

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGSCoI  
MESTRADO PROFISSIONAL**

**EMANUELE CRISTINA GIRELLI CECCATO**

**QUALIFICAÇÃO DE CUIDADORES E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE EM CUIDADOS PALIATIVOS NO MUNICÍPIO DE COCAL DO SUL-SC**

**CRICIÚMA**

**2023**

**EMANUELE CRISTINA GIRELLI CECCATO**

**QUALIFICAÇÃO DE CUIDADORES E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE EM CUIDADOS PALIATIVOS NO MUNICÍPIO DE COCAL DO SUL-SC**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Profa. Dra. Vanessa Iribarrem Avena Miranda.

**CRICIÚMA**

**2023**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

C387q Ceccato, Emanuele Cristina Girelli.

Qualificação de cuidadores e profissionais da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos no município de Cocal do Sul-SC / Emanuele Cristina Girelli Ceccato. - 2023.

46 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2023.

Orientação: Vanessa Iribarrem Avena Miranda.

1. Cuidados paliativos - Cocal do Sul (SC). 2. Cuidados paliativos na terminalidade da vida. 3. Pessoal de saúde - Formação. 4. Qualificação profissional. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDD 23. ed. 362.10711

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101  
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

**EMANUELE CRISTINA GIRELLI CECCATO**

**QUALIFICAÇÃO DE CUIDADORES E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
SAÚDE EM CUIDADOS PALIATIVOS NO MUNICÍPIO DE COCAL DO SUL-SC**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de ..... no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 03 de julho de 2023.

**BANCA EXAMINADORA**



Profa. Vanessa Iribarrem Avena Miranda - Doutora - Unesc - Orientadora



Profa. Ariete Inês Minetto  
Doutora – UNESC  
Membro externo

Profa. Ariete Inês Minetto - Doutora - Unesc



Prof. Jacks Soratto  
Doutor – UNESC/PPG  
SCol Membro interno

Prof. Jacks Soratto - Doutor - Unesc

Dedico ao meu esposo Tiago Mucelin e minha filha Alice Ceccato Mucelin.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço a Deus por todas as bênçãos concedidas, Saúde, Perseverança e Otimismo, muito obrigado. Ao meu esposo Tiago e minha filha Alice, que sempre me apoiaram e entenderam os momentos de ausência. Agradeço também a todos os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Cocal do Sul que ajudaram no desenvolvimento deste trabalho. Agradeço a gestão da prefeitura municipal de Cocal de Sul pelo apoio. A minha orientadora Profa. Dra. Vanessa Iribarrem Avena Miranda pela paciência, dedicação, companheirismo e incentivo que muito me ajudou. A todos os professores do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Unesc pela contribuição na minha formação.

“É impressionante a força que as coisas parecem ter quando precisam acontecer”.

Caetano Veloso

## RESUMO

Cuidados paliativos (CP) são abordagens multidimensionais (física, emocional, familiar, social e espiritual), promovida por uma equipe multiprofissional, que visa a melhoria na qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam doenças ameaçadoras de vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, através de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor, que abrange todos os sintomas de ordem física, psicossocial e espiritual. Dessa forma, a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o melhor nível de assistência à saúde para a prestação e coordenação dos CP de seus usuários, visto que, a proximidade geográfica, cultural e emocional dos profissionais de saúde locais podem contribuir para que a integralidade do cuidado ocorra de forma humanizada. O objetivo deste trabalho é desenvolver um curso de qualificação sobre cuidados paliativos voltado a cuidadores e profissionais que atuam na APS. Foi desenvolvida uma oficina de qualificação em CP em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde. Participaram profissionais de saúde (Agente Comunitário de Saúde, enfermeira, assistente social) e pacientes que atuam como cuidadores. Foram destinados seis períodos (terças e quintas a tarde) durante três semanas para o desenvolvimento e abordados os seguintes temas: CP, direitos das pessoas em CP, higienização, nutrição em pacientes em CP, cuidados especiais, manejo de crises convulsivas, suporte básico de vida. Após o término da oficina, foi construído um E-Book a partir das temáticas apresentadas, possibilitando o acesso e a consulta às informações sempre que necessário. A partir da construção do presente produto, espera-se suprir uma necessidade da gestão municipal de saúde, visto a ausência de educação permanente sobre a temática e as demandas relatadas pelos profissionais de saúde sobre as dificuldades encontradas pelos cuidadores. O produto é inovador e repercutiu positivamente no acolhimento e na qualidade de vida dos pacientes e familiares que necessitam de CP, contribuindo com a integralidade do cuidado, favorecendo um olhar amplo voltado para as necessidades dos pacientes em CP.

**Palavras-chave:** Cuidados paliativos. Cuidados de Conforto. Atenção Primária à Saúde. Qualificação Profissional. Integralidade do cuidado.



## ABSTRACT

Palliative Care (PC) is a multidimensional approach (physical, emotional, familial, social, and spiritual) promoted by a multiprofessional team, aiming to improve the quality of life for patients and their families facing life-threatening illnesses. It achieves this by preventing and relieving suffering through early identification, proper assessment, and treatment of pain, encompassing all physical, psychosocial, and spiritual symptoms. In this regard, Primary Health Care (PHC) is considered the best level of health care for the provision and coordination of PC for its users. The geographic, cultural, and emotional proximity of local healthcare professionals can contribute to a humanized delivery of comprehensive care. The objective of this work is to develop a qualification course on palliative care targeted at caregivers and professionals working in PHC. A qualification workshop on PC was developed in partnership with the Municipal Health Department and professionals working in Primary Health Care. Healthcare professionals (Community Health Agents, nurses, social workers) and patients acting as caregivers participated in the workshop. Six periods were allocated (Tuesday and Thursday afternoons) over three weeks for development, covering the following topics: PC, rights of people in PC, hygiene, nutrition for patients in PC, special care, management of seizures, and basic life support. After the workshop's conclusion, an E-Book was created based on the presented topics, providing access to information for consultation whenever needed. Through the development of this product, it is expected to meet the municipal health management's needs, considering the absence of permanent education on this topic and the challenges reported by healthcare professionals concerning difficulties faced by caregivers. The product is innovative and has had a positive impact on the support and quality of life for patients and families requiring PC, contributing to comprehensive care and promoting a broad perspective focused on the needs of patients in PC.

**Keywords:** Palliative care. Comfort Care. Primary Health Care. Professional qualification. Integrality of care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Pilares dos Cuidados Paliativos.....	22
Figura 2 - Print E-BOOK.....	35
Figura 3 - Print E-BOOK.....	36
Figura 4 - Print E-BOOK.....	37
Figura 5 - Print E-BOOK.....	37
Figura 6 - Print E-BOOK.....	38
Figura 7 - Print E-BOOK.....	38

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Tipos de CP. ....	23
Tabela 2 - Cronograma de da oficina: .....	32

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD - Atenção Domiciliar

APS - Atenção Primária à Saúde

ALCP - Associação Latino-americana de Cuidados Paliativos

ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos

DCNT – Doença Crônica Não Transmissível

DT- Doenças Transmissíveis

EAPC - Entidade Aberta de Previdência Complementar

EMAD - Equipe multiprofissional de atenção domiciliar

EMAP - Equipe multiprofissional de apoio

ESF – Estratégia de Saúde da Família

CACON - Centros de Cuidados Oncológicos de Alta Complexidade

CIB – Comissão Intergestora Bipartite

CIR- Comissão Intergestora Regional

CP - Cuidados Paliativos

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNAC- Política Nacional de Atenção Oncológica

MS - Ministério da Saúde

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS - Sistema Único de Saúde

SAD – Serviço de Atenção Domiciliar

UNACON - Unidades de Cuidados Oncológicos de Alta Complexidade

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>17</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	18
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>19</b>
3.1 CUIDADO PALIATIVO .....	19
3.2 PILARES DO CUIDADO PALIATIVO .....	22
3.3 TIPOS DE CUIDADO PALIATIVO.....	23
3.4 CONDIÇÕES QUE NECESSITAM DE CUIDADOS PALIATIVOS .....	24
<b>4 OS CP NA APS</b> .....	<b>25</b>
4.1 CP CONTEMPLADO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS .....	25
4.2 PROGRAMA DE SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR MELHOR EM CASA .....	27
<b>5 FORMAÇÃO EM SAÚDE</b> .....	<b>29</b>
<b>6 MÉTODOS</b> .....	<b>31</b>
6.1 CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DO PRODUTO .....	31
6.2 PÚBLICO ALVO .....	32
6.3 PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DO PRODUTO .....	32
6.4 CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO À SAÚDE COLETIVA .....	32
6.4.1 Aderência do produto a linha de pesquisa .....	32
6.4.2 Capacidade de aplicabilidade do produto.....	33
6.4.3 Característica de inovação do produto .....	33
6.4.4 Potencial de impacto do produto .....	33
6.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	33
<b>7 RESULTADOS</b> .....	<b>35</b>
7.1 APRESENTAÇÃO DO PRODUTO.....	35
7.2 EXPERIÊNCIA DA APLICAÇÃO DO PRODUTO.....	39
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>40</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos (CP) são uma abordagem destinada a melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares em face de uma doença que põe em risco a continuidade da vida, mediante prevenção e alívio do sofrimento, envolvendo identificação precoce, avaliação rigorosa e tratamento da dor e de outros problemas de ordem biopsicossocial e espiritual (SOUZA *et al.*, 2015).

