. W. L.; WEILLER, T. H.; PUCCI, V. R. Formação profissional: cuidado ao paciente oncológico sem possibilidade terapêutica na Atenção Básica. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 22, n. 3, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1354142>. Acesso em: 28 mai. 2024.

FONSECA, L. S.; CARVALHO, B. C.; SANTOS, H. O.; SILVA, J. M.; SANTOS, J. C. O.; FERREIRA, L. L. L.; KAMEO, S. Y. Atuação do enfermeiro em cuidados paliativos na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 1, e-071383, 2022. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1383>. Acesso em: 23 ago. 2024.

FRANCO, I. S. M. F.; BATISTA, J. B. V.; FREIRE, M. L.; EVANGELISTA, C. B.; SANTOS, M. S. L.; LOPES, M. E. L. Morte e Luto em Cuidados Paliativos: Vivência de Profissionais de Saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 703-709, 2020. Disponível em: <https://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/9468>. Acesso em: 03 jun. 2025.

GESSER, A. M.; SANTOS, M. S.; GAMBETTA, M. V. Spikes: um protocolo para a comunicação de más notícias. **Brazilian Journal of Development**, São José dos Pinhais, v. 7, n. 11, p. 103334-103345, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/39204>. Acesso em: 01 jun. 2025.

GOMES, S. A.; SILVA, D. N. M.; SORICE, F.; ARANTES, A.; PEIXOTO, R.; FERRARI, R.; MARTINS, M.; JÁCOME, A.; BERGEROT, C.; MELO, A. C.; FERRARI, B. Outpatient Palliative Care Program: Impact on Home Death Rate in Brazil. **Cancers (Basel)**, Irlanda, v.

16, n. 7, p. 1380, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38611059/>. Acesso em: 26 jun. 2025.

GUIMARÃES, K.; FARIA, H. Contribuições da psicologia nos cuidados paliativos. **Cadernos de Psicologia**, Juiz de Fora, v. 4, n. 7, 2022. Disponível em: <https://seer.uniacademia.edu.br/index.php/cadernospsicologia/article/view/3275>. Acesso em: 21 jun. 2025.

GUIRRO, Ú. B. P.; FERREIRA, F. S.; VINNE, L.; MIRANDA, G. F. F. Conhecimento sobre diretivas antecipadas de vontade em hospital-escola. **Revista Bioética**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 116-125, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/M7BxYnfmWJqpqd37KVgQwMr/?lang=pt>. Acesso em: 07 set. 2025.

GUZINSKI, C.; GALVÃO, L. Q.; LUZ, L. L.; BONI, F. G.; CEZAR, V. S. Desafios familiares na aceitação da terminalidade de um idoso com câncer metastático em cuidados paliativos. In: ARAGÃO, J. A.; ALMEIDA, F. A.; DAL MOLIN, R. S. **Envelhecimento humano**: Diferentes nuances e estágios. Científica Digital, 2024, p. 61-72.

JOVCHELOVICH, S.; BAUER, M. W. Entrevista Narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 90-113.

KESONEN, P.; SALMINEN, L.; KERO, J.; AAPPOLA, J.; HAAVISTO, E. An Integrative Review of Interprofessional Teamwork and Required Competence in Specialized Palliative Care. **OMEGA - Journal of Death and Dying**, v. 89, n. 3, p. 1047-1073, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35439095/>. Acesso em: 18 jun. 2025.

KOLCABA, K. **Comfort Theory and practice**: A vision for holistic health care and research. 1ª edição. New York: Springer Publishing Company, 2003.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte**: Temas e Reflexões. Belo Horizonte: Casa do Psicólogo, 2012, 224p.

KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: Cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 420-429, 2010. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/sofrimento-da-equipe-de-saude-no-contexto-hospitalar-cuidando-do-cuidador-profissional/>. Acesso em: 07 ago. 2025.

KROEF, R. F. S.; GAVILLON, P. Q.; RAMM, L. V. Diário de campo e a relação do (a) pesquisador (a) com o campo-tema na Pesquisa-Intervenção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 464-480, 2020. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812020000200005. Acesso em: 23 out. 2025.

LAMARE, R.; SILVA, M. J. S. Perspectivas de gestores sobre uma proposta de educação permanente em cuidado paliativo na atenção primária. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, p. e9206, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2024.v48n142/e9206/pt/>. Acesso em: 16 mai. 2026.

LARSSON, R.; ERLINGSDÓTTIR, G.; PERSSON, J.; RYDENFÄLT, C. Teamwork in home care nursing: A scoping literature review. **Health Society Care Community**, v. 30, n. 6, e3309-e3327, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35862714/>. Acesso em: 18 jun. 2025.

LEITE, D. M. C. **Cuidado Advertido**: Uma leitura psicanalítica da experiência subjetiva de cuidado ao paciente com COVID-19. Tese (Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, p. 188. 2023. Disponível em: <https://siduece.uece.br/siduece/trabalhoAcademicoPublico.jsf?id=111786>. Acesso em: 29 ago. 2025.

LISBOA, M. G. L.; DINIZ, C. X.; RIBEIRO, M. N. S.; SANTO, F. H. E.; SICSÚ, A. N. Tecnologias educacionais para pacientes e familiares em Cuidados Paliativos: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 8, p. e26210817175-e26210817175, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17175>. Acesso em: 05 set. 2025.

LIU, Y. J.; WU, L. P.; WANG, H.; HAN, Q.; WANG, S. N.; ZHANG, J. The clinical effect evaluation of multidisciplinary collaborative team combined with palliative care model in patients with terminal cancer: a randomised controlled study. **BMC Palliative Care**, v. 22, n. 1, p. 71, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37312118/>. Acesso em: 26 jun. 2025.

LOBO, L. A. C.; RIETH, C. E. Saúde Mental e Covid-19: Uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 885-901, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/fgXPhXKhrfM9Tyj55Z8djRt/>. Acesso em: 25 mai. 2024.

MACHADO, V. M. S.; COIMBRA, A. K.; TRINDADE, P. A. S.; CAMPOS, P. I. C.; FERREIRA, P. C.; BRASIL, R. R. Atuação do fisioterapeuta nos cuidados paliativos em pacientes adultos: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 3, p. e6493-e6493, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6493>. Acesso em: 22 jun. 2025.

MARCUCCI, F. C. I.; RODRIGUES, L. F.; ALMEIDA, M. J. A necessidade de fortalecer os cuidados paliativos na saúde pública do Paraná. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Curitiba, v. 3, n. 1, 2020. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/372>. Acesso em: 03 jun. 2025.

MARQUES NETO, A. C.; VALE, J. M. M.; SANTOS, L. M. S.; SANTANA, M. E. O enfrentamento dos familiares cuidadores de adoecidos em cuidados paliativos oncológicos domiciliares diante dos estressores do cuidado. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 2, p. e2525-e2525, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2525>. Acesso em: 05 set. 2025.

MATTOS, C. W.; DERECH, R. D. Cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária à saúde brasileira: um survey nacional. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2094-2094, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1053081>. Acesso em: 28 mai. 2024.

MELO, C. M.; SANGOI, K. M.; KOCCHANN, J. K.; HESLER, L. Z.; FONTANA, R. T. Concepções, desafios e competências dos enfermeiros em cuidados paliativos na atenção primária à saúde. **Nursing**, São Paulo, v. 24, n. 277, p. 5833-5846, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1253829>. Acesso em: 28 mai. 2024.

MELO, M. T.; ARAUJO, M. E. O.; OLIVEIRA, C. A. L. T. M. Tratamento farmacológico e terapêutico da dor total em pacientes com câncer de mama metastático: revisão narrativa sobre a importância da intervenção interdisciplinar. **BrJP**, São Paulo, v. 7, p. e20240058, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/FLgSqYGh9YdYbkVPqYGtdHM/?lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2025.

MELO, R. M.; LIMA, V. M.; MATTOS, L. F. V.; OLIVEIRA, L. C.; BRASILEIRO, L. A. Revisão da Farmacoterapia em Pacientes Oncológicos sob Cuidados Paliativos: o Farmacêutico na Garantia do Uso Racional e Seguro de Medicamentos para o Controle de Sintomas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 3, p. e-064695, 2024. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/4695>. Acesso em: 01 jul. 2025.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte: Antropologia dos Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2011, 228p.

MINAYO, M. C. D. S.; COSTA, A. P. **Técnicas que fazem o uso da palavra, do olhar e da empatia: pesquisa qualitativa em ação**. Aveiro: Ludomedia, 2019, 64p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Melhor em Casa completa 13 anos com mais de 2 mil equipes atuando no Brasil**. 2024. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/novembro/programa-melhor-em-casa-completa-13-anos-com-mais-de-2-mil-equipes-atuando-no-brasil#:~:text=Sobre%20o%20programa&text=Em%202023%2C%20o%20programa%20teve,no%20servi%C3%A7o%2C%20entre%20outras%20inova%C3%A7%C3%B5es>. Acesso em: 06 jun. 2025.

MONTEIRO, D. T.; MENDES, J. M. R.; BECK, C. L. C. Percepções dos profissionais da saúde sobre a morte de pacientes. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 20, n. 1, p. 01-13, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692020000100012. Acesso em: 07 ago. 2025.

MOURA, L. K. B.; MARCACCINI, A. M.; MATOS, F. T. C.; SOUSA, Á. F. L.; NASCIMENTO, G. C.; MOURA, M. E. B. Revisão Integrativa sobre o câncer bucal. **R. Pesq. Cuid. Fundam.**, Urca, v. 6, n. 5, p. 164-175, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750772020.pdf>. Acesso em: 15 out. 2023.

MORAIS, B. A.; RIOS, M. S. **Avaliação da funcionalidade de pacientes internados em cuidados paliativos**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física e Fisioterapia) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, p. 39. 2025. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/45950>. Acesso em: 16 ago. 2025.

MUYLAERT, C. J.; SARUBBI J.R. V.; GALLO, P. R.; NETO, M. L. R.; REIS, A. O. A. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, p. 184-189, 2014.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **OMS divulga recursos para serviços de cuidados paliativos**. 2021. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/150287-oms-divulga-recursos-para-servi%C3%A7os-de-cuidados-paliativos#:~:text=A%20cada%20ano%2C%20estima%2Dse,cuidados%20paliativos%20deve r%C3%A1%20quase%20dobrar>. Acesso em: 20 mai. 2024.

NARDINO, F.; OLESIAK, L. R.; QUINTANA, A. M. Significações dos cuidados paliativos para profissionais de um serviço de atenção domiciliar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 41, p. e222519, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/sHJ97Byydsgrwx8SwMxV8cXj/?lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2024.

NISHIMURA, F.; CARRARA, A. F.; FREITAS, C. E. Efeito do programa Melhor em Casa sobre os gastos hospitalares. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 53, p. 104, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2019.v53/104/pt/>. Acesso em: 06 jul. 2024.

NÓBREGA, V. C. F. D.; MELO, R. H. V. D.; DINIZ, A. L. T. M.; VILAR, R. L. A. D. As redes sociais de apoio para o Aleitamento Materno: uma pesquisa-ação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 429-440, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DG9yT5KhWRNC3SY4ty7XMkC/?lang=pt>. Acesso em: 18 mai. 2024.

NUNES, I. P.; MILANO, L. K. B. A interferência das práticas de cuidados paliativos na saúde mental em equipes multidisciplinares no Programa de Assistência e Internação Domiciliar (PAID) de Cascavel-PR. **Research, Society and Development**, Itajubá, v. 12, n. 11, p. e81121143761-e81121143761, 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/43761>. Acesso em: 29 mai. 2025.

OLIVEIRA, I. B.; VIANA, G. D.; SILVA, J. P. S.; SILVA, E. V.; REIS, D. F. Perfil de intervenções farmacêuticas em um hospital especializado em Cuidados Paliativos. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Distrito Federal, v. 8, n. 18, p. e181780-e181780, 2025. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/1780>. Acesso em: 22 jun. 2025.

OLIVEIRA, P. I. D.; ANDERSON, M. I. P. Envelhecimento, finitude e morte: narrativas de idosos de uma unidade básica de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2195-2195, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1117118>. Acesso em: 28 mai. 2024.

OLIVEIRA, P. J.; ALENCA, H. C.; SILVA, A. B. F.; COSTA, L. H. S. Entre a verdade e o conforto: Desafios éticos e humanísticos na comunicação de más notícias em oncologia e cuidados paliativos. **Revista Cedigma**, Paço do Lumiar, v. 2, n. 4, p. 111-118, 2024. Disponível em: <https://revistacedigma.cedigma.com.br/index.php/cedigma/article/view/43>. Acesso em: 01 jun. 2025.

PARAIZO-HORVATH, C. M. S.; FERNANDES, D. D. S.; RUSSO, T. M. D. S.; SOUZA, A. C. D.; SILVEIRA, R. C. D. C. P.; GALVÃO, C. M.; MENDES, K. D. S. Identificação de pessoas para cuidados paliativos na atenção primária: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 3547-3557, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/87d6DSLbV73mkvd7LtqDY4r/>. Acesso em: 08 out. 2023.

PAZ, Á. S.; SILVA, B. F. G.; MARTINS, S. S. Nutrição em cuidados paliativos oncológicos: aspectos bioéticos. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais, v. 3, n. 4, p. 8891-8903, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/13615>. Acesso em: 21 jun. 2025.

PINTO, E. M. H.; OLIVEIRA, L. A. R.; FREITAS, A. A.; MARTINS, J. L. R.; CASTRO, P. F. S. Mapas conceituais em cursos superiores da área da saúde: uma ferramenta para aprendizagem significativa. **Rebena-Revista Brasileira de Ensino e Aprendizagem**, Maceió, v. 10, p. 225-240, 2025. Disponível em: <https://rebena.emnuvens.com.br/revista/article/view/322>. Acesso em: 14 mai. 2025.

PRADO, R. T.; LEONE, D. R. R.; SOUZA, T. M.; PEREIRA, P. B. A.; LOPES, E. S.; CASTRO, E. A. B. Teoria fundamentada sobre o tornar-se cuidador de um familiar em cuidado paliativo pela atenção domiciliar. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 45, 2023. Disponível em: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-45682023000200011&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 24 ago. 2024.

PROCÓPIO, L. C. R.; SEIXAS, C. T.; AVELLAR, R. S.; SILVA, K. L.; SANTOS, M. L. M. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 592-604, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Yz6YQWK9z67wqgrssVY7LBk/?lang=pt#>. Acesso em: 23 ago. 2024.

RAJÃO, F. L.; MARTINS, M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1863-1877, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/v25n5/1413-8123-csc-25-05-1863.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2024.

REIS, B. M. R.; ROCHA, G. B.; SALGADO, M. C. S.; VIEIRA, R. G. C.; GAMA, S. O.; SANTOS, S. L. F.; ARAÚJO, S. M. S.; LIMA, M. M. M. A.; LIMA, Y. M. S.; VALENTIM, L. A. Desafios e caminhos para a equidade em saúde na atenção primária. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 8, p. e14473-e14473, 2024. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/14473>. Acesso em: 12 jun. 2025.

RIBEIRO, J. R.; POLES, K. Cuidados paliativos: prática dos médicos da estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 43, p. 62-72, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1003423>. Acesso em: 28 mai. 2024.

ROCHA, E. D. M.; ROCHA, R. A. P. L.; MACHADO, M. E.; SOUZA, A. D.; SCHUCH, F. B. Sobrecarga do cuidador de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Revista de Enfermagem da UFPE on-line**, Recife, v. 14, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1096741>. Acesso em: 01 nov. 2025.

- RODRIGUES, D. M. V.; ABRAHÃO, A. L.; LIMA, F. L. T. Do começo ao fim, caminhos que segui: itinações no cuidado paliativo oncológico. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, p. 349-361, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/S4zWRQTW9jSDKRW5NtnLXpm/>. Acesso em: 04 jun. 2025.
- RODRIGUES, J. L. R.; SILVA, S. M.; MENDONZA, I. Y. Q.; OLIVEIRA, A. M. C. Cuidados de enfermagem no manejo da dor em pacientes adultos e idosos em cuidados paliativos. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 10, p. 1-10, 2020. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/3680>. Acesso em: 02 jun. 2025.
- SANTANA, L. N.; ANDRADE, M. M.; MARTINS, S. S.; SILVA, H. V. D.; SANTOS, G. S.; NASCIMENTO, A. V.; MACIEL, L. Y. S.; COSTA, M. R. C. D. Teleconsulta e telemonitoramento fisioterapêutico nos distúrbios da articulação temporomandibular durante a pandemia da COVID 19: Um relato de experiência. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 5, p. 20971-20985, 2021. Disponível em: <https://scholar.archive.org/work/xy2rw77zpbgmrlpwkfhbcgl43a/access/wayback/https://brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/download/36952/pdf>. Acesso em: 19 set. 2024.
- SANTOS, A. F.; FERREIRA, E. A.; GUIRRO, Ú. D. **Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2020.
- SANTOS, A. P. Cuidados Paliativos: Não têm cor, gênero, idade, etnia ou raça. **Revista Tópicos**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 12, p. 1-17, 2024. Disponível em: <https://revistatopicos.com.br/artigos/cuidados-paliativos-nao-tem-cor-genero-idade-etnia-ou-raca>. Acesso em: 28 mai. 2025.
- SANTOS, D. M.; MONTEIRO, C. M. O.; DAMASCENA, C. G. A caracterização de grupos de saúde implementados pelas equipes de saúde da família e Nasf-AB em uma regional do Município de Jaboatão dos Guararapes. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 12, p. e28891211160-e28891211160, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11160>. Acesso em: 15 out. 2023.
- SANTOS, J. B.; LUQUETTI, T. M.; CASTILHO, S. R.; CALIL-ELIAS, S. Cuidado farmacêutico domiciliar na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. e300229, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300229>. Acesso em: 01 jul. 2025.
- SANTOS, J. F.; ROCHA, R. M.; COSTA, P. A. D.; SQUARCINI, C. F. R. Desafios da enfermagem no programa Melhor em Casa: relato de experiência. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 4, p. e17311427242-e17311427242, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/27242>. Acesso em: 23 ago. 2024.
- SAUNDERS, C. The evolution of palliative care. **Journal of the royal society of medicine**, v. 94, n. 9, p. 430-432, 2001.
- SAUNDERS, C. The Last Stages of Life. **The American Journal of Nursing**, v. 65, n.3, p. 70-75, mar. 1965.

SILVA, A. S. P.; VALOTTA, L. A. Metodologias ativas na Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família: revisão de escopo. **Rev. APS (Online)**, p. 658-672, 2023. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1562477>. Acesso em: 14 mai. 2026.

SILVA, C. K. A. A.; FREITAS, C. A. S. L.; GOYANNA, N. F. Caracterização dos usuários do Programa Melhor em Casa em Sobral – Ceará. **Essentia**, Sobral, v. 19, n. 2, p. 23-33, 2018. Disponível em: <https://essentia.uvanet.br/index.php/ESSENTIA/article/view/232>. Acesso em: 06 jul. 2024.

SILVA, J. G. P. **Cuidados paliativos sob a perspectiva psicológica**: abordagens e intervenções eficazes. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal de Alagoas. Maceió, p. 32. 2024. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/handle/123456789/14541>. Acesso em: 07 set. 2025.

SILVA, J. S.; SANTOS, E. A.; MOURÃO, A. R. C.; LEITE, M. L. Atuação fisioterapêutica na atenção domiciliar em pacientes sob cuidados paliativos. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 9, p. e36311931872, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31872>. Acesso em: 01 jul. 2025.

