



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA

NÚCLEO DE SAÚDE - NUSAU

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**Edilson Alves da Silva**

**Projeto *estaremos ao seu lado*:**

Uma proposta de cuidados paliativos na atenção primária à saúde, Vilhena-RO

Porto Velho - RO

2019

**Edilson Alves da Silva**

**Projeto *estaremos ao seu lado*:**

Uma proposta de cuidados paliativos na atenção primária à saúde, Vilhena-RO

Porto Velho - RO  
2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Fundação Universidade Federal de Rondônia  
Gerada automaticamente mediante informações fornecidas pelo(a) autor(a)

---

S586 p Silva, Edilson Alves Da Silva.

Projeto estaremos ao seu lado: uma proposta de cuidados paliativos na atenção primária à saúde, Vilhena-RO / Edilson Alves Da Silva Silva. – Porto Velho, RO, 2019.

67 f. : il.

Orientador(a): Prof. PhD Jose Odair Ferrari

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Fundação Universidade Federal de Rondônia

1.Cuidados Paliativos. 2.Doenças crônicas não transmissíveis. 3.Atenção Primária à Saúde. 4.Envelhecimento. I. Ferrari, Jose Odair. II. Título.

CDU 614

---

Bibliotecário(a) Edoneia Sampaio S. Miranda

CRB 11/947

**Edilson Alves da Silva**

**Projeto *estaremos ao seu lado*:**

Uma proposta de cuidados paliativos na atenção primária à saúde, Vilhena-RO

Projeto de intervenção apresentado à Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR, em cumprimento dos requisitos necessários para Qualificação e obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

**Orientador:** Prof. PhD. José Odair Ferrari

Porto Velho - RO  
2019

A **Deus**, autor da vida, depositante de sabedoria e impulsionador da fé, que encoraja a seguir caminhos grandes e firmes que não sabemos, a minha **família** de valor imensurável, que compartilharam de todos os momentos para a concretização deste trabalho.

## AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho proporcionou a satisfação do encontro com pessoas as quais tive o prazer de conviver e assim somaram para a construção do conhecimento que ora se apresenta.

Gratidão aos meus pais que me ensinaram a ter convicções imprescindíveis para aprender todos os dias.

Ao meu amigo Márcio Rogério Fernandes e família que me fortaleceram a seguir diante de impossibilidades.

Ao meu Orientador Professor PhD Odair José Ferrari pela dedicação e confiança mútua.

A Professora Dr.<sup>a</sup> Kátia Fernanda Alves Moreira sempre em prontidão e disposta a incentivar a buscar ao máximo nossas capacidades.

A Professora Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia Escobar pela inspiração a alcançar conhecimentos.

Aos demais professores, a Universidade Federal de Rondônia, ao PROFSAUDE e aos colegas de turma que juntos assumiram esse desafio e consolidaram a realização deste projeto.

Quando morrem as razões para viver, entram  
em cena as razões para morrer.

(ALVES, Rubem; A maçã e outros sabores, p.  
23, 2009)

## RESUMO

**Introdução:** A população brasileira envelhece rapidamente e em consequência do aumento proporcional do número de idosos, surge a inadiável necessidade de atenção e cuidados relacionados aos dias que precedem a inevitável morte e que são apropriadamente denominados Cuidados Paliativos. Os Cuidados Paliativos abordam ações direcionadas aos pacientes e familiares, com a finalidade de proporcionar alívio dos sintomas e sofrimentos, no âmbito físico, psicológico, social e espiritual. **Objetivos:** Promover uma intervenção para melhorar a qualidade do atendimento aos usuários que requerem cuidados paliativos no âmbito da atenção primária à saúde – APS; identificar e mensurar as necessidades, como também, proporcionar espaço de educação permanente em saúde - EPS - na equipe de estratégia de saúde da família – eESF Bela Vista, articulado ao gestor de forma que este agente propicie condições e recursos para que estes cuidados sejam devidamente ofertados. **Metodologia:** Projeto de intervenção - PI que visou avanços nos cuidados paliativos - CP ofertados em ambiente da eESF bela vista e projetando posteriores implementações em outros pontos da rede. A educação permanente em saúde – EPS foi estabelecida como principal estratégia de potencializar este cuidado. A metodologia ativa como reflexão do conhecimento prévio e a partir destes construir novos saberes, levando em consideração as necessidades identificadas na realidade do território da eESF foi priorizado neste espaço de EPS. **Resultados:** As metas estabelecidas foram alcançadas parcialmente, destacando positivamente o espaço de EPS, como também, o cadastro e acompanhamento em 100% dos pacientes com necessidade de CP no território adscrito da eESF bela vista, promovendo um deslocamento positivo no cuidado a estes usuários. A criação de protocolos locais, disponibilidade de insumos, medicamentos e transporte ficaram prejudicados por falta de continuidade na gestão da saúde municipal. **Conclusão:** A assistência ao usuário que necessite de CP tem relevante importância e justifica o empoderamento dos profissionais da APS de tal forma que a equipe possa propiciar avanços na prestação de cuidados a estes usuários. A cobertura adequada do território adscrito contribui positivamente na assistência de Cuidados Paliativos o que fortalece o vínculo e permite o cuidado adequado. A disponibilidade de protocolos que contemplem a realidade da APS se torna uma prioridade frente ao baixo nível de conhecimento sobre o tema Cuidado Paliativo. A inexistência de medicações, insumos e transportes ao alcance da eESF impactam decisivamente no cuidado aos usuários e suas necessidades.

Palavras Chaves: Cuidados Paliativos, Atenção Primária à Saúde, Envelhecimento, Doenças crônicas não transmissíveis.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Brazilian population gets older quickly and as a result of the proportional increase in the number of elderly people, there is the urgent need for care and attention related to the days before the inevitable death and which are appropriately called Palliative Care. Palliative Care addresses actions directed at patients and families, with the purpose of providing relief of symptoms and suffering, in the physical, psychological, social and spiritual spheres. **Objectives:** To promote an intervention to improve the quality of care for users who require Palliative Care in primary health care - PHC; identify and measure needs, as well as provide permanent health education space - EPS - in the family health strategy team - eESF, articulated to the manager so that this agent provides conditions and resources for these care to be properly offered. **Methodology:** The study is supported by analysis model, ie, situational diagnosis (DLS) by quick estimation, problem tree, action plan by means of the 5W2H matrix. This Intervention Project aims to address and measure the demand of patients who require Palliative Care in the context of PHC with the use of Active Methodology and its tools as a source of data and knowledge about the offer of Palliative Care. **Results:** Based on the goals established in the construction of this IP some objectives were achieved in full and others did not obtain the expected success. The fulfillment of the goals had a direct relationship with the governance of the actors responsible for their implementation of the IP. However, what depended on participation of the municipal management was made unfeasible by an unexpected sequence of changes in the command of the executive and his advisors. **Conclusion:** Assistance to the user who needs Palliative Care has relevant importance and justifies the empowerment of PHC professionals in such a way that the team can provide advances in the provision of care to this user. The adequate covering of the assigned territory contributes positively to Palliative Care assistance, which strengthens the bond and allows adequate care. The availability of protocols that contemplate the reality of PHC becomes a priority given the low level of knowledge on the topic of Palliative Care. The lack of medications, supplies and transport within the scope of the eESF have a decisive impact on the care of users and their needs.

Key Words: Palliative Care, Primary Health Care, Get Older, Chronic non transmissible diseases.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pirâmides Etárias Absolutas .....	23
Figura 2 – Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade - Rondônia .....	23
Figura 3 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade - Vilhena-RO.....	24
Figura 4 - Árvore explicativa dos problemas relacionados ao envelhecimento da população e doenças crônicas não transmissíveis -DCNT.....	35
Figura 5 - Espiral construtivista do processo de ensino-aprendizagem a partir da exploração de um disparador. Fonte: traduzido e adaptado de lima, v.v. learning issues raised by students during pbl tutorials compared to curriculum objectives. Chicago, 2002 [diss .....	40
Figura 6 - Relatório de cadastro individual .....	48
Figura 7 - População por faixa etária .....	48
Figura 8 - Equipe de estratégia de saúde da família Bela Vista – Vilhena .....	49
Figura 9 - Visita domiciliar – equipe de estratégia de saúde da família bela vista – Vilhena-RO.....	50
Figura 10 - Equipe de estratégia de saúde da família bela vista – Vilhena-RO .....	50
Figura 11 - Visita domiciliar – equipe de estratégia de saúde da família Bela Vista – Vilhena-RO ....	52
Figura 12 - Reunião de EPS – equipe de estratégia de saúde da família Bela Vista / NASF – Vilhena-RO .....	53
Figura 13 - Reunião de EPS – equipe de estratégia de saúde da família Bela Vista / NASF – Vilhena-RO .....	53
Figura 14 - Reunião de EPS – equipe de estratégia de saúde da família Bela Vista/NASF – Vilhena-RO .....	54
Figura 15 - Reunião de EPS – equipe de estratégia de saúde da família bela vista / SAD – Vilhena-RO .....	55

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Temas.....	41
Quadro 2 - Objetivos e Metas .....	44
Quadro 3 - Problema e Meta .....	45
Quadro 4 - Indicadores de monitoramento e avaliação.....	47

## LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde  
AD – Atenção Domiciliar  
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (em inglês)  
ANCP- Academia Nacional de Cuidados Paliativos  
APS – Atenção Primária da Saúde  
AVEi - Acidente Vascular Isquêmico  
CACONs – Centro de Alta Complexidade em Oncologia  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CONPEP – Comissão de Ética em Pesquisa  
CP – Cuidados Paliativos  
DANT – Doenças e Agravos não Transmissíveis  
DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis  
DLS – Diagnóstico Local de Saúde  
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica  
EAD- Ensino a Distância  
EPS – Educação Permanente em Saúde  
eESF – Equipe de Estratégia de Saúde da Família  
eSUS AB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
GM- Gerência Ministerial  
HIV – Vírus da Imunodeficiência humana (em inglês)  
HRV – Hospital Regional de Vilhena  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano  
INCA – Instituto Nacional do Câncer

MA – Metodologias Ativas  
MS – Ministério da Saúde  
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
OT – Oficinas de Trabalho  
PI – Projeto de Intervenção  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PST – Projeto de Saúde no Território  
PTS – Projeto Terapêutico Singular  
POP – Protocolo Operacional Padronizado  
RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde  
RMFC – Residência de Medicina de Família e Comunidade  
RO – Rondônia  
SAD – Serviço de atendimento domiciliar  
SAMU – Serviço de atendimento móvel de urgência  
SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TBN – Taxa Bruta de Natalidade  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UNASUS – Universidade Aberta do SUS  
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para Infância  
UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo  
UNIR – Universidade Federal de Rondônia  
WPCA – Worldwide Palliative Care Alliance  
VD – Visitas Domiciliares

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2 PROBLEMÁTICA</b> .....	18
2.1 A REALIDADE DE VILHENA - RO .....	20
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	21
3.1 OBJETIVO GERAL.....	21
3.1.1 Objetivos específicos.....	21
<b>4 JUSTIFICATIVA</b> .....	21
<b>5. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	27
5.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	27
5.1.1 Cuidados Paliativos.....	29
<b>6 ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE VILHENA</b> .....	34
6.1 PRIORIZAÇÕES DOS PROBLEMAS .....	35
6.1.1 Árvore de problemas (e os nós críticos).....	35
<b>7 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	35
7.1 DESENHO DA PESQUISA.....	35
7.1.1.1 Cenário do estudo.....	37
7.1.1.1 Público-alvo .....	38
7.1.1.1.1 Parcerias estabelecidas .....	42

7.1.1.1.1.1 Aspectos Éticos.....	42
<b>8 METAS.....</b>	<b>44</b>
<b>9 PLANO DE AÇÃO.....</b>	<b>45</b>
9.1 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO.....	47
9.1.1 Indicadores de monitoramento e avaliação.....	47
<b>10 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>48</b>
<b>11 CONCLUSÃO.....</b>	<b>56</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>58</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>61</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO GESTOR.....</b>	<b>61</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>62</b>
<b>APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS.....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO A - ESCALA DE RESULTADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS.....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO B – ESCALA DE ZARIT.....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO C – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXO D – ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO.....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXO E – DECLARAÇÃO DO ORIENTADOR.....</b>	<b>69</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As mudanças no perfil populacional, social e econômico acarretaram transformações na prevalência das doenças prevalentes na população brasileira.

Na primeira metade do século XX no Brasil, as Doenças Infecciosas Transmissíveis eram as causas de morte mais frequentes. A partir dos anos 60, as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) passaram a ter lugar de destaque no perfil epidemiológico da nossa população. (BRASIL, 2011a).

A maior prevalência de mortes por doenças crônicas pode ser verificada em todas as regiões do país, sendo de 65,3% na região Norte, 74,4% no Nordeste, 69,5% no Centro-Oeste, 75,6% no Sudeste e 78,5% no Sul (MALTA, 2011).

A transição epidemiológica é decorrente da transição demográfica, em consequência de significativa queda nas taxas de fecundidade e natalidade e um progressivo aumento percentual na população de idosos. Esta transição favorece o aumento das doenças crônico-degenerativas (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, doenças respiratórias), ao mesmo tempo em que se verifica uma mudança nos hábitos alimentares e no perfil nutricional da população com excesso de peso (sobrepeso e obesidade) e diminuição expressiva da desnutrição. Chama a atenção o aumento na ocorrência dos traumas decorrentes de causas externas, como violências, acidentes e envenenamentos, entre outros (BRASIL, 2011a).

As doenças crônicas não transmissíveis – DCNT são responsáveis por cerca de 70% dos gastos assistenciais com a saúde no país (BRASIL, 2011a) e o registro de doenças infecciosas transmissíveis se aproximou da incidência das doenças crônicas, visto que as primeiras passaram a ter curso de longa duração e não mais o curso rápido, que era o comum para tais agravos. Por isso, em 2003, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs a divisão das condições de saúde em agudas e crônicas.

Este trabalho pretende abordar a compreensão de condições crônicas que, segundo Mendes, são as circunstâncias nas quais a saúde das pessoas se apresenta de forma mais persistente e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e dos próprios usuários (MENDES, 2012).

As condições crônicas têm um período de duração superior a três meses, com evolução lenta, múltiplas causas, perdas funcionais e, em muitos casos, tendem a se apresentar de forma definitiva e permanente, tornando-se uma doença crônico-degenerativa (WAGNER, 1998). Dessa forma, impactam fortemente a saúde dos grupos sociais, com prejuízos no âmbito econômico da família e do país, pois afetam a qualidade de vida do indivíduo, limitam potencialidades e causam mortes prematuras (MENDES, 2012).

Segundo Mendes (2012), as condições crônicas vão além das doenças crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas), pois envolvem: doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/AIDS, doenças respiratórias crônicas); condições ligadas à manutenção da saúde e à qualidade de vida por ciclos vitais (puericultura, hebicultura e senicultura); distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais permanentes (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes).

