

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180005740016>

SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE AOS CUIDADOS PALIATIVOS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA¹

Gleyce Any Freire de Lima Carvalho², Rejane Maria Paiva de Menezes³, Bertha Cruz Enders⁴, Gracimary Alves Teixeira⁵, Dândara Nayara Azevêdo Dantas⁶, Déborah Raquel Carvalho de Oliveira⁷

- ¹ Artigo extraído da dissertação - Assistência em cuidados paliativos à pessoa idosa na atenção primária à saúde, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), em 2015.
- ² Mestre em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFRN. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: gleyceany_freire@hotmail.com
- ³ Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFRN. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: rejemene@gmail.com
- ⁴ Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFRN. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: berthacruz.enders@gmail.com
- ⁵ Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFRN. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: gracimaryalves@yahoo.com.br
- ⁶ Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFRN. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: dandara_dantas@hotmail.com
- ⁷ Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFRN. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: deborahrco@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: compreender os significados atribuídos por profissionais de saúde à assistência em cuidados paliativos na atenção primária à saúde.

Método: trata-se de uma pesquisa qualitativa, orientada pela vertente fenomenológica social de Alfred Schütz. Participaram 25 profissionais de saúde que trabalhavam em uma das três unidades de saúde e em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família da cidade de Natal/RN, Brasil. O trabalho de campo ocorreu por meio de entrevista no ano de 2015, cujas informações foram analisadas conforme os passos de pesquisadores da fenomenologia social.

Resultados: compreendeu-se que os profissionais de saúde eram capazes de reconhecer a necessidade do outro, na prática da assistência em cuidados paliativos realizada na atenção primária de saúde. Os significados atribuídos pelos profissionais de saúde envolveram a necessidade de um sistema organizado em rede de atenção à saúde que favorecesse as relações sociais envolvidas na assistência. Isso envolve a resignificação da atitude social pelos profissionais de saúde, no enfrentamento da cultura e modelo da assistência hospitalocêntrica curativista, nos cuidados paliativos na atenção primária à saúde, através da inclusão e conscientização da família.

Conclusão: os significados atribuídos aos cuidados paliativos no contexto da atenção primária à saúde envolvem a experiência intersubjetiva dos profissionais de saúde. A partir de práticas de saúde continuadas no processo de interação entre profissionais, rede de atenção à saúde, paciente e família, tendo o contexto domiciliar como uma realidade de cuidado.

DESCRIPTORIOS: Cuidados paliativos. Atenção primária à saúde. Pessoal de saúde. Qualidade de vida. Saúde.

MEANINGS ATTRIBUTED TO PALLIATIVE CARE BY HEALTH PROFESSIONAL IN THE PRIMARY CARE CONTEXT

ABSTRACT

Objective: to understand the meanings attributed by health professionals to palliative care assistance in primary health care.

Method: a qualitative research, guided by the social phenomenological dimension of Alfred Schütz. Twenty-five health professionals working in one of the three health units and a Family Health Support Center in the city of Natal / RN, Brazil, participated in this study. The fieldwork was carried out through an interview in the year 2015, and the information was analyzed according to the steps of social phenomenology researchers.

Results: it was understood that health professionals were able to recognize the need of the other in the practice of palliative care assistance in primary health care. The meanings attributed by health professionals involved the need for an organized system in a health care network that favored the social relationships involved in care. This involves redefining the social attitude of health professionals, in the confrontation of culture and the curative hospital-care model, in palliative care in primary health care, through the inclusion and awareness of the family.

Conclusion: the meanings attributed to palliative care in the primary health care context involve the intersubjective experience of health professionals. Based on continuous health practices in the process of interaction between professionals, health care network, patient and family, with the home context as a reality of care.

DESCRIPTORS: Palliative care. Primary health care. Health personnel. Quality of life. Health.

SIGNIFICADOS ATRIBUIDOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN

Objetivo: comprender los significados atribuidos por los profesionales de la salud para la asistencia en los cuidados paliativos en la atención primaria de la salud.

Método: se trata de una investigación cualitativa y orientada por la vertiente fenomenológica social de Alfred Schütz. Participaron 25 profesionales de la salud que trabajaban en una de las tres unidades de salud y en un Núcleo de Apoyo para la Salud de la Familia de la ciudad de Natal/RN, Brasil. El trabajo de campo se realizó por medio de entrevistas, en el año 2015, y cuyas informaciones fueron analizadas conforme a los pasos de los investigadores de la fenomenología social.

Resultados: se entendió que los profesionales de la salud eran capaces de reconocer la necesidad del otro en la práctica de la asistencia para los cuidados paliativos realizada en la atención primaria de la salud. Los significados atribuidos por los profesionales de la salud incluyeron la necesidad de un sistema organizado en red de atención de la salud que favorezca las relaciones sociales que participan de la asistencia. Esto incluye la resignificación de la actitud social por parte de los profesionales de la salud en el enfrentamiento de la cultura y el modelo de la asistencia hospitalaria-céntrica curadora en los cuidados paliativos para la atención primaria de la salud, a través de la inclusión y concientización de la familia.

