

**CAPACITAÇÃO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS  
ONCOLÓGICOS: ANÁLISE DE INTERVENÇÃO COM  
PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA DE UM  
MUNICÍPIO DO NORDESTE**

**LUCIANA PAULA FERNANDES DUTRA**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Oncologia da Fundação Antônio Prudente, em Parceria com a  
Universidade Federal do Vale do São Francisco, para obtenção  
do título de Doutor em Ciências**

**Área de Concentração: Oncologia**

**Orientadora: Dra. Diana Lima Villela de Castro**

**Coorientadora: Dra. Sônia Lorena Soeiro Argôllo Fernandes**

**São Paulo**

**2021**

## FICHA CATALOGRÁFICA

**Preparada Ensino Apoio ao aluno da Fundação Antônio Prudente\***

D978 Dutra, Luciana Paula Fernandes.  
**Capacitação sobre cuidados paliativos oncológicos: análise de intervenção com profissionais da saúde da atenção básica de um município do Nordeste** / Luciana Paula Fernandes Dutra - São Paulo, 2021.  
53p.  
Tese (Doutorado)-Programa de Pós-Graduação em Oncologia da Fundação Antônio Prudente, em Parceria com a Universidade Federal do Vale do São Francisco - Área de concentração: Oncologia.  
Orientadora: Diana Lima Villela de Castro

Descritores. 1. Cuidados Paliativos/Palliative Care. 2. Neoplasias/Neoplasms. 3. Atenção Primária à Saúde/Primary Health Care. 4. Capacitação em Serviço/Inservice Training

Elaborado por Suely Francisco CRB 8/2207

\*Todos os direitos reservados à FAP. A violação dos direitos autorais constitui crime, previsto no art. 184 do Código Penal, sem prejuízo de indenizações cabíveis, nos termos da Lei nº 9.610/08.

*Ao cuidar de você  
no momento final da vida,  
quero que você sinta que me importo  
pelo fato de você ser você,  
que me importo até o último momento de sua vida  
e faremos tudo que estiver ao nosso alcance,  
não somente para ajudá-lo a morrer em paz,  
mas também para você viver  
até o dia de sua morte.*  
Cicely Saunders

## DEDICATÓRIA

Ao meu pai Lucas que me inspirou a trabalhar com esta temática diante do sofrimento vivenciado por ele e por toda a família, ao se encontrar em cuidados paliativos há cinco anos, devido a doença de Parkinson, com o intuito de melhorar a sua qualidade de vida e dos pacientes que vivenciam situação similar.

Ao meu sogro, Dr. Dutra (In Memoriam), por sempre ter me incentivado a crescer, através do seu próprio exemplo. Muitas saudades.

À minha família, razão da minha vida, meu marido Eduardo, companheiro de todas as horas que sempre me ajudou incansavelmente em todos os momentos e me incentivou.

Às minhas filhas Juliana e Alice que entenderam a minha ausência e me inspiraram a buscar sempre vencer os desafios impostos pela vida.

À minha mãe Aparecida e ao meu irmão Cliswerton, que sempre me incentivaram e apoiaram.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter me dado o dom da vida e busca pelas conquistas.

À minha orientadora Diana Lima Villela de Castro por ter me dado a oportunidade de me orientar e se dedicado a este trabalho.

À minha coorientadora Sônia Lorena Soeiro Argôllo Fernandes, por suas longas horas de atenção e dedicação.

Ao meu colega Venâncio de Sant'Ana Tavares sempre muito solícito e paciente que contribuiu em todos os momentos.

À minha amiga e colega Lucineide Santos Silva que me ajudou e amparou nos momentos cruciais, se dedicando a mim orientar sempre pelo melhor caminho a trilhar, desde o início deste projeto.

À minha amiga e colega Kamila Juliana da Silva Santos por ter me ajudado na análise dos dados, sempre muito atenciosa e solícita.

Aos meus colegas do colegiado de enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) por terem contribuído para o meu afastamento, em especial aos das disciplinas de Saúde da Mulher e da Criança, as quais estou inserida.

Às minhas alunas Paula Ferrari Ferraz, Ana Letícia Freire Menezes e Sally Andrade Silveira que tanto contribuíram na execução deste projeto, com muita dedicação, atenção e criatividade para a execução das oficinas.

Aos membros da banca qualificadora, por me guiarem neste processo.

Aos participantes deste estudo, os enfermeiros, médicos, cuidadores e pacientes que se dispuseram a colaborar nesta pesquisa, sem vocês nada disto seria possível.

Aos funcionários da atenção básica do município de Juazeiro-BA que me ampararam com tanta dedicação e carinho.

À equipe da pós-graduação do A.C.Camargo Cancer Center, em especial, ao Professor Vinícius Fernando Calsavara do setor de estatística; Luciana Costa Pitombeira e Lucas Batista Pereira da secretaria de ensino e Suely Francisco do apoio ao aluno por toda a atenção e dedicação em todos os momentos que precisei.

## RESUMO

Dutra LPF. **Capacitação sobre cuidados paliativos oncológicos: análise de intervenção com profissionais da saúde da atenção básica de um município do Nordeste.** [Tese]. São Paulo; Programa de Pós-Graduação em Oncologia da Fundação Antônio Prudente, em Parceria com a Universidade Federal do Vale do São Francisco, 2021.

**INTRODUÇÃO:** cuidado paliativo é uma abordagem multidisciplinar que propõe uma melhoria na forma de cuidar do paciente e de seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a manutenção da vida. Os profissionais precisam estar aptos a prestar uma assistência holística. **OBJETIVO:** analisar as ações de intervenção sobre cuidados paliativos oncológicos na capacitação de profissionais de saúde da atenção básica, de um município do Nordeste. **MÉTODO:** estudo quantitativo realizado com enfermeiros e médicos, com aplicação de formulário semiestruturado. Na análise dos dados foi utilizado o teste de McNemar-Bowker, para avaliação das proporções pré e pós-curso. Estudo qualitativo realizado com cuidadores de pacientes em cuidados paliativos da atenção básica do município de Juazeiro-BA, através de entrevistas com roteiro norteador e análise de conteúdo temático. **RESULTADOS:** incluíram-se 69 profissionais (56% da população estimada), sendo 29 (42%) médicos e 40 (58%) enfermeiros. A maioria dos participantes (71%) era do sexo feminino, tinha idade entre 31 e 40 anos (62%), era casada/união estável (64%) e se declarou católica (65%). Destes, 71% possuíam algum tipo de pós-graduação, apenas 3% tinham capacitação em cuidados paliativos, sendo todos enfermeiros. E 10 cuidadoras familiares, todas do sexo feminino, idade entre 20 e 70 anos, 60% eram casadas e 40 % cursaram o ensino fundamental. Destas, 50% eram esposas, 30% filhas e 10% irmãs e mães. Quanto à compreensão dos profissionais sobre cuidados paliativos, antes da capacitação, 80% dos profissionais responderam correto; após, esse número subiu para 99%, o que representa um aumento de 19% depois do curso. Em habilidades, a maior parte dos profissionais optou pela alternativa 'ter a visão integral do paciente'. O percentual de respostas afirmativas variou de 82%, antes da capacitação para 95% depois, representando um aumento de 13% nas respostas. Os profissionais consideraram que devem ser disponibilizados os cuidados paliativos oncológicos, 100% dos profissionais responderam que seria por meio do plano de cuidados orientado pelo médico, antes da capacitação e após 99%. Quanto aos aspectos prioritários para disponibilizar os cuidados paliativos oncológicos, antes da capacitação, 47%

responderam físicos, espirituais e emocionais e após 58% responderam o mesmo item, havendo um aumento de 11% no item correto. Com relação à percepção das cuidadoras familiares, apresentada por meio da parte qualitativa do estudo, demonstrou-se que as equipes prestam, mesmo com escassez de recursos humanos e materiais, uma assistência humana com disponibilização do acesso ao serviço e satisfação no atendimento. **CONCLUSÃO:** os resultados evidenciam que a capacitação foi efetiva em relação aos conhecimentos sobre cuidados paliativos, o que pode ser corroborado através da percepção das cuidadoras familiares sobre a modificação de condutas da equipe.

**Descritores:** Cuidados Paliativos. Neoplasias. Atenção Primária à Saúde. Capacitação em Serviço.

## ABSTRACT

Dutra LPF. [Training on palliative oncologic care: analysis of intervention with primary care health professionals in a town in the Brazilian Northeast]. [Tese]. São Paulo; Programa de Pós-Graduação em Oncologia da Fundação Antônio Prudente, em Parceria com a Universidade Federal do Vale do São Francisco, 2021.

**INTRODUCTION:** Palliative care is a multidisciplinary approach that proposes an improvement in the way of caring for patients and their relatives, who face diseases that threaten the maintenance of life. Professionals need to be able to provide holistic care. **OBJECTIVE:** To analyze the intervention actions about palliative oncologic care in the training of primary care health professionals, in a town in the Brazilian Northeast. **METHOD:** Quantitative study performed with nurses and physicians, using a semi-structured form. For data analysis, the McNemar-Bowker test was used in order to assess the pre- and post-course proportions. Qualitative study conducted with caregivers of patients in palliative care in primary care patients from the town of Juazeiro-BA, through interviews with guiding script and thematic content analysis. **RESULTS:** A total of 69 professionals (56% of the estimated population) were included, 29 (42%) physicians and 40 (58%) nurses. Most participants (71%) were female, aged between 31 and 40 years old (62%), were married/in a stable relationship (64%) and declared themselves Catholic (65%). Of these, 71% had some kind of graduate degree, only 3% had training in palliative care, being all nurses. Moreover, 10 family caregivers, all female, aged between 20 and 70 years, where 60% were married and 40% attended elementary school. Of these, 50% were wives, 30% daughters and 10% sisters and mothers. As for the professionals' understanding of palliative care, before training, 80% of the professionals answered appropriately; after that, that number rose to 99%, which represents an increase of 19% after the course. In terms of skills, most professionals opted for the alternative 'having a comprehensive view of the patient'. The percentage of affirmative answers ranged from 82% before training to 95% afterwards, representing a 13% increase in answers. The professionals considered that palliative oncologic care should be made available, Where 100% of the professionals answered that it would be through the care plan guided by the physicians, before training and 99% after. Regarding the priority aspects to provide palliative oncologic care, before training, 47% answered physical, spiritual and emotional and after 58% answered the

same item, with an increase of 11% in the correct item. Regarding the perception of family caregivers, introduced through the qualitative part of the study, it was proved that the teams provide, even with a shortage of human and material resources, a human care, thus providing access to the service and satisfaction in the service. **CONCLUSION:** The results show that the training was effective in relation to knowledge about palliative care, which can be corroborated through the perception of family members about the modification of the team's conduct.

**Keywords:** Palliative Care. Neoplasms. Primary Health Care. Inservice Training.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.1</b>	Foto da camiseta da oficina .....	12
<b>Figura 1.2</b>	Foto dos kits distribuídos na oficina .....	12
<b>Figura 2</b>	Foto do mural interativo .....	15
<b>Figura 3.1</b>	Foto do mural interativo da realização da dinâmica qual a sua cor? .....	16
<b>Figura 3.2</b>	Foto da discussão sobre o mural interativo.....	16
<b>Figura 3.3</b>	Foto da dinâmica qual a sua cor?.....	16
<b>Figura 3.4</b>	Foto da dinâmica qual a sua cor?.....	16
<b>Figura 3.5</b>	Apresentação da peça teatral.....	17
<b>Figura 3.6</b>	Apresentação da peça teatral.....	17
<b>Figura 4.1</b>	Foto do mural interativo da realização da dinâmica de júri simulado .....	17
<b>Figura 4.2</b>	Foto da dinâmica júri simulado .....	18
<b>Figura 4.3</b>	Foto da dinâmica júri simulado .....	18
<b>Figura 5.</b>	Foto da explicação do jogo tabuleiro.....	19
<b>Figura 5.2</b>	Foto do jogo tabuleiro.....	19
<b>Figura 5.3</b>	Foto da realização do jogo de tabuleiro .....	19
<b>Figura 6.1</b>	Foto do grupo reunido .....	20

<b>Figura 6.2</b>	Foto da hora do lanche.....	20
<b>Figura 7.1</b>	Foto do grupo desvendando o jogo caça ao tesouro .....	21
<b>Figura 7.2</b>	Foto do grupo lendo a pista do tesouro.....	21
<b>Figura 7.3</b>	Foto do grupo procurando o tesouro.....	21
<b>Figura 7.4</b>	Foto do grupo vencedor com o prêmio.....	21
<b>Figura 7.5</b>	Foto do grupo com os certificados.....	22
<b>Figura 7.6</b>	Foto do depoimento da paciente .....	22
<b>Figura 8</b>	Esboço do símbolo da borboleta com categoria e subcategorias.....	40

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Características Sociodemográficas dos Participantes da capacitação “Cuidados Paliativos Oncológicos a Pacientes e Familiares na Atenção Básica” .....	27
<b>Tabela 2</b>	Características Profissionais dos Participantes da capacitação “Cuidados Paliativos Oncológicos a Pacientes e Familiares na Atenção Básica” .....	28
<b>Tabela 3</b>	Características sociodemográficas das cuidadoras familiares dos indivíduos elegíveis para Cuidados Paliativos na Estratégia Saúde da Família .....	30
<b>Tabela 4</b>	Desempenho dos profissionais de saúde em relação aos conhecimentos em Cuidados Paliativos Oncológicos antes e após a realização da capacitação “Cuidados Paliativos Oncológicos a Pacientes e Familiares na Atenção Básica ...	34

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>AVD</b>	Atividades de Vida Diária
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>ABCP</b>	Associação Brasileira de Cuidados Paliativo
<b>CAAE</b>	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
<b>CP</b>	Cuidados Paliativos
<b>CEP</b>	Comitê de Ética e Pesquisa
<b>ESF</b>	Equipe de Saúde da Família
<b>INCA</b>	Instituto Nacional de Câncer
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PROEN</b>	Pró-Reitoria de Ensino
<b>PTS</b>	Projeto Terapêutico Singular
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UNIVASF</b>	Universidade Federal do Vale do São Francisco
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família
<b>UTI</b>	Unidade de Tratamento Intensivo
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>6</b>
2.1	Objetivo Geral .....	6
2.2	Objetivos Específicos .....	6
<b>3</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>7</b>
3.1	Tipo de Estudo.....	7
3.2	Local do Estudo.....	7
3.3	Amostra .....	8
3.4	Critérios de Inclusão.....	9
3.5	Critérios de Exclusão.....	9
3.6	Coleta de Dados e Procedimentos .....	9
3.6.1	Caracterização dos Sujeitos do Estudo – Profissionais de Saúde .....	10
3.6.2	Caracterização dos Participantes – Cuidadoras Familiares .....	10
3.6.3	Caracterização dos Pacientes por Cuidadoras Familiares .....	10
3.7	Análise de Dados.....	23
3.7.1	Capacitação dos Profissionais: pré e pós-teste .....	23
3.7.2	Variáveis Quantitativas e Qualitativas do Estudo .....	24
3.7.2.1	Variáveis do Formulário Semiestruturado .....	24
3.7.2.2	O olhar do Cuidador Sobre o Cuidado Prestado pelos Profissionais de Saúde aos Pacientes em Cuidados Paliativos Oncológicos.....	25
3.8	Aspectos Éticos .....	25
3.9	Conflito de Interesse.....	25
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>26</b>
4.1	Análise Quantitativa da Capacitação e Conhecimento dos Profissionais Descritiva (Resultados pré e pós teste) .....	26
4.1.1	Caracterização dos Sujeitos do Estudo – Profissionais de Saúde .....	26
4.1.2	Caracterização dos Sujeitos do Estudo – Cuidadoras Familiares.....	29

4.1.3	Caracterização dos Pacientes por Cuidadoras Familiares .....	31
4.1.4	Avaliação Quantitativa da Capacitação e Conhecimento dos Profissionais Descritiva da Amostra (Resultados pré e pós teste) .....	32
4.2	Análise Qualitativa – Percepção dos Cuidadores Descritiva da Amostra – Cuidadores de Pessoas em Cuidados Paliativos.....	40
4.2.1	O olhar do cuidador sobre o cuidado prestado pelos profissionais de saúde aos pacientes em cuidados paliativos oncológicos .....	40
4.2.1.1	Percepção do cuidado prestado pelo profissional de saúde.....	41
4.2.1.1.1	Satisfação no atendimento domiciliar pela equipe de saúde .....	41
4.2.1.1.2	Acessibilidade aos serviços de saúde .....	42
4.2.1.1.3	Humanização na assistência .....	43
4.2.2.1.4	Capacitação de cuidadores.....	44
4.2.2.1.5	Escassez de recursos materiais e humanos na assistência prestada pela equipe de saúde .....	45
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>47</b>
<b>6</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>48</b>

## ANEXOS

- Anexo 1** Parecer Consubstanciado do CEP
- Anexo 2** Cartas de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro-BA
- Anexo 3** Certificado do Projeto de Extensão
- Anexo 4** Jogo de Tabuleiro, utilizado na 4ª oficina
- Anexo 5** Jogo da Caça ao Tesouro, utilizado na 6ª oficina
- Anexo 6** Apostila de Dinâmicas (dinâmicas utilizadas)
- Anexo 7** Formulário de Avaliação das Atividades de Vida Diária (AVD)
- Anexo 8** Comprovante de Submissão de Artigo para Publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva
- Anexo 9** Comprovante de Submissão de Artigo para Publicação na Revista Gaúcha de Enfermagem

## APÊNDICES

- Apêndice 1** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos profissionais de saúde

- Apêndice 2** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido das Cuidadoras Familiares
- Apêndice 3** Formulário Semiestruturado para Entrevista dos Profissionais
- Apêndice 4** Plano do Curso
- Apêndice 5** Roteiro das Seis Oficinas
- Apêndice 6** Fotos das Oficinas
- Apêndice 7** Planos Terapêuticos Singulares (PTS), desenvolvidos nas oficinas pelos profissionais
- Apêndice 8** Diários de Bordo dos profissionais, construídos nas oficinas pelas alunas colaboradoras
- Apêndice 9** Modelo do Certificado das Oficinas
- Apêndice 10** Listas de Frequência das Oficinas
- Apêndice 11** Roteiro Semiestruturado para Entrevista dos Cuidadores

# 1 INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida a população mundial vem envelhecendo cada vez mais. No Brasil, essa realidade não é diferente, de acordo com dados fornecidos a população brasileira em sua maioria permanecerá envelhecendo. Desde 2012 houve um aumento de 4,8 milhões de idosos, somando em 2017 um total de 30,2 milhões <sup>1</sup>. É relevante ressaltar que, em apenas 5 anos, houve um crescimento de 18% desse grupo etário <sup>1</sup>.

O advento desse envelhecimento populacional levará também a um aumento de doenças relacionadas a essa faixa etária de vida, como câncer, doenças degenerativas e cardiológicas. O câncer é a segunda principal causa de morte no mundo e representou cerca de 9,6 milhões de mortes em 2018 <sup>2</sup>.

No Brasil, estima-se, para o triênio de 2020-2022, que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer, sendo o de pele não melanoma o mais incidente, com 177 mil casos. Na incidência distribuída por região geográfica, a região Sudeste lidera com mais de 60%, logo após a Nordeste com 27,8% e a Sul com 23,4% <sup>3</sup>.

Diante de uma incidência de câncer tão alta, emerge a necessidade de um cuidado que ofereça qualidade de vida aos pacientes e familiares acometidos por doenças que ameacem suas vidas. Dessa forma surgiram os Cuidados Paliativos (CP), que são uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e seus familiares que enfrentam doenças que ameacem a vida. Previne e alivia o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação correta, tratamento da dor e outros problemas físicos, psíquicos, sociofamiliares e espirituais <sup>4</sup>.

Os CP têm como princípios: aliviar a dor e demais sintomas que incomodem o paciente; ver a morte de maneira natural; não antecipar nem retardar a morte; associa aspectos psicológicos e espirituais na atenção ao paciente; disponibilizar suporte que contribua com o paciente a viver ativamente, até a hora da morte; disponibilizar suporte para ajudar os familiares no decorrer da doença do paciente e a lidar com o luto; ofertar uma assistência multiprofissional para trabalhar e atender as necessidades dos pacientes e seus familiares, inclusive acompanhamento do luto; melhorar a qualidade de vida e proporciona influência positiva no decorrer da doença <sup>5</sup>.

Os CP têm indicação de iniciar, de preferência no diagnóstico da doença, atrelados com outras ações que prolonguem a vida, como o tratamento de quimioterapia e a radioterapia, como também incluem todos os tratamentos que sejam necessários para compreender melhor e ter o controle em circunstâncias clínicas de estresse <sup>5</sup>.

Essa abordagem surgiu a partir do termo *hospice*, que é originado de um movimento social iniciado na Inglaterra, no início da década de 1950. No ano de 1967, foi fundado o *St. Christopher's Hospice* por Cicely Saurders, a precursora no atendimento holístico ao paciente, que era graduada em Enfermagem, Serviço Social e Medicina, sendo a instituição por ela fundada ainda referência no mundo em CP. O movimento *hospice* é inserido dentro de uma proposta de cuidados integrais, objetivando uma atenção em aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais <sup>6</sup>.

No ano de 1982, por meio do comitê de câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS), criaram-se políticas com o objetivo de aliviar as dores dos pacientes de câncer por meio de cuidados do tipo *hospice*, que eram cuidados centrados na melhoria da qualidade de vida dos pacientes e familiares, sendo estes indicados para todos os países <sup>7</sup>.

No Brasil, o primeiro hospital a utilizar esse tipo de tratamento com os pacientes foi o Hospital das Clínicas de Porto Alegre no ano de 1983, sendo incorporado ao serviço da dor. Posteriormente, implantou-se no Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina e em São Paulo. Na cidade de Jaú, no interior de São Paulo, implantou-se, no ano de 1992, a primeira enfermaria de CP no Brasil. A Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) foi fundada em 1997 e, em 1998, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) inaugurou um departamento exclusivo de CP disponibilizando cuidados de enfermaria, ambulatório, internação domiciliar e pronto atendimento <sup>7</sup>.

Os CP oferecem ao paciente e sua família uma abordagem multiprofissional, agindo interdisciplinarmente com princípios que buscam fazer esse período de sofrimento menos doloroso por meio de tratamentos clínicos e psicológicos, unindo o paciente e família como um só, trabalhando a mente desses indivíduos para uma melhor aceitação do curso final da doença. Esses cuidados são baseados na prevenção e alívio de sintomas desagradáveis, em especial a dor, aspectos psicológicos, espirituais, apoio à família durante a doença e no processo de luto <sup>6</sup>.

Os pacientes e familiares que vivenciam uma patologia que ameace a vida podem apresentar sinais e sintomas de luto antecipatório, que se trata de uma experiência que é vivenciada no decorrer da vida do paciente entre o diagnóstico e os obstáculos que são necessários passar durante o tratamento, contribuindo para aceitação da morte propriamente dita <sup>8</sup>.

O momento ideal para iniciar os CP no paciente é no diagnóstico da doença, concomitante ao tratamento da patologia de base, e aumentado gradualmente, de acordo com as necessidades do enfermo, até a morte. Faz-se necessário salientar que dentre a assistência em CP existem tratamentos com a intenção de cura, ocasião em que o paciente e os familiares

necessitam do manejo adequado dos sintomas considerados de difícil controle e dos aspectos psicossociais e espirituais associados <sup>9,10</sup>.

Os CP podem ser realizados no ambulatório, hospital e domicílio, sendo disponibilizadas assistências do tipo alívio para a dor e sintomas como astenia, anorexia e dispneia, colocando a vida e a morte como processos naturais. Dessa forma, integra os cuidados psicológicos, sociais e espirituais ao clínico, além de disponibilizar um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente em seu próprio ambiente. É importante destacar que os CP não aceleram a morte, oferecendo um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viver o mais ativamente possível até sua morte e dar aconselhamento e suporte ao luto por meio da abordagem interdisciplinar <sup>9</sup>.

Nesse contexto, a maioria dos pacientes no mundo que necessitam de CP no final da vida tem diagnósticos de doenças como câncer, doenças cardíacas, pulmonares e acidentes vasculares cerebrais (AVC). No ano de 2019, existiam mais de 190 serviços cadastrados de cuidados paliativos no Brasil <sup>11,12</sup>.

Diante disso, vale salientar que a assistência em CP é estendida à Atenção Básica (AB), pois entre as responsabilidades desse nível de atenção os CP estão inseridos <sup>13</sup>.

Com o intuito de contribuir nessas necessidades, instituíram-se algumas portarias pelo Ministério da Saúde, dentre elas a portaria nº 19, de 3 de janeiro de 2002, que expande a inserção de CP, incentivando os serviços de saúde, que possuem assistência multidisciplinar a disponibilizar a assistência a pacientes com dor e que necessitam de CP (artigo 1º, item b) <sup>14</sup>. A partir da portaria nº154/GM, de 24 de janeiro de 2008, diversos profissionais da área puderam ser inseridos na atenção básica, por meio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), dando suporte à AB, contribuindo também para a organização dos CP <sup>15</sup>.

De igual modo, a portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, no seu capítulo 1, artigo 2º, define que a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem como meta reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas por câncer e a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, como também contribuir para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes com ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e CP <sup>16</sup>.

A reorganização da atenção domiciliar, situando a rede de Atenção Domiciliar como uma modalidade de atenção integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), é caracterizada por ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados, conforme a portaria nº 825/2016 (artigo 2 e inciso I) <sup>17</sup>.

Nesse sentido, a resolução nº 41, de 30 de outubro de 2018, da comissão intergestores tripartite, normatiza CP no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de diretrizes para a organização desses cuidados no âmbito do SUS, através da RAS <sup>18</sup>.

Devido ao número de pacientes que necessitam de CP ter aumentado consideravelmente, como também à carência de leitos hospitalares e à influência negativa que tem o ambiente hospitalar na saúde psicológica do paciente, muitos destes recebem essa assistência no âmbito domiciliar ou ambulatorial <sup>19</sup>.

Nesse contexto, a Atenção Básica (AB) é essencial para exercer seu papel de cuidar e orientar os cuidadores e pacientes oncológicos. Muito embora, deve-se considerar a falta de preparo de alguns profissionais em lidar com pacientes em situação de morte iminente, pois, apesar de ser uma situação recorrente, a maioria não teve uma preparação propícia de enfrentamento durante a graduação <sup>20</sup>.

Dessa maneira, os profissionais necessitam de habilidades específicas e princípios humanísticos, focando a assistência multiprofissional na tríade equipe/comunidade/família, sendo imprescindível a necessária capacitação desses profissionais para a efetividade dessa assistência <sup>21</sup>.

As metodologias ativas são ferramentas fundamentais no processo de ensino/aprendizagem, uma vez que contribuem para a formação de profissionais com a visão tanto crítica como reflexiva e, dessa forma, inserem-se no trabalho em equipe, tanto multiprofissional como interdisciplinar. As atividades desenvolvidas são baseadas em situações-problema vivenciadas no cotidiano da prática assistencial e assim são formados profissionais nas diversas áreas <sup>22</sup>.

Diante do exposto, os CP, por ser um tipo de assistência relativamente nova no Brasil <sup>7</sup> em que a maioria das universidades da área de saúde não possui na grade curricular a disciplina de CP <sup>20</sup> e no cenário onde foi desenvolvido o estudo, como nos demais do país, necessitam de discussões que contribuam para um maior conhecimento e conseqüentemente uma prática qualificada.

Nessa perspectiva, este estudo teve como questão norteadora: qual a análise das ações de intervenção sobre cuidados paliativos oncológicos na capacitação de profissionais de saúde da atenção básica? Quais as percepções dos cuidadores de pacientes oncológicos assistidos por esses profissionais acerca da assistência prestada após a capacitação? E como objeto de estudo: análise das ações de intervenção sobre cuidados paliativos oncológicos na capacitação de profissionais de saúde que prestam assistência na atenção básica e a percepção de cuidadores de pacientes oncológicos sobre a assistência prestada por esses profissionais após intervenção.

Portanto, é de fundamental importância discutir essa temática no presente estudo que disponibilizará recursos que contribuirão na viabilização dessa forma de atendimento nos serviços prestados pelos profissionais de saúde da AB, como também tem como papel conscientizar os gestores e idealizadores das políticas públicas quanto à relevância desse tema no planejamento em saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar as ações de intervenção sobre cuidados paliativos oncológicos na capacitação de profissionais de saúde da atenção básica de um município do Nordeste.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar estratégias para a capacitação de profissionais de saúde da atenção básica em cuidados paliativos oncológicos;
- Avaliar a capacitação de profissionais de saúde da atenção básica em cuidados paliativos oncológicos;
- Identificar a percepção de cuidadores de pacientes com câncer sobre a assistência prestada pelos profissionais de saúde após intervenção de capacitação sobre cuidados paliativos oncológicos na atenção básica.

### **3 MATERIAL E MÉTODOS**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Tratou-se de um estudo quanti-qualitativo exploratório e descritivo, de orientação teórico-metodológica, baseado na pesquisa-ação.

As abordagens quantitativas se encontram fundamentadas em teorias que apontam os seres humanos como um complexo de muitos sistemas corporais que podem ser medidos, traduzindo em números, por meio de métodos estatísticos, a classificação e a organização de opiniões e informações<sup>23</sup>.

A abordagem qualitativa dedica-se a compreender o significado das relações e percepções que os indivíduos estabelecem diante dos fatos e sobre si mesmos<sup>24</sup>.

Este estudo caracterizou-se como sendo de caráter exploratório e descritivo, pois exige do pesquisador uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar e permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema, aprofundando seus estudos e buscando maiores conhecimentos acerca de determinado assunto<sup>25</sup>.

Seguindo uma tendência em desenvolver potenciais soluções de aperfeiçoamento da prática em saúde, nesta pesquisa, empregou-se a pesquisa-ação enquanto ferramenta resolutiva na identificação de problemas. Define-se ainda como uma forma de pesquisa, na qual se busca trabalhar com, para e por pessoas, ao invés de somente pesquisar sobre as mesmas<sup>26</sup>.

#### **3.2 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi realizado na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), campus Juazeiro/BA, após disponibilização das salas de aula para a realização do mesmo.

As aulas aconteceram de acordo com o cronograma previamente acordado com a atenção básica do município e com os profissionais.

A opção por esse município se deu em razão da maior disponibilidade de serviços hospitalares que oferecem assistência aos pacientes oncológicos.

As entrevistas com os cuidadores foram realizadas nas residências dos pacientes atendidos nas áreas adstritas das Unidades de Saúde da Família (USF), no município de Juazeiro/BA, nos bairros João XXIII, Maringá, Antônio Guilhermino, Santo Antônio e Alto da Aliança.

### 3.3 AMOSTRA

No município de Juazeiro/BA, havia, no momento da realização do estudo, 62 Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo 41 na zona urbana e 21 na zona rural, divididas em 6 distritos (Distritos I, II, III, IV, V e VI, sendo os distritos I ao IV localizados na zona urbana e os distritos V e VI na zona rural). Essas equipes eram compostas por 124 profissionais entre médicos (62-50%) e enfermeiros (62-50%). Realizou-se o convite a todos os profissionais, sendo que 69 (56%) aceitaram participar do estudo e finalizaram a capacitação.

É relevante justificar que, mesmo entendendo que o ideal seria a participação na capacitação de todos os integrantes da equipe, não foram inseridos os demais profissionais que compõem a equipe neste estudo em função da pesquisadora entender estes dois profissionais (enfermeiro e médico) como agentes multiplicadores, que posteriormente poderiam repassar para toda a equipe. Outro óbice foi a dificuldade dos demais profissionais serem liberados pela secretaria de saúde, uma vez que esta desejava um menor impacto na força de trabalho das USF, ficando acordado para que o enfermeiro e o médico da mesma unidade se ausentassem em dias alternados, com o objetivo de impactar menos no atendimento a população.

Em relação aos cuidadores, elencaram-se todas as residências com pacientes em CP oncológico, segundo a indicação dos profissionais que finalizaram a capacitação. A pesquisadora elaborou um cronograma das visitas, de acordo com a disponibilidade do cuidador e dos ACS. A princípio foram agendadas 20 visitas. Destarte, a partir da 10ª entrevista, os conteúdos das falas transcritas indicavam, em uma pré-análise, ou seja, a repetição dos conteúdos já mencionados nas entrevistas anteriores. Logo, as respostas às questões realizadas pela pesquisadora guiadas pelo roteiro norteador aos cuidadores começavam a apresentar similaridades, sem eventos novos, mantendo-se nas próximas três entrevistas realizadas.

Assim, a amostragem foi por saturação dos dados e totalizaram-se 13 entrevistas aos cuidadores dos pacientes em CP oncológico, não necessitando de novas entrevistas para a obtenção dos dados.

A amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual que pode ser empregada em investigações qualitativas. É usada para estabelecer o tamanho final de uma amostra, interrompendo a captação de novos dados. Nessa técnica, o número de participantes é operacionalmente definido com a suspensão de inclusão de novos participantes, quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado produtivo persistir na coleta de dados. Em outras palavras, significa que as informações fornecidas por novos participantes pouco acrescentariam ao material já obtido,

não contribuindo de maneira relevante para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados já coletados<sup>27,28</sup>.

Não existe um ponto de saturação a priori definido e nunca a quantidade de abordagens em campo pode ser uma representação burocrática e formal estabelecida em números. O que precisa prevalecer é a certeza do pesquisador de que, mesmo provisoriamente, encontrou a lógica interna do seu objeto de estudo – que também é sujeito – em todas as suas conexões e interconexões<sup>24</sup>.

### **3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Em relação aos profissionais, incluíram-se, neste estudo, os enfermeiros e médicos das USF do município supracitado anteriormente que tinham vínculo empregatício com o mesmo há pelo menos 1 mês e que aceitaram participar da pesquisa.

