

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS DE FRANCA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PLANEJAMENTO E ANÁLISE DE
POLÍTICAS PÚBLICAS

TAMIRIS MARIS ARIKAWA TRESOLDI

POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS: ANÁLISE DO CENÁRIO
ATUAL EM UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE DO INTERIOR PAULISTA

FRANCA - SP

2025

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS DE FRANCA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PLANEJAMENTO E ANÁLISE DE
POLÍTICAS PÚBLICAS

POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS: ANÁLISE DO CENÁRIO
ATUAL EM UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE DO INTERIOR PAULISTA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Planejamento e Análise de Políticas Públicas da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, campus de Franca, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Planejamento e Análise de Políticas Públicas.

Linha de pesquisa: Instituições, cidadania e políticas sociais

Aluno: Tamiris Maris Arikawa Tresoldi

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Gnecco

FRANCA - SP

2025

T798p Tresoldi, Tamiris Maris Arikawa
Política nacional de cuidados paliativos : análise do
cenário atual em um município de grande porte do interior
paulista / Tamiris Maris Arikawa Tresoldi. -- Franca, 2026
85 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
(UNESP), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais,
Franca
Orientador: José Roberto Gnecco

1. Cuidados Paliativos. 2. Políticas Públicas. 3. Atenção
Primária à Saúde. I. Título.

TAMIRIS MARIS ARIKAWA TRESOLDI

**POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS: ANÁLISE DO CENÁRIO
ATUAL EM UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE DO INTERIOR PAULISTA**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Câmpus de Franca, para obtenção do título de Grau acadêmico Mestre em Planejamento e Análise de Políticas Públicas.

Área de Concentração: Instituições, cidadania e políticas sociais

Data da defesa: 15/12/2025

Banca Examinadora:

Prof. Dr. José Roberto Gnecco
UNESP - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Câmpus de Franca

Prof. Dr. Rodolfo Franco Puttini
UNESP - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Câmpus de Franca

Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão
UFSCar - Departamento de Enfermagem Câmpus São Carlos

IMPACTO POTENCIAL DESTA PESQUISA

Este estudo aborda o tema de cuidados paliativos, que devido ao envelhecimento populacional, as doenças crônicas não transmissíveis, Covid-19 e demais fatores, têm emergido de maneira significativa para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias. Sendo produzido com o intuito de analisar o cenário dos cuidados paliativos, observando as potencialidades e fragilidades encontradas no município, dessa forma podendo, posteriormente, gerar ações de melhoria da rede de saúde sobre o tema.

O estudo pode identificar de forma imparcial e científica a implantação da Política Nacional em Cuidados Paliativos, uma política recente, na atenção primária do município, nível de atenção definido como coordenador e ordenador do cuidado nesta mesma política. Ressalta-se que a atenção primária é uma estratégia que tem maior vínculo com a comunidade, planejando cuidados antecipados e evitando internações desnecessárias.

Os achados da pesquisa, além de fornecer dados ao município, também servem de referência para pesquisas futuras sobre o tema e para os demais municípios que estão implantando os cuidados paliativos em seus serviços de saúde.

Em relação ao desenvolvimento sustentável, a pesquisa contribui para a promoção da saúde e bem estar (ODS 3) com a meta de alcançar a cobertura universal de saúde, com serviços, medicamentos e vacinas de qualidade, redução de desigualdades (ODS 10), uma vez que a inclusão de cuidados paliativos na atenção primária contribui para a redução da desigualdade de acesso a saúde e também a educação de qualidade (ODS 4), que permite a capacitação da população, além de assegurar acesso aos cursos técnicos e universitários, melhorando a disseminação sobre os cuidados paliativos para os profissionais de saúde.

O estudo apresenta-se relevante, uma vez que o tema é essencial para que a rede de atenção à saúde seja mais eficiente e sustentável.

POTENTIAL IMPACT OF THIS RESEARCH

This study addresses the topic of palliative care, which, due to population aging, chronic non-communicable diseases, COVID-19, and other factors, has emerged significantly as a means to improve the quality of life of patients and their families. It was produced with the aim of analyzing the palliative care landscape, observing the strengths and weaknesses identified within the municipality, thereby enabling the subsequent development of actions to improve the health care network regarding this topic.

The study can impartially and scientifically identify the implementation of the National Palliative Care Policy, a recent policy, within primary health care in the municipality, a level of care defined by this same policy as the coordinator and organizer of care. It should be emphasized that primary care is a strategy that maintains closer ties with the community, planning advance care and avoiding unnecessary hospitalizations.

The research findings, in addition to providing data to the municipality, also serve as a reference for future studies on the subject and for other municipalities that are implementing palliative care within their health services.

With regard to sustainable development, the research contributes to the promotion of health and well-being (SDG 3), with the goal of achieving universal health coverage through quality services, medicines, and vaccines; to the reduction of inequalities (SDG 10), since the inclusion of palliative care in primary health care helps reduce inequalities in access to health services; and also to quality education (SDG 4), which enables population training and ensures access to technical and higher education, improving the dissemination of knowledge about palliative care among health professionals.

The study is relevant, as the topic is essential for making the health care network more efficient and sustainable.

RESUMO

Os cuidados paliativos têm por finalidade auxiliar que o paciente tenha vida ativa até sua morte, com identificação precoce, prevenção e alívio de sofrimento físicos, espirituais e psicossociais. Estima-se que hoje 56,8 milhões de pessoas no mundo necessitem de cuidados paliativos, porém somente 14% os recebem. A necessidade global deste tipo de cuidado tende a aumentar, devido ao envelhecimento populacional, incidência de doenças crônicas, cânceres e o recente surgimento da COVID-19. No Brasil, em 7 de dezembro de 2023, foi aprovada a Política Nacional de Cuidados Paliativos, e em 7 de maio de 2024 foi instituída essa, que ressalta a atenção primária como coordenadora do cuidado. Uma Política Pública sobre o tema pode propiciar melhorias, padronizações e possibilitar a garantia dos direitos desse perfil de pacientes quanto ao acesso a serviços de saúde e disponibilização de medicações para alívio de sintomas, assim como humanização no atendimento. Este estudo se propôs a entender qual o cenário atual da oferta de cuidados paliativos na atenção primária, focando na estratégia de saúde da família, na cidade de Franca. Para isso, foi realizado um levantamento bibliográfico histórico para compreensão de como ocorreu a evolução até o momento, no âmbito dos cuidados paliativos, e quais legislações e portarias norteiam a assistência à saúde. Além disso, foi realizada uma pesquisa de campo qualitativa, descritiva e exploratória que contou com entrevista de profissionais/trabalhadores da saúde e gestores, com a finalidade de entender quais são as barreiras, suporte da rede de saúde, fragilidades, pontos positivos e também a oferta de atualizações e treinamentos aos profissionais acerca do tema, os dados textuais foram transcritos e importados para o software ATLAS.ti web, que faz análise dos dados qualitativos com o objetivo de criar codificações, sendo as categorizações realizadas pelo pesquisador. Os resultados obtidos mostram a necessidade de que a política sobre o tema seja implantada e disseminada. O cuidado paliativo demanda uma rede de atenção à saúde fortalecida, equipe multiprofissional capacitada, que acolha o usuário em sua integralidade. Os cuidados paliativos são necessários para que assim, a população, que cada vez mais necessita deste cuidado, seja atendida de maneira integral, visando o atendimento humanizado, empático e sensível.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Política Pública, Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Palliative care aims to help patients maintain an active life until death through early identification, prevention, and relief of physical, spiritual, and psychosocial suffering. It is estimated that 56.8 million people worldwide currently require palliative care; however, only 14% receive it. The global demand for this type of care is expected to increase due to population aging, the incidence of chronic diseases and cancer, and the recent emergence of COVID-19. In Brazil, the National Palliative Care Policy was approved on December 7, 2023, and formally instituted on May 7, 2024, emphasizing primary health care as the coordinator of care. A public policy on this topic can promote improvements and standardization, as well as ensure the rights of this patient population regarding access to health services and the availability of medications for symptom relief, in addition to fostering humanized care.

This study aimed to understand the current scenario of palliative care provision in primary health care, focusing on the Family Health Strategy in the city of Franca. To this end, a historical bibliographic review was conducted to understand the evolution of palliative care to date and to identify the legislation and ordinances that guide health care delivery. In addition, a qualitative, descriptive, and exploratory field study was carried out, involving interviews with health professionals/workers and managers. The objective was to identify barriers, health care network support, weaknesses, strengths, as well as the availability of updates and training

for professionals on the topic. The textual data were transcribed and imported into the ATLAS.ti web software for qualitative data analysis, with the aim of creating codes; the categorization was performed by the researcher.

The results indicate the need for the implementation and dissemination of the policy on palliative care. Palliative care requires a strengthened health care network and a trained multiprofessional team capable of welcoming users in their entirety. Palliative care is essential to ensure that the growing population in need of this type of care receives comprehensive, humanized, empathetic, and sensitive care.

Keywords: Palliative Care; Public Policy; Primary Health Care

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais, Tiyoyu e Rosangela, que sempre me mostraram a importância do estudo e me incentivaram cada vez mais a me capacitar, meu pai, hoje presente em outro plano, sempre valorizou o ensino e informava que garantiria meus estudos até quando necessário.

Ao meu marido e minha filha, Vitor e Laura, obrigada pela paciência nos momentos que estava desenvolvendo o mestrado, pelos fins de semanas que foram sacrificados, mas que sempre evidenciaram que o esforço era por um bom motivo, inclusive terminou gerando uma nova vida em meu ventre.

A minha família, que sempre estavam dispostos a ouvir sobre meus avanços, dificuldades e me incentivaram a chegar ao final.

A UNESP, que me recebeu e se tornou minha casa nesses anos, obrigada pelos ensinamentos, amadurecimento e contribuição na minha formação.

Ao Prof. Dr. José Roberto, que aceitou fazer parte deste trabalho, orientou-me e contribuiu para o crescimento de que o projeto fosse transformado em uma pesquisa possível de ser realizada.

A cidade de Franca, que me recebeu e hoje é minha cidade de morada e permitiu que o estudo fosse desenvolvido, com acesso aos serviços e pessoas necessárias.

Aos meus amigos, que com cada palavra e estímulo se fizeram presentes.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho só foi possível de ser realizado e pensado devido à trajetória pessoal da autora, que desde criança estimava ser profissional da saúde, mas devido a pouca idade não sabia definir que área. Muitos acreditavam que era uma situação passageira, que aquela vontade nunca seria concretizada.

Anos depois, esta se formou em enfermagem, durante seus cinco anos de faculdade teve contato com diversas áreas, culturas, patologias e níveis de atenção à saúde, mas o encantamento ocorria na urgência, devido a necessidade de salvar vidas que estavam se esvaindo.

Após a graduação, teve a oportunidade de se especializar em urgência e trauma, através da residência multiprofissional na Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Lá, exercendo a profissão teve contato com a realidade de que nem todos os que estão doentes são possíveis de serem “salvos”. Algumas barreiras precisavam ser quebradas, se eu me formei para ajudar as pessoas viverem, como posso ajudar uma pessoa a morrer? Como é possível propiciar uma morte digna? Será que não tem mais nada para ser feito?

Os dois anos de residência trouxeram maturidade profissional, mas mantiveram as indagações presentes, o pouco contato com os profissionais paliativistas, termo ainda muito recente em 2017, era de muito conhecimento, porém de deveras desconforto. O que nós podemos fazer por aquele paciente o qual a doença não tem a possibilidade de cura? Até onde podemos ir? Nós apenas vamos deixá-lo ali morrendo?

Já em Franca, atuando como enfermeira em hospitais da cidade, as oportunidades de estudos e aprendizados foram ocorrendo, o contato com os profissionais paliativistas aumentando, e a necessidade da população também em crescente, fazendo com que o tema de cuidados paliativos, de qualidade de vida, enquanto ainda há vida, e de morte digna, sejam cada vez mais discutido. Afinal, qual é o cuidado ideal para aqueles pacientes que possuem uma doença que não tem mais a cura como seu objetivo?