Conclusión: los significados atribuidos a los cuidados paliativos en el contexto de la atención primaria de la salud incluyen la experiencia intersubjetiva de los profesionales de la salud a partir de las prácticas de salud continuas en el proceso de interacción entre profesionales, la red de atención de la salud, paciente y familia, teniendo al contexto domiciliario como una realidad del cuidado.

DESCRIPTORES: Cuidados paliativos. Atención primaria para la salud. Personal de la salud. Calidad de vida. Salud.

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos correspondem a um tipo de abordagem terapêutica multiprofissional, pautada nos princípios de considerar o indivíduo em sua totalidade, proporcionar melhora na qualidade de vida, tanto do paciente quanto de seus familiares ou cuidadores a partir do enfrentamento da doença que ameaça a vida, e de priorizar um diagnóstico precoce, a fim de minimizar o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual.¹⁻²

Muitas vezes, esse termo é definido como um cuidado multiprofissional destinado à pessoas fora de possibilidades terapêuticas em processo de finitude.²⁻⁵ Por esse motivo torna-se difícil diferenciar as pessoas que necessitam de cuidados paliativos e cuidados terminais, já que, em ambos os casos, são pessoas com câncer, com falência de órgãos, fragilidades e demências.⁶

Um fato que preocupa é que, ainda que mais de 100 milhões de pessoas sejam beneficiadas com cuidados paliativos anualmente, menos de 8% das pessoas que precisam desses cuidados, de fato, têm acesso a essa atenção à saúde.⁷ Nesse sentido, buscase, no Brasil, a integração das ações de cuidados paliativos dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com a finalidade de proporcionar uma assistência integral a esses indivíduos.⁸

Para isso, o Brasil dispõe de cerca de 40 serviços hospitalares especializados, para prestar cuidados paliativos.⁹ E, ainda, uma rede de Atenção Primária à Saúde (APS) e de Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), todos pertencentes à RAS, que

também desempenham essas ações de saúde.⁸ Ademais, possui portaria e política do Programa Melhor em Casa que regulamentam e orientam a sua realização no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma articulada, nos diferentes serviços da RAS.¹⁰⁻¹¹

Nessa perspectiva, destaca-se que, dentro dessa rede de atenção, a APS é considerada a ordenadora do cuidado e da ação territorial.¹⁰ Ponderando-se como o melhor nível de assistência para a prestação e coordenação dos cuidados paliativos.¹¹ Uma vez que tem o potencial de desenvolver um conjunto de intervenções que favoreçam a qualidade de vida e continuidade dos cuidados paliativos, dentro e fora do domicílio.⁵ Além de proporcionar ao paciente, um cuidado próximo da família, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções, através da atenção domiciliar.¹¹

Verifica-se, contudo, a dificuldade de inclusão dos cuidados paliativos no contexto da APS.⁵ Essa problemática envolve a falta de compreensão dos profissionais da APS acerca desses cuidados,⁴ e a dificuldade de se estabelecer uma comunicação franca e honesta com a família.¹² Além disso, a pouca preocupação dos gestores para inclusão de capacitação voltada para os cuidados paliativos, assim como a ausência de inserção de disciplinas na formação dos profissionais da saúde sobre essa temática, predispondo que a experiência em cuidados paliativos se desenvolva a partir da prática.⁴

Desse modo, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem percebido a necessidade de aprimorar os serviços de saúde para atender aos cuidados paliativos

e, por isso, tem incentivado novos estudos que venham contemplar a qualificação da assistência dos profissionais de saúde e uma assistência continuada.⁸ Nesse sentido, surge a necessidade de investigar os significados atribuídos pelos profissionais de saúde à assistência desempenhada nos cuidados paliativos na APS, a partir de um aporte filosófico pautado na fenomenologia social.

Desse modo, objetivou-se compreender os significados atribuídos por profissionais de saúde sobre a assistência em cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo que se propôs a investigar a compreensão e significados atribuídos às experiências que ocorrem no mundo cotidiano dos profissionais de saúde, dotados de subjetividade, e vivenciadas nas relações interpessoais. Para esse fim, percebeu-se a necessidade de um referencial teórico-metodológico que sustentasse a pesquisa em questão. Assim, optou-se pela pesquisa qualitativa, orientada pela vertente fenomenológica social de Alfred Schütz.