A evolução progressiva e degenerativa das condições crônicas, associadas à demanda por assistência contínua e permanente, requer a ampliação, nos diversos pontos da rede, da cobertura dos cuidados contínuos que envolvem questões relacionadas ao controle das doenças crônicas e à qualidade de vida (PINTO, 2009).

Prover assistência contínua nas condições crônicas significa manter os cuidados e a atenção também nos momentos silenciosos das doenças, pois é quando estas evoluem sem a percepção daquele que é o alvo do processo degenerativo e sofrimentos decorrentes (MENDES, 2012). A cura das doenças deixou de ser o único foco da assistência na saúde, dando lugar aos cuidados que abrangem as necessidades físicas e espirituais dos indivíduos (SAITO; ZOBOLI 2015).

É um desafio para a Atenção Primária à Saúde (APS) atingir um grau de reorganização para o atendimento das condições crônicas, pois ao longo de sua conformação, os serviços de saúde se organizaram e focaram o atendimento às condições agudas ou, quando muito, aos episódios de agudização de condições crônicas (MENDES, 2012). No Sistema Único de Saúde (SUS), estes eventos são atendidos de forma fragmentada, episódica e reativa, sem sucesso, tal qual nos países desenvolvidos que viveram esta situação em épocas passadas.

A Portaria nº 841, de 02 de maio de 2012, que estabelece a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do SUS, define ações e serviços da APS:

Promoção à saúde; prevenção de agravos; vigilância à saúde; tratamento, acompanhamento, redução de danos, reabilitação, com ênfase nas necessidades e problemas de saúde de maior frequência e relevância no território/contexto, observados critérios de risco e vulnerabilidades; acolhimento e atenção à demanda espontânea, incluindo as urgências e emergências nas UBS; atenção e cuidado continuado/programado, nas unidades de saúde e em domicílio, quando for necessário; indicação, prescrição, realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos no âmbito da APS; atividades de atenção individual e coletivas; atividades de vigilância em saúde; atenção a todos os cidadãos do território sob a responsabilidade das unidades, independente dos ciclos de vida, gênero ou problema de saúde apresentados; ações de Atenção Domiciliar (AD); atenção à Saúde Bucal; ações e serviços pertinentes às Práticas Integrativas e Complementares; Vigilância Nutricional, Alimentar e Atenção Nutricional; coordenação do cuidado, incluindo o acesso às ações e aos serviços fora do âmbito da APS (BRASIL, 2012).

Na abordagem das condições crônicas, um dos pontos de atenção privilegiados da APS é o domicílio.

A Atenção Domiciliar, no âmbito do SUS, tem diretrizes definidas pela Portaria do MS nº 2.029 a qual se parte da premissa da reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na APS, nos ambulatórios e hospitais, com o objetivo de reduzir a demanda por atendimento hospitalar e/ou do período de permanência de pacientes internados, contribuindo para a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2011b).

A RENASES contém extensa lista de ações e serviços de saúde que competem à APS oferecer aos usuários do SUS, dentro do princípio da integralidade. A AD consta nessa Relação como atribuição da APS, sendo que uma das ações da AD é a oferta dos Cuidados Paliativos (CP), essenciais para a atenção continuada das condições crônicas.

## **2 PROBLEMÁTICA**

Os Cuidados Paliativos (CP) são ações ativas e integrais prestadas a pacientes com doença progressiva e irreversível. Estes cuidados incluem: alívio dos sintomas; controle da dor; prevenção e apoio nos sofrimentos físico, psicológico, social e espiritual dos pacientes e familiares (OMS, 2003). Os pacientes com doenças crônicas, progressivas e incuráveis e seus familiares, usualmente preferem que os cuidados sejam feitos no domicílio, na fase terminal da doença (FLORIANI; SCHRAMM, 2007).

Os Cuidados Paliativos (CP) promovem a qualidade de vida e o alívio dos sintomas de pacientes fora de possibilidades de cura.

A expressão “paciente fora de possibilidades de cura” designa uma situação em que a ciência não proporciona mais condições de tratamento curativo, tornando-se o objetivo principal da assistência o cuidado e não mais a cura, a fim de promover a qualidade de vida dos pacientes, proporcionando mais vida a seus dias (PIVA; CARVALHO, 1993). Assim, os CP não equivalem mais à assistência exclusiva para quando a morte é iminente. Nos últimos anos, vem se compreendendo os CP como a assistência que precisa ser ofertada desde o estágio inicial das doenças crônicas progressivas e incuráveis, oferecendo aos pacientes e familiares, mais serenidade na vivência da condição crônica de saúde (PESSINI; BERTHACHINI, 2006).

Os CP incluem as ações paliativas que se iniciam desde o momento do diagnóstico das condições crônicas, progressivas e incuráveis. Acompanham as terapêuticas potencialmente modificadoras do curso da doença e, na medida em que o tratamento modificador da doença, ou seja, o que objetiva a cura, perde efetividade, ganha importância a palição, até que, na fase terminal, se tornam imperiosas as ações para proporcionar um final de vida digno, sem dor e com o sofrimento minimizado, por meio de abordagem humanística e controle adequado dos sintomas, que se estendem com o apoio aos familiares e cuidadores, no período do luto (ANCP, 2015).

Quando alguém descobre que sua doença não pode ser curada, usualmente, está ativo, ainda ocupado no trabalho e/ou nos afazeres domésticos. Nesse momento, já devem começar os Cuidados Paliativos, ou seja, nas fases mais precoces da doença, para ajudar no controle de sintomas difíceis, dos vários efeitos colaterais dos medicamentos, bem como no suporte emocional ao (LAVY; BOND; WOOLDRIDGE 2009). Portanto, os CP requerem projetos terapêuticos planejados por equipe multiprofissional e não se restringem a um contexto ou instituição determinada, devendo ser realizados em todos os níveis/pontos de atenção à saúde. Entretanto, isso não significa que todos os procedimentos de CP devam ser ofertados em todos os serviços ou pontos de atenção. De qualquer forma, reconhecer que as necessidades de CP precisam ser atendidas e estruturar o sistema de saúde para assegurar que isso ocorra é tarefa urgente e estratégica a ser encarada pelos diferentes níveis de atenção (MITCHELL et al., 2010).

Para a efetivação dessa modalidade nas Redes de Saúde à Saúde (RAS) é necessária uma determinação política e social, que vise promover tanto quanto possível e até ao fim da

vida o bem-estar e a qualidade de vida desses pacientes (QUILL et al., 2009). Ainda hoje, é preciso estudos sobre CP para melhor compreender, e gerir mais adequadamente as complicações clínicas e a reestruturação dos serviços para o atendimento das demandas por este tipo de cuidado (MACHADO et al, 2009). Frente a esse cenário e considerando a capilaridade da APS com a ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) pergunta-se: Como melhorar o cuidado aos usuários que necessitam de CP?

## 2.1 A REALIDADE DE VILHENA - RO

O aumento da população de idosos e doenças crônicas não transmissíveis tem contribuído para uma parcela significativa de usuários que necessitam de cuidados paliativos.

A realidade de Vilhena não difere do resto do país ou mundo, refletindo uma intervenção junto a estes usuários que estão sob os cuidados iniciais das equipes de estratégia de saúde da família.

O aumento das DCNTs como principal causa de morte e o aumento da longevidade da população da maioria dos países implica em um desafio crescente para o sistema de saúde. Essas condições são frequentemente associadas às limitações físicas e sociais do avançar da idade, com quadros de multimorbidade, com a necessidade de cuidados contínuos e com a sobrecarga dos cuidadores. Assim, é necessário refletir sobre os modelos de ação dos serviços e as políticas de saúde para oferecer suporte adequado até o fim da vida.

A insuficiência dos serviços que lidam com cuidados paliativos como também a carência de profissionais habilitados para tal tarefa, tem se tornado um nó crítico importante para alcançar estes usuários que necessitam de cuidados paliativos. A incapacidade de ofertar uma assistência neste período da vida que envereda para o fim torna-se crítico ao observar a formação deficiente dos profissionais da saúde, e em especial o médico, para lidar com a morte inevitável e o sofrimento presente para usuários e familiares.

A demanda por uma abordagem específica, como nos CP, impõe a necessidade de capacitar os profissionais para a ampliação da resolutividade e da qualificação da APS na atuação nessa área. (TWYXCROSS,2000).

Os profissionais envolvidos no cuidado no fim da vida devem ser capazes de associar os conhecimentos técnicos com as realidades e as necessidades dos

pacientes e familiares nesse momento de maior sensibilidade física e emocional associada ao tema morte e morrer. Tais questões exigem a habilidade de lidar com relações humanas complexas, muitas vezes negligenciadas na formação profissional. (VALENTE SH,2009).

Atuar em duas frentes prioritárias de intervenção, uma delas diz respeito aos serviços de saúde inexistente ou despreparado para dar assistência a estes usuários com sequelas por doenças crônicas, a segunda frente junto aos profissionais que não possuem formação adequada para lidar com o sofrimento final e conseqüente morte inevitável.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Melhorar a qualidade do atendimento aos usuários portadores de condições patológicas incuráveis ou irreversíveis que requerem cuidados paliativos.

##### **3.1.1 Objetivos específicos**

Identificar onde estão estes usuários que necessitam de cuidados paliativos;

Proporcionar a Capacitar os profissionais e equipes para o atendimento destes usuários em suas residências;

Criar protocolos e fluxos na rede municipal de saúde - RAS, em especial na APS, para contemplar o atendimento de cuidados paliativos em território domicílio do usuário;

Articular junto à gestão municipal os insumos e medicamentos, como também estrutura de transporte e agenda para contemplar este atendimento pela equipe multiprofissional.

### **4 JUSTIFICATIVA**

O projeto visa suprir parcela da insuficiência da formação profissional da saúde para lidar com as patologias que culminam para o fim da vida, tanto com os pacientes como os familiares que vivenciam este processo de luto. Para cumprir este objetivo fica evidente a utilização da educação permanente em saúde – EPS, e o auxílio das instituições formadoras e responsáveis por matriciamento e educação na saúde.

A execução da intervenção acontecerá no serviço de atenção primária à saúde da rede municipal de APS em Vilhena - RO, especificamente nas unidades básicas de saúde - UBS e ambiente das eESF, e para isso utilizando a parceria do serviço de atenção domiciliar – SAD, Residência de medicina da família e comunidade – RMFC, Núcleo de apoio à saúde da família – NASF, secretaria municipal de saúde – SEMUS e outros.

Os cuidados paliativos são necessidades em crescente demanda, e para isso esta intervenção se torna relevante na ampliação do acesso aos cuidados dos serviços de APS, e que esteja além de prestação de mais um serviço de saúde, mas que se torne uma filosofia de cuidado para com estes usuários. A análise da transição demográfica da população brasileira, é notável o envelhecimento das pessoas com aumento da expectativa de vida e incidência das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT, e assim também usuários da saúde em assistência por sequelas de patologias advindas das DCNTs, exigindo ações de cuidados para melhorar ou aliviar o sofrimento imposto por essas limitações e sofrimento terminal.

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, com um significativo aumento do contingente de idosos. Estas modificações, por seu turno, têm imprimido importantes mudanças também no perfil epidemiológico da população, com alterações relevantes nos indicadores de morbimortalidade, e constituem, juntamente com outros temas selecionados sobre saúde e demografia, os objetos de estudo da presente publicação. (IBGE,2009).

A transição demográfica e epidemiológica ocorrida no Brasil desde a década de 1950, com migração da população para zona urbana, diminuição da taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida gera uma população envelhecida e conseqüentemente aumento das DCNTs, e assim as limitações pela própria idade como também por sequelas das doenças crônicas, principalmente as cardiovasculares.

Alves se manifesta em artigo publicado em periódico dedicado ao envelhecimento:

A transição demográfica é sempre acompanhada por uma mudança na estrutura etária da população. Em decorrência, a pirâmide etária deixa de ser predominantemente jovem para iniciar um processo progressivo de envelhecimento. A transição da estrutura etária da população brasileira teve início quando a TBN começou a cair em meados da década de 1960. A partir desta data teve início o processo de envelhecimento demográfico brasileiro. Entre 1950 e 2000 o Índice de Envelhecimento passou de 12 para 28, mas vai passar para 100 em 2030, indicando

que o processo de envelhecimento já vem ocorrendo a tempos, mas vai se acelerar nas próximas décadas. (ALVES,2014).