SILVA, T. C.; NIETSCHE, E. A.; COGO, S. B. Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa de literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/JbmfPk9FQjBpj9pv5HW3LrL/?lang=pt>. Acesso em: 09 out. 2023.

SILVA, T. M.; O'DWYER, G. Avaliação da cobertura de cuidados paliativos de equipe consultora em hospital do Distrito Federal, Brasil. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 34, n. 04, 2023. Disponível em: <https://revistaccs.espdf.fepecs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/1400>. Acesso em: 07 jun. 2025.

SINIMBÚ, F. **Governo avança na melhora de cuidados paliativos no SUS**. 2024. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2024-01/governo-avanca-na-melhora-de-cuidados-paliativos-no-sus#:~:text=No%20Brasil%2C%20segundo%20o%20%20C3%BAltimo,96%20na%20estrutura%20do%20SUS>. Acesso em: 20 mai. 2024.

SOBRAL. Secretaria da Saúde. **Plano Municipal de Saúde (2022-2025)**, Sobral, 2022. Disponível em: https://saude.sobral.ce.gov.br/media/com_download/files/20220808144735.pdf. Acesso em: 17 out. 2024.

SÓRIA, R. G. L; MACUCH, R. S. Aplicações da técnica do role-play proposta pelo método psicodramático. **Revista Brasileira de Psicodrama**, São Paulo, v. 32, p. e1024, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psicodrama/a/vcJCSbJMrxz6K5s4xZmNM5Q/?lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2025.

SOUSA, G. O.; RIOS, L. T.; SANTOS, L. N.; FIALHO, L. S.; QUINDERÉ, P. H. D.; TEIXEIRA, S. B. Interprofissionalidade na Atenção Primária no contexto das Vulnerabilidades Sociais: Um Relato de Experiência. **Essentia-Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA**, Sobral, v. 21, n. 2, 2020. Disponível em: <https://essentia.uvanet.br/index.php/ESSENTIA/article/view/356>. Acesso em: 18 jun. 2025.

SOUZA K. O. C.; FRACOLLI, L. A.; RIBEIRO, C. J. N.; MENEZES, A. F.; SILVA, G. M.; SANTOS, A. D. Quality of basic health care and social vulnerability: a spatial analysis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.55, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/5c4tjdLxhKvjmrLxtnkqTnt/?lang=en>. Acesso em: 12 jun. 2025.

SOUZA, V. R. S. MARZIALE, M. H. P.; SILVA, G. T. R.; NASCIMENTO, P. L. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, p. eAPE02631, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/sprbhNSRB86SB7gQsrNnH7n/>. Acesso em: 29 mai. 2024.

SPINELLI, V. M. C. D.; COSTA, G. D.; MINOSSO, J. S. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Educational needs in palliative care of Primary Health Care nurses. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, n. 3, p. e20210391-e20210391, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1357030>. Acesso em: 28 mai. 2024.

TEIXEIRA, C. P.; BRAGA, A. M.; AZEVEDO, K. S.; GUILAM, M. C. R.; AZEVEDO, D. P. G. D. Contribuições de metodologias ativas problematizadoras na formação em saúde: uma revisão integrativa. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, Maceió, v. 9, n. Especial, 2024b. Disponível em: <https://ufal.emnuvens.com.br/nuspfamed/article/view/16957>. Acesso em: 14 mai. 2026.

TEIXEIRA, J. S. S.; FARIAS, I. C.; ALVES, S. V.; QUEIROZ, A. C. M.; MIGUEIS, D. G.; SANTOS, J. M.; CASTRO, M. C. P.; EVANGELISTA, M. R. Atuação da equipe multiprofissional no cuidado ao paciente oncológico: Um relato de experiência. In: FONTES, F. L. L.; MELO, M. M. **O cenário pós-pandêmico no Brasil e no mundo: Lições aprendidas e reflexões sobre a Saúde Pública e a importância da adoção de medidas para o bem-estar social, físico e mental**. Teresina: Literacia Científica Editora & Cursos, 2022, p. 225-248.

TEIXEIRA, J. S. S.; FARIAS, I. C.; MARTINS, A. B. A. A.; ALVES, S. V. “Vivendo a vida deles”: Narrativas de cuidadores de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Mosaico: Estudos em Psicologia**, Belo Horizonte, Brasil, v. 12, n. 1, 2024a. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/mosaico/article/view/49225>. Acesso em: 08 jun. 2025.

TERRA, L. S. V.; CAMPOS, G. W. S. Alienação do trabalho médico: tensões sobre o modelo biomédico e o gerencialismo na atenção primária. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, p. e0019124, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/sQF3VTBfg4Cq9XHgdc4ns3G/>. Acesso em: 08 out. 2023.

TERRES, B. P.; DELLALIBERA, L. S.; PORTO, A. R.; SILVA, E. C.; ÀVILA, R. V. Oficina de *mindfulness*/atenção plena para profissionais da saúde: vivências de equipes da atenção domiciliar. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, Florianópolis, v. 21, n. 50, p. 101-116, 2024. Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/download/95666/58352/405590>. Acesso em: 29 mai. 2025.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez editora, 2022.

TRITANY, É. F.; SOUZA FILHO, B. A. B.; MENDONÇA, P. E. X. Fortalecer os Cuidados Paliativos durante a pandemia de Covid-19. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, n. suppl 1, p. e200397, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/KzYVJwppxwW4HFfBSgrjwWJ/>. Acesso em: 03 jun. 2025.

VALE, J. M. M.; SANTANA, M. E.; LIMA, V. L. A.; PARENTE, A. T.; SONOBE, H. M.; FERREIRA, I. P. Sobrecarga dos cuidadores familiares de adoecidos por câncer em cuidados paliativos. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 28, p. e89726, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/9bRSX7fDdBjtHKcmkNGYsNS/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 01 set. 2025.

VAN HEERDEN, E. M.; JENKINS, L. S. The role of community health workers in palliative care in a rural subdistrict in South Africa. **African Journal of Primary Health Care & Family Medicine**, v. 14, n. 1, p. 1-9, 2022.

VATTIMO, E. F. Q.; BELFIORE, E. B. R.; ZEN JÚNIOR, J. H.; SANTANA, V. S. **Cuidados Paliativos: Da clínica à Bioética**, São Paulo: CREMESP, 2023, 582p.

WANDERLEY, M. B.; MARTINELLI, M. L.; PAZ, R. D. O. Intersetorialidade nas políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, p. 7-13, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/DPfFVvJzjDFYSzB9NWWHv7z/?format=html&lang=pt&stop=previous>. Acesso em: 09 jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Palliative care**. Geneva: World Health Organization, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE (WPCA). **Global atlas of palliative care at the end of life**. England. 2017. Disponível em: <<https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>>. Acesso em: 08 out. 2023.

ZANELLO, V. **A prateleira do amor: Sobre mulheres, homens e relações**, Curitiba: Editora Appris, 2022, 144p.

ZANELLO, V. **Saúde mental, gênero e dispositivos: Cultura e processos de subjetivação**, Curitiba: Editora Appris, 2020, 301p.

ZONTA, B. M.; FERREIRA, D. C.; SBORZ, G.; SANTOS, I. M.; OLIVEIRA, J. P.; SEBOLD, L. S.; HUNTERMANN, R. Tanatologia: Uma Revisão Bibliográfica. **Revista Foco**, v. 15, n. 2, p. e379, 2022. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/379>. Acesso em: 03 jun. 2024.

ZUCCO, J. V. G.; MELO, A.L.; SANCHES JÚNIOR, R. E.; WIEGAND, B. B.; MILANI, R. G. O papel da psicologia e bioética na prática de cuidados paliativos enquanto prevenção da distanásia. **Conversas em Psicologia**, Paranavaí, v. 4, n. 2, p. 1-17, 2023. Disponível em:

<https://revista.unifatecie.edu.br/index.php/conversas/article/view/223>. Acesso em 02 jun. 2025.

APÊNDICE A – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Dados Sociodemográficos

1. Idade
2. Sexo
3. Cidade de origem
4. Cor/Raça
5. Religião
6. Estado Civil
7. Profissão
8. Há quanto tempo atua no Programa Melhor em Casa
9. Experiências laborais/acadêmicas anteriores (locais em que já trabalhou e formações acadêmicas complementares)

Perguntas

1. O que você entende por Cuidados Paliativos?
2. Qual perfil de paciente deve ser indicado para os Cuidados Paliativos?
3. Quais práticas assistenciais e posturas você acredita que o profissional do PMeC deve ter ao lidar com um paciente em Cuidados Paliativos?
4. Você percebe algum desafio no manejo dos pacientes paliativos no PMeC? Justifique.
5. Quais encaminhamentos você acredita que são necessários de serem realizados para esses pacientes? Você já chegou a encaminhar algum deles? Se sim, para qual serviço?
6. Você consegue identificar alguma estratégia potencializadora do cuidado ao paciente em cuidados paliativos e seus familiares no PMeC do município de Sobral? Justifique.
7. Você acredita que a atuação multiprofissional no PMeC traz algum benefício para o paciente em cuidados paliativos e seus familiares? Justifique.
8. Você já realizou alguma atividade/ação multiprofissional direcionada à pacientes em Cuidados Paliativos e/ou seus familiares? Se sim, como foi essa experiência?
9. Ao longo de seu processo formativo, você teve contato com disciplinas e/ou discussões que abordassem a temática dos Cuidados Paliativos?

10. Na sua experiência no PMeC, você já participou de alguma atividade formativa (educações permanentes, cursos de aperfeiçoamento, etc.) que abordasse a temática dos Cuidados Paliativos? Em caso afirmativo, especifique como essas atividades ocorreram.
11. Você considera importante a realização de alguma ação ou intervenção a respeito da temática nesse cenário? Em caso afirmativo, teria alguma sugestão de tema?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Participante,

Você é convidado (a) a participar da pesquisa intitulada EDUCAR PARA CUIDAR: INTERVENÇÕES COM PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MELHOR EM CASA ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS, que tem como finalidade realizar entrevistas narrativas com profissionais do Programa Melhor em Casa (PMeC) do município de Sobral - CE sobre sua compreensão acerca dos cuidados paliativos, a fim de realizar intervenções formativas sobre a temática. Participarão da pesquisa profissionais de nível médio e superior do Programa Melhor em Casa do município de Sobral – CE que, convidados a colaborar, concordem. A pesquisa tem como objetivo geral realizar intervenções formativas sobre Cuidados Paliativos junto aos profissionais do Programa Melhor em Casa (PMeC) do município de Sobral. A pesquisa visa fortalecer as práticas assistenciais em saúde, no que tange aos cuidados paliativos, contribuindo para a formação dos profissionais que prestam essa assistência. Deste modo, venho por meio deste solicitar sua colaboração nesta pesquisa através da participação em entrevistas narrativas realizadas de forma presencial no próprio ambiente de trabalho dos profissionais que aceitarem participar da pesquisa, em uma sala reservada, objetivando ter o mínimo de interrupções ao longo desse momento. As mesmas serão audiogravadas por intermédio de um celular, a depender do consentimento do participante, para fins de análise posterior, com garantia de sigilo e anonimização. O tempo estimado de realização de cada entrevista é de 30 minutos. Posteriormente, também serão realizados momentos de intervenção formativa sobre Cuidados Paliativos junto aos profissionais entrevistados, com duração média de 45 minutos. As possíveis complicações que o participante pode ter ao participar dessa pesquisa são a necessidade de dispor de um tempo maior para poder responder às perguntas que serão feitas no momento da entrevista, além da possibilidade de se sentir sensibilizado diante dos questionamentos, o que pode aflorar sentimentos que gerem algum tipo de sofrimento ou constrangimento que algumas pessoas sentem quando estão fornecendo informações sobre si mesmas ou sobre suas atividades laborais. No caso de algum tipo de desconforto, o participante poderá ser encaminhado até o Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral, localizado na rua Avenida Lúcia Saboia, 517 – Centro, Sobral – CE, 62010 - 830, para que o mesmo possa passar por um processo de acolhimento e escuta. Você poderá se recusar a responder qualquer pergunta que lhe cause desconforto, sem necessidade de justificativa. O roteiro da entrevista que será

utilizado na pesquisa foi construído e adaptado de modo a minimizar o risco de cansaço em decorrência do tempo de entrevista. Para garantir a privacidade dos participantes, os pesquisadores adotarão práticas rigorosas de anonimização, utilizando códigos alfanuméricos para identificar dados e protegendo informações pessoais com acesso restrito. Como forma de minimizar desconfortos ou incômodos, antes do início da pesquisa, os participantes serão claramente informados sobre os objetivos, metodologia e possíveis temas sensíveis abordados. Além disso, será garantido que o estudo seja conduzido com transparência e respeito às instituições e indivíduos envolvidos. Espera-se que o participante nos forneça dados importantes acerca de sua compreensão sobre os cuidados paliativos e, a partir dos resultados obtidos com a pesquisa, seja possível pensar em possíveis estratégias que contribuam para o processo formativo permanente e contínuo dos profissionais que atuam no PMeC do município de Sobral. Além do fato da própria pesquisa pretender realizar momentos interventivos junto a esses participantes, espera-se que tais iniciativas tenham uma continuidade. Tais medidas possibilitarão aperfeiçoar a assistência prestada, gerando benefícios em um duplo direcionamento: tanto para os usuários (paciente e familiares), que poderão ser agraciados com uma assistência de qualidade, quanto para o profissional, que verá nisso uma oportunidade de refinar seu conhecimento e suas práticas no que tange aos cuidados paliativos. Por consequência disso, o impacto gerado pela análise dessas informações também poderá ser sentido em outros níveis de complexidade em saúde, tendo em vista que a atenção domiciliar gera impactos em toda a Rede de Atenção à Saúde, proporcionando benefícios a outros espaços e dispositivos. Todas as informações sobre a sua identificação obtida neste estudo, serão mantidas em sigilo e a identidade não será revelada. Vale ressaltar que sua participação é voluntária, podendo deixar de participar a qualquer momento sem quaisquer prejuízos ou danos. Apenas os membros da pesquisa terão conhecimento das respostas e seu nome não será usado em nenhum momento. Será garantido o caráter anônimo das informações. Os resultados serão utilizados, exclusivamente, para fins acadêmicos. Os dados serão coletados e armazenados por 5 anos após o término da pesquisa e posteriormente destruídos. Portanto, a sua participação é muito importante para o alcance dos objetivos deste estudo. Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa. E nada será pago por sua participação. Se você desejar, poderá ter acesso a cópias dos relatórios produzidos contendo os resultados do estudo, por meio do telefone ou endereço da pesquisadora principal. Você poderá receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terá liberdade para não participar quando assim achar mais conveniente. Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será fornecida a você para sua referência. Para quaisquer esclarecimentos desta pesquisa, entrar em

contato com Roberlandia Evangelista Lopes Ávila, e-mail: roberlandialopes0@gmail.com, telefone para contato: (88) 9. 8032-000 e endereço: Manoel de Aguiar Ponte, 1376, 620330-70, Renato Parente. Informo-lhe que você poderá também receber informações sobre o estudo por meio do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade 05 de Julho, localizado na Rua Raimundo Carmo Arruda, 3000 – Unidade 05 – Bairro: Mucambinho – CEP: 62.108-000 – Sobral – CE, telefones para contato: (88) 99449-9436 | (88) 99346-1469 | (88) 99218-5784.

() Autorizo a gravação da minha fala.

() Não autorizo a gravação.

Sobral-CE _____/_____/_____

Assinatura do Pesquisador: _____

Assinatura do (a) Participante: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, declaro que após ter sido esclarecido (a) pelo pesquisador sobre o estudo EDUCAR PARA CUIDAR: INTERVENÇÕES COM PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MELHOR EM CASA ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Sobral-CE, ____ de _____ de ____.

Assinatura do (a) participante: _____

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DOS DIÁRIOS DE CAMPO

Título do Diário de Campo: _____

Data: ____/____/____

Observações iniciais:

- Realizar a escrita dos diários ao final de cada visita;
- Utilizar linguagem descritiva e analítica, de modo a expressar os *insights* do pesquisador contextualmente;
- Utilizar os nomes fictícios atribuídos aos participantes ao fazer referência a eles

1. Atividade desenvolvida: _____
2. Objetivo da atividade: _____
3. Descrição das atividades a partir do olhar do pesquisador, contendo:
 - a. Aspectos ambientais do local em que a atividade foi realizada;
 - b. Observações não-verbais (expressões, tom de voz, trocas entre profissionais, linguagem corporal, etc.);
 - c. Conteúdos emergentes no decorrer da atividade;
 - d. Interpretações e hipóteses do pesquisador;
 - e. Implicações para as fases subsequentes da pesquisa, tais como as principais demandas no decorrer das entrevistas;
 - f. Reflexividade do pesquisador (estado emocional do pesquisador, possíveis vieses, etc.);
 - g. Registros sobre procedimentos práticos (problemas com a gravação do áudio, tempo insuficiente, adesão dos participantes às atividades propostas, etc.);
 - h. Avaliação do pesquisador acerca das atividades desenvolvidas em cada visita.

APÊNDICE D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO USO DE IMAGEM

Eu, _____,
 nacionalidade _____, estado civil _____, portador da Cédula de
 identidade RG nº. _____, inscrito no CPF sob nº
 _____, residente à
 _____, nº. _____, município de
 _____/Ceará, AUTORIZO o uso de minha imagem registrada
 por meio de fotografias, para ser utilizada como registro dos momentos formativos realizados
 como parte componente da **pesquisa** intitulada “**Educar para Cuidar: Intervenções com
 Profissionais do Programa Melhor em Casa acerca dos Cuidados Paliativos**”. A presente
 autorização é concedida a título gratuito. Fica ainda **autorizada**, de livre e espontânea vontade,
 para os mesmos fins, a cessão de direitos da veiculação das imagens, não recebendo para tanto
 qualquer tipo de remuneração. Por esta ser a expressão da minha vontade, declaro que autorizo
 o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha
 imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 vias de igual teor e forma.

Sobral, ____ de _____ de 2025.

 (Assinatura)

Nome:

Telefone p/ contato:

APÊNDICE E - DIÁRIOS DE CAMPO REFERENTES À FASE EXPLORATÓRIA

Diário de campo 1 - Da casa aos casos

02/07/2025

Atividade desenvolvida: Fase Exploratória – Introdução ao Programa Melhor em Casa

Objetivo: Conhecer a sede do PMeC, atividades organizativas, *modus operandi* e aspectos característicos do programa

O primeiro contato, de modo presencial, com a estrutura do Programa Melhor em Casa do município de Sobral ocorreu na tarde do dia 02 de julho de 2025, a partir de uma visita previamente agendada junto à gerente do serviço. O prédio da Secretaria Municipal de Saúde, que abriga a sede do PMeC, localizado em um bairro central da cidade, parece estrategicamente endereçado, enquanto centro gestor dos serviços que funcionam por todos os cantos sobralenses. A Atenção Domiciliar, que busca justamente a proximidade com o lar dos sujeitos atendidos, tem como casa o órgão governamental que planeja e coordena ações em prol da população, encontrando abrigo no segundo andar do referido prédio, na sala 205.