Quanto aos cuidadores, incluíram-se os cuidadores que estavam acompanhando o paciente há pelo menos 3 meses e que aceitaram participar do estudo (conceito de cuidador informal: é a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados, sem remuneração)<sup>29</sup>.

### **3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

No que se refere aos profissionais, excluíram-se do estudo os enfermeiros e médicos que estavam no período de férias, que se ausentaram das USF no período de coleta dos dados ou que não concluíram a capacitação prevista.

Quanto aos cuidadores, excluíram-se as pessoas que estavam com o paciente no momento da entrevista e que não era considerado cuidador informal principal, conforme definição desse termo, citada no item anterior deste estudo.

### **3.6 COLETA DE DADOS E PROCEDIMENTOS**

A coleta de dados da etapa quantitativa (capacitação dos profissionais e aplicação do pré e pós-teste) foi realizada entre agosto de 2018 e fevereiro de 2019; em junho de 2019, realizou-se a segunda etapa da coleta de dados, que foi a etapa qualitativa (entrevista com os cuidadores) após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisas (CEP) da UNIVASF.

A técnica de coleta da análise quantitativa foi por meio de um formulário semiestruturado, construído pelos pesquisadores deste estudo, com perguntas abertas e fechadas dirigidas aos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) da atenção básica do município.

Como técnica de coleta de dados para análise qualitativa, utilizaram-se entrevistas guiadas por um roteiro norteador com questões fechadas e abertas, construído pelos pesquisadores deste estudo, dirigidas aos cuidadores dos pacientes em cuidados paliativos, em uma amostra aleatória e por saturação de dados.

### **3.6.1 Caracterização dos Sujeitos do Estudo- Profissionais de Saúde**

Coletaram-se, por meio do formulário semiestruturado, dados sociodemográficos e de qualificação profissional dos médicos e enfermeiros, como sexo, idade, estado civil, religião, formação, pós-graduação, capacitação anterior na área estudada, tempo de atuação profissional, tempo de atuação na instituição e no setor de trabalho.

### **3.6.2 Caracterização dos Participantes do Estudo- Cuidadoras Familiares**

Coletaram-se, por meio do roteiro norteador de entrevista, com questões fechadas, dados sociodemográficos, como sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, religião e grau de parentesco.

### **3.6.3 Caracterização dos Pacientes por Cuidadora Familiar**

Perguntou-se às cuidadoras familiares, após a entrevista, quais as características dos pacientes e questionaram-se informações de AVD, de acordo com a escala de Katz<sup>30,31</sup>. (Anexo 7). As dependências foram elencadas pela pesquisadora, para obter o perfil no qual o paciente em CP se encontrava no momento da entrevista do cuidador.

A coleta de dados ocorreu em 18 etapas, sendo:

**1ª) Reunião com a gestão da atenção básica do município:** apresentou-se o objetivo do estudo, todo o planejamento para a gestão do município opinar sobre a realização das oficinas com os profissionais e entrevistas com os cuidadores. Durante essa reunião, forneceram-se os contatos dos profissionais por ESF, com a autorização prévia dos mesmos.

**2ª) Contato com os participantes:** após a reunião com a gestão, esta entrou em contato com os participantes solicitando a autorização para a pesquisadora entrar em contato. Posteriormente à autorização dos participantes, a pesquisadora entrou em contato, com 60 dias de antecedência, por meio do aplicativo de comunicação chamado “*WhatsApp*”, e foram criados seis grupos com

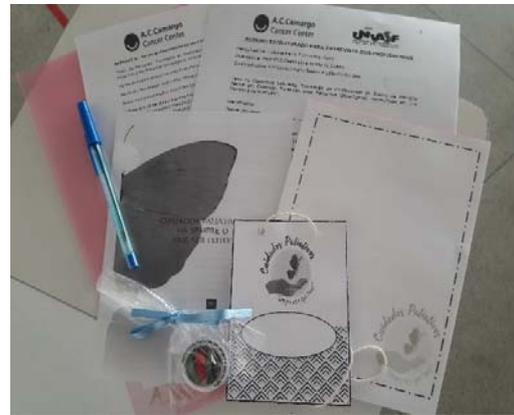
o objetivo de facilitar a comunicação entre a pesquisadora e os participantes. Foram dados codinomes de borboletas e mariposas a cada grupo para diferenciar um do outro e devido à borboleta ser um símbolo que representa os CP. “A ideia da metamorfose da borboleta estar associada às transformações da vida humana e principalmente no processo de morte”<sup>32</sup>. Por meio de cada grupo formado a pesquisadora passava todas as informações, referências bibliográficas de cada oficina e sugestões quanto aos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), como também informes e pesquisas, dentro do tema abordado, oferecendo aos participantes a oportunidade de se atualizar e esclarecer as dúvidas.

**3ª) Elaboração de um projeto de extensão:** com a criação desse projeto, captaram-se profissionais, entre alunos e professores, da UNIVASF para colaborar na execução das oficinas. Realizou-se a confecção dos certificados (Apêndice 9) para todos os participantes. O projeto foi aprovado pela Pró-Reitoria de Extensão de UNIVASF (PROEX), conforme certificado do projeto (Anexo 3).

**4ª) Aquisição e montagem do material (alimentação e material de escritório) para desenvolvimento das oficinas e escala para a participação das alunas:** foi planejado com as alunas todo o material necessário e realizada a compra deste. Confeccionaram-se camisetas com o símbolo de CP para a pesquisadora e as alunas como forma de organização. Todo o material utilizado nas oficinas foi custeado pela pesquisadora. Organizaram-se *kits* contendo pasta, caneta, crachá, bóton com o nome do grupo e rascunho (os bótons e os rascunhos com o símbolo de cada grupo foram confeccionados em gráfica), cronograma, plano de curso, duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e formulário semiestruturado das oficinas para cada integrante. Elaboraram-se cardápios para os lanches que foram servidos nos intervalos das 36 oficinas, cada cardápio tinha duas opções de sucos de frutas, água, refrigerantes, um prato salgado e outro doce. Os lanches eram confeccionados na casa da pesquisadora, antes de cada oficina. Elaborou-se uma escala para que houvesse revezamento na participação das alunas, estas contribuíam na organização do material e da sala, distribuição de lista de frequência e filmagem das oficinas.



**Figura 1.1** - Camiseta da Oficina



**Figura 1.2** - Kits distribuídos na Oficina

**5ª) Descrição das estratégias pedagógicas utilizados na capacitação:** A aprendizagem baseada em problemas pode ser empregada como ferramenta de aprendizagem, atrelada a outros métodos, reforça conceitos e instiga o aluno a pensar<sup>22</sup>. As metodologias ativas emergem como proposta focada no processo ensino/aprendizagem, com a participação ativa de todos os envolvidos e centrada na realidade na qual estão inseridos<sup>22</sup> embasa-se no aporte teórico de Paulo Freire, que coloca a relevância de o professor e o aluno executarem o aprendizado de maneira crítica, curiosa e criativa<sup>33</sup>. Dentre essas estratégias metodológicas, realizaram-se oficinas, enfatizando a aprendizagem baseada em problemas (construção dos Projetos Terapêutico Singulares-PTS) e inserção de jogos lúdicos, diários de bordo, dinâmicas de grupo, murais interativos e peças teatrais, que subsidiaram a análise dos dados. Os PTS são propostas de condutas terapêuticas articuladas, para indivíduos ou grupos, que resultam da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, elaboradas em conjunto com o paciente e sua família/cuidadores e que podem ser modificadas/atualizadas de acordo com a necessidade<sup>34</sup>. O diário de bordo alicerça o registro e reflexão do aluno a fim de alfabetizá-lo em qualquer nível de ensino<sup>35</sup>. Dinâmicas de grupo são um conjunto de técnicas utilizadas com o objetivo de aumentar a capacidade das pessoas de se comunicar e cooperar e consequentemente intensificar a espontaneidade e a criatividade destas em atividades grupais<sup>36</sup>. O mural interativo, por meio da sua visualização, objetiva conduzir uma reflexão<sup>37</sup>. Peças teatrais para integrar o conhecimento, o lúdico e a criatividade, visto que exercitar a arte, por meio do teatro, é uma maneira diversa de produção do saber e dessa maneira engloba vários estilos de linguagem e maneiras perceptuais, além de uma forma específica da interpelação cultural. É

brincando que a gente se educa e aprende; e cada professor pode ser um magister ludi facilitando o processo construtivo de ensino-aprendizagem<sup>38,39</sup>.

#### **6ª) Avaliação por meio das metodologias ativas**

Ao concluir cada estratégia metodológica utilizada era realizada, pelo facilitador, uma ligeira avaliação, por meio de dinâmicas, com os profissionais, com o objetivo de verificar a aceitação e eficácia do método.

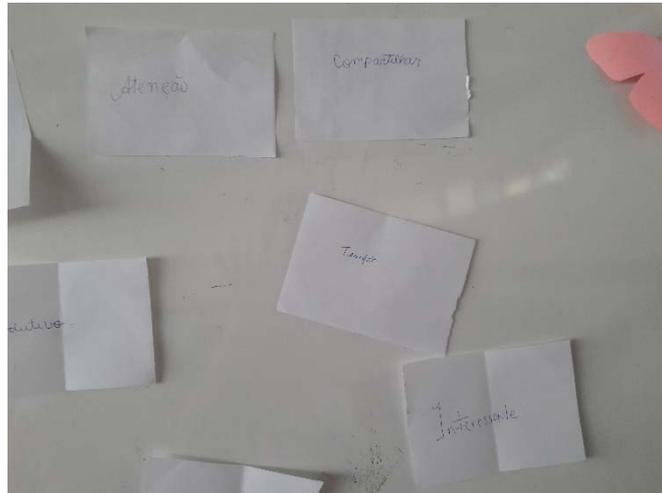
As metodologias ativas possibilitam a reflexão sobre o cotidiano assistencial, disponibilizando uma formação ampliada, aos trabalhadores oportunizam vivenciar a reorganização da assistência para uma prática que atenda às necessidades de saúde<sup>40</sup>. Por meio das metodologias ativas empregadas nas oficinas foi possível observar a evolução dos profissionais.

Dentre as técnicas aplicadas em metodologias ativas, definiu-se neste estudo a utilização da “aprendizagem baseada em problemas” por meio da aplicação do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é uma ferramenta que define as demandas do paciente/família no próprio processo de tomada de decisões, dentro dos recursos disponíveis<sup>41</sup>. Para a criação de cada PTS, propôs-se para o grupo de profissionais de saúde uma atividade extraclasse no segundo dia de oficina, em que eles deveriam se reunir com sua equipe da Unidade de Saúde e escolherem um paciente para fazer o PTS. Nesse dia, a facilitadora explicou como o PTS deveria ser construído para alinhar a atividade. Os PTS eram compostos com as seguintes etapas<sup>41</sup>. Diagnóstico: neste continham dados sociodemográficos, genograma familiar (instrumento utilizado para identificar as relações familiares<sup>42</sup>), ecomapa (instrumento utilizado para identificar os vínculos de ligação da família com o ambiente em que vive e vulnerabilidades<sup>42</sup>); planejamento com definição de metas: em curto, médio e longo prazo e responsáveis; cronograma e reavaliações quinzenais. Os profissionais e a facilitadora, na construção dos PTS, tinham a oportunidade de opinar no decorrer das oficinas, visto que o PTS final deveria estar pronto na quinta oficina e, dessa maneira, foram construídos e sendo modificados de acordo com o que os profissionais consideravam relevantes, dentro da singularidade de cada paciente, e discutiam com suas equipes e familiares/cuidador as adequações realizadas. A construção de cada PTS foi dinâmica e contínua, inclusive com o uso de “WhatsApp” para o esclarecimento de dúvidas. Outros tipos de metodologias ativas como “instrumentos pedagógicos” também foram utilizados para a avaliação da equipe, sendo diários de bordo, jogo de tabuleiro, caça ao tesouro, dinâmicas de grupo, murais interativos e peças teatrais. Os diários de bordo (Apêndice 7), que se trata de uma ferramenta utilizada pelos pesquisadores científicos para descrever a prática cotidiana, demonstram detalhadamente os processos nos quais se desenvolvem um experimento científico<sup>43</sup>. O registro dos diários era realizado pelas alunas assistentes, por profissional, com

a data e o grupo, do qual este participava, com o objetivo de contribuir nas avaliações deste, eram realizados registros das falas e dos fatos ocorridos. A utilização dessa ferramenta proporcionou o registro diário nas oficinas, contribuindo na compreensão das experiências da vida cotidiana dos profissionais. Nos registros, encontraram-se relatos de um diagnóstico de câncer, dificuldades enfrentadas pelos profissionais, pacientes e familiares, a escassez de recursos nos serviços de saúde e a relevância da capacitação na temática abordada. Dessa forma, foi possível contribuir como mais um método de avaliação dos profissionais. Os murais interativos possibilitam reflexões geradas na visualização<sup>37</sup>. As peças teatrais por meio das improvisações e da construção dos protagonistas possibilitam o percurso pela diversidade de estilos linguísticos<sup>38</sup>. Os jogos e as aulas roteirizadas com o dialeto de jogos cada vez estão mais presentes na rotina escolar<sup>44</sup>. O jogo de tabuleiro (Anexo 4), a caça ao tesouro (Anexo 5), as dinâmicas de grupo (Anexo 6), os murais interativos e as peças teatrais foram recursos utilizados com o objetivo de avaliar o conhecimento dos profissionais de uma maneira dinâmica e interativa. Essas ferramentas foram desenvolvidas focando o assunto abordado e possibilitando a interação dos grupos com descontração, promovendo, dessa maneira, a interação no grupo e avaliando o desempenho dos profissionais. Por meio dessas técnicas de avaliação foi possível avaliar o desempenho satisfatório dos profissionais em cada dia de oficina. Diante do exposto, percebe-se que as técnicas de avaliações de metodologias ativas utilizadas neste estudo contribuíram nas avaliações dos profissionais de maneira ímpar, sendo perceptível, gratificante e estimulador o aprendizado. Dessa forma, a equipe foi considerada como “capacitada” perante os métodos utilizados e resultados apresentados, nas fotos deste item 3.6 Coleta de dados e procedimentos e nos (Apêndice 7) PTS, desenvolvidos pelos profissionais, e (Apêndice 8) diários de bordo dos profissionais.

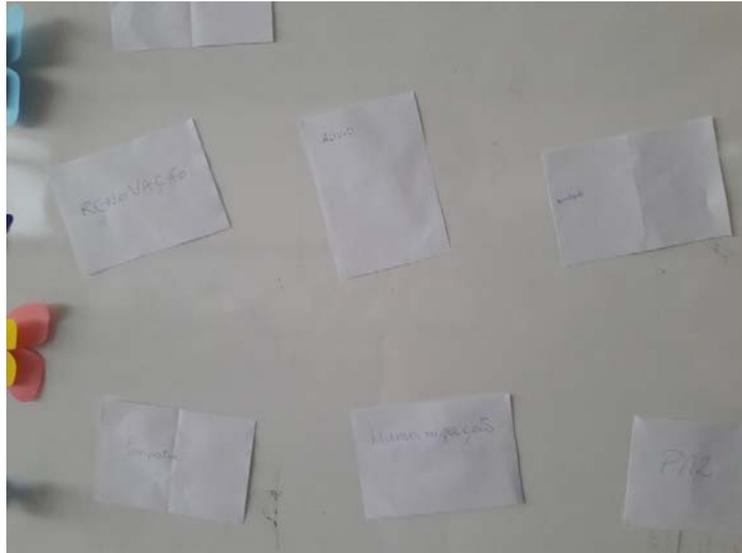
**7ª) Realização da 1ª oficina:** foi realizada por meio de: (a) arrumação da sala e distribuição do *kit* de material; (b) explicação a respeito do projeto; (c) assinatura do TCLE (Apêndice 1) em 2 vias, uma ficava com a pesquisadora e a outra era do participante; (d) aplicação do formulário semiestruturado (pré-teste) (Apêndice 3), autoaplicável; (e) elaboração de um contrato de convivência, com o objetivo de se estabelecer normas de convivência com relação ao horário de chegada, saída, atendimento de telefone, não haver conversas paralelas; (f) realização da dinâmica de apresentação e entrosamento (cada participante se apresentou com nome, profissão e as expectativas em relação ao curso); (g) apresentação do plano de curso (Apêndice 4); (h) intervalo; (i) reflexão sobre o câncer; (j) apresentação da origem e o conceito de CP; (l) explicação da atividade extra classe, os PTS, (m) mural interativo era uma avaliação do dia por cada integrante, esta ocorria da seguinte forma: a facilitadora solicitava que o participante

dissesse uma palavra que representasse o que foi debatido no dia , as palavras eram colocadas em um mural interativo e esta era uma maneira de avaliar a metodologia aplicada e o aprendizado do participante no decorrer de cada oficina; (n) sugestões e encerramento. O roteiro das seis oficinas encontra-se no Apêndice 5 desta pesquisa.



**Figura 2** - Mural Interativo

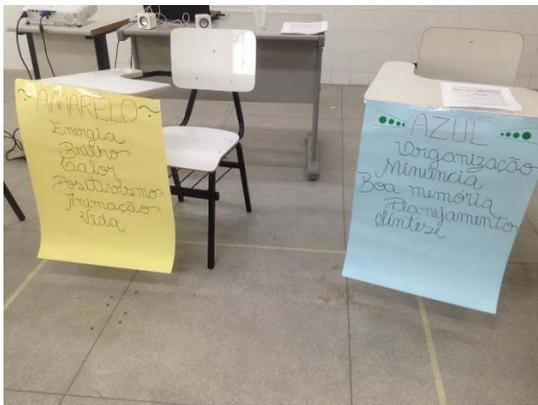
**8ª) Realização da 2ª oficina:** (a) a oficina iniciou com uma dinâmica de interação da equipe, o nome da dinâmica era: qual a sua cor<sup>45</sup>? (Anexo 6); (b) discussão do mural interativo (descrito na 1ª oficina); (c) construção e apresentação dos participantes de uma peça teatral sobre ações que eles consideravam paliativas (tópico que seria debatido após a apresentação pela facilitadora), estes foram divididos em grupos, de acordo com o número de integrantes, e desenvolviam uma dramatização de momentos já vivenciados por eles, poderiam opinar o local em que a ação paliativa aconteceria; (d) intervalo; (e) na apresentação dos tópicos do dia, pela facilitadora, foram debatidos os níveis de atenção dos CP, como também as ações paliativas e PTS; e (f) retirada de dúvidas sobre os PTS, alguns dos PTS construídos pelos participantes das oficinas, com suas equipes, encontram-se no Apêndice 7 desta pesquisa.



**Figura 3.1 - Mural Interativo (Dinâmica “Qual a sua cor?”)**



**Figura 3.2 - Discussão sobre o Mural Interativo**



**Figura 3.3 - Dinâmica “Qual a sua cor?”**



**Figura 3.4 - Dinâmica “Qual a sua cor?”**

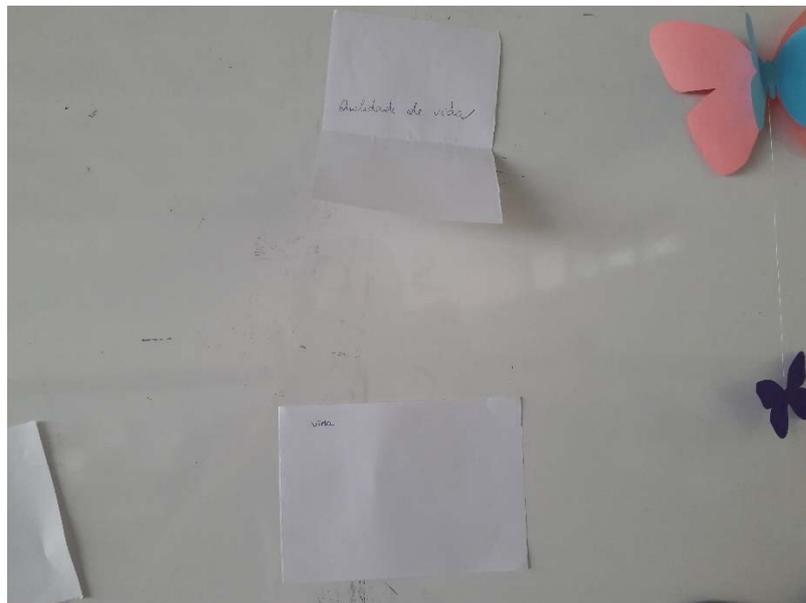


**Figura 3.5** - Apresentação de peça teatral



**Figura 3.6** - Apresentação de peça teatral

**9ª) Realização da 3ª oficina:** (a) houve o resgate da oficina anterior; (b) dinâmica de júri simulado<sup>45</sup> (Anexo 6), nessa dinâmica eram apresentados casos fictícios e solicitado aos participantes para opinarem quanto à conduta ética simulando um júri, deslocando-se dos lugares onde estavam, eles concordavam ou não com a conduta ética apresentada e um integrante do grupo era escolhido para justificar a resposta; (c) intervalo; (d) apresentação do tema princípios dos CP gerais e baseados nos sintomas, ética e bioética pela facilitadora; (e) avaliação por meio do mural interativo (descrito na 1ª oficina); e (f) retirada de dúvidas sobre a construção dos PTS.



**Figura 4.1** - Mural Interativo (Dinâmica “Júri Simulado”)



**Figura 4.2 - Dinâmica “Júri Simulado”**



**Figura 4.3 - Dinâmica “Júri Simulado”**

**10ª) Realização da 4ª oficina:** (a) a oficina foi iniciada com o resgate da oficina anterior; (b) realização da dinâmica da caixa surpresa <sup>45</sup> (Anexo 6) com o objetivo de avaliar a interação, aproximação e percepção perante o desconhecido. Era colocada dentro de várias outras embalagens uma caixa de chocolate e os participantes faziam um círculo, essa caixa ficava rodando de mão em mão ao som de uma música, até a música parar e ao final quem estava com a caixa deveria abrir e ver o que era, ninguém queria ficar com a caixa por temer o desconhecido, dentro da caixa tinham várias embalagens e uma caixa de chocolate, que era dividida entre os integrantes da dinâmica; (b) desenvolvimento do tema CP a criança/adolescente pela facilitadora; (c) realização de um jogo de tabuleiro (Anexo 4), o objetivo deste era revisar o conteúdo apresentado. O jogo era desenvolvido da seguinte maneira: os jogadores eram divididos em trios e tinham que percorrer todo o tabuleiro, do início ao fim, o trio que chegasse primeiro ganharia. O jogo era conduzido com dados e em cada casa que o dado caísse tinham perguntas, situações ou castigos, tudo dentro da temática abordada. Distribuíram-se cartões verdes e vermelhos aos jogadores para eles opinarem nas situações clínicas e perguntas apresentadas, o trio que não cumprisse o castigo pagaria uma prenda sugerida pelo grande grupo, ao final o grupo vencedor ganhava uma caixa de chocolate e assim os participantes realizaram, por meio do jogo, uma revisão e avaliação do que foi transmitido

na aula; (d) avaliação do dia por meio do mural interativo (descrita na 1ª oficina); e (e) orientações sobre a construção dos PTS.



**Figura 5.1** - Explicação do jogo de tabuleiro



**Figura 5.2** - Jogo de tabuleiro



**Figura 5.3** - Realização do jogo de tabuleiro

**11ª) Realização da 5ª oficina:** (a) apresentação da dinâmica de jogo dos bilhetes <sup>45</sup> (Anexo 6); (b) desenvolvimento do tema O papel da equipe e do cuidador em CP pela facilitadora; (c) revisão do assunto apresentado por meio do jogo chamado bingo do conhecimento <sup>45</sup> (Anexo 6) com o objetivo de revisar e avaliar o conteúdo apresentado. A facilitadora colocou em um recipiente atribuições dentro da assistência em CP e ao retirar do recipiente lia, em voz alta, e os participantes respondiam se a responsabilidade em executar a tarefa era dos profissionais, dos cuidadores ou dos dois e realizavam uma discussão, dessa maneira os participantes realizaram uma revisão e avaliação do que foi transmitido na aula; (d) apresentação do PTS, formulado com sua ESF, como o tempo era resumido, houve um sorteio e foram apresentados

só os PTS sorteados, os demais foram corrigidos e enviados por *e-mail* aos participantes com as correções sugeridas pela facilitadora.



**Figura 6.1** - Grupo reunido



**Figura 6.2** - Hora do lanche

**12ª) Realização da 6ª oficina:** (a) foi planejada previamente, com um dos participantes da oficina, a ida de uma paciente em CP da sua área de abrangência para dar o seu depoimento. Ela foi acompanhada por uma ACS da sua área e por uma sobrinha, a paciente foi primeiro ao salão de beleza e posteriormente veio em um carro de aplicativo de aluguel, tudo custeado pelo participante. Foi um momento ímpar para todos os integrantes, ela estava lúcida e era ciente do seu diagnóstico e prognóstico, todos se emocionaram com o depoimento. É relevante salientar que cada oficina foi repetida seis vezes, mas a presença dessa paciente foi só em uma oficina, nas demais esse momento foi compartilhado com todos os grupos; (b) após esse momento, houve a realização do jogo caça ao tesouro (Anexo 5) com o objetivo de revisar e avaliar todo o conteúdo desenvolvido durante as oficinas. A sala foi dividida em grupos de três a quatro integrantes. O jogo colocava um número de letras e dicas para que os participantes completassem a palavra e dessa forma descobriam a resposta correta, eram sete perguntas, o grupo que conseguia responder primeiro a todas as perguntas recebia uma carta, nela tinha as orientações para o próximo passo do jogo, que era procurar o prêmio dentro do prédio da universidade e por meio de dicas o grupo que conseguia chegar primeiro ao prêmio, que estava escondido dentro do prédio da universidade, ganhava o jogo. O prêmio era uma cesta contendo um livro sobre CP, que era sorteado entre o grupo vencedor e uma lembrança para cada integrante do grupo. Dessa maneira lúdica e divertida, as oficinas foram avaliadas e encerradas. Depois responderam ao formulário semiestruturado (pós-teste) (Apêndice 3) e receberam o certificado. Ao total, realizaram-se 36 oficinas, cada oficina foi repetida seis vezes, de acordo com o cronograma, no período de agosto de 2018 a fevereiro de 2019. As oficinas foram

filmadas e fotografadas, conforme autorização dos profissionais contida no TCLE (Apêndice 1). É importante pontuar que as dinâmicas e os jogos realizados foram adaptados conforme a temática abordada no dia a fim de revisar o conteúdo ministrado e avaliar o aprendizado dos participantes.



**Figura 7.1** - Desvendando a caça ao tesouro **Figura 7.2** - Grupo lendo a pista do tesouro



**Figura 7.3** - Grupo procurando o tesouro **Figura 7.4** - Grupo vencedor com o prêmio



**Figura 7.5** - Grupo com os certificados



**Figura 7.6** - Depoimento da paciente

**13ª) Organização de pré e pós-teste (Apêndice 3) para a construção do banco de dados:**

após a orientação do setor de estatística do A.C.Camargo, o banco de dados foi construído e revisado por pares, com todas as variáveis contidas no formulário semiestruturado (Apêndice 3), contendo os dados antes e após as oficinas, e enviado ao setor de estatística, responsável pelo cálculo da análise dos dados.

**14ª) Identificação dos cuidadores, planejamento, realização e transcrição das entrevistas:**

as oficinas de capacitação com os profissionais de saúde foram finalizadas em fevereiro de 2019. Em junho de 2019, iniciou-se o período de visitas domiciliares aos pacientes em CP para realização das entrevistas com os cuidadores. Vale salientar que se optou por esse intervalo de três meses, entre a finalização das oficinas com os profissionais de saúde e início das entrevistas aos cuidadores, para que nesse período os profissionais participantes pudessem incorporar em sua prática cotidiana os conteúdos discutidos na capacitação realizada, que seriam relevantes nas respostas às questões abordadas nas entrevistas com os cuidadores. Inicialmente, contataram-se as equipes que participaram das oficinas para identificação do quantitativo de residências com pacientes em CP oncológico. Posteriormente, a pesquisadora elaborou um cronograma de visitas às residências elencadas, respeitando-se a disponibilidade do cuidador e dos ACS. Vinte visitas domiciliares foram previstas, seguindo-se o cronograma estabelecido, para a realização das entrevistas aos cuidadores de pacientes em CP oncológico. As entrevistas foram gravadas em aparelho digital *Smartphone*, da marca *Samsung Galaxy J 7*, e transcritas ao seu término, constituindo-se o *corpus textual*, para análise e interpretação dos dados. Destarte, a partir da décima entrevista, os conteúdos das falas transcritas indicavam, em uma pré-análise, a repetição dos conteúdos já mencionados nas entrevistas anteriores, ou seja, as respostas às questões realizadas pela pesquisadora guiadas pelo roteiro norteado aos cuidadores começavam a apresentar similaridades, sem eventos novos, mantendo-se nas próximas três entrevistas realizadas. Logo, a amostragem foi por saturação dos dados e totalizou 13 entrevistas aos cuidadores dos pacientes em CP oncológico, não necessitando de novas

entrevistas para a obtenção dos dados. Com isso, as equipes e os ACS foram contatados e informados sobre o término da coleta de dados, não sendo mais necessária a realização das outras visitas previstas.

**15ª) Questão norteadora para a entrevista com os cuidadores:** as entrevistas com os cuidadores foram realizadas com base na seguinte questão norteadora: “Você observou se nos últimos três meses houve alguma diferença no atendimento do enfermeiro e/ou do médico da Unidade de Saúde, com relação aos cuidados prestados, como ocorreu?”. A questão norteadora foi definida a partir da capacitação realizada para os profissionais, na primeira etapa desta pesquisa.

**16ª) Escolha dos codinomes das cuidadoras familiares:** respeitando-se o anonimato das cuidadoras, sujeitos desta etapa do estudo, atribuíram-se codinomes de borboletas para cada cuidadora com a finalidade de representar suas falas<sup>32</sup>.

**17ª) Avaliação dos pacientes por meio de escala:** utilizou-se a escala de Katz de Atividades de Vida Diária (AVD)<sup>30,31</sup> (Anexo 7) nos pacientes dos cuidadores entrevistados visando mensurar o grau de dependência funcional e apresentar o perfil que o paciente se encontrava no momento da entrevista. Nos pacientes em que não foram colocados graus de AVD foi devido a estes não possuírem dependência de AVD no momento da entrevista. Optou-se por trabalhar com essa escala em razão de no formulário estruturado da outra parte desta pesquisa ter sido utilizada a mesma escala para medir o grau de dependência dos pacientes.

**18ª) Descrição das entrevistas com os cuidadores:** as entrevistas foram realizadas no domicílio dos pacientes. Antes de iniciar a gravação, explicava-se sobre o projeto na linguagem acessível; após esclarecer todas as dúvidas, a pesquisadora entregava duas vias do TCLE (Apêndice 2), uma para o cuidador e outra para a pesquisadora, e solicitava-se que o cuidador lesse e depois assinasse; em seguida, havia a realização da pergunta e conseqüentemente a gravação da entrevista. Realizaram-se 13 entrevistas.

## **3.7 ANÁLISE DE DADOS**

### **3.7.1 Capacitação dos Profissionais: pré e pós-teste**

Para avaliar a capacitação dos profissionais de saúde, utilizaram-se quatro questões do formulário semiestruturado (questões 1, 4, 5 e 6). Estas foram tabuladas e enviadas para a realização da análise quantitativa.

É importante salientar que foi observado, após a capacitação, que a segunda e terceira questões do formulário semiestruturado (Apêndice 3) não avaliavam o conhecimento dos profissionais, por isso elas foram desconsideradas para avaliação.

Os profissionais participaram dos encontros de capacitação relacionados ao tema de CP oncológico a pacientes e familiares na atenção básica: uma abordagem multi e interdisciplinar, conforme plano de curso (Apêndice 4), por meio de estratégias de metodologias ativas descritas no item 3.6. Coleta de Dados e Procedimentos, dos subitens da 5ª a 11ª etapa.

### **3.7.2 Variáveis Quantitativas e Qualitativas do Estudo**

#### **3.7.2.1 Variáveis do formulário semiestruturado** (conhecimentos específicos sobre CP):

1. Compreensão sobre CP: a compreensão da questão 1 do formulário semiestruturado (Apêndice 3) foi avaliada conforme a OMS, que define CP como uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a vida. Previne e alivia o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psíquicos, sociofamiliares e espirituais<sup>4</sup>. A resposta foi categorizada em “Definição Correta” ou “Definição Incorreta”.
2. Habilidades essenciais do profissional de saúde para tratar paciente em CP oncológico;
3. Formas de disponibilizar os CP oncológicos;
4. Ordem de prioridade de disponibilizar os CP referentes ao alívio dos sintomas.

A análise das respostas do formulário foi realizada considerando os dados obtidos antes e após a realização da capacitação dos profissionais.

Inicialmente, apresentou-se uma análise descritiva dos dados, em que para as variáveis qualitativas a distribuição de frequências absoluta (n) e relativa (%) foi fornecida.

A fim de avaliar uma possível alteração das proporções pré a pós-curso, o teste para variáveis nominais, amostras pareadas dependentes de *McNemar-Bowker* foi aplicado aos dados. As análises foram realizadas considerando a amostra geral, bem como estratificada pela formação do profissional (médico ou enfermeiro), sexo, situação conjugal e religião. Em algumas situações, não foi possível aplicar o teste, pois o número de casos disponíveis inviabilizou a aplicação do mesmo.

Em todos os testes, o nível de significância foi fixado em 5%. Assim, resultados cujos valores p são menores que 0,05 foram considerados estatisticamente significativos. O *software* IBM SPSS, versão 24, foi utilizado na análise dos dados.