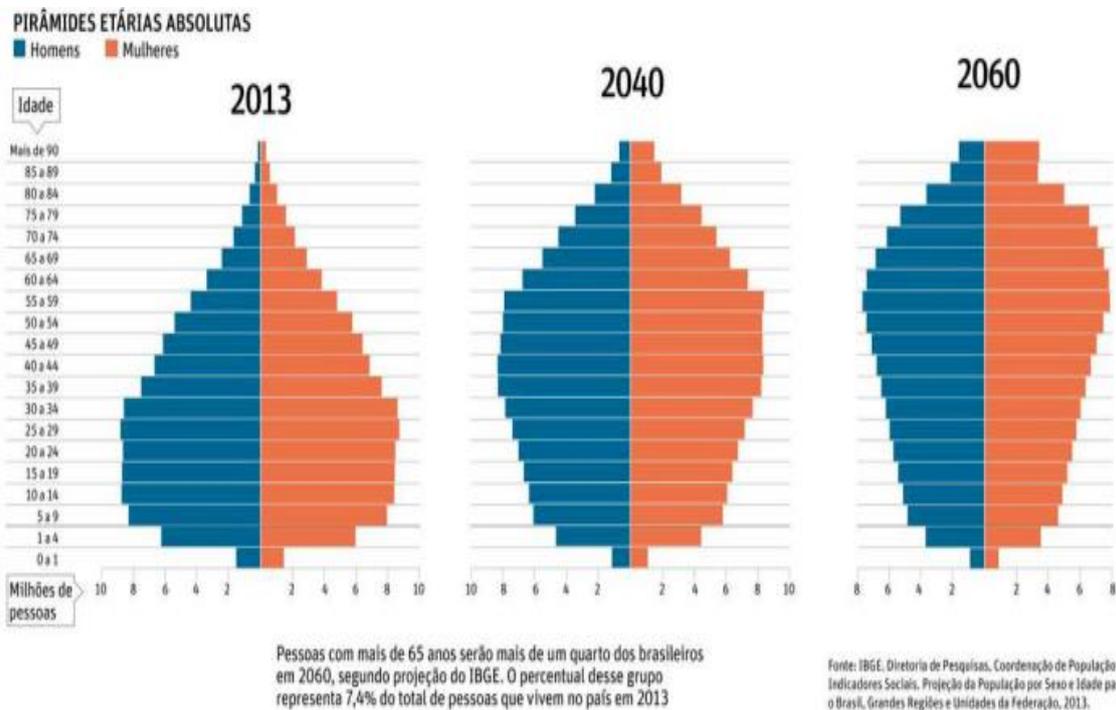


Figura 1 – Pirâmides Etárias Absolutas

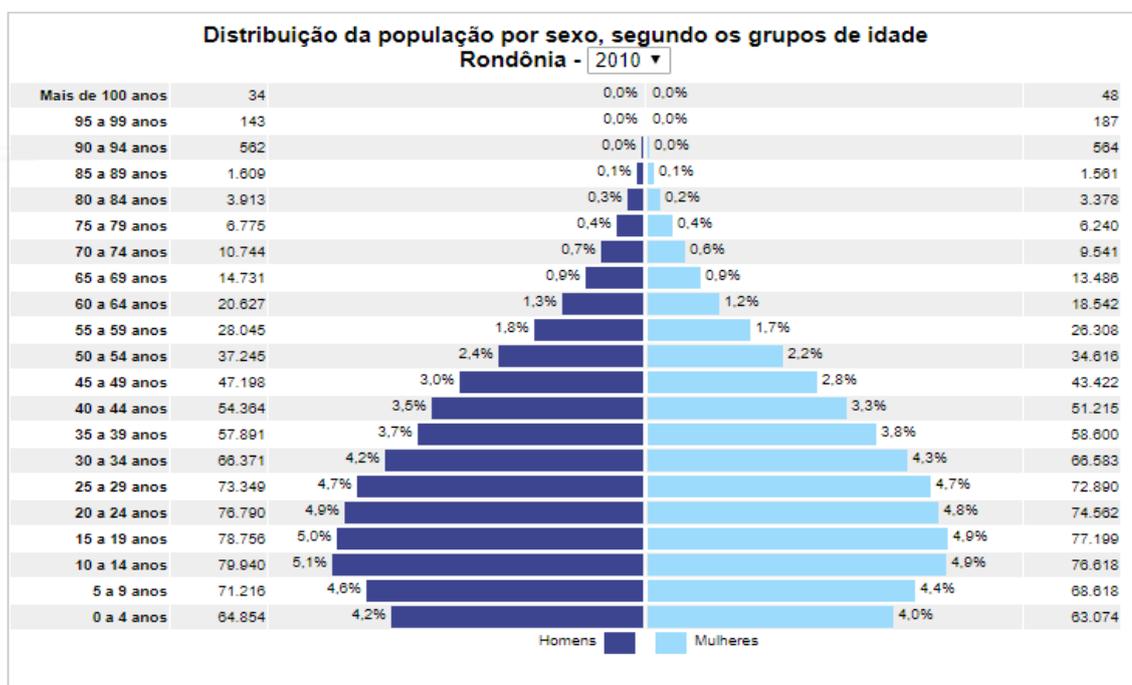
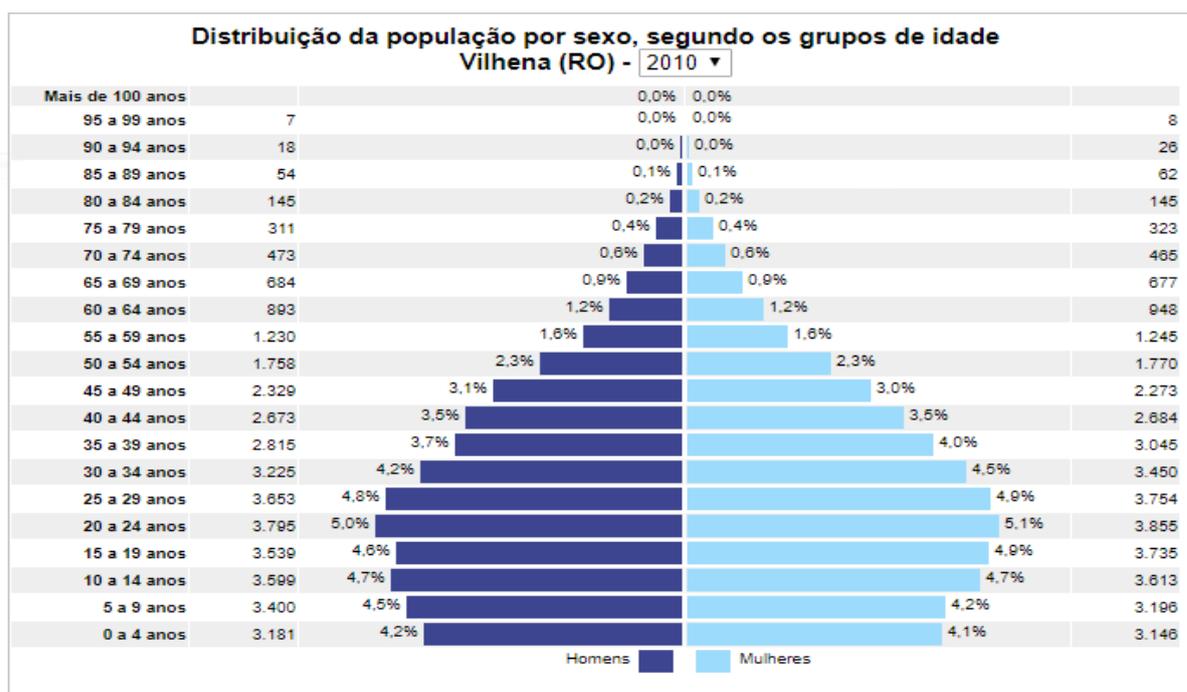


Figura 2 – Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade - Rondônia

No estado de Rondônia segue uma tendência nacional dos dados demográficos como também da morbimortalidade, onde já se tem uma diminuição do crescimento populacional, aumento da expectativa de vida e conseqüentemente as DCNT, sequelas por estas patologias e conseqüentemente aumento dos custos e piora da qualidade de vida destes usuários idosos. Vale salientar que a realidade de Rondônia, esta transição demográfica e epidemiológica é menos acentuada, permanecendo uma quantidade de idosos abaixo da realidade nacional.

A população geral de Vilhena segue as características da população rondoniense, com um significativo crescimento da população de idosos, promovendo uma mudança da estrutura da pirâmide etária, comparando as pirâmides etárias de Vilhena, Rondônia e Brasileira, nota-se a semelhança primordial com o modelo da geral de Rondônia em detrimento a do Brasil, embora a disparidade seja mínima.



**Figura 3 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade - Vilhena-RO**

A análise comparativa da pirâmide etária permite entender que o envelhecimento da população equipara Vilhena e Rondônia com o restante do Brasil, isto é, índice de natalidade diminuído, prevalência de DCNTs aumentada e conseqüentemente incremento das sequelas

por estas patologias, produzindo uma população de domiciliados e/ou acamados, exigindo um cuidado diferenciado por parte dos serviços de saúde, principalmente a Atenção Básica de saúde, em especial as equipes de estratégia de saúde da família – eESF.

A OMS estima que no Brasil, entre 521 e 536 mil pessoas precisam de cuidados paliativos e, assim, fica evidente a necessidade de preparo dos profissionais e serviços de saúde para absorver o impacto gerado por esta população de usuários que necessitam de cuidados paliativos.

Atualmente, estima-se que 66% das pessoas irão morrer por doenças oncológicas e crônico-degenerativas, passando por longos períodos de sofrimentos passíveis de alívio. Portanto, não há como negar a premente necessidade deste cuidado. Levando-se em conta apenas a fase final de vida, estima-se que hoje 20 milhões de pessoas no mundo necessitam de cuidados paliativos. (OLIVEIRA,2015).

Maria Goretti presidente da ANCP relata que um dos pontos de regulamentação para fortalecer a ação de cuidados paliativos é uma formação de profissionais de saúde com habilitação para cuidado paliativo; o processo de formação, necessariamente, deve contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades específicas relacionadas com o cuidado em fim de vida. Ele deve considerar a compreensão da morte como evento da vida, parte integrante dela e não como algo que deva ser combatido não importa em que condições. É nessa perspectiva que se insere o cuidado no fim da vida: é algo que é pensado e realizado, em cada caso concreto, de forma compartilhada, entre seres autônomos que se respeitam e que constroem um processo de morrer no qual os profissionais, por meio de um conhecimento técnico, podem contribuir para que esse processo seja vivido dignamente com o mínimo de sofrimento para o próprio e seus cuidadores. (Rego et al, 2006).

O estado de Rondônia passa por estas transformações demográficas, demandas de doenças crônicas e conseqüentemente de seqüela por estas patologias, gerando também uma população com necessidade de cuidados paliativos, mas, ao analisar os pontos de saúde em Rondônia nota-se a inexistência ou insuficiência de profissionais ou estrutura para absorver esta demanda crescente. “Não existem serviços ou equipamentos para prestar assistência em cuidados paliativos no estado de Rondônia, como também de profissionais habilitados”. (FERRARI, 2017).

Na cidade de Vilhena os dados assemelham-se àqueles encontrados na realidade nacional.

O serviço de AD – Serviço de Atendimento domiciliar - tem uma população de usuários atualmente de 42 pacientes, e ainda admite no serviço em média 05 pacientes por mês, existindo uma fila para ser admitida para ficar sob seus cuidados, entendendo que a atenção domiciliar divide-se em AD1 que fica sob os cuidados das eESF, AD2 e AD3 que é de responsabilidade do SAD, fica evidente que boa parte destes usuários necessitam de cuidados paliativos. SEMUS, 2017.

O território adscrito da eESF Bela Vista por exemplo no período da intervenção apresentou um quantitativo de DCNT de 308 hipertensos, 80 diabéticos e ainda 09 acamados e/ou domiciliados, alguns aguardando admissão no SAD-Serviço de atenção domiciliar (SEMUS, 2017).

Diante do exposto acima fica evidente a necessidade de investimentos de capacitação profissional, estruturas dos serviços, processo de trabalho e insumos objetivando a capacidade de melhora do atendimento destes usuários e familiares que necessitam de cuidados paliativos, com intuito de amenizar o sofrimento dos últimos momentos da vida.

A partir dos dados acima citados, em relação à população de usuários com transição demográfica para envelhecimento e assim aumento das doenças crônicas não transmissíveis e conseqüentemente pacientes domiciliados, acamados e em cuidados paliativos, é exigível cada vez mais dos profissionais de estratégia de família e serviços de atenção primária a saúde deve estar preparada para lidar com esta população de pacientes em cuidados paliativos.

A intervenção objetivou melhorar a qualidade de vida dos usuários em cuidados paliativos, como também sua família, promovendo neste momento final da vida dessas pessoas e familiares um momento menos traumático e de menor sofrimento possível, para isso realizando intervenção para dirimir este sofrimento, evitando internações em unidades hospitalares e procedimentos desnecessários que promovem mais sofrimento. O trabalho capacitou os profissionais e equipes de estratégia de saúde da família para lidar com esta demanda, cuidados paliativos, entendendo a limitação atual destas equipes em prestar este serviço aos usuários que estão neste processo.

## 5. REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ao longo do tempo, diversos documentos foram confeccionados com o escopo de nortear políticas e ações no campo da Saúde em todo o mundo. Dentre os mais significativos, pode ser citado “Saúde para todos no ano 2000”, produzido em 1977, na 30ª Reunião Anual da Assembleia Mundial de Saúde, em Alma-Ata. Em uma reunião subsequente à produção deste documento, em 1978, ainda na mesma cidade, foi realizada a primeira Conferência Nacional sobre Cuidados Primários de Saúde, sob a coordenação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), definindo-se a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo da reorganização dos serviços de saúde, visando-se a diminuir as imensas desigualdades socioeconômicas sanitárias existentes no mundo (OMS, 1979).

A definição operacional da APS, descrita por Starfield vem sendo utilizada como guia nas publicações do Ministério da Saúde, nos últimos anos. Com base na sistematização da autora, é possível verificar quatro atributos essenciais dos serviços de APS.

O primeiro atributo o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde refere-se à utilização do serviço de saúde como recurso de cuidado.

O segundo, a longitudinalidade, diz respeito ao uso continuado do serviço de saúde, ao longo do tempo.

Já o terceiro, a integralidade, trata da diversidade de serviços, que devem ser ofertados e coordenados pela APS, prevendo ações de prevenção, promoção e reabilitação, que agreguem encaminhamentos para especialidades e demais recursos da rede.

O quarto cita a coordenação da atenção, e a APS deve ser capaz de integrar todo cuidado que o usuário de sua área de adstrição deverá receber nos diferentes níveis do sistema de saúde, incluindo o reconhecimento dos problemas abordados em outros serviços, na busca do cuidado global do paciente (STARFIELD, 2002).

A renovação da APS deve considerar a situação de saúde das Américas, que avançou muito na redução da mortalidade infantil e da mortalidade geral, no aumento da expectativa

de vida, na diminuição das taxas de mortalidade por doenças transmissíveis e do aparelho circulatório e redução da mortalidade perinatal (MENDES, 2011).

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

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

Guitierrez e Minayo (2010) destacam que é na família e pela família que se produzem cuidados essenciais à saúde, que vão desde as interações afetivas necessárias ao desenvolvimento da saúde mental e da personalidade madura de seus membros, passando pela aprendizagem da higiene e da cultura alimentar, e atingindo o nível de adesão aos tratamentos prescritos pelos serviços, tais como: medicação, dietas e atividades preventivas. Essa complementaridade ocorre por meio de ações concretas no cotidiano das famílias, permitindo o reconhecimento das doenças, busca de atendimento médico, incentivo para o autocuidado e o apoio emocional.

Nessa perspectiva, o trabalho em equipe na ESF é um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho com possibilidade de uma abordagem mais integral e mais resolutiva. Segundo Santos e Mattos (2011), os profissionais da ESF fazem uso de novas modalidades de cuidar, com o escopo de melhorar a qualidade da assistência, ultrapassando a simples cura da doença e indo além desta, a fim de aliviar o sofrimento das pessoas e a carga de seus familiares. Acrescentam, ainda, que a construção de um modelo assistencial diferente e inovador necessariamente levará em conta a valorização de novos espaços e de outras formas de organização das tecnologias.

Dentre essas novas propostas de modalidades de cuidar destacaram-se os Cuidados Paliativos, que emergem como uma prática de implementação tanto dos cuidados quanto da

organização dos serviços de saúde, que precisam ser modificados para oferecer respostas aos problemas que fazem sofrer as pessoas que apresentam enfermidades incuráveis.

### **5.1.1 Cuidados Paliativos**

O termo “cuidados paliativos” é utilizado para designar a ação de uma equipe multiprofissional a pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. A palavra “paliativa” é originada do latim *palliun* que significa manto, proteção, ou seja, proteger aqueles que a medicina curativa já não mais acolhe. Segundo o Manual dos Cuidados Paliativos, a origem da expressão se confunde historicamente com o termo “hospice” que eram abrigos com a função de cuidar dos viajantes e peregrinos doentes (ANCP,2009). Essas instituições eram mantidas por religiosos cristãos dentro de uma perspectiva caridosa. O sentido etimológico encaixa-se perfeitamente com o exercício dos Cuidados Paliativos, já que estes podem ser vistos como um manto protetor que tenta acolher, amparar os sintomas da progressão da doença crônica terminal. Ou seja, a origem semântica do termo aponta para a essência dos Cuidados Paliativos: práticas para aliviar os sintomas, a dor e o sofrimento dos pacientes que possuem doenças crônico-degenerativas e de seus familiares, até a fase final da vida.