No subir das escadas que levam à sala retangular na qual se apoiam os profissionais vinculados à equipe, a noção de casa parece encontrar um outro sentido. A casa, na qual se pressupõe que os pacientes irão se sentir melhores, ultrapassa a noção arquitetônica e ganha ares de afeto, de vínculo, de cuidado, de choro, de saúde, de doença e – por que não a incluir – de morte. Um espaço abstrato que encontra significados para além das paredes (necessárias para mantê-la de pé), cujas estruturas se sustentam, sobretudo, com a manutenção da vida com qualidade daqueles que nela habitam. E foi partindo desses pressupostos que a porta da sala do PMeC foi aberta para a minha passagem.

Entrando lá, percebi que a organização do local lembra um pouco os cenários de escritórios administrativos que despertam em boa parte das pessoas o sentimento de enfado, anedonia, repetição. Essa impressão logo se esvai quando se estabelece os primeiros diálogos com os responsáveis pelo sopro vital do programa: a equipe.

Fui recebido pela gerente do serviço que me apresentou a cada um dos profissionais que lá se encontravam naquela tarde. O café sempre posto, o nome dos pacientes e as fotos dos profissionais constroem um cenário que parece representar bem a essência do PMeC: pessoas engajadas com a promoção de um cuidado digno, responsável, humanizado e atento ao outro, seja ele paciente, cuidador ou familiar. Os quatro concretos que delimitam o espaço físico não são suficientes para ater o alcance do programa que, a partir das explicações iniciais da gerente

acerca do funcionamento e operacionalização, começa a ser calcado em uma perspectiva baseada na infinitude de possibilidades a serem desbravadas no contexto da atenção domiciliar.

Nessa primeira visita, o objetivo era conhecer os detalhes mais operacionais que constituem o serviço, suas potencialidades e dificuldades diante da assistência sempre urgente aos usuários atendidos. Usuários estes que não se encaixam, em unanimidade, no perfil paliativo, apesar destes serem maioria dentre o público atendido pelo PMeC. A fortaleza que se apoia na equipe multiprofissional, na discussão sempre presente dos casos clínicos atendidos, na relação amistosa estabelecida entre os componentes do Programa transcende a sede e adentra nos domicílios abrangidos pelo projeto. A fragilidade que se explicita na necessidade de mais recursos humanos e categorias diversas na composição do serviço, assim como na urgência de insumos cada vez mais específicos é transmutada em anseio pela realização de atendimentos que busquem dar conta daquilo que aparece como prioritário nos planos de cuidado singularizados.

Com as introduções feitas, era hora de agendar os próximos encontros, nos quais as entrevistas seriam realizadas, de modo a gerar substrato para as análises posteriores e para o planejamento e execução das ações formativas. Na casa em que os casos ganham destaque, a postura compassiva e o olhar dedicado e analítico são elevados a requisitos essenciais nas funções laborais. E o melhor, que é estar em casa, passa a se tornar uma realidade.

Diário de campo 2 – Os seis acordes da canção inicial

09/07/2025

Atividade desenvolvida: Fase Exploratória – Realização das entrevistas

Objetivo: Realizar entrevistas com os profissionais do PMeC, como forma de subsidiar as intervenções formativas da fase de ação

A segunda visita ao PMeC, mais uma vez agendada de forma prévia com a gerente do serviço, ocorreu na tarde do dia 09 de julho de 2025. Para o leitor mais atento, deve-se ter percebido que se passou uma semana desde o primeiro encontro, período esse que não foi por acaso. Conforme apontado por Ilítia (a gerente do serviço, que recebeu esse nome fictício na caracterização dos participantes), as quartas-feiras eram os melhores dias para encontrar a equipe reunida, sendo assim um fator positivo para que as entrevistas pudessem ser realizadas. Além disso, era nesse dia que se encontrava a maior disponibilidade dos profissionais em estabelecer paradas no cotidiano laboral, para que pudessem respirar, preparar as cordas vocais e entoarem os acordes que eu precisava para compor a fase exploratória.

Organizado o espaço que me foi concedido para conversar com os profissionais (duas cadeiras postas em um canto mais reservado do espaço e uma mesa de apoio), solicitei que Ilítia fosse me apontando aqueles que estavam disponíveis para a captação. Nesse dia, seis profissionais puderam ser captados. O primeiro deles, o fisioterapeuta Hermes, foi o escolhido justamente por precisar se ausentar da sede e fazer uma visita ainda naquela tarde. Essa observação é importante de ser destacada, pois expressa que mesmo o dia de quarta-feira tendo sido taticamente apontado como o ideal para essas primeiras intervenções, a assistência, aqui soberana, continua em seu movimento de convocação. Não coincidentemente, essas idas ao programa ocorriam logo no início do período vespertino, entre as 13 e 14 horas. Solícito, Hermes, tal como o grego olímpiano considerado o deus das estradas e viagens (dentre outros atributos), deu partida e iniciou o caminho percorrido ao longo das entrevistas semiestruturadas.

Vale uma astuta ressalva nesse ponto em específico. Os diários aqui redigidos não buscaram expor os detalhes do que foi dito nas entrevistas, até porque os trechos embebidos de maior relevância já estão devidamente discutidos nos resultados do estudo. Portanto, as falas, os significados e as intenções não serão uma pauta por cá.

Seguiram-se as entrevistas com a enfermeira Aisha, nome que na cultura muçulmana refere-se à esposa preferida do profeta Maomé, que se destacava por sua inteligência. Não diferentemente, a Aisha brasileira e sobralense criou uma composição profunda e sagaz acerca dos cuidados paliativos. Ela que já chegou a ocupar o cargo de gerente em momentos anteriores do programa, trouxe contribuições valiosas em sua fala.

Na sequência, a técnica de enfermagem Alma abordou aspectos inerentes à sua vivência enquanto profissional do serviço, propondo reflexões que ultrapassavam a dimensão material e adentrando no domínio anímico, enfatizando a importância da humanização e do respeito aos usuários.

A segunda técnica de enfermagem a ser entrevistada no dia, Cibeles, deu continuidade aos acordos já emitidos pelos profissionais anteriores. Tal como sua homônima, a deusa da fertilidade cultuada na Frígia, a participante gestou em si o desejo por momentos formativos e por recursos humanos na composição da equipe do programa, sendo estes pontos em comuns com a fala de outros entrevistados.

A quinta participante a ser abordada aqui foi a nutricionista Eva, que manteve o respirar harmônico da melodia até então construída. Assim como a primeira mulher das escrituras bíblicas, ela também inaugurou certos discursos que não necessariamente condizem com os princípios paliativos. Apesar disso, ao elaborar sobre experiências pessoais (que não

cabem detalhamento nesse estudo), Eva demonstrou um olhar sensibilizado, nutrindo assim o sentimento de compaixão perante o trabalho diário.

Terminadas as entrevistas previamente citadas, Ilítia surge com a dúvida se também entraria no perfil de profissionais captados, pelo fato de estar na gestão e não diretamente na assistência (mesmo tendo formação na área da saúde, a medicina). Ao receber uma resposta afirmativa, a gerente demonstrou sua segurança e prévio conhecimento sobre o tema, sobretudo por ter sido monitora da disciplina de cuidados paliativos durante a graduação. Ao traçar um paralelo com seu “suposto nome”, a divindade grega Ilítia é comumente associada ao parto, à gestação e à maternidade, vocábulos que evocam o início da vida. A médica Ilítia, coincidentemente, também trabalha com a vida, mas não com seu início. Com o seu fim (ou a proximidade dele). Dois extremos que estabelecem uma relação de dialética e de mutualismo: não existe um fim de vida sem um prévio início desta.

Por falar em fim, foi assim que se findou a primeira série de entrevistas com os participantes do programa. Antes da despedida, a gerente, solicitamente, emitiu uma lista com o nome de todos os profissionais, suas categorias e o tempo de atuação no PMeC, de modo a facilitar a identificação daqueles que estão dentro do perfil de elegibilidade da pesquisa. Com os áudios devidamente armazenados e as costuras discursivas inicialmente ponteadas, os seis acordes dessa canção inicial parecem prontos para construir uma harmônica melodia.

Diário de campo 3 – Quatro pontos cardeais

16/07/2025

Atividade desenvolvida: Fase Exploratória – Realização das entrevistas

Objetivo: Realizar entrevistas com os profissionais do PMeC, como forma de subsidiar as intervenções formativas da fase de ação

Na bússola que guia o campo e que constroem esses diários, o dia 16 de julho de 2025 anunciava que era hora da terceira visita ao programa. As tardes de quarta-feira já parecem ter destino certo na rotina deste mestrando que, aproveitando as férias acadêmicas (mas não laborais), tem a disponibilidade de seguir com a coleta de informações especificamente nesse turno.

A chegada à sede é sempre um mistério, por não saber exatamente quantos e quem serão os entrevistados da vez. A única certeza é que, independentemente de seus discursos, suas vocalizações serão fundamentais na construção dos destinos que se espera traçar no percurso metodológico escolhido.

Chegado o momento da primeira entrevista do dia, o enfermeiro Omar se dispôs a dar início a esses momentos. Com sua experiência profissional em outros setores da saúde, conseguiu traçar conexões entre a assistência paliativa e a atenção domiciliar, trazendo uma visão contextualizada. Apesar deste Omar não possuir o poder aquisitivo do segundo califa muçulmano de mesmo nome, ele conseguiu demonstrar domínio sobre o que faz e o que ainda pretende fazer, dando maior norte às tessituras até então traçadas.

Com mais uma técnica de enfermagem para a conta, era a hora de Luz iluminar a arena. Diferente do participante imediatamente anterior, seu discurso parece apontar para um outro caminho, direcionando suas considerações a aspectos afetivos e subjetivos do cuidado. Ela dá à luz a uma interpretação dos cuidados paliativos como uma prática de dulçor e leniência, sempre aliada, obviamente, ao conhecimento necessário para evitar iatrogenias. Se a técnica de Omar aponta para o norte, a brandura de Luz rumo para o sul. Antíteses que se complementam no centro de um mesmo giroscópio da bússola chamada saúde.

A terceira captada do dia foi fisioterapeuta Rayane que, segura daquilo que expressava, alcançou dimensões do cuidado domiciliar que nem sempre são explícitas, falando de um trabalho invisível, anterior e posterior às visitas domiciliares, tais como o planejamento de planos de cuidado e as discussões de caso.

Na sequência, seria a vez de mais uma fisioterapeuta ser entrevistada. Entretanto, esta se encontrava fora da sede, em uma visita domiciliar. Apesar disso, mesmo após o seu retorno, a profissional optou por não participar da pesquisa, sendo assim respeitado o seu desejo.

Quase findando o turno, optei por esperar até o horário próximo das 17 horas, na esperança de conseguir abordar um dos médicos do programa. Essa categoria acaba por passar um bom tempo fora da sede, em virtude do expressivo número de pacientes a serem atendidos. Em seu retorno, consegui realizar a entrevista com Sol, que apresentou detalhes de seu trabalho assistencial, pontuou necessidades do serviço e, assim como o astro-rei, iluminou os caminhos que a pesquisa vinha tomando.

Terminada a tarde, ficou como marca do dia a capacidade do PMeC em apontar para diversas direções a partir de um mesmo centro assistencial. Ao funcionar como uma bússola que guia a assistência em saúde a nível domiciliar, o programa apresenta possibilidades que norteiam a travessia ao longo do processo de recuperação, ao mesmo tempo que também busca amparar as necessidades dos cuidadores, perfazendo-se assim como um recurso essencial na teia social do município.

Diário de campo 4 – A manhã**23/07/2025****Atividade desenvolvida: Fase Exploratória – Realização das entrevistas****Objetivo: Realizar entrevistas com os profissionais do PMeC, como forma de subsidiar as intervenções formativas da fase de ação**

Com mais da metade dos profissionais já entrevistados, a fase exploratória parece se encaminhar para um possível desfecho. Especificamente no dia 23 de julho, mais uma quarta-feira, duas visitas à sede do PMeC foram realizadas, na tentativa de conseguir contato com alguns profissionais que não estariam no programa no turno vespertino. Logo cedo, por volta das 07 horas da manhã, cheguei ao prédio, no qual a equipe já se organizava operacionalmente para mais um dia de trabalho.

A princípio, Samira deu início às entrevistas matutinas. Ela que já havia atuado em anos anteriores como enfermeira do serviço, finalizou sua segunda graduação, estando agora no PMeC apenas na função de fonoaudióloga. Enfrentados os percalços iniciais oriundos de um problema para iniciar a gravação, a profissional conseguiu expor sua percepção, de modo que esta pudesse ser plenamente captada pelo aparelho de celular. Em decorrência do fato de já ter ocupado duas posições diferentes no programa, Samira conseguiu desenvolver considerações que cerceiam particularidades do mesmo, a partir de óticas diversas, mas que se complementam.

Logo após, a assistente social Vita foi entrevistada, após ter permanecido, gentilmente, na sede do programa, mesmo com todos os profissionais já tendo se ausentado para a realização das visitas. Com sua ótica social dos fenômenos que envolvem o adoecimento, a proximidade da finitude e as iniquidades em saúde que assolam o público do serviço (sendo estes oriundos de classes economicamente desfavorecidas), Vita tece seu discurso como uma forma de gerar vida com qualidade para os usuários atendidos, ao dar destaque para determinantes sociais em saúde, enfatizando também a importância do apoio psicossocial aos familiares.

Do mesmo modo que ocorreu na semana passada (explicitado no diário de campo 4), permaneci durante todo o turno na sede, na tentativa de entrevistar o segundo médico que compõe o PMeC. Thales chegou por volta das 11 horas da manhã, já cansado pelo turno de atendimentos previamente realizados. Apesar disso, aceitou contribuir com a pesquisa, trazendo dimensões voltadas ao manejo técnico-assistencial e à dificuldade que alguns cuidadores encontram em serem suporte para seus respectivos pacientes.

A manhã se encerra com o trio de entrevistados descrito, com a esperança de obter mais uma participante no turno da tarde. Conforme acordado com a gerente, meu retorno ao programa seria no mesmo dia, às 14 horas, para uma única entrevista. As primeiras 12 horas do dia 23 parecem trazer consigo um misto de cansaço, mas também de realização, com pitadas de trabalho (quase) cumprido.

Diário de campo 5 – A tarde

23/07/2025

Atividade desenvolvida: Fase Exploratória – Realização das entrevistas

Objetivo: Realizar entrevistas com os profissionais do PMeC, como forma de subsidiar as intervenções formativas da fase de ação

O planejamento se cumpriu e lá estava eu, na tarde daquele mesmo dia. A décima quarta profissional entrevistada era Viviane, agente administrativa do serviço. Apesar de não estar diretamente na via assistencial, Viviane participa do planejamento de ações coletivas da equipe, resolve questões burocráticas, além de se fazer presente no cotidiano do PMeC.

Com um discurso profundamente afetivo, a profissional lançou luz, sobretudo, sobre as dificuldades vivenciadas por cuidadores e familiares no percurso do cuidado, sublinhando o vínculo criado entre profissionais e usuários, o que se demonstra um dos principais recursos utilizados pelo Melhor em Casa.

Com uma permanência mais rápida, a visita vespertina trouxe, dentre outras reflexões, a relevância na distribuição de papéis em uma equipe como a trabalhada nesse estudo. A resolução de pendências que parecem ficar a nível de bastidores, muitas vezes, prepara o terreno para que ações que beneficiam diretamente pacientes e cuidadores possam ocorrer. Desse modo, para além de uma equipe multiprofissional, parece haver a construção de uma equipe multifuncional, na qual as competências são cumpridas e as responsabilidades compartilhadas entre si.

Diário de campo 6 – O fim (e o início)

06/08/2025

Atividade desenvolvida: Fase Exploratória – Realização das entrevistas

Objetivo: Realizar entrevistas com os profissionais do PMeC, como forma de subsidiar as intervenções formativas da fase de ação

Dos 16 profissionais que estavam dentro dos critérios de inclusão do estudo, 14 já haviam sido entrevistados. Com a recusa de uma das fisioterapeutas, conforme descrito anteriormente, faltava apenas um membro da equipe do PMeC ser abordado, tratando-se da técnica de enfermagem Zoé. Como esta se encontrava de férias durante o mês de julho, sua abordagem precisou ser retardada em algumas semanas, ocorrendo no dia 06 de agosto, no período da tarde.

Zoé expõe, ainda que timidamente, a importância do programa para as famílias atendidas, destacando as facilidades que tais usuários encontram ao se depararem com diversas “especialidades” em um mesmo “local”, o Melhor em Casa. Como técnica de enfermagem a menos tempo na equipe, Zoé ainda se considera inexperiente, mesmo que já traga uma visão bastante aprofundada sobre o trabalho exercido na equipe.

Encerrada a entrevista, chegava ao fim a primeira etapa da pesquisa, ao mesmo tempo que, paralelamente, o início do planejamento também já dava partida. Ao explorar o campo de pesquisa, foi possível entender meandros que circulam as forças e fragilidades que envolvem o programa. Com esse conhecimento devidamente assimilado e com as informações obtidas analisadas, as intervenções formativas começam a ganhar formas, contornos e preenchimentos.

APÊNDICE F – FOLDER UTILIZADO NO ENCONTRO 1: “FUNDAMENTOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS”

Objetivo Principal:

Promover a qualidade de vida do paciente e de seus familiares através da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce de situações possíveis de serem tratadas, da avaliação cuidadosa e minuciosa e do tratamento da dor e de outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. A atuação multiprofissional é fundamental para que esse objetivo possa ser concretizado.

Cuidados Paliativos e Cuidados Curativos:

Característica	Cuidado Curativo	Cuidado Paliativo
Objetivo	Cura ou controle da doença	Alívio do sofrimento e qualidade de vida
Foco	Doença	Integralidade do paciente
Quando é utilizado	Prognóstico favorável e cura provável	Qualquer fase de uma doença grave ou crônica
Exemplo	Cirurgia para remover um tumor	Radioterapia para alívio da dor

OBS: Apesar dessas diferenciações, cuidados paliativos e curativos não são excludentes, podendo ser aplicados de forma concomitante.



(INCA, 2023)

Perfil de elegibilidade:

Pessoas com doenças graves, progressivas e que ameaçam a vida, em qualquer idade, não se limitando apenas à fase final. Abrange condições em que o tratamento curativo pode falhar (como câncer avançado), doenças que exigem cuidados integrados para prolongar a vida com qualidade (como fibrose cística ou HIV) ou até doenças crônicas cujo único tratamento disponível é o paliativo.

Cuidados Paliativos no domicílio:

Nas últimas décadas, o domicílio tem sido considerado um local adequado e benéfico para os cuidados paliativos, o que torna a assistência domiciliar foco de diversos países, compondo inclusive, programações prioritárias da OMS. Sua indicação é pautada para o preenchimento das necessidades das pessoas que possuem doenças crônicas, sustentando-se também em valores familiares e afetivos e em uma melhor qualidade de vida do paciente.

(Martins et al., 2022)

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Cuidados Paliativos. 2 ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês, 2023. 424p.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Cuidados Paliativos. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/cuidados-paliativos>.

MARTINS, M. R.; OLIVEIRA, J. S.; SILVA, A. E.; SILVA, R. S.; CONSTÂNCIO, T. O. S.; VIEIRA, S. N. S. Assistance to patients eligible for palliative care: the view of professionals from an Intensive Care Unit. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.56, 2022.

SAUNDERS, C. The evolution of palliative care. Journal of the royal society of medicine, v. 94, n. 9, p. 430-432, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Palliative care. Geneva: World Health Organization, 2020.