### **3.7.2.2 O olhar do cuidador sobre o cuidado prestado pelos profissionais de saúde aos pacientes em cuidados paliativos oncológicos**

Buscando-se identificar a percepção dos cuidadores sobre a assistência prestada pelos profissionais de saúde aos pacientes em cuidados paliativos oncológicos, optou-se pela abordagem qualitativa, utilizando-se a análise de conteúdo a partir das opiniões, crenças, valores e impressões individuais dos cuidadores.

Na análise de conteúdo, uma das suas funções é descobrir o que está por trás das formas de manifestação, esta vai além do que aparenta estar sendo comunicado. O uso dessa análise varia bastante e tanto pode ser usada na pesquisa quantitativa como qualitativa <sup>46</sup>.

Após a realização da escuta e transcrição na íntegra das entrevistas com os cuidadores, os dados foram analisados conforme a técnica de análise do conteúdo segundo Minayo <sup>24</sup>. Posteriormente às etapas da análise, as falas foram agrupadas conforme os núcleos de sentido que apresentavam aproximações e distanciamentos originando a seguinte categoria: Percepção do cuidado prestado pelo profissional de saúde, e as seguintes subcategorias: Satisfação no atendimento domiciliar pela equipe de saúde; Acessibilidade aos serviços de saúde; Humanização na assistência prestada; Capacitação de cuidadores; Escassez de recursos materiais e humanos na assistência prestada pela equipe de saúde.

## **3.8 ASPECTOS ÉTICOS**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisas (CEP) da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) e mediante o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 76931317.0.0000.5196. Também foi recebido o parecer favorável com o nº 2.389.906, (Anexo 1).

## **3.9 CONFLITO DE INTERESSE**

Declaramos que este estudo não possuiu conflito de interesses.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### **4.1 ANÁLISE QUANTITATIVA DA CAPACITAÇÃO E CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DESCRITIVO (RESULTADOS PRÉ E PÓS TESTE)**

#### **4.1.1 Caracterização dos Sujeitos do Estudo – Profissionais de Saúde**

Incluíram-se 69 profissionais (56% da população estimada), sendo 29 (42%) médicos e 40 (58%) enfermeiros. A maioria dos participantes (71%) era do sexo feminino, tinha idade entre 31 e 40 anos (62%), era casada/união estável (64%) e se declarou católica (65%).

Estudo <sup>47</sup> qualitativo pelo método da pesquisa-ação, com questionário antes e após a qualificação, realizado com profissionais de um hospital de referência em oncologia, da região Sul do Brasil, apontou resultado similar em relação à maioria do sexo feminino e idade dos participantes.

Não diferiu da realidade nacional e em outros países, em que estudos <sup>48,49</sup> sobre a participação das mulheres como profissionais da área de saúde colocaram a predominância do sexo feminino.

Pesquisa <sup>50</sup> que relatou as representações sociais da prática docente na enfermagem apresentou resultado similar, demonstrando que houve predominância do sexo feminino na enfermagem e nas demais profissões que estão associadas ao cuidado por ser uma prática culturalmente atribuída à mulher.

**Tabela 1** - Características Sociodemográficas dos Participantes da capacitação “Cuidados Paliativos Oncológicos a Pacientes e Familiares na Atenção Básica”

Dados sociodemográficos	Médicos		Enfermeiros		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Sexo</b>						
Feminino	18	62,07	31	77,50	49	71,01
Masculino	11	37,93	9	22,50	20	28,99
<b>Idade</b>						
Até 30 anos	8	27,59	9	22,50	17	24,64
31 a 40 anos	15	51,72	28	70,00	43	62,32
Maior ou igual a 41 anos	6	20,69	3	7,50	9	13,04
<b>Estado civil</b>						
Casado(a) / União Estável	19	65,52	25	62,50	44	63,77
Solteiro(a) / Divorciado(a)	10	34,48	15	37,50	25	36,23
<b>Religião</b>						
Católica	15	51,72	30	75,00	45	65,22
Evangélica/Espírita/Outras	9	31,03	5	12,50	14	20,29
Sem Religião	5	17,25	5	12,50	10	14,49

Dos profissionais participantes, 71% possuíam algum tipo de pós-graduação, apenas 3% tinham capacitação em CP, sendo todos enfermeiros, 64% responderam que atuavam como profissionais até 5 anos, 84% que atuavam na instituição até 5 anos e 90% que atuavam no setor de trabalho até 5 anos. Segue abaixo a Tabela 2 com todas as características detalhadas.

De acordo com a Tabela 2, é relevante salientar a ausência de capacitação dos profissionais na área deste estudo e o quanto é necessário que ocorra para que a Atenção Básica (AB) possa dar assistência qualificada aos pacientes em CP oncológico.

**Tabela 2** - Características Profissionais dos Participantes da capacitação “Cuidados Paliativos Oncológicos a Pacientes e Familiares na Atenção Básica”

Dados sociodemográficos	Médicos		Enfermeiros		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Qualificação Profissional</b>						
Pós-Graduação	13	44,82	36	90,00	49	71,01
Graduação	16	55,18	4	10,00	20	28,99
<b>Capacitação anterior na área estudada</b>						
Sim	0	0,00	2	5,00	2	2,90
Não	29	100,00	38	95,00	67	97,10
<b>Tempo de Atuação Profissional</b>						
Até 5 anos	22	75,86	22	55,00	44	63,77
De 6 a 10 anos	4	13,79	12	30,00	16	23,19
11 anos ou mais	3	10,35	6	15,00	9	13,04
<b>Tempo de Atuação na Instituição</b>						
Até 5 anos	25	86,21	33	82,50	58	84,06
6 anos ou mais	4	13,79	7	17,50	11	15,94
<b>Tempo de Atuação no Setor de Trabalho</b>						
Até 5 anos	27	93,10	35	87,50	62	89,86
6 anos ou mais	2	6,90	5	12,50	7	10,14

Pesquisa <sup>51</sup> que foi desenvolvida pela Sociedade Brasileira de Médicos da Família e Comunidade com objetivo de construir um currículo baseado em competências, com a inclusão dos CP, apontou a necessidade de inclusão dessa temática devido ao constante aumento da expectativa de vida, conseqüentemente um maior número de pessoas com doenças crônico-degenerativas e a mudança na maneira de cuidar dentro da AB.

Estudo <sup>52</sup> com resultado semelhante, do tipo revisão de literatura sobre a perspectiva histórico-conceitual em CP e sua relação com o SUS, ressaltou a carência de disseminar a temática de CP aos profissionais de saúde e dessa maneira estes possam auxiliar para que essa modalidade de assistência seja exercida com eficiência no âmbito da assistência em saúde.

Em estudo <sup>53</sup> qualitativo, realizado com profissionais que atuavam em uma UTI, de um hospital público do Distrito Federal, sobre a percepção destes em CP relatou a relevância da

educação continuada e por meio dela a possibilidade de garantir uma assistência visando à integralidade do paciente.

Estudo <sup>54</sup> do tipo relato de experiência, realizado por acadêmicos de enfermagem, utilizando questionário antes e após a capacitação, com a equipe de enfermagem de CP, de um hospital municipal de Fortaleza, sobre o significado, a relevância da equipe saber atuar dentro dos princípios de CP, apresentou resultado semelhante referente à deficiência em um conhecimento mais aprofundado de CP por parte desses profissionais.

Estudo <sup>55</sup> que abordou os CP na academia de medicina ressaltou que no meio acadêmico atual encontram-se ausentes os debates sobre a assistência paliativista. O aluno é ensinado a tratar a patologia, e não o paciente, dessa forma ele tem dificuldades em diferenciar o cuidável do curável.

#### **4.1.2 Caracterização dos Sujeitos do Estudo – Cuidadoras Familiares**

Compuseram a amostra deste estudo 10 cuidadoras familiares de pacientes oncológicos elegíveis para cuidados paliativos, sendo todos do sexo feminino, com a idade entre 20 e 70 anos. A maioria das cuidadoras era casada (60%) e cursou o ensino fundamental (40%). Quanto à religião, 40% eram católicas, 40% protestantes e 20% declararam não ter religião. Em relação ao grau de parentesco com o paciente, a maior parte era esposa (50%), em seguida filha (30%) e, respectivamente, irmã (10%) e mãe (10%) com as mesmas proporções, conforme tabela abaixo (Tabela 3).

**Tabela 3** - Características sociodemográficas das cuidadoras familiares dos indivíduos elegíveis para Cuidados Paliativos na Estratégia Saúde da Família

<b>Dados sociodemográficos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	10	100
Masculino	0	0
<b>Idade</b>		
20 a 30 anos	1	10
31 a 40 anos	1	10
41 a 50 anos	2	20
51 a 60 anos	3	30
61 a 70 anos	3	30
<b>Estado civil</b>		
Casado(a)	6	60
Divorciado	2	20
Solteiro(a)	2	20
<b>Nível de escolaridade</b>		
Ensino fundamental	4	40
Ensino médio	4	40
Ensino superior	2	20
<b>Religião</b>		
Católica	4	40
Protestante	4	40
Sem Religião	2	20
<b>Grau de parentesco</b>		
Esposa	5	50
Mãe	1	10
Filha	3	30
Irmã	1	10

Esses dados corroboraram com o perfil sociodemográfico de cuidadores citados em outros estudos <sup>56,57</sup> publicados nessa mesma temática, nos quais ressaltaram as mulheres como principais cuidadoras com algum grau de parentesco com o paciente, todas com algum nível de escolaridade e que tinham declarado ter alguma religião ou crença.

Pesquisa <sup>58</sup> apontou estereótipos impostos sobre a mulher como pessoa cuidadora e do lar, reproduzindo desigualdades de gênero existentes na sociedade e também na família.

Estudo <sup>59</sup> sobre idosos cuidadores de idosos destacou que a mulher, em comparação com outros membros da família de outras gerações, tinha uma maior capacidade em cuidar do idoso dependente.

Contudo, houve um estudo <sup>60</sup> no qual era discutida a percepção dos cuidadores sobre os CP, que contrastou dos demais, dos dez cuidadores entrevistados todos eram homens, oito tinham grau de parentesco com a pessoa cuidada, um era amigo da família e o último era técnico em cuidados domiciliares. Portanto, ele confrontou principalmente o perfil de gênero encontrado na maioria das pesquisas desse tema.

No que se refere à religiosidade, estudo <sup>61</sup> sobre a influência da religião no apoio ao cuidador de idoso dependente, em que a maioria dos cuidadores era católica, colocou a religião como um amparo à sobrecarga diária enfrentada.

#### **4.1.3 Caracterização dos Pacientes por Cuidadoras Familiares\*<sup>1</sup>:**

Destarte, na amostra deste estudo, 100% dos cuidadores eram do sexo feminino, dos pacientes 20% eram do sexo feminino e não eram homens que cuidavam. Historicamente, na nossa sociedade, se o homem adoece quem cuida é a esposa, mas se a esposa adoece quem cuida são as filhas, irmãs, noras ou outras cuidadoras, ou seja, é atributo do sexo feminino a função do cuidar.

Pesquisa <sup>62</sup> sobre a influência do gênero na escolha do cuidador apontou para uma necessidade de reflexão em que ocorra uma transformação relacionada às definições de papéis, em que o cuidador seja o familiar que tiver maior aptidão para realizar e não ser definido por meio do gênero.

As descrições dos pacientes pelas cuidadoras familiares foram descritas a seguir:

- Borboleta Apolo: paciente tinha 71 anos, sexo masculino, diagnóstico de neoplasia primária de próstata há 4 anos, com metástase óssea, grau I de AVD, de acordo com a escala de *Katz* <sup>30,31</sup>(Anexo 7);
- Borboleta Coruja: paciente tinha 68 anos, sexo masculino, diagnóstico de neoplasia de próstata, em grau III de AVD, de acordo com a escala de *Katz* (Anexo 7);
- Borboleta *Flambeau*: paciente tinha 66 anos, sexo masculino, diagnóstico de neoplasia de próstata, há 1 ano e 8 meses;

---

\* Respeitando-se o anonimato das cuidadoras, sujeitos desta etapa do estudo, foi atribuído codinomes de borboletas para cada cuidadora com a finalidade de representar suas falas <sup>35</sup>.

- Borboleta Rainha Alexandra: paciente tinha 62 anos, sexo masculino, diagnóstico de neoplasia de pele, há 3 anos;
- Borboleta Rabo de Andorinha: paciente tinha 66 anos, sexo feminino, diagnóstico de neoplasia de tireoide há 14 anos, com metástase óssea e pulmonar;
- Borboleta Oitenta e Oito: paciente tinha 12 anos, sexo masculino, diagnóstico de leucemia linfóide aguda, há 1 ano;
- Borboleta Pavão Diurno: paciente tinha 41 anos, sexo feminino, diagnóstico de neoplasia primária de ovário, há 8 meses, com metástase no intestino, em grau I de AVD, de acordo com a escala de *Katz* (Anexo 7);
- Borboleta *Sylphina Angel*: paciente tinha 81 anos, sexo masculino, diagnóstico de neoplasia de próstata, há 5 anos;
- Borboleta Esmeralda: paciente tinha 71 anos, sexo masculino, diagnóstico de neoplasia primária de próstata há 4 anos, com metástase óssea, grau I de AVD, de acordo com a escala de *Katz* (Anexo 7);
- Borboleta Folha: paciente tinha 83 anos, sexo masculino, diagnóstico de neoplasia de próstata, há 9 anos, em grau III de AVD, de acordo com a escala de *Katz* (Anexo 7).

#### **4.1.4 Avaliação Quantitativa da Capacitação e Conhecimento dos Profissionais**

##### **Descritivo da Amostra Resultados Pré e Pós Teste**

Estudos <sup>1,7</sup> apontaram que os CP, talvez por se tratar de uma modalidade terapêutica ainda recente no Brasil, necessitam de atenção especial a ser discutida, pois cada vez mais a população brasileira está envelhecendo. Arelado a esse envelhecimento, estudo <sup>2</sup> colocou advém as doenças crônicas degenerativas e estas demandam um diagnóstico precoce, com equipes da AB capacitadas para atuar e dessa forma diminuir a demanda no atendimento hospitalar e, conseqüentemente, uma redução nos custos.

No primeiro item da Tabela 4 abaixo, apresentou-se a compreensão dos profissionais sobre a sobre CP, de acordo com os dados expostos, antes da capacitação 80% dos profissionais responderam adequado e após a capacitação esse número subiu para 99%, o que representou um aumento de 19% após o curso. É importante destacar a melhora do indicador e dessa maneira ter sido estatisticamente significativa. Dessa forma, observou-se que houve um bom aproveitamento da capacitação por parte dos profissionais das duas categorias analisadas.

Neste estudo, trabalhou-se a capacitação de profissionais na AB, que é um dos pilares da resolução de nº 41, de 30 de outubro de 2018 <sup>18</sup>, a qual normatiza os CP, no âmbito do SUS, contribuindo na relevância deste trabalho.

Os resultados quantitativos demonstraram que os profissionais, antes da capacitação, tinham certa dificuldade em conhecer o conceito atualizado de CP e após eles passaram a ter uma melhor percepção sobre o conceito de CP oncológico, ou seja, de uma maneira mais minuciosa. Por meio das discussões que foram realizadas no decorrer das oficinas, pôde-se perceber que os profissionais se sensibilizaram com a temática trabalhada por meio dos relatos de casos.

Esse achado corroborou com estudo<sup>63</sup>, no qual se discutiu a perspectiva dos profissionais da AB sobre CP, em que eles conceituaram CP ligados à integralidade, à qualidade de vida e ao cuidado humanizado.

De acordo com estudo<sup>64</sup> sobre as ações de enfermagem com relação aos CP na AB, a atuação da enfermagem da AB é considerada uma das estratégias utilizadas para possibilitar o acesso ao SUS dos pacientes em CP.

**Tabela 4 - Desempenho dos profissionais de saúde em relação aos conhecimentos em Cuidados Paliativos Oncológicos antes e após a realização da capacitação “Cuidados Paliativos Oncológicos a Pacientes e Familiares na Atenção Básica”**

Variáveis (questões do formulário)	Pré-capacitação	Pós-capacitação	P
<b>1. Entendimento sobre o conceito de cuidados paliativos oncológicos</b>			
Correto	55 (79,71%)	68 (98,55%)	0,001
Incorreto	14 (20,29%)	1 (1,45%)	
<b>2. Quais das habilidades você considera essencial para um profissional de saúde atuar com pacientes em cuidados paliativos? *</b>			
“Ser humano e saber disponibilizar os cuidados necessários de acordo com o protocolo de emergência”			
Sim	9 (15,78%)	8 (14,03%)	1,000
Não	48 (84,22%)	49 (85,97%)	
“Saber lidar com paciente em estágio final da vida”			
Sim	29 (50,88%)	13 (22,81%)	0,005
Não	28 (49,12%)	44 (77,19%)	
“Ter visão integral do paciente”			
Sim	47 (82,46%)	55 (95,49%)	0,039
Não	10 (17,54%)	2 (4,51%)	
<b>3. Considera que devem ser disponibilizados os cuidados paliativos oncológicos***</b>			
Por profissionais de saúde objetivando a cura do paciente	0	0	NA****
Pela equipe multidisciplinar, com monitoramento dos sintomas e plano de cuidados compartilhado com o paciente, quando possível, com a família	0	1 (1,49%)	
Com plano de cuidados diários, orientado pelo médico	67 (100%)	66 (98,51%)	
<b>4. Aspectos prioritários para os cuidados paliativos**</b>			
Físicos, espirituais e emocionais	31 (46,97%)	38 (57,58%)	0,250
Emocionais, físicos e espirituais	27 (40,91%)	22 (33,33%)	
Espirituais, emocionais e físicos	8 (12,12%)	6 (9,09%)	

\*= n (57) \*\*= n (66) \*\*\*=n (67) \*\*\*\*= NA (Não Alterado)

De acordo com a Tabela 4 acima, no segundo item, os profissionais foram indagados a respeito das habilidades que eles consideravam essenciais para saber atuar com pacientes em CP oncológico. É importante destacar que houve uma perda nas respostas dessas variáveis, apenas 83% dos profissionais responderam às perguntas. Essas habilidades foram divididas em três possibilidades.

A primeira habilidade foi o profissional ser humano e saber disponibilizar os cuidados necessários de acordo com o protocolo de emergência, o número de profissionais que não optaram por essa habilidade foi de 16%, antes da capacitação, para 14%, após. É importante ressaltar que em qualquer assistência a humanização é essencial, mas quando se trata de conhecer protocolo de emergência, em CP, não se considera uma prioridade. Os CP priorizam o alívio do sofrimento, gerando uma melhor qualidade de vida ao paciente e familiares.

Estudo <sup>65</sup> que discutiu a qualidade de vida em pacientes com câncer e sua relação com a saúde e espiritualidade apresentou resultado similar, demonstrando como lacunas na assistência em CP dos profissionais da AB a ausência de capacitação e a influência do modelo hospitalocêntrico.

Pesquisa <sup>66</sup> que discutiu a espiritualidade e a saúde mental apontou a relevância da relação positiva existente entre espiritualidade e saúde e como os profissionais de saúde poderiam discutir a espiritualidade na prática clínica.

A segunda habilidade apresentada na Tabela 4 acima, item 2, foi a aptidão dos profissionais quanto ao trabalho com paciente em estágio final da vida. O P valor dessa variável foi significativo de 0,005, ou seja, antes da capacitação 51% dos profissionais responderam que sim e após apenas 23%, já os que responderam não antes da capacitação foram 49% e após 77%. De acordo com o resultado demonstrado, a capacitação contribuiu na sensibilização dos profissionais em reconhecer a necessidade de um maior aprofundamento na temática abordada. É relevante salientar que saber lidar com pacientes em estágio final da vida corresponde a uma das etapas dos CP, mas na abordagem de atendimento de CP oncológico os profissionais têm um leque de opções em que podem atuar.

Estudo <sup>47</sup> realizado com profissionais de saúde apresentou resultado similar, o qual identificou que o conhecimento prévio dos profissionais participantes da ação educativa sobre CP estava ligado ao paciente no final da vida, enfocando a qualidade de vida e relacionando esta ao manejo da dor e apoio aos familiares.

A terceira habilidade apresentada na Tabela 4, item 2, foi os profissionais terem a visão integral do paciente, é importante destacar que esta era a habilidade mais relevante, uma vez que por meio dela é possível conhecer todas as necessidades do paciente e familiares. O

percentual de respostas afirmativas variou de 82%, antes da capacitação, para 95%, depois, representando um aumento de 13% no número de afirmações. O P valor foi estatisticamente significativo de 0,039. Esse resultado demonstrou que, apesar de não ter sido o almejado, houve um aproveitamento da capacitação por parte dos profissionais.

Corroborando os achados deste estudo, pesquisa<sup>67</sup> que avaliou o enfoque da família na assistência de enfermagem nos CP afirmou a necessidade do desenvolvimento de habilidades para que os profissionais de enfermagem possam fornecer o apoio emocional que supra as necessidades dos familiares.

Segundo estudo<sup>68</sup> que abordou a assistência integral em idosos de uma instituição, ressaltou-se a importância da prática de CP ser referenciada por meio da integralidade da assistência e na visão holística do paciente.

Estudo<sup>69</sup> que discutiu a assistência domiciliar em CP oncológico comprovou que a integralidade da assistência acontece quando os profissionais reconhecem a necessidade do trabalho dos demais para atingirem os objetivos propostos.

Contrapondo com a realidade deste estudo, pesquisa<sup>70</sup> que apresentou uma proposta de ensino em CP na graduação de Medicina relatou que apenas a minoria dos profissionais médicos reforçou a necessidade de avaliar o paciente de maneira holística, de acordo com a necessidade que o atendimento em CP demanda.

Na Tabela 4, item 3, apresentou-se como os profissionais consideraram que deveriam ser disponibilizados os CP oncológicos. Existiam três alternativas de respostas: a primeira era por profissionais de saúde, com o objetivo de cura do paciente, nenhum respondeu a essa alternativa, nem antes, nem depois da capacitação; a segunda era por meio de uma equipe multidisciplinar, com monitoramento de sintomas e plano de cuidados compartilhado com o paciente, quando possível, e a família, 1 profissional respondeu a essa alternativa, após a capacitação; e a terceira era por meio do plano de cuidados orientado pelo médico, 100% dos profissionais responderam a essa opção de resposta, antes da capacitação, e após 99%.

Essa variável não foi avaliada estatisticamente devido a todos os participantes terem optado por apenas uma resposta. É importante destacar que houve uma perda nas respostas dessa variável, apenas 97% dos profissionais responderam a essa pergunta. Esse resultado demonstrou que, mesmo com a capacitação, onfe foi bastante discutida a relevância da equipe multidisciplinar atuar com pacientes em CP oncológico, agindo interdisciplinarmente, ainda está arraigada nos profissionais de saúde deste estudo a centralização dos cuidados no profissional médico.

Em pesquisa <sup>71</sup> sobre o conhecimento dos médicos e enfermeiros da AB, de um município do Maranhão sobre CP, verificou-se resultado similar, em que os profissionais foram indagados sobre ser prioridade o tratamento médico e a maioria respondeu que sim. Indo de encontro à abordagem multidisciplinar.

Estudo <sup>72</sup> que discutiu dentro dos CP as relações familiares ressaltou a importância da equipe de CP atuar baseada em uma comunicação ativa, contribuindo na autonomia e dignidade dos pacientes e seus familiares.

Pesquisa <sup>73</sup> na qual foi trabalhada a experiência de uma equipe multidisciplinar sobre a espiritualidade verificou que os profissionais atuantes com pacientes em CP oncológico precisavam entender as necessidades, os anseios e a visão dos enfermos, dessa maneira não é um modelo ao qual estavam habituados.

De acordo com a Tabela 4, item 4, trabalhou-se a variável ordem de prioridade, em relação ao alívio dos sintomas para disponibilizar os CP oncológicos. Existiam três opções de resposta, mudando apenas a ordem de prioridade em relação aos sintomas. Antes da capacitação, 47% responderam físicos, espirituais e emocionais e, após, 58% responderam o mesmo item, havendo um aumento de 11% na alternativa correta. É importante destacar que houve também uma perda nas respostas dessa variável, apenas 96% dos profissionais responderam à pergunta referente a essa variável. Estatisticamente não foi significativo.

O resultado apontou que a maioria dos profissionais acertou em priorizar o cuidado físico primeiro, pois segundo estudo <sup>73</sup> é necessário primeiro mitigar a dor, que é um sintoma físico, para que posteriormente os profissionais possam atuar no alívio dos demais sintomas, tanto emocionalmente quanto espiritualmente.

Estudo <sup>74</sup> sobre a assistência de enfermagem em CP a pacientes de Alzheimer demonstrou a relevância em destacar que a dor física, em algumas vezes, era consequência de uma dor emocional ou espiritual, por isso a importância de ver o paciente e seus familiares de maneira holística.

Em estudo <sup>75</sup> que abordou o uso do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como ferramenta para a implantação do cuidado de uma equipe a pacientes em CP oncológico, dialogou-se sobre a importância da presença das crenças pessoais e a contribuição destas no enfrentamento e diminuição dos impactos gerados pela patologia.

Pesquisa <sup>66</sup> que discutiu a espiritualidade na prática clínica colocou que os profissionais de saúde devem sempre indagar ao paciente se a religião que ele segue poderá induzir nas decisões do tratamento.

Contudo, observou-se ainda que nos itens habilidades, disponibilidades e prioridades, quanto à assistência em CP oncológico, mesmo tendo uma perda no número de respostas, os profissionais demonstraram, por meio das respostas apresentadas, que a capacitação conseguiu disseminar algum conhecimento.

Estudos <sup>70,71</sup> apontaram uma necessidade emergencial de discussão do tema CP tanto no meio acadêmico quanto para a população em geral para que estes possam compreender que os CP não são dirigidos apenas a pacientes em final de vida, mas uma modalidade de tratamento que precisa atuar desde o diagnóstico da patologia e, principalmente, focada não apenas na doença, como também na pessoa e familiares. Estudos como este contribuem para o alcance dessas metas.

Pesquisa <sup>76</sup> apresentou a relevância da discussão nas academias e nas instituições que prestam assistência à saúde na área da enfermagem sobre a morte. Assim sendo, estas irão reforçar e modificar a assistência, desenvolvendo maneiras de assistir o paciente terminal.

Estudo <sup>71</sup> colocou o quanto é relevante salientar a ausência de capacitação dos profissionais na área deste estudo e o quanto é necessário que ocorra para que a AB possa dar assistência qualificada aos pacientes em CP. No decorrer da capacitação, os profissionais relataram a ausência de uma disciplina na grade curricular da graduação de ambas as categorias capacitadas. Nesse contexto, esses achados demonstraram o quanto ainda é deficiente a discussão de uma modalidade de tratamento tão presente na AB.

Comprovando os achados desta pesquisa, estudo <sup>55</sup> que discutiu a formação médica e os CP apontou o quanto é imprescindível que as universidades, além de discutirem mais a temática CP nas suas grades curriculares, possam ampliar os campos de estágio prático para um maior aprofundamento desse tema.

As variáveis dos itens 2 e 3 do formulário semiestruturado dos profissionais (Apêndice 3) foram retiradas da Tabela 4 por não terem sido consideradas para avaliar o conhecimento dos profissionais devido à existência de pacientes em CP oncológico na área e ao grau de dependência que esses pacientes se encontravam ser independente do conhecimento adquirido dos profissionais. Tratou-se de uma limitação do estudo, mas foram apresentadas e discutidas a seguir.

A variável do 2º item, do formulário semiestruturado dos profissionais (Apêndice 3), indagou a existência de pacientes em CP na área de abrangência, antes da capacitação 36% dos profissionais responderam que existiam e após 62%, o que representou um aumento de 26% no número dos pacientes. Dessa maneira, observou-se que houve um aumento no número de

pacientes na área de abrangência, podendo essa percepção de existência de pacientes está ligada ou não ao estudo do tema.

A realidade deste estudo coadunou com a pesquisa <sup>77</sup> que apresentou um relato de experiência sobre a construção de uma linha de cuidados para pacientes em CP oncológico, de um município do Sul do Brasil. Neste, os profissionais apresentavam dificuldades em identificar o paciente em CP e em alguns momentos identificavam como o paciente fora de possibilidades de tratamento, dessa forma apresentavam um cuidado multidisciplinar, mas sem a interdisciplinaridade, que é fundamental em todos os tipos de tratamento e no paliativo principalmente.

Estudo <sup>78</sup> apontou resultado semelhante, em que os profissionais referiram que não estavam aptos para lidar com pacientes oncológicos em CP e expressaram a necessidade de um conhecimento maior nesse tipo de intervenção.

Pesquisa <sup>52</sup> que discutiu a assistência dos médicos em CP na AB demonstrou que nos profissionais médicos ainda está arraigada a assistência em CP como aquela que deve ser prestada ao paciente no final da vida.

A variável do item 3, do formulário semiestruturado dos profissionais (Apêndice 3), referiu-se ao grau de dependência funcional em Atividades de Vida Diária (AVD). Nessa variável, os pacientes foram classificados em três tipos de grau de dependência, grau I, II e III. O resultado não foi estatisticamente significativo. No entanto, houve um acréscimo de 13% no número de pacientes na área, após a capacitação, em grau I e grau II; já no grau III, o percentual foi mantido. O resultado demonstrou que houve um aumento no grau de identificação do paciente em CP oncológico que passava despercebido por não estar em um grau de dependência maior. O paciente em CP oncológico muitas vezes é ligado ao acamado e impossibilitado de realizar suas atividades, quando na verdade este deve ser identificado e acompanhado no momento do diagnóstico da patologia.

Diante disso, percebeu-se nos profissionais certa dificuldade em reconhecer os pacientes em CP na área de abrangência, nem todos souberam identificar esses pacientes e em qual grau de dependência funcional eles estavam.

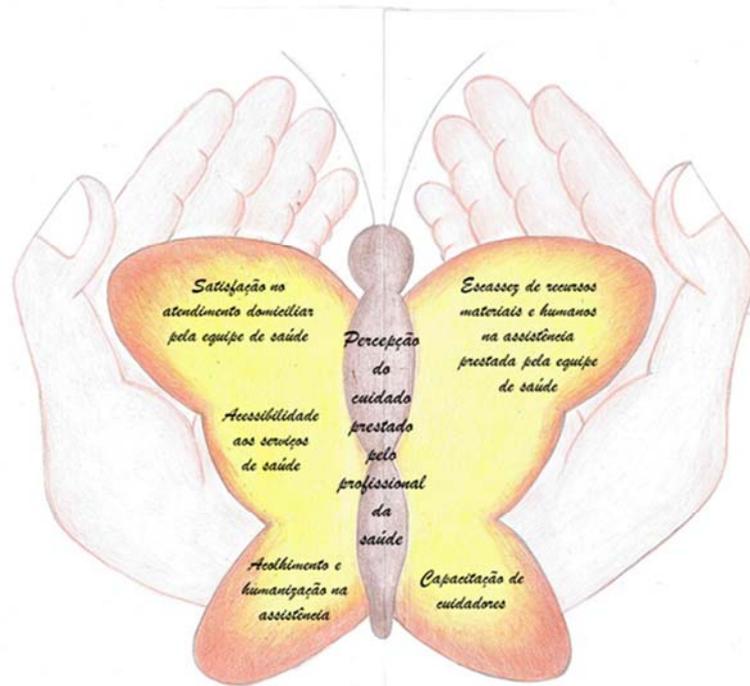
Pesquisa <sup>51</sup> sobre as contribuições de um currículo médico baseado nas competências ressaltou que nem todos os pacientes em CP são acamados ou com redução de mobilidade, principalmente quando estes são identificados no diagnóstico da patologia.

Estudo <sup>79</sup> com enfermeiros, que discute a atenção a pacientes em CP, apresentou que estes compreendiam que a qualidade de vida e a autonomia do paciente estavam ligadas a optar ou não por tratamentos que iriam interferir na morte digna.

## 4.2 ANÁLISE QUALITATIVA - PERCEÇÃO DOS CUIDADORES DESCRITIVO DA AMOSTRA – CUIDADORES DAS PESSOAS EM CP

### 4.2.1 O Olhar das Cuidadoras sobre o Cuidado Prestado pelos Profissionais de Saúde aos Pacientes em Cuidados Paliativos Oncológicos

Buscando desvelar a percepção das cuidadoras familiares acerca dos cuidados paliativos prestados pelos profissionais de saúde, as suas falas foram agrupadas conforme os núcleos de sentido que apresentavam e aproximadas da temática, originando a categoria e subcategorias, conforme ilustração da Figura 8.



**Figura 8** - Esboço do símbolo da borboleta com a categoria e subcategorias

#### 4.2.1.1 Percepção do cuidado prestado pelo profissional de saúde

Diante da análise das entrevistas realizadas, percebeu-se nos relatos das cuidadoras familiares dos pacientes em cuidados paliativos oncológicos a satisfação no atendimento domiciliar pela equipe de saúde; acessibilidade aos serviços de saúde; acolhimento; humanização na assistência; capacitação de cuidadores e escassez de recursos materiais e humanos na assistência prestada pela equipe de saúde.

##### 4.2.1.1.1 Satisfação no atendimento domiciliar pela equipe de saúde

As cuidadoras familiares revelaram em suas falas a atenção e o comprometimento dos profissionais médicos no atendimento domiciliar prestado ao paciente em cuidado paliativo:

[...] O médico veio aqui em casa, só que meu pai adoeceu e teve que ser internado, mas o médico veio na data certa que tinha sido agendada a visita [...]. (Borboleta Apolo)

[...] O médico veio aqui visitar, tem o atendimento. (Borboleta *Sylphina Angel*)

Resultado semelhante foi encontrado em um estudo <sup>80</sup> realizado sobre a assistência de enfermagem em visitas domiciliares, em que o atendimento realizado no domicílio era uma estratégia diferenciada e que trazia resultados favoráveis. Esta proporcionou a criação de vínculos entre a equipe e a família, o conhecimento do território e as doenças mais presentes nele, conseqüentemente devem ser realizadas ações de prevenção, promoção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde dessa comunidade.