Os CP são, portanto, abordagens que melhoram a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias face a doenças que ameaçam a vida, utilizando técnicas para prevenir e aliviar o sofrimento. A dor é um foco de CP, que requer detecção precoce, avaliação e tratamento da sua origem, bem como de quaisquer outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Em suma, os CP proporcionam alívio da dor e de quaisquer alterações fisiológicas e psicossociais que causam angústia (LIMA *et al.*, 2009; SILVEIRA, *et al.*, 2014). Este pacote visa, portanto, não só cuidar do paciente, mas também proporcionar conforto aos seus entes queridos durante todo o processo de sobrevivência até à morte (SILVEIRA *et al.*, 2016).

Tradicionalmente é trabalhado com a divisão entre doenças transmissíveis (DT) e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a primeira normalmente é de curso rápido e responde ao tratamento, já as DCNT geralmente tem duração maior que três meses, iniciam e evoluem de forma lenta. Normalmente as causas são múltiplas, como tempo, hereditariedade, exposição, estilo de vida e fatores fisiológicos. Diferente das condições agudas, as crônicas levam a mais sintomas e a maior número de incapacidade funcional. Cada sintoma leva a outro sintoma: condição crônica leva a tensão muscular, que leva a dor, que leva ao estresse, que leva a ansiedade, que leva a depressão e assim realimenta a condição crônica (MENDES, 2012).

As condições crônicas vão, portanto, muito além das doenças crônicas (diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas, etc.) ao envolverem doenças infecciosas persistentes, condições ligadas à maternidade e ao período perinatal; doenças metabólicas; doenças bucais; as condições de saúde caracterizadas como enfermidades em que há sofrimento, mas não doenças que se inscrevam nos padrões biomédicos (MENDES, 2012).

Atualmente, a doença crônica, progressiva e incurável é a principal causa de incapacidades funcionais, sofrimento e morte, como é o caso do câncer, da Aids e de

outras enfermidades que acometem os diversos órgãos vitais. (FIOCRUZ, 2012; LIMA-COSTA, 2003).

Segundo IBGE (2019) no Brasil, 52% das pessoas de 18 anos ou mais informaram que receberam diagnóstico de pelo menos uma doença crônica. É o que mostra a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019. A hipertensão arterial atinge 23,9% dos indivíduos, o que representa 38,1 milhões de pessoas (26,4% mulheres e 21,1% homens). Em 2013, eram 21,4%. A pressão alta é mais comum à medida que a população envelhece: 56,6% das pessoas de 65 a 74 anos tiveram esse diagnóstico e 62,1% entre a população de 75 anos ou mais de idade.

A recente transição demográfica e epidemiológica demonstrada pelo crescente envelhecimento populacional e aumento da prevalência de doenças crônicas requer novos focos de atenção para saúde. Um desses focos diz respeito ao acompanhamento, tratamento, prevenção e promoção de saúde no que tange às DCNT, que já são um dos maiores problemas de saúde no mundo e exigem atenção permanente e tratamentos diferenciados (DUNCAN, 2012).

Há diversas maneiras de tornar os dias de sobrevivência menos dolorosos. Por exemplo, o doente que sofre de uma DCNT, para a qual não existe cura absoluta, pode ter uma maior sobrevivência e alívio do sofrimento com o auxílio dos CP (VASQUES *et al.*, 2014).

O desconhecimento, por grande parte da sociedade sobre a existência dos CP em qualquer fase da Atenção à Saúde, como a própria dificuldade do ser humano para falar sobre a finitude, e o pré-conceito dos profissionais de saúde corroboram para a falta ou pouca efetividade dessa prática, tornado urgente a integração de políticas destinadas a melhorar a qualidade de vida das pessoas com doenças avançadas e das suas famílias, através de serviços que contemplem a educação em saúde nos CP e o prestem de forma atempada, segura, eficaz e eficiente (HERMES *et al.*, 2013).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o melhor nível de assistência à saúde para a prestação e coordenação dos CP de seus usuários. Isso porque se entende que a proximidade geográfica, cultural e emocional desses profissionais pode contribuir muito para que o cuidado ocorra de forma humanizada, respeitando-se a autonomia de pacientes e famílias de forma coordenada (SILVA, 2013).

Além disso, a APS pode estruturar-se de modo a privilegiar a permanência do paciente em CP no domicílio, evitando seu afastamento da família em seus momentos finais

de vida. A APS é o lugar de responsabilidade pela atenção à saúde de pacientes e suas famílias no decorrer do tempo. Além de oferecer o acesso ao sistema de saúde para todas as necessidades de seus usuários a APS acompanha suas histórias de vida, oferecendo atenção e cuidado integral, coordenando e integrando o atendimento prestado por outros serviços de saúde. Também compartilha algumas características com os outros níveis de assistência como atenção à prevenção, tratamento e reabilitação, assim como o trabalho em equipe (SILVA, 2013).

Para nortear os profissionais da APS o Ministério da Saúde publicou a em 25 de abril de 2016 a portaria nº 825, que trata sobre a Atenção Domiciliar (AD) caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). E Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá estar presente no atendimento domiciliar (BRASIL, 2016). Conforme a portaria a AD será organizada em três modalidades:

- I - Atenção Domiciliar 1 (AD 1);
- II - Atenção Domiciliar 2 (AD 2);
- III - Atenção Domiciliar 3 (AD 3).

A determinação da modalidade está atrelada às necessidades de cuidado peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos. A divisão em modalidades é importante para a compreensão do perfil de atendimento prevalente, e, conseqüentemente, para adequado planejamento e gestão dos recursos humanos, materiais necessários, e fluxos intra e intersetoriais (BRASIL, 2016).

A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso (BRASIL, 2016).



O fim da vida ainda é um tema difícil de ser abordado, visto que não há preparação para isso. Essa temática envolve as pessoas como um todo, e está se tornando um tabu na sociedade nas áreas do conhecimento e especialmente na área da saúde, por outro lado, provocam muitas incertezas, desperta curiosidade, causa desconforto e várias misturas de sentimentos derivados da negação da finitude da vida.

A formação profissional é voltada para a cura e reabilitação dos pacientes, o processo de morrer ainda é visto como algo negativo, como um ciclo interrompido que é muito doloroso e difícil de lidar, o que traz para muitos profissionais uma sensação de fracasso ou impotência. Pode-se observar que profissionais e familiares buscam várias formas de auto confronto e autoeducação diante do processo de fim de vida dos pacientes, no entanto, é necessária uma preparação, que atenda às necessidades de treinamento e às dificuldades de apreender a morte como um processo natural.

A certeza da impossibilidade de recuperação e a possibilidade de um agravamento dos sintomas e do quadro clínico do paciente e, por fim, da sua morte, podem desencadear sintomas de ansiedade nos profissionais, visto que esses profissionais estão diretamente ligados aos familiares desses pacientes que na maioria das vezes tem a esperança de cura do seu ente querido e não poder proporcionar isso leva ao estresse emocional intenso nos membros da equipe multidisciplinar de saúde.

Diante destas dificuldades, surgiu a necessidade de inserção de educação sobre a morte, com o objetivo de preencher esta lacuna na formação acadêmica dos profissionais de saúde, oferecendo temas muitas vezes esquecidos nos cursos de graduação, tais como: o processo de morte, atitudes em relação à morte, cuidados paliativos, o luto dos profissionais de saúde, o processo de luto, entre outros.

Um dos princípios básicos do SUS é a integralidade da assistência, o que significa considerar a integralidade do sujeito, dos serviços e dos cuidados que deveria incluir os cuidados no final da vida. No mesmo sentido e em consonância com o SUS, a APS orienta-se pelos princípios da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Ainda como marco legal, a Política Nacional de Humanização defende a identificação das necessidades sociais de saúde. Portanto, a aplicação desses princípios e definições demanda incorporar os Cuidados Paliativos na Atenção Primária.

Ainda, a maioria das pessoas associa CP apenas no âmbito hospitalar, mas oferecer esse cuidado em casa auxilia na diminuição do sofrimento do paciente por estar perto dos seus entes queridos, melhora a qualidade de vida desse paciente e reduz a sobrecarga dos serviços hospitalares.

Neste sentido, esta dissertação visa contribuir para a formação de profissionais da APS e cuidadores/familiares de pacientes em CP do município de Cocal do Sul- SC, através de uma oficina sobre os CP. Contribuindo para a melhor qualidade de vida dos pacientes e familiares, levando também segurança aos profissionais da APS para lidar com o processo de finitude, visto que ainda não há formação específica para este fim no município.