Universidade Federal do Ceará
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família
Núcleo de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental (NUPESM)

Fundamentos dos Cuidados Paliativos

“Educar para Cuidar: Intervenções com Profissionais do Programa Melhor em Casa acerca dos Cuidados Paliativos”

Discente: Jorge Samuel de Sousa Teixeira
Orientadora: Roberlandia Evangelista Lopes Ávila

O início...

Os cuidados paliativos nascem no sentido de pensar o cuidado em uma postura menos curativista, cujo foco passa a ser a pessoa cuidada e não a doença que lhe acomete.



A história dos cuidados paliativos se confunde com a do termo hospice. Em 1947, Cicely Saunders conheceu e acompanhou até a morte um paciente de 40 anos chamado David Tasma, que recebeu uma colostomia paliativa devido a um carcinoma retal inoperável. David lhe deixou uma herança, ao afirmar: Eu serei uma janela na sua Casa. Segundo Saunders, este foi o ponto de partida para o compromisso com uma nova forma de cuidar.



Essa nova forma do cuidado foi introduzida nas décadas de 1950 e 1960, por Saunders, inglesa com formação humanista, enfermeira, médica e assistente social. Assim, a precursora desse novo processo destacou-se no desenvolvimento desses cuidados e difundiu a medicina paliativa na Inglaterra, no Canadá, EUA e na Austrália.

(Saunders, 2001)

Definição:



Cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças potencialmente fatais.

Dados epidemiológicos

A cada ano, estima-se que 56,8 milhões de pessoas, incluindo 25,7 milhões no último ano de vida, precisam de cuidados paliativos.

No mundo todo, apenas cerca de 14% das pessoas que precisam de cuidados paliativos os recebem atualmente.

No Brasil, estima-se que cerca de 625 mil pessoas precisam de cuidados paliativos.

O Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde, com uma expectativa de que 1,3 mil equipes sejam implantadas em todo o território nacional.

Políticas, programas, recursos e treinamento nacionais adequados sobre cuidados paliativos entre profissionais de saúde são urgentemente necessários para melhorar o acesso.

(WHO, 2020)

Princípios Norteadores:

- Prevenção, identificação precoce, avaliação e gerenciamento de problemas físicos, psicológicos, espirituais e sociais;
- Fornecimento de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais plenamente possível até a morte;
- Abordagem aplicável durante todo o curso da doença;
- Terapias modificadoras de doenças são fornecidas em conjunto sempre que necessário;
- Podem influenciar positivamente o curso da doença;
- Não se pretende apressar nem adiar a morte;
- Há o fornecimento de apoio ao paciente em seu próprio luto, bem como apoio à sua família e cuidadores;
- Valores e crenças culturais do paciente e da família são respeitados;
- Abordagem aplicável em todos os estabelecimentos e níveis de saúde;
- A oferta de cuidados paliativos especializados com uma equipe multiprofissional para encaminhamento de casos complexos é fundamental.

(Brasil, 2023)



APÊNDICE G – FOLDER UTILIZADO NO ENCONTRO 2: “O CUIDADO DIRECIONADO A FAMILIARES E CUIDADORES DE PACIENTES PALIATIVOS”

O CUIDADO NO DOMICÍLIO

Os cuidadores, no domicílio, administram grande variedade de responsabilidades em sua vida e na vida de quem cuida. Eles exercem atividades que parecem vitais para a continuidade da sobrevivência dos pacientes em finitude, rastreando e controlando sinais e sintomas que surgem, administrando medicamentos, organizando as consultas e agendamentos com demais profissionais de saúde; prestam apoio emocional e espiritual, além de realizar as atividades domésticas e financiar gastos.

(Marques Neto *et al.*, 2020)

RECURSOS DE ENFRENTAMENTO

É importante ressaltar que cada cuidador terá suas próprias particularidades e seus próprios recursos de enfrentamento.



Essas características precisam ser respeitadas pela equipe de saúde, ao mesmo tempo que é possível orientar esses sujeitos quando há uma dificuldade no entendimento de algum aspecto envolvendo o cuidado.

(Lisboa *et al.*, 2021)

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Cuidados Paliativos. 2 ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês, 2023, 424p.
- CARVALHO, R. T.; ROCHA, J. A.; FRANCK, E. M.; CRISPIM, D. H.; JALES, S. M. C. P.; SOUZA, M. R. B. Manual da Residência de Cuidados Paliativos: Abordagem Multidisciplinar. 2 ed. Santana de Parnaíba: Manole Editora, 2022, 785p.
- LISBOA, M. G. L.; DINIZ, C. X.; RIBEIRO, M. N. S.; SANTO, F. H. E.; SICSÚ, A. N. Tecnologias educacionais para pacientes e familiares em Cuidados Paliativos: uma revisão integrativa. Research, Society and Development, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 8, p. e26210817175-e26210817175, 2021.
- MARQUES NETO, A. C.; VALE, J. M. M.; SANTOS, L. M. S.; SANTANA, M. E. O enfrentamento dos familiares cuidadores de adoecidos em cuidados paliativos oncológicos domiciliares diante dos estressores do cuidado. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 12, n. 2, p. e2525-e2525, 2020.
- VALE, J. M. M.; SANTANA, M. E.; LIMA, V. L. A.; PARENTE, A. T.; SONOBE, H. M.; FERREIRA, I. P. Sobrecarga dos cuidadores familiares de adoecidos por câncer em cuidados paliativos. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 28, p. e89726, 2023.

Universidade Federal do Ceará
Programa de Pós-Graduação em
Saúde da Família
Núcleo de Pesquisa e Extensão
em Saúde Mental (NUPESM)



O CUIDADO DIRECIONADO A FAMILIARES E CUIDADORES DE PACIENTES PALIATIVOS

“Educar para Cuidar:
Intervenções com Profissionais
do Programa Melhor em Casa
acerca dos Cuidados Paliativos”

Discente: Jorge Samuel de Sousa Teixeira
Orientadora: Roberlandia Evangelista Lopes Ávila

O CUIDADOR

- O cuidador do paciente em Cuidados Paliativos necessita manter seu autocuidado para que o ato de se cuidar favoreça a si e ao paciente;
- A sobrecarga de atividades, de decisões e da definição do caminho terapêutico para o adoecido resulta na sobrecarga física e mental do cuidador, sem que este perceba ou valorize as suas próprias necessidades.

A sobrecarga é conceituada como o limite do estado físico e psicológico de um indivíduo, diante de extremo estresse constante, sob o qual este não consegue desenvolver soluções viáveis e eficazes para o enfrentamento de sua condição.



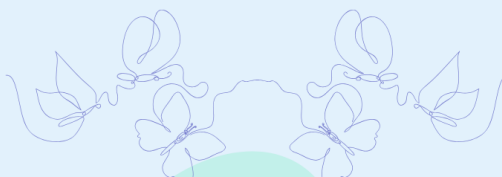
(Vale et al., 2023)

A FAMÍLIA

Não é incomum que a família esteja fragilizada, cansada e insegura ao longo do processo de adoecimento do ente querido, sobretudo em momentos de internação, desospitalização e/ou manutenção do cuidado em domicílio.



O cuidador principal pode ser caracterizado como o familiar, companheiro ou amigo que tenha relação significativa com o paciente e que lhe forneça assistência física, social e/ou psicológica na maior parte do tempo.



(Brasil, 2023)



O CUIDADOR PRINCIPAL ACABA POR ASSEGURAR AS DEMANDAS DO CUIDADO, AINDA QUE DE FORMA INTUITIVA, COM POUCA OU NENHUMA EXPERIÊNCIA E MUITA SOBRECARGA, O QUE PODE ACARRETRAR EM DANOS NAS DIVERSAS ESFERAS DE SUA VIDA.

O SUPORTE À FAMÍLIA É UM DOS PILARES DOS CUIDADOS PALIATIVOS PORQUE NA MEDIDA EM QUE A DOENÇA AVANÇA E A MORTE SE APROXIMA, A ANGÚSTIA E O SOFRIMENTO DA FAMÍLIA AUMENTAM E ESTES SE SENTEM MAIS INSEGUROS E TEMEROSOS QUANTO AO QUE PODE OCORRER.



EM CUIDADOS PALIATIVOS, O CUIDADOR E A FAMÍLIA TAMBÉM DEVEM SER CONSIDERADOS PACIENTES PRIMÁRIOS!

(Carvalho et al., 2022)

APÊNDICE H – FOLDER UTILIZADO NO ENCONTRO 3: “ASPECTOS PSICOSSOCIAIS EM TORNO DOS CUIDADOS PALIATIVOS”

PROTOCOLO SPIKES

Composto por seis etapas que padronizam comportamentos para tornar uma notícia menos perturbadora, o protocolo SPIKES facilita a interlocução entre as partes envolvidas, bem como proporciona recursos confortadores para o diálogo.

- **Setting up** - o preparo do profissional e do espaço físico
- **Perception** - a análise da compreensão do paciente e família
- **Invitation** - a busca pelo desejo em saber acerca de sua doença
- **Knowledge** - a transmissão da notícia em seu sentido próprio ou direto
- **Emotions** - resposta a reações emocionais emitidas pelo paciente e família
- **Strategy and Summary** - apresentação de possíveis planos terapêuticos

(Gesser, Santos; Gambetta, 2021)

O LUTO

Durante o curso de uma doença ameaçadora da vida, muitas perdas são vivenciadas, tanto pelos próprios pacientes quanto por seus familiares. A resposta normal a essas perdas é o luto.

Essa vivência não ocorre apenas com o óbito, mas sim com todas as perdas ocorridas dentro do continuum representado pelo curso da doença.

(Vattimo et al., 2023)

REFERÊNCIAS

- FRANCO, I. S. M. F.; BATISTA, J. B. V.; FREIRE, M. L.; EVANGELISTA, C. B.; SANTOS, M. S. L.; LOPES, M. E. L. Morte e Luto em Cuidados Paliativos: Vivência de Profissionais de Saúde. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 703-709, 2020.
- GESSER, A. M.; SANTOS, M. S.; GAMBETTA, M. V. Spikes: um protocolo para a comunicação de más notícias. *Brazilian Journal of Development*, São José dos Pinhais, v. 7, n. 11, p. 103334-103345, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/39204>. Acesso em: 01 jun. 2025.
- KOVÁCS, M. J. Educação para a morte: Temas e Reflexões. Belo Horizonte: Casa do Psicólogo, 2012, 224p.
- VATTIMO, E. F. Q.; BELFIORE, E. B. R.; ZEN JÚNIOR, J. H.; SANTANA, V. S. Cuidados Paliativos: Da clínica à Bioética, São Paulo: CREMESP, 2023, 582p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
DA FAMÍLIA
NÚCLEO DE PESQUISA E EXTENSÃO EM
SAÚDE MENTAL (NUPEM)

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS EM TORNO DOS CUIDADOS PALIATIVOS



**“EDUCAR PARA CUIDAR:
INTERVENÇÕES COM PROFISSIONAIS
DO PROGRAMA MELHOR EM CASA
ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS”**

Discente: Jorge Samuel de Sousa Teixeira
Orientadora: Roberlandia Evangelista Lopes Ávila

CUIDADOS PALIATIVOS E LUTO

- Ao lidar com pacientes em cuidados paliativos, a proximidade com a finitude pode se tornar um elemento importante no cuidado à dimensão psicossocial de pacientes, cuidadores e profissionais.

- A morte faz parte do desenvolvimento humano desde a mais tenra idade e acompanha o ser humano no seu ciclo vital, deixando suas marcas.

- Da mesma forma que nos preparamos para a vida social, deveríamos também nos preparar para o fim de nossa existência.



A MORTE E A SAÚDE

Estudos afirmam que os profissionais da saúde, em geral, não se sentem preparados para lidar com situações de doenças que ameacem a vida de um paciente.

Uma das razões para isso é o fato de doenças avançadas serem consideradas situações temidas, por estarem atreladas ao sofrimento físico e moral, à mutilação e à morte.

Outras razões para esse despreparo são a carência de disciplinas durante a formação dos profissionais da saúde que abordem a morte no contexto dos cuidados paliativos, e a ausência de educações permanentes no trabalho.



DE QUE FORMA PODEMOS ACOLHER O SOFRIMENTO DE PACIENTES E CUIDADORES?

(Kovács, 2012)

(Franco et al., 2020)

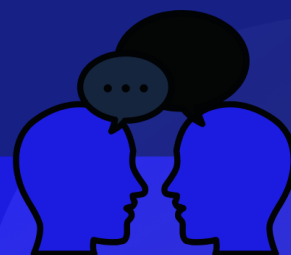


A COMUNICAÇÃO É UMA DAS PRINCIPAIS FERRAMENTAS PARA SE FAZER PRESENTE EM MOMENTOS DE CRISE, BEM COMO DEMONSTRAR UMA POSTURA COMPASSIVA NO TRATAMENTO DE PACIENTES E CUIDADORES.

Existem diversos direcionamentos e protocolos voltados ao estabelecimento de um processo comunicativo responsável no campo da saúde.

Um dos principais e mais utilizados mundialmente é o

Protocolo SPIKES.



(Gesser; Santos; Gambetta, 2021)

APÊNDICE I – FOLDER UTILIZADO NO ENCONTRO 4: “ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS”



O TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO DOMICILIAR

O desenvolvimento de um trabalho integrado, realizado por categorias diversas da área da saúde, constitui-se com um vetor essencial na consolidação de um cuidado integrado e centrado no sujeito. Equipamentos de atenção domiciliar compostos por múltiplas profissões podem abranger dimensões diferentes do sofrimento humano, aproximando-se assim da dor total e abrindo demandas profundas que transcendem a vida cotidiana.

(Melo; Araújo; Oliveira, 2024)





CONTRIBUIÇÕES DO MELHOR EM CASA

A implementação do Melhor em Casa age como um reforçador da necessidade de uma atuação interprofissional. Por meio da Portaria nº 963/2013, foram estabelecidas diretrizes específicas para o atendimento domiciliar, reconhecendo a importância da complementaridade entre equipes municipais e multiprofissionais da atenção primária.

Uma das diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde aborda a necessidade de se adotar um modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares na Atenção Domiciliar, garantindo assim a continuidade do cuidado.

(Brasil, 2013b)

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a, 16p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos – PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. [Internet]. Brasília, 2024b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. [Internet]. Brasília, 2013b.

MELO, M. T.; ARAÚJO, M. E. O.; OLIVEIRA, C. A. L. T. M. Tratamento farmacológico e terapêutico da dor total em pacientes com câncer de mama metastático: revisão narrativa sobre a importância da intervenção interdisciplinar. BrJP, São Paulo, v. 7, p. e20240058, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Integrating Palliative Care and Symptom Relief into Health Care Systems. Geneva: World Health Organization, 2018.



Universidade Federal do Ceará
Programa de Pós-Graduação em
Saúde da Família
Núcleo de Pesquisa e Extensão em
Saúde Mental (NUPEM)

ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS

"Educar para Cuidar: Intervenções com Profissionais do Programa Melhor em Casa acerca dos Cuidados Paliativos"

Discente: Jorge Samuel de Sousa Teixeira
Orientadora: Roberlandia Evangelista Lopes Ávila



O QUE DIZ A OMS?

Os Cuidados Paliativos devem ser ofertados por uma equipe multiprofissional de saúde.

O trabalho em equipe figura entre os fundamentos para a atuação na abordagem paliativa.

As equipes podem envolver médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, dentre outras categorias profissionais.

Por se tratar de uma abordagem multidimensional, é necessária a participação de diversas categorias profissionais na atuação com pacientes paliativos.



(World Health Organization, 2018)

MULTIPROFISSIONALIDADE E HUMANIZAÇÃO

O trabalho em equipe deve estar de acordo com os preceitos da Política Nacional de Humanização (PNH).

A PNH busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar.

Humanizar se traduz como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado.

O trabalho é técnico, mas também precisa ser permeado por afetividade!



(Brasil, 2013a)

TIPOS DE EQUIPE EM CUIDADOS PALIATIVOS

EMCP

Equipe Matricial de Cuidados Paliativos: médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos.

EACP

Equipe Assistencial em Cuidados Paliativos: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e técnicos de enfermagem.

IMPORTANTE!!!

Essa composição mínima não exclui a possibilidade de que outros profissionais possam vir a integrar tais equipes, sendo esta uma opção discricionária dos gestores, a depender das necessidades do serviço.

(Brasil, 2024)

APÊNDICE J – DIÁRIO DE CAMPO REFERENTE AO ENCONTRO 1: “FUNDAMENTOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS”

Introduções sobre uma abordagem da vida

22/10/2025

Atividade desenvolvida: Fase de Ação – Realização das intervenções

Objetivo: Compreender os princípios e as diretrizes dos cuidados paliativos e sua interface com a atenção domiciliar.

Era a tarde do dia 22. Eles já esperavam pelo momento. Eu já esperava pelo momento. A primeira intervenção formativa com os profissionais foi agendada com antecedência junto à gerente do serviço, que concordou com a realização de quatro ações, uma por semana, em sequência. Novamente, as quartas-feiras foram o dia apontado pela profissional como o mais auspicioso. Com os materiais em mãos, reunidos em torno da grande mesa que centraliza a sala do programa, começamos. Assim mesmo, no plural, porque não fui só eu que dei início ao encontro. A ideia era justamente pautar a coletividade enquanto balizadora das ações.

A princípio, com a primeira atividade, os profissionais já deixaram explícito que suas experiências práticas seriam definidoras na condução desses encontros. Não faria sentido levar a ideia, produzir o material teórico, organizar casos que simulassem a realidade sem que o cotidiano diário não estivesse presente. Ao serem solicitados para trazerem ao grupo, de forma breve, suas perspectivas sobre a abordagem paliativa, invariavelmente a prática assistencial apareceu, demonstrando que suas óticas são, benéficamente, influenciadas pelo que vivem em suas rotinas laborais. Logo, o resultado dessa dialética entre teoria e prática tende a gerar uma *práxis* muito bem calcada em um cuidado comprometido e responsável.

Em seguida, com a discussão dialogada em torno dos conteúdos presentes no primeiro *folder*, foi possível transitar por uma variedade de ciclos envolvendo os cuidados paliativos, desde o início da abordagem, passando por definições conceituais mais atualizadas, dados epidemiológicos, princípios norteadores, objetivos, diferenciações entre cuidados curativos e paliativos e, por fim, critérios de elegibilidade. Realizar essa atividade de escolha dos assuntos que estariam em cada encontro foi, na verdade, um momento bastante delicado, entendendo que seria preciso otimizar o tempo de cada intervenção, pensando no cotidiano acelerado dos profissionais em suas atividades diárias. Entretanto, no decorrer da ação, foi

notório que os participantes se engajaram nas discussões em torno dos conteúdos abordados, demonstrando interesse nos materiais preparados.

Por fim, no terceiro momento, a discussão em torno do caso de dona Maria despertou reflexões acerca das possibilidades e impossibilidades da equipe da AD diante de contextos de saúde, por vezes, tão envoltos em questões sociais, econômicas e territoriais. Para além do manejo clínico, os profissionais pontuaram estratégias de atuação que buscam sustentar o desejo de viver e manter uma boa qualidade de vida para usuários que possuem prognósticos desfavoráveis.