Estudo <sup>81</sup> realizado com idosos apontou a relevância da visita domiciliar, vinculando esta à presença física dos profissionais por estes terem o dom de ouvir e dialogar com palavras de consolo em situações difíceis.

A valorização da assistência prestada pela equipe de saúde englobou desde a pontualidade (dia e horário) acordada na visita domiciliar até a disponibilidade atemporal do atendimento para acompanhamento do estado de saúde do paciente:

[...] O doutor do posto é uma benção, esta semana já andou aqui em casa, a gente não estava aqui, mas ele teve aqui. Eles (a equipe) têm acompanhado e tem dado tudo certo, graças a Deus. (Borboleta Esmeralda)

As cuidadoras familiares enfatizam a realização de procedimentos técnicos em saúde, na sua maioria realizados por enfermeiras, para garantir a continuidade da assistência ao paciente em cuidado paliativo, evitando que o mesmo necessite de um deslocamento à UBS.

[...] A enfermeira [...] trocou o curativo (Borboleta Rainha Alexandra).

Foi bem atendida sim, precisou tomar aquela injeção que toma na veia, aí a enfermeira do postinho veio fazer aqui, ela estava com este problema de anemia, as veias muito ruim (acesso venoso difícil) de pegar, mas elas conseguiam [...] (Borboleta Rabo de Andorinha)

Graças a Deus este mês ele já fez a aplicação (do medicamento). (Borboleta Esmeralda)

Resultado similar foi encontrado em pesquisa<sup>82</sup> sobre a satisfação dos pacientes de uma área de abrangência de uma UBS do Rio Grande do Norte, que demonstrou o papel indispensável que esta representa para a saúde da população, nela contém equipes de profissionais habilitados para realização de procedimentos básicos de prevenção, administração de medicação, troca de curativo e sondas. Tais profissionais estão aptos também para oferecer à comunidade essas ações em visitas registradas regularmente, criando um vínculo com o usuário e tentando produzir a atenção integral<sup>82</sup>.

Estudo<sup>83</sup> que analisou o perfil dos profissionais e as barreiras enfrentadas pelos profissionais de saúde, na atuação da ESF, mencionou a falta de profissionais, exames, médicos especialistas, transporte e equipamentos. Ainda para o autor, era indispensável para uma qualidade desses serviços o investimento em contratação de profissionais, oferecimento de cursos de capacitação e aquisição de equipamentos necessários para prestação e continuidade do cuidado.

As cuidadoras familiares enfatizaram a realização de procedimentos técnicos em saúde, sendo a maioria realizada por enfermeiras, para garantir a continuidade da assistência ao paciente em cuidado paliativo, evitando, assim, que o mesmo necessite de um deslocamento à UBS.

#### **4.2.1.1.2 Acessibilidade aos serviços de saúde**

As cuidadoras familiares revelaram a facilidade no acesso aos serviços de saúde para agendamentos e realização de consultas, exames, procedimentos, encaminhamento e orientações de cuidados necessários, evidenciando a eficiente relação entre usuário e serviços no atendimento em saúde:

[...] Tiveram exames que meu pai precisou marcar e foram marcados pelo posto de saúde e outros pelo conhecimento que minha mãe tem pela secretaria de saúde [...] (Borboleta Apolo)

[...] Todas as vezes que a gente foi ao médico ou ao posto de saúde, tanto na secretaria de saúde, como em [...] não teve dificuldade nenhuma sobre encaminhamento não teve dificuldade [...] sempre ele (paciente) faz consulta

com o médico. É tanto que nós pediu [...] negócio para fazer botar o aparelho no ouvido, já está encaminhado também [...] nós vai mais para o médico do posto. (Borboleta *Flambeau*)

[...] Sempre que ela (paciente) precisa do postinho tem o atendimento. (Borboleta Rabo de Andorinha)

Pesquisa <sup>84</sup> realizada sobre a acessibilidade aos serviços de saúde, em Minas Gerais, apresentou resultado semelhante, discorreu sobre a facilidade que os usuários possuíam em utilizar os recursos fornecidos pela UBS. De acordo com o SUS, os serviços devem ser organizados proporcionando acesso universal e integral a toda população.

Estudo <sup>85</sup> que discutiu as barreiras e a acessibilidade dos serviços de saúde para pessoas com deficiências apresentou que as necessidades específicas das pessoas são sanadas quando ocorrem demonstrações de condutas acolhedoras, atenção e capacidade de ouvir.

De acordo com estudo <sup>86</sup> desenvolvido na Paraíba, sobre a acessibilidade das UBS, no olhar do idoso, confirmou-se que as formas de acessibilidade dos usuários às equipes de saúde da família são interpretadas de acordo com as ações desempenhadas.

#### **4.2.1.1.3 Humanização na assistência**

É importante salientar também que a oportunidade de trabalhar com CP torna os profissionais mais humanitários, conforme foi observado neste estudo.

As cuidadoras familiares em seus relatos enfatizavam as relações proativas, efetivas e afetivas na relação tríade: profissional de saúde, paciente e cuidador, ao descreverem as atitudes e gestos desempenhados corriqueiramente pela equipe de saúde, que demonstrou a assistência humanizada:

A gente obteve assim a ajuda deles, não só da enfermeira, mas também dos colegas, a enfermeira fazia a receita, trazem medicação ou alguma ajuda também. (Borboleta Pavão Diurno)

[...] Sempre que eu peço esta abençoada (agente de saúde) vai lá e marca (visita). (Borboleta Folha)

Estudo <sup>87</sup> desenvolvido no interior de São Paulo trabalhou a relevância do acolhimento como delineador do atendimento na AB, destacando este como estratégia de melhoria de acesso, fortalecimento de vínculos entre profissional e usuário e qualificação do atendimento de forma a possibilitar uma maior resolutividade, havendo o acolhimento de caráter humanista.

Confirmando os achados deste estudo, pesquisa <sup>88</sup> que foi desenvolvida em Maceió/AL sobre processo de trabalho na AB apontou que os pacientes procuraram o serviço de saúde com

carência de melhorar as condições de vida, ferramentas adequadas para tratar o sofrimento. As relações de afetividade e vínculo com os profissionais geraram autonomia para lidar com as dificuldades.

Estudo <sup>89</sup> do tipo revisão bibliográfica que abordou a humanização em terapia intensiva evidenciou a humanização do cuidado englobando comunicação, conhecimento e singularização da atenção.

Contudo, em um estudo <sup>90</sup> desenvolvido em João Pessoa/PB, que abordou a opinião dos idosos sobre os serviços de saúde em duas equipes da AB do município, estes discorreram sobre profissionais que tratavam suas consultas como procedimentos burocráticos, não havendo escuta do usuário, eram inflexíveis, realizavam apenas identificação do problema e encaminhamento para outro profissional. Fazendo-se assim necessária a capacitação regular da equipe, orientando a melhor forma de atender a comunidade.

#### **4.2.1.1.4 Capacitação de cuidadores**

Algumas cuidadoras familiares evidenciaram em seus relatos o interesse em aprender dos profissionais de enfermagem algumas técnicas de cuidado, a fim de instrumentalizá-las nas suas funções diárias, para a assistência aos pacientes em cuidados paliativos oncológicos:

[...] Assim que meu filho foi diagnosticado eu passei por um minicurso de cuidador e eu sou técnica também. (Borboleta Oitenta e Oito)

Pesquisa <sup>91</sup> que discutiu as principais necessidades dos cuidadores aponta o papel destes como essencial na vida das pessoas dependentes, proporcionando cuidados parciais ou integrais. Geralmente, o cuidador é um membro da família, logo deve ser realizada a capacitação desse indivíduo, visto que irá enfrentar uma sobrecarga alta que pode afetar diversos âmbitos, sendo eles sociais, psicológicos e biológicos, geralmente de forma negativa.

Um estudo <sup>56</sup> comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos demonstrou que os cuidadores informais tendiam a relatar mais sobrecarga, desconforto emocional e maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica, quando comparados aos cuidadores formais. Isso demonstrou a importância da capacitação para melhor qualidade de vida a essas pessoas. Os profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, possuem capacidade para orientar esses indivíduos, pois detêm formação voltada ao cuidado. Todavia, nem todos se atentam para a importância de realizar as capacitações <sup>60</sup>.

Estudo observou <sup>91</sup> que o cuidador exerce também a função de educador, dessa maneira é necessário estar sempre se capacitando.

#### 4.2.1.1.5 Escassez de recursos materiais e humanos na assistência prestada pela equipe de saúde

Uma das cuidadoras familiares reconheceu as limitações na assistência da equipe pela escassez de recursos materiais necessários ao atendimento de qualidade na AB:

[...] Infelizmente a gente está atravessando aí uma dificuldade geral no nosso país, a gente fica até sem saber como falar, porque a culpa não é do pessoal da unidade, porque às vezes falta materiais [...] fica complicado para ter um bom atendimento. (Borboleta Coruja)

Pesquisa <sup>92</sup> que trabalhou o acesso e a organização da AB, por meio do câncer de colo uterino, analisou 19 municípios da Bahia. Apontou que no Brasil a AB foi criada com o intuito de ser a porta de entrada e centro da coordenação do SUS, onde deveria ser alcançada uma atenção integral. Porém, ela vem enfrentando dificuldades, que faz com que assuma uma posição periférica e desarticulada perante os outros serviços. Acredita-se que a falta de organização e de investimentos é o principal problema para que essa assistência não esteja representando uma realidade como porta de entrada preferencial, coordenadora e integradora da rede de serviços.

Estudo <sup>93</sup> realizado em um município de Minas Gerais sobre os motivos que levam à insatisfação dos enfermeiros da AB apresentou que os profissionais necessitavam de recursos materiais para um melhor atendimento, mas nem sempre têm acesso a esses instrumentos. Logo, essa situação demonstrou uma vulnerabilidade do serviço, o que gerou insatisfação em usuários e trabalhadores com a assistência ofertada.

Estudo <sup>94</sup> realizado na Bahia sobre a influência exercida pelo gerenciamento da enfermagem nas ESF ressaltou que a falta de capacitação dos profissionais de saúde em gerenciamento é um fator que contribui com a má utilização dos recursos, que se tornam insuficientes para atender às necessidades dos usuários.

Algumas cuidadoras familiares destacaram a deficiência e má distribuição de profissionais de saúde para atender adequadamente a toda a demanda de pacientes nos serviços de AB. No entanto, reconheceram que diante de tantas dificuldades os profissionais de saúde exerciam a resiliência.

Diante dos relatos das cuidadoras familiares, constatou-se a necessidade dos profissionais em dar resolutividade às dificuldades vivenciadas pelos pacientes e familiares, demonstrando um olhar holístico em atender aos anseios dessa população:

[...] Mesmo a gente sabendo que ela (enfermeira) não podia está todo momento aqui, que ela tem as ocupações dela [...], mas fora isso ela (paciente)

sempre foi tratada pela unidade, nunca foi esquecida. (Borboleta Pavão Diurno)

[...] Quando eles não podem vir eu também entendo, porque já trabalhei e já sei as dificuldades. (Borboleta Folha)

Pesquisa <sup>95</sup> desenvolvida sobre gestão dos recursos humanos na saúde colocou que no Brasil a AB é fortemente impactada pela má gestão dos recursos humanos em saúde. Os fatores que favoreceram essas dificuldades foram a falha na distribuição de profissionais, falta de motivação da força de trabalho relacionada à remuneração insatisfatória, precariedade de vínculos, carência de estrutura e limitada capacidade gestora em recursos humanos.

Em estudo <sup>96</sup> que discorreu sobre gestão pública em saúde de USF, de um município do Rio Grande do Sul, colocou a necessidade de um desenvolvimento na gestão e uma maior integração com as redes de serviços de saúde, garantindo, assim, atendimento e resolutividade na AB.

No interior de Minas de Gerais, realizou-se um estudo <sup>97</sup> que identificou insatisfação no atendimento da equipe de saúde da unidade, logo foram apresentadas formas de melhorar a assistência por meio da equipe buscando instrumentos metodológicos como monitoramento de horário dos profissionais; projetos de comunicação, com a participação da população, e elaboração de protocolos de rotina de serviço. Percebeu-se que essas mudanças propiciaram ascensão na gestão de recursos humanos.

## 5 CONCLUSÃO

Em relação à capacitação dos profissionais, esta ocorreu por meio da realização das oficinas e das metodologias ativas (elaboração dos PTS, realização dos jogos, murais, teatros e construção dos diários de bordo). A análise dos dados evidenciou avanço no conhecimento desses profissionais.

Este resultado é corroborado pela percepção das cuidadoras familiares, demonstrou-se que, apesar das limitações apresentadas no âmbito da assistência à saúde na AB, as equipes do município do estudo conseguem disponibilizar, mesmo com a escassez de recursos humanos e materiais, uma assistência humana com disponibilização do acesso ao serviço e satisfação no atendimento. Dessa maneira, observou-se um resultado gratificante e satisfatório, alcançando, assim, o objetivo do estudo.

É relevante destacar que o estudo quantitativo apresentou limitações como a participação em todas as oficinas de 56% dos médicos e enfermeiros da AB do município; dos participantes que concluíram as oficinas, apenas 50% destes responderam a todas as perguntas do formulário semiestruturado e duas perguntas contidas neste (2ª e 3ª, referidas nesse item do estudo) não conseguiram avaliar o conhecimento dos profissionais, como almejado. Mesmo o formulário não sendo a única ferramenta de avaliação dos profissionais e nas demais foi obtido o êxito esperado, tratou-se de limitações.

E o estudo qualitativo foi o fato de ter realizado a entrevista após três meses da capacitação, pode não ter sido tempo suficiente para que os cuidadores percebessem alteração no serviço prestado.

Diante dos resultados apresentados e confrontando com a literatura, constatou-se que ainda existem muitos desafios a cumprir, não só na realidade estudada, mas no Brasil. É imprescindível destacar que entre esses desafios estão a efetivação dos CP na prática das políticas públicas; implantação de uma disciplina de CP na grade curricular das academias na área de saúde; e a inserção do tema CP nos planos de educação permanente em todos os níveis de assistência prestada. Com a inclusão destas deficiências na área dos CP, os profissionais farão uma assistência holística, atuando multidisciplinar e interdisciplinarmente.

## 6 REFERÊNCIAS

- 1 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agência IBGE. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3dEn9Wh>. [2019 fev 13]
- 2 Organização Mundial de Saúde-OMS. Cancer. Geneva; 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3kn5ofA>. [2019 jun 5].
- 3 Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2020.
- 4 World Health Organization-WHO. 10 facts on palliative care. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2MjsQ0q>. [2019 jun 5].
- 5 Maciel MGS. Definições e princípios. In: Oliveira RA, coordenador. Cuidado paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008. p.15-32.
- 6 Academia Nacional de Cuidados Paliativos-ANCP. História dos cuidados paliativos. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2MkfcKv>. [2019 mar 16]
- 7 Silva DIS, Silveira DT. Cuidados paliativos: desafio para a gestão e políticas em saúde cuidados paliativos. Rev Eletrônica Gestão Saúde. 2015;6(1):501–14.
- 8 Cardoso EAO, Garcia JT, Mota MGM, Lotério IS, Santos MA. Luto antecipatório/preparatório em pacientes com câncer: análise da produção científica. Rev SPAGESP. 2018;19(2):110.22.
- 9 Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tratamento em cuidados paliativos. Rio de Janeiro: INCA; 2017. Disponível em: <https://bit.ly/37KgQMZ>. [2019 jul 1]
- 10 Begnini D. Na vida ou na morte, nós temos que nos ajudar! a experiência de famílias rurais que convivem com câncer em estágio avançado. Santa Maria; [Mestrado]. Universidade Federal de Santa Maria; 2015.
- 11 World Health Organization-WHO. World Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life. 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3dFAw8v>. [2020 ago 1]
- 12 Santos AFJ, Ferreira EAL, Guirro ÚBP. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019. Academia Nacional de Cuidados Paliativos-ANCP; 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2NX9aA9>. [2020 ago 1]
- 13 Araújo MLO, Moura ED, Pena GSM, Torres RBS. Importância da atenção básica na prevenção de risco ao paciente oncológico. In: IV Congresso Piauiense de Saúde Pública e IV Seminário de Ensino na Saúde. 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3kohgxF>. [2020 ago 1]
- 14 Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria nº 19, de 03 de janeiro de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Brasília: Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos; 2002. Disponível em: <https://bit.ly/3kidR3z>. [2019 mar 5]
- 15 Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília. Disponível em: <https://bit.ly/3soT7tA>. [2019 jan 12]
- 16 Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 874 de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de

- Saúde (SUS). Brasília. Disponível em: <https://bit.ly/3aQWaoy>. [2019 jan 12]
- 17 Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília. Disponível em: <https://bit.ly/2NA6eJQ>. [2019 jan 12]
- 18 Brasil. Presidência da República. Diário Oficial da União, nº 225, 2018. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. Disponível em: <https://bit.ly/2NEs1jo>. [2019 mai 5].
- 19 Associação Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP). Atlas de cuidados paliativos em Latinoamérica. Edición Cartográfica; 2013. Houston, TX, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/3by7uoN>. [2019 mai 15].
- 20 Meneguim S, Ribeiro R. Dificuldades de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos na estratégia da saúde da família. *Texto Context Enferm*. 2016;25(1):1–7.
- 21 Silva AE. A produção de cuidados paliativos no contexto da atenção domiciliar. [Tese]. Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais; 2018.
- 22 Dias SR, Volpato AN. Práticas inovadoras em metodologias ativas. Florianópolis: Contexto digital; 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3dHFSjD>. [2019 out 12]
- 23 Marcus MT, Liehr PR. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: Lobiondo-Wood G, Haber J E, editor. *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p.122–39.
- 24 Cecília M, Minayo S. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consensos e Controvérsias. *Rev Pesqui Qual*. 2017 Apr;5(7):1–12.
- 25 Trivinõs ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 2009.
- 26 Meyer J. Pesquisa-ação. In: Pope C, Mays N, editores. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Trad. de A. P. Fajardo. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009 p.135-45.
- 27 Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas 32-intro. *Cad Saude Publica*. 2008;24(1):17–27.
- 28 Maria J, Falqueto Z. A Implantação do planejamento estratégico em universidades: o caso da Universidade de Brasília. Brasília: Universidade de Brasília; 2012. Disponível em: <https://bit.ly/2NC8i3R>. [2019 out 12]
- 29 Diniz MAA, Melo BR de S, Neri KH, Casemiro FG, Figueiredo LC, Gaioli CCL de O, et al. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. *Ciencias Saude Coletiva*. 2018 Nov;23(11):3789–98.
- 30 Lino VTS, Pereira S R M, Camacho L A B, Filho S T R, Buckman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):103–12.
- 31 Wallace M. *Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)*. New York; 2007. Disponível em: <https://bit.ly/3aNpf4k>. [2019 set 12]
- 32 Costa MF, Soares JC. Livre como uma borboleta: simbologia e cuidado paliativo. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2015;18(3):631–41.
- 33 Freire PRN. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 36<sup>th</sup> ed. São Paulo: Paz e Terra; 2007.
- 34 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização e Gestão do SUS: clínica ampliada e compartilhada*. Brasília, DF: MS; 2009. Disponível em: <https://bit.ly/3aPtFYn>. [2019 out 13].
- 35 Oliveira AM, Gerevini AM, Strohschoen AAG. Diário de bordo: uma ferramenta metodológica para o desenvolvimento da alfabetização científica. *Rev Tempos Espaços Educ*. 2017 May;10(22):119–32.

- 36 Pinto GMV. Dinâmicas de grupo: da teoria à prática. São Paulo: Senac; 2019.
- 37 Matos EMM, Cruz KCN, Almeida MJS, Moura RR. Pibid História-colégio Estadual Gonçalo Rollemberg Leite historiar para politizar: o uso do cinema Nacional na Educação sobre Direitos Humanos. In: Encontro do PIBID e do Residência Pedagógica da UFS - (Re)Significando a formação de professores de Sergipe a partir das experiências do Pibid e do Residência Pedagógica. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2NDwN0L>. [2019 jan 12]
- 38 Marques EMD, Souza CR, Zico VM. Cinema, teatro, criatividade: metodologias ativas na formação discente do PIBID Pedagogia-UFV. Rev Diálogo Educ. 2017 Jun;17(52):683.
- 39 Alves R. Cenas da vida. Campinas-SP: Papirus; 1999.
- 40 Carácio FCC, Conterno L de O, Oliveira MA de C, Oliveira ACH de, Marin MJS, Braccialli LAD. A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária. Ciencia Saude Coletiva. 2014;19(7):2133–42.
- 41 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Primária à Saúde A. Atenção Primária à Saúde Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://bit.ly/37J78dW>. [2020 jan 12]
- 42 Santos VCDO, Castro BAM, Silva RAR, Andrade CMO, Góes RWL. Ferramentas de abordagem familiar na estratégia de saúde da família e genograma e ecomapa. Rev Odontol Contemporânea. 2019;3(1 Supl 2):64.
- 43 Santos AF, Santos A. Diários de bordo: relatórios de uma prática investigativa da subjetividade e do mundo objetivo. Psicologia; 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3sBjqNB>. [2020 jun 12]
- 44 Moran J. Mudança a educação com metodologias ativas. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3qSGw1o>. [2020 já 12]
- 45 Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização de Trabalhadores da área de Enfermagem. Fundação CEFETBAHIA. Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis. Técnicas Participativas de Ensino. 2001.
- 46 Minayo MCS, Gomes SFD. Pesquisa doçial: teoria, método e criatividade. 34<sup>th</sup> ed. Rio de Janeiro: Vozes Limitada; 2011.
- 47 Cezar VS, Waterkemper R, Rabin EG, Castilho RK, Reys KZ. Educação Permanente em Cuidados Paliativos: uma Proposta de PesquisaAção. Rev Pesqui Cuid Fundam Online. 2019 Jan;11(2):324.
- 48 Abrasco (por Bruno C. Dias). A mulher na saúde: visões de cinco pesquisadoras da Abrasco - Leia mais no PenseSUS, Fiocruz. 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3bEqX74>. [2019 jul 12]
- 49 Oliveira MPR, Menezes IHCF, Sousa LM, Peixoto MRG. Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da atenção primária. Rev Bras Educ Med. 2016 Dec;40(4):547–59.
- 50 Dutra PO, Valle P, Paula MAB. Enfermeiro é um educador? Representações sociais da prática docente. [UNITAU]. 2019;12(3, edição 25):69-79.
- 51 Gryscek G, Pereira EAL, Hidalgo G. Médicos de família e cuidados paliativos: contribuições ao currículo baseado em competências. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020 Mar;15(42):1–7.
- 52 Alves RSF, Cunha ECN, Santos GC, Melo MO. Cuidados paliativos: alternativa para o cuidado essencial no fim da vida. Psicol Ciência e Profissão. 2019;39:1–15.
- 53 Lima ASS, Saboia ASS, Nogueira GS, Werneck-Leite CDS. Cuidados paliativos em terapia intensiva: a ótica da equipe multiprofissional. Rev SBPH. 2019;22(1):16.
- 54 Viana GKB, Silva HA, Lima AKG, Lima ALA, Mourão CML, Freitas ASF, et al. Intervenção educativa na equipe de enfermagem diante dos cuidados paliativos. J Heal

- Biol Sci. 2018 Apr;6(2):165.
- 55 Mateus ADF, Crepaldi JB, Moreira RDS, Moreira MD, Martins ABA. Cuidados paliativos na formação médica. *Rev Família, Ciclos Vida e Saúde Contexto Soc.* 2019 Oct;7(4):542.
- 56 Cunha AS, Pitombeira JS, Noronha Panzetti TM. Cuidado paliativo oncológico: percepção dos cuidadores. *J Heal Biol Sci.* 2018 Oct;6(4):383.
- 57 Pessalacia JDR, Silva AE, Quadros Araújo DH, De Lacerda MA, Dos Santos KC. Experiências de cuidadores nos cuidados paliativos e redes de suporte. *Rev Enferm UFPE line.* 2018 Nov;12(11):2916.
- 58 Salas MS. Gender stereotypes hidden in the learning of medical students: a necessary analysis. *Edumecentro.* 2018;10(4):20–36.
- 59 Oliveira NA, Souza EN, Brigola GA, Rossetti SE, Terassi M, Luchesi BM, et al. Idosos cuidadores em diferentes arranjos de moradia: comparação do perfil de saúde e de cuidado. *Rev Gauch Enferm.* 2019;40:1–5.
- 60 Cavalcanti AES, Netto JJM, Martins KMC, Rodrigues ARM, Goyanna NF, Aragão OC. Percepção de cuidadores familiares sobre cuidados paliativos. *Arq Ciências Saúde.* 2018 Apr;25(1):24.
- 61 Silva RM, Borges RT, Gonçalves JL, Bezerra IC, Vieira LJES, Saintrain MVL. A religiosidade no amparo ao cuidador de idoso dependente. Disponível em: <https://bit.ly/3uw6olU>. [2019 jun12]
- 62 Ferreira CR, Isaac L, Ximenes VS. Cuidar de idosos: um assunto de mulher? *Estudo Interdiscip Psicol.* 2019;39(9):108–25.
- 63 Côbo VA, VA, Fabbro ALD, Parreira ACSP, Pardi F. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: perspectiva dos profissionais de saúde. *Bol Academia Paulista Psicol.* 2019;39(97):225-35.
- 64 Barrioso PDC, Zoboli ELCP. Cuidados paliativos e atenção primária à saúde: proposição de um rol de ações em enfermagem. [Dissertação]. São Paulo. Universidade de São Paulo; 2017.
- 65 Menezes RR, Kameo SY, Valença TS, Mocó GAA, Santos JMJ. Qualidade de vida relacionada à saúde e espiritualidade em pessoas com câncer. *Rev Bras Cancerol.* 2018;64(1): 9-17.
- 66 Santos FS. Espiritualidade & saúde mental: espiritualidade na prática clínica. Disponível em: <https://bit.ly/3km9R1K>. [2020 jun 12]
- 67 Silva APS, Souza AS, Santos Silva ZLLS, Silva MADA, Santos MR. Cuidados paliativos: enfoque no cuidado de enfermagem à família. *Rev Saúde - UNG-Ser.* 2019 Dec;13(1/2):68.
- 68 Oliveira JR, Tizzoni JS, Torres LM. Cuidados paliativos: perspectiva de integralidade em instituição de longa permanência para idosos. *Rev Interdiscip Ciências Médicas.* 2019;3(2):10–5.
- 69 Mazzi RAP, Marques HR. Cuidados paliativos oncológicos domiciliares como uma nova prática em saúde influenciando no desenvolvimento local. *Interações, Campo Grande.* 2018;19(4):727-38.
- 70 Caldas GHO, Moreira SNT, Vilar MJ. Cuidados paliativos: uma proposta para o ensino da graduação em Medicina. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2018 Jun;21(3):261–71.
- 71 Santiago FAO. Cuidados paliativos na atenção primária: conhecimento dos médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família de um município de referência no Maranhão. [Dissertação]. São Luís. Universidade Federal do Maranhão; 2018.
- 72 Espíndola AV, Quintana AM, Farias CP, München MAB. Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos. *Rev Bioét.* 2018 Dec;26(3):371–7.
- 73 Arrieira ICO, Thofehrn MB, Porto AR, Moura PMM, Martins CL, Jacondino MB.

- Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. *Rev Esc Enferm*. 2018;52(20):237–55.
- 74 Guimarães TMR, Silva KNF, Cavalcanti HGO, Souza ICA, Leite JS, Silva JTB, et al. Assistência de enfermagem aos pacientes com Doença de Alzheimer em cuidados paliativos: revisão sistemática. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2020 Jan;(38):e1984.
- 75 Brito AMC. Projeto terapêutico singular nos cuidados paliativos: vivência da equipe multiprofissional em um hospital de referência. [Dissertação]. São Paulo. Faculdade Pernambucana de Saúde; 2020.
- 76 Carvalho LC, Menezes TMO, Pereira A, Santana MTBM. Apreendendo sobre a morte: relato de experiência na pós graduação. *Rev Enferm UFPE*. 2013;7(esp):1047-54.
- 77 Silva FK, Pucci VR, Flores TG, Giaretton DWL, Weiller TH, Concatto MEP, et al. Construindo a linha de cuidado do paciente oncológico paliativo em um município do sul do Brasil: relato de experiência. *Rev APS*. 2018;21(3): 470-7.
- 78 Ribeiro JR, Poles K. Cuidados paliativos: prática dos médicos da estratégia saúde da família. *Rev Bras Educ Med*. 2019 Jul;43(3):62–72.
- 79 Picollo DP, Fachini M. A atenção do enfermeiro ao paciente em cuidado paliativo. *Rev Ciênc Med*. 2019 Feb;27(2):85–92.
- 80 Martins BR, Bertelli C, Borges AM. Visita domiciliar: a atuação do enfermeiro às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. In: 6º Congresso Internacional em Saúde. 2019.
- 81 Schenker M, Costa DH. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na atenção primária à saúde. *Ciencia Saude Coletiva*. 2019 Apr;24(4):1369–80.
- 82 Medeiros ITD, Brito MLA, Guardia MSAB, Araújo MVP. Satisfação do usuário na atenção básica: um caso em uma pequena cidade. *Humanidades & Inovação*. 2020;7(2):257-66.
- 83 Marques APCF. Mapeamento do perfil profissional e das dificuldades enfrentadas pelos servidores na atuação do Programa da Saúde da Família (PSF) do município de Ituiutaba-MG. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3bEvAhs>. [2020 jun13]
- 84 Mota MA, Nascimento AAC, Dias ALF, Rosa LM, Pereira MFR, Melo Filho PR. O acolhimento na relação entre usuários da atenção primária e serviços de saúde. *Braz J Health Rev*. 2019;2(5):445-53.
- 85 Araújo LM, Araújo AE, Ponte KMA, Vasconcelos LCA. Pessoas com deficiências e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde - revisão integrativa. *Rev Pesquisa Cuidado Fundam Online*. 2018 Apr;10(2):549.
- 86 Pedraza DF, Nobre AMD, Albuquerque FJB, Menezes TN. Acessibilidade às unidades básicas de saúde da família na perspectiva de idosos. *Ciencia Saude Coletiva*. 2018;23(3):923–33.
- 87 Rodrigues JB, Ibanhes LC. Caminhos e Contornos: o acolhimento na atenção básica em São Bernardo do Campo–SP. *Bol Instituto Saúde*. 2019;20:67.
- 88 Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018 23(3):861-70.
- 89 Carli BS, Ubessi DL, Pettenon DL, Righi LB, Jardim VMR, Stumm EMF. O tema da humanização na terapia intensiva em pesquisas na saúde. *Rev Fund Care Online*. 2018;10(2):326-33.
- 90 Lubenow JAM, Silva AO. O que os idosos pensam sobre o atendimento nos serviços de saúde. *Rev Bras Geriatria Gerontol*. 2019;22(2):e180195.
- 91 Melo RMC, Rua MS, Santos CSVB. Apoio e capacitação dos cuidadores familiares: programa de intervenção de enfermagem. *Millenium-J Education, Technologies, Health,*

- 2018;(5):73-80.
- 92 Galvão JR, Almeida PF, Santos AM, Fernandes NFS. Trajetórias assistenciais de usuárias pela APS em uma região de saúde: trânsito livre, pontos de lentidão e parada. *Physis Rio de Janeiro*. 2019;29(4):1-25.
- 93 Moreira JM, Farah BF, Dutra HS, Sanhudo NF, Friedrich DBDC. Fatores Desencadeadores de (In)satisfação no Trabalho dos Enfermeiros da Atenção Básica de Saúde. *Ciencia Enferm*. 2019;25:12.
- 94 Silva JM, Silva JM, França JS, Vieira SNS, Aragão NS. Influência gerencial de enfermagem na qualidade do cuidado prestado em unidades de saúde. *Rev Inovação, Tecnologia Ciências*. 2017;3(3):279-83.
- 95 Rocha TAH. Gestão de recursos humanos e resultados em saúde um estudo da atenção primária à saúde brasileira entre 2012-2014. [Doutorado]. Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais; 2019.
- 96 Avila VG. Gestão de saúde pública: um estudo das unidades de estratégia de saúde da família de Rosário do Sul-RS. [Especialista]. Rosário do Sul. Universidade Federal de Santa Maria; 2018.
- 97 Sousa AR, Scarpelli BFO, Scarpelli CMO, Sizino FA, Brasil JMS. Problema: a Ubs do Bairro Flamengo, em Contagem, Minas Gerais, não atende satisfatoriamente a população usuária da área de abrangência. [Conclusão do Curso]. Campinas. Universidade Estadual de Campinas; 2017.

## Anexo 1 - Parecer Consubstanciado do CEP

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO VALE DO SÃO  
FRANCISCO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA EM CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS: INTERVENÇÃO EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE.

**Pesquisador:** Luciana Paula Fernandes Dutra

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 76931317.0.0000.5196

**Instituição Proponente:** Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.389.906

#### Apresentação do Projeto:

1. O projeto de tese está ligado à Fundação Antônio Prudente e a sua equipe executora é composta por: Luciana Paula Fernandes Dutra (pesquisadora responsável) e Diana Lima Villela de Castro. O projeto contempla todas as seções essenciais para a análise ética.