O modelo de Cuidados Paliativos, no Brasil, iniciou-se na década de 1980, quando foi instituído o primeiro serviço para alívio da dor no Rio Grande Sul, seguido por São Paulo e, posteriormente, Santa Catarina. No Rio de Janeiro, em 1989, foi criado o serviço de suporte terapêutico oncológico, no Instituto Nacional do Câncer (INCA), atendendo o paciente fora de possibilidades de cura, tanto no ambiente intra-hospitalar como no domiciliar (RODRIGUES; ZAGO; CALIRI, 2005).

Cumprindo assinalar que os Cuidados Paliativos, como modalidade recente no Brasil, são ainda desconhecidos de muitos profissionais e não são contemplados na elaboração das políticas públicas. Em muitos casos são revestidos de mitos, como se fossem cuidados a serem destinados exclusivamente aos pacientes terminais. Sendo assim, esse tipo de atenção não faz parte da organização formal do sistema de saúde e permanece praticamente relegado ao esquecimento (LAVOR, 2006).

Em relação ao aspecto legal, a primeira referência aos Cuidados Paliativos na legislação brasileira é encontrada na Portaria nº 2.413 de 1998, do Ministério da Saúde

(BRASIL, 1998), a qual trata de cuidados prolongados e codifica os Cuidados Paliativos. No entanto, ela estabelece que estes os cuidados paliativos só possam ser desenvolvidos em unidades que estiverem credenciadas para alta complexidade em Oncologia. Com a Portaria nº 3.535 de 1998, do Ministério da Saúde, os Cuidados Paliativos passam a ser considerados como exigência para o cadastramento de centros de alta complexidade em oncologia (CACONs) (BRASIL, 1998b). O Ministério da Saúde cria, em 2002, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, por meio da Portaria nº 19 (BRASIL, 2002), a qual passa a dar maior visibilidade aos Cuidados Paliativos.

O Ministério da Saúde vem consolidando formalmente os cuidados paliativos no âmbito do sistema de saúde do país, por meio de portarias e documentos, emitidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e pelo próprio Ministério da Saúde. Registre-se, inobstante, um instrumento legal (Portaria GM/MS nº 2.439/2005) que inclui os cuidados paliativos na Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005). Desta forma, permanecem excluídas as demais doenças e pacientes que também necessitam desses cuidados, em uma linha que contemple todos os níveis de atenção.

Segundo Barbosa (2012) é quatro as condições de progressão de doença para o qual os Cuidados Paliativos estão indicados:

1 - Condições nas quais o tratamento potencialmente curativo falhou tais como: doenças oncológicas, doenças cardíacas congênitas graves ou doenças cardíacas adquiridas graves.

2 - Condições nas quais o tratamento intensivo em longo prazo pode se prolongar, mas a morte prematura pode ocorrer: fibrose cística, infecção por HIV, desordens gástricas graves ou más-formações, entre outras. A sobrevida neste grupo tem aumentado, devido a progressos na ciência e nas formas de cuidar. Os óbitos que antes ocorriam na primeira infância, agora ocorrem na adolescência e fase adulta jovem.

3 - Condições progressivas nas quais o tratamento é quase exclusivamente paliativo, mas pode se estender por muitos anos: doenças neurodegenerativas, doenças metabólicas progressivas, entre outras.

4 - Condições neurológicas não progressivas que resultam em alta susceptibilidade às complicações e morte prematura: prematuridade extrema, sequelas neurológicas importantes ou de doenças infecciosas, lesões cerebrais hipóxicas. (BARBOSA, 2012, p. 462).

“O alvo do tratamento paliativo é ajudar as pessoas a morrer bem, com conforto e dignidade, satisfazendo as suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais. Corpo, mente e espírito são partes de um todo e interligados, sendo o aspecto espiritual o componente integrador. Algumas pessoas sentirão necessidades espirituais e não necessidades religiosas” (FIGUEIREDO, 2006, p. 47).

“A dimensão espiritual engloba a relação do indivíduo com o transcendente, sendo necessário diferenciá-la das questões religiosas” (SAPORETTI, 2008 p. 525)

As concepções encontradas referem-se ao conceito de cuidados paliativos, entendido como cuidado integral voltado para indivíduos em condições terminais, com ênfase no aspecto físico, psicossocial e espiritual do indivíduo e família; qualidade de vida; cuidado baseado em uma abordagem humanística e de valorização da vida; o controle da dor e dos demais sintomas; as questões éticas sobre a vida e a morte; a abordagem multidisciplinar; o morrer como processo natural; a prioridade do cuidado sobre a cura; a comunicação, a espiritualidade e o apoio ao luto. Considera-se que estas concepções assumem grande importância nos cuidados paliativos, no entanto, existe uma lacuna de serviços e núcleos para realizar estes cuidados.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, "cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais". (INCA, 2017).

O Cuidado Paliativo (CP) teve início com o Movimento Hóspice Moderno, em 1967, com a fundação do Saint Christopher's Hospice por Dame Cicely Saunders. Tal marco significou um olhar diferenciado sobre o paciente com doença avançada, sem perspectiva curativa, visando a um controle impecável dos sintomas, em especial da dor. (TWYLCROSS, 2000)

Entende-se por “cuidados paliativos” segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), como sendo ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e familiares que enfrentam problemas associados com doença que ameaça a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e

promovendo o controle da dor, alívio de outros sintomas, suporte psíquico-espiritual e social que devem estar presentes desde o diagnóstico até o final da vida. A prática dos cuidados paliativos deriva do modelo de assistência inglesa que se desenvolviam nos antigos hospices medievais, instituições que assistiam e hospedavam os monges e peregrinos, portanto, a palavra hospice significa hospedagem. Hospice, não significa um local, mas uma filosofia que reconhece e cuida com respeito dos sofrimentos globais, isto é, do corpo, da mente e do espírito.

O conceito de cuidados paliativos teve sua origem no movimento hospice, idealizado por Dame Cecily Saunders, que descreveu a filosofia do cuidado da pessoa que está morrendo, com o objetivo de aliviar o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual<sup>11</sup>.

A Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA), em 2014, ampliou o conceito e definiu que o Cuidado Paliativo é necessário tanto para condições que limitam a vida quanto para doenças crônicas; e que não a um tempo de vida estimado ou um prognóstico que determinem a indicação de Cuidado Paliativo, mas, sim, a necessidade do paciente<sup>18</sup>.

Define-se, deste modo, cuidados paliativos como um modo de assistir pessoas, cuja doença não é mais responsiva ao tratamento curativo, caracterizando-se pelo controle dos sinais e sintomas físicos e psicológicos próprios ao estágio avançado da doença incurável<sup>7</sup>.

Os cuidados paliativos têm objetivo principal de melhorar a qualidade de vida do paciente e sua família nos momentos que antecedem sua morte, entendendo que não existe prognóstico de cura para o mesmo, e assim que de fato a morte é certa, restando cuidar destes momentos que antecedem a “partida”. *“Não é a morte o que realmente importa, mas sim o seu processo, a certeza de que a vida se enveredou por um ‘caminho’ sem volta”*. (SIQUEIRA, 2004).

Fica cada vez mais evidente a importância da formação profissional e o trabalho em equipe, objetivando alcançar as necessidades impostas aos usuários que necessitam de cuidados paliativos, profissionais capacitados para entender o processo de morte, trabalhando em equipe, e estando próximas a família e paciente nestes momentos que antecedem a morte. Daí a valorização das eESF neste processo, por estarem bem perto destes usuários que pertencem ao território adscrito, e assim prestam um atendimento nos princípios e diretrizes do SUS, integralidade e longitudinalidade, com o objetivo de amenizar as dores causadas pelo processo de morrer.

Cuidados no fim da vida englobam um conjunto de teorias e práticas que têm por objeto central o processo de morrer. Não deve ser uma prática restrita a especialistas, mas um dos marcos principais no processo de formação da equipe de saúde. A qualidade do fim da vida demanda cuidados específicos de diversos profissionais, que lidam com o “caminho sem volta” e que é impossível precisar a duração ou mesmo o momento de início. (REGO, 2006).

O interesse por cuidados paliativos tem aumentado, esta consciência está criando uma nova imagem do processo de morrer: a “morte paliada”. A morte não é boa porque embora esteja completamente sob controle do paciente ou porque permita cortar pela raiz um sofrimento crescente, mas, antes por ser o derradeiro capítulo da biografia pessoal, sempre difícil e pesado, mas, tolerável e valioso. Mas, para isso, os profissionais de saúde devem ser capazes de prover as melhores técnicas para fazer desta parte final da vida a mais confortável possível. (GRACIA, 2010 apud Henk Ten Have, 2003).

No campo da saúde coletiva e ESF está a grande contribuição no processo dos cuidados paliativos e cuidado do fim da vida, avançando na prestação deste serviço de forma alcançar as necessidades destes usuários, e para isso, a implementação de capacitação profissional, matricialmente, educação permanente e implementação de Hospice como filosofia de saúde pública perante os cuidados paliativos.

“cuidados paliativos não são apenas uma opção terapêutica, mas sim um direito de todos que objetivam uma melhor qualidade de vida diante de situações potencialmente ameaçadoras (...), não apenas no final da vida, mas em todas as fases da vida e no transcurso de doenças ainda ditas como incuráveis, como a grande maioria dos cânceres, HIV/AIDS, DPOC, insuficiência cardíaca, doenças neurológicas degenerativas, em geriatria e outras, onde o foco principal do tratamento é a qualidade de vida” (BRANDÃO, 2006).

#### Cuidados Paliativos:

- Elementos chaves:
  - Qualidade de vida geral;
  - Desempenho e bem-estar físico;
  - Desempenho e bem-estar psicossocial;
  - Bem-estar espiritual;

- A percepção do paciente acerca do cuidado;
- As percepções e o bem-estar da família. (Singer PA,2006).

## **6 ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE VILHENA**

O município de Vilhena está localizado no sul do estado de Rondônia, a economia está pautada na agricultura, pecuária e serviços. O município foi criado em 11 de outubro de 1977, pelo presidente da República Ernesto Geisel que sancionou a Lei nº 6.448, e neste ano o município irá completar 40 anos de emancipação. A População está estimada em 93.745 habitantes, segundo dados estimados de 2016 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, sendo o quarto município mais populoso de Rondônia.

A estrutura de serviços de saúde conta atualmente com um hospital regional que atende municípios do sul de Rondônia e parte do Mato Grosso, uma unidade de pronto atendimento em vias de instalação e funcionamento, junto com o serviço de Serviço de Atendimento Móvel de urgência - SAMU, Serviço de Atenção Psicossocial – CAPS, policlínica de serviços especializados, 07 unidades básicas de saúde – UBS com o total de 25 equipes de estratégia de saúde da família - eESF, sendo duas delas Rurais e ainda um Núcleo de apoio à saúde da família – NASF, entre outros. (SEMUS/2017).

A unidade básica de saúde Afonso Mansur encontra-se localizada na região periférica da zona urbana de Vilhena, contando com três equipes de estratégia de saúde da família, todas compostas por profissionais estabelecidos pelo ministério da saúde, uma delas conta com profissional que atua na saúde bucal. Os médicos que compõe estas equipes ficam assim distribuídos, um, do programa Mais Médicos para o Brasil, outro residente de medicina de família e comunidade do 2º ano, e um profissional do quadro próprio do município, que também é preceptor da residência médica do município. A cobertura do território desta UBS está ao redor de 80 %.

A equipe Bela Vista composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um cirurgião dentista um técnico de higiene dentário e seis agentes comunitários de saúde – ACS que promovem a cobertura de 80 % do território adscrito da equipe, que são aproximadamente 4.200 usuários, sendo assim, temos 3.600 usuários acompanhados por ACS.

As grandes dificuldades enfrentadas por esta eESF está na capacidade de atender adequadamente a população do território adscrito, levando em consideração o quantitativo que excede a orientação da PNAB e estudos que sugerem um quantitativo máximo de 3.500 usuários por eESF. O envelhecimento da população também contribui para o não sucesso da cobertura deste território, onde a hiperutilização dos serviços por usuários com doenças crônicas e consequentemente domiciliados e acamados com necessidade de cuidados paliativos.

## 6.1 PRIORIZAÇÕES DOS PROBLEMAS

### 6.1.1 Árvore de problemas (e os nós críticos)

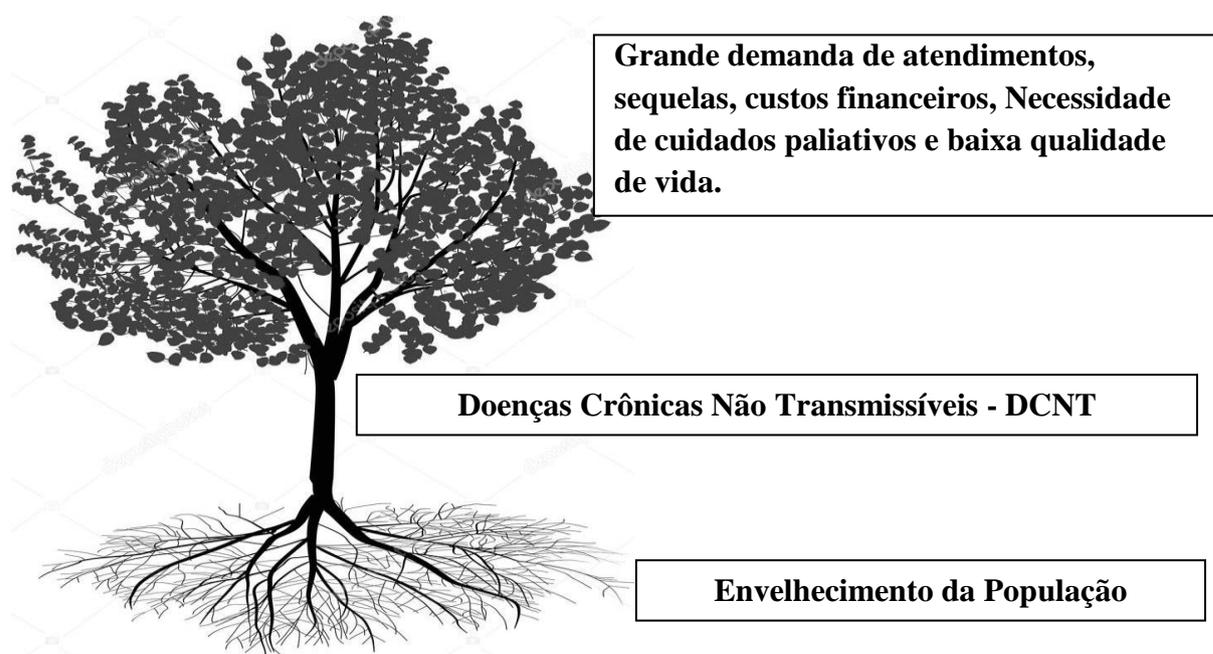


Figura 4 - Árvore explicativa dos problemas relacionados ao envelhecimento da população e doenças crônicas não transmissíveis -DCNT.