A finalidade da presente pesquisa reside em qualificar cuidadores e profissionais de saúde da APS do município de Cocal do Sul para a melhoria do cuidado dos pacientes em CP. Com relação à situação problema, tem-se o seguinte questionamento: Como promover ações que contribuam para a qualificação de profissionais da APS e cuidadores/familiares para melhoria da assistência à pessoas em CP em um município de pequeno porte?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Desenvolver um curso de qualificação sobre cuidados paliativos voltado a cuidadores e profissionais que atuam na APS.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Qualificar cuidadores e profissionais da APS sobre cuidados paliativos e a qualidade de vida dos pacientes;
- Construir um e-book informativo a partir dos ensinamentos transmitidos durante o curso de qualificação para suporte aos cuidadores e profissionais de saúde da APS.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 CUIDADO PALIATIVO

O termo paliativo deriva do latim *pallium*, que significa cobrir, camuflar, sugerir proteção e abrigo, ocultar o que está por baixo; neste caso, os sintomas derivados da progressão da doença (MENEZES, 2004). Os CP não se concentram, portanto, na cura da doença, porque:

São associados aos pacientes com neoplasias ou outras doenças crônico-degenerativas, como demências, Parkinson, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e doença pulmonar obstrutiva crônica, especificamente quando não há expectativa de cura. É um modelo de trabalho cujo foco não é a doença, mas a pessoa doente em sua história da vida e familiar, desde o seu processo de adoecimento até a morte. Promove o conforto psicológico, social e espiritual (NICKEL, 2016, p. 71).

Ou, na definição dada pela OMS, CP são:

Uma abordagem para melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentem uma doença ameaçadora da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, através da identificação precoce e impecável avaliação e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2007, p.3).

Os contextos em que os CP são necessários requerem, portanto, conhecimentos e habilidades profissionais diferentes daqueles normalmente utilizados em outros ambientes de cuidados de saúde. Os CP visam proporcionar um meio de viver e/ou morrer com dignidade, e os profissionais devem, portanto, dirigir suas ações terapêuticas de forma a levar em conta as especificidades e necessidades de cada pessoa. Eles devem se preocupar em aliviar sintomas estressantes, como a dor, e criar cuidados adaptados à fragilidade do paciente, estabelecendo uma rede de apoio, acolhida e proteção (FLORIANI, SCHRAMM, 2008).

Os CP como uma prática de saúde, foi oficialmente estabelecido em 1960 no Reino Unido (DU BOULAY, 2007). Através da psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross, em 1970, o movimento voltou-se para a América e se configurou como o cuidado de pacientes sem chance de recuperação (MATSUMOTO, 2012). A pesquisa de Muniz Magalhães e colegas (2019) esclarece que, gradualmente, conceitos envolvendo o uso de CP foram inseridos em instituições de saúde e difundidos em todo o mundo.

Em 1990, a OMS definiu o conceito e os princípios dos CP como:

O gerenciamento abrangente e oportuno de pacientes cuja doença não é mais suscetível a procedimentos curativos (WHO, 2007, p.3).

Enfatizando a importância do tratamento da dor e de outros sinais, assim como os aspectos psicológicos, espirituais e sociais.

Em 2002, a OMS introduziu um novo nome para os CP, descrevendo-os como uma abordagem destinada a mudar as condições de vida do paciente e de sua família diante de uma doença potencialmente fatal, através da prevenção e do conforto do sofrimento, do reconhecimento precoce dos sintomas, da análise correta para o diagnóstico clínico e o manejo da dor e dos sinais físicos, sociais, psicológicos e espirituais. Esta definição inclui os termos "doença que ameaça a vida", "prevenção e alívio do sofrimento" e "identificação precoce" com o objetivo de desviar a atenção para o paciente que não tem nenhuma chance de recuperação (OMS, 2002). Em geral, qualquer doença é fatal, mas neste caso, a OMS se refere a doenças que a maioria das pessoas contrai no final de suas vidas. São "doenças degenerativas crônicas, tais como câncer, doenças cardiovasculares, doenças neurodegenerativas ou doenças respiratórias progressivas" para as quais, independentemente dos avanços médicos, a intervenção dos profissionais de saúde só pode proporcionar CP. Os estudos de Gomes e Othero (2016) destacam que o entendimento dos CP foi revisto e ampliado pela necessidade de cuidados para outras doenças emergentes, tais como AIDS, doenças cardíacas e renais, doenças degenerativas e neuropatias. Com base nesta expansão, a OMS atualizou e incluiu nos CP cuidados de saúde abrangentes e tratamento de todas as doenças crônicas, bem como em programas de cuidados para os idosos. É enfatizado que o objetivo é a primazia da qualidade de vida do paciente e de sua família através da prevenção e do conforto do sofrimento físico, mental, social e espiritual.

Apesar da padronização e dos esforços de organizações como OMS, ALCP, EAPC e ANCP, além das normas do Ministério da Saúde, o mapeamento realizado por Wright e Wood (2008) revelou que a maioria das práticas de CP no Brasil ainda são realizadas "de forma isolada e ad hoc, por equipes inseridas nos serviços de atenção primária, no domicílio e no hospital, com dificuldades de articulação e integração em rede". E esta realidade parece prevalecer até hoje, como revelam estudos como Hermes e Lamarca (2013), e Freitas *et al.* (2020).

Segundo Hermes e Lamarca (2013), estratégias de ação em CP estão em construção e representam um desafio para as equipes de saúde, pois os profissionais precisam conhecer seus limites de ação a fim de transmitir ao paciente, de forma humanizada,

a dignidade diante da morte. Os autores salientam a importância de uma ação eficaz e competente por parte de cada profissional na equipe multidisciplinar.

Por exemplo, o médico informa pacientes e familiares sobre o diagnóstico e prognóstico, e coordena a comunicação entre os profissionais envolvidos; o enfermeiro é responsável por orientar pacientes e familiares sobre medicamentos e procedimentos prescritos; o assistente social é responsável por esclarecer à equipe a situação socioeconômica do paciente, serviços disponíveis, redes de apoio e caminhos de cuidado; e o psicólogo contribui para a compreensão do processo da doença, apoiando tanto os pacientes quanto às famílias.

Mas nem sempre há profissionais suficientemente preparados para proporcionar este cuidado. E mesmo entre profissionais com boa formação técnica, nem sempre há uma compreensão dos cuidados exigidos pelas circunstâncias reais e concretas da relação terapêutica com o paciente. Na maioria das vezes, o paciente não só precisa de cuidados diretos ou da execução de procedimentos técnicos, mas também de um olhar atento, de uma escuta humanizada, bem como da expressão de uma palavra reconfortante. Assim, uma prática de CP realizada de forma simples, quase imperceptível para um observador desatento, mas de valor incalculável para a pessoa que recebe os cuidados (COREN, 2016).

De maneira semelhante, o estudo de Costa e Duarte (2019) destaca o papel do profissional de fisioterapia nos CP. Os autores destacam a importância de que o profissional de fisioterapia não se limite a recursos e técnicas destinadas a reduzir a dor do paciente. É importante levar em conta a fragilidade da pessoa que sofre, principalmente porque o toque do profissional, a forma como o faz, reflete seu zelo e humanismo no ato de cuidar. Portanto, o tratamento clínico ou hospitalar e os CP devem ser complementares, como aponta Barbosa (2009), recomendando, na medida do possível, combinar o conhecimento científico com a arte dos cuidados, para que as ações de CP ocorram em paralelo com as terapias destinadas a curar e prolongar a vida.

Apesar da importância desta ação integrada, muitos profissionais de saúde não estão familiarizados com técnicas paliativas e, como resultado, a eficácia dos CP traz vestígios em relação à inércia de muitos profissionais de saúde e à falta de informação da população, especialmente nas classes sociais desfavorecidas. Este cenário explica

a necessidade e a urgência de pesquisa e debate sobre modelos de gestão, treinamento profissional e prática de CP (GARCIA, 2012).

Estudos realizados por Freitas *et al* (2020) também identificaram a falta de profissionais para formar uma equipe multidisciplinar como uma barreira para a implementação de CP. Os autores analisam que a medicina paliativa tem se materializado no Brasil desde os anos 90, no entanto, esta prática não é realizada em todos os serviços de saúde, principalmente devido à falta destes profissionais.

### 3.2 PILARES DO CUIDADO PALIATIVO

A modalidade de CP é uma estratégia de assistência direcionada ao paciente fora da possibilidade de cura, os CP são prestados a qualquer indivíduo portador de doença crônica transmissível ou não-transmissível, grave, progressiva e que ameace a continuidade da sua vida, desde o seu diagnóstico. Para compreender melhor o caráter da palição, é fundamental conhecer os seus pilares (PICOLLO, FACHINI, 2019):

- Figura 1 - Pilares dos Cuidados Paliativos.