Este referencial revela-se condizente com o fenômeno da assistência em cuidados paliativos, por envolver as experiências sociais vividas em comunidade e entre indivíduos. Comportamentos espontâneos experienciados pelos sujeitos ao estabelecerem relações direcionadas através de uma ação intencional caracterizam-se na Ação Social. Isso envolve inúmeros sentimentos vivenciados no mundo da vida, no qual desempenham suas ações e compartilham seus sentimentos.¹³

Os profissionais de saúde, ao realizarem a prática de cuidar nos cuidados paliativos, incluem ações e interações com o indivíduo, seja na assistência à incapacidade ocasionada pela doença, até o apoio psicológico aos familiares. Assim, a ação social do cuidar considera ações e reações de outros indivíduos, em que se deve orientar o alívio do sofrimento, focalizado na pessoa e não na doença, e isso valoriza trocas intersubjetivas entre quem cuida e quem é cuidado.

Nesse sentido, a relação social acontece em um processo determinante de ressignificação do cuidado de uma assistência paliativa entre profissionais de saúde, paciente, família e a rede de atenção à saúde. Na perspectiva do sociólogo Alfred Schütz, a compreensão do significado da ação humana se dá a partir de motivos existenciais, relacionados ao conhecimento construído nas experiências, através

de um conjunto de motivos que se constitui na ação social dos sujeitos no mundo em que acontecem as relações.¹⁴⁻¹⁵

Desse modo, ao entrevistar os profissionais de saúde que lidam na assistência ao paciente em cuidados paliativos no contexto da atenção primária à saúde, há possibilidade de compreender cada experiência a partir do que foi vivenciado, buscando razões para justificar cada ação desempenhada ou não pelos profissionais de saúde.

A reflexão sobre os significados atribuídos enfatiza a compreensão dos motivos por que a fim de possibilitar postulados sobre a experiência realizada na atenção primária de saúde frente ao contexto dos cuidados paliativos. E os motivos para projetar possibilidades que virão após a experiência de realizar a continuidade do cuidado.¹³ A questão norteadora para a entrevista foi: qual o significado atribuído por você ao cuidado ao paciente em cuidados paliativos?

A região de inquérito não é um espaço físico, mas um contexto conceitual, em que as experiências são vivenciadas e o fenômeno acontece.¹⁵ Assim, a região de inquérito deste estudo foi onde se tinha conhecimento pelas pesquisadoras de que o fenômeno ocorreu, considerando o mundo da vida cotidiana dos profissionais de saúde que realizavam algum tipo de cuidados paliativos em uma das Unidades de Saúde da Família (USF) I, II ou III e em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), do Município de Natal-RN, Brasil.

Foram incluídos os profissionais de saúde com mais de um ano de exercício na APS, e com nível superior, por se acreditar que esses profissionais, tanto os que trabalhavam nas unidades de saúde e principalmente aos que trabalhavam no apoio no NASF, tiveram uma formação profissional em que obtiveram maior aproximação com essa temática, assim como capacitação para atuar com essa clientela. Dessa forma, possuíam uma fundamentação para realizar os cuidados paliativos.

Participaram da pesquisa 25 profissionais de saúde, sendo cinco médicos, sete enfermeiras, seis odontólogos, um assistente social, um nutricionista, um educador físico, duas fisioterapeutas e um farmacêutico, a partir da amostragem por conveniência.

A investigação do estudo se deu inicialmente através da realização de duas reuniões de aproximação das pesquisadoras com o campo de estudo. A primeira, a fim de apresentar a pesquisa aos profissionais, e a segunda para aproximá-los dos preceitos éticos necessários para a efetiva participação na pesquisa e convidá-los a participar do

estudo. Após o aceite, agendaram-se data e local para que a pesquisadora fosse até cada participante, para realização de entrevistas de caráter individual. Antes de iniciar a gravação, o participante assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o termo para gravação de voz, concedidos pela pesquisadora.

A coleta se realizou entre julho e setembro de 2015, a partir de entrevistas gravadas no local de trabalho dos participantes, e se encerrou quando as inquietações da pesquisadora foram respondidas e o objetivo do estudo, atingido.¹⁵

As informações foram analisadas segundo os passos de pesquisadores da fenomenologia social,¹³⁻¹⁶ leitura e releitura de cada depoimento, com objetivo de identificar os aspectos relevantes referentes ao contexto da experiência dos profissionais de saúde; identificação e posterior agrupamento dos aspectos significativos dos depoimentos em unidades de significado; síntese das unidades de significado para posteriormente compor as categorias.¹⁴⁻¹⁶

A discussão dos dados teve como eixo norteador o referencial teórico da fenomenologia social de Alfred Schutz e literaturas relacionadas à temática do estudo.¹⁴⁻¹⁶ O estudo foi realizado em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que discorre sobre a pesquisa com seres humanos, sendo aprovado conforme o Parecer n. 43895815.4.0000.5537.

Para preservar o anonimato dos participantes, utilizaram-se pseudônimos com nomes de flores, pois, assim como as flores, que precisam ser cuidadas e regadas, os profissionais de saúde devem ser percebidos em uma realidade humana, em que precisam ser estimulados para florescerem.