## 7 MATERIAL E MÉTODOS

### 7.1 DESENHO DA PESQUISA

O projeto propôs uma intervenção junto a equipe de estratégia de saúde da família – eESF Bela Vista na unidade básica de saúde Afonso Mansur em Vilhena-RO, com capacitação para criação de espaço de hospice no ambiente da atenção primária da saúde – APS.

Projeto é um empreendimento planejado que consiste num conjunto de atividades inter-relacionadas e coordenadas, com o fim de alcançar objetivos específicos dentro dos limites de um orçamento e de um período de tempo dados (MAXIMINIANO, 2002). O Projeto de Intervenção, como o próprio título alude, fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação que, de acordo com Thiollent (2005), envolve a presença efetiva de uma ação por parte das pessoas ou grupos implicados no problema proposto como alvo de intervenção. (UNASUS/UNIFESP,2015).

O projeto de intervenção tem objetivo principal transformação de uma realidade constatada a partir de um diagnóstico do ambiente ou serviço em análise, objetivando avanços e possibilidades de posteriores implementações destes.

Comparativamente à pesquisa científica, há duas categorias de Projeto: os de Intervenção e os de Investigação. Os de Intervenção são aqueles que irão orientar uma mudança ou transformação em uma dada realidade, seja na estrutura ou no processo, enquanto os de Investigação têm caráter científico e buscam conhecer algo da realidade, sem a preocupação precípua de desenvolver um plano de ação para agir sobre a realidade detectada (VALERIANO, 2008).

O projeto de intervenção envolve um coletivo, incluindo os diversos atores do processo, não se tratando de algo individual, e sim de algo construído para ser desenvolvidos por estes atores do processo.

Os Projetos de Intervenção apresentam o mesmo roteiro ou estrutura que os Projetos gerais; ele denomina-se Projeto de Intervenção porque vai interferir em algo que já existe. O Projeto de Intervenção deve ser compreendido e desenvolvido como ação conjunta, partilhada entre atores do contexto. Logo, não se trata da elaboração solitária de um Projeto para, posteriormente, outros executarem. Trata-se, ao contrário, de um Projeto que desde sua proposição, ocorre no e com o coletivo. (un asus/unifesp, 2015).

O método utilizado, é classificado como, pesquisa-ação onde os envolvidos no projeto, pesquisadores e/ou pesquisados, estão envolvidos no objetivo comum, isto é, a transformação de uma realidade, e assim conquistar avanços na qualificação do serviço e bem-estar dos usuários.

...pesquisa-ação quando concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo. Os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo

ou participativo. A pesquisa-ação acontece quando há interesse coletivo na resolução de um problema ou suprimento de uma necessidade [...] Pesquisadores e pesquisados podem se engajar em pesquisas bibliográficas, experimentos etc., interagindo em função de um resultado esperado. [...] com a pesquisa-ação, os pesquisadores pretendem desempenhar um papel ativo na própria realidade dos fatos observados. (PRODANOV, 2013).

O estudo está apoiado em modelo de análise, ou seja, diagnóstico situacional (DLS) por estimativa rápida, árvore de problemas, plano de Ação por meio da matriz 5W2H. Onde a árvore de problemas apontou decisivamente para o problema a sofrer intervenção, no que concerne entre os principais problemas no território da equipe de estratégia de saúde da família - eESF bela vista.

Diagrama de Árvore é uma ferramenta simples, fácil de ser utilizada e apresenta vantagens em relação a outras metodologias, principalmente devido ao fácil manuseio, pelo fato de se adequar aos diversos ambientes, contextos e áreas de atuação, além do melhor desempenho no processo de identificação da causa raiz, fundamental para qualquer método de solução de problemas (ORIBE, 2012).

#### O plano de ação com utilização da matriz 5W2H

Baseada na revisão de literatura e bibliografia obteve como pilar os conhecimentos teóricos, agregados a reflexão da equipe para a construção dos saberes sobre o tema. A partir desse ponto foram estruturadas palestras para capacitação com o objetivo de construir o conhecimento e orientar essa mudança de postura proposta no projeto, no lidar com um paciente com dores crônicas e/ou em cuidados paliativos.

Aliado a troca de experiências e abordagens multidisciplinares adotou-se as noções básicas sobre o assunto (DUNCAN; SCHIMIDT, 2014). A proposta ainda abordou a necessidade de um olhar integral ao paciente, pautados na escuta ativa durante atendimentos ambulatoriais e visitas domiciliares na estratégia de saúde da família e conseqüentemente o acolhimento do paciente e seu núcleo familiar. Foi percebida a dificuldade desse grupo de pacientes no processo de aceitação e resiliência diante de patologia muitas vezes inesperada, com grande impacto no direcionamento da sua vida e seus familiares. Dessa forma, através dos conceitos de resiliência e em associação com o núcleo de apoio a saúde da família - NASF buscou o atendimento do doente não só das comorbidades físicas, mas a melhora do humor e saúde no campo psicológico.

##### 7.1.1.1 Cenário do estudo

O município de Vilhena está localizado no sul do estado de Rondônia, a economia está pautada na agricultura, pecuária e serviços. O município foi criado em 11 de outubro de 1977, pelo presidente da República Ernesto Geisel que sancionou a Lei nº 6.448. De acordo com as estimativas do IBGE para 2017, a população de Vilhena é de 95.630 habitantes. É considerado a 4ª cidade mais populosa de Rondônia e a 33ª mais populosa da Região Norte do Brasil. A cidade possui também o melhor IDH (0,771) do estado de Rondônia e o 9º melhor da Região Norte do Brasil.

A estrutura de serviços de saúde conta com um hospital regional que atende municípios do sul de Rondônia e parte do Mato Grosso, uma unidade de pronto atendimento - UPA em vias de instalação e funcionamento, junto com o serviço de Serviço de atendimento Móvel de urgência - SAMU, Serviço de Atenção Psicossocial – CAPS, 01(UM) SAD – serviço de atendimento domiciliar, policlínica de serviços especializados, 07 unidades básicas de saúde – UBS com o total de 25 equipes de estratégia de saúde da família - eESF, sendo duas delas Rurais e ainda 04 Núcleos de apoio à saúde da família – NASF, entre outros. (SEMUS/2017).

Vilhena se tornou um importante polo educacional de Rondônia possuindo oito instituições de ensino superior presenciais, seis de ensino à distância – EAD e três de ensino técnico, e ainda um curso de medicina em vias de autorização pelo ministério da educação - MEC.

O local de intervenção aconteceu na unidade básica de saúde Afonso Mansur, no município de Vilhena-RO, em parceria com a residência de medicina de família e comunidade – RMFC, Núcleo de apoio à saúde da família – NASF, Serviço de atendimento domiciliar – SAD (Melhor em casa), prefeitura municipal de saúde e secretaria municipal de saúde. A intervenção ocorreu especificamente no ambiente da estratégia de saúde da família ou APS. E o período de intervenção de seis meses, iniciando no mês de março de 2018.

#### 7.1.1.1 Público-alvo

A população de intervenção de eleição são os profissionais da eESF que atuam na rede básica de Vilhena, e indiretamente os usuários com necessidade de cuidados paliativos, entendendo que o cunho do projeto de intervenção não acontece diretamente com os pacientes

do território e sim com os profissionais da equipe que os assistem, com a criação de ambiente de hospice para melhorar as condições de atendimento dos usuários sem prognóstico de cura.

Os profissionais lotados no NASF, entre eles, médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta conquistam papel relevante no projeto de intervenção - PI, visto que, o NASF tem atuação importante na educação permanente, matriciamento, Interconsulta e projeto terapêutico singular, é assim que, o enfoque do PI pauta-se na construção de subsídio à eESF para prestarem melhor atendimento na população de usuários em CP.

A criação do NASF propicia a ampliação das ações de APS, aumentando o escopo de intervenções no processo saúde-doença, favorecendo o cuidado da população e fortalecendo a Estratégia de Saúde da Família. [...] O processo de trabalho dos profissionais do NASF deve ser desenvolvido por meio do apoio matricial, com a criação de espaços coletivos de discussões e planejamento. Organizando e estruturando espaços de: (a) atendimento compartilhado; (b) intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias; (c) ações comuns nos territórios de sua responsabilidade. Utilizando ferramentas tecnológicas, das quais são exemplos: o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST), Apoio Matricial, a Clínica Ampliada e a Pactuação do Apoio. (BRASIL,2010, CAB 27, PG 47).

Foi observada também a extrema importância de um olhar desse indivíduo inserido em sua atmosfera familiar, observando que papel ele ocupa em seu núcleo e como estão ocorrendo as mudanças na dinâmica familiar e de que forma a equipe pode auxiliar nessa mudança de postura para otimizar a aceitação da nova realidade. As etapas propostas no seguinte projeto de intervenção foram divididas em 03 fases:

### **1) Fase inicial:**

- Busca ativa pelo ACS: trazendo para conhecimento da equipe a existência de casos na comunidade dentro desse perfil de pacientes;
- Acolhimento através de atendimento ambulatorial ou visita domiciliar: por um profissional da equipe, médico ou enfermeiro;
- Escuta ativa da situação vivenciada: durante os atendimentos realizados dentro e fora da unidade (em vistas domiciliares);

- Encaminhamento para outros serviços para acompanhamento em conjunto, objetivando melhora do humor por meio do diagnóstico e tratamento de depressão e/ou ansiedade associados;

- Sensibilização dos atores envolvidos no projeto de intervenção (Gestão Municipal, Residência de Medicina de saúde da família e comunidade (RMSFC), Núcleo de apoio à saúde da família (NASF), Serviço de atendimento domiciliar (SAD/ Melhor em Casa), Profissionais das equipes de estratégia de saúde da família.

## 2) Fase Intermediária:

Educação Permanente em saúde – EPS junto aos Profissionais da equipe de estratégia de saúde da família na UBS Afonso Mansur no município de Vilhena-RO, em um total de 12 encontros de 2 horas, onde as metodologias ativas – MA e problematização, compõem de forma majoritária as estratégias de ensino-aprendizagem, utilizando para isso a espiral construtivista, como também os disparadores de aprendizagem, entre eles, situação problema – SP, Viagem educacional, e ainda Oficina de Trabalho – OT, e ainda complementado às MA, exposição dialogada e apresentação de slides.



**Figura 5 - Espiral construtivista do processo de ensino-aprendizagem a partir da exploração de um disparador. Fonte: traduzido e adaptado de lima, v.v. learning issues raised by students during pbl tutorials compared to curriculum objectives. Chicago, 2002 [diss**

O ambiente elegido onde foram desenvolvidas estas ações foi, a sala de reunião da UBS Afonso Mansur, em parte do tempo reservado a reunião técnica da eESF Bela Vista, que ocorre todas as sextas feiras no período matutino.

➤ Temas:

### Quadro 1 - Temas

Tema:	Metodologia/Feramentas/disparadores de aprendizagem	Responsável
Cuidados paliativos: conceitos	MA / Espiral construtivista Cine viagem	Edilson Alves da silva, Médico (NASF).
Cuidados paliativos: filosofia e princípios	MA / Espiral construtivista Cine viagem/SP	Edilson Alves da silva, Médico (NASF).
Aspectos legais e éticos dos cuidados paliativos;	Exposição dialogada	Edilson Alves da silva, Médico (NASF).
Princípios de boa comunicação;	MA / Espiral Construtivista/SP	Rosana Psicóloga (NASF)
A espiritualidade e os cuidados paliativos;	MA / Espiral Construtivista/SP	Rosana Psicóloga (NASF) Edilson Alves da silva, Médico (NASF).
Qualidade de Vida em Cuidados Paliativos	MA / Espiral Construtivista Cine viagem	Edilson Alves da silva, Médico (NASF).
Atenção ao cuidador do paciente em cuidados paliativos no domicílio;	MA / Oficina de Trabalho - OT	Rosana Psicóloga (NASF) Edilson Alves da silva, Médico (NASF).
Manejo de úlceras de decúbito e feridas oncológicas;	Aula explosiva com slides Exposição dialogada	Edilson Alves da silva, Médico (NASF) Equipe do Melhor em Casa (SAD)
Manejo dos principais sintomas I	MA / Espiral Construtivista/SP	Rosana Psicóloga (NASF) Edilson Alves da silva, Médico (NASF).
Manejo dos principais sintomas II	MA / Espiral Construtivista/SP	Edilson Alves da silva, Médico (NASF).
Manejo dos principais sintomas III	MA / Espiral Construtivista/SP	Edilson Alves da silva, Médico (NASF).

Nessa fase, a estratégia adotada foi a Discussão dos casos com a equipe e demais especialistas envolvidos no projeto terapêutico: com objetivo de um acompanhamento em conjunto em que não haja divergência nas condutas, priorizando como resultado o bem-estar do paciente com as seguintes orientações:

- Realização de exercícios de alongamento: para manutenção dos ganhos funcionais estabelecidos e redução dos quadros álgicos;
- Terapia com psicólogo objetivando um espaço, momento em que o doente pôde falar sobre seus medos, angústias e aflições associadas à doença e quebra de pensamentos disfuncionais e distorcidos que podem influenciar na adesão e melhora esperada com o tratamento. Promovendo dessa forma, a redução do sofrimento e aumentando a aceitação e resiliência diante do quadro.

**3) Fase Final:** Orientações para intervenção junto aos usuários em cuidados paliativos (Concomitante a etapa 2);

- Estabeleceu-se uma relação médico-paciente construído ao longo do projeto, equipe multidisciplinar-paciente fortalecida: princípio muito importante no cuidado de um paciente crônico com expectativa de seguimento contínua. Já que, a confiança no profissional interfere diretamente na adesão ao tratamento proposto;
- Melhora funcional e de qualidade de vida do paciente e de seus familiares: através da melhora de sintomas limitantes e incapacitantes alcançados através do tratamento adequado, que podem promover a reinserção desse paciente em sua atmosfera familiar e social;
- Manutenção dos ganhos estabelecidos durante o acompanhamento e tratamento de novos sintomas que podem surgir com a evolução da doença.

#### 7.1.1.1.1 Parcerias estabelecidas

A implementação do PI contou com diversos parceiros, entre eles, a secretaria municipal de saúde – SEMUS, núcleo de apoio a saúde da família – NASF, Serviço de atenção domiciliar - SAD/melhor em casa, residência de medicina da família e comunidade – RMFC.

##### *7.1.1.1.1 Aspectos Éticos*

A intervenção proposta que aconteceu com envolvimento de clientes e profissionais de saúde, entendido que esses clientes estão expostos a diversas condições de agravos de saúde,

alguns deles que afetam sua dignidade, sendo assim, os aspectos éticos necessitaram seguir todos os preceitos e orientações. Os profissionais de saúde envolvidos no processo seguiram de forma semelhante ao cliente, o respeito ético na intervenção proposta, devem estar presentes em todas as fases do processo.