#### Objetivo da Pesquisa:

2. Os objetivos estão bem delineados, são exequíveis, estão em acordo com a metodologia proposta e podem ser atingidos no prazo estipulado pelo cronograma.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

3. Foi realizada uma análise dos riscos pertinente, com previsão de estratégias para minimizá-los, assim como foram apresentados os potenciais benefícios que a pesquisa pode propiciar aos seus participantes.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

4. O projeto foi corrigido e atende aos aspectos éticos de proteção aos participantes da pesquisa.

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

5. Os TCLEs foram reformulados, atendendo as pendências pontuadas no parecer anterior referentes às garantias de indenização e ressarcimento.

Endereço: Avenida José de Sá Mingos, s/n  
Bairro: Centro CEP: 56.304-205  
UF: PE Município: PETROLINA  
Telefone: (87)2101-6896 Fax: (87)2101-6896 E-mail: cecp@univasf.edu.br

Continuação do Parecer: 2.366.006

**Recomendações:**

6. Recomendo a aprovação.

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

7. O projeto atende satisfatoriamente a todos os critérios de análise ética e recomendamos a sua aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

É com satisfação que Informamos formalmente a Vª. Srª. que o projeto **FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA EM CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS: INTERVENÇÃO EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE** foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIVASF. A partir de agora, portanto, o vosso projeto pode dar início à fase prática ou experimental. Informamos ainda que no prazo máximo de 1 (um) ano a contar desta data deverá ser enviado a este comitê um relatório sucinto sobre o andamento da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_895202.pdf	29/10/2017 12:03:51		Aceito
Outros	Carta_resposta_ao_CEP_Projeto_Luclana.pdf	27/10/2017 10:51:32	Luciana Paula Fernandes Dutra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEdosCuidadorescorrigido.pdf	27/10/2017 10:48:18	Luciana Paula Fernandes Dutra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEdosprofissionaiscorrigido.pdf	27/10/2017 10:47:54	Luciana Paula Fernandes Dutra	Aceito
Brochura Pesquisa	ProjetoCorrigido.pdf	27/10/2017 10:47:02	Luciana Paula Fernandes Dutra	Aceito
Outros	PlanoCurso.pdf	18/09/2017 17:44:57	Luciana Paula Fernandes Dutra	Aceito
Outros	RoteiroSemiestruturadoEntrevistaCuidador.pdf	18/09/2017 17:44:20	Luciana Paula Fernandes Dutra	Aceito
Outros	RoteiroEstruturadoEntrevistaProfissionais.pdf	18/09/2017 17:43:45	Luciana Paula Fernandes Dutra	Aceito
Outros	TermoConfidencialidadeSigiloPesquisa.pdf	18/09/2017 17:42:38	Luciana Paula Fernandes Dutra	Aceito
Outros	TermosigiloOrientaLuciana.pdf	18/09/2017 17:39:24	Luciana Paula Fernandes Dutra	Aceito

Endereço: Avenida José de Sá Meneses, s/n  
Bairro: Centro CEP: 56.304-205  
UF: PE Município: PETROLINA  
Telefone: (87)2101-6896 Fax: (87)2101-6898 E-mail: cecp@univasf.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO VALE DO SÃO  
FRANCISCO



Continuação do Parecer: 3.389.606

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEProf3auLuciana.pdf	18/09/2017 17:38:40	Luciana Paula Fernandes Dutra	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	ProjDoutLucianaCEP.pdf	18/09/2017 17:38:07	Luciana Paula Fernandes Dutra	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	18/09/2017 17:36:35	Luciana Paula Fernandes Dutra	Aceito
Declaração de Resoluções	DedaraCompromissoPesquisador.pdf	18/09/2017 17:35:56	Luciana Paula Fernandes Dutra	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartaanuencosJUA.PDF	18/09/2017 17:35:04	Luciana Paula Fernandes Dutra	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizsoplataLuciana.pdf	18/09/2017 17:34:03	Luciana Paula Fernandes Dutra	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	18/09/2017 17:33:19	Luciana Paula Fernandes Dutra	Aceito
Folha de Rosto	FRLuciana.pdf	18/09/2017 17:18:33	Luciana Paula Fernandes Dutra	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

PETROLINA, 21 de Novembro de 2017

---

Assinado por:  
Luciana Duodini  
(Coordenador)

Endereço: Avenida José de Sá Meneses, s/n  
Bairro: Centro CEP: 56.304-205  
UF: PE Município: PETROLINA  
Telefone: (87)2101-6896 Fax: (87)2101-6896 E-mail: [conep@univale.br](mailto:conep@univale.br)

## Anexo 2 - Cartas de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro-BA



PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
GABINETE DA SECRETÁRIA

### CARTA DE ANUÊNCIA

Aceito a docente e pesquisadora Luciana Paula Fernandes Dutra, pertencente à Universidade Federal do Vale do São Francisco a desenvolver Projeto de Pesquisa intitulado "Formação de Profissionais de Saúde da Atenção Básica em Cuidados Paliativos para Pacientes Oncológicos: Intervenção em um Município do Nordeste", sob a orientação da Professora Dra. Diana Lima Villela de Castro. A pesquisa será realizada no período de 01/03/2018 a 28/09/2018 através de capacitação dos profissionais de saúde envolvidos: enfermeiros e médicos das Unidades Básicas de Saúde, deste município.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usadas nesta pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/2012 CNS/MS;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta Instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa; e
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Juazeiro/BA, 14 de setembro de 2017.

  
**FABIOLA DANTAS LIMA RIBEIRO**  
Secretária Municipal de Saúde

Fabíola Dantas Lima Ribeiro  
Secretária Municipal de Saúde  
Instituição: (DMS) 4020207  
Matrícula: 1299

## Anexo 2 - Cartas de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro-BA



**PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**GABINETE DA SECRETÁRIA**

### CARTA DE ANUÊNCIA

Aceito postergar o prazo da coleta de dados do período de 28/09/2018 a 30/09/2019 para a realização da capacitação dos profissionais de saúde envolvidos: enfermeiros e médicos das Unidades Básicas de Saúde, deste município. A pesquisa está sendo desenvolvida pela docente e pesquisadora Luciana Paula Fernandes Dutra, pertencente à Universidade Federal do Vale do São Francisco, intitulada "Formação de Profissionais de Saúde da Atenção Básica em Cuidados Paliativos para Pacientes Oncológicos: Intervenção em um Município do Nordeste", sob a orientação da Professora Dra. Diana Lima Villela de Castro e co-orientação da Professora Dra. Sônia Lorena Soeiro Argôllo Fernandes.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usadas nesta pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/2012 CNS/MS;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta Instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa; e
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Juazeiro/BA, 31 de julho de 2018.

  
**FABÍOLA DANTAS LIMA RIBEIRO**  
Secretária Municipal de Saúde  
Juazeiro - Bahia  
Município

## Anexo 3 - Certificado do Projeto de Extensão



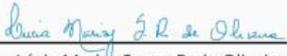
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

# CERTIFICADO

Certificamos que os **Professores: Venâncio de Sant'Ana Tavares, Luciana Paula Fernandes Dutra e Lucineide Santos Silva** coordenaram o Projeto de Extensão intitulado **"FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA EM CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS: INTERVENÇÃO EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE"**, vinculado ao Programa Institucional de Bolsas de Extensão – PIBEX 2017/2018, com carga horária semanal de 20 horas.

**Equipe Executora:** Diana Lima Villela de Castro, Dr<sup>a</sup> Sônia Lorena Soeiro Argôllo Fernandes, Ana Letícia Freire Menezes, Paula Ferrari Ferraz, Sally Andrade Silveira.

Petrolina - PE, 13 de setembro de 2019



---

Lúcia Marisy Souza R. de Oliveira  
(Pró-reitora de Extensão da UNIVASF)



## **Anexo 4 - Jogo de Tabuleiro, utilizado na 4ª oficina**

Dividir a sala em trio

O objetivo do jogo é avançar até a chegada

O jogador deverá jogar os dados e avançar o número de casas correspondentes aos mesmos

Entre as casas do jogo haverá perguntas, situações e castigos. Cada situação e pergunta respondida corretamente a dupla ganhará 0,2. Irá parar quando obtiver o valor máximo, que será 1,0

Deverá haver um juiz no jogo que irá determinar, no caso de perguntas se o trio respondeu correto, ou não.

Cada trio ganha cartas verdes e vermelhas para opinar sobre as situações.

O trio que não cumprir o castigo pagará um mico escolhido por todos os participantes

### **Situação 1**

G.R.S. de 15 anos, sexo masculino, encontra-se internado há 6 meses para tratamento de LLA. Nos últimos dias vem apresentando alguns sinais de depressão, como a equipe poderá contribuir com este paciente?

P.P. iniciou com os sintomas há dois anos, apresentando edema em membro inferior direito, algia no membro, anorexia, emagrecimento e a presença de linfonodos inguinais. Teve suspeita diagnóstica de Sarcoma de Ewing, e após exames foi detectado Neuroblastoma estágio IV. Logo, iniciou a quimioterapia e, realizou transplante de medula autólogo. Um ano e três meses após o transplante, houve recidiva da doença e foram reiniciadas as sessões de quimioterapia, sem sucesso. Finalizou a última etapa de quimioterapia há dois dias. Encaminhado para internação domiciliar para manejo de sintomas e apoio a família. Como a ESF poderá intervir neste paciente?

### **Situação 2**

Coloque V para verdadeiro e F para falso

- a) Modalidades terapêuticas e intervenções diversas tornam a criança o centro das atenções, não a deixando isolada com sintomas.
- b) Converse de forma honesta; assegure a família e a criança de que não serão abandonados; converse sobre as preocupações sobre os irmãos e o resto da família. Esta ação faz parte da atenção espiritual.
- c) Uma abordagem holística, alternando as dimensões humanas - física, psicológica, social e espiritual – devem ser integradas focando o alívio do sofrimento e, preservando a dignidade, valorizando a vida até o último instante.
- d) Encaminhar para atendimento espiritual; permitir tempo e espaço para que a criança e a família reflitam sobre significados da vida e seus propósitos. Esta ação faz parte da atenção psicossocial.

### **Situação 3**

4. Assinale a alternativa correta.

Dentre as condições de progressão de uma doença, os cuidados paliativos são indicados por apresentar:

- ( ) Condições nas quais o tratamento potencialmente curativo falhou.

( ) Condições crônicas e infecciosas nas quais o tratamento é quase exclusivamente paliativo, mas pode se estender por muitos anos.

#### **Situação 4**

5. Principais sentimentos apontados pelas famílias: perda diante da possibilidade da morte e nas relações familiares; privações econômicas e da liberdade pessoal; e a negação da incurabilidade da doença. Verdadeiro ou falso?

6. Com relação aos conflitos familiares, os membros da família relacionaram as seguintes situações: dificuldades para estudar e trabalhar; queda da renda familiar; alterações na saúde de outros membros da família, sentimento de abandono e presença de desordens emocionais, principalmente pela ruptura do cuidado com os demais filhos (nas internações prolongadas) e, problemas de dimensão social, como dificuldades financeiras e de lazer. Verdadeira ou falsa?

#### **Perguntas**

1-O que vocês entendem por CP a Criança/Adolescente?

2-Quais os modelos de assistência em CP a Criança/Adolescente?

3-Quais os fundamentos do tratamento de CP a Criança/Adolescente?

4- Como vocês diferenciam o atendimento em CP ao idoso e a Criança/Adolescente?

5- No atendimento a Criança poderemos utilizar as mesmas estratégias que utilizamos nos adultos? Por que?

6-Quais os princípios baseados nos sintomas que a equipe de saúde disponibiliza para a Criança/Adolescente?

7- Como a equipe poderá cuidar também da família?

8- Apresente 3 patologias, além das oncológicas, que poderemos disponibilizar os CP a Criança/Adolescente?

9- Já existe uma conscientização das autoridades e população brasileira sobre os Cuidados Paliativos ser essencial para que o sistema de saúde?

#### **Castigos**

Volte três casas;

Passe 1 rodada sem jogar;

Responda uma pergunta;

Volta 5 casas;

Responda uma situação.

**Anexo 5 - Jogo da Caça ao Tesouro, utilizado na 6ª oficina**

**Caça ao Tesouro 1**

1ª Pergunta:

Caracteriza-se por morte lenta com sofrimento.

Resposta: Tem 10 letras

-----

2ª Pergunta:

É uma característica do atendimento nos “hospices”.

Resposta: Tem 11 letras. Pista na posição 4

-----

3ª Pergunta:

É um dos modelos de atenção em CP.

Resposta: Tem 10 letras. Pista na posição 1.

-----

4ª Pergunta:

É um dos princípios da bioética em CP que não deve prevalecer sob os demais princípios.

Resposta: É um nome composto de 7 + 12 letras. Pista na posição 3 da primeira palavra.

-----

5ª Pergunta:

É o momento ideal para iniciar o tratamento em CP para o paciente e sua família.

Resposta: Tem 11 letras. Pista na posição 2.

-----

6ª Pergunta:

É um dos princípios da bioética em CP.

Resposta: Tem 12 letras. Pista na posição 4.

-----

7ª Pergunta:

É um tipo de abordagem que alterna as dimensões humanas (física, psicológica, social e espiritual).

Resposta: Tem 9 letras. Pista na posição 3.

-----

**Caça ao Tesouro 2**

1ª Pergunta:

É primordial em qualquer tipo de atendimento, principalmente no atendimento a criança/adolescente em CP.

Resposta: Tem 11 letras. Pista na posição 1

-----

2ª Pergunta:

É um modelo de assistência em CP.

Resposta: Tem 12 letras. Pista na posição 1

-----

3ª Pergunta:

Representa a "morte natural, sem antecipação ou prolongamento.

Resposta: Tem 11 letras. Pista na posição 3.

-----

4ª Pergunta:

Caracteriza-se por uma das fases do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Resposta: Tem 11 letras. Pista na posição 2.

-----

5ª Pergunta:

É um dos princípios da bioética em CP.

Resposta: Tem 9 letras. Pista na posição 2.

-----

6ª Pergunta:

É uma das dimensões a qual o paciente precisa ser visto, para que haja o atendimento holístico.

Resposta: Tem 6 letras. Pista na posição 1.

7ª Pergunta:

A equipe deve ser focada nele para que possa atender o paciente em todas as dimensões: física, emocional, social, familiar e espiritual.

Resposta: É nome composto e tem 7 + 8 letras. Pista na posição 1.

-----

8ª Pergunta:

É uma das principais dependências funcionais: Atividades de Vida Diária (AVD).

Resposta: É nome composto e tem 14 + 9 + 1 + 6. Pista na posição 1.

-----

9ª Pergunta:

É toda medida que resulte em alívio de um sofrimento do paciente.

Resposta: Tem 8 letras. Pista na posição 2.

-----

### **Caça ao Tesouro 3**

1ª Pergunta:

É primordial em qualquer tipo de atendimento, principalmente no atendimento a criança/adolescente em CP.

Resposta: Tem 11 letras. Pista na posição 1

-----

2ª Pergunta:

É um modelo de assistência em CP.

Resposta: Tem 12 letras. Pista na posição 1

-----

3ª Pergunta:

Representa a "morte natural, sem antecipação ou prolongamento.

Resposta: Tem 11 letras. Pista na posição 3.

-----

4ª Pergunta:

Caracteriza-se por uma das fases do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Resposta: Tem 11 letras. Pista na posição 2.

-----  
5ª Pergunta:

É um dos princípios da bioética em CP.

Resposta: Tem 9 letras. Pista na posição 2.

-----  
6ª Pergunta:

É uma das dimensões a qual o paciente precisa ser visto, para que haja o atendimento holístico.

Resposta: Tem 6 letras. Pista na posição 1.

7ª Pergunta:

A equipe deve ser focada nele para que possa atender o paciente em todas as dimensões: física, emocional, social, familiar e espiritual.

Resposta: É nome composto e tem 7 +8 letras. Pista na posição 1.

-----  
8ª Pergunta:

É uma das principais dependências funcionais: Atividades de Vida Diária (AVD).

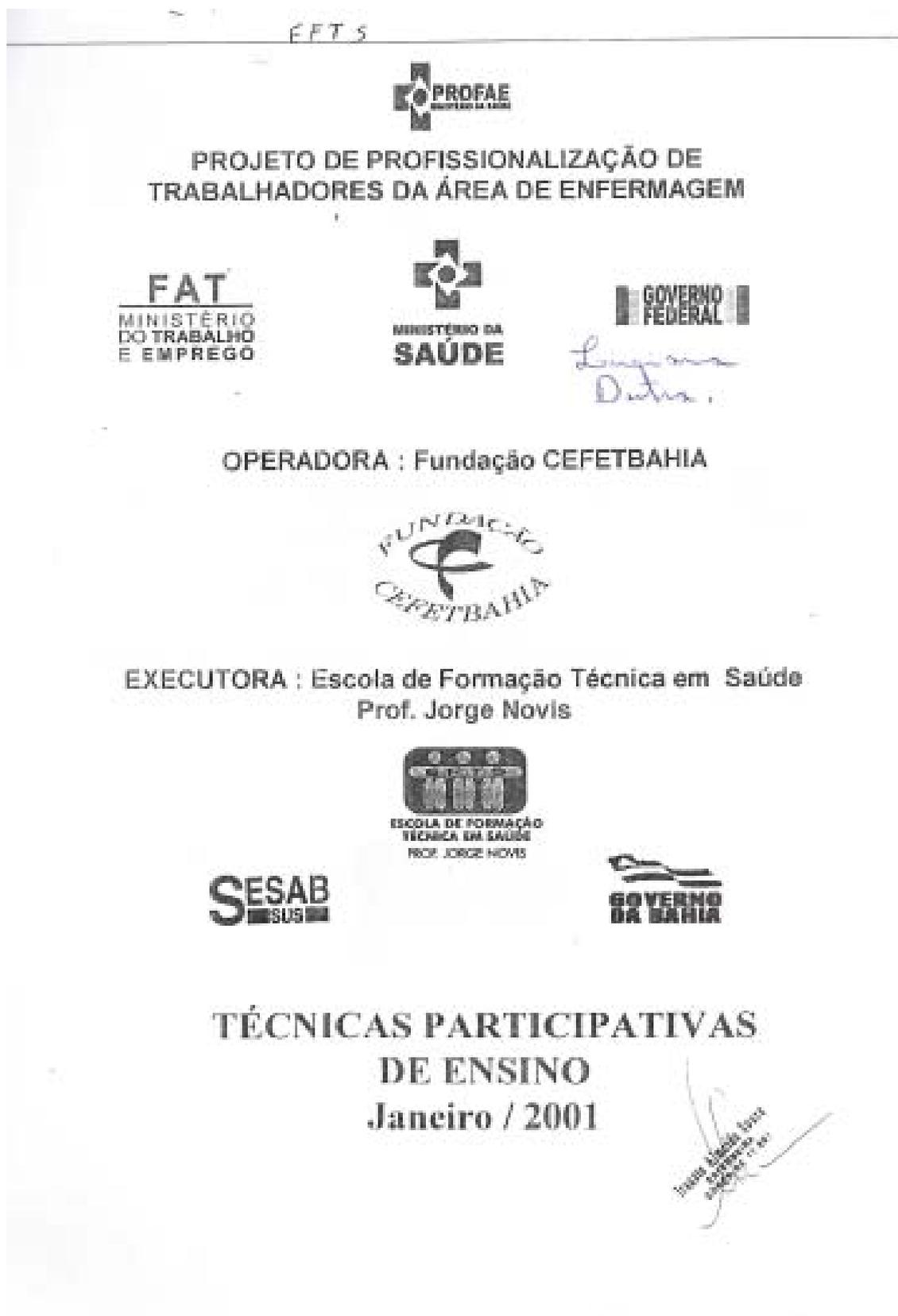
Resposta: É nome composto e tem 14 + 9 + 1 + 6. Pista na posição 1.

-----  
9ª Pergunta:

É toda medida que resulte em alívio de um sofrimento do paciente.

Resposta: Tem 8 letras. Pista na posição 2.  
-----

Anexo 6 - Apostila de Dinâmicas (dinâmicas utilizadas)



## Dinâmica – 2ª Oficina

### QUAL É A SUA COR?

#### OBJETIVOS

- Promover reflexão e momentos de auto conhecimento para os participantes.
- Facilitar a interação, aproximação entre os membros do grupo.

#### MATERIAL

Aparelho de som e CD ou fita com música tranquila.

Folhas de papel ofício com características de cada cor (modelos em anexo)

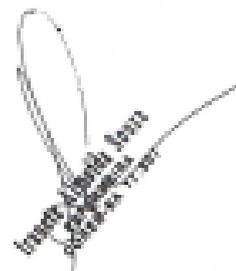
#### PROCEDIMENTO

- ❖ Coloque previamente em locais diferentes as folhas com as características de cada cor.
- ❖ Disponha os participantes sentados, formando um círculo.
- ❖ A seguir, informe as regras de participação, cada um irá ler as características das cores e ficar próximo daquela com que mais se identifica.
- ❖ Em seguida serão formados grupos com os participantes de acordo com as cores com que identificaram-se.
- ❖ Depois de um breve momento de conversa entre os participantes, buscando se conhecerem e a identificação dos pontos em comum.
- ❖ Após a conversa cada grupo apresentará ao "grupão", com que qualidades se identificam.

#### AVALIAÇÃO

Refletir com o grupo sobre a singularidade de cada pessoa, as identificações e as diferenças entre as pessoas. A importância de respeitar diferenças de pontos de vista e jeitos de ser. Como administrar diferenças e lidar com elas. Como potencializar um trabalho em grupo aproveitando características, habilidades e talento de cada um.

( fonte desconhecida)



Inês Maria Alves  
19/05/2014

19

17

**VERMELHO**

Paixão  
Emoção  
Explosão  
Afetividade  
Sensibilidade  
Carinho

**VERDE**

Ousadia  
Inovação  
Espontaneidade  
Lucidez  
Criatividade  
Flexibilidade

**AMARELO**

Energia  
Brilho  
Calor  
Positivismo  
Animação  
Vida

**BRANCO**

Tranquilidade  
Paz  
Imparcialidade  
Negociação  
Docilidade  
Mediação

**PRETO**

Cautela  
Astúcia  
Objetividade  
Verdade  
franqueza

**AZUL**

Organização  
Minúcia  
Boa memória  
Planejamento  
Síntese

## Dinâmica – 3ª Oficina

### JÚRI SIMULADO

#### **OBJETIVOS**

- Estimular o estudo de um problema sob muitos ângulos ou pontos de vista, tornando empolgante a participação.

#### **MATERIAL**

Cópias de textos de apoio ou material bibliográfico sobre determinado tema.

#### **PROCEDIMENTO**

- ❖ Estudo prévio do tema ou situação a ser desenvolvida.
- ❖ Dividir entre o grupo os diversos personagens de um tribunal de júri: juiz, promotor público, advogado de defesa, advogado de acusação, réu, testemunhas, jurados.
- ❖ A técnica segue os passos de uma sessão do tribunal do júri.
- ❖ O júri pode desenvolver-se através de uma ou mais sessões.
- ❖ Caso queiram outros alunos poderão desempenhar mais papéis como o de repórteres, realizando entrevistas ou redigindo noticiários
- ❖ Finalizar com o veredito dos jurados e a conclusão do estudo com a participação de todos.

#### **AVALIAÇÃO**

Esse tipo de painel é extremamente interessante pelo envolvimento que proporciona. Poderá ser utilizado por exemplo em psiquiatria, com o julgamento de situações onde houve discriminação com doentes mentais, ou em DST quando um portador de HIV foi demitido após a empresa tomar conhecimento do diagnóstico.

( Adaptado de texto datilografado sem indicação de autores)

## Dinâmica – 4ª Oficina

### A CAIXA DE SURPRESA

#### OBJETIVOS

Propiciar momentos de descontração para os participantes.  
Facilitar a interação, aproximação entre os membros do grupo.  
Analisar os determinantes da percepção de grupos ou pessoas perante o "desconhecido".

#### MATERIAL

Aparelho de som e CD ou fita com música alegre.  
Pequeno presente, empacotado com várias caixas embrulhadas em diversos papéis, de diferentes cores. Quanto mais embrulho melhor.

#### PROCEDIMENTO

- ❖ Disponha os participantes em pé, formando um círculo.
- ❖ A seguir, informe que tem um presente para um dos participantes do grupo.
- ❖ Informe que só tem uma regra, "quem ganhar o presente deve usá-lo na frente de todos". Enfatizar várias vezes, sugerindo até um possível constrangimento,
- ❖ Após o "clima", explique que o jogo consiste em circular o presente enquanto a música tocar, tão logo a música pare, a pessoa que estiver com ele na mão deve abri-lo.
- ❖ No momento que a música voltar o tocar, caso o pacote ainda não esteja aberto, deve a voltar a circular de mão em mão, entre os participantes.
- ❖ Iniciado o jogo, a música vai tocar e parar, quantas vezes forem suficientes, até o presente ser aberto e descoberto pelo ganhador.

#### AValiação

Qual foi a postura física dos participantes em relação ao "pacote surpresa"? como cada um se sentiu durante o jogo? Por que temos receio do desconhecido? Como podemos enfrentar o "nosso desconhecido" no dia a dia.

( Adaptado de EDUCAÇÃO EM SAÚDE E MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA – Manual de Técnicas – Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo-CADAIS)

## Dinâmicas – 5ª Oficina

### JOGO DOS BILHETES

#### **OBJETIVO**

Reconhecer diferentes modalidades de comunicação, identificar fatores tais como interpretações subjetivas e estereótipos , que influenciam no processo de comunicação

#### **MATERIAL**

Folhas de papel ou cartolina com os bilhetes (veja sugestões a seguir)  
fita crepe ou durex

#### **PROCEDIMENTO**

##### **AÇÃO**

- ❖ Disponha os participantes em círculo, de pé, com as costas voltadas para fora do círculo.
- ❖ Grudar nas costas de cada pessoa os bilhetes já preparados, as frases devem ser diferentes.
- ❖ Orientar os participantes que circulem pela sala, todos irão ler os bilhetes dos outros e atendê-los sem dizer ao colega o que esta escrito. Por exemplo se o bilhete for DANCE COMIGO , devem simplesmente dançar, sem comentários, se a solicitação for de emitir uma opinião ou responder uma pergunta devem fazê-lo. Cada um deve atender o maior número de bilhetes possível.
- ❖ Depois de um tempo, forma-se novamente o círculo e cada um deverá adivinhar qual é o seu bilhete. Caso não tenha descoberto o grupo dará dicas para ajudá-lo.

##### **AVALIAÇÃO**

o que facilitou ou dificultou a descoberta do conteúdo do seu bilhete?  
Como esta vivência se reproduz no nosso cotidiano?

( Adaptado de EDUCAÇÃO EM SAÚDE E MOBILIZAÇÃO  
COMUNITÁRIA – Manual de Técnicas – Secretaria de Saúde do Estado  
de São Paulo- CADAIS)

## SUGESTÕES DE BILHETES

- ◆ Fale alto! Não escuto direito
- ◆ Chore no meu ombro
- ◆ Sugira um nome para o meu cachorro.
- ◆ Me faça uma careta
- ◆ Tem uma barata nas minhas costas . Me ajude!
- ◆ Quanto eu peso?
- ◆ Quantos anos você me dá?
- ◆ Me elogie
- ◆ Me conte uma mentira.
- ◆ Me ensine a pular
- ◆ Dance lambada comigo → Dance Comigo
- ◆ Me benza!
- ◆ Estou tonto. Me sentel
- ◆ Me encoste na parede.
- ◆ Cante uma música para mim.
- ◆ Como conquistar um marido.
- ◆ Gosto quando me aplaudem.
- ◆ Como se faz arroz?
- ◆ Me sugira um filme para ver.
- ◆ Veja se estou com febre?
- ◆ Com quem eu pareço?
- ◆ Leia minha sorte.
- ◆ Veja se meu desodorante venceu?
- ◆ Meu sapato está apertado, me ajude!
- ◆ Estou com fome, me console.
- ◆ Me dê um apelido
- ◆ Me ignore. Não existo!
- ◆ Hoje é meu aniversário!
- ◆ Sou muito carente...me dê um apolo
- ◆ Me descreva um jacaré
- ◆ Onde devo ir na minhas próximas férias

## BINGO DO CONHECIMENTO

### OBJETIVO

Proporcionar ao grupo a oportunidade de aprofundar o conhecimento interpessoal.

### MATERIAL

Cartelas de bingo previamente preparadas ( veja modelo anexo), marcadores (grãos de cereais ou bolinhas de papel ), pequenos prêmios: chocolates ou balas.

### PROCEDIMENTO

#### AÇÃO

- ❖ Distribuir as cartelas entre os participantes.
- ❖ Ir sorteando as "pedras" por exemplo: "*Fala inglês*". Os participantes que tem aquela habilidade ou gosto se identificam, falam alguma coisa a respeito e marcam a "casa".
- ❖ E assim o sorteio será feito até que todas as "pedras" tenham sido sorteadas ou o facilitador assim determine.
- ❖ Ao final, poderão ser premiados os participantes que obtiverem maior número de pontos ou completarem uma linha na vertical ou na horizontal.

#### AVALIAÇÃO

Sugerimos que esta dinâmica seja feita com participantes que se conhecem apenas formalmente, por exemplo do ambiente de trabalho. Comentários sobre as particularidades de cada pessoa e de identificações através de gostos comuns.

Fonte desconhecida.



Handwritten signature and stamp. The stamp contains the text: "Fátima Aparecida Souza", "Coordenadora", and "CAMPUS II - JAC".

# BINGO

JOGA FUTEBOL	TEM MAIS DE DOIS FILHOS	TOCA VIOLÃO	JOGA VOLEI	FUMA	TEM UMA ESPÔSA(O) LINDA
FALA MAIS DE UM IDIOMA	ADORA COMIDA ITALIANA	JÁ SE CASOU MAIS DE UMA VEZ	SABE COZINHAR	É BAIANO(A)	JÁ MOROU FORA DA BAHIA
TEM MAIS DE UM IRMÃO	TEM UM CACHORRO	CONHECE MINAS GERAIS	É ROMÂNTICO	GOSTA DE DOCE	TOCA PIANO
GOSTA DE ASSISTIR NOVELA NA TV	CANTA MUITO BEM	GOSTA DE PRAIA	DETESTA COMIDA BAIANA	ADORA VIAJAR	GOSTA MUITO DO SEU TRABALHO

## Anexo 7 – Formulário de Avaliação de Atividades de Vida Diária (AVD), Katz<sup>92</sup>

### FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA, KATZ

Nome: _____		Data da avaliação: ___/___/___	
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.			
Banho - a avaliação da atividade "banhar-se" é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que recebem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.			
Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa é usualmente utilizada para banho) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo. <input type="checkbox"/>	
Vestir - para avaliar a função "vestir-se" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despídos			
Pega as roupas e se veste completamente sem assistência. <input type="checkbox"/>	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos. <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido. <input type="checkbox"/>	
Banheiro — a função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam "papagaios" ou "comadres" também são considerados dependentes;			
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite. <input type="checkbox"/>	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar. <input type="checkbox"/>	
Transferência — a função "transferência" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências;			
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador) <input type="checkbox"/>	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio. <input type="checkbox"/>	Não sai da cama. <input type="checkbox"/>	
Continência - "continência" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente;			
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar. <input type="checkbox"/>	Tem "acidentes" *ocasionais. *acidentes = perdas urinárias ou fecais <input type="checkbox"/>	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente. <input type="checkbox"/>	
Alimentação — a função "alimentação" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes.			
Alimenta-se sem assistência. <input type="checkbox"/>	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão. <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral. <input type="checkbox"/>	

**Anexo 8 – Comprovante de Submissão dos Artigos para Publicação**

## **Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Profissionais de Saúde**

Título da Pesquisa: “Capacitação sobre cuidados paliativos oncológicos: análise de intervenção com profissionais da saúde da atenção básica de um município do Nordeste.”

Nome da Pesquisadora: Luciana Paula Fernandes Dutra.

Nome do Orientador: Prof.<sup>a</sup> PhD Diana Lima Villela de Castro

Nome da Co orientadora: Dr<sup>a</sup>. Sônia Lorena Soeiro Argôllo Fernandes

1. Natureza da pesquisa: o senhor(a) está sendo convidado a participar desta pesquisa que tem como objetivo principal: analisar a capacitação de profissionais de saúde da atenção básica em cuidados paliativos oncológicos de um município do nordeste. Sua participação é importante, porém, você não deve aceitar participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça, se desejar, qualquer pergunta para esclarecimento.

2. Participantes da pesquisa: A pesquisa será realizada com os enfermeiros, médicos da atenção básica do município de Juazeiro-BA e cuidadores dos pacientes.

3. Envolvimento na pesquisa: ao participar deste estudo o senhor (a) permitirá que a pesquisadora faça perguntas sobre seus dados sociodemográficos, características da sua profissão e sobre conhecimentos referentes aos cuidados paliativos em pacientes oncológicos, este tipo de cuidado visa melhorar a qualidade de vida, diminuindo os sintomas apresentados pela doença. Para preencher os dados referentes a esse questionário será realizado um encontro presencial, para explanação do projeto pela pesquisadora. Como também permitirá que durante a capacitação, na realização das oficinas, filme, grave e tire fotos. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

4. Sobre as Entrevistas: A coleta de dados será realizada, após a sua aceitação em participar da pesquisa em local e horário da realização do treinamento, acordados previamente pelo senhor(a) e pela gestão do município. 1º momento: você responderá um roteiro semiestruturado individual (pré-teste); 2º momento: será aplicado posteriormente a realização das oficinas, o mesmo instrumento (pós-teste) para analisar o conhecimento adquirido, durante a capacitação; 3º momento: serão selecionados aleatoriamente 15 profissionais que participaram das oficinas para uma nova rodada, com o objetivo de avaliar a teoria adquirida através da prática. Em seguida essas entrevistas serão transcritas na íntegra para a análise dos dados que serão arquivados por um período de cinco anos e posteriormente descartados. O senhor(a) tem

liberdade de se recusar a participar e ainda de se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o senhor(a). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVASF.