O impulso foi dado, gerando a curiosidade de entender como se comporta o cuidado paliativo na cidade de Franca. Porém, no início deste projeto, o país notando a crescente necessidade do perfil de pacientes paliativos, aprova e institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos, colocando a atenção básica como ordenadora e coordenadora do cuidado. Desta forma, este trabalho destina-se a estudar como acontece o fornecimento dos cuidados paliativos na atenção primária de Franca, com ênfase em unidades de saúde da família, uma estratégia que visa maior vínculo, proximidade e humanização da equipe perante a população.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABCP** Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
- ACS** Agente Comunitário de Saúde
- ADEFI** Associação de Deficientes Físicos
- ANCP** Associação Nacional de Cuidados Paliativos
- AVC** Acidente Vascular Cerebral
- CRAS** Centro de Referência de Assistência Social
- CREAS** Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- CRFB** Constituição da República Federativa do Brasil
- DCNTS** Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- ESF** Estratégia de Saúde da Família
- HIV** Vírus da Imunodeficiência Adquirida
- IBGE** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INCA** Instituto Nacional de Câncer
- SIDA** Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- SUS** Sistema Único de Saúde
- RAS** Rede de Atenção à Saúde
- RENAME** Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
- SAD** Serviço de Atenção Domiciliar
- PNAB** Política Nacional de Atenção Básica
- PNCP** Política Nacional de Cuidados Paliativos
- UAC** Unidade de Avaliação e Controle
- UBS** Unidade Básica de Saúde
- USF** Unidade de Saúde da Família
- UPA** Unidade de Pronto Atendimento
- PSF** Programa de Saúde da Família
- WHO** World Health Organization

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Estratificação de categoria profissional	29
Gráfico 1- Estratificação de níveis de formação	29
Quadro 2 - Estratificação quanto a atendimento no mesmo dia	36
Quadro 3 - Estratificação quanto a aconselhamento por telefone	36
Quadro 4- Estratificação quanto a facilidade de agendamento de consulta	37
Quadro 5- Estratificação acompanhamento com o mesmo profissional/trabalhador da saúde	38
Quadro 6- Estratificação entendimento das perguntas dos usuários	38
Quadro 7- Estratificação quanto ao entendimento dos usuários	39
Quadro 8- Estratificação quanto ao tempo de fala de usuários	39
Quadro 9- Estratificação sobre estabelecimento de vínculo com os pacientes	40
Quadro 10- Estratificação quanto entendimento sobre importância dos problemas	40
Quadro 11- Estratificação quanto ao conhecimento do histórico de saúde do paciente/usuário	41
Quadro 12- Estratificação quanto ao acesso à medicação	42
Quadro 13- Estratificação quanto ao conhecimento sobre uso de medicação dos usuários	42
Quadro 14- Estratificação quanto a conhecimento sobre consultas em especialidades	43
Quadro 15- Estratificação sobre discussão com usuários sobre serviços de atendimento	44
Quadro 16- Estratificação sobre auxílio no agendamento de consulta com especialidade	44
Quadro 17- Estratificação quanto ao retorno do especialista	45
Quadro 18- Estratificação sobre contato com paciente/usuário após consulta com especialista	45
Quadro 19- Estratificação quanto a solicitação de histórico médico	46
Quadro 20- Estratificação quanto acesso ao prontuário	47
Quadro 21- Estratificação quanto a inclusão do paciente/usuário no processo de decisão terapêutica	48
Quadro 22- Estratificação quanto atender familiares	48
Quadro 23- Estratificação quanto a realização de visitas domiciliares	49
Quadro 24- Estratificação quanto a solicitação de avaliação do serviço	50
Gráfico 2- Quantidade de “codes” gerados nas entrevistas	62
Quadro 24 - Representação dos “codes” por entrevista	63

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. CONCEPÇÕES DE MORTE E DO MORRER	17
2. MARCOS LEGAIS E CUIDADOS PALIATIVOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	20
2.1 A CONSTRUÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL	20
2.2 CONTEXTUALIZANDO O MUNICÍPIO DE FRANCA	23
3. OBJETIVOS	25
3.1 OBJETIVO GERAL	25
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	26
4. PERCURSO METODOLÓGICO	26
4.1 TIPO DE ESTUDO	26
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	27
4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	27
4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	28
4.5 ASPECTOS ÉTICO	28
5. APRESENTAÇÃO DE DADOS E DISCUSSÃO TEÓRICA	28
5.1 ESTRATIFICAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS COM PROFISSIONAIS/TRABALHADORES DA SAÚDE	28
5.2 ENTREVISTAS COM OS GESTORES	50
5.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM OS GESTORES	60
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
7. PRODUTO	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
APÊNDICE I - CRONOGRAMA DA PESQUISA	74
ANEXO I - INSTRUMENTO ADAPTADO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (PCATOOL- BRASIL VERSÃO PROFISSIONAIS/TRABALHADORES DE SAÚDE)	75
APÊNDICE II - QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA ELABORADO PELA AUTORA PARA GESTORES	77
ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	78
ANEXO III - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	79

INTRODUÇÃO

Segundo a *World Health Organization* - WHO (2020, p. 13):

Os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e das suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças potencialmente fatais, com prevenção e alívio do sofrimento através da identificação precoce e correta avaliação e tratamento de dor e outros problemas, sejam físicos, psicossociais ou espirituais.

No ano de 2014, de forma conservadora, a WHO estimou que 40 milhões de pessoas necessitavam de cuidados paliativos no mundo. Já em 2020, de maneira mais precisa, obteve-se a estimativa de que 56,8 milhões de pessoas se enquadram naqueles que precisam desse tipo de assistência, porém, devido a políticas de saúde insuficientes, programas desestruturados e profissionais não treinados, apenas cerca de 12% recebem o cuidado, dificultando o acesso aos medicamentos essenciais para alívio de sintomas (*ibid.*, p. 10). Além de a necessidade já ser grande, existe a tendência de evolução devido ao envelhecimento populacional, aumento de casos de doenças crônicas não transmissíveis, cânceres e da COVID-19. Porém, essa assistência está pouco desenvolvida em grande parte dos países (*ibid.*, p. 12).

Para entender o surgimento dos cuidados paliativos, torna-se necessário realizar um retrospecto deste perfil de cuidado.

O movimento ganha notoriedade com o *hospice*¹, que tem a influência significativa de Cicely Saunders, nascida em 22 de junho de 1918 na Inglaterra, reconhecida como líder do movimento, considerada revolucionária em restaurar a dignidade dos doentes terminais. A percepção de que pacientes em terminalidade eram abandonados foi o impulso que a fundadora necessitava para dar origem ao movimento. Cicely acreditava que a dor não podia ser identificada apenas como física, incentivando o conceito de dor total, com cura de dores mais profundas, como existencial, psíquica e espiritual, além de evidenciar a importância da escuta ativa (Boulay, Rankin, 1984, p.21-30; Floriani, 2009).

Ademais, a fundadora possuía grande engajamento religioso e sentia vocação ao trabalhar com pacientes moribundos. Teve sua formação como enfermeira, iniciou seu treinamento em 1940 e foi forçada a abandoná-lo após três anos e meio de trabalho intenso, devido a problemas de saúde, como hérnia de disco e problemas respiratórios. Com a necessidade de se afastar da enfermagem, mas querendo continuar próxima a pacientes, iniciou sua formação em assistente social no ano de 1944, com atuação no ano de 1947 em

¹ *Hospice* termo usado no século IV para um abrigo de origem cristã que recebia peregrinos, pobres e doentes. Aplicado pela primeira vez em 1842 para designar um local onde eram encaminhadas as pessoas que estavam morrendo - SBBG, 2015.

um hospital especializado em pacientes com câncer. Neste hospital, conheceu David Tasma, um paciente terminal. Durante os poucos mais de três meses em que permaneceram juntos Cicely passou a ter indagações de como aliviar o sofrimento e gerar conforto em pacientes que estavam morrendo, decidindo após a morte de David, a trabalhar no lar de moribundos, local em que não eram realizados tratamentos agressivos na tentativa de curar uma doença incurável, e era possível notar pacientes com suas dores mentais e espirituais aliviadas através de medicamentos (Boulay, Rankin, 1984, p. 31-59).

Cicely entendeu que os pacientes terminais eram frequentemente abandonados pelos médicos, dessa forma, viu a necessidade de se dedicar nos estudos de medicina, qualificando-se em 1957 como médica (*ibid.*, p. 60-84). Após sua vasta experiência e percepção de que as pessoas que morriam com câncer tinham grandes necessidades e que a população estava envelhecendo e necessitando de cuidados médicos, ainda que o cuidado em casa fosse necessário, também era preciso uma instituição com acomodações adequadas para os pacientes com necessidades de cuidados especializados, como também a necessidade de ensinar os alunos da saúde sobre essa nova demanda. Dedicou-se à construção e fundou o *St. Christopher Hospice* em 1967, lugar que recebeu seus primeiros pacientes em junho do mesmo ano, na ala de idosos, instituição formadora e disseminadora de cuidados de fim de vida, com busca de legitimação científica (*ibid.*, p. 85-134).

Figura 1- *St. Christopher Hospice*



Fonte - Boulay; Rankin, 1984, p.128.

Os preceitos eram assistência de qualidade, ser contrária à medicina impessoal, formação de uma comunidade que acalma suas angústias e medos e possibilita a partida em paz, acolhimento ao paciente e família e estímulo ao ensino e pesquisa. No ano de 1969, o *hospice* passou a contar com o Serviço de Atendimento Domiciliar. Em 1973, de forma revolucionária passou a usar voluntários no aconselhamento de luto (*ibid.*, p. 189-191).

Cicely estabeleceu altos padrões para a prática da medicina, com base científica em seus cuidados. Enfrentou a resistência de profissionais que acreditavam que todos os pacientes podiam ser curados, que enxergavam a morte como fracasso e acabavam evitando-os quando se deparavam com a situação. Ela visava estabelecer uma relação de confiança com o paciente, tornando o restante da vida o mais confortável possível. Abordava a conduta sem dor com uso de medicações regulares para controle de sintomas. Devido a sua formação anterior como enfermeira, sabia da importância destes profissionais para aquele que estava doente, já que esses estavam presentes em todo os momentos, auxiliavam no controle de sintomas e se preocupavam com os interesses individuais dos pacientes (*ibid.*, 1984, p.174-191).

Além de ter um *hospice* com as mais atuais tecnologias disponíveis, e melhores médicos, tinha também uma equipe de pesquisa fortalecida para desenvolver o ensino baseado em evidências. O *hospice St. Christopher* adotava como meta capacitar os profissionais de outros países, para que estes pudessem perpetuar o cuidado em sua origem disseminando o conhecimento. Além de evidenciar para a medicina curativa que também haviam benefícios ao aplicar cuidados paliativos em suas rotinas (Boulay, Rankin, 1984, p. 174-191; Floriani, 2009).

Cicely ministrou palestra na Universidade de Yale e também influenciou o cenário médico americano voltado ao cuidado com pacientes terminais. O modelo de *St. Christopher* recebeu diversas visitas médicas de outros países para aprendizagem e que permitiram replicar seus conhecimentos, e a criação de novos serviços de saúde seguindo os seus preceitos (Boulay, Rankin, 1984, p. 221-235).

Com o tema em foco, no ano de 1990 a WHO (p.11) teve sua primeira definição sobre cuidados paliativos em sua publicação sobre alívio dos sintomas do câncer e o cuidado paliativo:

Cuidado total ativo de pacientes cuja doença não responde ao tratamento curativo. O controle da dor, de outros sintomas, e de problemas psicológicos, sociais e espirituais é primordial. O objetivo do cuidado paliativo é alcançar a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias. Muitos aspectos do cuidado paliativo são também aplicáveis precocemente no curso da doença, em paralelo ao tratamento anticâncer.

Ou seja, este perfil de cuidado ainda estava vinculado apenas aos pacientes oncológicos, destacando a importância do alívio da dor e da qualidade de vida para pacientes e famílias que estavam vivenciando o câncer sem a possibilidade de cura. Nesta primeira definição, também foi enfatizado, que este tipo de cuidado era oferecido como alternativa para aqueles pacientes que não respondiam à terapias curativas, causando a falsa interpretação de que os cuidados paliativos só podiam ser ofertados nos últimos estágios do tratamento (WHO, 2002).

No ano de 2002, a WHO (p. 83) estimulou que os cuidados paliativos deviam ser aplicados o mais cedo possível e redefiniu cuidados paliativos no *National Cancer Control Programs*:

Cuidado paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e suas famílias que enfrentam o problema associado a doenças com risco de vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, através da identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e de outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais.

Sendo esta definição ainda insatisfatória, uma vez que o documento era voltado apenas à pacientes oncológicos, porém tratava a oferta de cuidado de forma mais ampla, mas não delimitava quais patologias e sintomas poderiam ser elencados, assim como as possibilidades de tratamento, abordando o assunto com superficialidade.

Em 2014, a WHO publicou *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, passando a abordar a necessidade de cuidados paliativos para pacientes com câncer e outras incontáveis doenças. Ainda que necessária a oferta de cuidados paliativos, esta era rara, e envolvia mitos e desconhecimento a respeito do tema, por isso passou a citar patologias como:

- Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV)/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA);
- Insuficiência cardíaca congestiva;
- Doenças cerebrovasculares;
- Doenças neurodegenerativas;
- Doenças respiratórias crônicas;
- Tuberculose resistente a tratamento e
- Doenças relacionadas ao envelhecimento populacional.

Sendo uma necessidade para doentes crônicos com limitações de aspectos em suas vidas (WHO, 2014, p.5).

Em avaliação sobre possíveis diagnósticos que necessitavam de cuidados paliativos para adultos (acima de 15 anos) são citados:

- Alzheimer e outras demências;
- Doenças cardiovasculares;
- Câncer;
- Cirrose hepática;
- Doenças pulmonares obstrutivas crônicas;
- Diabetes;
- HIV e SIDA;
- Insuficiência renal;
- Esclerose múltipla;
- Doença de Parkinson;
- Artrite reumatóide e
- Tuberculose resistente ao tratamento.