Fonte: Arquivo pessoal (Lara T. F. S. Honório, 2021).

O objetivo da palição é manejar quaisquer fatores estressores para o paciente, que influencie na sua qualidade de vida e no comprometimento das suas atividades básicas de vida diárias. É relevante enfatizar isto, pois essa modalidade de cuidado consiste no alívio e prevenção da dor e do sofrimento, sejam elas de origem

biológica/fisiológica, psíquica ou ainda social, sempre que possível (PICOLLO, FACHINI, 2019).

### ○ 3.3 TIPOS DE CUIDADO PALIATIVO

Conforme descrito em 2002 pela OMS CITAR CORRETAMENTE, os CP não envolvem apenas cuidados físicos, podem envolver outras questões, como sociais, psicológicas e espirituais. Isso porque essa abordagem visa oferecer um cuidado integral ao paciente, controlando seus sintomas, aliviando a dor e seu sofrimento psicológico, quadro abaixo descreve quais são os tipos de CP e seus objetivos:

#### ○ *Tabela 1- Tipos de CP.*

<b>Tipos de CP</b>	<b>Objetivos</b>
Cuidados Físicos	A equipe tem o objetivo de garantir o conforto físico do paciente. Por isso, deve-se amenizar a dor e diminuir o mal-estar causado pela doença ou pelo seu tratamento
Cuidados Sociais	Garante que o paciente esteja bem assistido (a), tenha apoio familiar para ajudar nos cuidados nessa fase. Também averigua se há conflitos ou obstáculos sociais que possam impedir que seu tratamento seja realizado de forma adequada.
Cuidados Psicológicos	Ajuda o paciente a enfrentar a situação sem dor emocional, medos e angústias, pensamentos negativos e redescobrir o sentido da vida.
Cuidados Espirituais	Reconhece a importância da espiritualidade como uma ferramenta para enfrentar o luto dos familiares e que também contribui para aliviar o sofrimento do paciente e promove qualidade de vida.

Fonte: próprio autor.

### ○ 3.4 CONDIÇÕES QUE NECESSITAM DE CUIDADOS PALIATIVOS

CP. O cuidado pode ser administrado no início e durante a doença, juntamente aos tratamentos convencionais que visam curar a doença ou para prolongar a vida. Os CP



também podem ser indicados para controlar os efeitos colaterais da quimioterapia, radioterapia e para ajudar na recuperação de uma cirurgia. Além disso, os CP também reduzem a depressão, ansiedade e outras doenças mentais de quem está enfrentando uma doença grave. CP são benéficos para pessoas com necessidades e problemas de saúde diversos tais como (PORTAL HOSPITAIS DO BRASIL, 2021):

- Demência em estágio final como Alzheimer;
- Diabetes;
- Distrofia muscular;
- Doença cardíaca em estágio final;
- Doença hepática em estágio terminal;
- Doença respiratória em estágio terminal;
- Doenças degenerativas;
- Esclerose múltipla;
- Fibrose cística;
- HIV/Aids;
- Idosos que estão morrendo por causas naturais.
- Insuficiência renal em estágio final;
- Tuberculose multirresistente.

É importante ressaltar que existem muitas outras DCNT que são elegíveis para CP, aqui foram citadas apenas algumas delas.

## 4 OS CP NA APS

O SUS tem ampla proposta de cuidar da saúde dos cidadãos brasileiros. O SUS organiza-se pelas redes de atenção primária à saúde, articuladas com outros níveis assistenciais, formando uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) (CÔBO *et al.*, 2019).

Para que esta seja efetiva, deve se integrar e proporcionar cuidado integral e continuado. A APS é o primeiro nível da RAS, sua porta de entrada, e caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios delimitados (CÔBO *et al.*, 2019). A RAS deve, portanto, ser ator nos cuidados paliativos, proporcionando suporte, apoio e proteção ao doente, seus familiares e cuidadores. Além de proporcionar à sua equipe fontes de conhecimento desse tema como, por exemplo, na educação continuada.

### 4.1 CP CONTEMPLADO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Tendo em vista o aumento dos custos em casos de alta complexidade e a necessidade de realizar estudos que avaliem a relação custo-benefício e a qualidade dos cuidados oncológicos; as condições de acesso aos cuidados oncológicos para a população brasileira e a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizados e hierárquicos que garantam o atendimento integral à população, bem como o acesso a consultas e exames para o diagnóstico do câncer, foi estabelecida a Política Nacional de Cuidados Oncológicos (PNAO), Decreto nº 2. 439/GM de 8 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005).

A formulação desta política orienta as ações dos serviços de saúde e representa um ganho para os pacientes que necessitam da implementação e das ações dos profissionais de CP.

Ao longo dos anos, foi necessário reformular o PNAO (2005) para atender às novas demandas. Foi criada a Ordem No. 874 de 16 de maio de 2013. Estabelece a política nacional de prevenção e controle do câncer na rede de atendimento a pessoas com doenças crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer visa reduzir a mortalidade e a incapacidade causada por esta doença e também a possibilidade de reduzir a incidência de certos tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, através de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e CP (de acordo com o art. 2º da Política nº 874 no BRASIL, 2013).

Com base nesta portaria, é responsabilidade dos estados, do distrito federal e dos municípios organizar o tratamento do câncer e definir fluxos de encaminhamento para o tratamento de pessoas com câncer. A rede de atendimento nesta especialidade está estabelecida na Portaria nº 62, de março de 2009, que consiste principalmente em Unidades de Cuidados Oncológicos de Alta Complexidade (UNACON), compreendendo hospitais com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para o atendimento ao diagnóstico e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil; e Centros de Cuidados Oncológicos de Alta Complexidade (CACON), que se referem a hospitais que possuem estas condições para o diagnóstico e tratamento de todos os tipos de câncer (BRASIL, 2009). Entretanto, é comum destacar a falta de cuidados oncológicos paliativos nos serviços, muitas vezes relacionados apenas à clínica ambulatorial da dor (SILVA *et al*, 2015). Especificamente no campo dos CP, a enfermeira exerce seu papel desenvolvendo ações práticas e gerenciais em maior harmonia com toda a equipe de saúde, cujos profissionais, neste momento muito preciso da gestão terapêutica, convergem seus discursos para a estrutura de cuidados antes da estrutura de cura. Existe assim um verdadeiro ambiente para a prática fundamental da enfermagem (ANCP, 2009, p. 216).

Nesta prática, ações pragmáticas objetivas como o manejo da dor, domínio da técnica de hipodermoclise, curativos em lesões malignas da pele - muitas vezes chamadas de "feridas tumorais" - técnicas de comunicação terapêutica, cuidados espirituais, cuidados com a manutenção da limpeza, higiene, medidas de conforto, gestão da equipe de enfermagem e trabalho com as famílias e comunicação com a equipe multidisciplinar são requisitos fundamentais para o melhor desempenho da enfermeira de CP (O'CONNOR, ARANDA, 2008).

Estas práticas descritas acima são uma importante promoção de alívio do sofrimento e medidas de conforto para pessoas que necessitam de CP e permitem que a enfermeira atue nesta modalidade de cuidados.

Com relação à competência clínica, é necessário enfatizar a experiência da enfermeira no manejo da dor, pois a dor é um dos sintomas mais angustiantes para os pacientes de CP. Este é um desafio a ser superado com esforços sinceros, devido à lacuna de conhecimento e realidade também com outros profissionais da equipe de saúde. Para este problema real que causa obstáculos na qualidade dos cuidados de saúde, os programas de ensino universitário e as técnicas médicas devem unir forças para implementar o ensino e o ambiente no qual as práticas de saúde são desenvolvidas (ANCP, 2009).

No campo dos CP, o Conselho Internacional de Enfermeiros afirma que "... a avaliação precoce, identificação e manejo da dor e necessidades físicas, sociais, psicológicas, espirituais e culturais" pode diminuir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos pacientes de CP e suas famílias (GENEVA, 2007, p.29).

#### 4.2 PROGRAMA DE SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR MELHOR EM CASA

O serviço de atenção domiciliar, por meio do Programa Melhor em Casa, é voltado para pacientes que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos. A prestação de assistência à saúde é de responsabilidade da equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e da equipe multiprofissional de apoio (EMAP), sendo o cuidado compartilhado com a família e/ou cuidador responsável (BRASIL, 2016).

Conforme portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, os pacientes que precisam de equipamentos e outros recursos de saúde e demandam maior frequência de cuidado, com acompanhamento contínuo, também podem ser assistidos pelo Melhor em Casa (BRASIL, 2016).

Também é oferecido o serviço da atenção básica para paciente que possuam problemas de saúde controlados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade básica de saúde. Também está disponível a pessoas que

necessitam de cuidados de menor intensidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência de visitas, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento de todos os tipos de equipes que compõem a atenção básica (BRASIL, 2016).