O projeto de intervenção que ocorreu no âmbito da atenção primária à saúde – APS, envolvendo os profissionais da equipe de estratégia de saúde da família – eESF, profissionais do Núcleo de apoio a saúde da família – NASF, Equipe do Melhor em casa e profissionais da residência de medicina de saúde da família e multiprofissional. Os usuários e famílias envolvidas na intervenção foram os que se encontravam em condições de domiciliados ou acamados por patologias crônicas, e que estavam passíveis de cuidados paliativos.

Em consonância com a resolução 466/12 todos os projetos de pesquisa ou intervenção devem obedecer à mesma, assegurando que todos envolvidos no projeto sejam respeitados em seus direitos. A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado”. Além da resolução 466/12, serão consideradas no projeto intervenção a resolução 510/16.

O processo de inserção dos participantes seguiu os preceitos orientados nas resoluções 466/12 e 510/16 em seu artigo 1º, capítulo III. “O processo de consentimento e do assentimento livre e esclarecido envolve o estabelecimento de relação de confiança entre pesquisador e participante, continuamente aberto ao diálogo e ao questionamento, podendo ser obtido ou registrado em qualquer das execuções da pesquisa, bem como retirado a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao participante”. A resolução 466/12 em capítulo IV.3 – “O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente: Justificativa, explicação, acompanhamento, liberdade, garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa, garantia de recebimento de via do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE e garantia ao participante de ressarcimento ou indenização por danos oriundos da pesquisa ou intervenção”.

Os benefícios de seguir as orientações descritas nos documentos oficiais que regem a pesquisa vão desde a proteção dos participantes até o pesquisador. Os maiores riscos ocorrem em intervenções que envolvem uso de fármacos ou procedimento cirúrgico. A resolução

466/12 em seu capítulo V expressa esta relação de riscos e benefícios, e medidas para evitá-los. “Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes”.

As informações coletadas a partir da intervenção serão utilizadas para publicação e possíveis intervenções futuras, a depender do resultado alcançado com esta intervenção, como também como base de aprofundamento do serviço prestado aos usuários, tomando como base, o benefício conquistado por esta intervenção.

## 8 METAS

**Quadro 2 - Objetivos e Metas**

Nº	Objetivos	Metas
01	Identificar onde estão estes usuários que necessitam de cuidados paliativos, isto é, em que território e equipe de estratégia de saúde da família, como também o quantitativo.	<b>Cadastrar 90% de todos os usuários com necessidade de cuidados paliativos no território da UBS Afonso Mansur, VILHENA-RO.</b>
02	Capacitar os profissionais da equipe de estratégia de saúde da família-ESF Bela Vista para o atendimento mínimo destes usuários e assim disponibilizar o socorro a estas pessoas, em cuidado paliativo, no âmbito da porta de entrada do serviço de atenção primária à saúde – APS.	<b>Ofertar capacitação para 100 % dos profissionais da eESF Bela Vista da UBS Afonso Mansur, Vilhena-RO.</b>
03	Implementar os protocolos e algoritmos na rede municipal de saúde, e em especial a APS para contemplar o atendimento de cuidados paliativos em território domicílio do usuário.	<b>Formular, aprovar e utilizar na prática protocolos em 100 % da eESF Bela Vista da UBS Afonso Mansur, Vilhena-RO.</b>
04	Articular junto à gestão municipal além da capacitação profissional, os insumos e medicamentos, como também estrutura de transporte e agenda para contemplar este atendimento pela equipe multiprofissional.	<b>Proporcionar junta a gestão Municipal os insumos e transporte para prestar assistência aos usuários que necessitam de cuidados paliativos em 100 % da eESF Bela Vista da UBS Afonso Mansur, Vilhena-RO.</b>

## 9 PLANO DE AÇÃO

**Problema: (o nó crítico)**

**META: (quantificável)**

**Quadro 3 - Problema e Meta**

<b>Nº</b>	<b>Objetivo</b>	<b>POR QUÊ</b> (justificativa)	<b>COMO</b> (método/descrição da(s) ação(ões))	<b>QUEM</b> (responsável(is))	<b>ONDE</b> (local)	<b>QUANDO</b> (periodicidade e, prazo)	<b>QUANTO</b> (recursos financeiros)
<b>01</b>	Identificar onde estão estes usuários que necessitam de cuidados paliativos, isto é, em que território e equipe de estratégia de saúde da família, como também o quantitativo.	Para ter o real diagnóstico de todos os usuários, em todos os territórios adscritos e consequentemente em todo o município, que necessitam de cuidados paliativos.	Buscando Junto aos ACS e equipes, em SUS cadastros, o quantitativo de cada território adscrito.	Médicos, enfermeiros e ACs da equipe Bela Vista, UBS Afonso Mansur do município de Vilhena.	Na unidade básica de saúde, junto às equipes, no momento das reuniões técnicas.	Semanal	200,00 R\$
<b>02</b>	Capacitar os profissionais e equipes para o atendimento mínimo destes usuários e assim disponibilizar o socorro a estas pessoas no âmbito da porta de entrada do serviço de atenção primária à saúde.	Para permitir assistência a este usuário que necessita de cuidados paliativos, de forma a melhorar sua qualidade de	Matriciamento e capacitação das equipes, com a oferta de subsídio teórico e prático para implementar cuidados	NASF, RMFC, SEMUS, e outros	Nas unidades básicas de saúde, junto às equipes, no momento das reuniões técnicas.	Semanal	250,00 R\$

		vida.	paliativos				
<b>03</b>	<p>Criar protocolos e algoritmos na rede municipal de saúde, e em especial a APS para contemplar o atendimento de cuidados paliativos em território domicílio do usuário.</p>	<p>Uniformizar as ações de cuidados paliativos no ambiente de todas as eESF.</p>	<p>Matriciamento e capacitação das equipes, oferecendo subsídio teórico e prático para implementar cuidados paliativos</p>	<p>NASF, RMFC, SEMUS, e outros.</p>	<p>Nas unidades básicas de saúde, junto às equipes, no momento das reuniões técnicas e conjuntamente no auditório do HRV.</p>	<p>Mensal</p>	<p>500,00 R\$</p>
<b>04</b>	<p>Articular junto à gestão municipal além da capacitação profissional, os insumos e medicamentos, como também estrutura de transporte e agenda para contemplar este atendimento pela equipe multiprofissional.</p>	<p>Subsidiar as eESF na tarefa de oferecer o serviço de cuidados paliativos aos usuários que necessitam, em seu domicílio.</p>	<p>Sensibilizando o gestor municipal a necessidade e importância do serviço a ser prestado pelas eESF.</p>	<p>SEMUS, GESTÃO MUNICIPAL.</p>	<p>Junto a SEMUS e Atenção Básica do município.</p>	<p>Ainda este ano, para ser contemplado na meta orçamentária</p>	<p>50,00 R\$</p>

## 9.1 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO

### 9.1.1 Indicadores de monitoramento e avaliação

Quadro 4 - Indicadores de monitoramento e avaliação

<b>Atividade</b>	<b>Indicadores de Progresso</b>	<b>Meios de Verificação</b>
Identificar onde estão estes usuários que necessitam de cuidados paliativos, isto é, em que território e equipe de estratégia de saúde da família, como também o quantitativo.	<b>Cadastros territorial dos ACs e eESF.</b>	<b>Cadastro familiar e individual por meio físico ou eletrônico (E-SUS ab)</b>
Capacitar os profissionais e equipes para o atendimento mínimo destes usuários e assim disponibilizar o socorro a estas pessoas no âmbito da porta de entrada do serviço de atenção primária à saúde.	<b>Identificar e prestar cuidados possíveis aos usuários e familiares em necessidade de CP.</b>	<b>Registro em livro de reunião e EPS da eESF dos temas propostos inicialmente no PI, alcançando as 24 horas e 12 temas pactuados.</b>
Criar protocolos e algoritmos na rede municipal de saúde, e em especial a APS para contemplar o atendimento de cuidados paliativos em território domicílio do usuário.	<b>Uniformidade no atendimento destes usuários nas eESF, detectado a partir das reuniões técnicas com as equipes.</b>	<b>Ter documentos escritos e aprovados em âmbito municipal</b>
Articular junto à gestão municipal além da capacitação profissional, os insumos e medicamentos, como também estrutura de transporte e agenda para contemplar este atendimento pela equipe multiprofissional.	<b>Está contemplado em orçamento, conselho municipal de saúde e posteriormente em orçamento e aquisição.</b>	<b>Ver a evolução dos processos legais para alcançar a disponibilidade destes insumos junto as eESF.</b>

## 10 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tomando como base as metas estabelecidas na construção do projeto de intervenção – PI, notou-se que alguns objetivos foram alcançados na íntegra e outros não obtiveram o sucesso esperado. O cumprimento dos objetivos teve relação direta com a governança dos atores responsáveis pela sua execução, e assim o que estava ao alcance do mestrando e equipe, foi possível alcançar, no entanto, o que dependia de recursos da gestão municipal ficou parcialmente inviabilizado por sequência de mudanças na gestão do município de Vilhena-RO.

**Objetivo 1: Identificar onde estão estes usuários que necessitam de cuidados paliativos, isto é, em que território e equipe de estratégia de saúde da família, como também o quantitativo:**

A equipe de estratégia de saúde da família – ESF Bela Vista conta com equipe multiprofissional, entre estes profissionais, uma médica residente de medicina de família e comunidade, uma enfermeira, uma dentista residente de saúde da família, uma técnica de enfermagem e saúde bucal, seis agentes comunitários de saúde - ACS, e com estes profissionais o território adscrito da equipe está 100% com cobertura de equipe, microáreas e ACS.

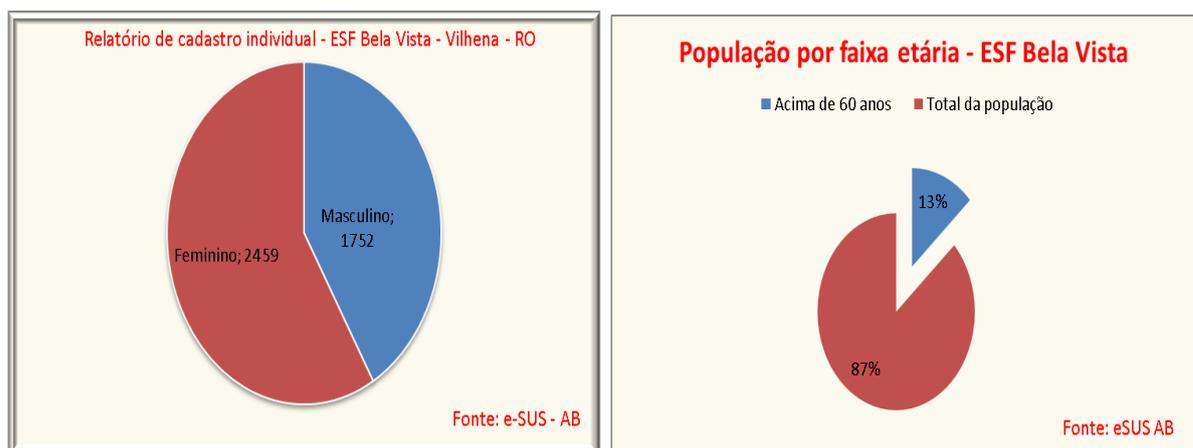


Figura 6 - Relatório de cadastro individual

Figura 7 - População por faixa etária

No território adscrito da ESF Bela Vista reside uma população de 4.211 pessoas, sendo 2.459 do sexo feminino e 1.752 masculinos. A população de idosos acima de 60 anos é

de 555 (13,20 % da população) e destes 29 estão domiciliados, sendo 08 em cuidado paliativo - CP, sendo um destes pacientes em acompanhamento compartilhado com o melhor em casa (SAD).

As pessoas em cuidados paliativos – CP que estão residindo no território adscrito da ESF Bela Vista, na sua maioria são sequelados por acidente vascular isquêmico – AVEi, demência e outras doenças cardiovasculares, em menor quantidade por consequência de acidente de trânsito, por outros tipos de traumas e ainda por evolução de insuficiência respiratória devido a doença pulmonar obstrutiva - DPOC.

Para ilustrar as ações desenvolvidas nestes quase dois anos de registros do projeto de intervenção, vamos relatar algumas histórias vivenciadas pelo mestrando e profissionais da ESF Bela Vista. A primeira se reporta a um cidadão, a quem vou chamar “Seu Messias”, e sua companheira Donatilha, a primeira vez que estive com seu Messias (25/11/2016), ele acabara de receber alta do hospital regional de Vilhena-RO, restrito ao leito, úlcera de decúbito, lucidez diminuída, sendo que foi acometido por AVEi e com antecedente patológico de hipertensão com insuficiência cardíaca congestiva e possível demência.



**Figura 8 - Equipe de estratégia de saúde da família Bela Vista – Vilhena**

As visitas domiciliares - VD se tornaram constantes, devido o quadro de saúde do paciente, para nossa alegria ele evolui com melhora da qualidade de vida, saindo do leito, e por vezes, na VD encontrávamos o seu Messias sentado na calçada observando o trânsito da sua rua, e no dia 30/09/2017 ele foi à obito.

O trabalho da ESF Bela vista continuou, agora prestando o cuidado a sua esposa “Donatilha”, que recebe a equipe todas as vezes com grande alegria e pergunta “Por que demoraram tanto?”.



**Figura 9 - Visita domiciliar – equipe de estratégia de saúde da família bela vista – Vilhena- RO**

O segundo relato descreve a história da “Dona Maria”, iniciada no dia 10/08/2017 com a VD da agente comunitária de saúde - ACS, onde foi solicitado atendimento da equipe de saúde em ambiente domiciliar, justificada pela incapacidade da usuária se desloca até unidade básica de saúde - UBS. A VD ocorreu no dia seguinte 11/08/2017 pela ESF Bela Vista, onde foi relatado que a paciente residia na zona rural de Vilhena-RO (Localidade Rio Claro),e que devido seu estado de saúde estava na casa de sua filha “Leonice”, antecedentes patológicos de hipertensão arterial, diabetes não insulínica e doença pulmonar obstrutiva. A filha relata que sua mãe esteve em internação hospitalar, Hospital Regional de Vilhena-RO (Unidade de terapia intensiva), por problemas pulmonares, onde foi avaliada por serviço de atendimento domiciliar – SAD (Melhor em Casa), que não considerou elegível para admissão no mesmo, pois o fato de fazer uso de oxigênio domiciliar, não justifica o acompanhamento do SAD.



**Figura 10 - Equipe de estratégia de saúde da família bela vista – Vilhena-RO**

A paciente após melhora do quadro respiratório, sem necessidade de oxigenoterapia, retornando a sua residência na zona rural, onde permaneceu acompanhado por equipe ESF Rural com intervalos bimestrais.