Para crianças (abaixo de 15 anos) também são elencadas:

- Anomalias congênitas;
- Câncer;
- Cirrose hepática;
- Desordens sanguíneas e de imunidade;
- Meningites;
- Doenças cardiovasculares
- Doenças renais;
- Doenças neurológicas;
- Condições neonatais e
- HIV/SIDA.

A dor é o sintoma evidenciado no *Atlas* (WHO, 2014, p.10-11).

No *Global Atlas of Palliative Care* 2nd edition (2020) as patologias foram abordadas com maior individualização:

- Doenças degenerativas do sistema nervoso central;
- Doença inflamatória do sistema nervoso central;
- Doença cerebrovascular;
- Arteriosclerose;
- Doença cardíaca isquêmica crônica;
- Doença cardíaca não isquêmica;
- Malformação congênita;
- Febres hemorrágicas;

- Lesões (intoxicações e causas externas);
 - Leucemia;
 - Doença hepática;
 - Baixo peso ao nascer;
 - Nascer de parto prematuro ou trauma durante o parto;
 - Doença pulmonar;
 - Desnutrição e
 - Distúrbio musculoesquelético (WHO, 2020, p. 10).
- Quanto aos sintomas que devem ser identificados:
- Dor, considerando as suas intensidades;
 - Ansiedade e preocupação;
 - Confusão;
 - Humor deprimido;
 - Demência;
 - Sangramento;
 - Constipação;
 - Diarreia;
 - Boca seca;
 - Náusea ou vômito;
 - Falta de ar;
 - Fraqueza;
 - Fadiga e
 - Aparecimento de feridas (*ibid.*, p. 10).

Além do cuidado paliativo visar o alívio da dor e de outros sintomas, também percebe a morte como natural, não utilizando de ferramentas que adiantem ou retardem a sua ocorrência. Objetiva atendimento integral, seja em aspectos psicológicos, seja nos espirituais, com assistência ao paciente e à família, sendo apoio para que o indivíduo viva ativamente, auxiliando no processo da doença, e posteriormente, a família no enfrentamento do luto. O cuidado deve ser iniciado precocemente, uma vez que pode influenciar positivamente no curso da doença e na gestão de complicações, porém, se a pessoa que o recebe optar, pode ser realizado concomitantemente com as terapias que objetivam prolongar a vida, sendo função da equipe de saúde o acompanhamento para identificação de sintomas associados ao aumento do sofrimento, aconselhando e oportunizando a escolha informada (*ibid.*, p. 13); (*ibid.*, p. 14).

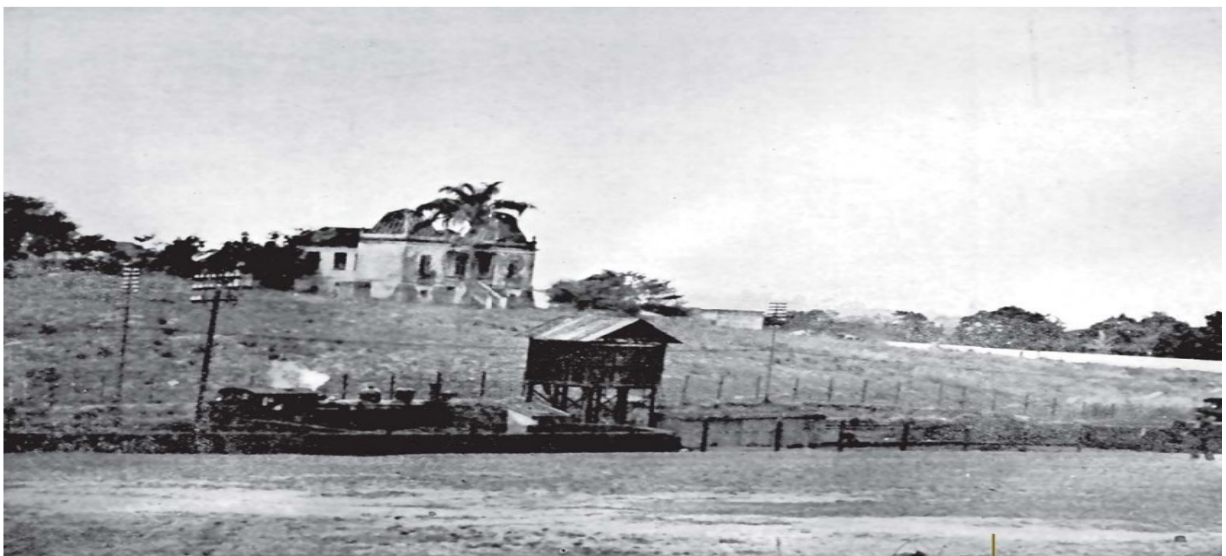
Em 2014, a Conferência Mundial de Saúde aprovou a Resolução *Fortalecimento dos Cuidados Paliativos como Componente dos Cuidados Integrais ao Longo do Curso de Vida* para que seja integrada no sistema de saúde de todos os Estados Membros (*ibid.*, p. 10).

A WHO (2020) afirma que se faz necessária educação básica em cuidados paliativos para todos os profissionais de saúde, treinamento intermediário para aqueles que atuam com pacientes graves e especializado para aqueles que atuam com o perfil de pacientes e precisam manejar sintomas. Sendo imperiosa campanhas de conscientização e sensibilização para a comunidade.

Quando analisado o número mundial em 2017, percebe-se que a maioria (73,4%) ocorreu por doenças não transmissíveis (WHO, 2020, p. 10). Ainda, segundo relatório da WHO (2020, p. 21), as três principais doenças que demandam cuidados paliativos no mundo para pacientes adultos são câncer, HIV e doenças cerebrovasculares. Já em pacientes pediátricos são HIV, parto prematuro ou com trauma e má formação congênita (*ibid.*, p. 28).

No Brasil, a implantação dos cuidados paliativos também ocorreu de forma desafiadora. O Asilo da Penha, localizado no Rio de Janeiro, inaugurado em fevereiro de 1944, é o primeiro local que tem relato da oferta do cuidado. No local, pacientes oncológicos que, segundo a medicina, não seriam mais curados, eram acolhidos e tinham possibilidade de conforto e alívio das dores. (Brasil, 1946).

Figura 2 - Foto do Asilo da Penha
Fonte: Brasil, 2007, p. 204.



Com o objetivo de disseminar o tema no país, no ano de 1997 foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP). A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) foi criada em 2005 e, a partir de então avanços quanto ao tema ocorreram, uma vez que o tema ainda era desconhecido por alguns profissionais, mas apresentava ser uma necessidade de saúde pública. Houve, assim, a como definição do que são os cuidados paliativos e avanço quanto ao reconhecimento do profissional paliativista (ANCP; Floriani e Schramm, 2010).

Piovezan (2020) elaborou o livro de nome *Visionários* publicado pela ANCP que faz uma cronologia dos cuidados paliativos no Brasil. A trajetória dos cuidados paliativos no país tem como data importante o ano de 1978, o qual ocorreu a criação da Unidade de Tratamento da Dor no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que mais tarde se tornou o Serviço de Tratamento de Dor e Medicina Paliativa (Piovezan, 2020, p. 615). Já em 1983, estruturou-se o Ambulatório de Dor e Cuidados Paliativos da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, além da fundação da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (*ibid.*, p. 616).

Nos anos seguintes, diversas iniciativas impulsionaram a área: no ano de 1990 Manaus recebeu o Ambulatório de Dor e Cuidados Paliativos. Em 1992, foi montado o Serviço de Cuidados Paliativos em Florianópolis. Neste mesmo ano também foi realizado o I Congresso Internacional de Cuidados Paliativos. Em 1993, foram inaugurados o Centro de Terapia da Dor e Medicina Paliativa no Hospital Amaral Carvalho em Jaú e a Unidade de Cuidados Paliativos no Hospital Pérola Byington em São Paulo (*ibid.*, p. 617-622)..

No ano de 1995, foi aberto o Ambulatório de Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O I Congresso Brasileiro sobre Cuidados Paliativos foi realizado em 1996 e em 1999 foi realizado o II Seminário Internacional em Cuidados Paliativos (*ibid.*, p. 617-622).

Em 2000, foi estruturado o Núcleo de Estudos em Cuidados Paliativos de Londrina, fundado o Programa de Cuidados Paliativos do Servidor Público Estadual em São Paulo e Laboratório de Estudos sobre a Morte. Neste mesmo ano, foi realizado o III Seminário Internacional de Cuidados Paliativos, além da criação do Ambulatório de Cuidados Paliativos da Universidade Federal de São Paulo. No ano de 2004, INCA promoveu o I Congresso Internacional de Cuidados Paliativos e Dor. O Conselho Federal de Medicina instituiu a Câmara Técnica sobre a Terminalidade de Vida em 2006 e, posteriormente, a Câmara Técnica de Cuidados Paliativos. Na sucessão dos anos, novos congressos e eventos auxiliaram na disseminação do tema no país (*ibid.*, p.623-626).

Em 2009, foi publicada a primeira edição do Manual de Cuidados Paliativos. No ano seguinte, Ribeirão Preto criou o Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas e o Hospital Universitário da Federal de Santa Catarina estabeleceu a primeira residência de medicina paliativa do país. Os Congressos Internacionais de Cuidados Paliativos continuaram sendo realizados nos anos de 2013, 2016, 2018 e em 2020. Neste último ano citado, a ANCP criou em seu site um especial sobre COVID -19 e cuidados paliativos (Piovezan, 2020, p. 627-630).

1. CONCEPÇÕES DE MORTE E DO MORRER

A morte, que é cotidiana, independente de sua causa ou forma, ainda é muito vivenciada em instituições de saúde. Nesses ambientes existem profissionais que além de atuar com a cura e melhora do processo de doença, também atuam com a possibilidade da morte (Menezes, 2004, p. 12).

A assistência a saúde é desenvolvida de maneira impessoal, não permitindo a demonstração de emoções, com a morte sendo vista como derrota e com utilização de medidas que prolongam a vida, às vezes até de maneira heróica, sendo necessário então um debate sobre qual é o limite para as medidas mediante a possibilidade morte e até que ponto a decisão está no profissional de saúde (*ibid*, p. 33,34). Como já referido anteriormente, devido à racionalização, medicalização e impessoalidade, torna-se necessária a reivindicação de dignidade perante a morte, transformando, portanto, a relação doente e profissionais de saúde (*ibid*, p. 36).

Devido a carência emergente, surge o profissional paliativista, na busca por minimizar o sofrimento, desconforto e por dar suporte ao doente e familiar, sendo evidenciado no discurso paliativista a necessidade de comunicação entre os atores do cuidado, profissionais de saúde, paciente e familiares, tornando-se opositor ao modelo curativo, no qual o doente não possui voz, e passa nos cuidados paliativos a supostamente ter seus desejos respeitados (*ibid*, p. 37).

O morrer, embora ainda temido, passa a ser explicado de maneira detalhada em uma conversa aberta, envolvendo escuta e pactuação de desejos, em busca da boa morte (*ibid*, p. 41). Essa boa morte frequentemente é associada a morte pacífica, com paz e harmonia, como se morrer fosse belo, nesse sentido, é importante que os profissionais reconheçam seus limites, utilizando de novas práticas frente ao morrer (*ibid*, p. 47-52).

Seria então uma nova visão da morte com os cuidados paliativos descentralizando o papel decisivo do médico e evidenciando quem está morrendo no papel de decisão. Para isso, a equipe de cuidados necessita ter escuta e diálogo. Sendo então definido como um modelo em busca da autonomia e qualidade de vida (*ibid*, p. 60-63). No estudo realizado em Botucatu, pelo serviço de cuidados paliativos, é abordada a necessidade de excluir tabus, propiciar a humanização e abordar o tema de maneira precoce (Puttini, Barros, Lemonica, 2009). Porém, o último período de vida do doente é desafiador para todos envolvidos no cuidado, sendo necessárias negociações nessa época, e até o entendimento de quais sintomas do morrer devem ser tratados. Muitos dos que estão passando pelo processo de morte têm dor, mas em contrapartida não são favoráveis aos efeitos colaterais das medicações que normalmente são utilizadas (Menezes, 2004, p. 64-66).

Além da dificuldade de que o enfermo passa, uma vez que percebe que não tem mais chance de cura, deve entender que a doença venceu e a partir de então tomar decisões sobre o tempo de vida que lhe resta. Importante lembrar que a boa morte pode ser vista de diferentes formas entre os profissionais de saúde e o doente e familiares, assim como elementos sociais e culturais influenciam na percepção do que seria uma morte digna (*ibid*, p. 67, 68).

O tema é desafiador para todos os atores envolvidos, para os profissionais que lidam com os cuidados paliativos é necessário que eles dessensibilizem quanto a morte e para os pacientes e familiares o aprendizado dos novos cuidados a serem realizados, principalmente em seu domicílio. Dessa forma, os profissionais devem valorizar as emoções dos envolvidos e até adiar as atividades técnicas priorizando a comunicação, assim como a equipe deve se adaptar ao ritmo do paciente (*ibid*, p. 77-80).