O momento se encerrou com registros fotográficos envolvendo toda a equipe do PMeC, como forma de deixar marcadas as discussões que nortearam o primeiro encontro. Estar no campo agindo sobre ele, contribuindo para a formação da equipe ao mesmo tempo em que esta consegue ter *insights* sobre a própria atuação em saúde, gera, uma ampliação das minhas perspectivas acerca da potencialidade da pesquisa científica. Mesmo buscando uma intervenção a nível local, ainda assim é possível desembaraçar nós que parecem há muito entrelaçados, permitindo o alcance de objetivos mais agradáveis para os cuidados paliativistas. Aqui, a força que impulsiona os cearenses do interior oriundos de universidades públicas ganha concretude e torna-se terreno fértil para as cenas do próximo capítulo.

**APÊNDICE K – REGISTROS FOTOGRÁFICOS REFERENTES AO ENCONTRO 1:
“FUNDAMENTOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS”**





Universidade Federal do Ceará
Programa de Pós-Graduação em Saúde
da Família
Núcleo de Pesquisa e Extensão em
Saúde Mental (NUPESM)

Fundamentos dos Cuidados Paliativos

"Educar para Cuidar:
Intervenções com
Profissionais do Programa
Melhor em Casa acerca dos
Cuidados Paliativos"

Discente: Jorge Samuel de Sousa Teixeira
Orientadora: Roberlândia Evangelista Lopes Ávila

O início...

Os cuidados paliativos nascem no sentido de pensar o cuidado em uma postura menos curativista, cujo foco passa a ser a pessoa cuidada e não a doença que lhe acomete.



A história dos cuidados paliativos se confunde com a do termo hospice. Em 1947, Cicely Saunders conheceu e acompanhou até a morte um paciente de 40 anos chamado David Tasma, que recebeu uma colostomia paliativa devido a um carcinoma retal inoperável. David lhe deixou uma herança, ao afirmar: Eu serei uma janela na sua Casa. Segundo Saunders, este foi o ponto de partida para o compromisso com uma nova forma de cuidar.



Essa nova forma do cuidado foi introduzida nas décadas de 1950 e 1960, por Saunders, inglesa com formação humanista, enfermeira, médica e assistente social. Assim, a precursora desse novo processo destacou-se no desenvolvimento desses cuidados e difundiu a medicina paliativa na Inglaterra, no Canadá, EUA e na Austrália.

(Saunders, 2001)

Objetivo Principal:

Promover a qualidade de vida do paciente e de seus familiares através da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce de situações possíveis de serem tratadas, da avaliação cuidadosa e minuciosa e do tratamento da dor e de outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. A atuação multiprofissional é fundamental para que esse objetivo possa ser concretizado.

Cuidados Paliativos e Cuidados Curativos:

Característica	Cuidado Curativo	Cuidado Paliativo
Objetivo	Cura ou controle da doença	Alívio do sofrimento e qualidade de vida
Foco	Doença	Integralidade do paciente
Quando é utilizado	Prognóstico favorável e cura provável	Qualquer fase de uma doença grave ou crônica
Exemplo	Cirurgia para remover um tumor	Radioterapia para alívio da dor

OBS: Apesar dessas diferenciações, cuidados paliativos e curativos não são excludentes, podendo ser aplicados de forma concomitante.



(INCA, 2023)

APÊNDICE L – DIÁRIO DE CAMPO REFERENTE AO ENCONTRO 2: “O CUIDADO DIRECIONADO A FAMILIARES E CUIDADORES DE PACIENTES PALIATIVOS”

Extrapolando os horizontes da saúde

29/10/2025

Atividade desenvolvida: Fase de Ação – Realização das intervenções

Objetivo: Capacitar os profissionais para implementar estratégias de apoio a cuidadores e familiares de pacientes em cuidados paliativos.

O caminho já havia sido pavimentado inicialmente para que as ações tivessem continuidade. Após as introduções realizadas no encontro de uma semana atrás, o segundo momento foi pautado no cuidado voltado ao meio que cerca os usuários em cuidados paliativos. Conforme exposto pelos participantes no decorrer das entrevistas, existe um contato que, muitas vezes, é mais frequente com a família do que com o próprio paciente, fazendo com que essa diáde seja alvo das intervenções construídas e praticadas pelo serviço.

A princípio, o material contido no *folder* 2 foi discutido em conjunto com os participantes, incluindo considerações que envolvem o papel intrínseco do cuidador e da família, além de abordar especificidades desse cuidado a nível domiciliar e a importância dos recursos de enfrentamento na manutenção da saúde física e mental de quem cuida.

Percebi que trabalhar esse tema com a equipe parece abrir demandas voltadas à sensação de impotência diante do sofrimento dos cuidadores. Ao falar de sobrecarga, cansaço e disponibilidade integral em favor do outro, os membros do PMeC trouxeram, enquanto interrogações, as dificuldades em conseguir ofertar um suporte que seja, de fato, adequado e coerente com as necessidades de quem precisa de ajuda.

O surgimento dessa “impossibilidade de ajudar o outro” aparece, frequentemente, quando se nota que grande parte das dificuldades apresentadas pelos cuidadores vai além da seara chamada saúde, envolvendo assim dimensões financeiras, organizativas, logísticas e de planejamento: cuidar da casa, gerir as finanças, prover o alimento e os itens básicos de higiene, dentre outras obrigações. Essa lista de responsabilidades também é imputada ao cuidador, sendo estas, condições que não são ensinadas nos currículos de graduação. Logo, se deparar com problemas aos quais não fomos ensinados a resolver gera, de fato, aquilo que eles nomearam como impotência.

Outro ponto importante que emergiu em meio aos comentários dos participantes foi em referência ao direcionamento dessa sobrecarga nos casos atendidos. Comumente e não coincidentemente, ela acaba recaindo sobre os ombros de mulheres, sejam elas mães, filhas ou irmãs, ressaltando assim o papel feminino cultural, histórico e social quando se fala do verbo cuidar. Nesse aspecto, os profissionais exemplificaram situações atendidas pela equipe, trazendo maior veracidade e concretude aos conteúdos abordados no momento.

Dando seguimento ao encontro, o estudo de caso de Dona Maria, agora focado em sua filha Joana, permitiu que o terreno, há pouco preparado, frutificasse. A equipe chamou a atenção para a proximidade do relato apresentando no caso fictício com situações do cotidiano, nas quais as cuidadoras (no feminino) também passam por travessias caóticas, tempestuosas e cerceadas por iniquidades. Falar de Joana é também falar sobre os determinantes sociais em saúde e como eles ganham ainda mais potência quando se trabalha com usuários em situações economicamente vulneráveis.

Ao se depararem com a pergunta de reflexão contida no caso clínico, foram os profissionais que questionaram a si mesmos: o que podemos fazer para ajudar essa moça? As respostas, claro, giraram em torno de Joana e de sua realidade social. Ela não tem irmãos? Como consegue sobreviver só com o aposento de Dona Maria? Qual é o suporte social que essa moça tem? Investigar parece ter sido a palavra de ordem em meio a essas reflexões, na busca de encontrar respostas possíveis a essas interrogativas.

Por se tratar de um caso fictício, muitos espaços não são, realmente, preenchidos. Mas o raciocínio clínico da equipe demonstra que o olhar apurado para temáticas contextuais, cenários de desigualdade social e perspectivas mais abrangentes sobre o que é fazer saúde demonstram o compromisso ético-político do PMeC de Sobral.

A terceira e última atividade do dia foi pautada no *role play* envolvendo uma comunicação entre familiares e parte da equipe da AD. Diante do desenrolar do diálogo, a equipe pôde perceber tanto as potencialidades do que já fazem nas visitas, quanto às possibilidades de refinamento, principalmente no que diz respeito às habilidades de comunicação. As reflexões sugestionadas na folha de roteiro propuseram uma análise do que foi dramatizado, ao mesmo tempo que também promoveu uma conexão com o cenário real de trabalho.

As fotos que finalizaram o momento também simbolizaram alguns dos ensinamentos do encontro dois. Capturar uma imagem não é, necessariamente, absorver em sua completude todos os detalhes do acontecimento fotografado. Existem sensações, percepções e emoções que não são transpostas para um arquivo jpg no celular. Da mesma forma, o olhar

técnico sobre a saúde também não é suficiente para identificar e acolher as demandas dos usuários atendidos. O afeto sem a técnica é irresponsável, mas a técnica sem o afeto é fria, gélida, indiferente, desvinculada. E é esse afeto que, muitas vezes, permite que as iniquidades sociais possam ser identificadas e, a partir disso, amenizadas. Logo, cuidar do outro não é papo exclusivo da saúde. Cuidar do outro é pauta do humano.

**APÊNDICE M – REGISTROS FOTOGRÁFICOS REFERENTES AO ENCONTRO 2:
“O CUIDADO DIRECIONADO AOS FAMILIARES E CUIDADORES DE
PACIENTES PALIATIVOS”**



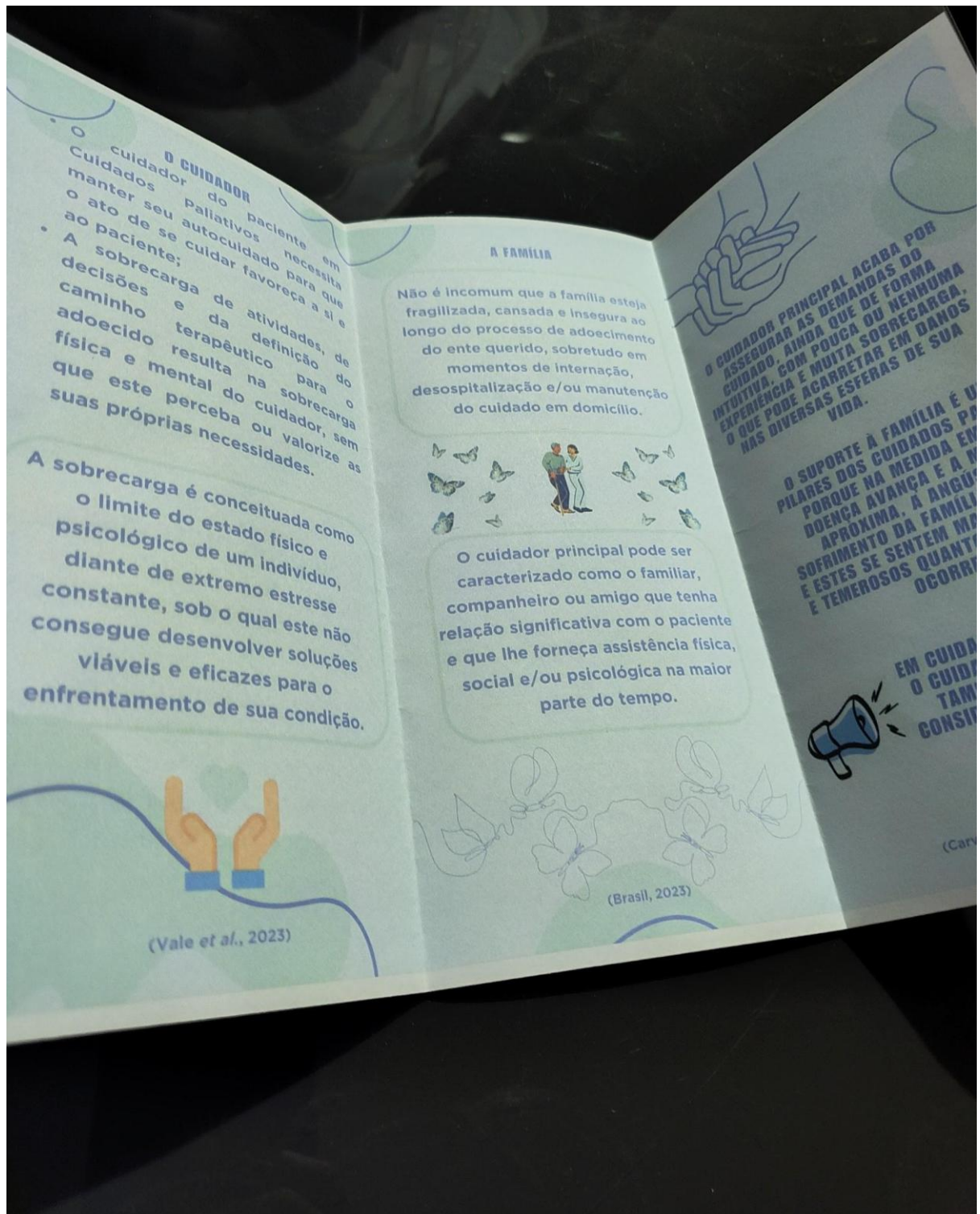
Universidade Federal do Ceará
Programa de Pós-Graduação em
Saúde da Família
Núcleo de Pesquisa e Extensão
em Saúde Mental (NUPEM)



O CUIDADO DIRECIONADO A FAMILIARES E CUIDADORES DE PACIENTES PALIATIVOS

**“Educar para Cuidar:
Intervenções com Profissionais
do Programa Melhor em Casa
acerca dos Cuidados Paliativos”**

Discente: Jorge Samuel de Sousa Teixeira
Orientadora: Roberlandia Evangelista Lopes Ávila



**APÊNDICE N – MODELO DE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE
UTILIZADO NO ENCONTRO 3**

Proposta de Atividade

Diretivas Antecipadas de Vontade

Eu, _____
nascido (a) em ____ / ____ / ____, residente em _____

Declaro que:

Se em alguma fase da minha vida o meu médico assistente diagnosticar que eu tenho uma doença incurável ou terminal e que a utilização de meios de diagnóstico e tratamento apenas servem para prolongar artificialmente o processo de morte, determino que esses procedimentos extraordinários e desproporcionados sejam suspensos ou, de preferência, que não sejam iniciados, e que seja permitida a evolução natural da minha doença sendo apenas providenciados os cuidados paliativos necessários para o meu conforto ou para o alívio das dores e sofrimento.

Determino específicamente que:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

APÊNDICE O - DIÁRIO DE CAMPO REFERENTE AO ENCONTRO 3: “ASPECTOS PSICOSSOCIAIS EM TORNO DOS CUIDADOS PALIATIVOS”

O nascer e o morrer

05/11/2025

Atividade desenvolvida: Fase de Ação – Realização das intervenções

Objetivo: Desenvolver competências para identificar, compreender e intervir em demandas psicossociais que permeiam os cuidados paliativos.

Pensar em cuidados paliativos é pensar em morte. Essa ideia constantemente difundida a nível de senso comum, costumeiramente, tende a prejudicar o real significado da palição e de que forma esta consegue ser benéfica para o cuidado em saúde. A proximidade com a finitude – processo pelo qual todos estamos caminhando em direção – pode paralisar e embarreirar a ação de profissionais perante um quadro de adoecimento tão intenso capaz de levar alguém a óbito. Todas essas dimensões, que inevitavelmente, trazem repercussões psicossociais aos sujeitos envolvidos, foram alvos de discussões no terceiro encontro.

A princípio, a discussão envolta às associações entre cuidados paliativos e o luto, a morte e a saúde, além das possibilidades de se valer da comunicação como artifício essencial no acolhimento do sofrimento psíquico de cuidadores e pacientes permitiu uma ampliação de temáticas já discutidas anteriormente. Pensar sobre a possibilidade da morte é também se reconhecer em sua mais completa vulnerabilidade. É entender que o cuidado prestado a um, pode vir a ser prestado a si mesmo no futuro. É compreender a fluidez do viver e a delicadeza do respirar enquanto mecanismos ainda muito frágeis, que a qualquer momento podem entrar em pane e simplesmente desligar. Mas, sobretudo, é abranger a ideia de que o nascer e o morrer estão diretamente ligados, e que nós estamos apenas no meio do caminho entre esses dois fenômenos.

Pode parecer difícil abordar essas temáticas com profissionais da saúde, mas especificamente com a equipe do PMeC, parece que tudo conseguiu emergir de modo natural. Talvez pelo contato mais íntimo que os profissionais têm com quadros patológicos agravados, o que torna o contato com a morte mais próximo; talvez pela autoanálise necessária para lidar com casos que convocam os profissionais a adotarem uma postura compassiva e entender que mesmo diante da completa impossibilidade de se colocar no lugar do outro, é preciso utilizar as lentes da compaixão no cotidiano de trabalho.

Entrando na dimensão da comunicação como via de acesso ao acolhimento do sofrimento que se traduz em luto, saudades e perdas, a dramatização a partir do *role play* abriu margem para se pensar em conexões – por vezes tão distantes – do que se encontra na literatura com a prática de fato. Apesar das etapas do SPIKES buscarem uma ampliação de ciclos que acontecem no momento de comunicar uma notícia difícil, a realidade se sobrepõe aos protocolos, trazendo consigo a necessidade de um manejo instantâneo e eticamente ágil. Mesmo reconhecendo a importância de *guidelines* que orientem um processo em específico, o contato com o humano extrapola regras e diretrizes, urgindo por um dispositivo afetivo que se mostra cada vez mais centralizado e protagonista no contato com o outro.

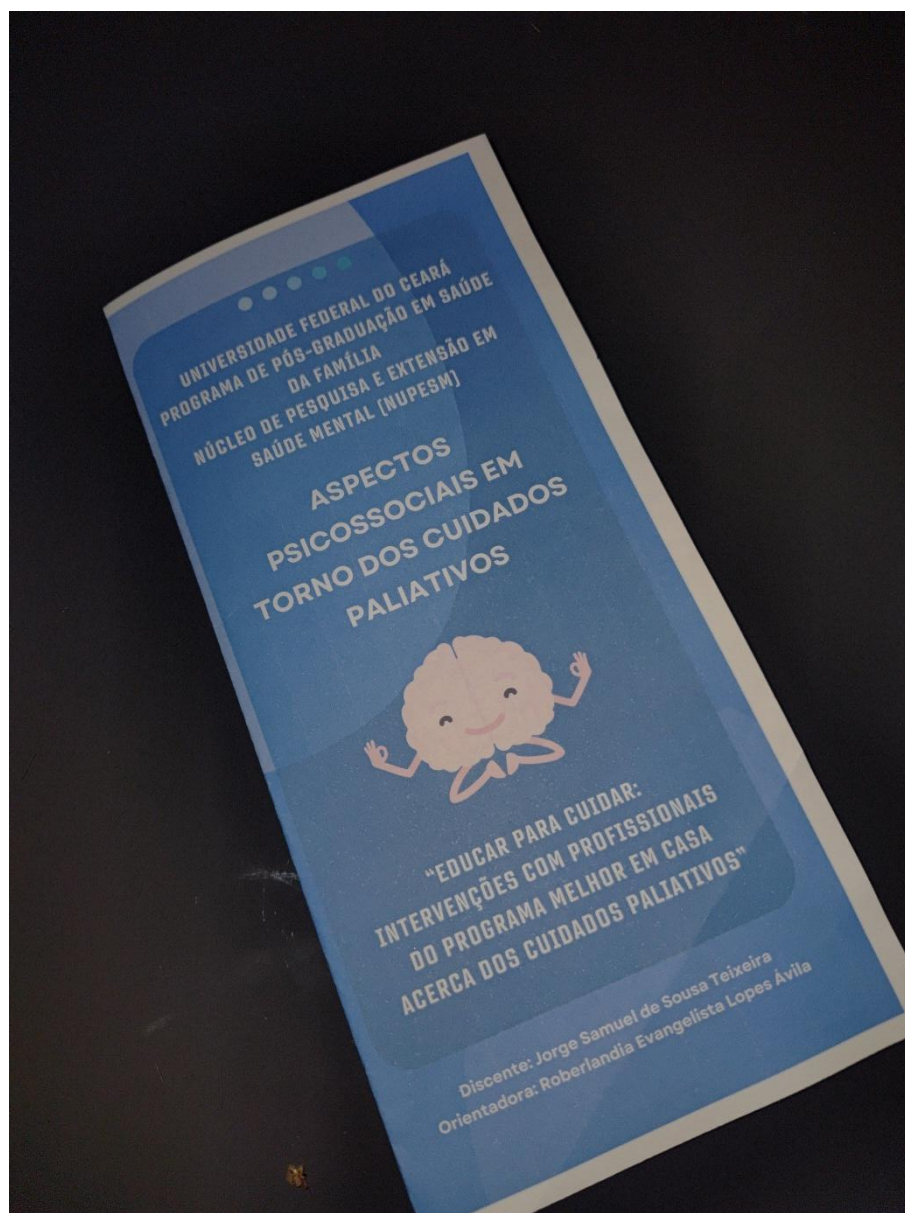
Trazer a simulação de comunicação de uma notícia difícil, aflora então, os desafios que estarão na posição do emissor dessa informação. Mas o outro papel, o do receptor, também tem uma especial relevância, eminentemente, quando este precisa revelar sua intencionalidade diante da proximidade da morte. Pensando nisso, a aplicação dos modelos de DAV permitiu que a equipe buscasse uma aproximação com aqueles que ocupam a outra posição na comunicação.