RESULTADOS

Os resultados demonstraram que o significado da assistência em cuidados paliativos identificado na narrativa dos profissionais de saúde perpassa por fatores que interferem na sua assistência, como: desarticulação da rede de atenção à saúde, falta de insumos para a realização de uma assistência segura, ausência de capacitação dos profissionais e influências da cultura e modelo da assistência hospitalocêntrica nos cuidados paliativos na atenção primária de saúde.

Os sentidos por eles atribuídos ao processo de trabalho frente à assistência em cuidados paliativos no contexto da APS estão descritos a seguir.

Desafios na rede de assistência em cuidados paliativos

Nesta unidade de sentido foi possível evidenciar a realidade de um contexto frágil de saúde, caracterizado pela descontinuidade da assistência, representado pela desarticulação e pela ausência de continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde voltada para os cuidados paliativos, expressadas a seguir:

então, não existe uma padronização, nunca organizamos um esquema de atendimento de forma contínua (Palma);

existe o nosso limite. Porque é necessária ainda uma articulação com CREAS [Centro de Referência Especializado de Assistência Social], CRAS [Centro de Referência de Assistência Social], com hospitais. Essa falta de articulação dificulta a continuidade do cuidado em rede, que muitas vezes não está articulada. O que nos deixa paralisados, é quando vamos até um grau de assistência, e não conseguimos ir adiante. Porque não tem como dar continuidade ao fluxo do paciente na rede (Cravo);

[...] toda a equipe teria que estar articulada, a da atenção primária junto com o NASF. Com a chegada do NASF isso vem a ser fortalecido (Celósia).

Dessa forma, a continuidade ao cuidado na rede de atenção à saúde é um desafio que envolve a necessidade de a gestão favorecer ações para atender o princípio da integralidade. O estudo revela que existe uma necessidade de compreender as relações sociais, o que não envolve apenas os profissionais, mas envolve todo um sistema de saúde, que seja capaz de subsidiar insumos fundamentais para a continuidade das ações da assistência dos profissionais de saúde.

Realizo assistência com os materiais que disponho. Às vezes, a família até compra o material. Alguns pacientes da comunidade recorrem à defensoria pública, através de denúncia, e conseguem medicamentos e material; infelizmente, a equipe fica angustiada com a falta dos materiais e de condições de se trabalhar diante da falta de qualidade no trabalho (Astromélia).

Já prestei cuidados em várias situações: pacientes cardiopatas, pacientes diabéticos, pacientes com escaras profundas, a falta de material, de medicamentos na rede e a falta de encaminhamento de especialidades na rede dificulta o processo de trabalho (Copo-de-Leite).

[...] o fato de se sentir sozinho, não contar com um suporte e uma equipe adequada dificulta. (Íris).

Em um Congresso que participei, mostrou a necessidade de infraestrutura, logística para que se possa

oferecer esse cuidado. Precisamos conversar mais sobre o tema, redefinir e programar (Lírio).

Alguns aspectos apontaram para o desejo de se assistir aos usuários que necessitam de cuidados paliativos, porém a falta de continuidade dos cuidados, a carência de insumos e a necessidade de ações programadas e articuladas ultrapassam a organização apenas da equipe. Mas isso diz respeito à necessidade de uma rede de saúde organizada, para efetivar a continuidade do cuidado e promover qualidade de vida em cuidados paliativos. Para tanto, um participante evidenciou a necessidade de capacitação da equipe.

Acredito que eles deveriam promover capacitações para que a própria equipe de saúde da Estratégia pudesse estar dando um suporte na realização desses cuidados (Cerejeira).

Na unidade de saúde, eu admito que não há um preparo básico e avançado para esse tipo de prestação de cuidado. Existe a equipe de internação domiciliar, que pode estar nos auxiliando no seguimento desses pacientes. Vejo ainda a necessidade de uma melhor divulgação dessa equipe que eu julgo ser mais capacitada para atuar em conjunto, na atenção básica e com a unidade de saúde [...] ao solicitar essa atenção, nós não nos redimimos de prestar cuidados, mas seria um somatório de força para essa continuidade (Tulipa).

[...] a garantia ao direito das pessoas terem um final de vida de melhor qualidade. Teria que se ter uma equipe local, uma equipe de suporte e uma equipe mais especializada, na rede de atenção à saúde, porque uma equipe só, não é suficiente (Narciso).

A minha atuação é muito nova na atenção primária. Infelizmente a gente ainda está em um processo de aprendizagem. A formação ainda é muito falha (Toque de Classe).

Desse modo, a natureza de uma sociologia compreensiva é percebida a partir da análise de interpretação frente ao fenômeno expressado nas falas dos profissionais de saúde. O contexto de atenção primária exige que os profissionais de saúde estabeleçam relações sociais, que possam reconhecer as características subjetivas.¹³ Isso favorece a continuidade da assistência através do funcionamento da rede de atenção à saúde e do trabalho em equipe atribuídos no contexto da Atenção Domiciliar.