Um ponto a ser discutido é que frequentemente o profissional paliativista é visto com dotes vocacionais sendo paciente, tranquilo e dócil. Mas esse papel é visto por muitos como desgastante, destacando o heroísmo (*ibid*, p. 88-94). O trabalho se torna valorizado, uma vez que ninguém queria cuidar daqueles que estão morrendo e passa a ser realizado por profissionais com habilidade e formação para produzir uma boa morte (*ibid*, p. 95). O profissional com conhecimento permite o escalonamento das prioridades de tratamento, ajudando o paciente e família na direção a ser seguida (*ibid*, p. 104,105).

Nos cuidados paliativos desde o primeiro contato é explicado as condições clínicas e prognóstico, esclarecendo os limites do tratamento, porém é um momento desafiador para o entendimento dos pacientes e familiares. Por isso, o encaminhamento para os cuidados paliativos deve ser de forma correta e informado. No primeiro contato o esclarecimento deve

ser o mais completo possível, quando o encaminhamento é tardio, torna-se mais difícil a aceitação da doença e os limites de intervenção (*ibid*, p. 120-123).

Para a equipe, em geral, as famílias que não aceitam o prognóstico são mais difíceis de serem atendidas, às vezes gerando a recusa e abandono dos pacientes (*ibid*, p. 134). Em muitos casos também pode ocorrer a necessidade da família esconder informações do paciente, negando o processo decisório daquele que está passando pelo processo de morte (*ibid*, p. 141).

Quando os sintomas são controlados, normalmente se torna mais fácil para a família assumir os cuidados, porém quando há piora clínica e a família não apresenta condições sociais, a internação apresenta-se como opção (Menezes, 2004, p. 148). A questão socioeconômica e cultural são relevantes nos cuidados paliativos, uma vez que impactam em como o paciente entende a morte (*ibid*, p. 149). O paciente também pode ter dificuldade de apresentar-se de forma autônoma, visto que sempre foi doutrinado a aceitar as ordens médicas (*ibid*, p. 153). Quando a doença está em evolução e o paciente apresenta a impossibilidade de relatar seus desejos, a família e profissionais devem negociar quais são as ações a serem realizadas (*ibid*, p. 157).

Para o paciente ter controle é necessário que a equipe de saúde aceite e entenda que as prioridades elencadas pela equipe podem não ser as mesmas para o paciente. Para a equipe, muitas das vezes o principal a ser feito é o controle de sintomas, o que pode não ser a mesma visão que o paciente tem (*ibid*, p. 161). Além de que, com a evolução da doença, esse processo decisório pode ser ilusório, pois o paciente passa por uma debilidade e dependência (*ibid*, p. 178)

Resolver as pendências antes de morrer, pode estar associado com uma boa morte, se encontrar com pessoas, e pacificar conflitos internos (*ibid*, p.169). Ou seja, o processo de uma morte digna visto pelos paliativista envolve muitas vezes resolução de conflitos, medicalização de sintomas, principalmente da dor, e aceitação do paciente em morrer de forma pacífica, além de acompanhar o luto dos familiares para ajudar na elaboração da morte, esses podem não ser as prioridades do paciente que está vivendo o momento do fim da sua vida, tornando conflituoso o processo de qualidade de vida e morte até então estabelecido pelo cuidado (*ibid*, p. 195-198), (*ibid*, p. 212-213).

O estudo de Botucatu corrobora com as informações citadas acima, também ressalta a importância de entender o contexto sócio-psicocultural do paciente e família, pelas condições de vida, pelo entendimento de quem é considerado participante da família, uma vez que pode influenciar na aceitação ou não da doença e do cuidado. Além de enfatizar que o médico não é o único profissional existente, e sim, que deve existir uma equipe diversa neste tipo de

cuidado, gerando espaços de discussão multiprofissionais diante da complexidade do assunto (Puttini, Barros, Lemonica, 2009).

2. MARCOS LEGAIS E CUIDADOS PALIATIVOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nas próximas seções serão abordadas as legislações que propiciaram a evolução dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde (SUS), assim como o posicionamento dos conselhos profissionais perante o tema, além de contextualizar o município de Franca.

2.1 A CONSTRUÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

Existem alguns marcos legais que auxiliaram a evolução dos cuidados paliativos no país, ressalta-se ser necessário o fortalecimento do SUS para que a política de cuidados paliativos seja consolidada (Ouverney, 2019).

O primeiro é a Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 1988 (CRFB/1988) no Capítulo II Seção II da Saúde, a qual no primeiro artigo esclarece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado e deve ser garantida por meio de políticas públicas com acesso universal e igualitário.

Posteriormente, com a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização e funcionamento do SUS possibilitando condições para a proteção, promoção e recuperação da saúde da população através de ações e serviços.

A Portaria nº19 de 03 de Janeiro de 2002, institui o *Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos*, que tem por objetivo organizar os serviços de saúde e equipe multiprofissional para assistência de pacientes, além de educação continuada de profissionais, adaptando a assistência a saúde de pacientes paliativos conforme a necessidade brasileira.

A *Política Nacional de Humanização* foi lançada no ano de 2003 e tem por finalidade colocar em prática os princípios do SUS, produzindo mudanças no cuidar. Ressalta a importância da comunicação entre trabalhadores, usuários e gestores. Visa à valorização do trabalhador e o acolhimento do usuário, reconhecendo a sua singularidade, com formação de vínculo e escuta qualificada identificando as principais necessidades (Brasil, 2013).

Em 30 de dezembro de 2010, foi publicada a Portaria nº 4.279 que organiza a Rede de Atenção a Saúde (RAS) no SUS, visando aperfeiçoar as lacunas assistenciais e atender a população em todas as suas demandas, inclusive aos pacientes que necessitam de cuidados paliativos.

O maior impacto de abordagem de cuidados paliativos na assistência ainda ocorre na área oncológica e é maior evidenciada na *Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer* instituída pela Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013, aborda sobre ações que melhorem a qualidade de vida dos pacientes que convivem com a patologia, sendo o cuidado paliativo uma dessas ações. Também refere os níveis de atenção existentes e suas funções e o fornecimento de medicamentos para controle de sintomas, como a dor. Porém, é importante ressaltar que os cuidados paliativos não se restringem apenas a pacientes oncológicos (Ouverney, 2019).

A Comissão Intergestora Tripartite esclarece a organização dos cuidados paliativos através da Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, dispondo sobre a necessidade e incentivo de equipe multiprofissional para assistência, que objetiva melhor qualidade de vida aos usuários e familiares. Discorre sobre conteúdos de cuidados paliativos em graduações e especialização, educação continuada para trabalhadores, disseminação de informação para sociedade e disponibilidade de medicações para controle de dor. Além de enfatizar que o cuidado deve ser realizado em qualquer nível de atenção.

Quanto ao acesso de medicamentos, a *Política Nacional de Medicamentos* de 2001 reconhece as constantes mudanças de perfil epidemiológico e que o envelhecimento populacional gera demandas para os serviços de saúde que devem se adequar, inclusive no consumo de medicamentos, já que interfere no consumo de medicamentos destinados a doenças crônicas degenerativas. Nesta política, já é evidenciado que quando falado sobre medicamento, está sendo dito sobre produto com finalidade profilática, diagnóstica, paliativa ou curativa. Já a Política Nacional de Assistência Farmacêutica de 2004, afirma sobre uso racional de medicamentos e que estes devem produzir resultados na melhoria de qualidade de vida da população, além de que a *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais* (RENAME) deve ser atualizada periodicamente conforme a necessidade populacional para distribuição pelo SUS.

Na RENAME de 2022, que é um orientador de insumos no SUS e de fornecimento obrigatório pelo governo, consta morfina, um aliado no controle da dor, e dispneia de pacientes em cuidados paliativos (Ouverney, 2019).

No dia 07 de Dezembro de 2023, a *Política Nacional de Cuidados Paliativos* (PNCP) foi aprovada pela Resolução de nº 729, considerando a importância da política para melhora da qualidade de vida, o impacto da pandemia da COVID-19, a limitação de acesso ao cuidado e a importância da criação de cultura e estratégias para comunicação e capacitação dos profissionais. Além disso, a promoção dos cuidados de forma integral.

Posteriormente à Portaria GM/MS nº 3681, de 7 de Maio de 2024, institui-se a Política Nacional de Cuidados Paliativos, que considera a morte um processo natural, valoriza a autonomia do usuário, prevê alívio de sofrimento e inclusão da família. Organiza o cuidado em todos os níveis de atenção da RAS, enfatizando a atenção primária como coordenadora e ordenadora do cuidado.

Quanto aos conselhos dos profissionais e trabalhadores de saúde, suas manifestações acerca do cuidado são as seguintes:

O *Conselho Federal de Serviço Social* teve seu Código de Ética revisado no ano de 2011 sem abordar o tema e também não possui nenhuma resolução publicada.

O *Conselho Federal de Enfermagem* através da Resolução nº 564/2017, aprova o novo Código de ética profissional, destacando que a enfermagem atua no processo de nascer, viver, morrer e luto. E que em casos de doenças incuráveis e com risco iminente de morte, deve-se ofertar o cuidado paliativo em conjunto com a equipe multiprofissional. Percebe-se que o cuidado paliativo está no texto ligado à morte iminente, não sendo mais esta a abordagem utilizada sobre o tema.

Em 1º de Novembro de 2018, foi aprovada a Resolução nº 2.217 pelo *Conselho Federal de Medicina* que aprova o Código de Ética profissional, legitimando que em situações clínicas irreversíveis, o médico deve evitar procedimentos desnecessários e propiciará a seus pacientes os cuidados paliativos de forma apropriada, ainda que esses não serão abandonados frente a não possibilidade de cura, sendo realizados os cuidados necessários, levando em consideração a vontade de seu paciente e, em caso da não possibilidade, do seu responsável legal.

O profissional da fonoaudiologia tem a Resolução nº 633 de 02 de Setembro de 2021 que dispõe sobre a atuação do profissional nos cuidados paliativos, elencando que o cuidado deve ser realizado em todos os níveis de assistência, deve incluir paciente e família como gerador de decisões, ajudando-os no enfrentamento da doença e definição de conduta, diminuindo impactos e atuando com humanização.

O *Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional* na Resolução nº 539 de 27 de Setembro de 2021, evidencia que o cuidado deve ser oferecido por uma equipe multidisciplinar que melhora a qualidade de vida dos pacientes e familiares diante de uma doença que ameaça a continuidade de vida, e que a abordagem deve ocorrer de maneira precoce. Esta Resolução legitima o fisioterapeuta especialista em cuidados paliativos, contudo o profissional de terapia ocupacional não é abordado, porém no Código de Ética dos

Terapeutas Ocupacionais publicado dia 08 de Julho de 2013, através da Resolução nº 425, o atendimento de pacientes com perfil de cuidados paliativos é citado.

A psicologia teve seu último código de ética publicado em 2005 e não consta sobre a atividade paliativa, mas aborda o tema de forma superficial na Resolução nº 23 de 13 de Outubro de 2022, que afirma que em ambiente hospitalar é prestada assistência psicológica aos pacientes, inclusive paliativos. Também cita que o profissional atua nos cuidados paliativos na atenção primária, secundária e terciária na Resolução nº 17 de 19 de Julho de 2022.

O atendimento a este perfil de pacientes deve ser individualizado e focado no indivíduo, envolvendo uma equipe multiprofissional que acolha o mesmo e sua família, tal fato pode contribuir para a redução da utilização de serviços de saúde e internações desnecessárias (WHO, 2020, p. 82).

Para o cuidado centrado no paciente é necessário que haja humanização, de forma que as diferentes equipes de saúde se comuniquem sem segmentação do cuidado, com qualificação profissional para lidar com as singularidades dos sujeitos, fortalecimento do trabalho multiprofissional e a participação ativa do paciente e família na elaboração do seu plano de cuidado, promovendo acolhimento (Brasil, 2010).

Contudo, algumas barreiras podem ser destacadas como impedimentos para a disseminação dos cuidados paliativos, como barreiras culturais, psicológicas, sociais e financeiras, dificuldades quanto à disponibilidade e manipulação de opióides, baixo conhecimento profissional sobre o tema e inexistência de políticas de saúde que norteie o cuidado (WHO, 2020 p. 33-38).

2.2 CONTEXTUALIZANDO O MUNICÍPIO DE FRANCA

O município de Franca é localizado no estado de São Paulo, encontra-se entre os rios Pardo e Grande e passou a ser povoado apenas no século XVIII, tendo seu crescimento no início do século XIX com um fluxo de pessoas que criavam gados e plantavam suas lavouras (Franca, 2025).

A cidade possui 605.679 km² de território, com ocupação populacional de aproximadamente 352.536 habitantes, tendo uma população estimada, no ano de 2024, de 364.331 pessoas, destas a maior parte são mulheres (186.779 pessoas) e a população residente tem por maior faixa etária de 30 a 39 anos (55.453 pessoas), seguida por 20 a 29 anos (53.693 pessoas) e 40 a 49 anos (53.496 pessoas), sendo a menor faixa etária residente a de 80 anos ou mais (8.349 pessoas) (IBGE, 2025).