5. Riscos e desconfortos: a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas. Não oferece riscos físicos ou biológicos. No entanto, durante a execução deste estudo o senhor(a) poderá sentir-se constrangido em responder alguma pergunta feita pelo pesquisador (risco psicológico) em partilhar informações pessoais ou confidenciais, não precisará responder. E se necessário o senhor(a) será dirigido ao local com serviços os quais necessitar, acompanhado pela pesquisadora. Diante de gastos referentes à sua participação na pesquisa (risco econômico), o senhor (a) será restituído, caso ocorram.

6. Confidencialidade: todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e seu orientador terão conhecimento de sua identidade e se comprometem a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa. É garantido ainda que você poderá ter acesso aos resultados com o(s) pesquisador(es).

7. Benefícios: ao participar desta pesquisa o senhor(a) como benefício direto expandir seus conhecimentos e desta maneira aprimorar sua assistência na atenção em cuidados paliativos ao paciente oncológico. O benefício indireto será a sua assistência aprimorada que repercutirá em pacientes e familiares mais satisfeitos. A pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior.

8. Garantias éticas: não está previsto nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Porém é garantido o seu direito a ressarcimento, referente a gastos decorrentes de transporte e alimentação e indenização diante de eventuais danos, decorrentes da pesquisa.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem: Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

---

Nome do Participante da Pesquisa

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

---

Assinatura da Pesquisadora

Pesquisadora: Luciana Paula Fernandes Dutra. E-mail: [lucianapaula.dutra@yahoo.com.br](mailto:lucianapaula.dutra@yahoo.com.br) ou pelo telefone (74)98838-4357.

Comitê de Ética Pesquisas-CEP. Endereço: Avenida José de Sá Maniçoba, s/n Centro UF: PE Município: PETROLINA CEP: 56.304-205. Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa: Profa Luciana Duccini. Vice-Coordenador: Rodolfo Araújo da Silva. Telefone do Comitê: 87 2101-6896 E-mail [cedep@univasf.edu.br](mailto:cedep@univasf.edu.br)

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNIVASF) é um órgão colegiado interdisciplinar e independente, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, que visa defender e proteger o bem-estar dos indivíduos que participam de pesquisas científicas.

## **Apêndice 2** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Cuidadoras Familiares.

Título da Pesquisa: “Capacitação sobre cuidados paliativos oncológicos: análise de intervenção com profissionais da saúde da atenção básica de um município do Nordeste.”

Nome da Pesquisadora: Luciana Paula Fernandes Dutra.

Nome do Orientador: Prof.<sup>a</sup> PhD Diana Lima Villela de Castro

Nome da Coorientadora: Dr.<sup>a</sup>. Sônia Lorena Soeiro Argôllo Fernandes

1. Natureza da pesquisa: a senhor(a) está sendo convidada a participar desta pesquisa que tem como objetivo principal: analisar a capacitação de profissionais de saúde da atenção básica em cuidados paliativos oncológicos de um município do Nordeste. Sua participação é importante, porém, você não deve aceitar participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça, se desejar, qualquer pergunta para esclarecimento.

2. Participantes da pesquisa: A pesquisa será realizada com os enfermeiros, médicos dos postos de saúde, do município de Juazeiro-BA e por cuidadores dos pacientes.

3. Envolvimento na pesquisa: ao participar deste estudo o senhor (a) permitirá que a pesquisadora faça perguntas sobre os cuidados que o enfermeiro e o médico do posto de saúde, presta ao paciente que o senhor(a) cuida, este tipo de cuidado melhora a qualidade de vida dele, diminuindo os sintomas apresentados pela doença. Para gravar a entrevista a pesquisadora usará um telefone. Em seguida essas entrevistas serão escutadas e escritas da forma que o senhor(a) falou para a análise dos dados que serão arquivados por um período de cinco anos e posteriormente descartados. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

4. Sobre a Entrevista: A entrevista será realizada, após a sua aceitação em participar da pesquisa em local e horário acordados antes pelo senhor(a). O senhor(a) responderá uma pergunta sobre os cuidados prestados pelo enfermeiro e médico do posto de saúde. O senhor(a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda de se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o senhor(a).

5. Riscos e desconfortos: a participação nesta pesquisa não desobedece as normas legais e éticas. Não oferece riscos físicos ou biológicos. No entanto, durante a execução deste estudo o senhor(a) poderá sentir-se constrangido em responder a pergunta feita pelo pesquisador (risco psicológico) em partilhar informações sobre o paciente, não precisará responder. E se

necessário o senhor(a) será dirigido ao local com serviços os quais necessitar, acompanhado pela pesquisadora. Diante de gastos referentes à sua participação na pesquisa (risco econômico), o senhor (a) será restituído, caso ocorram.

6. Confidencialidade: todas as informações coletadas neste estudo são mantidas em segredo. Somente a pesquisadora e seu orientador terão conhecimento de sua identidade e se comprometem a mantê-la em segredo ao publicar os resultados dessa pesquisa. É garantido ainda que você poderá ter acesso aos resultados com o(s) pesquisador(es). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa com o(s) pesquisador(es) do projeto e, para quaisquer dúvidas ética, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa. Os contatos estão descritos no final deste termo.

7. Benefícios: ao participar desta pesquisa o senhor(a) como benefício melhorar a assistência prestada ao paciente que o senhor(a) cuida. A pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior.

8. Garantias éticas: não está previsto nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Porém é garantido o seu direito a ressarcimento, referente a gastos decorrentes de transporte e alimentação e indenização diante de eventuais danos, decorrentes da pesquisa.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem: Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se a inda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

---

Nome do Participante da Pesquisa

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

---

Nome da Testemunha

---

Assinatura da Testemunha

---

Assinatura da Pesquisadora

Polegar Direito

Pesquisadora: Luciana Paula Fernandes Dutra. E-mail: [lucianapaula.dutra@yahoo.com.br](mailto:lucianapaula.dutra@yahoo.com.br) ou pelo telefone (74)98838-4357.

Comitê de Ética Pesquisas-CEP. Endereço: Avenida José de Sá Maniçoba, s/n Centro UF: PE Município: PETROLINA CEP: 56.304-205. Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa: Profa Luciana Duccini. Vice-Coordenador: Rodolfo Araújo da Silva. Telefone do Comitê: 87 2101-6896 E-mail [cedep@univasf.edu.br](mailto:cedep@univasf.edu.br)

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNIVASF) é um órgão colegiado interdisciplinar e independente, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, que visa defender e proteger o bem-estar dos indivíduos que participam de pesquisas científicas.

**Apêndice 3-** Formulário semiestruturado para entrevista dos profissionais

Pesquisadora: Luciana Paula Fernandes Dutra

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> PhD Diana Lima Villela de Castro

Coorientadora: Dr<sup>ª</sup> Sônia Lorena Soeiro Argôllo Fernandes.

Tese de Doutorado Intitulada: “Capacitação sobre cuidados paliativos oncológicos: análise de intervenção com profissionais da saúde da atenção básica de um município do Nordeste.”

Dados Sociodemográficos:

Nome completo: \_\_\_\_\_ Iniciais: \_\_\_\_\_

Idade (em anos): \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Feminino

Situação Conjugal:  Solteiro  Casado  Divorciado  Viúvo

Religião:  Católica  Protestante  Espírita  Outra. Qual? \_\_\_\_

Caracterização Profissional

Graduação:  Enfermeiro  Médico

Qualificação profissional:  Graduação . Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Residência em \_\_\_\_\_

Especialização em \_\_\_\_\_

Mestrado em \_\_\_\_\_

Doutorado em \_\_\_\_\_

Possui alguma capacitação sobre cuidados paliativos?  Sim  Não

Se sim, especifique:

Tempo de atuação profissional (em anos): \_\_\_\_\_

Tempo de atuação na Instituição referida (em anos): \_\_\_\_\_

Tempo de atuação no Setor de Trabalho referido (em anos): \_\_\_\_\_

1 O que você entende por Cuidados paliativos?

---

---

2 Em sua área de abrangência existe algum paciente em Cuidados Paliativos Oncológico?

SIM

NÃO

3. Em caso de resposta afirmativa, em qual grau de dependência funcional de Atividades de Vida Diária (AVD) o paciente se encontra?

- Grau I: Incontinência urinária e fecal;
- Grau II: incontinência urinária e fecal e alimentação por tubos enterais ou incapacidade de alimentar-se/hidratar-se sem auxílio;
- Grau III: incontinência urinária e fecal, alimentação por tubos enterais ou incapacidade de alimentar-se/hidratar-se sem auxílio e imobilização permanente em leito ou poltrona.

( ) Grau I    ( ) Grau II    ( ) Grau III    ( ) Não foi possível avaliar

4. Quais das habilidades abaixo você considera essencial para um profissional de saúde atuar com pacientes em Cuidados paliativos?

- ( ) Ser humano e saber disponibilizar os cuidados necessários de acordo com o protocolo de emergência.
- ( ) Saber lidar com pacientes em estágio final da vida.
- ( ) O profissional de saúde precisa ter a visão integral do paciente.

5. Como você considera que devem ser disponibilizados os Cuidados Paliativos a pacientes oncológicos?

- ( ) Por profissionais de saúde, com o objetivo de cura do paciente.
- ( ) Através de uma equipe multidisciplinar, com monitoramento de sintomas e plano de cuidados compartilhado com o paciente, quando possível, e a família.
- ( ) Com plano de cuidados diário, orientado pelo médico.

6. Qual a ordem de prioridade você acha que deve disponibilizar a um paciente em Cuidados Paliativos, com relação ao alívio dos sintomas?

- ( ) Físicos, emocionais e espirituais
- ( ) Emocionais, físicos e espirituais
- ( ) Espirituais, emocionais e físicos.

Obrigada pela sua participação!

## Apêndice 4 - Plano de Curso

1. Título do plano de curso: Cuidados Paliativos (CP) Oncológico a Pacientes e Familiares na Atenção Básica: uma abordagem multi e interdisciplinar
  2. Público-alvo: Enfermeiros e Médicos da Atenção Básica do Município de Juazeiro--BA
  3. Carga Horária
    - 3.1. 20 horas/aula, divididos em 6 grupos chamados de Borboleta Apolo, Borboleta Coruja, Borboleta Flambeau, Mariposa Lua, Mariposa Elefante e Mariposa Atlas. Cada grupo realizou 6 oficinas, em cada grupo teve, em média, 14 integrantes, no turno da tarde para zona urbana e da manhã para zona rural, sendo 3h por oficina, o restante da carga horária foi aplicada em atividades que os profissionais realizaram nas suas áreas de atuação, os Projetos Terapêuticos Singulares( PTS) e trouxeram para apresentação e discussão em sala.
  4. Objetivo: capacitar os profissionais de saúde da atenção básica em cuidados paliativos oncológicos
  5. Planejamento das Oficinas
    - 5.1. Execução/certificação
      - 5.1.1. Zona urbana - As oficinas foram realizadas duas vezes por mês com cada grupo, no turno da tarde, das 14:00 às 17:00h. Durante 3 meses, num total de 6 oficinas presenciais por grupo, totalizando 18 horas, as 2 horas restantes correspondem a construção dos PTS.
      - 5.1.2. Zona rural – As oficinas foram realizadas uma vez por mês com cada grupo no turno da manhã, das 08 às 11:00 horas. Durante 6 meses num total de 6 oficinas presenciais por grupo, totalizando 18 horas, as 2 horas restantes corresponderam a construção dos PTS.
- Obs2: A capacitação foi realizada por meio de oficinas, baseadas em metodologias ativas.
- 5.2. Organização da oficina
    - 5.2.1. Metodologia de Ensino: Metodologias Ativas, através da aprendizagem baseada em problemas.
      - Técnicas de ensino empregadas: dinâmicas de grupo aplicadas pelo moderador, como: jogo de tabuleiro, caça ao tesouro; Projeto Terapêutico Singular (PTS); resolução de casos e situações clínicas, murais e diários de bordo.
      - Recursos de ensino: cartolinas, pinceis, lápis, tintas, entre outros e audiovisuais.
    - 5.2.2. Os momentos de cada oficina foram divididos em 3 etapas:

- 5.2.2.1. Apresentação do roteiro, discussão da metodologia e retirada de dúvidas;
- 5.2.2.2. Discussão e apresentação dos grupos;
- 5.2.2.3. Síntese do processo de aprendizagem, discussão dos resultados esperados/alcançados, levantamento de críticas ao método empregado e avaliação de satisfação do curso.

5.2.3. Conteúdo Programático:

1ª Oficina: Reflexão sobre Câncer, Definição e origem dos cuidados Paliativos;

2ª Oficina: Níveis de atenção dos cuidados paliativos, Ações Paliativas e Projeto Terapêutico Singular (PTS);

3ª Oficina: Princípios dos Cuidados Paliativos Gerais, baseados nos Sintomas e Ética e bioética;

4ª Oficina: CP para Crianças e Adolescentes;

5ª Oficina: O Papel da Equipe e do Cuidador em CP, Principais Dependências Funcionais: Atividades de Vida Diária (AVD) e Instrumentos Utilizados para Medir a Condição Clínica do Paciente (escalas);

6ª Oficina: Revisão de todo conteúdo, através da caça ao tesouro, apresentação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e entrega do Certificado.

Para obtenção do certificado, foi necessário presença de 95% nos encontros e 5% das atividades realizadas nas áreas de atuação.

Elaborado por: Luciana Paula Fernandes Dutra (Mat. SIAPE 1635981)

Data de Elaboração: agosto/2017.

## Apêndice 5 - Roteiros das Oficinas

### 1ª Oficina

Equipe Responsável: Facilitadora: Professora Luciana Dutra e Colaboradoras: discentes do curso de enfermagem do 7º período Sally, Letícia e Paula

Tempo destinado para a oficina manhã: das 8:00 às 11:00h, intervalo 15 min. No total de 3h.

Tempo destinado para a oficina tarde: das 14:00 às 17:00h, intervalo 15 min. No total de 3h.

Lista de Frequência com os nomes dos integrantes.

Local: Sala 36, da UNIVASF de Juazeiro, bloco dos colegiados.

Material utilizado: Projetor multimídia, fita crepe, caixa de som, celular, computador.

Temas Abordados: Reflexão sobre Câncer e Conceito dos Cuidados Paliativos (CP)

#### Roteiro da 1ª Oficina:

1º Momento: arrumar a sala e colocar o som ambiente

2º Momento: distribuir para cada participante ao chegar receber o quite com a pasta contendo: bôton, caneta, bloco de anotações, cronograma, roteiro das oficinas, 2 vias do TCLE, uma via será recolhida pela colaboradora após a assinatura do participante e uma via do pré-teste, que também será recolhida pela colaboradora), a lista de frequência com assinatura do participante por oficina (15 min, até às 14:15h);

3º Momento: Dinâmica de apresentação e entrosamento: Se organizar em duplas e terão 5 minutos para se conhecer e um apresentar o outro. No “powerpoint”, terão as questões a serem respondidas (nome, se tem alguma vivência em CP e com uma palavra, qual a expectativa do curso (45min, até às 15h)

3º Momento: construir o contrato de convivência (10 min, até às 15:10h);

5º Momento: Fazer o pré-teste (10 min, até às 15:20h);

6º Momento: Apresentar o plano do curso (10 min, até às 15:30h);

Intervalo (15 min, até às 15:45h) Servir o Lanche

7º Momento: Desenvolvimento do tema (40 min, até às 16:25 h).

#### 7.1 Reflexão sobre o câncer

Objetivo: propiciar oportunidade de sensibilizar os participantes de refletirem sobre como é receber um diagnóstico com câncer.

Colocar música ambiente e iniciar: Hoje vamos conversar e refletir sobre câncer, não precisa me responder, o que é para você receber um diagnóstico de câncer? feche o olho e pense você recebendo o diagnóstico. Como você pensa nas pessoas que você ama? No seu trabalho, seus colegas? Suas finanças? Seu lazer? Seu corpo? Sua rotina? Sua morte?

Socialização: Que impacto o câncer tem na vida do indivíduo e família? Como você olha este contexto? E diante deste contexto, como você define cuidados paliativos? Cada integrante que falar irá se apresentar antes de falar.

7.2 Facilitadora apresenta origem e o conceito de CP, através de slide e um vídeo (10 min, das 16: 25 às 16:35h);

8º momento: Atividade extraclasse, eleger um paciente cuidado por você, para realizarmos estas atividades, pegue todos os dados sobre ele, inclusive o contexto que ele está inserido. Você precisará destes dados no decorrer do curso (5 min, das 16:35 às 16:40h);

As colaboradoras irão captar todas as atividades/produtos trabalhados por cada integrante e agregar em portfólios individuais.

8º momento: Avaliação do dia por cada aluno, expressada com uma palavra, através do mural interativo (10 min das 16:40 às 16:50h);

9º momento: Sugestões e encerramento. Tempo disponível: 10 min (das 16:50 às 17:00h).

## **2ª Oficina**

Facilitadora: Professora Luciana Dutra

Papel da facilitadora: conduzir a oficina

Observadores e colaboradores: Sally, Letícia e Paula

Tempo destinado para a oficina manhã: das 8:00 às 11:00h, intervalo 15 min. No total de 3h.

Tempo destinado para a oficina tarde: das 14:00 às 15:40h, intervalo 15 min, das 15:55 às 16:45h. No total de 3h.

Lista de Frequência com os nomes dos integrantes.

Local: Sala 31, da UNIVASF de Juazeiro

Material necessário: Pincel atômico; Crachás; Canetas hidrográficas; água; café, lanche.

Temas Abordados: Níveis de Atenção dos CP, Ações Paliativas e Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Registrar expressões chaves do(a) participante

1º momento: Dinâmica de interação da Equipe. Nome: Qual é a sua cor? (Apostilha de dinâmicas pág 19) (até às 14:40h)

2º Momento: DESENVOLVIMENTO DO TEMA (até às 15:40h).

2.1 A facilitadora resgata pontos da oficina anterior que considera relevantes, através do mural interativo: Aliviar, amar, conforto, empatia, prioridade e integralidade. Tempo disponível: 10 min.

2.2 Dividir a sala em grupos de acordo com o número de integrantes, vale salientar que eram grupos diferentes da 1ª oficina. Tempo disponível: 50 min. Através de uma dramatização, os participantes irão apresentar ações que eles consideram paliativas e em qual ambiente podem ser desenvolvidas, expressando momentos que vivenciaram na sua prática.

Intervalo de 15:40 min (Servir o Lanche)

2.3 Apresentação dos grupos: Tempo disponível: 20 min, 5 min por grupo.

3º momento: Facilitadora apresenta a aula através de slides, fazendo uma comparação com os trabalhos apresentados. Temas Abordados: Níveis de Atenção dos CP, Ações Paliativas e Projeto Terapêutico Singular (PTS).

4º momento: Avaliação do dia através do mural interativo, tempo disponível, 10 min (das 16:25 às 16:35:h)

4.1 Solicitar que um representante de cada grupo faça uma breve avaliação da atividade, questionar como se sentiram, o que gostaram ou não gostaram e sugestões

7º momento: Atividade extra classe: cada integrante irá realizar com o paciente escolhido da atividade extra classe anterior e elencar um Projeto Terapêutico Singular (PTS), baseado nos sintomas apresentados e no local que ele receberá os CP. Tempo disponível: 10 min.

### **3ª Oficina**

Facilitadora: Professora Luciana Dutra

Tempo destinado para a oficina tarde: das 14:00 às 15:40h, intervalo 15 min, das 15:55 às 16:45h. No total de 3h.

Tempo destinado para a oficina manhã: das 8:00 às 11:00h, intervalo 15 min. No total de 3h.

Lista de Frequência com os nomes dos integrantes.

Local: Sala 30, da UNIVASF de Juazeiro

Material necessário: Pincel atômico; Crachás; Folhas de cartolinas; Canetas hidrográficas; fitas crepe vermelha, amarela e verde; água; café, lanche.

Temas Abordados: Princípios dos CP gerais e baseados nos Sintomas, Ética e bioética.

Registrar expressões chaves do(a) participante

1º momento: Dinâmica do Nó. Essa dinâmica ajuda a estimular o raciocínio e o trabalho em equipe. Tempo disponível: 15 min (das 14: 00 às 14:15h). OBJETIVO: desmanchar um nó feito com pessoas. MATERIAL: nenhum. COMO FAZER: Todos os participantes formam um

círculo dando as mãos. Cada um verifica quem está à sua direita e à sua esquerda. Isto é muito importante, pois pode haver confusão depois, portanto, peça que cada um fale alto pra si e para os outros: “João está à minha direita e Ana, à minha esquerda”, etc. Ao sinal da facilitadora, os participantes soltam as mãos e caminham pelo espaço ao som da música, aleatoriamente, até ouvirem um sinal (palma ou assovio). Ao ouvir o sinal, todos devem parar EXATAMENTE ONDE ESTÃO. Agora, sem sair de suas posições, deverão dar sua mão direita para quem estava à sua direita e sua mão esquerda para quem estava à esquerda. Fazendo isso, vai se formar um nó de pessoas, e deverá ser desfeito, voltando o círculo à posição inicial, sem que ninguém solte as mãos.

Importância da dinâmica: o facilitador coloca a importância do trabalho em equipe.

## 2º Momento: DESENVOLVIMENTO DO TEMA

2.1 O facilitador resgata pontos da oficina anterior que considera relevantes, sejam aspectos positivos ou negativos. Tempo disponível: 10 min (das 14:15 às 14:25h).

2.2 Dinâmica de júri simulado. Tempo disponível: 1h (das 14:25 às 15:25h).

O facilitador e colaboradores irão colocar com fita crepe colorida três círculos no chão nas cores verde (concorda com a resposta), amarela (concorda com a resposta, em parte) e vermelha (discorda da resposta). Dentro de cada círculo será colocado uma cartolina com as cores de acordo com a fita. O facilitador apresentará o caso clínico no slide e solicitará que cada pessoa procure o círculo que para ele corresponderá a resposta do caso. Quando todos se posicionarem o facilitador solicitará que cada grupo eleja um integrante para dizer o porquê da resposta escolhida (adaptado da dinâmica júri simulado, apostilha de dinâmicas, pág 59).

Intervalo de 15:00 min (das 15:25 às 15:40h)

3º momento: Facilitador apresenta a aula através de slides, fazendo uma comparação com os casos clínicos e condutas apresentadas. Tempo disponível: 18 min (das 16:12 às 16:30h).

4º momento: Avaliação do dia, através do mural interativo, tempo disponível, 10 min (das 16:30 às 16:40:h)

4.1 Solicitar que um representante de cada grupo faça uma breve avaliação da atividade e coloque como se sentiu, o que gostou ou não gostou e sugestões.

7º momento, Atividade extra classe: cada integrante irá realizar uma visita ao domicílio do paciente escolhido e através dos princípios dos CP irá fazer orientações e procedimentos, se necessário, através de um PTS, para que o cuidador principal execute. Tempo disponível para apresentar e tirar dúvidas: 10 min (das 16 :40 às 16:50h).

#### **4ª Oficina**

Facilitador: Professora Luciana Dutra

Tempo destinado para a oficina tarde: das 14:00 às 15:40h, intervalo 15 min, das 15:55 às 16:45h. No total de 3h.

Tempo destinado para a oficina manhã: das 8:00 às 11:00h, intervalo 15 min. No total de 3h.

Lista de Frequência com os nomes dos integrantes.

Local: Sala 30, da UNIVASF de Juazeiro

Material necessário: Pincel atômico; Crachás; Canetas hidrográficas; água; café, lanche, embalagens, caixa de chocolate, tabuleiro do jogo, dados e cartas.

Temas Abordados: CP a Criança/Adolescente.

Registrar expressões chaves do(a) participante

1º momento: Dinâmica de interação da Equipe. Nome: A Caixa de surpresa, (pág 16, da apostilha de dinâmicas) (até às 14:40h).

2º Momento: Desenvolvimento do tema (até às 15:30)

2.1 O facilitador resgata pontos da oficina anterior que considera relevantes, sejam aspectos positivos ou negativos. Tempo disponível: 10 min.

2.2 Facilitador apresenta a aula através de slides.

Intervalo (15 min)

3º Momento: Revisão do assunto: Dividir a sala em grupos de acordo com o número de integrantes, vale salientar que serão grupos diferentes das demais oficinas. Tempo disponível: 1h Através de um jogo de tabuleiro (as regras do jogo estão nos slides), os participantes irão realizar uma revisão do que foi transmitido na aula.

4º momento: Avaliação, O que eu sugiro trocar? Tempo disponível, 10 min (das 16:25 às 16:35h)

4.1 Solicitar que um representante de cada grupo faça uma breve avaliação da atividade, questionar como se sentiram, o que gostaram ou não gostaram e sugestões

7º momento, Atividade extra classe: cada integrante irá trazer sua atividade extra classe da oficina anterior e iremos sortear alguns integrantes para apresentarem sua atividade ao grupo e desta forma realizarmos uma discussão.

#### **5ª Oficina**

Facilitador: Professora Luciana Dutra

Tempo destinado para a oficina manhã: das 8:00 às 11:00h, intervalo 15 min. No total de 3h.

Tempo destinado para a oficina tarde: das 14:00 às 15:40h, intervalo 15 min, das 15:55 às 16:45h. No total de 3h.

Lista de Frequência com os nomes dos integrantes.

Local: Sala 30, da UNIVASF de Juazeiro

Material necessário: Pincel atômico; Crachás; Canetas hidrográficas; água; café, lanche, embalagens, caixa de chocolate, tabuleiro do jogo, dados e cartas.

Temas Abordados: O Papel da Equipe e do Cuidador em CP.

Registrar expressões chaves do(a) participante

1º momento: Dinâmica de interação da Equipe. Nome Jogo dos Bilhetes (Apostilha de dinâmicas, pág 26) (até às 14:40h).

2º Momento: Desenvolvimento do tema (até às 15:30)

2.1 O facilitador resgata pontos da oficina anterior que considera relevantes, sejam aspectos positivos ou negativos. Tempo disponível: 10 min.

2.2 Facilitador apresenta a aula através de slides.

Intervalo (15 min)

3º Momento: Revisão do assunto através do bingo do conhecimento (Apostilha de dinâmicas, Pág 13) (as regras do jogo estão nos slides), os participantes irão realizar uma revisão do que foi transmitido na aula.

4º momento: Avaliação, O que eu sugiro trocar? Tempo disponível, 10 min (das 16:25 às 16:35h)

4.1 Solicitar que um representante de cada grupo faça uma breve avaliação da atividade, questionar como se sentiram, o que gostaram ou não gostaram e sugestões

7º momento, Apresentação da atividade extra classe: cada integrante irá trazer sua atividade extra classe e iremos sortear alguns integrantes para apresentarem sua atividade ao grupo e desta forma realizarmos uma discussão.

## **6ª Oficina**

Facilitador: Professora Luciana Dutra

Tempo destinado para a oficina tarde: das 14:00 às 15:40h, intervalo 15 min, das 15:55 às 16:45h. No total de 3h.

Lista de Frequência com os nomes dos integrantes.

Local: Sala 30, da UNIVASF de Juazeiro

Material necessário: Pincel atômico; Crachás; Canetas hidrográficas; água; café; sucos; lanches; tesouro; envelopes coloridos.

Temas Abordados: Revisão de todo o Conteúdo.

Registrar expressões chaves do(a) participante

1º momento: Depoimento de uma paciente de área de um integrante do grupo, no 1º grupo, nos demais grupos foi o relato do depoimento da paciente, pela facilitadora.

2º Momento: Desenvolvimento do tema (até às 15:30)

2.1 O facilitador resgata pontos da oficina anterior que considera relevantes, sejam aspectos positivos ou negativos. E solicita aos membros que ainda não apresentaram seu PTS, que apresente ao grupo. Tempo disponível: 30 min.

Intervalo (15 min)

3º Momento: Revisão do assunto através do assunto através da caça ao tesouro. O facilitador apresentará as regras do jogo.

4º Momento: AVALIAÇÃO, O que eu sugiro trocar? Tempo disponível, 10 min.

4.1 Solicitar que um representante de cada grupo faça uma breve avaliação do curso, questionar como se sentiram, o que gostaram ou não gostaram e sugestões.

7ºMomento: Atividade extra

classe, cada integrante irá passar para os demais colegas que ainda não realizaram o curso, a relevância do mesmo. Se valerá a pena fazê-lo.

8º Momento: Entrega do Certificado.

## Apêndice 6 - Fotos das Oficinas

### Fotos da 1ª Oficina



## Fotos da 2ª Oficina



## Fotos da 3ª Oficina



**Fotos da 4ª Oficina**



**Fotos da 5ª Oficina**



## Fotos da 6ª Oficina



## Apêndice 7 - Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) Desenvolvidos pelos Profissionais

### **Capacitação em cuidados paliativos**

#### **Projeto terapêutico singular**

**Profissional: A. M. S. F. C.**

J. R, 85 anos, comparece na unidade de saúde trazido pela filha a qual relata que o pai está urinando sangue há 2 dias sem outros sintomas associados. Paciente relata fraqueza nas pernas com piora recente e perda ponderal que não soube quantificar. Não fazia acompanhamento na unidade de saúde até então. Devido ao quadro clínico, foi encaminhado ao hospital regional onde foi feita a investigação da causa da hematúria. Ao retornar à unidade de saúde, trouxe relatório de alta o qual descrevia que o paciente foi diagnosticado com câncer de próstata com comprometimento de bexiga. A família optou por leva-lo ao urologista particular o qual prescreveu uma medicação que custava 400 reais por mês e que tinha como principal efeito o alívio dos sintomas urinários em pacientes com quadro de retenção urinária decorrente de neoplasia de próstata avançada. O paciente estava apresentando incontinência urinária, fazia uso de fraldas geriátricas sem desconforto. A família trouxe a preocupação com a compra da medicação pois tinha uma renda mensal de um salário mínimo (aposentadoria de J. R) porém temiam parar a medicação. Como o medicamento não tinha nenhum efeito na melhora do prognóstico do paciente e o paciente não estava apresentando até então desconforto urinário, estando bem adaptado ao uso de fraldas, foi decidido em conjunto com a família a suspensão da medicação e os cuidados paliativos do paciente seriam prestados pela equipe de saúde da família de referência.

J.R morava e era cuidado pela filha M.R de 55 anos. Tinha outros filhos mas que moravam em outras cidades e tinham pouco contato. Viúvo há 10 anos. Moravam numa casa de alvenaria, com três cômodos, banheiro dentro da casa, bem arejada e de acesso fácil. J. R passava boa parte do tempo deitado. A filha as vezes colocava ele na sala ou na porta de casa para tomar sol mas não era frequente. Associado a isso, ele tinha uma diminuição do apetite. Não se queixava de dor porém relatava diminuição importante da força dos MMII e perda de controle dos esfíncteres.

Discutido o caso com a equipe de saúde e pactuado que faríamos inicialmente visitas quinzenais da médica ou enfermeira e solicitamos uma maior atenção do ACS às demandas da filha e queixas do paciente. Como a unidade não dispõe de equipe NASF e era localizada numa zona rural distante não podíamos contar com nutricionista, psicóloga ou assistente social.

Plano terapêutico singular

Responsável: **A. M. S. F. C.**

#### **Curto prazo**

Fornecimento de fraldas geriátricas

Prevenção de escaras

Prevenção de trombose

Compreensão do adoecimento, da impossibilidade de cura e possibilidades de melhora da qualidade de vida

Melhora do estado nutricional

Tratamento da anemia

Banhos de sol diários

Exercício para fortalecimento de MMII

Interlocução com serviço especializado de referência.

**Médio prazo**

Monitoramento da presença de escaras e desconforto urinário

Monitoramento e tratamento da dor

PMJ – Secretaria Municipal de Saúde

Curso de Cuidados Paliativos – Profa. Luciana – UNIVASF

Aluna: [REDACTED] L. S. R.

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR**

Unidade de saúde da família: Brisas da Serra – Juazeiro BA

Data: 30/novembro/2018

Equipe: Enfa: [REDACTED] L. S. R.

Médico: [REDACTED] M.

Odonto: [REDACTED] R.

ACS: [REDACTED] R.

1 - Identificação-Dados Pessoais

Nome: [REDACTED] T. P. L.

DN: 30/06/1940      Id:77 anos

Religião: católica, frequentava igreja local do bairro JP II Nossa Senhora

Endereço: [REDACTED] Brisas da Serra

2 - H. Social: Casa Própria, luz, água encanada, saneamento básico, esgotamento sanitário público

2.1 – Situação Ocupacional: Afazeres Domésticos. Recebia benefício do INSS. Pensionista. Informante não soube precisar qual benefício.

3 - H. Familiar: Idosa, nasceu no interior da PB, casada há 54 anos, morava com uma neta (a entrevistada, considerada filha, pq foi quem a criou), marido, outra filha, genro, mais 2 netas, totalizando 07 pessoas na casa, com 3 cômodos. Tinha bom relacionamento com todos. Não etilista. Fumante há uns 15 anos. Passou a fumar depois que perdeu uma filha acometida de CA de mama.

4 - Eco mapa : frequentava a USF JP 2, ia a missas na Igreja local Nossa Senhora, visitava familiares em outras cidades, ia a feiras e gostava de ver novelas. Não praticava atividades físicas.

5 - H Pessoal: Pariu 09 filhos, todos de PN, nega abortos. Exercia atividades domésticas. Nunca trabalhou fora de casa. Estudou apenas a alfabetização.

6 - HDA: Portadora de HAS + gastrite. Fazia uso de Alodipina 5mg 01 comp/dia e Omeprazol. Sedentarismo e sobrepeso.