Para adesão ao programa de serviço de atenção domiciliar o município deve cumprir alguns critérios que são citados na portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, como: ter no mínimo 20.000 habitantes no registro do último censo do IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, pactuação prévia na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão intergestores Regional (CIR), hospital de referência no município ou região a qual integra e Cobertura de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A criação desse programa abre as portas para o CP em casa, desmistifica a ideia de que paciente com doenças crônicas e/ou terminais necessitam estar hospitalizados para ter o suporte necessário, traz mais segurança ao paciente e familiares, pois sabem que terão a assistência necessária dos profissionais de saúde em casa, dando mais conforto num momento tão delicado.

## 5 FORMAÇÃO EM SAÚDE

A falta de conhecimento sobre a filosofia de CP por parte dos profissionais de saúde ocorre pela relação precária que existe entre a equipe de CP e a equipe assistencial, além da cultura ocidental de negar a morte e buscar a cura incessantemente (TORRES, OLIVEIRA, 2022). Além disso, a falta de protocolos institucionais faz com que os profissionais ajam conforme o seu conhecimento, distanciando a interação do paciente com o processo de cuidado e, em alguns casos, chegam a desrespeitarem os pedidos dos pacientes por temer implicações legais (NOGARIO *et al.*, 2020).

Nesse contexto, os profissionais de saúde, sem formação em cuidados paliativos, possuem conhecimento insatisfatório conforme formação prévia e estes demonstram aplicar o conhecimento na prática. Um dos fatores conferidos a esse conhecimento insuficiente é o investimento mínimo em educação no trabalho e na formação profissional sobre a importância dos CP (CEZAR *et al.*, 2019).

Como uma das formas de amenizar a deficiência encontrada nesta formação, a educação permanente tem sido considerada como fator potencial para a melhoria do conhecimento profissional e sua aplicação na prática, principalmente, no que se refere a segurança na atuação, visto que implica em um processo de ensino-aprendizagem norteado pela partilha de experiências e reflexões, buscando articular o saber-agir e o saber-fazer, contextualizados política e socialmente para uma prática assistencial embasada na integralidade e no desenvolvimento da autonomia do outro (AGRA, NAGASHIMA, COSTA, 2020).

Alguns países já estabeleceram programas nacionais de educação em CP como os Estados Unidos, com o Projeto de Educação para Médicos em Cuidados de Fim de Vida, que objetiva aumentar o conhecimento do médico sobre CP. No Japão, existe um programa de educação continuada que foi projetado para oferecer oportunidades para todos os médicos envolvidos no tratamento do câncer para adquirirem educação em CP: o Programa de Ênfase em Cuidados Paliativos no Gerenciamento e Avaliação de Sintomas para Educação Médica Contínua (NAKAZAMA *et al.*, 2017).

Em relação a América Latina, houve um progresso no desenvolvimento dos CP, contudo, ainda faltam oportunidades de treinamento para profissionais de saúde, cursos de CP não são rotineiramente integrados nos currículos de graduação e pós-

graduação para estudantes de medicina e enfermagem, e são poucos os cursos de educação continuada disponíveis na área (LYNCH, CONNOR, CLARK, 2013).

Essa condição apresenta consequências para a qualidade da assistência prestada aos pacientes em CP e suas famílias, bem como para o trabalho dos profissionais de saúde. E quando são desenvolvidos programas de educação em CP, raramente são compartilhados com outras instituições acadêmicas ou organizações de saúde, evitando assim o desenvolvimento nesta área (VINDROLA-PADROS *et al.*, 2017).

A educação tornou-se uma ferramenta fundamental quando o assunto abordado são os CP, visto que existem diferentes níveis de educação para as múltiplas profissões da área de saúde, conforme as necessidades de cada uma e a especificidade de cada profissão. Ressalta-se ainda que o nível de educação necessário deve ser ajustado ao desenvolvimento do CP na prática diária (TEIXEIRA *et al.*, 2021). Portanto, a formação e a capacitação do profissional de saúde nos aspectos ético, bioético e paliativista possuem a finalidade de garantir sua excelência profissional e são importantes no cenário da atenção aos pacientes com doenças em fase final da vida (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

As habilidades dos enfermeiros devem ser orientadas para a avaliação sistemática dos sinais e sintomas, para auxiliar a equipe multiprofissional na definição de prioridades para cada cliente, assim como para a própria equipe e para a instituição que hospeda o serviço designado como atendimento paliativo, na interação das dinâmicas familiares e, sobretudo, no reforço das orientações feitas pelos demais profissionais da equipe de saúde, para que os objetivos terapêuticos sejam alcançados (ANCP, 2009).

Assim, além dos cuidadores, os enfermeiros acrescentam informações relevantes sobre os aspectos clínicos e biopsicossociais do paciente em relação ao gerenciamento da equipe multiprofissional.

- **6 MÉTODOS**

Trata-se de uma oficina de interlocução com a finalidade de capacitar cuidadores e profissionais da APS no cuidado a pacientes em CP Após o desenvolvimento da oficina, Foi construído um e-book com todos os materiais utilizados durante a oficina para que os cuidadores e profissionais possam ter acesso às informações sempre que necessário.

- **6.1 CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DO PRODUTO**

O produto foi desenvolvido para o município de Cocal do Sul. Trata-se de um município situado ao sul de Santa Catarina, com aproximadamente 16.821 habitantes, tem como atividade principal a indústria de cerâmica, foi colonizado por imigrantes italianos e poloneses. O município possui 7 estratégias de saúde da família, conta com 7 equipes de APS, 1 CAPS, 1 PA e 1 Unidade de Referência em Saúde que atendem a população.

As demandas e necessidades de assistência médica decorrentes da mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população estão diretamente relacionadas ao acesso, abrangência, eficácia e custo das ações de saúde. Daí a adequação e relevância dos princípios filosóficos e operacionais do SUS, que envolvem a organização dos serviços de saúde, descentralizados e articulados por níveis de complexidade.

Neste sentido, uma das prioridades da RAS surge e se destaca como a criação do Serviço de Atendimento domiciliar (SAD) com a constituição de equipes multiprofissionais específicas, a disponibilidade dos recursos tecnológicos correspondentes e a articulação com a rede ambulatorial, hospitalar e de emergência. As metas, objetivos e atribuições do SAD são baseadas nas necessidades e demandas da população, que são analisadas e monitoradas com base nos critérios de elegibilidade para o SAD, conforme estabelecido para AD como dispõe o MS, a necessidade de cuidados paliativos é um desses critérios.

O projeto foi realizado de forma colaborativa com a Prefeitura Municipal de Cocal do Sul – SC, especialmente, da Secretaria Municipal de Saúde, visto que sua participação foi essencial para a implementação deste produto.



○ 6.2 PÚBLICO ALVO

O público-alvo do produto foram os cuidadores e profissionais de saúde da APS que atendem pacientes em CP. A Oficina ofereceu uma interlocução entre várias perspectivas profissionais para uma compreensão multidisciplinar desta importante abordagem que deve ser explorada durante a formação.

○ 6.3 PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DO PRODUTO

A realização desse produto surgiu de uma necessidade levantada pela gestão municipal e pelos profissionais que atuam na atenção primária à saúde e pela dificuldade que os cuidadores/familiares encontravam em conseguir cuidar e dar encaminhamentos às demandas dos pacientes em CP.

Durante a construção da programação da oficina foram levantados os temas mais importantes para serem abordados nos encontros para suprir as principais necessidades encontradas conforme cronograma abaixo.

○ *Tabela 2 - Cronograma de da oficina:*

<b>DATA</b>	<b>Hora</b>	<b>TEMA</b>
27/10/22	14 horas	Abertura da oficina e apresentação do cronograma
01/11/22	14 horas	Direitos das pessoas em CP domiciliar.
03/11/22	14 horas	Lavagem das mãos, cuidados com o corpo, higiene pessoal e vestimenta adequada, Transporte cama-cadeira
08/11/22	14 horas	Administração de medicação/alimentos VO e por SNE, cuidados com oxigênio domiciliar Nutrição do paciente em CP
10/11/22	14 horas	Cuidados com traqueostomia, SVD, SNE, Cistostomia, colostomia e prevenção de lesões por pressão positiva
14/11/22	14 horas	Manejo de crises convulsivas em casa, Suporte básico de vida

Fonte: próprio autor.

○ 6.4 CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO À SAÚDE COLETIVA

#### ■ **6.4.1 Aderência do produto a linha de pesquisa**

Visto que a linha de pesquisa “Promoção da Saúde e Integralidade do cuidado” tem como dimensões objetivas e subjetivas a produção do cuidado, esse produto vem ao encontro a esse objetivo, pois estará promovendo a integralidade dos cuidados em pacientes em CP.

#### ■ **6.4.2 Capacidade de aplicabilidade do produto**

Acredita-se que a implementação e aceitação será de fácil aplicabilidade, visto que muitos cuidadores pedem apoio às equipes de ESF para lidar com seus entes queridos, pois a maioria não possui conhecimento suficiente para desempenhar a função de cuidador.