Segundo dados obtidos no DATASUS no ano de 2024, a maior parte das internações na cidade foram ocasionadas por doenças do aparelho circulatório, seguida por doenças do aparelho digestivo e lesões por envenenamento ou outras consequências de causas externas. E os óbitos ocorreram por doenças infecciosas, seguido de doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho circulatório (DATASUS, 2025).

A saúde no município é ofertada pela administração pública direta, e segundo a prestação de contas do 2º quadrimestre de 2024 disponível no site da cidade, são ofertados os seguintes serviços de saúde:

- 21 Unidade Básica de Saúde;
- 14 Equipes de Saúde da Família;
- 45 Equipe de Atenção Primária;
- 01 Equipe de Atenção Primária Prisional;
- 01 Equipe de Consultório na Rua;
- 01 Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar;
- 01 Equipe Multidisciplinar de Apoio;
- 01 Emulti estratégica (Equipe multiprofissional de atenção primária à saúde);
- 33 Equipe de Saúde Bucal;
- 02 Pronto Socorros;
- 02 Unidade de Pronto Atendimento;
- 02 Ambulatórios de Saúde Mental;
- 02 Centro de Atenção Psicossocial;
- 10 Residências Terapêuticas;
- 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;
- 01 Núcleo de Gestão Assistencial – NGA;
- 01 Laboratório de Análises Clínicas;
- 01 Centro de Diagnóstico e Imagem;
- 02 Odontomóveis;
- 01 Serviço de Reabilitação Auditiva;
- 01 Central de Regulação Médicas das Urgências;
- 01 Centro Especializado em Oftalmologia;
- 01 Casa do Diabético;
- 01 Centro de Imunização;
- 01 Ambulatório de Gestante de Alto Risco;
- 01 Ambulatório de Criança de Alto Risco;

- 01 Centro de Saúde I;
- 01 Ambulatório de Tuberculose;
- 01 Ambulatório de Hanseníase;
- 01 Ambulatório de Renais Crônicos;
- 01 Centro de Convivência do Idoso;
- 01 Ambulatório de DST/AIDS;
- Vigilância Sanitária;
- Vigilância Ambiental;
- Vigilância Epidemiológica e
- Farmácia de Manipulação.

Segundo o mesmo relatório, a despesa com ações e serviços públicos de saúde do mês de janeiro a agosto do ano 2024 foi de R\$ 226.276.434,52, do valor total 78,9% foi recurso Municipal, 2,4% recurso Estadual e 18,6% recurso Federal. Do total apresentado, R\$ 74.179.554,50 foram destinados à Atenção Básica do município.

A denominação Equipe de Atenção Primária e Equipe de Saúde da Família é utilizada no relatório para diferenciar as equipes da estratégia de saúde da família das demais equipe de atenção básica, tal denominação é utilizada pela Prefeitura no relatório de prestação de contas. Para esclarecimento, existem 59 equipes que atuam na atenção básica do município, sendo 14 pertencentes à estratégia de saúde da família.

Embora existam 21 estruturas físicas de UBS's, apenas duas atuam com uma única equipe por unidade, sendo estas de equipe da saúde família. As demais 19 UBS's possuem mais de uma equipe, sendo elas mistas, comportando dentro da estrutura física as demais 12 equipes de saúde da família e 45 equipes de atenção primária. Por exemplo, a unidade do City Petrópolis possui em sua estrutura física uma equipe de saúde da família e uma equipe de atenção primária.

Na formulação deste estudo, haviam quatro unidades que atuavam com apenas uma equipe de saúde da família por espaço físico, quando iniciada a coleta de dados o número foi reduzido para duas, e estas possuem a previsão de se tornarem mistas em até dois anos.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a efetividade da PNCP em Unidades de Saúde da Família de Franca, com ênfase em analisar a prestação de cuidados, as potencialidades e as barreiras existentes.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Com a finalidade de cumprir-se o objetivo geral, apresentam-se os seguintes objetivos específicos:
- Identificar a teoria disponível do assunto, estabelecendo correlações com a PNCP e prática assistencial;
- Investigar o cenário atual da oferta dos cuidados paliativos em uma parcela de Unidades de Saúde da Família do município de Franca;
- Investigar a participação de usuários, profissionais/trabalhadores de saúde, gestores e demais atores na construção do cuidado, bem como o acesso aos serviços de saúde e o acesso à medicações disponíveis para alívio de sintomas e
- Evidenciar o conhecimento profissional acerca do tema, além de treinamentos e atualizações realizadas.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, que envolve uma pesquisa bibliográfica, com objetivo de verificar a literatura existente acerca do tema em bases de dados de periódicos, assim como as legislações disponíveis até o momento.

Segundo Andrade (2010 p. 25) a pesquisa bibliográfica:

Ela é obrigatória nas pesquisas exploratórias, na delimitação do tema de um trabalho ou pesquisa, no desenvolvimento do assunto, nas citações, na apresentação das conclusões. Portanto, se é verdade que nem todos os alunos realizarão pesquisas de laboratório ou de campo, não é menos verdadeiro que todos, sem exceção, para elaborar os diversos trabalhos solicitados, deverão empreender pesquisas bibliográficas.

Subsequentemente, foi realizada a coleta de dados próprios para atingir os objetivos propostos no projeto, para isso sucedeu-se uma pesquisa de campo. A objetividade é afirmada com o uso de instrumental teórico e técnico adequados para que possam atingir a realidade da aplicação da PNCP na atenção primária, especificamente com as equipes de saúde da família na cidade de Franca. Dessa forma, é necessário esforço metodológico que minimize interferências subjetivas e achismo e que seja sistemático e profundo (Minayo, 2012).

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

As amostras foram selecionadas para uma representação fidedigna do atual cenário da PNCP na atenção primária, em USFs, da cidade de Franca. Estabelecendo o conhecimento e a atuação de profissionais/trabalhadores de saúde e gestores. Os participantes de profissionais/trabalhadores da saúde incluídos foram aqueles cadastrados nas USFs selecionada, e os gestores possuíam hierarquia em ambas unidades.

- Profissionais/trabalhadores: todos os profissionais/trabalhadores cadastrados nas USFs sendo eles, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), técnicos de enfermagem, enfermeiros, farmacêuticos e médicos.
- Gestores: secretária de saúde, coordenadora das unidades e presidente do conselho municipal de saúde.

4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para os profissionais/trabalhadores de saúde, foi aplicado um questionário baseado no instrumento de avaliação da atenção primária (PCATool- Brasil versão profissionais); Anexo 1, composto por 77 itens divididos em 8 componentes. Para este questionário as respostas foram obtidas em campos fechados (com certeza sim, provavelmente sim, provavelmente não, com certeza não e não sei/não lembro), porém, optou-se por acrescentar um campo de outros, caso o entrevistado sentisse ser oportuno discorrer sobre o assunto. No entanto, o instrumento não é específico para o atendimento de usuários em cuidados paliativos na atenção primária, sendo necessárias adaptações, inclusão de perguntas e a escolha de questões que se adequem aos objetivos do estudo.

O PCATool é um instrumento de avaliação americano que foi validado no Brasil para mensurar a estrutura e qualidade da APS no país. No Manual do Instrumento da Avaliação da Atenção Primária à Saúde, item 7, com o título de considerações éticas, informa que o instrumento pode ser utilizado em abordagens científicas para a construção de conhecimento, desde que siga os preceitos éticos.

O instrumento visa identificar a instituição de saúde de referência, profissional de maior vínculo com o paciente, qual é o grau de utilização do serviço de saúde, se é acessível a população, se o atendimento é longitudinal, se tem integração de cuidados entre os diversos serviços de saúde e se o paciente tem ciência de quais são os serviços disponíveis na RAS, orientação quanto a histórico familiares e rede de apoio na família e comunidade, bem como as necessidades de saúde da comunidade que o usuário está inserido. Posteriormente, cada seção do questionário passa por uma avaliação quantitativa e ao final gera um score de 0 a 10

(Brasil, 2010). Optou-se por não utilizar o escore, devido não ser objetivo do estudo gerar um valor e sim perceber como se comportam os cuidados paliativos na atenção primária no município.

Para os gestores, foi aplicado um questionário autoral; Apêndice II, objetivando compreender as concepções de cuidados paliativos, a formação profissional acerca do tema, a continuidade do cuidado em toda a RAS e as barreiras e desafios encontrados.

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Aplicação dos Questionários: Os questionários para profissionais/trabalhadores foram aplicados por meio digital, através da ferramenta de Google Forms, para gestores foi aplicado presencialmente por meio de entrevista oral, de maneira individual, com agendamento prévio, garantindo sigilo.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Por ser uma pesquisa desenvolvida com seres humanos, foram seguidas as diretrizes éticas estabelecidas regulamentadas pelas Portarias: Resolução CNS 466/2012, Resolução CNS 510/2016 e Norma Operacional 01/2013 disponíveis na plataforma institucional da UNESP-Franca². O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da universidade e aprovado, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 80741724.1.0000.5408 (ANEXO II), e as entrevistas foram realizadas somente mediante o aceite dos atores do estudo em participar da pesquisa através do fornecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO III), com garantia de anonimato e confidencialidade.

5. APRESENTAÇÃO DE DADOS E DISCUSSÃO TEÓRICA

5.1 ESTRATIFICAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS COM PROFISSIONAIS/TRABALHADORES DA SAÚDE

A amostra total desta população do estudo foi de 23 profissionais/trabalhadores da saúde. Destes, 19 aceitaram participar da entrevista, as 4 recusas foram de profissionais médicos. Uma unidade contou com 10 representantes (Unidade P) e a outra com 9 representantes (Unidade E).

² Disponíveis em <https://www.franca.unesp.br/#!/pesquisa/comite-de-etica-em-pesquisa/legislacao/>

Quanto à categoria profissional foram entrevistados ACS's, técnicos e ou auxiliares de enfermagem, enfermeiros, farmacêuticos e médicos.

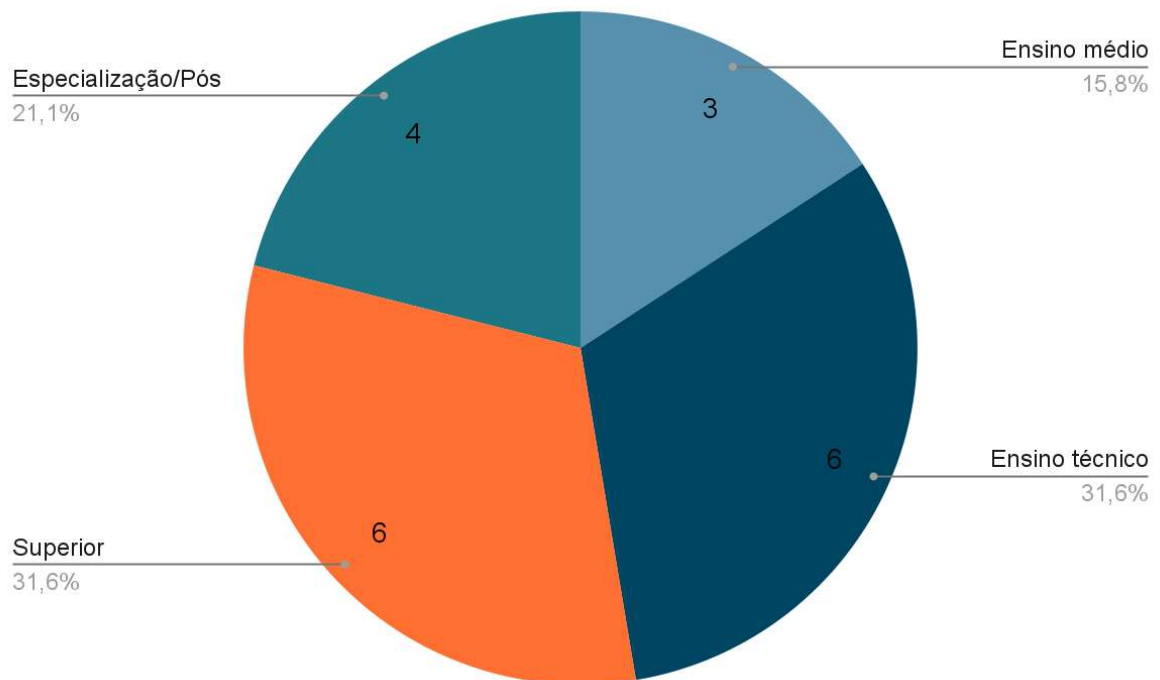
Quadro 1- Estratificação de categoria profissional

	Unidade P	Unidade E
Agente Comunitário de Saúde	6	4
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	2	2
Enfermeiro	1	1
Farmacêutico	0	1
Médico	1	1

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Quanto à escolaridade, as respostas obtidas foram: ensino médio completo, ensino técnico, graduação e pós graduação.

Gráfico 1- Estratificação de níveis de formação



Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Quando perguntados se a atenção básica do município conta com serviço de cuidados paliativos, 3 participantes disseram que não (2 da Unidade P e 1 da Unidade E), 1 disse não saber (Unidade P), 13 afirmaram que sim (6 da Unidade P e 7 da Unidade E), 1 disse que “*na minha opinião não são todas as unidades*” (profissional 5P) e 1 disse que “*pela minha percepção, os pacientes com essa necessidade conta qual pouquíssimas opções de apoio, sem transporte, sem medicamento, muitos precisam de dieta específica que tem um alto custo e raramente consegue obter esse direito na justiça*” (profissional 14E).