7 - H. Psicológica: relatava ser muito preocupada e nervosa

8 – DADOS DO ATENDIMENTO/ H.D. A. /oncológica: Primeiro atendimento registrado na UBS JP II, data de 09/01/1998, onde se observa anotações de consultas médicas e de enfermagem, relacionados a problemas de HAS e gastrite.

Aos 70 anos, em 20/08/2010, foi à UBS, com queixa de dor torácica, que tem início em região posterior e que irradia para região anterior. Fez exame da esteira e ECG, sem alteração. Relatava ter problema na coluna, bico de papagaio. Sentia dor no estômago e azia, após alimentação, e enxaqueca. Sentia falta de ar aos moderados esforços. Pct era acompanhada pelo Hiperdia.

Ao exame: em CM, 20/08/2010:

ACV: RCR em 2T, sem sopros

AR: MV + sem anormalidades em 2010/ creptos em base HTE (09/10/2012, com queixa de tosse) e em 22/03/17: sibilos

ABD: NDN.

MMII: veias varicosas

Rx de coluna torácica: desvio do eixo torácico de convexidade para a esquerda. Sinais de doença discal degenerativa. Redução de textura óssea.

Recusou realizar fisioterapia, orientada pela equipe.

## 9 – DESCRIÇÃO DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

9.1 – HAS

9.2 – Dor torácica posterior (coluna torácica)

9.3 – Pirose

9.4 - Dor no tornozelo (há 3 semanas)

9.5 – Tabagismo

9.6 – Dislipidêmica

9.10 – Glaucoma bilateral

9.11 – Dispneia (em 06/06/2013)

9.12 – Osteoporose

9.13 – Tosse seca frequente e reincidivante

9.14 – Prolapso genital

9.15 – Rx de tórax (23/01/2017) = “nódulo denso em lobo superior esquerdo” + “importante escoliose dorsal”

9.15 – Ansiedade moderada

9.16 – Sedentarismo

## 10 – PLANO DE AÇÃO DA EQUIPE/ INTERVENÇÃO

10.1 – Farmacológico: Anlodipino 5m/dia

Losartana 50mg/dia

Sinvastatina 20mg/dia

Dipirona 500mg S/N

Omeprazol 20mg

Cálcio + Vitamina D

Brondilat

10.2 – Exames solicitados: Rx de tornozelo D e E (teve como resultado, “esporão calcanear em região plantar bilateralmente, mais pronunciado à esq).

10.3 – Encaminhamentos: Ao oftalmologista

Retorno com 2 meses com Enfermeira (HIPERDIA/ Preventivo)

Fisioterapia 10 sessões

Ao pneumologista (devido resultado de Rx de tórax de jan 2017)

Acompanhamento com o NASF (grupo de apoio e tto aos fumantes)  
Deixou de fumar em 2012

10.4 - Como em 2013, agravou-se o quadro de dor torácica e dispneia, foi solicitado TC de tórax, e HD de DPOC.

10.5 – Articulação com NASF, para apoio e acompanhamento psicológico (“muito nervosa e preocupada”)

10.6 – Terapia ocupacional / Educador físico da equipe de referência/ Grupo de Hipertensos.

10.7 – Programação de visitas domiciliares pelo ACS e ENFA, para avaliação e monitoramento das intervenções sugeridas.

### 11. Evolução:

Em junho de 2018, pct foi à UBS, para pedir renovação de receituários de continuidade de tratamento, e levar resultado de exames. À clínica, informou que estava fazendo tto quimioterápico, porém, nesta entrevista, a neta, considerada filha da pct, informou que a mesma fazia tratamento alternativo, que se consistia numa mistura de ervas, em forma de comprimidos e cápsulas diversas, identificadas como extratos, vindo de BSB, enviados por familiares que residem lá. Neste mesmo dia, a sra. Terezinha, sofreu infarto fulminante, evoluindo a óbito em sua residência.

\*\*\*\*\*



PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: Argemiro

ACS: M. CONTATO:

IDENTIFICAÇÃO/DADOS PESSOAIS

NOME: F. L. F.

DN: 01/10/1950 IDADE: 67 anos

RELIGIÃO: Católica

ENDEREÇO: Bairro Argemiro

TEL(S):

SITUAÇÃO OCUPACIONAL

- DESEMPREGADO(A) - QUANTO TEMPO: \_\_\_\_\_
- EMPREGADO - FUNÇÃO: \_\_\_\_\_
- APOSENTADORIA  BENEFÍCIO QUAL? \_\_\_\_\_

DADOS DO ATENDIMENTO

1º CONTATO  V.D.  ATENDIMENTO DATA: 03/07/2018

PROFISSIONAL: Enfermeiro da ESF + ACS

MOTIVO: Paciente com câncer em estágio terminal mais suspeita de negligência familiar

CONDUTAS REALIZADAS PELA ESF:

Visitas domiciliares com profissionais da ESF e do NASF, encaminhamento para rede especializada, reunião com assistente social do CRAS, Visita domiciliar com nutricionista da SESAU.

DESCRIÇÃO DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS (INDIVIDUAL OU COLETIVO).

Idosa: Dificuldade de locomoção; incontinência urinária; osteoporose.

Familiar: situação de negligência no tocante a idosa e criança; situação de risco e vulnerabilidade social.

IDENTIFICAR O QUE É PRIORIDADE ENTRE TODOS OS PROBLEMAS LISTADOS:

SAÚDE FÍSICA	X
SAÚDE MENTAL	X
AVALIAÇÃO FUNCIONAL	X
AVALIAÇÃO COGNITIVA	

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL	
SUPOORTE SOCIAL	X
MOBILIDADE	
ENCAMINHAMENTOS	X
RELATÓRIO	

**DISCUSSÃO DAS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:**

- Dificuldade de locomoção: segundo informações colhidas vem se agravando desde 2015, confirmado com exames complementares (densitometria óssea + radiografia);
- Incontinência urinária: causa não diagnosticada;
- Situação de negligência: em estudo com ENASF I + ESF do Argemiro;

**PLANO DE AÇÃO DA EQUIPE/INTERVENÇÃO.**

- Reunião de equipe para discussão do caso (NSF + ESF);
- Encaminhamentos para rede intersetorial e intrasetorial (assistente social do NASF);
- Visitas domiciliares: ESF e ENASF;
- Encaminhamentos para consultas e exames;
- Reunião com assistencial do NASF + CRAS;
- Preencher ficha de notificação compulsória.

**DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO:**

<b>CURTO PRAZO</b>	- Visitas domiciliares e encaminhamentos.
<b>MÉDIO PRAZO</b>	- Visitas domiciliares e encaminhamentos...
<b>LONGO PRAZO</b>	- Visitas domiciliares e encaminhamentos...

**PERIODICIDADE DO ACOMPANHAMENTO:**

PROFISSIONAL/EQUIPE	TURNOS DA VISITA	DATA
Enfermeiro + ACS/ESF Argemiro	Manhã	03/07/18
Médico da ESF/ ESF Argemiro	Manhã	08/07/18
Assistente Social/NASF	Manhã	15/07/18
Nutricionista/SESAU	Manhã	25/07/18

## PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

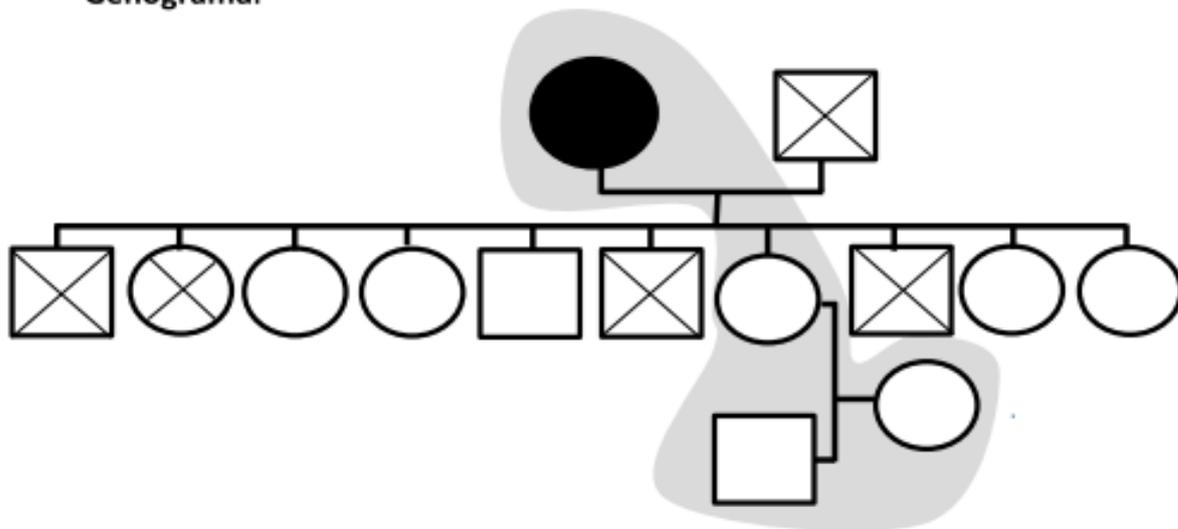
UBS PIRANGA EM JUAZEIRO-BA

P. R. A.

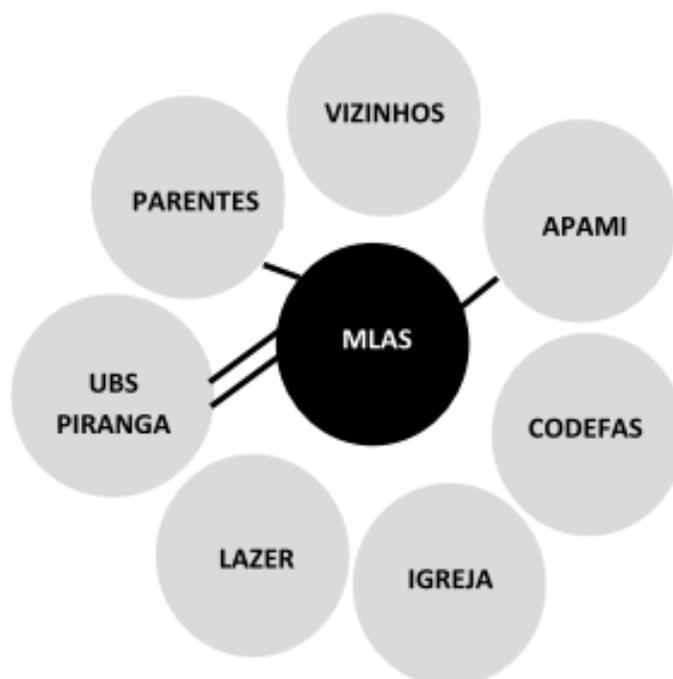
(MÉDICA DA UBS)

**Identificação:** MLAS, 79 anos, dona-de-casa, viúva, pensionista, branca, católica, natural de Lagoa Grande-PE, procedente de Juazeiro-BA há 3 meses.

**Genograma:**



**Ecomapa:**



## **História de vida:**

MLAS nasceu e morou por anos em Lagoa Grande-PE. Teve 10 filhos com seu único marido, que faleceu há 20 anos vítima de IAM. Passou a morar sozinha com ajuda da pensão de seu ex-companheiro, mantendo uma vida ativa, independente e frequentando veemente a Igreja Católica. Sofreu várias perdas ao longo da sua vida. Seu primeiro filho morreu com menos de 1 mês de vida, outro sofreu de afogamento aos 32 anos e um vítima de facada com 20 anos de idade. Há 2 anos, passou a sofrer de Mal de Alzheimer, quando foi morar com sua filha mais velha e, devido a insônia e diversos episódios de agitação, passou a usar clonazepam 2mg à noite. Há 3 meses, no entanto, essa filha cometeu suicídio. Foi obrigada, então, a se mudar para Juazeiro-BA, para morar com sua filha dona-de-casa, genro e neta. Estes passaram a ouvir muitas reclamações de fortes dores abdominais, que foram investigadas na APAMI de Petrolina e diagnosticado câncer de colo de útero com metástase para fígado, reto, linfonodos e bexiga, estágio sem chances de cura. Foram prescritos, então, analgésicos simples e potentes, se dor forte e a APAMI deixou claro que estaria disponível para qualquer eventualidade, dúvidas e renovação de receita.

## **1º contato:**

A filha solicitou à ACS da UBS Piranga a visita da médica para renovação de receitas e avaliação da paciente que vinha reclamando de muita dor abdominal, além de agitação com uso de codeína. Não tinha mais receitas de tramal ou morfina. A filha queixa-se de dor nas costas devido ao peso da mãe, que se apoia totalmente nela para caminhar muito lentamente até a cadeira de banho e teme um acidente grave. É a única a cuidar da mãe, pois seu marido trabalha o dia todo, a filha faz curso pré-vestibular (portanto, chegam cansados e mal conversam com a paciente) e seus irmãos moram longe e não vêm visita-la, apenas ligam às vezes e “parecem não entender que a mãe tem uma doença grave”. Refere que a paciente vem se mantendo boa parte do tempo na cama, que uma vez ao dia coloca sentada mas não aguenta mais que 30 minutos, pede para se deitar, além de chorar e gritar muito, deixando-a nervosa. Para tentar “controlá-la”, ela administra clonazepam de dia e, à noite, mesmo com outra dose do medicamento, ela não dorme bem. A paciente acabara de dormir quando a equipe chegou a sua casa e foi preferido pela sua cuidadora que não fosse acordada.

## **Lista de problemas:**

1. Idosa
2. Acamada
3. Doença de Alzheimer
4. Câncer de colo de útero com metástases
5. Choro fácil: depressão?
6. Dor abdominal importante
7. Esgotamento da filha
8. Abandono dos demais familiares
9. Excesso de benzodiazepínico

### **Plano terapêutico:**

1. Suspendido pela médica o uso de codeína (devido a piora da agitação)
2. Prescrito tramadol se dor forte
3. Orientada a procura da APAMI para solicitação de receita de morfina (já que não dispunha de receituário amarelo)
4. Clonazepam apenas à noite
5. Retorno precoce
6. Solicitado que mantivesse paciente acordada para exame físico e avaliação do grau de avanço do Alzheimer na próxima visita
7. Solicitada visita de psicólogo para cuidadora

### **2º contato:**

Cuidadora conseguiu a receita de morfina na APAMI. Refere que está administrando clonazepam apenas à noite e, com isso, a mãe vem se mantendo com menos dor, mais acordada durante o dia ("às vezes até canta") e dormindo bem à noite. Encontrou-se a paciente acordada, sentada na cadeira em seu quarto e comunicativa, porém muito caquética. Queixava-se de cólica por gases e dores e inchaço com dor nas pernas. Oscilava com alguns momentos de desorientação, quando atribuía as dores à passeata que tinha participado no dia anterior. Filha relatou mancha avermelhada em ambos os calcanhares, compatíveis com início de escaras além de constipação (4 a 5 dias sem evacuar). Sobre a dieta, aceita nada mais além de papa de aveia, alguns sucos e sopa de feijão e vem emagrecendo progressivamente. Bebe pouca água, cerca de 2 copos/dia. A filha sente falta de sair de casa para almoçar fora, ir à casa das amigas, resolver coisas no centro da cidade ou até realizar alguns exames de rotina que há anos não fazia. Em relação aos custos financeiros, cuidadora refere que marido ganha pouco, mas dá para manter o mínimo da casa, que a pensão da mãe é suficiente para compra de remédios e fraldas, porém não têm condições de comprar uma cadeira de rodas.

### **Plano terapêutico para metas de curto prazo:**

1. Manter orientações dadas anteriormente
2. Pegar clonazepam na farmácia da Secretaria de Saúde, gratuitamente
3. Levar paciente para outros cômodos da casa para contato com neta e genro, além de assistir televisão
4. Percebido que paciente gosta de música e era religiosa, orienta-se escutar rádio, missas, músicas de igreja
5. Elevação de membros inferiores quando sentada, para evitar edema
6. Simeticona e lactulona se necessário
7. Explicado que idoso raramente sente sede, então ofertar água constantemente
8. Mudança de decúbito a cada 2 horas
9. Óleo de girassol em lesões de calcanhares

### **Plano terapêutico para metas de médio/longo prazo:**

Foi feita uma reunião com todos os funcionários da UBS, juntamente com o NASF. Tarefas foram distribuídas e algumas metas foram traçadas.

1. Tentar contato, explicar a situação da mãe e estimular a vinda de alguns filhos para ver a mãe
2. Realizar o mínimo possível de exercício físico para evitar que fique 100% acamada
3. Levá-la a igreja e, até mesmo, ao CODEFAS (local próximo a sua casa, onde semanalmente tem encontro de idosos)
4. Encontrar outro cuidador, para que haja revezamento e a filha possa retomar suas atividades aos poucos
5. Paciente passe a gostar de outros tipos de alimentos e tenha um melhor aporte calórico
6. Cadeira de rodas
7. Estreitar laços avó-neta e sogra-genro

### **Divisão de responsabilidades:**

**Agente Comunitário de Saúde:** realizar visitas a fim de certificar que orientações estão sendo realizadas, coletar novas queixas ou trazer evoluções da paciente para a equipe. Solicitar visita de outro profissional, se necessário.

**Nutricionista:** elaborar um cardápio visando à recuperação nutricional da paciente, baseada em alimentos que ela goste.

**Assistente Social:** facilitar adquirir a cadeira de rodas e eventuais necessidades de benefícios que surgirem.

**Fisioterapeuta:** ensinar exercícios para os familiares realizarem na paciente.

**Psicólogo:** realizar consulta domiciliar da cuidadora, até que haja condições de ir até a UBS. Realizar alguma atividade com a neta e o genro na tentativa de estreitar laços fraternais.

**Médico:** estar à disposição de visita sempre que necessário. Renovar receitas de medicações de uso contínuo. Conversar por telefone com os filhos, a fim de esclarecê-los da situação de saúde da mãe. Facilitar solicitação de exames que filha possa precisar.

**Enfermeira:** visitas periódicas para acompanhamento e orientação sobre higiene pessoal e posturas que evitem dores e ferimentos.

**Técnico de enfermagem:** estar à disposição de eventual necessidade de curativos.

**Dentista e auxiliar de saúde bucal:** realizar visita e avaliar saúde bucal.

**Recepcionistas:** facilitar acesso a consultas da filha da paciente, visto que a saída dela de casa é restrita, por ser cuidadora exclusiva da mãe.

# Projeto Terapêutico Singular (PTS)

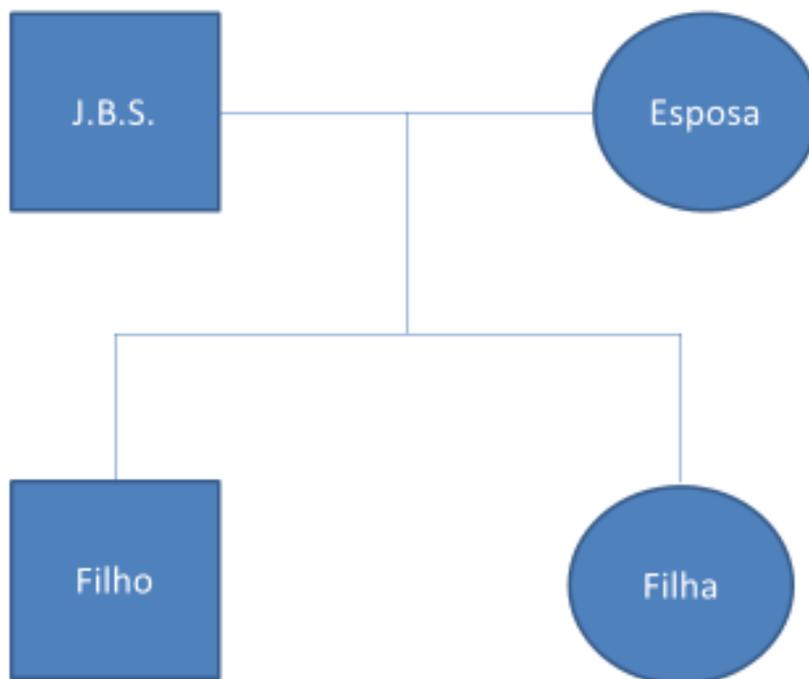
Unidade de Saúde de Família  
Dom José Rodrigues

**Enf. R. N. L. S. B.**

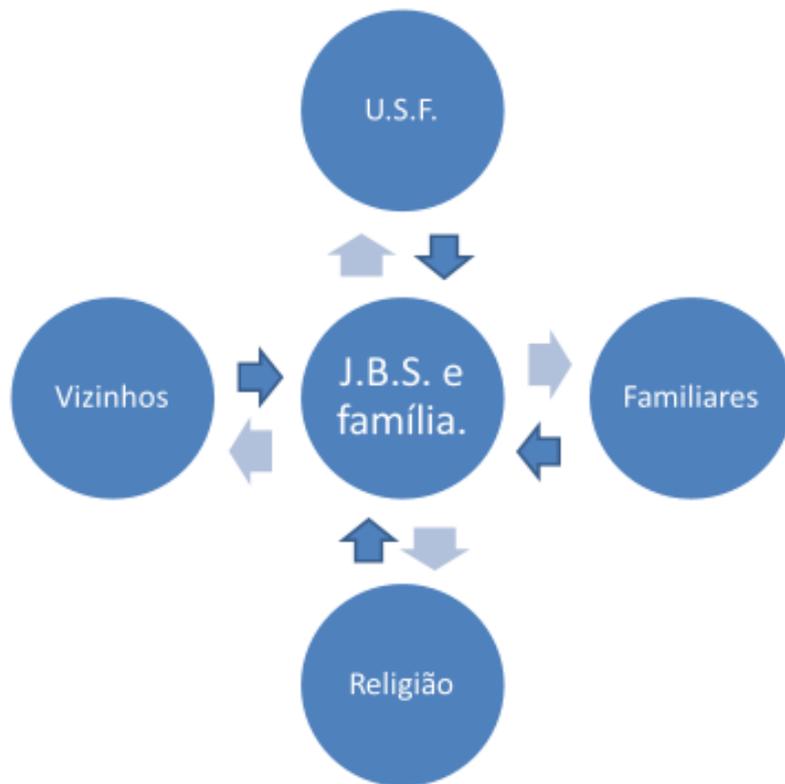
# Identificação do usuário

- J. B. S.
- 70 anos
- Branco:
- [REDACTED]
- Aposentado,
- Av. Alfa, s/n, Dom J. Rodrigues, Juazeiro/BA;
- Ensino fundamental completo;
- Católico
- Área sem cobertura do ACS.

## Genograma



# Ecomapa



## Lista problemas de J. B. S.

- Constipação;
- Caquexia;
- Ansiedade;
- Dor;
- Câncer de laringe.

## Vulnerabilidades

- Idade avançada;
- Mobilidade prejudicada;
- Dificuldade de comunicação;

## Fatores protetivos

- Acesso a benefício social (aposentadoria);
- Casa própria;
- Família unida e participativa.

## Ações clínicas em andamento

- Acompanhado pela equipe da UBS;
- Acompanhado pelo NASF do distrito sanitário;
- Apoio familiar;
- Esclarecimento sobre fluxo da rede de atenção à saúde.

# Planejamento

Intervenção	Cronograma	Responsáveis
Organizar visitas conjuntas entre vários membros da equipe, para conhecer melhor e construir vínculos com essa família		Equipe.
Promover ação envolvendo o NASF e articular com outros pontos de apoio.		Equipe.
Orientar família quanto a mudança de decúbito		Enfermeiro/médico.
Capacitar cuidadora para administrar a dieta lentamente na sonda de gastrostomia nos horários prescritos.		Nutricionista do NASF.

Intervenção	Cronograma	Responsáveis
Capacitar cuidadora/família para realizar cuidados com traqueostomia sempre que necessário.		Enfermeiro/médico.
Capacitar cuidadora/família para realizar cuidados com uripen sempre que necessário.		Enfermeiro/médico.
Capacitar cuidadora/família para realizar cuidados com higienização da cavidade oral		Dentista.
Orientações ao cuidador: movimentação e retirada do leito		Enfermeiro/médico.

Intervenção	Cronograma	Responsáveis
Capacitar cuidadora/família para realizar cuidados com gastrostomia.		Enfermeiro/médico.
Incentivar a cuidadora/família a participação em grupos de cuidadores.		NASF
Aportar cuidados a cuidadora e a família.		Equipe/NASF
Orientação técnica dos cuidados prestados pelo cuidador		Equipe/NASF
Compreender as dificuldades e problemas enfrentados pelo cuidador		Equipe/NASF

## Considerações finais

- Profissional de referência: Enfermeiro
- Periodicidade de reavaliações: Quinzenal
- Objetivo do caso: Revisar as orientações aos cuidadores domiciliares em pacientes com cuidados paliativos.

# Projeto Terapêutico Singular (PTS)

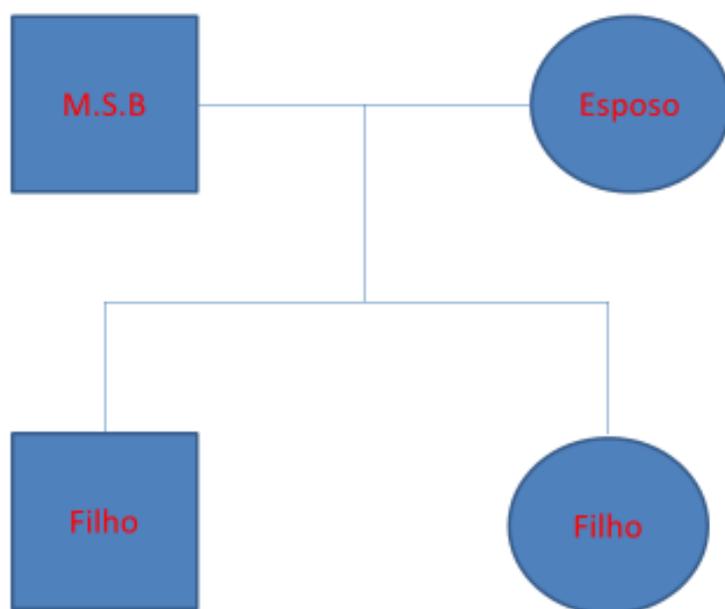
Unidade de Saúde da Família do  
bairro Quidé, Juazeiro-BA

**Médico: A. S. B.**

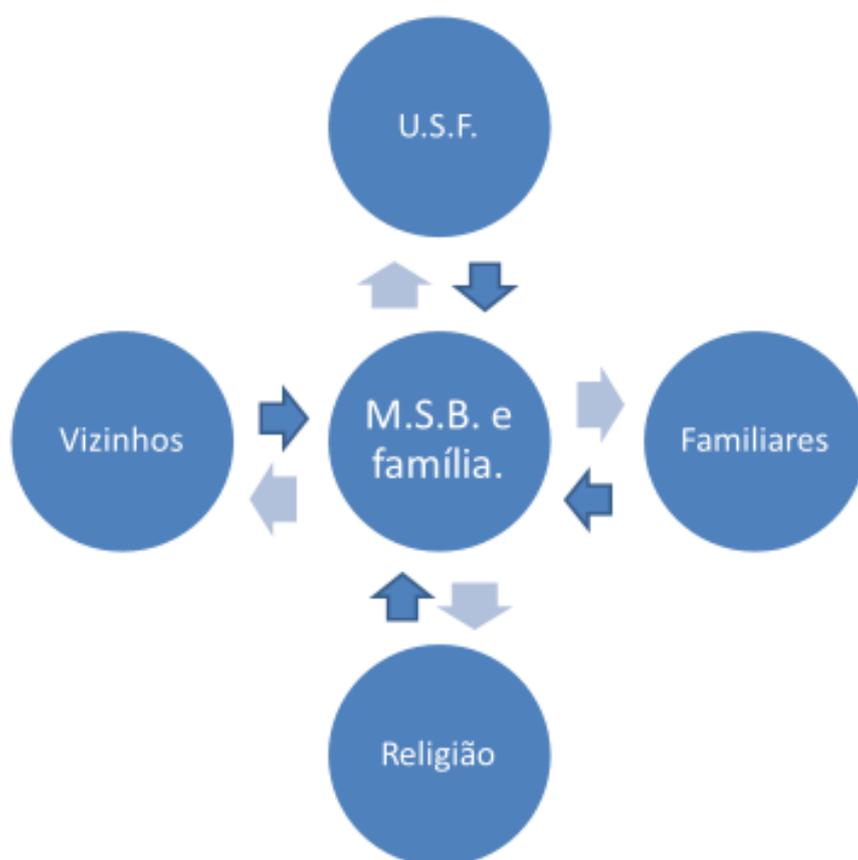
## Identificação do Paciente

- M.S.B.
- 40 anos de idade;
- Raça: Branca;
- Endereço: [REDACTED],  
Bairro Quidé – Juazeiro / BA;
- Escolaridade: Ensino fundamental incompleto;
- Religião: Católica não praticante;
- Área com cobertura do ACS.

# Genograma



# Ecomapa



## Lista problemas de M.S.B.

- Sentimentos de tristeza e isolamento;
- Hiporexia;
- Dor na região oral;
- Pós operatório de glossectomia total devido carcinoma em língua.

## Vulnerabilidades

- Labilidade psico-emocional;
- Dificuldade na comunicação pela perda da língua;
- Moradia de aluguel

## Fatores protetivos

- Acesso a benefício social;
- Familiares residem próximo a sua residência;
- Família unida e participativa nesse momento de enfermidade.

## Ações clínicas em andamento

- Acompanhado pela equipe da UBS (médico, enfermeiro, agente de saúde, técnica de enfermagem)
- Acompanhado pelo NASF ( em particular no âmbito psicológico e nutricional) do distrito sanitário;
- Apoio familiar diário;
- Esclarecimento sobre fluxo da rede de atenção à saúde, como suporte na reabilitação fonoaudiológica e psicológica.

## Planejamento

Intervenção	Cronograma	Responsáveis
Fazer visitas conjuntas entre os membros da equipe de saúde, para fortalecer os vínculos com essa família		Equipe.
Fazer ação com o NASF e articular com outros pontos de apoio.		Equipe.
Orientar família quanto ao cuidados com uso da alimentação e limpeza da sonda naso enteral.		Enfermeiro/médico.
Orientar os cuidadores para administrarem a dieta naso enteral lentamente pela sonda nos horários prescritos.		Nutricionista do NASF.

<b>Intervenção</b>	<b>Cronograma</b>	<b>Responsáveis</b>
Capacitar os cuidadores para realizar cuidados com a sonda naso enteral sempre que for necessário.		Enfermeiro/médico.
Capacitar cuidadores para realizar cuidados em relação ao isolamento e tristeza da paciente sempre que necessário.		Psicóloga/Nasf.
Capacitar cuidadores para realizar cuidados com higienização da cavidade oral da paciente		Dentista.

<b>Intervenção</b>	<b>Cronograma</b>	<b>Responsáveis</b>
Capacitar cuidadores para realizar cuidados de administração de medicamentos para dores pela sonda naso enteral quando forem necessários.		Enfermeiro/médico.
Incentivar os cuidadores a participação em grupos de cuidadores para troca de experiências.		NASF
Oferecer cuidados aos cuidadores e a família.		Equipe/NASF
Orientar tecnicamente os cuidados a serem prestados pelos cuidadores		Equipe/NASF
Entender as dificuldades e problemas enfrentados pelo cuidador no dia a dia dessa assistência domiciliar		Equipe/NASF

## Considerações finais

- Profissionais de referência da unidade de saúde: Médico e enfermeiro
- Periodicidade de reavaliações: Quinzenal
- Objetivo do caso: Revisar todas as orientações aos cuidadores domiciliares de pacientes com necessidade de suporte em cuidados paliativos.

**Apêndice 8 - Diários de Bordo**

Apoio.  
1ª Oficina.

<p>X MAURO M ANTÔNIO GUILHERMINO</p> <p>Sexualidade dos pct's oncológicos, Dificuldades em orientar os pacientes lidar com as dificuldades</p>	<p>~ Descreveu corretamente o uso da Borboleta, como símbolo dos cuidados paliativos. Muito participativo. Sugeriu a melhor <del>tempo</del> comunicação inter setores, para facilitar a existência de saúde. Filençou principais dificuldades encontradas na assistência e no serviço. Areas da vida afetadas pela câncer (lazer, social), conforto à família, sensibilidade.</p>
<p>MICHEL M P ARG PIRANGA 1</p>	
<p>X RAIANE ENF DOM TOMAZ 2</p>	
<p>ROBERTA ENF CODEVASF</p>	

1ª OFICINA APOLO - 02 DE AGOSTO DE 2018	
<p>AMANDA ENF DOM JOSÉ RODRIGUES/MALHADA DA AREIA</p>	
<p>X ANDERSON CLEYTON ENF QUIDÉ</p>	
<p>ANDRÉ M DOM JOSÉ RODRIGUES/ PEDRO RAIMUNDO</p>	
<p>X ANYELLE M CAIC</p>	<p>"SIC, os cuidados paliativos não passar <sup>do Regional</sup> para a responsabi- lidade do município" de Juazeiro. Preferência do ID para pct's que passam muito tempo inter- nados. "Dar o indivíduo, a pessoa, e não a doença".</p>

"O cuidado e a família é extremamente importante."  
"As vezes a aflição do pct é pensando em como a família vai passar".



LARA M ALTO DA ALIANÇA 1

X Mayara M - João Paulo II - B

X José Carlos Santiago da Paizão - Estudante

Relatou caso do avô que teve câncer de próstata, logo em seguida o avô também recebeu um diagnóstico de câncer. Contou sobre a dificuldade de enfrentamento da família diante da situação e a importância de saber orientar a família também, não somente o paciente.

LARA M ALTO DA ALIANÇA 1

"E se fosse eu no lugar dele?"