No dia 15/02/2019 a ESF Bela Vista foi acionada por sua filha, Leonice, para realizar VD para a paciente, pois não estava bem, e acabará de ter alta hospitalar por exacerbação da DPOC. A ESF programou e realizou a VD no dia 18/02/2019, e na avaliação constatou-se que a paciente evidenciava piora do quadro respiratório (Taquipneia, saturação de oxigênio diminuída e hipopotassemia em correção), em uso de oxigenoterapia por cateter nasal, e que o quadro de saúde limitava a deambulação e atividades cotidianas. Diante do quadro a ESF fez as orientações a paciente e cuidadora e programação de VD semanal e a partir da demanda solicitada pela cuidadora e ACS.

O próximo relato narra a vivência da ESF Bela Vista e a “Dona Joana”, 96 anos, diabética, hipertensão com insuficiência cardíaca, restrita à cadeira de rodas. A primeira VD foi realizada no dia 19/05/2017, onde foram levantadas as condições e necessidades de saúde e sociais da paciente. A paciente estava inserida em ambiente com condições sanitárias inadequadas, a cuidadora com dificuldades de administrar a assistência exigida pela paciente. A equipe de ESF solicitou auxílio do núcleo de apoio à saúde da família – NASF, em especial a profissional da assistência social e psicologia, que juntamente com a ESF estabeleceu um projeto terapêutico singular – PTI, abordando as dificuldades e potencialidades contidas neste ambiente domiciliar. As diversas VD proporcionaram um controle adequado da hipertensão e glicêmico, como também das condições ambientais e sanitárias. A última VD a paciente ocorreu no dia 18/02/2019, onde a usuária manteve controle adequado da pressão arterial, embora uma piora da acuidade visual, restrição total de deambulação (cadeira de rodas), ansiosa e relato de insônia. A equipe de ESF manteve a programação de VD periódica, medicação para melhora dos sintomas emocionais e de distúrbio do sono.



**Figura 11 - Visita domiciliar – equipe de estratégia de saúde da família Bela Vista – Vilhena-RO**

A porcentagem de cobertura territorial por parte da eESF tem papel relevante no enxergar estes usuários e famílias que necessitam serem alcançados com ações relativo ao cuidado paliativo – CP, na dinâmica do processo de trabalho da ESF, a equipe multiprofissional, desde o ACs, passando por enfermeiro e médico tem a oportunidade de criar vínculo e abordar de forma mais íntima as necessidades do usuário e familiares em CP. O serviço ofertado aos pacientes em cuidados paliativos, em face a demanda crescente dos mesmos, requer participação efetiva das eESF para atingir o cuidado integral e longitudinal a estes usuários.

O objetivo e a meta traçado foi possível ser alcançada pela característica da eESF Bela Vista, com 100% de cobertura do território e cadastro em prontuário eletrônico do sistema único do sus – SUS, o eSUS AB. A cobertura se estabelece com 05 microarias com seus respectivos ACs, todos os usuários cadastrados no eSUS AB e ainda todos os atendimentos arquivados de forma eletrônica.

**Objetivo 2: Proporcionar espaço de educação continuada junto aos profissionais da equipe de estratégia de saúde da família -ESF Bela Vista para o atendimento mínimo destes usuários e assim disponibilizar o socorro a estas pessoas, em cuidado paliativo, no âmbito da porta de entrada do serviço de atenção primária à saúde - APS:**



**Figura 12 - Reunião de EPS – equipe de estratégia de saúde da família Bela Vista / NASF – Vilhena-RO**

O espaço de educação continuada abordou o tema cuidado paliativo – CP foi disponibilizado no ambiente de educação permanente em saúde – EPS, contido no horário semanal, destinado à reunião da equipe de ESF Bela Vista e atualização em saúde. Estes momentos somaram às 24 horas programadas inicialmente pelo projeto de intervenção – PI, sendo dividido em 12 momentos de 02 horas cada.

A metodologia prioritária aplicada nestes espaços de educação continuada foi às metodologias ativas – MA, utilizando a espiral construtivista como ferramenta principal, e para isso se apropriando de disparadores de aprendizagem, entre eles, viagens, situações problemas – SP e oficinas de trabalho – OT.



**Figura 13 - Reunião de EPS – equipe de estratégia de saúde da família Bela Vista / NASF – Vilhena-RO**

Os atores envolvidos neste espaço de compartilhamento de saberes, sensibilizados previamente, responderam positivamente aos momentos pactuados para socialização dos saberes. O núcleo de apoio à saúde da família – NASF participou ativamente do processo, entre os profissionais envolvidos, podemos elencar a psicóloga e assistente social residente, dentista e enfermeira sanitária, e fisioterapeuta. A residência de saúde de medicina de família e comunidade – RMFC, através de seus preceptores e residentes também

contribuíram com esta etapa de construção de conhecimentos, e ainda o serviço de atendimento domiciliar – SAD (Melhor em Casa) com sua equipe, em particular médico e enfermeira.

Importante destacar o papel da equipe de ESF Bela Vista, em todos os seus integrantes, que responderam positivamente as atividades propostas, empenhados e atentos às atividades propostas e ainda com baixo nível de absenteísmo, proporcionando um aproveitamento adequado do conteúdo proposto no PI, e assim a meta de proporcionar espaço de EPS abordando CP na APS foi alcançado.



**Figura 14 - Reunião de EPS – equipe de estratégia de saúde da família Bela Vista/NASF – Vilhena-RO**

Fica evidente a necessidade de permanecer ativo no espaço de EPS da equipe de ESF Bela Vista, com o tema cuidado paliativo, entendendo ser um conteúdo pouco abordado na formação dos profissionais da saúde, e que é cada vez mais comum a demanda destes cuidados por parte da população.

**Objetivo 3: Implementar protocolos e algoritmos na rede municipal de saúde, e em especial a APS para contemplar o atendimento de cuidados paliativos em território domicílio do usuário:**

O trabalho de construção de um protocolo municipal, como também a utilização na prática, ficou fora da governança do projeto de intervenção – PI e atores envolvidos. O município de Vilhena vivenciou momento político singular, onde houve neste período a passagem nos cargos de três prefeitos e cinco secretários municipais de saúde, além da coordenação da atenção básica também seguir o mesmo formato, impondo a inexistência de uma referência para trabalhar possíveis ações para construção deste protocolo, aprovação e utilização na prática das equipes de estratégia de saúde da família – eESF.

No início de 2019, junto com serviço de atenção domiciliar – SAD, em momentos de educação continuada, ficou pactuado iniciar o processo de elaboração do protocolo de cuidado paliativo – CP para o município de Vilhena, entendendo que ele contribuirá para o processo de trabalho do SAD, eESF e qualidade de serviço prestados aos usuários que necessitam de CP.



**Figura 15 - Reunião de EPS – equipe de estratégia de saúde da família bela vista / SAD – Vilhena-RO**

Embora a meta proposta no projeto de intervenção não obteve êxito, fica desenhado avanços neste objetivo, a partir da pactuação firmada entre eESF e SAD(Melhor em Casa) no intuito de reunirem para construção deste protocolo até o segundo semestre de 2019.

**Objetivo 4: Articular junto à gestão municipal além da capacitação profissional, os insumos e medicamentos, como também estrutura de transporte e agenda para contemplar este atendimento pela equipe multiprofissional:**

As metas traçadas para este objetivo foram prejudicadas por duas variáveis principais, primeiro em relação à gestão municipal, que devido à inconstância dos agentes públicos nos cargos, ficou prejudicado a articulação para disponibilidade de insumos, transportes e medicamentos. Segunda variável reporta-se a legalidade da existência de medicações nas unidades básicas de saúde, onde pela ausência do profissional farmacêutico, fica contrária a legislação sanitária brasileira e resolução do conselho federal de farmácia, a disponibilidade destas medicações.

Diante das dificuldades colocadas em relação a medicações insumos e oferta de transporte a eESF Bela Vista estas metas foram alcançadas em porcentagem mínima,

limitando o cuidado prestado aos usuários em seu ambiente de domicílio e ainda acesso as medicações e insumos necessários a prática do CP.

## **11 CONCLUSÃO**

A atenção primária à saúde - APS tem relevante papel no avanço do cuidado, proporcionado aos usuários e familiares que lidam com situação de patologias incuráveis, e que necessitam de palição. O avanço do cuidado paliativo – CP no âmbito da APS passa pela real prática dos princípios do SUS e humanização, onde a cobertura adequada do território adscrito, e de suas microáreas contribuem positivamente na assistência prestada a população, impulsionando o vínculo e cuidado adequado ao longo do tempo aos usuários que estão sob a responsabilidade sanitária desta equipe de estratégia de saúde da família - eESF.

A formação dos profissionais para atuarem com o CP, principalmente em ambiente de APS, é de fato um grande desafio, porém produz grandes resultados na qualidade do cuidado prestado na palição. A formação acadêmica, no que tange ao CP, não atende a necessidade crescente imposta aos serviços de saúde, em especial a APS, e ainda o espaço reservado de educação permanente em saúde - EPS no processo de trabalho das eESF é insuficiente para prestar um cuidado adequado a estas pessoas acometidas por patologias sem tratamento definitivo e necessitando de CP.

Por ser uma demanda real na rotina das eESF, os profissionais estão atentos a oferta de EPS que contempla o tema CP.

O projeto de intervenção – PI refletiu a necessidade da participação da gestão no fortalecimento da prática do CP no processo de trabalho da eESF, seja proporcionado a disponibilidade de medicamentos, insumos, transporte, ou ainda, potencializado a EPS, construção e implementação de protocolos, POPs, com objetivo de fortalecer a assistência aos usuários com necessidade de palição.

A necessidade de construção, implantação ou adequação de protocolos municipais, baseado na realidade de Vilhena, ficou evidente, onde às eESF não tem domínio sobre a rotina da assistência dos pacientes em CP. A problemática se inicia na limitação de lidar com os usuários e familiares que trazem esta demanda para a eESF, o desespero em referenciar para o Melhor em Casa, e quando documentam este encaminhamento não mantém a rotina de

cuidado domiciliar, e uma vez admitido pelo SAD cessa o cuidado compartilhado com este serviço.

O Projeto de intervenção – PI oportunizou o contato mais íntimo da eESF e Melhor em Casa no espaço de EPS, e a partir daí surgiu a pactuação de construir um protocolo municipal que atenda os anseios das eESF, SAD e principalmente a melhora do serviço prestado às pessoas que necessitam da assistência em cuidado paliativo.

O cuidado paliativo é uma necessidade evidenciada no espaço da APS, onde a população tem aumentado à expectativa de vida, e assim o quantitativo de doenças crônicas não transmissíveis – DCNT , neoplasias, e conseqüentemente a demanda por CP.

A ampliação deste projeto, alcançando outras eESF, e ainda o escopo de oferta de EPS para eESF e na formação acadêmica, como também permanecer sensibilizando a gestão do SUS para necessidade de disponibilidade de recursos disponíveis para o CP no âmbito da APS, se torna uma ação necessária no objetivo de qualificar este cuidado, e diminuir internação hospitalar e unidade de terapia intensiva, com impacto importante nos gastos públicos com saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA PF, Fausto MCR, Giovanella L. **Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados**. Rev Panam Salud Publica. 2011;29(2):84-95.
- ALVES, Rubem. **A maçã e outros sabores**. Quarta edição, Campinas, Editora: Papirus, 2009.
- CARVALHO, Ricardo Tavares de Carvalho; PARSONS, Henrique Afonseca orgs.. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Solo, 2012.
- COELHO, Maria Emidia de Melo; FERREIRA, Amauri Carlos. **Cuidados paliativos: narrativas do sofrimento na escuta do outro**. MG: Rev. bioét. (Impr.). 2015; 23 (2): 340-8.
- CORREIA, Fernanda Ribeiro. Tradução, adaptação cultural e validação inicial no Brasil da Palliative Outcome Scale (POS). 2012.
- COSTA, Percínio Costa, et al. **Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem**. MG: Comunicação Saúde Educação 2016; 20(59):1041-52
- DUARTE, Elisabeth Carmen; BARRETO, Sandhi Maria. **Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema**. Brasília: Epidemiol. Serv. Saúde, 2012; – I Editorial 21(4):529-532, out-dez.
- DUNCAN, B.B.; SCHIMIDT, M.I. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidência, quarta edição. Porto Alegre, Editora: Artmed, 2014.
- EVANGELISTA, Carla Braz et al. **Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura**. PB: Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 mai-jun;69(3):591-601.
- FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Femin Roland. **Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica**. RJ: Cad. Saúde Pública, 2007, 23(9):2072-2080.
- FIRMINO, F. **Pacientes portadores de feridas neoplásicas em serviços de cuidados paliativos: Contribuições para construção de protocolos de intervenção de enfermagem**: Rer Bras cancerol.2005;51(4):347-59.
- FROSSARD, Andrea. **Os cuidados paliativos como política pública: notas introdutórias**. RJ: Cad. EBAPE.BR, 2016, p.640-655.
- GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. São Paulo: ESTUDOS AVANÇADOS 30 (88), 2016.
- Henk Ten Have, European Journal of Palliative Care 10, 2, suppl (2003) 21-6. Citado por Diego Gracia, **Sair da Vida** – em Pensar a Bioética – Ed Loyola – 2010.

LIMA et al. Processos educacionais na saúde II: caderno do curso 2013: facilitadores da gestão da clínica no SUS/GVISA/GESP-- São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2013.

MARCUCCI, Fernando Cesar Iwamoto et al. **Identificação de pacientes com indicação de Cuidados Paliativos na Estratégia Saúde da Família**: estudo exploratório. RJ: Cad. Saúde Colet , 2016 24 (2): 145-152.

MAXIMINIANO A. C. A. Administração de projetos. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MELO, Alyne et al. **Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília**: 2013. Ministério da Saúde, Vol. 2.

MCCOUGHLAN, M. **A necessidade de cuidados paliativos**. Mundo saúde (1995).2003;27(1):6-14.

MENDES, Costa Ernani; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. RIO DE JANEIRO: Saúde e debate JUL-SET 2015 V. 39, N. 106, P. 881-892.

MENEGUIN, Silmara; RIBEIRO, Rafaela. **Difficulties of caregivers providing palliative care to patients covered by the family health strategy**. SP: Texto Contexto Enferm, 2016, 25(1):e3360014.

NICKEL, Luana et al. **Grupos de pesquisa em cuidados paliativos: a realidade brasileira de 1994 a 2014**. SC: Escola Anna Nery, 2016, 20(1) Jan-Mar.

NOVAES, Ana Vieira et al. **Estratégias para o cuidado da Pessoa com Doença Crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Cadernos de Atenção Básica, nº 35.

OLIVEIRA, Cecília Maria Carvalho Soares; OLIVEIRA, Maria Aparecida. Projeto de Intervenção associado à Árvore de Problemas: Metodologia para elaboração do Projeto de Intervenção (PI). SP: UNA SUS/unifesp 2015.

OLIVEIRA, José Ricardo et al. **Reflexões sobre o Ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas médicas do Estado de Minas Gerais**, Brasil. MG: Revista Brasileira de educação Médica 40 (3) : 364 – 373 .

OLIVEIRA, Reinaldo Ayer. . Cuidado paliativo. SP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo , 2016 , 2008. 689 p.