Diante das respostas obtidas é possível perceber que não há um consenso e 3 referem que não, uma resposta detalhada descreve que o paciente no perfil de cuidados conta com pouquíssimo apoio. Segundo a PNCP de 2024, em suas diretrizes informa que os cuidados paliativos consistem na ampliação dos cuidados e acesso universal em todos os níveis de atenção da rede, com uma coordenação em continuidade de cuidados e estruturação dos fluxos assistenciais. Porém, entende-se que esta política é recente e que sua implantação gera desafios para o município.

Na questão sobre definição de cuidados paliativos e quais paciente são elegíveis é possível observar que a palavra terminal ou sinônimos são comumente utilizadas como nos exemplos abaixo:

- *Paciente sem perspectiva de melhora de vida (profissional 17E).*
- *Acho que são os cuidados que se tem para amenizar o sofrimento das famílias que têm pessoas com doenças sem cura ou em estágio terminal (profissional 8P).*
- *É uma maneira de amenizar a dor que o paciente está passando. Pacientes que estão no estado terminal , alzheimer avançado , pacientes que não tem autonomia na mente, no corpo etc... , que não respondem por si mesmo (profissional 1P).*
- *Pacientes com senilidade avançada e pacientes terminais que apresentam doenças crônicas (profissional 4P).*
- *Seria um acompanhamento integral do paciente terminal acamado, com médicos, com curativos, nutricionistas e orientação para os familiares (profissional 9P).*
- *Pacientes graves terminais ou não (profissional 7P).*

Alguns citam os cuidados paliativos diante das patologias que não apresentam possibilidade de cura.

- *Cuidar quando não possível curar. são pacientes que tem como proposta abordagem clínica que não busca cura, mas sim cuidado (profissional 6P).*
- *Cuidado humanizado; Pacientes com alguma comorbidade que não tem cura que precisam de acolhimento e cuidado humanizado (profissional 15E).*
- *Alívio para um sofrimento do paciente com doença grave, sem cura (profissional 11E).*

Outros falam sobre a complexidade do atendimento, necessidade de qualidade de vida, melhora da dor e manutenção da dignidade.

- *São os cuidados para o paciente ter uma boa qualidade de vida (profissional 12E).*
- *São aqueles pacientes com poucas chances de sobrevivida e necessitam de apoio e dignidade para atravessar essa fase, com menos dor e desconforto possível (profissional 14E).*
- *O cuidado paliativo inclui toda a família do paciente, pois durante o tratamento todos precisam de cuidados, porque no final todos adoecem um pouco. O cuidado é desde uma explicação de uso de uma medicação quantas vezes forem necessárias, visita domiciliar, e tentar amenizar ao máximo o sofrimento do paciente (profissional 3P).*
- *São os pacientes que estão sob cuidados sobre sua atual situação, pacientes crônicos, sem chances de evolução no quadro de saúde (profissional 13E)*
- *Tentar dar qualidade melhor para paciente e para família tentar amenizar dor (profissional 16E).*
- *Cuidados com higiene, medicações, cuidados emocionais, cuidados com curativos, feridas, cirúrgicos, cuidados pós consultas e pré consultas, etc (profissional 10P).*

- *Qualidade no atendimento do paciente em todos os momentos que antecedem a finitude - o bom morrer, com continuidade do atendimento e suporte aos familiares (profissional 19E).*

No decorrer da apresentação deste trabalho, foi enfatizada a necessidade de diagnóstico precoce, assim como definição de estratégias e cuidados pelos profissionais de saúde, pacientes e familiares. Ainda, a PNCP de 2024 em seus princípios, refere considerar a morte um processo natural, com respeito ao indivíduo e sua autonomia, ofertar o cuidado em todos os ciclos de vida de pacientes com patologias que ameacem sua continuidade de vida, com início precoce dos cuidados paliativos em conjunto com o tratamento da doença, por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. Dessa forma, entende-se assim como citado na resposta, que neste perfil de paciente o atendimento é complexo e com demandas significativas.

Quanto à realização de treinamentos e capacitações acerca do tema, 9 responderam que não tiveram (5 da Unidade P e 4 da Unidade E), 4 disseram que sim (2 da Unidade P e 2 da Unidade E), 1 que não se lembra (Unidade E), 3 responderam que apenas durante sua formação profissional (2 Unidade P e 1 Unidade E) e 2 citaram cursos externos (1 da Unidade P e 1 da Unidade E).

Devido a complexidade do atendimento e questionamentos que possam surgir, tornam-se necessárias atualizações e treinamentos sobre o tema, em suas diretrizes a PNCP aborda a necessidade de desenvolvimento científico sobre o assunto, assim como disseminação de conhecimento. Também cita como objetivo a estimular a formação e educação continuada em cuidados paliativos, este fato é ressaltado em Capítulo II, em ações e serviços. Porém, percebe-se pelas respostas obtidas, fragilidade de capacitações, com 9 dos 19 profissionais entrevistados informando que nunca receberam treinamentos sobre o tema.

As principais barreiras e dificuldades encontradas para a oferta do cuidado para este perfil de pacientes citados foram relacionados a manejo e aceitação familiar.

- *O manejo inicial com os familiares (profissional 18E).*
- *Aceitação da família (profissional 1P).*
- *A ansiedade da família (profissional 4P).*

- *Muitas vezes os familiares não aceitam, quer que o paciente melhore (profissional 16E).*
- *Familiares que não aceitam o paliativo (profissional 7P).*

Também foi citado a sobrecarga da equipe, ausência de profissional especialista e suporte do município.

- *São muitos pacientes e poucos profissionais, e os poucos que tem dificilmente são treinados (profissional 17E).*
- *Burocracia imposta pelo município em relação a exames e medicamentos (profissional 6P).*
- *Falta de profissional especialista (profissional 15E).*
- *Não há serviço que atenda esta demanda, má vontade do poder público, barreiras burocráticas e judiciais (profissional 9P).*
- *Muitos pacientes para poucos funcionários (profissional 11E).*
- *Nós só podemos dar continuidades aos cuidados (profissional 2P).*
- *Falta de apoio em todos os sentidos, estrutural e emocional tanto para o paciente quanto para o cuidador (profissional 14E).*
- *Falta de profissionais na equipe e disponibilidade de ferramentas da rede de cuidados para a atenção básica (profissional 19E).*
- *Tempo (profissional 5P).*

A dificuldade de capacitação para exercer os cuidados necessários também foi referida, assim como a questão emocional.

- *Falta de capacitação dos cuidados necessários, equipe, cuidador etc (profissional 13E).*
- *Emocional eu acho (profissional 10P).*

As barreiras e dificuldades encontradas são, em sua maioria, as relatadas por Menezes (2024), como manejo e aceitação familiar, dificuldade de profissional especializado e questões emocionais. Menezes (2004) refere que, muitas vezes, os pacientes demoram para chegar aos cuidados paliativos e são encaminhados apenas com o quadro avançado, o que gera maior desgaste familiar e dificuldade de entendimento sobre o prognóstico. Para os profissionais, é necessária a dessensibilização perante a morte, uma vez que é frequente com este tipo de paciente. E por fim, para ter um profissional especializado, além dos treinamentos, que estão em falha no município, é importante que o papel decisivo seja descentralizado do médico e que o atendimento conte com uma equipe multidisciplinar.

Também foi citado problema estrutural da rede, que está com a proposta de unificar todas as equipes de saúde da família com as de atenção básica.

- *Eu entendo que este paciente e seus familiares necessitam de atenção o que os ESFs (Estratégia de Saúde da Família) proporcionam, mas quando estes se tornam uma unidade básica mesmo permanecendo o ESF, por ter muitos pacientes o cuidado não é o mesmo(profissional 3P).*

Percebe-se uma tendência do município em aumentar o número de equipes de atenção primária, utilizando do mesmo espaço físico. Também foi citado o baixo número de profissionais e falta de tempo, esclarece-se que a Atenção Primária tem importante atuação na saúde da coletividade e também no âmbito individual, com ações de promoção, prevenção de agravos e proteção da saúde de forma integral e que gere impacto na situação de saúde (Brasil, 2012 p. 19). Para isto é necessário um território de referência para cada unidade de saúde e que essas possibilitem acesso universal, de qualidade e resolutivo para a população adscrita (*ibid.* p.20).

Segundo a Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, como forma de garantia de resolutividade e cobertura do território adscrito, enfatizando que cada equipe de atenção primária ou saúde da família deve ser responsável em seu território adscrito por 2.000 a 3.500

pessoas, podem haver até quatro equipes de atenção básica ou saúde da família no mesmo território para atingir o potencial necessário.

A equipe de saúde da família tem como estratégia a reorganização da atenção básica e está em expansão, visando maior resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas. A equipe mínima, segundo a portaria citada no parágrafo anterior, é médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e ACS. O ACS realiza diagnóstico territorial, atentando-se para necessidades sociais, ambientais, epidemiológicas e sanitárias do território adscrito da unidade, realiza ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, visitas domiciliares conforme a necessidade da população, conhece seu território com a finalidade de orientar a população, deve cadastrar todas as pessoas da sua área (população máxima por ACS de 750 pessoas) e manter os dados atualizados no sistema de informação (Brasil, 2017).

O relato da profissional 3P pode refletir que quando o mesmo espaço físico é utilizado por uma equipe de ESF e por uma equipe de UBS, o serviço da ESF pode passar a ser descaracterizado, perdendo o acolhimento e vínculo antes existente com a comunidade.

Sobre a existência de diretrizes nacionais ou regionais que orientem a prática de cuidados paliativos, 12 responderam que sim (6 da Unidade P e 6 da Unidade E), mas não citaram quais, 1 disse que *“existe sim mas nem sempre são seguidos”* (profissional 3P), 3 disseram não saber (1 da Unidade P e 2 da Unidade E), 1 citou que *“foram oferecidas palestras e orientações sobre cuidados paliativos e os caminhos a seguir mas nós deparamos com barreiras burocráticas que as gestões impõem”* (profissional 9P) e um disse que *“não neste município”* (profissional 6P).

Segunda a PNCP, sua implantação depende dos gestores do SUS nas esferas de atuação. Assim, as secretarias municipais de saúde devem propor a implantação das equipes assistenciais de cuidados paliativos, organizar e coordenar a RAS nos serviços garantindo cuidado integral e equitativo, destinar os recursos municipais para compor o financiamento da PNCP. Também diz que os cuidados devem ocorrer na RAS, garantindo cuidado resolutivo, qualidade, efetividade e continuidade do cuidado. Em seus objetivos, integrar os cuidados paliativos na RAS com ênfase na atenção primária. Ressalta-se que a política é nova, foi aprovada em 07 de dezembro de 2023 e instituída em 07 de maio de 2024.

Quanto à pergunta: quando o seu serviço de saúde está aberto e algum paciente/usuário adoece, se o paciente é atendido no mesmo dia, a maioria respondeu que com certeza sim, seguido de provavelmente sim, na alternativa assinalada como outro um

profissional/trabalhador da saúde respondeu que “*difícilmente no mesmo dia*” (profissional 17E).

Quadro 2 - Estratificação quanto a atendimento no mesmo dia

	Unidade P	Unidade E
Com Certeza Sim	5	4
Provavelmente Sim	4	2
Com Certeza Não	1	1
Provavelmente Não	0	1

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Percebe-se a maioria das resposta positivas, tal fato reflete que a população procura a unidade quando necessita e é atendida pela mesma, reforçando dessa forma a PNAB, que visa resolutividade e impacto positivo a situação de saúde individual e coletiva da área de abrangência das unidades, a política ainda relata que quando a unidade realiza o acolhimento e entende o risco do paciente, este deve ser atendido no mesmo dia ou agendar consulta em data futura, caso percebida a necessidade (Brasil, 2017).

Quanto ao aconselhamento rápido por telefone quando necessário, a maior parte dos entrevistados respondeu que com certeza é realizado (13 respostas), seguido de provavelmente sim (6 respostas).

Quadro 3 - Estratificação quanto a aconselhamento por telefone

	Unidade P	Unidade E
Com Certeza Sim	7	6
Provavelmente Sim	3	3

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

O aconselhamento por telefone mostra a disponibilidade dos profissionais em atender as demandas da população adscrita, assim como o vínculo estabelecido com a comunidade, que em caso de dúvidas requisitam a unidade, também reforçando o cumprimento da PNAB com foco na acessibilidade e resolutividade (Brasil, 2023). A PNCP (2024) em seus princípios, ressalta sobre o fortalecimento das ações de telessaúde no cuidado, evitando que o usuário se desloque sem a necessidade.

Sobre ser fácil o usuário/paciente conseguir marcar consulta no serviço, a maior parte respondeu que com certeza sim, seguido de provavelmente sim, na alternativa outro foi especificado que “*vai depender dos sintomas*” (*profissional 5P*).