Sugere-se a necessidade de aprimoramento por parte dos profissionais através de capacitações, e do reconhecimento de responsabilidades por parte dos gestores, de que, para estabelecerem relações, os profissionais de saúde precisam estar

organizados na rede de atenção à saúde. A prática de ações pactuadas de forma coerente condiz com a universalidade, equidade e integralidade da atenção propostas pelo SUS.

Influências da cultura e modelo da assistência hospitalocêntrica curativista nos cuidados paliativos na atenção primária à saúde

O fato de os profissionais de saúde e as famílias, muitas vezes, não compreenderem o enfrentamento dos cuidados paliativos no domicílio deve-se ao contexto histórico e cultural da sociedade que afastou as pessoas de conviverem com seus entes queridos no processo de finitude, como algo que demande assistência complexa ao ser incluído exclusivamente no ambiente hospitalar e realizado por equipe específica.

É cultural, a família se sente mais confortável em levar o usuário para o hospital, por achar que naquele ambiente ele terá mais assistência (Crisântemo).

A nossa cultura rejeita, como a nossa profissão, e o nosso sistema político administrativo está dentro dessa lógica (Girassol).

A questão dessa parceria com a família que impossibilita muitas vezes a continuidade do cuidado. Vai para unidade hospitalar dar uma estabilizada e, quando volta, e por não se ter como prestar esse cuidado no domicílio, esse paciente volta do hospital com outras comorbidades e acaba indo a óbito (Cravínia).

No contexto atual, as pessoas têm medo de se aproximar do processo de finitude, dessa forma, a família exerce um papel fundamental no contexto da assistência em cuidados paliativos. A preferência pelo hospital reflete o predomínio, ainda, do modelo hospitalocêntrico e curativista associado ao ambiente hospitalar. Essa atitude, por parte dos familiares, propicia a descontinuidade do cuidado, em não considerar o contexto da atenção primária de saúde, dificultando a realização dos cuidados paliativos no domicílio.

Além disso, ainda prevalece no discurso de alguns profissionais o modelo curativista, focado na doença, voltado para a especificidade da assistência, ao invés do cuidado centrado nas necessidades individuais do paciente e da família, inseridos no seu ambiente natural. Nesse sentido, a capacitação do profissional de saúde poderia favorecer seu empoderamento frente à execução da educação em saúde para se convencer, e orientar o familiar que os cuidados paliativos são uma realidade possível de ser implementada na APS.

Por fim, reforça-se a necessidade, por parte da gestão, de subsidiar capacitação dos profissionais quanto ao modelo de atenção centrado na pessoa; como, também, a abertura dos profissionais para as rupturas de paradigmas e transformação da sua prática assistencial.

DISCUSSÃO

Apesar da diversidade de ações propostas para a melhoria da qualidade de vida das pessoas em um mundo contemporâneo, permeado pelo advento tecnológico, a realidade em saúde é confrontada com novas demandas assistenciais de saúde. Entre outros aspectos, devido ao surgimento de novas doenças, novas condições de vida, e, em consequência, de novos recursos e abordagens terapêuticas, como é o caso da assistência em cuidados paliativos no contexto da APS. Essas novas demandas requerem do SUS uma assertiva de apoio e pactuação para integração de ações, até mesmo em cunho intersetorial.¹⁷

A perspectiva de ações integradas é o diferencial das RAS. Recentemente, no Brasil, o conceito da RAS passou a ser difundido junto com a Reforma Sanitária, que corroborou para a construção do atual Sistema de Saúde. Uma Rede organizada reflete a descentralização e garante uma assistência integral e contínua para a população.¹⁸

Dentro da RAS, um dos pilares que sustenta a orientação dos serviços e profissionais de saúde para a necessidade de cuidados paliativos é a modalidade de Atenção Domiciliar. Definida como uma ação substitutiva ou complementar às já existentes, caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças, reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às RAS.¹⁰

No Brasil, o reconhecimento da responsabilização das equipes de atenção primária à saúde sobre os usuários elegíveis para serem assistidos pelo Programa Melhor em Casa, no SAD, está sendo recentemente aplicado. Contudo, a articulação dos programas de Atenção Domiciliar com a RAS também tem sido considerada fator primordial para garantir o sucesso das experiências, e para diminuir a quantidade de pessoas hospitalizadas e prevenir novas internações.¹⁹

Em um estudo para avaliar a integração do PAD, verificou-se a desarticulação do PAD com os demais níveis assistenciais, o que gerou, na interpretação dos autores, o desafio de articulá-lo com a APS. Tal estudo ratifica os sentidos atribuí-

dos à assistência em cuidados paliativos na APS, uma vez que alguns entraves estão relacionados à articulação com a rede municipal de saúde e possuem relação direta com a disponibilidade de equipamentos, insumos e profissionais para que ocorra a continuidade do cuidado.¹⁸

Esse estudo corroborou com os achados da pesquisa em questão, uma vez que existe uma quebra nas ações apontadas pelos profissionais que envolve, além da desarticulação dos serviços da rede, as debilidades que interferem na estrutura das unidades de saúde, comprometimento do adequado fornecimento de insumos, bem como da educação permanente para garantia de qualificação profissional.