Além disso, visando minimizar a dificuldade com a temática, além da oficina, foi construído um e-book informativo com todos temas abordados durante os encontros, o qual servirá de consulta e apoio.

#### ■ **6.4.3 Característica de inovação do produto**

Esse produto é inovador no município de Cocal do Sul, pois até o momento não foram desenvolvidos projetos com essa finalidade. Existem apenas cursos técnicos pagos para esse tipo de formação na região, no entanto possuem custo alto para a maioria.

#### ■ **6.4.4 Potencial de impacto do produto**

O desenvolvimento deste produto teve grande impacto no município de Cocal do Sul, pois trata-se de uma oficina inédita sobre diversos temas voltados para a realidade de quem lida com pacientes/familiares em CP. Além disso, poderá ser replicado diversas vezes, seja com públicos específicos dentro do mesmo município, como em outros locais.

### ○ **6.5 ASPECTOS ÉTICOS**

De acordo com a Resolução 510 de 07 de abril de 2016, o presente projeto dispensa a submissão/aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, pois enquadra-se como um 1) pesquisa que utiliza informações de acesso público, nos termos da Lei no 12.527, de 18 de novembro de 2011 e 2) pesquisa realizada

exclusivamente com textos científicos para revisão da literatura científica. Trata-se de um estudo de gestão e melhoria de processos num setor, logo, o objeto de avaliação não é – diretamente – o ser humano. A construção do produto será realizada a partir da observação das demandas do município e revisão da literatura existente, portanto, dispensa avaliação CEP/CONEP.

- **7 RESULTADOS**

- 

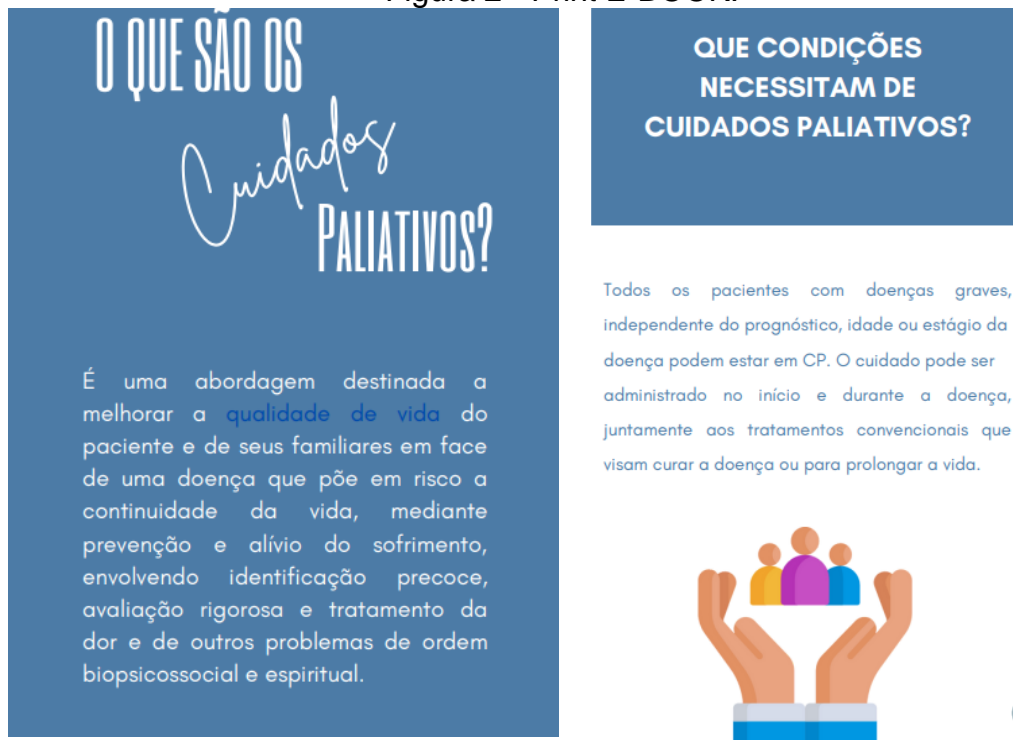
- 

### 7.1 APRESENTAÇÃO DO PRODUTO

A oficina foi desenvolvida na sala de reuniões da secretaria municipal de saúde de Cocal do Sul, teve a participação de aproximadamente 10 pessoas entre profissionais de saúde (enfermeiras, agente comunitária de saúde, assistente social, psicóloga) e usuários (familiares/cuidadores). A carga horária da oficina foi de 12 horas divididas em seis encontros de 2 horas cada.

No primeiro encontro foram trabalhados por uma enfermeira os conceitos de CP: o que são, quem pode estar em CP, como são organizados os CP na atenção domiciliar.

- **Figura 2 - Print E-BOOK.**




Fonte: próprio autor.


No segundo encontro a assistente social da equipe multiprofissional do município levou como tema os direitos das pessoas em CP: onde encaminhar os benefícios sociais, como realizar processos para medicações, fraldas, oxigênio, órtese e prótese, quem tem direito a Benefício de Prestação Continuada, auxílio funeral entre outros.

● **Figura 3 - Print E-BOOK.**

**PARA TER DIREITO À OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR:**



**PACIENTE EM USO DE FRALDA:**



- Apresentar patologia que preencha os critérios;
- Documentação da necessidade de oxigênio (hipoxemia contínua);
- Preenchimento **COMPLETO** da ficha de solicitação (médico);
- Diagnóstico e o Código Internacional de Doenças (CID 10);
- Resultados da gasometria arterial ou outro exame específico, fluxo de O<sub>2</sub> e número de por horas por dia a ser usado, etc...

- Trazer um encaminhamento do médico do ESF para o setor de serviço social que realizará um cadastro.
- Após o devido cadastro programa-se inserção do paciente para o fornecimento mensal de fraldas.
- Encaminha-se para **LIONS** para cadastro e aquisição.

Fonte: próprio autor.

No terceiro dia de encontro enfermeira trabalhou sobre os cuidados de higiene: como realizar banho de leito, de aspersão, os cuidados com as vestimentas adequadas (frio e calor), trocas de roupas de cama, mudanças de decúbito, como realizar o transporte da cama para cadeira e cadeira para cama para evitar traumas, higiene oral, e a importância da lavagem correta das mãos pelos cuidadores para evitar a transmissão de infecção.

Figura 4 - Print E-BOOK.

**CUIDADOS COM O CORPO DE PESSOAS EM CUIDADOS PALIATIVOS**



O termo higiene relaciona-se ao conjunto de medidas realizadas com o objetivo de prevenir doenças. Entre estas medidas estão os cuidados com os alimentos, limpeza do ambiente e das roupas e a higiene corporal. A higiene é um tema indispensável para a saúde de pessoas de todas as idades e em todas as condições de saúde. Entre as pessoas em cuidados paliativos, que podem apresentar diminuição dos mecanismos de defesa às doenças - resultante do processo de envelhecimento, a atenção deve ser redobrada. Neste sentido, vamos descrever a seguir alguns tipos de cuidados.

**MUDANÇA DE DECÚBITO**

A mudança de decúbito é definida como a mobilização do paciente no leito realizada com uma frequência, estabelecendo uma padronização e rotatividade das posições e, consequentemente, evitando a sobrecarga de pressão em uma determinada área da pele por um período prolongado.

**BANHOS DE ESPONJA**



Antes de começar, é importante reunir todos os materiais necessários para não ter que deixar o paciente desacompanhado. Um bom banho no leito deixará a pessoa se sentindo limpa e confortável.

**Preparando o banho**

- 1- Encha duas bacias ou tanques com água morna. Uma será usada para lavar, e a outra para enxaguar. A temperatura da água deve ser de 46 °C ou mais baixa. A água deve ser agradável ao toque, não quente demais.
- 2- Escolha um sabonete que seja fácil de enxaguar. A maioria dos sabonetes em barra são assim. Os líquidos também são aceitáveis desde que não deixem resíduos. Você pode colocar sabonete em uma das bacias para a lavagem ou então mantê-lo separado e aplicá-lo diretamente na pele do paciente. Evite usar sabonete que tenha partículas esfoliantes ou outras substâncias que possam ficar na pele do paciente e causar uma irritação.
- 3- Deixe os produtos de cabelo prontos. Caso planeje lavar os cabelos do paciente, você precisará de um xampu fácil de enxaguar (como os de bebês) e uma bacia especial feita para fazer isso na cama.




Fonte: próprio autor.

O quarto encontro foi realizado por uma enfermeira e acadêmica de nutrição e abordado o tema sobre alimentação do paciente em CP, como oferecer os alimentos (líquido, pastoso, normal), quais as formas de alimentação (via oral, via sonda nasoenteral, via gastrostomia,), cuidados com as sondas para evitar obstrução, cuidados com posição no momento da oferta do alimento para evitar aspiração.

Figura 5 - Print E-BOOK.