Quadro 4- Estratificação quanto a facilidade de agendamento de consulta

	Unidade P	Unidade E
Com Certeza Sim	7	4
Provavelmente Sim	2	4
Com Certeza Não	0	1

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Atenção básica deve ser porta aberta e, portanto, a entrada do usuário na RAS, por isso a importância de que os usuários sejam atendidos em sua necessidade, deve ocorrer com fácil acesso e com escuta ativa de todos aqueles que procuram seus serviços de modo universal. Quando as unidades básicas conseguem atender as demandas da população adscrita e tem vínculo com a comunidade, conseguem ordenar o fluxo de atendimento dos demais pontos da RAS (Brasil, 2017).

A respeito da continuidade de atendimento dos usuários/pacientes pelo mesmo profissional/trabalhador de saúde, a maioria das respostas foi provavelmente sim, seguido por outros com as seguintes justificativas:

- *Depende pois tem médico que atende o paciente cadastrados,tem outra médica que atende em geral (profissional 16E).*
- *Nem sempre (profissional 15E).*
- *Nem sempre, agora tem 2 médicos na unidade, um da Saúde da Família e o outro que atende os que não são da unidade (profissional 3P).*
- *Hoje estamos com 2 médicos (profissional 5P).*
- *São atendidos por quem está na unidade no dia (profissional 2P).*

Quadro 5- Estratificação acompanhamento com o mesmo profissional/trabalhador da saúde

	Unidade P	Unidade E
Com Certeza Sim	3	1
Provavelmente Sim	4	5
Provavelmente Não	0	1

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Como já citado anteriormente, a equipe mínima de saúde da família conta com um profissional médico, de preferência com especialização em saúde da família, ou seja, nem todos os profissionais médicos que trabalham na unidade possuem tal especialização. Também é citado na PNAB a necessidade da equipe acolher o usuário de maneira humanizada, fortalecendo o vínculo, identificando suas necessidades e se responsabilizando pela continuidade da atenção (Brasil, 2017).

Sobre conseguir entender as perguntas que os usuários fazem, a alternativa com mais respostas foi com certeza sim (10 respostas), seguida de provavelmente sim (6 respostas, na alternativa de outros (3 respostas) as respostas foram que *“alguns pacientes chegam a unidade muito confusos, algumas vezes nem eles mesmos sabem o que procuram”* (profissional 14E), também que *“se não consigo entender peço ajuda aos profissionais capacitados”* (profissional 9P) e que *“mas algumas são específicas, somente outros profissionais”* (profissional 16E).

Quadro 6- Estratificação entendimento das perguntas dos usuários

	Unidade P	Unidade E
Com Certeza Sim	5	5
Provavelmente Sim	4	2

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

A maioria dos profissionais refere manter o canal de comunicação viável com os usuários na tentativa de entender suas perguntas, garantindo a atenção à saúde daqueles que os procuram.

Na questão se os usuários entendem o que o profissional pergunta ou diz a eles, 10 responderam que provavelmente sim, 6 que com certeza sim e 3 assinalaram a alternativa

outro e justificaram que *“alguns tem dificuldade de entender. Mas a maioria consegue”* (profissional 5P), outro respondeu que *“nem sempre alguns têm dificuldades em entender principalmente com medicação, sobre dietas, às vezes sobre curativo”* (profissional 16E) e outro que *“nem sempre, alguns entendem o que querem e precisam entender”* (profissional 14E).

Quadro 7- Estratificação quanto ao entendimento dos usuários

	Unidade P	Unidade E
Com Certeza Sim	2	4
Provavelmente Sim	7	3

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

É de suma importância que os usuários entendam as orientações dos profissionais de saúde, uma vez que estão relacionadas a prevenção de doenças e agravos, manutenção e promoção da saúde, além de que podem conter encaminhamentos com os fluxos estabelecidos pela RAS e orientações para continuidade do cuidado (Brasil, 2017).

Quando questionados se dão tempo para seus usuários falarem sobre suas preocupações e ou problemas, 13 pessoas responderam que com certeza sim e 6 que provavelmente sim.

Quadro 8- Estratificação quanto ao tempo de fala de usuários

	Unidade P	Unidade E
Com Certeza Sim	7	6
Provavelmente Sim	3	3

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Sobre se os profissionais/trabalhadores da saúde acham que os usuários se sentem confortáveis para contar as preocupações e problemas, 11 pessoas responderam que com certeza sim, 6 que provavelmente sim, 1 que provavelmente não e 1 assinalou a alternativa outro, dizendo que *“alguns sim, quer se abrir contar problemas familiares, às vezes marido, filhos”* (profissional 16E).

Quadro 9- Estratificação sobre estabelecimento de vínculo com os pacientes

	Unidade P	Unidade E
Com Certeza Sim	7	4
Provavelmente Sim	3	3
Provavelmente Não	0	1

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Como citado anteriormente no contexto teórico, o acolhimento e formação de vínculo são importantes aos pacientes que se encontram em cuidados paliativos, devido a complexidade do quadro, os pacientes só vão expressar suas dúvidas ou referir suas vontades frente ao tratamento quando sentem que são ouvidos pelos profissionais de saúde. O acolhimento, vínculo e humanização são citados na PNAB (2017), e a PNCP (2024) traz a necessidade de comunicação sensível e empática e manutenção da comunicação aberta.

Na questão sobre entendimento sobre quais problemas são os mais importantes para seus usuários, 9 responderam que provavelmente sim, 7 que com certeza sim, 2 que provavelmente não e 1 assinalou a alternativa outro justificando que “*as vezes*” (*profissional 5P*).

Quadro 10- Estratificação quanto entendimento sobre importância dos problemas

	Unidade P	Unidade E
Com Certeza Sim	4	3
Provavelmente Sim	5	4
Provavelmente Não	0	2

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

O cuidado integral, que faz parte dos princípios do SUS e da RAS, a serem implementados na atenção básica e o cuidado centrado na pessoa que está em suas diretrizes pertencentes a PNAB (2017), só ocorrem quando a escuta ativa é realizada e dessa forma os profissionais podem compreender os problemas elencados pelos usuários e quais são as prioridades a serem cuidadas.

Sobre o conhecimento do histórico de saúde de cada paciente/usuário, a maior parte das respostas foi que provavelmente sim, 3 participantes responderam outros e especificaram que de *“alguns paciente tenho conhecimento”* (profissional 5P), outro que *“nem sempre”* (profissional 15E) e que *“nem sempre, quando o paciente é do programa Saúde da Família fica mais fácil conhecer suas necessidades e problemas”* (profissional 3P).

Quadro 11- Estratificação quanto ao conhecimento do histórico de saúde do paciente/usuário

	Unidade P	Unidade E
Com Certeza Sim	3	1
Provavelmente Sim	4	4
Com Certeza Não	1	2
Provavelmente Não	0	1

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

O conhecimento do histórico de saúde da população adscrita é importante porque mostra a adesão da população na unidade, assim como a formação de vínculo da comunidade com os profissionais de saúde. Segundo a PNAB de 2017, a equipe de saúde deve ser responsável pela população de seu território, facilitando a adesão do usuário ao seu cuidado.

Na questão sobre conhecimento caso o paciente/usuário não conseguisse as medicações receitadas ou não tivesse condições de comprá-las, a maioria respondeu que com certeza sim (10 respostas), teria conhecimento, seguida de provavelmente sim (5 respostas), provavelmente não (2 respostas), não sei/não lembro (1 resposta) e outros (1 respostas) que foram discriminadas como *“principalmente medicação do alto custo. BUROCRÁTICO”* (profissional 18E).

Quadro 12- Estratificação quanto ao acesso à medicação

	Unidade P	Unidade E
Com Certeza Sim	4	6
Provavelmente Sim	4	1
Provavelmente Não	1	1
Não Sei/Não Lembro	1	0

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

O acesso aos medicamentos para pacientes em cuidados paliativos é de suma importância, uma vez que os sintomas podem ser controlados com o uso destes e de algumas medidas não farmacológicas. Segundo a PNCP (2024), um dos seus objetivos é a ampliação de acesso medicamentoso para controle de sintomas como dor, dispneia, desconfortos e náuseas. Então, caso o paciente não possua acesso aos medicamentos receitados, pode interferir diretamente no controle de sintomas, dessa forma o cuidado em sua integralidade não estará sendo cumprido.

Quanto ao conhecimento sobre as medicações que os usuários estão fazendo uso, a maior parte respondeu que provavelmente sim sabe quais são, três assinalaram a alternativa outros justificando que *“muito comum pacientes negligenciaram o autocuidado e mentirem sobre o uso das medicações prescritas e utilizadas”* (profissional 19E), *“nem sempre”* (profissional 15E) e *“me lembro de algumas medicações”* (profissional 1P).

Quadro 13- Estratificação quanto ao conhecimento sobre uso de medicação dos usuários

	Unidade P	Unidade E
Com Certeza Sim	1	1
Provavelmente Sim	4	2
Com Certeza Não	1	1
Provavelmente Não	2	2
Não Sei/Não Lembro	1	1

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Pacientes que estão em cuidados paliativos necessitam de manejo adequado dos medicamentos utilizados para controles do sintomas, sendo manipulado tempo de uso e

dosagem, segundo PNCP (2024), dessa maneira o desconhecimento das medicações pode gerar má gestão dos sintomas.

Na questão sobre conhecimento de consultas de especialidade ou serviços especializados dos usuários, a maioria das respostas foi provavelmente sim, somente um respondeu outros justificando “*somente quando os mesmos referem sobre a consulta ou solicitam agendamento*” (profissional 19E).

Quadro 14- Estratificação quanto a conhecimento sobre consultas em especialidades

	Unidade P	Unidade E
Com Certeza Sim	0	1
Provavelmente Sim	6	1
Com Certeza Não	1	3
Provavelmente Não	2	2
Não Sei/Não Lembro	1	1

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

A atenção primária é a porta de entrada do usuário na rede, e através dela estes são encaminhados conforme necessidade, portanto, a referência e contra referência, deveriam ser realizadas continuamente para que as informações entre atendimentos sejam repassadas a todos os profissionais que atuam no processo de cuidado. Segundo a PNAB (2017), a atenção básica deve ser responsável pela sua população adscrita, mesmo quando esta necessita de cuidados em outros pontos da RAS. E a PCNP (2024) coloca em seus princípios a atenção básica como coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS.

Sobre quando os usuários necessitam de um encaminhamento, se é discutido com os usuários sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos, 13 profissionais responderam que com certeza sim, sendo assim a resposta mais assinalada.

Quadro 15- Estratificação sobre discussão com usuários sobre serviços de atendimento

	Unidade P	Unidade E
Com Certeza Sim	9	4
Provavelmente Sim	1	3
Com Certeza Não	0	1
Provavelmente Não	0	1

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

A atenção básica deve orientar os usuários sobre quais fluxos assistenciais devem ser seguidos, a PNAB (2017) aconselha que deve ser contribuído o processo de regulação do usuário a partir dos fluxos definidos, sendo evitada a prática de encaminhamentos desnecessários.

Na questão sobre o auxílio dos profissionais/trabalhadores da saúde para marcar as consultas encaminhadas, 11 entrevistados responderam que com certeza sim e 8 que provavelmente sim.

Quadro 16- Estratificação sobre auxílio no agendamento de consulta com especialidade

	Unidade P	Unidade E
Com Certeza Sim	8	3
Provavelmente Sim	2	6

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

O fato de auxiliar o usuário na continuidade do cuidado, ajudando este a garantir as consultas encaminhadas, mostra que o profissional da unidade de saúde está se responsabilizando pela população adscrita e participando ativamente do cumprimento dos fluxos assistenciais.

Sobre o retorno do especialista com informações úteis sobre paciente/usuário encaminhado, a maior parte respondeu que provavelmente sim, 3 pessoas assinalaram a alternativa outros justificando *“muito raro o profissional que descreve o quadro do paciente com as informações mais detalhadas, geralmente chegam somente com o diagnóstico e orientações verbais”* (profissional 19E), outro que *“somente em prontuário eletrônico,*

quando o atendimento são realizados fora da Santa Casa e AME, pois os sistemas são diferentes” (profissional 18E) e “nem sempre” (profissional 15E).

Quadro 17- Estratificação quanto ao retorno do especialista

	Unidade P	Unidade E
Provavelmente Sim	5	2
Com Certeza Não	1	3
Provavelmente Não	4	1

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

O sistema para prontuário eletrônico não é o mesmo utilizado em toda a rede de saúde, como é o caso do hospital que faz a atenção terciária, dessa forma o prontuário eletrônico não é compartilhado em todos os níveis de atenção, sendo necessário um retorno impresso. Porém a PNCP (2024) fala sobre o compartilhamento das decisões de saúde em todos os níveis de atenção, e caso esse compartilhamento não ocorra, informações importantes sobre a saúde do usuário podem ser perdidas, impedindo a integralidade do cuidado.

Se após o retorno do especialista o profissional/trabalhador da saúde fala com o paciente/usuário sobre o resultado da consulta, a maioria respondeu que provavelmente sim, uma pessoa assinalou a alternativa outro justificando “nem sempre” (profissional 15E).