Nesse sentido, há que se avançar na integração vertical de diferentes níveis de atenção, na formulação de políticas de saúde vinculadas à gestão e trabalho intersetorial e interdisciplinar, para a atenção a populações específicas, no sentido de complementaridade e continuidade da assistência à saúde.¹⁷

Torna-se implícito que, mesmo com a preocupação dos trabalhadores diante da resolução do caso, essa desarticulação corrobora para a prática de uma assistência fragmentada, com pouca articulação entre os serviços de referência, o que faz com que os profissionais de saúde se sintam desarticulados na rede de atenção à saúde.²⁰

O constructo de uma sociologia compreensiva também corrobora com a necessidade dos profissionais de saúde de tentarem estabelecer um processo de interação.¹⁶ Dessa forma, quando não conseguem estabelecer tais relações sociais, estes atribuem um significado desarticulado, caracterizado pelo distanciamento de ações que fragmentam o cuidado e conduzem à sua descontinuidade.²⁰

É preciso conceber uma ampliação das percepções acerca das ações a serem desenvolvidas no âmbito dos cuidados paliativos. Isso exige a compreensão social envolta na construção de uma estratégia pensada, que possa mudar a organização do trabalho local. Uma forma disso está na valorização de processos crítico-reflexivo e sistemático, tendo em vista a renovação dos modos tradicionais de conceber a prática.²¹

Sobre a baixa disponibilidade de insumos e estrutura inadequada, alguns estudos²²⁻²³ apontam para as dificuldades que atingem a APS. A partir da descentralização da assistência, os municípios passaram a arcar, em sua grande maioria, com as etapas de seleção e dispensação de materiais e insumos para esse nível de atenção. Essas são atividades

para as quais se faz fundamental o apoio técnico e financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde, em especial a regularidade dos repasses financeiros.²³

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

Torna-se necessário, então, investir em estratégias inovadoras para que não ocorra a fragmentação de serviços de saúde e funcionem de forma coordenada e abrangente, para desempenhar as funções previstas para a resolutividade e atendimento equânime e integral na comunidade.¹⁹

Percebeu-se no estudo em questão a necessidade de ressignificação da atitude social pelos profissionais de saúde, no que se refere ao enfrentamento da cultura e modelo da assistência hospitalocêntrica curativista, nos cuidados paliativos na atenção primária de saúde. Isso envolve a inclusão e conscientização da família na aceitação da continuidade da assistência aos cuidados paliativos para que seja uma realidade no domicílio. Na cultura ocidental era comum a pessoa ter o direito de morrer no seu domicílio junto a seus familiares, em uma relação de aproximação e não de afastamento.²¹

Contudo, a transição para uma medicina moderna somada à prevalência do modelo hegemônico, biomédico, centrado no hospital, distanciou as pessoas de se permitirem vivenciar o processo de morte em domicílio.²¹ Em contrapartida, em uma mudança de paradigma onde o foco já não é apenas a cura de forma isolada, o cuidar surge como o cerne desse novo paradigma. Nesse sentido, o enfoque terapêutico para os cuidados paliativos deve visar ao alívio dos sintomas que comprometem a qualidade de vida, integrando ações da equipe multiprofissional, dentre médicos, equipes de enfermagem, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, e fatores que influenciam no tipo de vida e morte que o paciente terá.¹⁸

Para que haja integralidade das ações, os cuidados de saúde prestados requerem atenção de uma equipe multiprofissional centrada no paciente, o que requer habilidades clínicas específicas às quais não devem estar restritas aos cuidados referentes à dor e ao sofrimento, mas extensivo aos familiares, para que estes possam ser mais atuantes no processo de fornecimento de cuidados paliativos.²⁴

Isso deve ser reforçado tendo em vista a necessidade da assistência em saúde, especialmente no que concerne aos serviços de atenção domiciliar, em adotar um modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares e estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, com o usuário, com família e com cuidador.¹⁰

Assim, a lógica de organizações hierárquicas rígidas deve ser substituída por redes estruturadas em tessituras flexíveis e abertas de compartilhamentos e interdependências em objetivos, informações, compromissos e resultados.¹⁷