Organização Mundial de Saúde. Global Atlas of Palliative Care at the end-of-life. Acesso em 02 dez. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf>.

PINELI, Paula Pereira et al. **Cuidado Paliativo e diretrizes curriculares: Inclusão necessária, Universidade Federal de Viçosa**, Viçosa, MG, Brasil., Revista Brasileira de educação médica, 40 (1) : 540 – 546 ; 2016.

OLIVEIRA, Jurema Telles.(Orgs).**Pauta de Cuidados Paliativos para a Atenção primária**, Instituto de Medicina Integral prof. Fernando figueira – IMIP, 1º. Edição, Recife, 2016.

REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa. **A finitude humana e a saúde pública**. Cad. Saúde Pública. RJ: Fórum. ago, 2006. 22(8):1755-1760.

SILVA, Edilson Alves. Relatório Consolidado do Território. Vilhena: 2017, UBS Afonso Mansur de Franca, FILTROS: Competência: 06/2017 | INE: 0000002917 - Equipe Bela Vista.

SILVA, Edilson Alves. Relatório Consolidado de Cadastro de Território. Vilhena: 2017, UBS Afonso Mansur de Franca, FILTROS: Competência: 07/2017 | Unidade de saúde: Todas | INE: Todos.

SIMÃO, Vilma Margarete; MIOTO, Regina Celia Tamaso. **O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina**. RJ: Cad. EBAPE.BR, v. 14, Edição Especial, 2016, V. 40, N. 108, P. 156-169.

SIQUEIRA-Batista R, Schramm FR. **Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia**. Ciênc Saúde Coletiva 2004; 9:31-41.

SAPORETTI, Luis Alberto. **Espiritualidade em Cuidados Paliativos**. In: CUIDADO Paliativo. Cadernos Cremesp, São Paulo, SP: CREMESP, 2008, p. 521 - 531.

TWYXCROSS, R. **Medicina Paliativa: Filosofia e Considerações Éticas**. Acta Bioethica. 2000; 4(1):1-24.

World Health Organization. **Palliative care for older people: better practices**. Geneva: WHO; 2011.

VALENTE SH, Teixeira MB. **Estudo fenomenológico sobre a visita domiciliar do enfermeiro à família no processo de terminalidade**. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(3):655-61.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Solicitamos que seja autorizada a realização da pesquisa intitulada: **“Projeto, estaremos ao seu lado, uma proposta de cuidados paliativos na atenção primária à saúde”**. Tal autorização nos permite ter acesso aos profissionais de saúde da equipe de saúde da família do município de Vilhena-RO e demais profissionais que lá trabalham. Asseguramos que em nenhum momento serão divulgados os nomes dos entrevistados, nem tampouco as informações relatadas, quando forem divulgados os resultados da pesquisa.

Agradecemos a colaboração, colocando-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

---

Edilson Alves da Silva

Mestrando Pesquisador

Fone para contato: 981301266

E-mail: edilsonuctacoal@hotmail.com

Eu, **Marco Aurélio Blaz Vasques**, tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, autorizo a realização da pesquisa bem como o acesso a outros documentos solicitados pelo pesquisador, assinando este documento com a garantia de que os nomes dos profissionais de saúde e do gerente da unidade serão preservados.

Vilhena, 28 de novembro de 2017.

---

Marco Aurélio Blaz Vasques

Secretário Municipal de Saúde de Vilhena-RO.

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da “**Projeto, estaremos ao seu lado, uma proposta de cuidados paliativos na atenção primária à saúde**”. Este projeto de intervenção pretende melhorar a qualidade do atendimento aos usuários portadores de condições patológicas incuráveis ou irreversíveis que requerem cuidados paliativos.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador

A identidade das participantes não será revelada, os dados serão mantidos em sigilo, e poderão desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. A participação na pesquisa será de forma voluntária, sem nenhum tipo de remuneração ou gasto. Não há riscos previstos para as participantes deste estudo.

Para esclarecimentos de dúvidas procurar pelo médico mestrando Edilson Alves da Silva, pesquisador responsável pelo estudo, no telefone (69) 981301266 ou e-mail edilsonuctcacoal@hotmail.com.

Comitê de Ética da Fundação Universidade Federal de Rondônia: Fones: (69) 2182- 2111 ou 9 8434 4761; e-mail: cepunir@yahoo.com.br

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que concordo em participar desse estudo, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

Nome e assinatura do participante

---

Nome e assinatura do responsável pela obtenção deste termo

## APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_.

depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, AUTORIZO, através do presente termo, o pesquisador Edilson Alves da Silva, orientando da Dr. José Odair Ferrari, projeto de pesquisa intitulado : **“Projeto, estaremos ao seu lado, uma proposta de cuidados paliativos na atenção primária à saúde”**, a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos de livre e espontânea vontade (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos destinados à divulgação ao público em geral. Ainda **autorizo**, para os mesmos fins, a cessão de direitos da veiculação das imagens não recebendo para tanto qualquer tipo de remuneração, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, das seguintes formas: (I) out-door; (II) busdoor; folhetos em geral (encartes, mala direta, catálogo, etc.); (III) folder de apresentação; (IV) anúncios em revistas e jornais em geral; (V) home page; (VI) cartazes; (VII) back-light; (VIII) mídia eletrônica (painéis, vídeo-tapes, televisão, cinema, programa para rádio, entre outros), artigos, banner e demais produtos oriundos do presente estudo (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados,

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, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei n.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei n.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto nº 5.296/2004). Assino a presente autorização em duas (2) vias de igual teor e forma.

Vilhena, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Pesquisador responsável pelo projeto

\_\_\_\_\_

Sujeito da Pesquisa

## ANEXOS

### ANEXO A - ESCALA DE RESULTADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

(Palliative Outcome Scale - POS)

Nome do paciente:

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data de avaliação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Local de avaliação: \_\_\_\_\_

Por favor, responda as seguintes perguntas marcando um “x” no quadrado ao lado da resposta que for mais verdadeira

para você. Suas respostas nos ajudarão a melhorar o seu atendimento e de outras pessoas. Obrigado.

1. Nos últimos 3 dias, alguma dor incomodou você?

1.  Não, nem um pouco
2.  Levemente, praticamente não me incomodou
3.  Moderadamente, chegou a me limitar em alguma atividade
4.  Gravemente, afetou bastante minha concentração e/ou atividades diárias
5.  Insuportavelmente, fui incapaz de pensar em qualquer outra coisa

2. Nos últimos 3 dias, outros sintomas, como, por exemplo, enjoo, tosse, prisão de ventre, dentre outros, atrapalharam você?

1.  Não, nenhum outro sintoma me afetou
2.  Levemente, praticamente não me incomodou
3.  Sim, moderadamente
4.  Sim, gravemente
5.  Sim, insuportavelmente

3. Nos últimos 3 dias, você se sentiu ansioso ou preocupado com sua doença ou tratamento?

1.  Não, nem um pouco
2.  Pouquíssimas vezes
3.  Algumas vezes, nessas vezes atrapalharam minha concentração
4.  Na maior parte do tempo, atrapalhou frequentemente minha concentração
5.  Não consegui pensar em mais nada, fiquei totalmente preocupado e ansioso

4. Nos últimos 3 dias, algum familiar ou amigo seu sentiu-se preocupado com você?

1.  Não, ninguém
2.  Pouquíssimas vezes
3.  Algumas vezes, nessas vezes, a ansiedade e preocupação atrapalharam a concentração deles
4.  Na maior parte do tempo
5.  Sim, eles parecem estar o tempo todo preocupados comigo

5. Nos últimos 3 dias, quanta informação foi dada a você ou a sua família, amigos, acompanhantes sobre sua doença?

1.  Recebemos todas as informações, sempre me senti à vontade para perguntar o que eu quisesse
2.  Recebemos informações, mas tivemos dificuldade em entendê-las
3.  Recebemos informações quando pedimos, mas gostaríamos de ter tido mais informações
4.  Recebemos poucas informações e algumas perguntas não foram respondidas
5.  Nenhuma informação foi recebida, mas gostaríamos de ter recebido

6. Nos últimos 3 dias, você conseguiu dividir com sua família, amigos ou acompanhante como estava se sentindo?

1.  Sim, compartilhei tudo o que quis
2.  Na maioria das vezes sim

3. ( ) Algumas vezes  
4. ( ) Pouquíssimas vezes  
5. ( ) Não compartilhei nada com ninguém
7. Nos últimos 3 dias, você sentiu que a sua vida vale a pena?  
1. ( ) Sim, o tempo todo  
2. ( ) Sim, na maior parte do tempo  
3. ( ) Algumas vezes  
4. ( ) Pouquíssimas vezes  
5. ( ) Não, nem um pouco
8. Nos últimos 3 dias, você se sentiu bem com você mesmo?  
1. ( ) Sim, o tempo todo  
2. ( ) Sim, na maior parte do tempo  
3. ( ) Algumas vezes  
4. ( ) Pouquíssimas vezes  
5. ( ) Não, nem um pouco
9. Nos últimos 3 dias, quanto tempo você gastou com compromissos relacionados à sua saúde como, por exemplo, esperando por transporte ou repetindo exames?  
1. ( ) Não gastei nenhum tempo  
2. ( ) Gastei até a metade de um dia  
3. ( ) Gastei mais da metade de um dia
10. Nos últimos 3 dias, foi resolvido algum problema financeiro ou pessoal, relacionado à sua doença?  
1. ( ) Meus problemas estão sendo resolvidos e estão em dia como eu gostaria  
2. ( ) Meus problemas estão sendo resolvidos  
3. ( ) Meus problemas existem e não foram resolvidos  
4. ( ) Não tenho problemas
11. Se você teve algum problema, financeiro ou pessoal, quais foram os principais no últimos dias?
12. Como você respondeu esse questionário?  
1. ( ) Sozinho  
2. ( ) Com ajuda de um acompanhante ou familiar  
3. ( ) Com ajuda de alguém da equipe de saúde
- Total: \_\_\_\_\_ de 40 pontos possíveis.

## ANEXO B – ESCALA DE ZARIT

Departamento de  
Medicina Social



**ATENÇÃO DOMICILIAR:  
CUIDADOS PALIATIVOS**  
MÓDULO DE AUTOAPRENDIZAGEM

### ESCALA DE ZARIT

5. Sente que sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA	
Leve	até 14 pontos
Moderada	15 a 21 pontos
Grave	acima de 22 pontos

### ANEXO C – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES	09/ 2017	10/ 2017	11/ 2017	12/ 2017	01/ 2018	02/ 2018	03/ 2018	04/ 2018	05/ 2018	06/ 2018	07/ 2018	01/ 2019	02/ 2019	03/ 2019
Elaboração do PI	X	X	X	X	X									
Cadastro Plataforma Brasil e aprovação do CEP				X	X									
Apresentação/sensibilização dos atores envolvidos					X	X	X							
Intervenção								X	X	X	X	X	X	
Qualificação											X			
Análise e construção do relatório final													X	X
Defesa do TCC – PI														X

## ANEXO D – ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA  
NÚCLEO DE SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



### ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO

Aos quinze dias do mês de março do ano de dois mil e dezenove, reuniu-se a banca examinadora composta pelos professores doutores:

**Prof. Dr. José Odair Ferrari** (Orientador(a))

**Prof(a). Dr(a). Ana Lúcia Escobar** (membro interno),

**Prof. Dr. Juan Miguel Villalobos Salcedo** (membro externo)

**Prof. Dr. Dhélio Batista Pereira** (suplente),

perante a qual, EDILSON ALVES DA SILVA, aluno(a) regularmente matriculado(a) no Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família/UNIR, defendeu para preenchimento dos requisitos de defesa pública de dissertação, denominada:

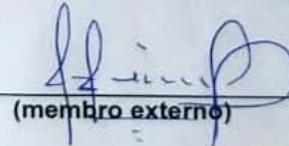
**Projeto *Estaremos ao Seu Lado*, uma proposta de cuidados paliativos na atenção primária à saúde, Vilhena – RO.**

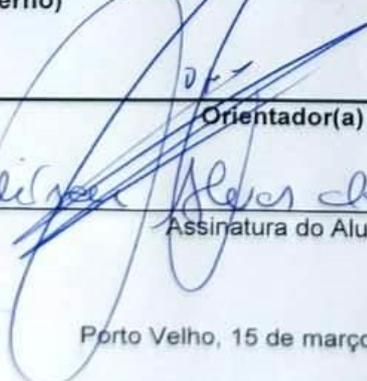
A defesa da referida Dissertação ocorreu das 9.30 às 10.30 tendo sido o(a) aluno(a) submetido(a) à arguição, dispondo cada membro da banca de tempo para tal. Finalmente, a banca reuniu-se em separado e concluiu por considerar o/a mestrando/a Aprovado no exame de defesa pública de dissertação, considerando que:

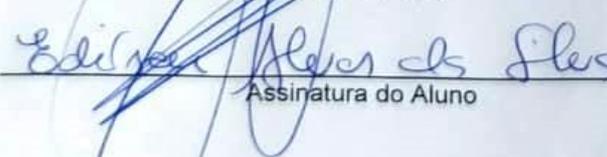
As necessidades de revisão de todo o texto com adequação da linguagem. Descrever os resultados com destaque para as intervenções realizadas em parceria com a equipe de educação permanente e descrever pontos cuidados para serem realizados, acerca as conclusões.

Eu José Odair Ferrari presidi a Banca Examinadora da Defesa Pública de Dissertação, assino a presente ata, juntamente aos demais membros, e dou fé.

  
(membro interno)

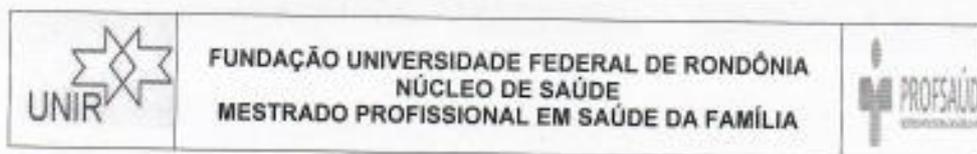
  
(membro externo)

  
Orientador(a)

  
Assinatura do Aluno

Porto Velho, 15 de março de 2019.

## ANEXO E – DECLARAÇÃO DO ORIENTADOR



### DECLARAÇÃO DO ORIENTADOR

#### VERSÃO FINAL DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO MESTRADO À COORDENAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que Edilson Alves da Silva acatou a versão final de seu Trabalho de Conclusão do Mestrado e incluiu as sugestões da Comissão Examinadora consideradas pertinentes pelo Orientador. Por fim, autorizo a entrega da versão final do Trabalho de Conclusão do Mestrado do discente à Coordenação Institucional do PROFSAÚDE.

Porto Velho, 11 de Abril de 2019.

*José Odaír Ferrari*  
Chefe do Depto. de Medicina  
Pós-graduação em Saúde

Orientador(a)

*O.K.*

*José Odaír Ferrari*  
Chefe do Depto. de Medicina  
Pós-graduação em Saúde