Mayara - João Paulo II - B  
(Médica)

José Carlos S. de Paizão  
(Estudante - Medicina)

Annyele:

"A gente não quer aceitar a morte e termina cometendo a distanásia com o nosso pet"

"Nossa faculdade é 80% voltada a doença e cura. A gente não aprende cuidados paliativos"

Maura: "O paciente terminal também tem sexualidade".

Multidisciplinaridade:

"Se cada um tocar um instrumento, a gente tem uma orquestra."

"É se fazer ao no lugar dele?"

2º Oficina

<p>Diário de Bordo- 13 de Setembro de 2018            Grupo 1- Borboleta Apolo            Sala 30- 14:00 horas, 3ª Oficina</p>	
<p>✓ 1. Anderson Enfermeiro</p>	<p>Muito participativo,</p>
<p>2. Anyelle Médica</p>	
<p>3. José Carlos Estudante- Medicina</p>	
<p>✓ 4. Kássio Enfermeiro</p>	<p>Muito participativo. Tem escuta ativa com os pacientes, entender o que ele sente.</p>
<p>✓ 5. Livia Enfermeira</p>	<p>"Se nossa assistência depender de retorno, a gente não faz nada!"</p>
<p>✓ 6. Luana Enfermeira</p>	<p>"Não existe NÃO ASSISTIR um paciente que é da minha área". "O ideal é que haja referência e contra-referência para não prejudicar o tratamento do paciente, porque cada profissional tem uma conduta". "É muito difícil deixar nossos valores de lado."</p>
<p>✓ 7. Mauro Médico</p>	
<p>✓ 8. Mayara Médica</p>	
<p>✓ 9. Nayra Enfermeira</p>	<p>"Levar em consideração a opinião do paciente."</p>

✓ 10. Raiane Enfermeira	
✓ 11. Tâmara Enfermeira	Se colocar no lugar do outro, ir até o seu limite, utilizar métodos para tentar resolver as situações, mas ter o limite.
✓ 12. Vanessa Médica- Residente	
✓ 13. Jarivaldo Enfermeiro	Ir até o seu limite, <del>preciso</del> .
14. Victor Hugo	<del>preciso</del>

↳ *Coruja*

15. Victor Hugo Enfermeiro Residente	"A gente tem que fazer o que está ao nosso alcance, não nadar contra a maré."
16.	
17.	
18.	
19.	

A palo 4ª oficina -  
20/09/2018.

8. Lara	
9. Livia	
10. Luana	
11. Mauro Médico *Culto!	"Pode ser ludico sem precisar mentir" "A decepção dificulta o não-culto!" "Os pais sabem quando a equipe está mentindo!"
20. Josivaldo Enfermeiro	"A vida não prepara a gente para enterrar um filho."
21. Namã Med. Veterinária ↳ Residente *Grupo Coruja	
22.	
23.	

Apollo  
6ª oficina.  
02/10/2018.

4. Livia
5. Luana Pournara a apresentar o PIS. O paciente desta foi diagnosticado com linfoma de Hodgkin, com metástase a ele ser positivo. O primeiro contato que teve com o paciente quando ele chegou à UBS para administração da sua medicação.
6. Mauro
7. Mayara

Mariposa Atlas 2ª oficina.

5. Andreza Médica	
✓ 6. Bruna Enfermeira	
7. Cristilene Enfermeira	
8. Eliana Médica	
✓ 9. Fabíola Enfermeira	Atas Paliativa: "Controle da dor".

10. Ítalo Enfermeiro	
11. Lígia Enfermeira	
12. Marcus Médico	
↓ 13. Nélio Médico	
↓ 14. Sammia Enfermeira	PT5: inerte a cada paciente.

3= Oficina Moriposa Atlas.  
18/10/2018.

4. Sammia	No primeiro caso elimino da dinâmica, ressaltou a obrigação do profissional da saúde de ver o paciente independente de ter dependência.
5. Nélio	
6.	
7.	

1ª OFICINA CORUJA - 14 DE AGOSTO DE 2018

1ª OFICINA APOLO - 02 DE AGOSTO DE 2018

<p>* AMANDA ENF DOM JOSÉ RODRIGUES/MALHADA DA AREIA RODRIGO DUARTE DOS SANTOS (Enfermeiro)</p>	
<p>* ANDERSON CLEYTON ENF QUIDÉ SUZIANE</p>	
<p>* ANDRÉ M DOM JOSÉ RODRIGUES/ PEDRO RAIMUNDO? <del>RAIMUNDO</del> (Médico)</p>	
<p>* ANYELLE M CAIC ROBERTA B. MUNIZ (Médica)</p>	<p>Resalta a importância do apoio emocional tanto do paciente com câncer, quanto do familiar.</p>
<p>* KAROLINE M CSUJ RAIMUNDO (Enfermeiro)</p>	
<p>* KASSIO ENF JOÃO PAULO II C MARILIA A. B. CARVALHO (Enfermeira)</p>	<p>Relata o caso do marido que recebeu um diagnóstico de câncer, e como foi difícil lidar com a situação.</p>
<p>* LIVIA ENF JOÃO XXIII d RAQUEL (Enfermeira)</p>	
<p>* LUANA ENF ALTO DA ALIANÇA 2 VICTOR HUGO DA SILVA MARTINS (Enfermeiro)</p>	<p>Fala sobre o impacto de receber um diagnóstico de câncer, principalmente para toda a família.</p>

<b>NAYRA ENF DOM TOMAZ 1</b> (Enfermeira)	
<b>SALVADOR M JOÃO PAULO II 1</b>	
<b>TAMARA ENF ITAMOTINGA B</b> (Enfermeira)	Fala que muitas vezes o profissional não sabe como orientar um paciente com câncer e da importância de se capacitar.
<b>VALDECI ENF DOM JOSÉ RODRIGUES 3</b>	

<b>LARA M ALTO DA ALIANÇA 1</b>	
---------------------------------	--

- KASSIO - JOÃO PAULO II (ENF.)
- NAMA - (RESIDENTE)  
Relatou caso de avô que teve câncer de estômago e da importância do apoio psicológico e do respeito da escolha de paciente.
- FERNANDA R. NASCIMENTO (ENF.)
- RAPHAEL - ITAMOTINGA B (MÉDICO) Falei sobre os impactos multifatoriais (psicológico, família, finanças) de uma pessoa com câncer. e da importância de profissional da saúde principalmente para dar apoio psicológico

## 2ª Oficina.

Diário de Bordo- 28/08/2018 Grupo 2- Borboleta Coruja Auditório do Centro de Saúde III, às 14h	
1. Alana Médica	
2. Aluisio Médico	Não dinâmica se identificou com a cor verde e rubrota por querer sempre inovar.
3. Ciro Médico	
7. Marília Enfermeira	Optou pela cor verde por ser flexível. • Identificou na apresentação do prumiro como cuidado paliativo • uso do remédio para o alívio da dor, valorização da religião do paciente quando o médico pergunta se quer que chame algum pastor ou padre.
8. Namá	Não dinâmica escolheu pela cor azul por se identificar com as personalidades relacionados ao trabalho, como a organização.
9. Pedro Enfermeiro	

10. Raimundo Enfermeiro	Escolheu a cor branca, por ser características da sua própria personalidade.
11. Raphael Médico	Optou pela cor rosa ressaltando que precisa ter paixão para exercer sua profissão.
12. Raquel Enfermeira	

16. Sorykles Enfermeiro	Escolheu a cor dourada, por ser muito fofa.
17. Suziane	
18. Victor Hugo Enfermeiro	

19. ANDRESSA ISABELA ALMEIDA (Médica)	Escolheu pela cor Branca por ser características da sua personalidade
20. ANDRÉ LUIZ ALVES DE ARAUJO (Médico) *OBS: Participei ao grupo APOLLO	Escolheu pela cor Branca por ser características da sua personalidade
21.	

### GRUPO ①

- Ocorreu no hospital
- Apresentou caso de paciente em cuidados paliativos por estar com diagnóstico de câncer
- Médicos e enfermeiro prestaram cuidados paliativos (conversa, conforto, orientação, uso de um médico para aliviar dor, valorização da religião do paciente quando perguntado se quer que estivesse um padre ou pastor)

### GRUPO ②

- Ocorreu em duas etapas:

#### ETAPA 1:

- Ocorreu no ambulatório
- Paciente chega com exames e o médico avalia, e deu o diagnóstico de câncer
- Familiares não saíram em relação ao diagnóstico
- Médico presta atenção e orientação ao paciente e os familiares

#### ETAPA 2:

- Ocorreu na Unidade Básica
- Paciente está debilitado, fazendo uso de sonda nasointestinal e familiares desesperado com a situação
- Enfermeira orienta paciente quanto a limpeza da sonda, a usar óleo de girassol para prevenção de úlceras por pressão, a meditar se deitado; passou a usar um colchão apropriado

1ª Oficina.

Diário de Bordo- 21/08/2018 Grupo 5- Mariposa Elefante	
Allana Moreira (Júrdica)	
Gustavo Limeira (Júrdico)	• Conta história de 2 pacientes que receberam pelo diagnóstico de câncer, mas não tinham a doença. Um deles morreu desnutrido, pois ficou abalado psicologicamente.
Helen (Enfermeira)	

Mariposa Elefante.

Isanna Melo (Enfermeira)	Relata caso de paciente da sua área diagnosticada com câncer que por ter um temperamento difícil, os familiares tinham medo de contar a ela sobre o diagnóstico. A paciente após ter conhecimento do diagnóstico de câncer de útero, sentia muita necessidade de conversar.
Márcia Souza (Júrdica)	
Mychelle (Enfermeira)	

OBACIR (médico) "Independente do estágio da doença, a pessoa quer ser tratada como ser humano."

• Ressalta a importância da conversa com o paciente e não olhar somente para doença"

HARETHA EVELINY GOMES ALVES (Enfermeira)

LÚCIO EMANUEL (Médico)

Dinâmica Dramatização <sup>2º</sup> Oficina  
Grupo 1 - Moriposa  
Elefante.

1º - Caso de seu pai, que chega à Unidade com queixa de estar "mijando sangue", perda de força e perda de peso. <sup>→ com MMIE</sup>

2º - Encaminhado para o Hospital.

3º - Retorna

4º - Visita domiciliar da ACS.

Paciente relata o diagnóstico de câncer.

5º - Visita domiciliar de Médica e Enfermeira.

6º - Encaminhado para o Hospital Regional. (necrose no pé).

\* Contou a história de um paciente com câncer sem Ht, que em 1 mês que não recebeu atendimento porque as profissionais da equipe estavam ausentes (férias e afastamento), evoluiu para lesão no pé, foi encaminhado para o Hospital e veio a óbito.

Grupo 2.

2ª = oficina  
Moripasa  
Elefonte.

. Atendimento na UBS.

Metastase ósea.

Diagnóstico tardio.

Entrou em cuidados paliativos.

Faleceu a obito no seu domicilio.

Moripasa --- Elefonte  
3ª = oficina.

4. Rodrigo	
5. Nair	
6. Gustavo	Leta exemplo da Vitamina D, na qual nunca foi comprovado que seu uso tem algum benefício.
7. Lúcio	

Mariposa Elefante  
3ª oficina.

8. Lúgia	
9. Elimarise	Conta sobre paciente idoso com diagnóstico de EA, encontrado internado em hospital com as mãos amarradas para que ele não retirasse a sonda e fala como é triste essa situação, pois o paciente não tem escolha se ele realmente quer estar ali naquela situação.
10. Mychelle	
11.	

! OBS.: Durante a dinâmica dos casos clínicos, todos defendem a mesma posição, só se diferenciando no 3º caso clínico onde 4 participantes concordaram um por um e o restante discordou.

Mariposa Elefante 4ª oficina.

<del>KAROLINE M CSU</del> ALEXANDRE (Carnalva) Júriado	
<del>KASSIO ENF JOÃO PAULO IC</del> ELIANA (Compo) Médica.	Conta história de mãe e irmãos que foram diagnosticados com câncer e como isso mexeu com toda a estrutura familiar.
LIVIA ENF JOÃO XXIII	
X LUANA ENF ALTO DA ALIANÇA 2	

Mariposa Elefante  
4ª oficina.

<p><del>MAURO MANTONIO GUILHERMINO</del> FABÍOLA (Luroga) Enfermeira</p>	<p>Conta história um que a tia foi diagnosticada com câncer e como foi difícil para ela e a família lidar com a doença. Relata que ela se isolava no quarto e não queria que ninguém entrasse.</p>
<p><del>MICHEL M. PARG. PIRANGA 1</del> MARCUS (Ribeirão) Médico</p>	
<p><del>RAIANE ENF. DOM TOMAZ 2</del> TABITHA (Stamming) Médica</p>	
<p><del>ROBERTA ENF. CODEVASE</del> ANDREZA (Mandacaru) Médica</p>	

Mariposa Elefante  
4ª oficina.

<p><del>KAROLINE M. CSU</del> ALINE COSTA DE MORAIS SÁ (Mandacaru) - enfermeira</p>	
<p><del>KASSIO ENF. JOÃO PAULO H.C</del> BRUNA (Manigoba) Enfermeira</p>	
<p><del>LIVIA ENF. JOÃO XXIII</del> CRISTILENE (Pinhões) Enfermeira</p>	
<p><del>LUANA ENF. ALTO DA ALIANÇA 2</del> ITALO (sms) Enfermeira</p>	<p>Relata o caso da madrinha que foi diagnosticada com câncer de mama com metástase, e que se surpreendeu com a reação dela ao ter a notícia, pois soube lidar de forma positiva com a situação.</p>

Diário de Bordo  
Mangrove Lva. 1ª Oficina

8. Pamela	
9. Náira Ribeiro	
10. FABÍCIA	
11. Jmaria Martins	Relata ter sido diagnosticada com câncer de mama.

Fernanda ENFERMEIRA	
Girlene	Falou que durante a reflexão ela não conseguiu se imaginar com câncer.
Nadjane	
Iolanda	

Jéssica	
Maria Clara	Fala que o momento ideal para colocar o paciente em cuidados paliativos é a partir do seu diagnóstico
Lamila	
Vanessa (Grupo APOLo)	

2ª Oficina Morispora  
Lina.

12. Maria	"Existe dor que a gente não conhece."
13.	
14.	
15.	

Grupo Mariposa Leua - Oficina - 18/10/18

• Dramatizações

\* Grupo 1 -

→ Médico; Enf; Téc de enf; ACS.  
Reunião de Equipe de uma UBS com o objetivo de discutir um caso para preparar um PT5.  
→ paciente em estado terminal.

Na reunião, foram levantadas as necessidades do paciente e sua família; Estabeleceram as metas, atividades e os responsáveis por cada um.

\* Grupo 2 -

Atendimento médico na UBS.

Enfatizaram as dificuldades da equipe de saúde da família em dar assistência a um paciente sem ter referência da Equipe que ~~se~~ fez o diagnóstico e realizou uma medicação terapêutica.

\* Grupo 3 -

Dramatização se passa no hospital e na ~~UBS~~ UBS.

Paciente paralisia cerebral parcial, tem apenas os membros da mãe de 74 anos, que sofre com dores de coluna.

A equipe se encontra na difícil situação de não ter meios (materiais, principalmente) de assistir ao paciente, e a equipe hospitalar não quer se responsabilizar.

lizar pelo pct. → ACS, enf., med, fisioterapia  
A equipe de saúde da família se reúne <sup>LYNASF</sup> para  
discutir o caso e buscar ajuda. Foram definidas  
as metas, atividades, e os responsáveis por cada um.

\* Grupo 4 -

Reunião de equipe de saúde da família.

Paciente terminal; HD: CA mama.



Cuidar um PTS

Diário de Bordo  
Grupo Mariposa Brava - 3ª Oficina

08/11/18

① Lythia Maiara Teles

② Talanda Maria

③ Raylene Rêvia de Almeida

④ Eurlene Silva

⑤ Chiogo Lima

⑥ Fernanda Souza

⑦ Odemy Arnau

⑧

⑨ Franeide

⑩ física de Inesquita

### \* CASOS E SITUAÇÕES CLÍNICAS

1ª SITUAÇÃO = Todos discordaram alegando que o paciente da área é de responsabilidade deles, não se pode abandonar o paciente.

2ª SITUAÇÃO = Todos concordaram

3ª SITUAÇÃO = Todos discordaram

4ª SITUAÇÃO = Concordam um parte

5ª SITUAÇÃO = Concordam um parte

6ª SITUAÇÃO = a) Concordam; b) maior parte discorda; c) concordam

7ª SITUAÇÃO = Discordaram

8ª SITUAÇÃO = Todos concordaram

## Apêndice 9 - Certificados



# CERTIFICADO

Certifico que **Anyelle** [REDACTED], cpf nº [REDACTED], participou da capacitação **“Cuidados Paliativos Oncológico a Pacientes e Familiares na Atenção Básica: Uma abordagem multi e interdisciplinar”**, realizado na Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, em Juazeiro-BA, na modalidade **ouvinte**, com a carga horária total de 20 horas nos dias 02/08, 23/08, 13/09 (08 às 10:45h), 20/09, 27/09 e 02/10 das 14 às 16:45h. Ministrado pela docente da UNIVASF, **Luciana Paula Fernandes Dutra**, através de uma ação de extensão da tese de doutorado: **“Formação de Profissionais de Saúde da Atenção Básica em Cuidados Paliativos para Pacientes Oncológicos: intervenção em um município do Nordeste”**.

Juazeiro - BA, 02 de outubro de 2018.

Lúcia Marjisy Souza Ribeiro de Oliveira  
Pro-Reitora de Extensão

MSc. Luciana Paula Fernandes Dutra  
Enfermeira

MSc. Venâncio de Sant'Ana Tavares  
Coordenador do projeto

APOIO:

\*o conteúdo programático está  
detalhado no verso





# CERTIFICADO

Certifico que **Alúcio [REDACTED]**, cpf nº **[REDACTED]**, participou da capacitação **“Cuidados Paliativos Oncológico a Pacientes e Familiares na Atenção Básica: Uma abordagem multi e interdisciplinar”**, realizado na Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, em Juazeiro-BA, na modalidade **ouvinte**, com a carga horária total de 20 horas nos dias 14/08, 28/08, 11/09, 25/09, 25/10 e 01/11 das 14 às 16:45h. Ministrado pela docente da UNIVASF, **Luciana Paula Fernandes Dutra**, através de uma ação de extensão da tese de doutorado: **“Formação de Profissionais de Saúde da Atenção Básica em Cuidados Paliativos para Pacientes Oncológicos: intervenção em um município do Nordeste”**.

Juazeiro - BA, 01 de novembro de 2018.

Lúcia Marijy Souza Ribeiro de Oliveira  
Pro-Reitora de Extensão

MSc. Luciana Paula Fernandes Dutra  
Enfermeira

MSc. Venâncio de Sant'Ana Tavares  
Coordenador do projeto

APOIO:

\*o conteúdo programático está  
detalhado no verso



A.C. Camargo  
Cancer Center





# CERTIFICADO

Certifico que **Aline** [REDACTED], cpf nº [REDACTED], participou da capacitação **“Cuidados Paliativos Oncológico a Pacientes e Familiares na Atenção Básica: Uma abordagem multi e interdisciplinar”**, realizado na Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, em Juazeiro-BA, na modalidade **ouvinte**, com a carga horária total de 20 horas nos dias 16/08, 13/09, 11/10, 21/11, 13/12/2018 e 14/02/2019 das 14 às 16:45h. Ministrado pela docente da UNIVASF, **Luciana Paula Fernandes Dutra**, através de uma ação de extensão da tese de doutorado: **“Formação de Profissionais de Saúde da Atenção Básica em Cuidados Paliativos para Pacientes Oncológicos: intervenção em um município do Nordeste”**.

Juazeiro - BA, 14 de fevereiro de 2019.

Lúcia Marisy Souza Ribeiro de Oliveira  
Pro-Reitora de Extensão

MSc. Luciana Paula Fernandes Dutra  
Enfermeira

MSc. Venâncio de Sant'Ana Tavares  
Coordenador do projeto

APOIO:

\*o conteúdo programático está  
detalhado no verso





## CERTIFICADO

Certifico que **Laureny** [REDACTED], cpf nº [REDACTED], participou da capacitação **“Cuidados Paliativos Oncológico a Pacientes e Familiares na Atenção Básica: Uma abordagem multi e interdisciplinar”**, realizado na Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, em Juazeiro-BA, na modalidade **ouvinte**, com a carga horária total de 20 horas nos dias 09/10, 23/10, 06/11, 20/11, 27/11 e 04/12 das 14 às 16:45h. Ministrado pela docente da UNIVASF, **Luciana Paula Fernandes Dutra**, através de uma ação de extensão da tese de doutorado: **“Formação de Profissionais de Saúde da Atenção Básica em Cuidados Paliativos para Pacientes Oncológicos: intervenção em um município do Nordeste”**.

Juazeiro - BA, 01 de novembro de 2018.

Lúcia Marisy Souza Ribeiro de Oliveira  
Pro-Reitora de Extensão

MSc. Luciana Paula Fernandes Dutra  
Enfermeira

MSc. Venâncio de Sant'Ana Tavares  
Coordenador do projeto

APOIO:

\*o conteúdo programático está  
detalhado no verso





## CERTIFICADO

Certifico que **Alnira** [REDACTED], cpf nº [REDACTED], participou da capacitação **“Cuidados Paliativos Oncológico a Pacientes e Familiares na Atenção Básica: Uma abordagem multi e interdisciplinar”**, realizado na Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, em Juazeiro-BA, na modalidade **ouvinte**, com a carga horária total de 20 horas nos dias 04/10, 18/10, 08/11, 22/11, 29/11 e 06/12 das 14 às 16:45h. Ministrado pela docente da UNIVASF, **Luciana Paula Fernandes Dutra**, através de uma ação de extensão da tese de doutorado: **“Formação de Profissionais de Saúde da Atenção Básica em Cuidados Paliativos para Pacientes Oncológicos: intervenção em um município do Nordeste”**.

Juazeiro - BA, 01 de novembro de 2018.

Lúcia Marjso Souza Ribeiro de Oliveira  
Pro-Reitora de Extensão

MSc. Luciana Paula Fernandes Dutra  
Enfermeira

MSc. Venâncio de Sant'Ana Tavares  
Coordenador do projeto

APOIO:

\*o conteúdo programático está  
detalhado no verso



A.C. Camargo  
Cancer Center





## CERTIFICADO

Certifico que **Allana** [REDACTED], cpf nº [REDACTED], participou da capacitação **“Cuidados Paliativos Oncológico a Pacientes e Familiares na Atenção Básica: Uma abordagem multi e interdisciplinar”**, realizado na Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, em Juazeiro-BA, na modalidade **ouvinte**, com a carga horária total de 20 horas nos dias 21/08, 18/09, 16/10, 13/11, 11/12/2018 e 12/02/2019 das 14 às 16:45h. Ministrado pela docente da UNIVASF, **Luciana Paula Fernandes Dutra**, através de uma ação de extensão da tese de doutorado: **“Formação de Profissionais de Saúde da Atenção Básica em Cuidados Paliativos para Pacientes Oncológicos: intervenção em um município do Nordeste”**.

Juazeiro - BA, 12 de fevereiro de 2019.

Lúcia Marjisy Souza Ribeiro de Oliveira  
Pro-Reitora de Extensão

MSc. Luciana Paula Fernandes Dutra  
Enfermeira

MSc. Venâncio de Sant'Ana Tavares  
Coordenador do projeto

APOIO:

\*o conteúdo programático está  
detalhado no verso



## Apêndice 10 - Listas de Frequência

Lista de Frequência- 13/09/2018			
Grupo 1- Borboleta Apolo			
Sala 30, 14:00h. 3ª oficina			
Convidada(o)	Unidade	Profissão	Assinatura
1. Anderson	Quidé	Enfermeiro	Anderson
2. Anyelle	CAIC	Médica	
3. José Carlos	CAIC	Estudante-Medicina	
4. Kássio	João Paulo II C	Enfermeiro	Kássio
5. Lívia	João XXIII	Enfermeira	Lívia
6. Luana	Alto da Aliança 2	Enfermeira	Luana
7. Mauro	Antônio Guilhermino	Médico	Mauro
8. Mayara	João Paulo II- B	Médica	Mayara
9. Nayra	Dom Tomaz 1	Enfermeira	Nayra
10. Raiane	Dom Tomaz 2	Enfermeira	Raiane
11. Tâmara	Itamotinga B	Enfermeira	Tâmara
12. Vanessa	CAIC	Médica-Residente	Vanessa
13. Jarivaldo	Argemiro	Enfermeiro	Jarivaldo
14. Victor Hugo	João Paulo II B	Enf. Residente	Victor Hugo
15.			
16.			
17.			
18.			

RELAÇÃO DE PARTICIPANTES – GRUPO Borboleta Flambeau 2ª Oficina 23/10/2018

NOME (LEGÍVEL)	CPF	UNIDADE	PROFISSÃO
1. LAURENY [REDACTED]	[REDACTED]	VILA JACARE	MEDICO
2. Altamira [REDACTED]	[REDACTED]	Stº Antonio II	Enfermeiro
3. MARIA [REDACTED]	[REDACTED]	UBS . P. Rodasaurus	Enfermeira
4. Ana Paula [REDACTED]	[REDACTED]	UBS Residencial Stabeau	enfermeira.
5. Mary [REDACTED]	[REDACTED]	UBS- Parque Residencial	Enfermeira
6. MARIA EUGENIA [REDACTED]	[REDACTED]	UBS Alagadico	Medica
7. Karina [REDACTED]	[REDACTED]	UBS Alto da Caravelha	Enfermeira
8. Fabricia [REDACTED]	[REDACTED]	USF João A.M. Mussolini	Enfermeira
9. Priscila [REDACTED]	[REDACTED]	UBS Pitanga	médica
10. Adriano [REDACTED]	[REDACTED]	UBS TABULEIRO	médico
11. Fernanda [REDACTED]	[REDACTED]	UBSF Mauinga	Enfermeiro
12. Malan [REDACTED]	[REDACTED]	UBS São João da	Médico
13. Marlene [REDACTED]	[REDACTED]	UBS Tabuleiro	Enfermeiro
14. Naia [REDACTED]	[REDACTED]	UBS Alto da Marouilha	
15. Carla [REDACTED]	[REDACTED]	UBS Stabeau	Enfermeira

Lista de Frequência- 25/09/2018  
 Grupo 2- Borboleta Coruja  
 Sala 30,14:00h. 4ª Oficina

Convidada(o)	Unidade	Profissão	Assinatura
1. Aluisio	Quidé	Médico	Aluisio [Redacted]
2. André	Dom José Rodrigues	Médico	André [Redacted]
3. Andressa	Dom José Rodrigues	Médica	Andressa [Redacted]
4. Fernanda		Enfermeira	[Redacted]
5. Lara	Alto da Aliança	Médica	Lara [Redacted]
6. Marília	João Paulo II- 2	Enfermeira	Marília [Redacted]
7. Namá			
8. Nayra		Enfermeira	
9. Raimundo	Dom José Rodrigues	Enfermeiro	Raimundo [Redacted]
10. Raphael	Itamotinga B	Médico	Raphael [Redacted]
11. Raquel	Antônio Guilhermino	Enfermeira	Raquel [Redacted]
12. Roberta	Dom Tomaz I	Médica	Roberta [Redacted]
13. Rodrigo	Palmares	Enfermeiro	[Redacted]
14. Sorykles	CAIC	Enfermeiro	Sorykles [Redacted]
15. Victor Hugo	João Paulo II / Residente	Enfermeiro	Victor Hugo [Redacted]
16. Larissa Helder	Itamotinga B	Enfermeira	Larissa [Redacted]
17.			
18.			
19.			
20.			

14 Participaram.

Lista de Frequência- 16/08/2018			
Grupo 6- Mariposa Atlas			
Sala 30, 08:00h.			
Convidada(o)	Unidade	Profissão	Assinatura
1. Aline	Mandacaru 2	Enfermeira	Aline [Redacted]
2. Ana Paula	Juremal/Maçaroca	Enfermeira	Ana Paula [Redacted]
3. Andréa	Caj	Médica	Andréa [Redacted]
4. Bruna	Maniçoba 1	Enfermeira	Bruna [Redacted]
5. Camila	Capim de Raiz	Enfermeira	Faltou Não me respondeu
6. Carlos	Maniçoba 2 Jatobá	Médico	Faltou (Disse que não poderia ir) Aguardo saber
7. Cristilene	Pinhões	Enfermeira	Cristilene [Redacted]
8. Eliana	Campos	Médica	Eliana [Redacted]
9. Fabíola	Curaçá NH4	Enfermeira	Fabíola [Redacted]
10. Ítalo	SMS	Enfermeiro	Ítalo [Redacted]
11. Lígia	Brisa da Serra	Enfermeira	Faltou (Cira Amanhã)
12. Marcus	Abóbora	Médico	MARCUS [Redacted]
13. Maria	Praia do Rodeadouro	Enfermeira	Ligancia (Féijão)
14. Nélio	Jardim Primavera	Médico	Nélio [Redacted]
15. Nêmora	Maniçoba 2 Jatobá	Médica	Faltou (Licença Maternidade)
16. Poliana	Conchas	Enfermeira	Faltou Não me respondeu
17. Regina	Goiabeira	Enfermeira	Faltou Não me respondeu
18. Sammia	Curaçá NH1/2	Enfermeira	Sammia [Redacted]
19. Tábita	Itamotinga/Pontal/Guanhães	Médica	Tábita [Redacted]
20. Andrégo	Mandacaru 1	Médico	Andrégo [Redacted]
ALEXANDRE CARNAIBE DO SERTÃO		MÉDICO	Alexandre [Redacted]

1ª Opção

no  
saber  
q

# 1ª Oficina

Lista de Frequência- 21/08/2018 Grupo 5- Mariposa Elefante Sala 30, às 08:00h			USF.
Convidada(o)	Profissão	Assinatura	Local do Trabalho
1. Allana Moreira	Médica	Allana Moreira	NH3
2. Gustavo Limeira	MEDICO	Gustavo	(USF - NH1 e NH2)
3. Helen	Enfermeira	Helen	(USF de Ilhéus)
4. Isanna Melo	ENFERMEIRA	Isanna	(USF do Id. Primavera)
5. Márcia Souza	MÉDICA	Márcia	(USF GOIABEIRA)
6. Mychelle	Enfermeira	Mychelle	USF Campos (Zona Ru)
7. Natália Lima	Enfermeira	Faltou	Mangalás
8. Regina S. Dantas	Enfermeira	Regina	UBS Coadjuvada / Junco
9. Tialla Rebouças		Tialla	(USF CAJ - Rural)
10. ODACIL	MÉDICO	Odacil	USF: APARECIDA DE LITE (Lagoa de Itaipu)
11. Haatha	Enfermeira	Haatha	USF canaieira do Setor
12. LUCIO	MEDICO	Lucio	USF PINHOES/LAGOA DO BOI
13. LUCIA	Enfermeira	Lucia	EQ. DO BRISA DA SENNA / USF JPI
14. ELINALVA	médica	Elinalva	USF Capim de Raiz
15. NAIR	MÉDICA		USF MANIÇOSA I
16. Conila	Enfa 9	Conila	Capim de Raiz (Faltou)
17. Amy Viviane	Enfa.	Amy	NH3 (Faltou)

2ª Oficina 18/10/2018.  
Tarde.

RELAÇÃO DE PARTICIPANTES – GRUPO MARIPOSA LUA			
NOME (LEGÍVEL)	CPF	UNIDADE	PROFISSÃO
1. MARCUS	[REDACTED]	ARBORENAS	MÉDICO
2. Rafaela	[REDACTED]	USF Vila Jacaré	Enfermeira
3. Thiago	[REDACTED]	RUGABIGO	ENFERMEIRO
4. Gilene	[REDACTED]	Piranga	Enfermeira
5. NADIANE	[REDACTED]	UBS Novo Encontro	médica
6. Francineide	[REDACTED]	UBS A. Cruzes	Enfermeira
7. Liliara	[REDACTED]	UBS Santa Amélia I	Médica
8. Adriana	[REDACTED]	UBS Joãozinho	Enfermeira
9. Kátia	[REDACTED]	UBS Itaberaba	Enfermeira
10. Adomy	[REDACTED]	UBS Itaberaba	Médico
11. Roberto	[REDACTED]	UBS JARDIM PLÁTOR	ENFERMEIRO
12. Jolanda	[REDACTED]	UBS Amargosa	Enfermeira
13. Cynthia	[REDACTED]	UBS Novo Encontro	Enfermeira
14. Joana	[REDACTED]	UBS Alto da Aliança	médica
15. Dóris	[REDACTED]	UF. Log. do Lote	MÉDICO

OBS: REPOS  
CAZ SAU  
DEGRU AT

Grupo  
eduja ←

## Apêndice 11 - Roteiro semiestruturado para entrevista das cuidadoras familiares

Pesquisadora: Luciana Paula Fernandes Dutra

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> PhD Diana Lima Villela de Castro

Coorientadora: Dr<sup>ª</sup>. Sônia Lorena Soeiro Argôllo Fernandes

Tese de Doutorado Intitulada: “Capacitação sobre cuidados paliativos oncológicos: análise de intervenção com profissionais da saúde da atenção básica de um município do Nordeste”.

Identificação:

Nome completo: \_\_\_\_\_ Iniciais: \_\_\_\_\_

Idade (em anos): \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Situação Conjugal: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viúvo

Religião: ( ) Católica ( ) Protestante ( ) Espírita ( ) Outra. Qual? \_\_\_\_

Grau de Instrução: ( ) Ensino Fundamental ( ) Ensino Médio ( ) Ensino Superior.

- 1- Você observou se nos últimos 3 meses houve alguma diferença no atendimento do enfermeiro e/ou do médico da Unidade de Saúde, com relação aos cuidados prestados, como ocorreu?