**NUTRIÇÃO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS**



A nutrição em pacientes com doença avançada deve oferecer: conforto emocional, prazer, auxiliar na diminuição da ansiedade e aumento da autoestima e independência, além de permitir maior integridade e comunicação com seus familiares.

A FORMA COMO DEVERÁ SER OFERIDA A NUTRIÇÃO AOS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS SEMPRE DEVE SER DISCUTIDA COM A EQUIPE DE SAÚDE DE ACOMPANHA O PACIENTE. ELA PODE SER:


VO- VIA ORAL

VSNE- VIA SONDA NASOENTERAL

NP- NUTRIÇÃO PARENTERAL

VGTT- VIA GASTROSTOMIA

**NUTRIÇÃO VIA SONDA NASOENTERAL**



- A sonda nasoenteral é necessária quando o paciente não consegue manter uma alimentação pelo método convencional, ou seja, via ingestão oral. Assim, é preciso colocar um tubo flexível no nariz, de forma que ele chegue ao estômago, duodeno ou jejuno.
- A preparação dos alimentos deve ser da seguinte maneira: Adicione o pó em água morna (previamente fervida). Mexa até que a mistura fique bem homogênea e complete com água até atingir o volume de dieta indicado pelo nutricionista/médico. - Transfira a solução para o frasco plástico no volume prescrito por horário pelo nutricionista/médico. - Conecte o frasco ao equipo.

- Programar o gotejamento conforme prescrição do nutricionista.
- Sempre deixar o paciente com a cabeça elevada durante a administração da dieta.
- Após o término sempre oferecer água pelo frasco.
- Também é necessário a limpeza da sonda com água morna e seringa para não ficar resíduos da



Fonte: próprio autor.

No quinto encontro um enfermeiro com especialista em feridas e ostomias abordou o cuidados com úlceras por pressão (prevenção e tratamento), com ostomias (colostomia, ileostomia, traqueostomia, cistostomia) cuidados com oxigênio domiciliar.

• Figura 6 - Print E-BOOK.

### CUIDADOS ESPECIAIS COM A COLOSTOMIA




Colostomia é a exteriorização no abdômen de uma parte do intestino grosso, o cólon, para eliminação de fezes/gases. A colostomia é realizada quando a pessoa apresenta algum problema que o impeça de evacuar pelo ânus.

- 1- Verificar a integridade da pele a cada troca de bolsa;
- 2- Atentar-se a coloração do estoma;
- 3- Realizar troca caso apresente descolamento, vazamento ou infiltração;
- 4- Manter a pele peristomal sempre limpa e seca;
- 5- Estar atento a qualquer intercorrência com o ostoma.

Ex: necrose, sangramento ou prolapso

### CUIDADOS ESPECIAIS COM A GASTROSTOMIA




- 1- Realizar higiene das mãos antes e após a manutenção do dispositivo;
- 2- Higienizar o orifício de 02 a 03 vezes por dia ou quando se fizer necessário;
- 3- Manter a cabeça elevada durante administração de alimentação, medicação ou afins;
- 4- Após refeição deixar paciente em posição de Fowler por 30min;
- 5- A alimentação deve estar em temperatura ambiente.

**CUIDADOS COM A DIETA:**  
Lavar a sonda com 10 a 20 mL de água morna filtrada após administração de dieta

### CUIDADOS COM LESÕES POR PRESSÃO

#### NECROSE

**Necrose indica morte celular ou de tecidos no organismo. Sabe-se que o processo de necrose envolve também o processo inflamatório no local.**



- No caso das feridas complexas, quando o tecido fica necrosado a solução é removê-lo para que possa ser feita uma cobertura, protegendo a região de infecções e auxiliando na regeneração tecidual.
- Esse processo de remoção do tecido necrosado ou estafecado é chamado de desbridamento, um procedimento indolor, que usa produtos que agem hidratando o leito da ferida.
- Podem usar hidrogel, papaína para a remoção da necrose.

Fonte: próprio autor.

No sexto e último dia foi abordado sobre suporte básico de vida: o que fazer quando paciente apresentar parada cardíaca, qual serviço de saúde chamar, manejo de crises convulsivas, como dar suporte ao paciente até socorro chegar.

• Figura 7 - Print E-BOOK.

## CRISES CONVULSIVAS

As crises convulsivas são desencadeadas por alterações eletroquímica no córtex cerebral, e se apresentam como tremores repetitivos, ou seja, espasmos musculares involuntários, geralmente de curta duração.

#### O QUE LEVA A UMA CRISE CONVULSIVA?

A crise acontece quando há uma falha nos impulsos elétricos do cérebro.

#### SINTOMAS PÓS CONVULSÃO

Após a convulsão, as pessoas costumam se sentir sonolentas ou confusas, e podem adormecer. Se houver uma causa subjacente para a convulsão, pode haver sintomas desta condição antes de ocorrer a convulsão, como febre ou confusão mental.

#### QUAIS OS SINTOMAS DE UMA CONVULSÃO?

Os sintomas que sugerem uma convulsão incluem perda da consciência, espasmos musculares que agitam o corpo, língua mordida, perda do controle da bexiga, confusão súbita ou incapacidade de se concentrar.



## SUPORTE BÁSICO DE VIDA

O Suporte Básico de Vida (SBV) é um protocolo de atendimento no qual se estabelecem o reconhecimento e a realização das manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) com o objetivo de manter a vítima de parada cardiorrespiratória (PCR) viva até a chegada de uma unidade de transporte especializada.

## ETAPAS

1

#### 1. AVALIAR A SEGURANÇA DA CENA E CHECAR A RESPONSABILIDADE (CHAMAR E TOCAR NA VÍTIMA).

- Determinar a presença da consciência (tocar o ombro e chamar a vítima);
- As vítimas de PCR podem apresentar "gasping" ou respiração agônica e mesmo convulsões que não devem ser confundidas com respiração normal ou que o paciente tem pulso;
- Portanto, se o paciente não responder e não respirar ou apresentar respiração anormal ("gasping") deve se presumir que

Fonte: próprio autor.

Após o desenvolvimento da oficina, com material didático usado para a qualificação foi desenvolvido um E-BOOK que ficou disponível para consulta dos profissionais e para ser disponibilizado aos usuários do município(anexo 1).Esse produto foi incluído nas metas do plano anual de saúde de Cocal do Sul e apresentado para o Conselho Municipal de Saúde.

O monitoramento das ações a partir da implementação do produto acontecerá, principalmente, através da avaliação positiva dos cuidados prestados aos pacientes em CP pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família do município.

## ○ 7.2 EXPERIÊNCIA DA APLICAÇÃO DO PRODUTO

Para o município de Cocal do Sul, o desenvolvimento de um material como este foi de suma importância e veio ao encontro a uma das necessidades enfrentadas pelos profissionais da APS, pacientes e cuidadores a respeito da temática CP. Por diversas vezes enfrentamos situações nos serviços de saúde do município de cuidadores buscando por informações para que pudessem ajudar o paciente que estava de CP e eram encaminhados para setores errados ou não sabiam dar as orientações certas gerando assim um desgaste ao cuidador e paciente, e por inúmeras vezes prejudicando o tratamento ou acompanhamento do paciente.

O desenvolvimento dessa oficina e a construção do e-book foi um pequeno passo dado pelo município para melhorar as ações realizadas voltadas a pacientes em CP. Podemos considerar que foi uma experiência exitosa, todos os participantes relataram a relevância dos temas abordados e que a forma como foi apresentado foi de fácil entendimento e aplicabilidade. O desenvolvimento da oficina trouxe uma resposta positiva ao município, que já foi solicitado pela câmara de vereadores do município a realização em outros momentos e seja contemplado mais pessoas. O Conselho Municipal de Saúde de Cocal do Sul também reiterou a importância da realização de um trabalho sobre essa temática.



## ● 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do produto “Qualificação de cuidadores e profissionais da APS em cuidados paliativos no município de Cocal do Sul-SC” foi motivada pela necessidade do município, pela ausência de informação acerca da temática direcionada aos profissionais e pela presença de relato de muitas famílias sobre as dificuldades encontradas ao realizar cuidados em seus familiares.

CP são cuidados intensivos de conforto e gestão do fim da vida, dessa forma, desenvolver uma oficina e um material informativo com essa temática foi desafiador, visto que a integralidade da assistência em CP constitui-se um grande desafio em consequência da divergência existente entre assistência curativa e paliativa.

A implementação e aceitação do produto foi de fácil aplicabilidade, visto que muitos cuidadores pedem apoio às equipes de ESF para lidar com seus entes queridos, pois a maioria não possui conhecimento suficiente para desempenhar a função de cuidador.

Destaca-se que nada parecido havia sido construído até o momento no município, a relevância desse tema leva a necessidade de replicação desta oficina em outros momentos e em outros municípios, tendo como foco os profissionais da APS.