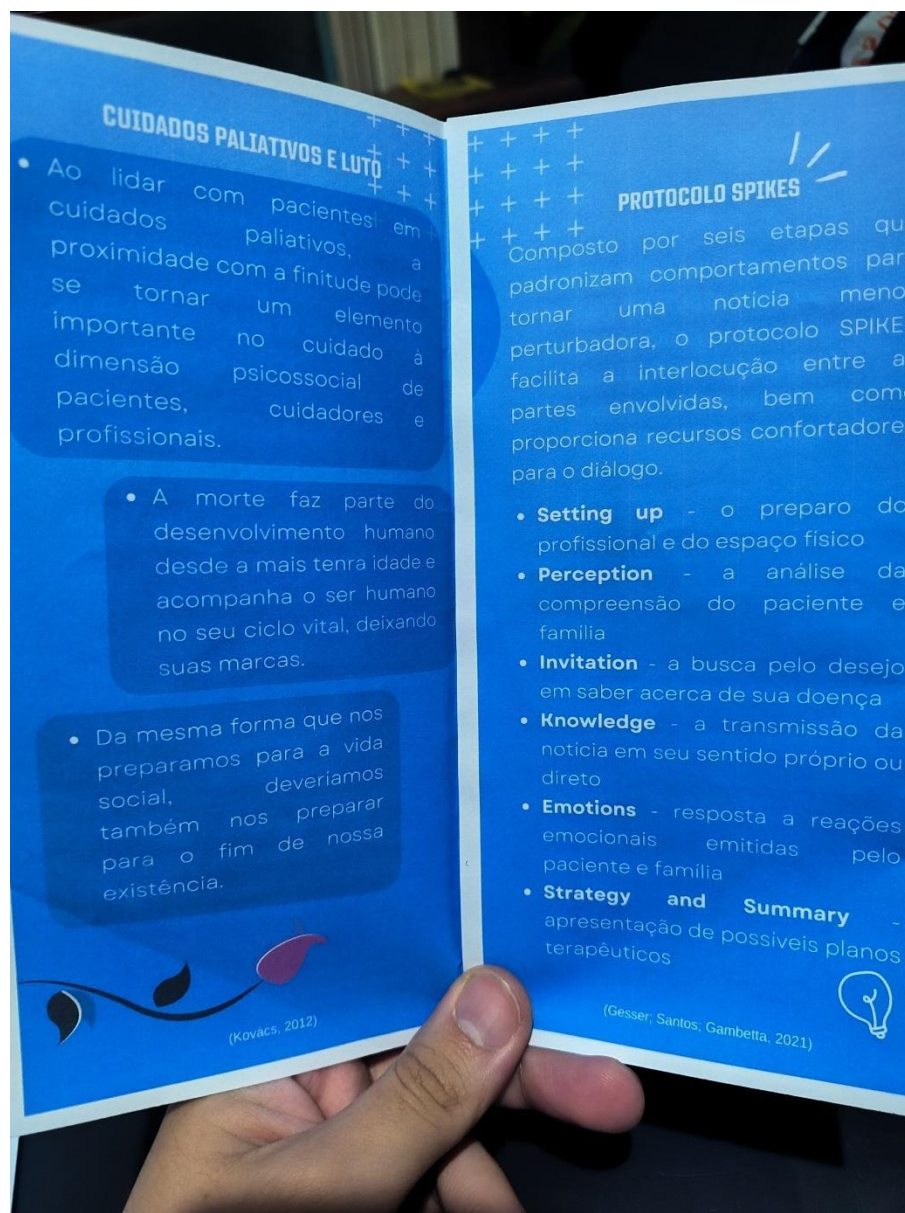
Por ser uma atividade potencialmente demandante, foi deixado em aberto para que os profissionais que se sentissem mais à vontade, pudessem trazer suas contribuições, fosse a partir do que escrevessem ou trazendo um breve resumo, verbalmente, acerca de seus desejos em um cenário simulado de fim de vida. Foi interessante observar que, para além de cuidados clínicos, os participantes abrangiam dimensões mais práticas do cotidiano de vida, a exemplo do destino de bens materiais, de posições geográficas em que gostariam de passar os derradeiros momentos de vida, assim como a presença de pessoas específicas como forma de dar apoio e suporte.

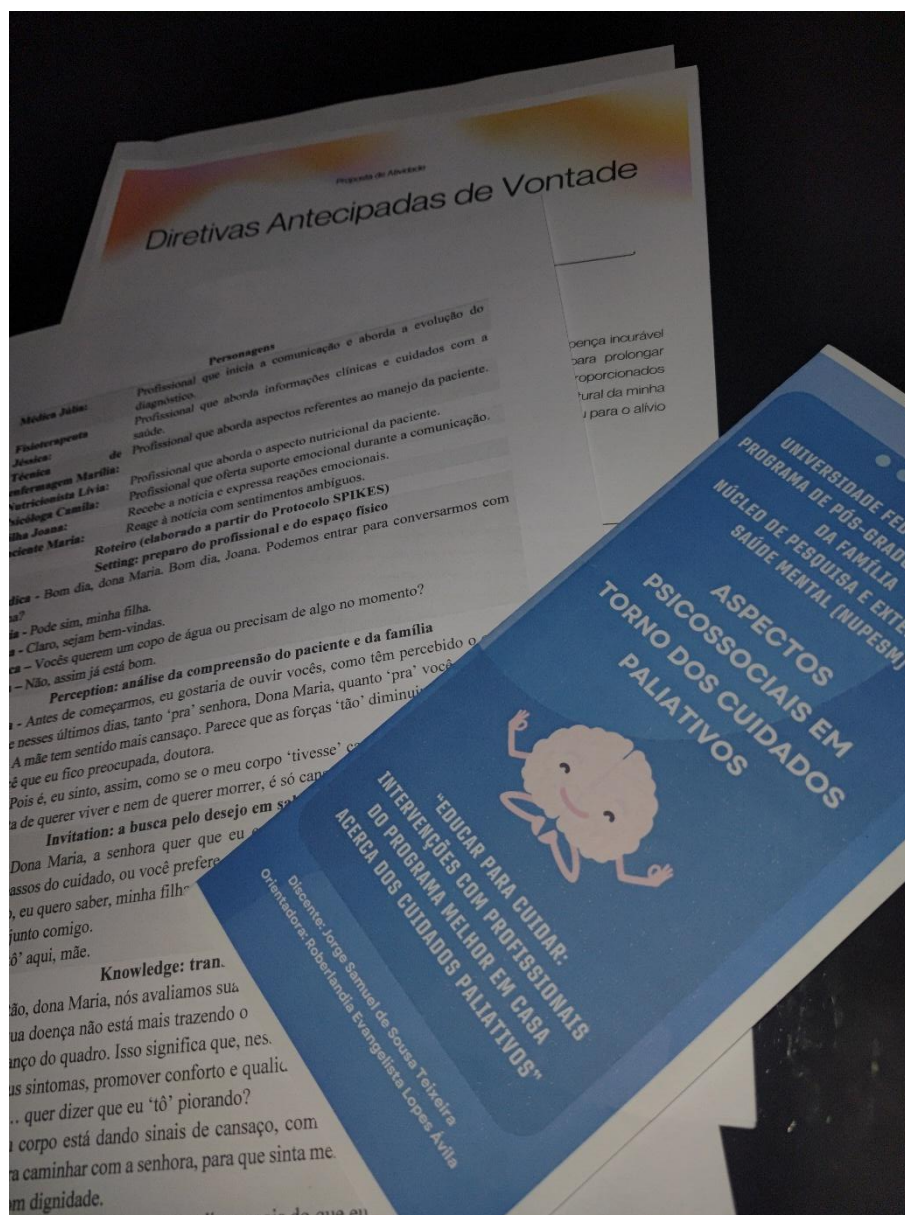
O terceiro encontro se delineou de uma maneira diferente dos demais. A conversa voou para bem alto, levando a dimensões que extrapolaram o tecnicismo e esbarraram nas competências humanas e socioemocionais. Interessante notar que, por mais que o encontro tivesse uma pauta fortemente alicerçada na finitude e no luto, as discussões giraram em torno de como viver plenamente até que esse dia chegasse. Cuidados paliativos também é isso. Entendendo que o fio que liga o nascer e o morrer é indissociável, quando falamos sobre os preparativos da morte, também falamos sobre nascimento. O nascimento do desconhecido, da novidade, do que nos aguarda. Por isso, o primeiro período desse diário de campo não encontra um abrigo tão acolhedor no pensamento de quem trabalha e defende a palição como uma filosofia vital.

**APÊNDICE P - REGISTROS FOTOGRÁFICOS REFERENTES AO ENCONTRO 3:
“ASPECTOS PSICOSSOCIAIS EM TORNO DOS CUIDADOS PALIATIVOS”**









APÊNDICE Q - DIÁRIO DE CAMPO REFERENTE AO ENCONTRO 4: “ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS”

Equipando-se de uma equipe

12/11/2025

Atividade desenvolvida: Fase de Ação – Realização das intervenções

Objetivo: Fortalecer a abordagem multiprofissional em cuidados paliativos para integrar práticas técnicas, relacionais e humanizadas.

Trabalhar em equipe é vivenciar o real sentido da palavra sociedade. Na teia social, existem formas diferentes de pensar, de agir, de sentir e de se trabalhar. Essas considerações podem ser encaradas de formas adaptativas ou aversivas, a depender da perspectiva utilizada. Entretanto, trabalhar em equipe na saúde exige uma capacidade de imersão na conduta humana, entendendo que eu preciso do outro e que essa nossa ligação só acontece se houver comunicação. O encontro 4 reforçou esses pontos ao enfatizar o multiprofissionalíssimo no contexto dos cuidados paliativos.

Diferente dos momentos anteriores, iniciamos esse, de pé. Se o caminho traçado até aqui foi feito passo a passo, nada mais justo do que iniciar o último encontro a postos. Por meio de uma mensagem repassada de ouvido em ouvido (“o trabalho em equipe na saúde é fundamental”), sublinhou-se a importância da comunicação no cotidiano de trabalho. Embora a mensagem não tenha chegado *ipsis litteris* da forma como foi formulada (o que chegou aos ouvidos do último profissional foi “o trabalho de equipe em saúde é fundamental”), a atividade demonstrou que os profissionais estavam bem alinhados uns aos outros. Ressalta-se aqui o que os mesmos pontuaram acerca do sucesso dessa tarefa: na prática, essa comunicação precisa acontecer entre muito mais pessoas, sendo diretamente proporcional a dificuldade em transmitir mensagens aos companheiros de trabalho.

Na sequência, os participantes foram convocados a escreverem em poucas palavras o significado de equipe. Ao descreverem termos que faziam referência ao cotidiano laboral, mas também aos laços possíveis de serem estabelecidos entre os membros, os profissionais reforçaram e reconheceram a importância de manter bons relacionamentos entre a equipe, contribuindo assim para a condução do dia a dia, mas também na assistência realizada nos momentos de visita.

Na sequência, o debate em torno da temática, tendo por base o *folder* elaborado, abriu espaço para a discussão sobre as contribuições da OMS, as relações intrínsecas entre a

atuação multiprofissional e a PNH, as distinções entre tipos de equipes em cuidados paliativos, além das especificidades inerentes à atuação no Melhor em Casa. Os profissionais tiveram a oportunidade de falar sobre situações que fazem parte de seus cotidianos, estabelecendo dessa forma uma conexão com as contribuições da literatura.

O encontro também teve como pauta o momento de avaliação das atividades previamente realizadas. Os presentes puderam apontar os benefícios observados com os momentos estruturados, destacando a aquisição de conhecimentos e habilidades ao longo do processo. Chamou a atenção o fato destes parecerem bem à vontade para tecer seus comentários acerca dos encontros. Apesar da maioria ter feito pontuações positivas acerca das ações, foi um consenso entre os profissionais que o fato de nem todos os membros do PMeC terem participado de todas as ações pode ter sido uma fragilidade, tendo em vista que estes consideraram as formações como ferramentas promotoras de refinamento assistencial e de conhecimento.

Ao se equipar de uma equipe tão diversa, o Melhor em Casa torna seu título uma realidade. Se o melhor realmente é estar em casa, então que sejamos casa um do outro, que possamos ser o afago necessário, o conforto nas horas mais delicadas ou até mesmo a companhia no cafezinho da tarde. As devidas despedidas foram feitas, os abraços foram dados, os elogios rasgados. E a casa continuou, na percepção desse mestrando, de pé e bem mais firme depois das Formações experienciadas por todos os participantes dessa experiência única e vital no que diz respeito à valorização de termos tão antagônicos: o viver e o morrer.

**APÊNDICE R - REGISTROS FOTOGRÁFICOS REFERENTES AO ENCONTRO 4:
“ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS”**





Universidade Federal do Ceará
Programa de Pós-Graduação em
Saúde da Família
Núcleo de Pesquisa e Extensão em
Saúde Mental (NUPEM)

ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS

"Educar para Cuidar: Intervenções
com Profissionais do Programa
Melhor em Casa acerca dos Cuidados
Paliativos"

Discente: Jorge Samuel de Sousa Teixeira
Orientadora: Roberlandia Evangelista Lopes Ávila



ANEXO A – REVISÃO DE LITERATURA PUBLICADA NA REVISTA SAÚDE E PESQUISA



SAÚDE E PESQUISA

e-ISSN 2176-9206

ARTIGO ORIGINAL

<https://doi.org/10.17765/2176-9206.2025v18e13282>

PERCEÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

HEALTH PROFESSIONALS' PERCEPTION OF PALLIATIVE CARE IN PRIMARY HEALTH CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW

Jorge Samuel de Sousa Teixeira^{1*}, Roberlandia Evangelista Lopes Ávila², Edmara Rodrigues de Mesquita¹, Suênia Évelyn Simplício Teixeira¹, Joaquim Ismael de Sousa Teixeira³, Dayana Gomes Migueis⁴

¹Mestrando(a) em Saúde da Família pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará, Sobral (CE), Brasil; ²Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará, Sobral (CE), Brasil; ³Mestre em Saúde da Família pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará, Sobral (CE), Brasil; ⁴Especialista em Cancerologia pela Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil.

*Autor correspondente: Jorge Samuel de Sousa Teixeira – Email: jorgesamuel199@gmail.com.

Recebido: 29 out. 2024
Aceito: 09 dez. 2024

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.



RESUMO: Objetiva-se sumarizar evidências científicas que dizem respeito à atuação dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde a partir de publicações científicas. Para tanto, foi realizada uma revisão integrativa da literatura dos últimos cinco anos, construída a partir de pesquisas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, PubMed e SciELO, por meio dos descritores “Integrative Palliative Care”, “Palliative Care”, “Primary Health Care” e “Home Care Services”, resultando em 8 estudos selecionados. Definiram-se duas categorias de análise que abordam os processos formativos e a assistência em saúde junto aos Cuidados Paliativos. Conclui-se que a formação dos profissionais que atuam nesse campo ainda é muito deficitária, com a escassez de disciplinas ou módulos que contemplem essa temática.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos. Atenção Primária à Saúde. Profissional de Saúde.

ABSTRACT: This study aims to summarize scientific evidence regarding the role of palliative care in primary health care based on recent publications. An integrative review of the literature from the past five years was conducted through searches in the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), PubMed, and SciELO databases. The descriptors used were “Integrative Palliative Care,” “Palliative Care,” “Primary Health Care,” and “Home Care Services,” resulting in the selection of eight studies. Two categories of analysis were identified, focusing on training processes and health care in the context of palliative care. The findings indicate that the training of professionals in this field remains inadequate, with limited coverage of this topic in educational curricular.

KEYWORDS: Palliative Care. Primary Health Care. Health Personnel.

INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos podem ser entendidos como uma abordagem holística ativa que busca a melhoria da qualidade de vida de pacientes de todas as idades, assim como de seus familiares, que enfrentam algum tipo de problema relacionado a doenças graves e especialmente aqueles que estão próximos do fim da vida.^{1,2,3}

De acordo com pesquisas recentes acerca da temática, quando utilizados em concomitância com a ênfase no gerenciamento agressivo de sintomas, os cuidados paliativos podem sustentar resultados clínicos e centrados no paciente durante o tratamento, sendo um importante aliado na promoção de conforto e dignidade.^{4,5}

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) acaba assumindo um papel protagonista, ao tentar suprir a falta de dispositivos voltados especificamente para cuidados em fim de vida, proporcionando assim uma assistência que permita ao usuário maior proximidade com seu próprio território e ser assistido por profissionais com quem já tenha um vínculo pré-estabelecido. Nesse espaço, a detecção precoce, o acolhimento e o atendimento inicial podem ser concretizados, sendo importante ainda no encaminhamento para serviços de maior complexidade, quando se fizer necessário.⁶

Dessa forma, é importante destacar o fator de promoção de saúde potencializado pela prática dos cuidados paliativos na APS. Sendo ordenadora do cuidado, a prática de medidas paliativas no primeiro nível de complexidade traz benefícios aos usuários desde o primeiro contato com a saúde pública, destacando a necessidade de se promover saúde mesmo diante de um prognóstico difícil ou da impossibilidade de se trabalhar com medidas curativas.⁷

Dentre os serviços ofertados na APS que assistem o paciente paliativo, pode-se destacar o cuidado ofertado a domicílio, isto é, a atenção domiciliar, sendo essa um conjunto de atividades de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, reabilitação e palição, garantindo assim a continuidade do cuidado e a integração à Rede de Atenção à Saúde.⁸

A atenção domiciliar ofertada junto à comunidade pode ser composta por vários profissionais de saúde de diferentes categorias, que realizam atendimento domiciliar de pessoas que necessitam de cuidados de saúde mais frequentes. Quando existem casos que apresentam um maior nível de complexidade, esse acompanhamento é feito pelas equipes multiprofissional de atenção domiciliar e de apoio, do Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), ou Programa Melhor em Casa (PMC).⁹ O acesso geralmente é feito no hospital em que o usuário estiver internado ou ainda por solicitação da equipe de Saúde da Família/Atenção Básica ou da Unidade de Pronto Atendimento.¹⁰

Portanto, o objetivo do presente estudo é realizar uma avaliação integrativa e sumarizar evidências científicas que dizem respeito à percepção dos profissionais de saúde sobre a atuação dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura. Tal metodologia permite ao pesquisador obter uma compreensão pormenorizada acerca de um tema específico, alicerçando-se em critérios metodológicos bastante precisos, a partir de um conjunto de etapas explícitas, em que os resultados podem ser visualizados de forma acessível.¹¹

Considerada uma ferramenta da Prática Baseada em Evidências (PBE), o processo de elaboração de uma revisão integrativa segue seis passos básicos, que foram respeitados ao longo do presente

estudo: identificação e formulação do problema; pesquisa bibliográfica; seleção dos estudos e extração dos dados; síntese e análise dos dados; discussão e interpretação dos resultados; conclusão e divulgação.¹²

Para a construção da pergunta de partida, considerando o aspecto qualitativo do fenômeno a ser estudado, utilizou-se a estratégia PICO, cuja letra P refere-se aos participantes (cuidadores e profissionais de saúde da atenção primária); I ao fenômeno de interesse (atuação em cuidados paliativos); C refere-se à comparação (não intervenção/não operacionalização dos cuidados paliativos na APS); e O ao desfecho (qualidade e melhoria da assistência prestada na APS em demandas relacionadas aos cuidados paliativos), resultando no seguinte questionamento: De que forma a atuação dos Cuidados Paliativos é operacionalizada na Atenção Primária à Saúde?