Compreende-se também que, na perspectiva contemporânea da gestão pública, se depara com dilemas sociais e paradoxos enfrentados, que constituem a necessidade dos órgãos administrativos em articular suas dificuldades junto à gestão a fim de minimizar o impacto dessas dificuldades enfrentadas pelos profissionais.²²

De acordo com as compreensões de Schütz, isto nos põe à frente da necessidade de trocas mediante ações que possibilitem um entendimento comum frente a um contexto específico de saúde. Sendo assim, compreende-se o sentido da existência através de uma ação humana capaz de auxiliar na execução de um cuidado.¹⁶

Nesse sentido, tornam-se urgentes ações por parte dos gestores que fortaleçam a prática dos profissionais de saúde, através do estímulo e potencialização das ferramentas cognitivas dos profissionais, para que estes sejam periodicamente atualizados, reforçando a assistência prestada.²⁵

Juntamente com ações voltadas para o uso adequado de habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal com o paciente que facilitem o trabalho interdisciplinar, o que constitui-se um terceiro elemento no que chamam de tríade de alicerces para os cuidados paliativos.²⁵⁻²⁶

Para que as práticas de saúde sejam fortalecidas com a atuação dos profissionais e dos sujeitos, recomenda-se a construção de planos de responsabilização, para maior integralidade da atenção primária de saúde e exercício do direito à saúde.²⁷ Tornam-se fundamentais, dentro da atenção domiciliar, que inclui a assistência em cuidados paliativos, o trabalho em equipe multiprofissional e integrada à rede de atenção à saúde.¹⁰

Ainda segundo os dados do estudo, os significados atribuídos aos cuidados paliativos no contexto da APS envolvem a experiência intersubjetiva a partir de práticas de saúde continuadas no

processo de interação entre profissionais de saúde, RAS, paciente e família, tendo o contexto domiciliar como uma realidade de cuidado.

As limitações deste estudo relacionam-se ao número de participantes e ao cenário que compõe o estudo, por se tratar de um contexto local, o que impede a generalização dos achados, porém estes são considerados válidos, pois refletem condições semelhantes verificadas em pesquisas de maior abrangência, destacando-se a necessidade de estudos complementares que envolvam o tema. Ainda existe uma carência de estudos sobre a prática de cuidados paliativos no contexto da Atenção Domiciliar, sendo mais discutida e pesquisada na modalidade de assistência no ambiente hospitalar.

CONCLUSÃO

A abordagem teórico-metodológica da fenomenologia social possibilitou a compreensão das experiências dos profissionais de saúde, sob uma perspectiva que valoriza a dimensão social através das vivências cotidianas. A realização do estudo permitiu a compreensão de que o cotidiano dos profissionais de saúde evidencia significados atribuídos à existência de uma desarticulação na rede de atenção à saúde, através de ações fragmentadas e descontinuadas, ocasionadas pela ausência de referência e contrarreferência hospitalar, juntamente a serviços que promovam a atenção domiciliar. E, ainda, pela escassez de insumos nas unidades de saúde, no cenário investigado, que dificulta a continuidade da assistência em cuidados paliativos.

A contribuição deste estudo se caracteriza pelas expectativas relatadas pelos profissionais de saúde, ao estabelecerem um caminho para solucionar o problema que engloba a descontinuidade da assistência em rede de atenção à saúde, que se trata do reconhecimento de ações que ultrapassam o modelo biomédico e hospitalocêntrico. Acredita-se que iniciativas que promovam a comunicação entre os profissionais de saúde e a educação permanente favoreçam um melhor preparo frente à assistência paliativa no contexto da APS.

O percurso para a implantação de um cuidado sistematizado no contexto da APS para os pacientes com necessidades de cuidados paliativos envolve os condicionantes submergidos nas relações interpessoais. Essas, por sua vez, envolvem a experiência intersubjetiva dos profissionais de saúde, a partir de práticas de saúde continuadas no processo de interação entre profissionais, rede de atenção à saúde, paciente e família, tendo o contexto domiciliar

como uma realidade de cuidado e ressignificação da qualidade de vida.

Agradecimentos

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/CAPES.