Além disso, o produto está fortemente ligado a linha de pesquisa “Promoção da Saúde e Integralidade do Cuidado”, visto que traz qualificação em CP promovendo assim a qualidade de vida das pessoas que necessitam desse tipo de cuidado.

Acreditamos que a dificuldade dos profissionais e familiares em lidar com CP no sistema público de saúde passa diretamente pela falta de conhecimento em lidar com o processo de finitude.

A criação de um e-book foi pensada para ajudar os profissionais de saúde das equipes da APS e cuidadores e/ou familiares de pacientes em CP no processo de cuidar. O conteúdo do e-book expõe os principais cuidados que os pacientes demandam durante o processo paliativo, assim como os direitos que as pessoas nessas condições têm.

Com a disponibilidade desse material para consulta sempre que necessário os profissionais do município podem orientar da melhor forma as pessoas que chegam a procura de ajuda, já os familiares/cuidadores têm a possibilidade de minimizar o

sofrimento do seu ente querido, pois tem à disposição um material com as orientações básicas de cuidado.

## REFERÊNCIAS

ALONSO, C. M.; GALLEGO, D. J.; HONEY, P. **Los estilos de aprendizaje: procedimientos de diagnóstico y mejora**. Madrid: Mensajero, 2002.

Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.

BARBOSA, Silvia Maria Macedo. **O Manual de Cuidados Paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, Rio de Janeiro, Diagraphic, 2009, p. 320.

BANDEIRA, Danieli *et al.* A morte e o morrer no processo de formação de enfermeiros sob a ótica de docentes de enfermagem. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 23, n.2, p. 400- 407, 2014.

BRASIL. **Resolução de Diretoria Colegiada. RDC nº 283**, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Brasília, 2005.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer - INCA. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3ª ed. Rio de Janeiro, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Atenção Domiciliar. **A segurança do hospital no conforto do seu lar**. Caderno de Atenção Domiciliar. v. 2. Brasília: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016**. Brasília, 2016.

CANTÍDIO, F.S, VIEIRA M.A, SENA R.R. Significado da morte e de morrer para os alunos de enfermagem. **Invest Educ Enferm**. 2011;29(3):407-418. ISSN: 0120-5307. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1052/105222406009>.

Cervelin AF, Kruse MHL. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar. Esc Anna Nery. [Internet]. 2014 [acesso 7 abr 2015];18(1):136-42. Disponível: [http:// dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140020](http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140020).

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Consolidação da Legislação e ética Profissional**. Florianópolis: COREN-SC, 2016.

COBO, Viviane de Almeida et al. Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos profissionais de saúde. **Bol. - Acad. Paul.Psicol**. São Paulo, v. 39, n. 97, p.225-235, dez. 2019. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415711X201900020008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415711X201900020008&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 22 ago. 2022.

CUIDADOS PALEATIVOS A IMPORTANCIA DE PRESERVAR A QUALIDADE DE VIDA. Disponível em: <https://portalhospitaisbrasil.com.br/cuidados-paliativos-a>

importancia-de-preservar-a-qualidade-de-vida-em-todas-as-fases-da-doenca/Acesso em abril de 2022.

DAVINI *in* BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**- [Internet] Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Disponível: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf). Acesso em abril de 2022.

DU BOULAY, Shirley. **Changing the face of death. The story of Cicely Saunders**. 2.ed. Great Britain: Brightsea Press. 2007.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermim Roland. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2123-2132, 2008.

GARCIA, Maria Alice Amorim; RODRIGUES, Maíra Giannini; DOS SANTOS BOREGA, Renato. O envelhecimento e a saúde. **Revista de Ciências Médicas**, v. 11, n. 3, 2012.

GENEBRA, M. **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2000.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estudos avançados**, v. 30, n. 88, p. 155-166, 2016.

HERMES, Héli da Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2577-2588, 2013.

HIGGINSON I.J., EVANS, C.J. What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? **Cancer J**. vol 16, n.5 p:423- 35, Sep-Oct, 2010. PMID: PMC3442758.

JUNQUEIRA, Maria Hercília Rodrigues; KOVACS, Maria Júlia. Alunos de Psicologia e a educação para a morte. **Psicol. Cienc. prof.**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 506-519, 2008.

KÓVACS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O mundo da Saúde**, v, 34, n. 4, p. 420-429, 2003

KOVÁCS, M.J. Educação para a morte. In. F.S.Santos (Org.), **Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo,SP: Atheneu, 2009, p.45-59.

LIMA, A. C.; SILVA, J. A. S.; SILVA, M. J. P. Profissionais da Saúde, cuidados paliativos e família: revisão bibliográfica. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 360-367, 2009.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. **Manual de cuidados paliativos ANCP**, v. 2, p. 23-24, 2012.

MENEZES, Rachel Aisengart. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Fiocruz e Garamond, 2004.

NICKEL, Luana *et al.* Grupos de pesquisa em cuidados paliativos: a realidade brasileira de 1994 a 2014. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 70-76, 2016

Nogario, A. C. D., Barlem, E. L. D., Tomaschewski-Barlem, J. G., Silveira, R. S. D., Cogo, S. B., & Carvalho, D. P. D. (2020). Implementação de diretivas antecipadas de vontade: facilidades e dificuldades vivenciadas por equipes de cuidados paliativos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41.

OLIVEIRA, A.C., SILVA, M.J.P. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. **Acta Paul Enferm.**; v.23, n.2 p:212-17, Abr, 2010.

OLIVEIRA, T. C. B., Maranhão, T. L. G., & Barroso, M. L. (2017). Equipe multiprofissional de cuidados paliativos da oncologia pediátrica: uma revisão sistemática. *Id on Line Revista de Psicologia*, 11(35), 492-530.

OLIVEIRA, T. C. B., Maranhão, T. L. G., & Barroso, M. L. (2017). Equipe multiprofissional de cuidados paliativos da oncologia pediátrica: uma revisão sistemática. *Id on Line Revista de Psicologia*, 11(35), 492-530.

O'CONNOR, M; ARANDA, S. **Guia prático de Cuidados Paliativos em enfermagem**. São Paulo: Andrei, 2008.

OMS. **Conceito de cuidados paliativos no mundo: Uma nova concepção**. 1 ed. P. 112. Londres: OMS, 2002.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. Progresso tecnocientífico, medicina e humanização. In Pessini,L; (Orgs.) **Problemas atuais de bioética**. 6ª ed. São Paulo: Loyola; 2002. p.117-136.

SERVIÇO DE SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR - **Melhor em Casa**. Disponível em:<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/atencao-domiciliar/servico-de-atencao-domiciliar-melhor-em-casa>. Acesso em Maio de 2022.

SILVA, A.; BARROS, C. C.; ROCHA, E.; RODRIGUES, P. M.; SOARES, J.; SILVA, A. V.; LIMA, V. L. Enfrentamento da enfermagem diante do processo de morte e morrer: revisão integrativa da literatura. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 89, n. 27, 26 set. 2019.

SILVA, C. F. et al. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2597-2604, set. 2015.

SILVEIRA, M. H.; CIAMPONE, M. H. T.; GUTIERREZ, B. A. O. Percepçãoda equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 07-16, 2014.

SILVEIRA, N. R. *et al.* Cuidado paliativo e enfermeiros de terapia intensiva: sentimentos que ficam. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 6, p. 1012- 1019, 2016.

TEIXEIRA, K. S. F., da Costa Gircys, J. E., & Corvino, M. P. F. (2021). Relato de experiência em processo de educação permanente: Construção de cartilha participativa sobre cuidados paliativos. *Research, Society and Development*, 10(7), 1-7.

UGARTE, Olivia Albuquerque. **Contexto Normativo dos Cuidados Paliativos no SUS**. Monografia apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito obrigatório para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva e Educação na Saúde, 2014.

VINDROLA-PADROS, C., Mertnoff, R., Lasmarias, C., & Gomez-Batiste, X. (2018). Palliative care education in Latin America: a systematic review of training programs for healthcare professionals. *Palliative & Supportive Care*, 16(1), 107-117.

VASQUES, T. C. S. *et al.* Cuidados paliativos no cotidiano de trabalhos dos profissionais da saúde e de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 8, n. 2, p.3797-3805. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Knowledge into Action Palliative Care. *Cancer Control*, 1–42, 2007. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44024/9241547345\\_eng.pdf;jsessionid=C3E11870D89E18DAED6CE04DC7C0D0FF?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44024/9241547345_eng.pdf;jsessionid=C3E11870D89E18DAED6CE04DC7C0D0FF?sequence=1). Acesso em abril de 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

WRIGHT, Michael; WOOD, Justin. **Mapping levels of palliative care development: aglobal view**. 2008. Disponível em: [http://www.nhpco.org/files/public/palliativecare/World\\_map\\_report\\_final-0107.pdf](http://www.nhpco.org/files/public/palliativecare/World_map_report_final-0107.pdf). Acesso em abril de 2022.

**ANEXO A – E-BOOK UTILIZADO**

[Ebook.pdf](#)