Foram consultados os bancos de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed via *National Library of Medicine* e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), sendo todos os citados sítios eletrônicos que atendem as iminências de informações científicas de acadêmicos e trabalhadores da saúde, por apresentarem uma representatividade considerável de produções em seus catálogos.

Foram utilizados os termos contidos no *Medical Subject Headings* (Mesh): “*Integrative Palliative Care*”, “*Palliative Care*”, “*Primary Health Care*” e “*Home Care Services*”, aplicados em inglês, combinados entre si. De modo a refinar os achados, foi lançado mão ainda dos operadores booleanos “AND” e “OR”. O caractere curinga das aspas também foi aplicado, objetivando a busca por frases exatas.

A partir da combinação de caracteres, chegou-se à seguinte *string* de pesquisa: (“*Integrative Palliative Care*” OR “*Palliative Care*”) AND (“*Primary Health Care*” OR “*Home Care Services*”). A coleta de dados ocorreu entre os meses de março a julho de 2024.

Como critérios de inclusão, foram elencados os seguintes pontos: a) artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, com textos na íntegra, que estivessem disponíveis nos bancos de dados selecionados de forma gratuita; b) artigos que tratassem de temáticas afins à pergunta norteadora da pesquisa; c) artigos que abordassem de forma direta a temática dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde a partir de uma visão geral da população de profissionais assistenciais do supracitado nível de assistência; e d) artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, publicizados entre os anos de 2019 a 2024.

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: a) artigos que não disponibilizassem resumo; b) artigos cujo conteúdo foram considerados irrelevantes para o propósito do estudo; c) artigos que não estabeleciam uma ligação direta com a temática da pesquisa; d) artigos duplicados no banco de dados; e) artigos que abordassem os cuidados paliativos a partir da perspectiva da atenção secundária à saúde, atenção terciária à saúde ou com base em serviços privados de saúde; f) produções científicas cujo formato não se enquadrassem na categoria artigo, a exemplo de livros, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso de graduação, capítulos, editoriais, cartas ao editor, artigos de opinião e artigos de revisão.

No que tange ao processo de seleção dos artigos, estes foram identificados e escolhidos a partir da seguinte sistematização: 1) leitura dos títulos; 2) leitura dos resumos dos artigos selecionados na fase 1; 3) leitura completa dos artigos selecionados na fase 2; 4) exploração dos artigos incluídos no processo de revisão integrativa; 5) codificação dos conteúdos principais contidos no corpo de cada artigo; 6) categorização dos resultados identificados no *corpus* analisado.

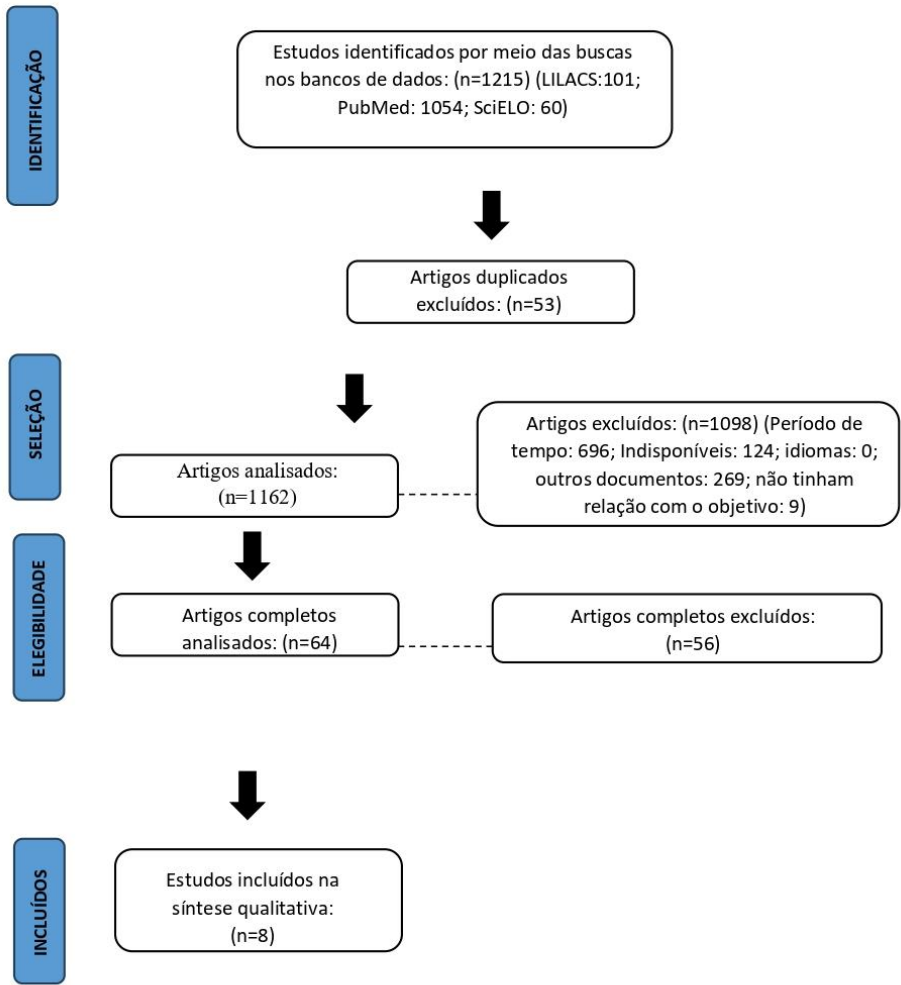


Figura 1. Diagrama da seleção dos estudos que compõem a revisão integrativa de acordo com os bancos de dados, adaptado pelo PRISMA.

Os resultados foram sintetizados, a partir da geração de códigos que identificassem cada texto. Dessa forma, o material recebeu uma sequência numérica para facilitar sua identificação (Artigo 1 - A1; Artigo 2 - A2...).

De modo a garantir a confiabilidade dos dados, foi feita uma análise da qualidade metodológica, com base no modelo de classificação do nível de evidência (NE) da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), a partir da seguinte divisão de níveis: Nível I: metanálises de múltiplos estudos controlados; Nível II: estudo individual com delineamento experimental; Nível III: estudo com delineamento quase experimental como estudo sem randomização; Nível IV: estudo com delineamento não experimental, como pesquisa descritiva correlacional, qualitativa ou estudo de caso; Nível V: relatórios de casos ou dados obtidos de forma sistemática; e Nível VI: opiniões de autoridades baseadas na competência clínica ou na opinião de comitês de especialistas.¹³

RESULTADOS

A amostra final foi composta por 8 artigos, de um total de 1215. Dentre os artigos selecionados, 6 estão redigidos em português e 2 em inglês. No que diz respeito ao ano de publicação, dois artigos foram publicados em 2019, um em 2020, dois em 2021, dois em 2022 e um em 2023.

O Quadro 1 apresenta um panorama dos artigos incluídos na revisão.

Quadro 1 - Panorama dos artigos selecionados, 2024.

Artigo	Autores/Ano	Título	Delineamento Metodológico	NE
A1	Spinel et al., 2022	<i>Educational needs in palliative care of Primary Health Care nurses</i>	Estudo exploratório, de abordagem qualitativa	IV
A2	Flores et al., 2019	Formação profissional: cuidado ao paciente oncológico sem possibilidade terapêutica na Atenção Básica	Estudo exploratório, de abordagem qualitativa	IV
A3	Melo et al., 2021	Concepções, desafios e competências dos enfermeiros em cuidados paliativos na atenção primária à saúde	Estudo exploratório, de abordagem qualitativa	IV
A4	Mattos; Derech, 2020	Cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária à saúde brasileira	Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa	IV
A5	Ribeiro; Poles, 2019	Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família	Estudo descritivo, de abordagem qualitativa	IV
A6	Van Heerden; Jenkins, 2022	<i>The role of community health workers in palliative care in a rural subdistrict in South Africa</i>	Estudo descritivo, de abordagem qualitativa	IV
A7	Prado et al., 2023	Teoria fundamentada sobre o tornar-se cuidador de um familiar em cuidado paliativo pela atenção domiciliar	Estudo explicativo, de abordagem qualitativa	IV
A8	Nardino; Olesiak; Quintana, 2021	Significações dos cuidados paliativos para profissionais de um serviço de atenção domiciliar	Estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa	IV

Fonte: Elaborado pelos autores.

A seguir, o Quadro 2 apresenta os respectivos objetivos gerais e os principais resultados das literaturas selecionadas.

Quadro 2 – Síntese dos artigos por objetivo e principais resultados, 2024.

Artigo	Objetivo	Principais Resultados
A1	Compreender a experiência de enfermeiros da APS com cuidados paliativos e suas necessidades educacionais na temática.	Foram identificadas lacunas na definição dos cuidados paliativos e nos princípios filosóficos que os norteiam.
A2	Discutir a formação de profissionais da APS na atuação com pacientes oncológicos sem possibilidades terapêuticas.	A formação profissional e a qualificação para o trabalho não atenderam a demanda de pacientes oncológicos sem possibilidades terapêuticas.
A3	Identificar competências e desafios de enfermeiros das Estratégias de Saúde da Família acerca dos cuidados paliativos.	Os principais desafios compreendem conhecimento incipiente, falta de preparo técnico e ausência de uma equipe multiprofissional.
A4	Caracterizar a prática de cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária brasileira.	A maioria dos entrevistados não teve disciplina de cuidados paliativos na graduação. Há pouca disponibilidade de equipe multidisciplinar.
A5	Compreender a percepção dos médicos da	Médicos possuem conhecimento incipiente sobre cuidados

Artigo	Objetivo	Principais Resultados
	Estratégia Saúde da Família acerca dos cuidados paliativos.	paliativos e dificuldade para abordá-lo.
A6	Explorar o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na prestação de cuidados paliativos.	Palição como função da enfermeira. Profissionais em conflito com a sua capacidade limitada de prestar cuidados paliativos.
A7	Compreender condições de tornar-se cuidador familiar principal de um familiar paliativo por serviço de Atenção Domiciliar.	Profissionais do serviço mostraram dificuldades para abordarem o tema da morte e de cuidado paliativo com paciente e cuidador.
A8	Compreender as significações dos cuidados paliativos para os profissionais de uma equipe de atenção domiciliar.	Atuar em cuidados paliativos exige um bom gerenciamento das emoções e preparo para trabalhar com situações complexas.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A partir da caracterização dos artigos selecionados, foram elencadas duas categorias de discussão representativas dos principais pontos elencados pelos autores das literaturas analisadas.

DISCUSSÃO

Com base nos principais resultados dos artigos, pontuados no Quadro 2, nota-se que, em sua maioria, os achados da literatura apontam para um conhecimento incipiente acerca das práticas e dos princípios que embasam a filosofia paliativista, indicando alguns pontos importantes de serem destacados ao longo desse processo. Desse modo, duas categorias de análise foram criadas a partir dessa exposição: 1) Processos Formativos em Saúde e Cuidados Paliativos: A construção do profissional em destaque; e 2) Assistência em Saúde e Cuidados Paliativos: Operacionalização dos princípios basilares.

PROCESSOS FORMATIVOS EM SAÚDE E CUIDADOS PALIATIVOS: A CONSTRUÇÃO DO PROFISSIONAL EM DESTAQUE

São classificados nessa categoria os artigos A2, A3, A4, A7 e A8. Dentre os estudos analisados, houve um consenso no que diz respeito à fragilidade na formação dos profissionais de saúde ao se trabalhar com Cuidados Paliativos. Nesse sentido, observa-se que, mesmo com dados apontando para um envelhecimento populacional, e dando indícios de um aumento no número de usuários do SUS nesse perfil, a realidade demonstra que profissionais estão sendo formados sem o conhecimento devido acerca dessa abordagem.

Melo *et al.* (2021)¹⁴, por exemplo, ao aplicarem um questionário *on-line* com 24 enfermeiros atuantes na APS do Rio Grande do Sul, chegaram à conclusão que os principais desafios encontrados na atuação dessa categoria compreendem um conhecimento insuficiente sobre a temática, além da falta de preparo técnico e científico e a ausência de uma equipe multiprofissional nos serviços que atuam. Para além do desconhecimento diagnosticado pelos autores, o estudo também aponta para uma escassez de profissionais que possam atuar junto à figura do enfermeiro, quando se trabalha com cuidados paliativos, tornando inviável que o princípio da atuação multiprofissional seja posto em prática.

Mattos e Derech (2020)¹⁵ corroboram esse fato, ao realizarem um estudo com médicos de família e comunidade atuantes na APS. Um de seus achados aponta exatamente para essa ausência de categorias diversificadas que possam contribuir para a prática médica em cuidados paliativos. Para além

disso, os autores indicam ainda uma outra problemática na formação desses sujeitos, ao constatarem que 92% dos participantes não teve nenhuma disciplina sobre cuidados paliativos ao longo da graduação.

Flores *et al* (2019),¹⁶ ao realizarem entrevistas com profissionais de saúde da atenção básica da região de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, observaram que os profissionais participantes da pesquisa não se sentem qualificados para atender os pacientes oncológicos sem possibilidades terapêuticas, devido à formação profissional e a qualificação para o trabalho não atenderem essa demanda. Nesse sentido, percebe-se que o estudo em questão sublinha a importância de considerar a formação em saúde um processo contínuo, que não se encerra ou se limita ao ambiente acadêmico, a exemplo da própria graduação e pós-graduação. Logo, a formação no *locus* de trabalho também é capaz de gerar benefícios a esses profissionais, desde que leve em consideração as demandas existentes no serviço. Entretanto, os artigos analisados mostram que, no que se refere ao aprimoramento de conhecimentos e práticas em cuidados paliativos, ainda existe uma distância entre o cenário idealizado e a realidade vislumbrada nos serviços de saúde.

Quem também chama a atenção para o processo formativo é a pesquisa de Nardino, Olesiak e Quintana (2021),¹⁷ que realizaram entrevistas semiestruturadas com profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar que atendiam pacientes paliativos. Em seus resultados, os autores sublinham que a contemplação dos princípios nas grades curriculares dos cursos de graduação, alinhada ao desenvolvimento pessoal e o bom gerenciamento de emoções podem gerar benefícios para a assistência prestada. Nesse sentido, o foco do estudo recai sobre os profissionais que prestam serviços de saúde na própria residência dos pacientes, lançando reflexões sobre a necessidade de capacitá-los para a oferta de um atendimento que possa levar em consideração as necessidades particulares e heterogêneas de cada sujeito.¹⁷

Para além do cuidado paliativo em si, temáticas que rodeiam esse ponto também podem ser potentes no momento de formar profissionais, a exemplo dos estudos que envolvem o processo de luto e de terminalidade humana. No delineamento realizado por Prado *et al.* (2023),¹⁸ mostrou-se que profissionais de enfermagem sentiram dificuldades em abordar o tema da morte junto aos pacientes e seus respectivos cuidadores, mostrando que não basta explicitar os princípios, sem que estes estejam intimamente conectados à realidade situacional, que envolve temáticas que possam parecer delicadas para determinados sujeitos. O protagonismo dado aos cuidadores nesse delineamento demonstra também uma preocupação cada vez mais crescente relacionada à formação desses sujeitos para a oferta de um cuidado holístico, sobretudo quando se trata de pacientes em fim de vida. Logo, a articulação de cuidadores informais com profissionais que compõem o SAD surge como uma oportunidade de potencializar terapêuticas e medidas benéficas à promoção da dignidade e bem-estar dos usuários.¹⁸

Um passo importante nesse contexto foi dado em 2024, com a Publicação da Política Nacional de Cuidados Paliativos, por meio da Portaria GM nº 3681, que reafirma um compromisso com o incentivo à formação e educação continuada de profissionais da RAS e à realização de atividades educativas direcionadas à população em geral que abranjam a temática.¹⁹

Portanto, ao se traçar essa relação entre o percurso formativo dos profissionais e a temática dos cuidados paliativos, o que se percebe é um conhecimento insuficiente no que diz respeito a aspectos basilares no manejo e trato desse perfil de usuário e seus familiares, trazendo prejuízos à assistência prestada e prejudicado as boas práticas de atendimento em saúde.

ASSISTÊNCIA EM SAÚDE E CUIDADOS PALIATIVOS: OPERACIONALIZAÇÃO DOS PRINCÍPIOS BASILARES

São classificados nessa categoria os artigos A1, A5 e A6. Para além do conhecimento teórico, ao se trabalhar dentro do campo dos cuidados paliativos ou em dispositivos que o abarquem, é necessário ainda se apropriar dos pressupostos que concretizam a prática paliativa, de modo a evitar decisões errôneas em relação à saúde do paciente assistido, falhas bioéticas e o perigo de incorrer em futilidades e/ou obstinações terapêuticas.

Ribeiro e Poles (2019)²⁰ trabalham com uma categoria profissional que também demonstrou uma série de dificuldades no que diz à sua atuação profissional em cuidados paliativos. Ao realizarem entrevistas semiestruturadas com 16 médicos que atuam nas Estratégias Saúde da Família do município de Lavras, Minas Gerais, identificaram que, além do saber exíguo sobre o tema, existe um entrave ao se trabalhar partindo de uma perspectiva holística. Entendendo que a formação e atuação em saúde ainda é muito pautada por uma visão uniprofissional, em que o contato com outros cursos de graduação e categorias também é limitado, alguns reflexos desse modelo educacional acabam aparecendo na prática profissional, prejudicando não só o entendimento das medidas e decisões terapêuticas, quanto a aplicação destas.