REFERÊNCIAS

1. Vargas MAO, Vivan J, Vieira RW, Mancia JR, Ramos FRS, Ferrazzo S, et al. Redefining palliative care at a specialized care center: a possible reality?. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 Jul-Sep [cited 2017 Jun 29]; 22(3):637-45. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
2. Gomes ANZ, Othero MB. Cuidados paliativos. *Estud Av* [Internet]. 2016 Sep-Dec [cited 2017 Jun 29]; 30(88):155-66. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142016.30880011>
3. Sousa ATO, França JRFS, Nóbrega MML, Fernandes MGM, Costa SFG. Palliative care: a conceptual analysis. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2010 Aug [cited 2017 June 29]; 9(2). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2947/667>
4. Pereira DG, Fernandes J, Ferreira LS, Rabelo RO, Pessalacia JDS, Souza RS. Meanings of palliative care in the view of nurses and managers of primary health care. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2017 [cited 2017 Jun 29]; 11(3 Suppl):1357-64. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9367/pdf_2688
5. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 Sep [cited 2017 Jun 29]; 18(9):2577-88. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>
6. Mechelen WV, Aertgeerts B, Ceulaer K, Thoosen B, Vermandere M, Warmenhoven F, et al. Defining the palliative care patient: A systematic review. *Palliative Med* [Internet]. 2012 Feb; 27(2):197-208. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269216311435268>
7. Worldwide Palliative Care Alliance. *Global Atlas of palliative care at the end of life* [Internet]. England: WHO, 2014 [cited 2017 Jun 29]; Available from: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
8. Ministério da Saúde (BR). *Cadernos da Atenção Básica. N° 13, Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2ªed. Brasília (DF): MS; 2013.*
9. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. *Cuidados paliativos oncológicos: controle de*

- sintomas. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2001.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário oficial da União. 28 mai. 2013. Brasília (DF): MS; 2013.
 11. Ministério da Saúde (BR). Manual instrutivo de monitoramento e avaliação da atenção domiciliar: melhor em casa. Brasília (DF): MS; 2012.
 12. Souza HL, Zoboli ELC, Paz CRP, Schweitzer MC, Hohl KG, Pessalacia JDR. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. *Rev Bioét* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jun 29]; 23(2):349-59. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n2/1983-8034-bioet-23-2-0349.pdf>
 13. Schütz A. El problema de La realidad social. 2 ed. Buenos Aires (AR): Amorroutu; 2008.
 14. Zeferino MT, Carraro TE. Alfred Schütz: from theoretical-philosophical framework to the methodological principals of phenomenological research. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 Jul-Sep [cited 2017 Jun 29]; 22(3):826-34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300032&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 15. Jesus MCP, Capalbo C, Merighi MAB, Oliveira DM, Tocantins FR, Rodrigues BMRD, et al. The social phenomenology of Alfred Schütz and its contribution for the nursing. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jun 29]; 47(3):736-41. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300736&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 16. Martins L, Bicudo MAV. A modalidade fenomenológica de conduzir pesquisa em psicologia: Fundamentos e recursos básicos. 5ª ed. São Paulo: Centauro; 2005.
 17. Andrade AM, Brito MJM, Silva KL, Montenegro LC, Caçador BS, Freitas LFC. Organization of the health system from the perspective of home care professionals. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet] 2013 [cited 2017 Jun 29]; 34(1):111-7. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/24676/26045>
 18. Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHAL, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSF. Health care networks under the light of the complexity theory. *Esc Anna Nery* [Internet] 2015 [cited 2017 Jun 29]; 19(1):169-73. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100169&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 19. Oliveira SG, Kruse MHL. Better of at home: safety device. *Texto Contexto Enferm* [Internet] 2017 [cited 2017 Jun 29]; 26(1):e2660015. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000100318&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 20. Paes LG, Schimith MD, Barbosa TM, Righi LB. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jun 29]; 11(2): 395-409. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n2/a08v11n2.pdf>
 21. Souza MG, Mandu EMT, Elias AN. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jun 20]; 22(3): 772-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a25.pdf>
 22. Balderrama P, Vendramini SF, Santos MLSG, Ponce MAZ, Oliveira IC, Villa TCS, et al. Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose: avaliação da estrutura dos serviços. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jun 29]; 16(3):511-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i3.21408>
 23. Mendes LV, Campos MR, Chaves GC, Silva RM, Freitas PS, Costa KS, et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jun 20]; 38(esp):109-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0109.pdf>
 24. Santos DBA, Lattaro RCC, Almeida DA. Cuidados paliativos de enfermagem ao paciente oncológico terminal: revisão da literature. *Rev Iniciação Científica da Libert* [Internet]. 2011 [cited 2017 Jun 29]; 1(1):72-84. Available from: <http://www.libertas.edu.br/revistas/index.php/riclibertas/article/view/14/6>
 25. Silva MLSR. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jun 29]; 9(30):45-53. Available from: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/718/595>
 26. Araújo MMT, Silva MJP. Communication strategies used by health care professionals in providing palliative care to patients. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2017 Jun 29]; 46(3):626-32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300014&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 27. Andrade RD, Santos JS, Pina JC, Furtado MCC, Mello DF. Integrality of actions among professionals and services: a necessity for child's right to health. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jun 29]; 17(4):772-80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400772&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Correspondência: Gleyce Any Freire de Lima
 Universidade Federal do Rio Grande do Norte
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
 Rua Teotônio Freire, 34
 Ribeira, Natal, RN, Brasil
 E-mail: gleyceany_freire@hotmail.com

Recebido: 14 de fevereiro de 2016

Aprovado: 10 de agosto de 2017

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons (CC BY).