Enquanto isso, Spineli *et al.* (2022),²¹ a partir da realização de 19 grupos focais com 181 enfermeiros atuantes na Atenção Primária, obtiveram como um de seus principais resultados que o conhecimento apresentado por esses profissionais, ao lidarem com demandas relacionadas à palição revelou-se limitado. Foram identificadas lacunas básicas e introdutórias no que diz respeito à abstração da temática, como questionamentos referentes à definição dos cuidados paliativos e dos princípios filosóficos que os norteiam. As experiências descritas no estudo evidenciam a necessidade de momentos de educação permanente junto a esses sujeitos, que possam abranger, inclusive aspectos mais gerais, tais como os critérios de elegibilidade dos pacientes, cuidado integral ao paciente e à família, comunicação interpessoal e de notícias difíceis, atuação em equipe multiprofissional e cuidados no final de vida.

Em pesquisa realizada em um subdistrito rural da África do Sul, Van Heerden e Jenkins (2022),²² por meio de entrevistas semiestruturadas e grupos focais temáticos com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), verificaram que apesar de os ACS serem capazes de identificar e encaminhar os pacientes, a palição ainda era muito restrita à enfermeira responsável pela Unidade de Saúde. Além disso, os agentes apresentavam conflitos constantes em relação à capacidade limitada de ofertar algum tipo de cuidado para esses usuários. Partindo do recorte feito na pesquisa supracitada, é possível observar que essa realidade também é comum em outros territórios e serviços, em que um profissional de referência toma para si a responsabilidade majoritária de estabelecer as diretrizes a serem tomadas quando um paciente já não apresenta propostas curativas possíveis. Em outras palavras, a palição acaba sendo feita por um único sujeito, prejudicando a tomada de decisões multiprofissional, que pode apresentar perspectivas e horizontes válidos no itinerário terapêutico.

É válido ressaltar ainda que, por se tratar de uma abordagem possível de ser posta em prática na atenção primária, diversos fatores que prejudicam o bem-estar do paciente por estar hospitalizado são mitigados, favorecendo assim uma prestação de cuidados assistenciais mais humanizada. A hospitalização interrompe as redes de apoio dos pacientes, deixando-os vulneráveis, exigindo que os profissionais os defendam para garantir seus direitos e proporcionar experiências de cuidado positivas.²³ Logo, a palição na atenção básica destaca-se por trazer um papel comunitário à atenção holística no fim de vida.

IMPLICAÇÕES PRÁTICAS DO ESTUDO

A partir dos resultados expressos e discutidos, é possível entender que as investigações acerca da prática dos cuidados paliativos na APS, em especial no que diz respeito à atuação de profissionais e cuidadores, podem gerar benefícios relevantes na estruturação de uma linha de cuidado voltada especificamente a usuários que se encontram em fim de vida ou que estejam passando por uma enfermidade que ameace suas vidas, trazendo aspectos benéficos também aos seus familiares. A ausência de disciplinas robustas e consolidadas nas grades curriculares dos profissionais demonstra uma fragilidade na formação formal dos profissionais, urgindo também uma reformulação dos currículos, de modo a contemplar as discussões que permeiam os cuidados paliativos.

Além disso, a criação e ampliação de políticas públicas que possam dar conta da demanda desse público também aparece como uma importante implicação prática desse estudo, à medida que iniciativas governamentais podem atingir um quantitativo maior de usuários, de modo a trazer inovações e contribuições à assistência prestada nessa seara.

CONCLUSÃO

A partir da análise feita com os artigos selecionados, essa revisão permitiu sumarizar evidências científicas que dizem respeito à atuação profissional nos cuidados paliativos na atenção primária à saúde. Foi possível observar que a formação dos profissionais que atuam nesse campo ainda é muito deficitária, com a escassez ou ausência completa de disciplinas, módulos ou discussões no geral, ao longo da graduação, que contemplem essa temática. Além disso, a prática profissional também é prejudicada quando não se tem uma base teórica consistente, que proporcione ao profissional de saúde uma atuação pautada nos princípios ético-políticos que sustentam a abordagem paliativista.

Indica-se a necessidade de novos estudos que busquem traçar um perfil desse cuidado na atenção básica, de modo a oportunizar a criação de políticas públicas pertinentes ao suporte e aprimoramento dos profissionais no que tange a esse assunto. É importante sublinhar que a publicação da Política Nacional de Cuidados Paliativos, em 2024, já representa um avanço nos debates que cerceiam o tema, permitindo uma maior priorização em torno desse debate.

AGRADECIMENTOS

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), que atua como financiadora desse estudo

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Cuidados Paliativos. 2 ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês, 2023, 424p. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao/view>.
2. World Health Organization (WHO), Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA). Global atlas of palliative care at the end of life. England. 2017. 111p. <https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>.
3. Khamis EAR, Abu Raddaha AH, Nafae WH, Al-Sabeely AA, Ebrahim EE, Elhadary SM. Effectiveness of Aromatherapy in Early Palliative Care for Oncology Patients: Blind Controlled Study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2023;24(8): 2729-2739. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2023.24.8.2729>.
4. Chung V, Sun V, Ruel N, Smith TJ, Ferrell BR. Improving Palliative Care and Quality of Life in Pancreatic Cancer Patients. *J Palliat Med*. 2022;25(5): 720-727. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0187>.
5. Schenker Y, Althouse AD, Rosenzweig M, White DB, Chu E, Smith KJ, Resick JM, Belin S, Park SY, Smith TJ, Bakitas MA, Arnold RM. Effect of an Oncology Nurse-Led Primary Palliative Care Intervention on Patients With Advanced Cancer: The CONNECT Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2021;181(11): 1451-1460. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2021.5185>.
6. Santos AF, Ferreira EA, Guirro UD. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019. 1. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2020. 55p. https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf.
7. Côbo VDA, Dal Fabbro AL, Parreira ACSP, Pardi F. Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos profissionais de saúde. *Bol -Acad Paul Psicol*. 2019;39(97): 225-235. . http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-711X2019000200008&script=sci_arttext
8. Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RS, Silva KL, Santos MLM. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde Debate*. 2019;43(121): 592-604. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>.
9. Rajão FL, Martins M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2020;25(5): 1863-1877. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>.
10. Santos JF, Rocha RM, Costa PAD, Squarcini CFR. Desafios da enfermagem no programa Melhor em Casa: relato de experiência. *Res Soc Dev*. 2022;11(4): e17311427242-e17311427242. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27242>.
11. Lobo LAC, Rieth CE. Saúde Mental e Covid-19: Uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Debate*. 2021;45(130): 885-901. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113024>.
12. Cabral MVA, Araújo JAC, Sousa AM, Reis PB, Bitencourt EB, Costa RAS, *et al*. Análise dos aspectos gerais e as etapas da revisão de literatura integrativa para profissionais da saúde. *BJIHS*. 2023;5(4): 1459-1469. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n4p2-1459-1469>.
13. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Quality Improvement and Monitoring at your fingertips. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2017. <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>.
14. Melo CM, Sangoi KM, Kocchann JK, Hesler LZ, Fontana RT. Concepções, desafios e competências dos enfermeiros em cuidados paliativos na atenção primária à saúde. *Nursing*. 2021;24(277): 5833-5846. <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i277p5833-5846>.
15. Mattos CW, Derech RD. Cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária à saúde brasileira: um survey nacional. *RBMFC*. 2020;15(42): 2094-2094. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2094](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2094).

16. Flores TG, Silva KF, Giaretton DWL, Weiller TH, Pucci VR. Formação profissional: cuidado ao paciente oncológico sem possibilidade terapêutica na Atenção Básica. *Rev APS*. 2019;22(3): 574-586. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.15931>.
17. Nardino F, Olesiak LR, Quintana AM. Significações dos cuidados paliativos para profissionais de um serviço de atenção domiciliar. *Psicol Ciênc Prof*. 2021;41: e222519. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003222519>.
18. Prado RT, Leone DRR, Souza TM, Pereira PBA, Lopes ES, Castro EAB. Teoria fundamentada sobre o tornar-se cuidador de um familiar em cuidado paliativo pela atenção domiciliar. *REVENF*. 2023;45: 1-14. <http://dx.doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.i45.49378>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos – PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*. 07 Mai 2024. <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-87-2024-publicada-a-portaria-gm-n-3681-que-institui-a-politica-nacional-de-cuidados-paliativos-no-ambito-do-sus-por-meio-da-alteracao-da-portaria-de-consolidacao-gm-ms-n/>.
20. Ribeiro JR, Poles K. Cuidados paliativos: prática dos médicos da estratégia saúde da família. *RBEM*. 2019;43: 62-72. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3RB20180172>.
21. Spineli VMCD, Costa GD, Minosso JSM, Oliveira MAC. Educational needs in palliative care of Primary Health Care nurses. *REBEn*. 2022;75(3): e20210391-e20210391. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0391>.
22. Van Heerden EM, Jenkins LS. The role of community health workers in palliative care in a rural subdistrict in South Africa. *PHCFM*. 2022;14(1): 1-9. <http://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v14i1.3657>.
23. Mattei GN, Schapko TR, Cheffer MH, Backes MTS, Ferrari MAP, Baggio MA. Assistência ao parto: profissional de enfermagem como advogado da parturiente. *Saud Pesq*. 2024;17(1): e-11893. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2024v17n1.e11893>.

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FACULDADE 05 DE JULHO
CEP/ F5



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAR PARA CUIDAR: INTERVENÇÕES COM PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MELHOR EM CASA ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Pesquisador: Roberlandia Evangelista Lopes Ávila

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 88062525.4.0000.0387

Instituição Proponente: ASSOCIACAO IGREJA ADVENTISTA MISSIONARIA - AIAMIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.556.098

Apresentação do Projeto:

O presente Projeto visa investigar a necessidade de realização de intervenções formativas sobre Cuidados Paliativos junto aos profissionais do Programa Melhor em Casa (PMeC) do município de Sobral, Ceará.

Pressupõe-se que a atuação dos cuidados paliativos no âmbito na atenção domiciliar ainda carece de bases mais consistentes, no que diz respeito à formação e atuação dos profissionais que atuam nesse dispositivo ao se deparar com usuários paliativos, de modo a fortalecer a prática dessa abordagem, bem como reforçar os princípios ético-clínicos que a embasam.

No que tange às suas etapas, a presente pesquisa buscará dar conta de um itinerário metodológico dividido em quatro fases principais, a saber: exploratória, de planejamento, de ação e de avaliação. Como instrumento para coleta de informações, serão feitas

entrevistas narrativas com profissionais que atuam no Programa Melhor em Casa do município de Sobral, Ceará. O tempo estimado de realização de cada entrevista é de 30 minutos.

Pretende-se que as entrevistas sejam feitas de forma presencial, no próprio ambiente de trabalho dos profissionais que aceitarem participar da pesquisa, em uma sala reservada, objetivando ter o mínimo de interrupções ao longo desse momento. As mesmas serão audiogravadas por intermédio de um celular, a depender do consentimento do participante.

estudo será realizado junto aos profissionais que atuam na sede do Programa Melhor em Casa, do município de Sobral, Ceará. A escolha do equipamento se deu pelo fato do mesmo ter

Endereço: Rodovia Raimundo do Carmo Arruda, Estrada do Jordão, Km 02, nº 3000, BLOCO A

Bairro: Mucambinho

CEP: 62.108-000

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)99259-9952

E-mail: cep.f5@faculdadef5.com.br

FACULDADE 05 DE JULHO CEP/ F5



Continuação do Parecer: 7.556.098

contato direto com pacientes paliativos, além de ser composto por uma equipe multiprofissional, perfazendo um perfil diversificado de profissionais.

Pretende-se que o período de coleta de informações esteja situado no primeiro semestre de 2025, mediante aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade 05 de Julho. Participarão da pesquisa os profissionais de nível médio e superior que atuem no Programa Melhor em Casa do município de Sobral, Ceará. Atualmente, o PMeC atende uma média de 45 pacientes distribuídos entre os bairros de Sobral.

Quanto aos critérios de inclusão e exclusão, tem-se o seguinte:

a) Critério de Inclusão:

Participantes que aceitarem participar da pesquisa após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, serão incluídos apenas participantes que atuem por, no mínimo, seis meses no dispositivo supracitado, de modo a captar profissionais cujo tempo de experiência no programa permitam ter vivenciado um maior contato com pacientes em perfil paliativo.

b) Critério de Exclusão:

Será adotado o fato de o profissional estar afastado do trabalho por motivos de saúde/licença médica, além de serem excluídos aqueles participantes que não foram captados desde o momento da entrevista, ou seja, participarão dos momentos de intervenção formativa apenas aqueles profissionais que também foram entrevistados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Realizar intervenções formativas sobre Cuidados Paliativos junto aos profissionais do Programa Melhor em Casa do município de Sobral, Ceará.

Objetivo Secundário:

- Diagnosticar os principais desafios desses profissionais no manejo e encaminhamentos de pacientes em Cuidados Paliativos;
- Identificar estratégias potencializadoras do cuidado ao paciente paliativo utilizadas por esses profissionais;
- Especificar as influências do trabalho multiprofissional na assistência prestada aos pacientes em cuidados paliativos no PMeC;
- Planejar e sistematizar propostas e ações formativas que tenham por base as

Endereço: Rodovia Raimundo do Carmo Arruda, Estrada do Jordão, Km 02, nº 3000, BLOCO A

Bairro: Mucambinho

CEP: 62.108-000

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)99259-9952

E-mail: cep.f5@faculdedef5.com.br

FACULDADE 05 DE JULHO ζ CEP/ F5



Continuação do Parecer: 7.556.098

necessidades identificadas na prática dos profissionais do PMeC junto a esses usuários;
- Avaliar as estratégias interventivas realizadas junto aos profissionais participantes da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

São apresentados no Projeto os seguintes riscos e benefícios.

Quanto aos riscos, as possíveis complicações que o participante pode ter ao participar dessa pesquisa são a necessidade de dispor de um tempo maior para poder responder às perguntas que serão feitas no momento da entrevista, além da possibilidade de se sentir sensibilizado diante dos questionamentos, o que pode aflorar sentimentos que gerem algum tipo de sofrimento ou constrangimento que algumas pessoas sentem quando estão fornecendo

informações sobre si mesmas ou sobre suas atividades laborais.

Além disso, o participante pode se sentir cansado em decorrência do tempo que será necessário para a realização das entrevistas. Para tanto, o roteiro da entrevista que será utilizado na pesquisa foi construído e adaptado de modo a minimizar esses riscos.

Existe ainda o risco de vazamento de informações pessoais ou identificação indireta, especialmente em análises qualitativas detalhadas.

Participantes que discordam dos objetivos ou da abordagem da pesquisa podem se sentir desconfortáveis ou incomodados. Como forma de minimizar tal situação, antes do início da pesquisa, os participantes serão claramente informados sobre os objetivos, metodologia e possíveis temas sensíveis abordados.

A divulgação de resultados pode impactar negativamente as relações com instituições ou profissionais envolvidos, especialmente se os resultados forem críticos. Assim, os pesquisadores se empenharão em comunicar os resultados de forma construtiva e equilibrada, destacando tanto as áreas de sucesso quanto as de melhoria.

No que se refere aos benefícios, espera-se que, a partir dos resultados obtidos com a pesquisa, seja possível pensar em possíveis estratégias que contribuam para o processo

formativo permanente e contínuo dos profissionais que atuam no PMeC do município de Sobral, Ceará.

Além do fato da própria pesquisa pretender realizar momentos de intervenção formativa junto a esses participantes, espera-se que tais iniciativas tenham uma continuidade. Tais medidas possibilitarão aperfeiçoar a assistência prestada, gerando benefícios em um duplo direcionamento: tanto para os usuários (paciente e familiares), que poderão ser agraciados com uma assistência de qualidade, quanto para o profissional, que verá nisso uma

Endereço: Rodovia Raimundo do Carmo Arruda ζ Estrada do Jordão, Km 02, nº 3000, BLOCO A

Bairro: Mucambinho

CEP: 62.108-000

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)99259-9952

E-mail: cep.f5@faculdadef5.com.br

FACULDADE 05 DE JULHO CEP/ F5



Continuação do Parecer: 7.556.098

oportunidade de refinar seu conhecimento e suas práticas no que tange aos cuidados paliativos.

Por consequência disso, o impacto gerado pela análise dessas informações também poderá ser sentido em outros níveis de complexidade em saúde, tendo em vista que a atenção domiciliar gera impactos em toda a RAS, proporcionando benefícios a outros espaços e dispositivos.

Dessa forma, o estudo busca equilibrar os riscos potenciais com benefícios significativos, promovendo a equidade, a inclusão e o entendimento crítico dentro do SUS e na sociedade. A abordagem ética e cuidadosa será fundamental para maximizar os benefícios e minimizar os riscos associados à pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante para contribuir na formação dos profissionais do Programa Melhor em Casa do município de Sobral, CE, para promover positivamente os serviços de Cuidados Paliativos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresenta os termos obrigatórios a saber: Folha de Rosto, Anuência Institucional, assinada pela diretoria da Faculdade; Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); Orçamento e Cronograma.

Recomendações:

Enviar Relatório Final ao CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências elencadas foram devidamente acatadas e inseridas no TCLE, quais sejam:

- breve explicação sobre o sigilo e anonimato das gravações;
- menção explícita que o participante pode se recusar a responder perguntas que lhe causem desconforto;
- informação do tempo máximo de guarda dos dados coletados;
- TCLE deve trazer de forma expressa e objetiva sobre o aceite da gravação da fala e imagem ou somente fala.

Considerações Finais a critério do CEP:

Colegiado seguiu Parecer da Relatoria.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rodovia Raimundo do Carmo Arruda, Estrada do Jordão, Km 02, nº 3000, BLOCO A

Bairro: Mucambinho

CEP: 62.108-000

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)99259-9952

E-mail: cep.f5@faculdadef5.com.br

FACULDADE 05 DE JULHO CEP/ F5



Continuação do Parecer: 7.556.098

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2445242.pdf	29/04/2025 16:21:34		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/04/2025 16:20:48	Jorge Samuel de Sousa Teixeira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO.pdf	29/04/2025 16:20:38	Jorge Samuel de Sousa Teixeira	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	23/04/2025 10:59:30	Jorge Samuel de Sousa Teixeira	Aceito
Outros	CURRICULO_PESQUISADOR_ASSISTENTE.pdf	17/04/2025 10:43:16	Jorge Samuel de Sousa Teixeira	Aceito
Outros	CURRICULO_PESQUISADORA_PRINCIPAL.pdf	17/04/2025 10:42:52	Jorge Samuel de Sousa Teixeira	Aceito
Outros	CARTASOLICITACAOCEP.pdf	17/04/2025 10:41:45	Jorge Samuel de Sousa Teixeira	Aceito
Outros	TERMODECOMPROMISSOPARAUTILIZACAOEDADOS.pdf	17/04/2025 10:41:23	Jorge Samuel de Sousa Teixeira	Aceito
Outros	ROTEIRO.pdf	17/04/2025 10:39:45	Jorge Samuel de Sousa Teixeira	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	17/04/2025 10:38:31	Jorge Samuel de Sousa Teixeira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	_DECLARACAO_PESQUISADORES_MODELO.pdf	17/04/2025 10:38:19	Jorge Samuel de Sousa Teixeira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	17/04/2025 10:38:08	Jorge Samuel de Sousa Teixeira	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	17/04/2025 10:36:17	Jorge Samuel de Sousa Teixeira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOBRAL, 08 de Maio de 2025

Assinado por:
FABIENE LIMA PARENTE
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia Raimundo do Carmo Arruda, Estrada do Jordão, Km 02, nº 3000, BLOCO A

Bairro: Mucambinho

CEP: 62.108-000

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)99259-9952

E-mail: cep.f5@faculdadef5.com.br