Quadro 18- Estratificação sobre contato com paciente/usuário após consulta com especialista

	Unidade P	Unidade E
Com Certeza Sim	2	3
Provavelmente Sim	5	2
Com Certeza Não	0	2
Provavelmente Não	3	1

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

A unidade de saúde estar ciente do resultado da consulta com o especialista pode ser essencial para continuidade do cuidado e entendimento das novas diretrizes a serem traçadas,

uma vez que a atenção primária, segundo a PNAB, é responsável pela sua população adscrita e deve estar atenta às suas necessidades.

Na pergunta a respeito de solicitar boletins médico passados dos usuários a maior parte respondeu que com certeza sim, 3 entrevistados assinalaram a alternativa outros especificando que “*depende se o paciente pergunta se é necessário trazer*” (profissional 2P), “*quando necessário sim*” (profissional 16E) e “*os atendimentos da rede estão em sistema próprio, os resultados de exames na maioria das vezes os pacientes perdem ou esquecem de trazer*” (profissional 19E).

Quadro 19- Estratificação quanto a solicitação de histórico médico

	Unidade P	Unidade E
Com Certeza Sim	4	4
Provavelmente Sim	3	1
Com Certeza Não	1	1
Provavelmente Não	1	1

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

O histórico de saúde dos pacientes se faz necessário para entender o percurso dos pacientes em questão de saúde doença, os tratamentos já realizados, internações prévias, medicações em uso e as que não foram adequadas, comorbidades existentes, entre demais informações, facilitando a coordenação do cuidado e a continuidade assistencial prevista na PNCP (2024).

Quando questionados sobre acesso ao prontuário caso os pacientes desejassem, 8 entrevistados assinalaram a alternativa outros justificando que:

- *Existe um documento para cópia de prontuário que deve ser solicitado na recepção da unidade (profissional 15E).*
- *Não compete a mim esta autorização, mas o paciente consegue solicitar sim (profissional 3P).*
- *Não tenho acesso ao prontuário (profissional 13E).*
- *Se os pacientes pedir os seus prontuários sempre imprimimos (profissional 2P).*

- *Existe na rede a solicitação de prontuários sobre a qual o paciente pode solicitar, mas em casos específicos: eu mostro o prontuário quando o paciente diz algo que não condiz com o que ele está me relatando (profissional 19E)*
- *Não tenho essa autonomia (profissional 14E).*
- *Precisa de autorização (profissional 4P).*
- *Sim , com a assinatura do termo de responsabilidade (profissional 1E).*

Quadro 20- Estratificação quanto acesso ao prontuário

	Unidade P	Unidade E
Com Certeza Sim	3	0
Provavelmente Sim	1	2
Provavelmente Não	1	2
Não Sei/Não Lembro	1	1

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Quanto ao acesso ao prontuário caso o paciente assim o desejasse, percebe-se que as unidades não possuem fluxos estabelecidos, de maneira que alguns profissionais citaram que o paciente teria acesso, alguns disseram que provavelmente não e outros informaram a presença de questões burocráticas como solicitação e assinatura de termos. Segundo a Lei Geral de Proteção de Dados (nº 13.709 de 2018), os dados de saúde devem ser portados pelo titular quando solicitados.

Na questão sobre perguntar para o paciente/usuários as ideias e opiniões ao planejar um tratamento, a maioria respondeu que provavelmente sim (7 respostas), seguido de com certeza sim (6 respostas).

Quadro 21- Estratificação quanto a inclusão do paciente/usuário no processo de decisão terapêutica

	Unidade P	Unidade E
Com Certeza Sim	4	2
Provavelmente Sim	4	3
Provavelmente Não	2	3
Não Sei/Não Lembro	0	1

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Embasados nos retrospecto teórico do trabalho, citamos a importância do usuário ser participante ativo do seu processo de cuidado, atuando no processo decisório do tratamento a ser realizado. Quando não há presença de resposta unânime positiva sobre o assunto, é possível perceber que o poder decisório ainda está, em alguns casos, no profissional de saúde, mais especificamente, no profissional médico. Na PNCP (2024), no campo de princípios, está descrito que o paciente em cuidados paliativos tem autonomia respeitada no processo de decisão, respeitando os princípios bioéticos dos profissionais de saúde. Também, no mesmo campo, é citado o cuidado focado nas necessidades do usuário, de sua família e a comunicação honesta entre todos os atores do cuidado. Ou seja, as decisões são compartilhadas com direito a recusa de tratamentos e procedimentos, se assim decidir o usuário.

Sobre a disponibilidade de atender os membros da família para discutir um problema de saúde ou familiar de um paciente/usuários 13, entrevistados disseram que com certeza sim, 4 que provavelmente sim e 2 que provavelmente não.

Quadro 22- Estratificação quanto atender familiares

	Unidade P	Unidade E
Com Certeza Sim	7	6
Provavelmente Sim	2	2
Provavelmente Não	1	1

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

As famílias e cuidadores são atores importantes nos cuidados paliativos, são esses que auxiliaram na continuidade do cuidado em domicílio, por isso a importância de incluí-los e instruí-los. Nos princípios da PNCP (2024), está a necessidade de comunicação sensível e empática também com os cuidadores e familiares, acolhimento de suas necessidades e durante o processo de luto. Nas atribuições da equipe da PNCP (2024), é informada que a comunicação com usuário, familiar e ou cuidador facilita as trocas de informações, opções de cuidados e expectativas frente ao tratamento.

A realização de visitas domiciliares pelo entrevistado ou por alguém do serviço foi respondida por 17 entrevistados na alternativa com certeza sim e por 2 em provavelmente sim.

Quadro 23- Estratificação quanto a realização de visitas domiciliares

	Unidade P	Unidade E
Com Certeza Sim	9	8
Provavelmente Sim	1	1

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

As visitas domiciliares são importantes para o reconhecimento das condições de habitação do usuário, possibilitando o monitoramento das condições de saúde deste, além de melhorar o vínculo entre profissionais de saúde e usuários. As visitas são, segundo a PNAB (2017), uma atribuição da equipe de saúde da atenção primária e devem ser realizadas para aqueles que possuem dificuldade de locomoção ou com graus de dependência. A PNCP (2024) refere que a atenção domiciliar é indicada para aqueles que estão em restrição no leito ou em domicílio e que pode ser realizada pela equipe de atenção primária ou pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

No questionamento acerca de se são realizadas entrevistas com os usuários para avaliar a satisfação quanto a necessidade da população, a maior parte respondeu que com certeza sim, uma assinalou a alternativa outro justificando “*solicito avaliação mas poucos são os pacientes que opinam ou falam sobre qualquer situação, penso que tal fato esteja relacionado aos comportamentos sociais mais arraigados*” (profissional 19E).

Quadro 24- Estratificação quanto a solicitação de avaliação do serviço

	Unidade P	Unidade E
Com Certeza Sim	4	4
Provavelmente Sim	6	0
Provavelmente Não	0	3
Não Sei/Não Lembro	0	1

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

A solicitação de avaliação do usuário frente ao atendimento realizado permite o monitoramento das ações desenvolvidas pela unidade para melhor planejamento e readequação do processo de trabalho.

5.2 ENTREVISTAS COM OS GESTORES

Entrevista com o Presidente do Conselho Municipal de Saúde.

Entrevistadora: Então, primeiro, só para deixar registrado, o senhor é do Conselho Municipal, desculpa, do Conselho de Saúde, qual que é a sua função, qual que é o seu cargo no Conselho?

Entrevistado 1: Eu sou, atualmente, eu estou na presidência do Conselho,, já perdi as contas, acho que é de 8 a 10 anos que eu estou na presidência.

Entrevistadora: Nossa, há bastante tempo.

Entrevistado 1: Tá, participação no Conselho. Infelizmente, ela não é uma participação muito ativa, as pessoas não se interessam muito. Então, a gente vai sendo eleito novamente, mas sempre com o Conselho, eu sempre fiquei representando o segmento do idoso. E agora, nas próximas eleições que vai ter nesse ano, aí teve uma nova legislação que nós fizemos, pelo conselho, decretado pelo prefeito, uma mudança na estrutura do conselho.

Então agora eu devo entrar como a representação do usuário. Aí pode ser que eu não seja eleito.

Entrevistadora: Qual é a categoria profissional do senhor?

Entrevistado 1: Eu sou economista e contador. Tenho duas formações. Mas eu atuo efetivamente como contador. Contador e presidente de entidades do terceiro setor.

Entrevistadora: O tempo de atuação, então, no conselho é?

Entrevistado 1: *No conselho, eu estou mais ou menos há 18 anos no conselho da saúde, mas eu já fui presidente do conselho da pessoa idosa, fui membro do conselho de assistência por uns 15 anos, fui vice-presidente do conselho de assistência, atuei no...*

Fui um dos primeiros representantes de Franca no conselho estadual de assistência social. Então, eu sou ligado há algum tempo em conselhos.

Entrevistadora: *Dá agora eu vou começar a falar um pouquinho dos cuidados paliativos mesmo. O que o senhor entende que são os cuidados paliativos?*

Entrevistado 1: *Olha, os cuidados paliativos que existem são pessoas que não estão nem na saúde, porque não precisam ficar internados no hospital. E nem na assistência social, que seria uma necessidade maior do que os ofertados pela assistência social. Então, ela fica no meio. Ela é muito mais ligada à saúde do que à assistência. Mas ela é um intermediário entre o serviço de assistência social e o serviço de saúde. Saúde, efetivamente, ela não é para a pessoa morar no hospital.*

E não pode colocar uma pessoa, no caso um idoso ou outra pessoa, no serviço de assistência, que também não tem profissionais suficientes na área da saúde. Então esse intervalo, essa lacuna, são os cuidados paliativos. A pessoa não tem muita condição de ter uma sobrevida. Ele mantém ali, para manter a pessoa viva, com dignidade, com bons cuidados. Caracteriza bem o cuidado paliativo.

Entrevistadora: *Você consegue me dizer quais são os usuários elegíveis? Quais são os usuários que o senhor acha que precisam de fato de cuidados paliativos?*

Entrevistado 1: *Olha, geralmente são pessoas que não têm, muitas vezes, que não têm condição de manter em casa financeiramente, não têm estrutura familiar, tanto do lado familiar quanto do lado financeiro. Então, esse público elegível geralmente são idosos, pessoas idosas é que...*

Idosos e pessoas adultas, que é o cuidado paliativo. Aqui em Franca eu não conheço crianças e adolescentes com essa necessidade. Não conheço, pode ser que haja. Mas eu não conheço. Em Ribeirão Preto eu fui numa... Era o Hospital São Francisco de Assis. Eu não sei se ainda existe. Era uma entidade, é uma entidade. É que na verdade tinha gente de todas as idades, desde bebê, desde que nasceu, em cuidados paliativos. Mas não é comum, geralmente para pessoas idosas, mais de cuidados adultos.

Entrevistadora: *E como que o senhor acredita que está a atuação de Franca nesse perfil de pacientes?*

Entrevistado 1: *Olha, tem clínicas né que cuida de cuidados paliativos aqui mesmo, na Fundação Espírita Judas Iscariotes, nós temos um setor ali, temos que ver uns 50 vagas de*

cuidados paliativos aqui, que na realidade é tem parte, que seria no caso da assistência social, grau 3, pela classificação da Anvisa, seria um grau 3.

Só que esse grau 3, ele está na assistência porque não tem dentro da saúde um serviço para isso. Nós estamos em Franca, nesse segmento, e eu vejo que o município de Franca já coloca muito dinheiro. Na realidade, vai tornar de 30% a 33% em média, que Franca coloca recursos na saúde. Mas isso é o...

A prefeitura do município não é obrigação em contratar, seria na saúde básica. O município teria que gastar no mínimo 15% com a saúde básica e não com cuidados hospitalares. Essa aí é a obrigação do estado, no caso do estado de São Paulo. E nós estamos mal. Nesse aspecto não temos serviço que tenha o serviço público para cuidados paliativos. Franca não existe isso.

Tá certo, eu acho que é difícil. Franca tem uma renda per capita baixa. Para fazer com o recurso do município, eu vejo dificuldade sim. Teria que ser feita uma política que viesse do federal, estadual, para esse tipo de serviço. Franca eu acho que já faz mais do que muitas vezes a obrigação efetiva de acordo com a legislação. Mas seria muito bom se tivesse condição de criar esse serviço na cidade.

Entrevistadora: *Essas vagas da fundação aqui, elas são particulares?*

Entrevistado 1: *Mais ou menos, meio a meio. A gente tem o grau 3, que a maioria são cuidados paliativos, que ele não entra na assistência social e não na saúde. Esse é o grau 3. Mas as pessoas que vivem ali, uma boa parte é cuidados paliativos. Eles não têm condição de voltar a ser um cidadão.*

Não é. Na realidade, estão mantendo. Pessoas, muitas vezes, com sonda nasogástrica. Pessoas que já estão em uma situação difícil. Interessante que essas pessoas que estão nessa situação, elas não vão a óbito facilmente. Elas se mantêm por vários anos dentro dos cuidados paliativos. Então, a gente tem mais ou menos 26, 48. Vai dar umas 30 pessoas que são da... 30 pessoas... Não, no 26, 48, não. É, da 56, menos 8. Que é 48 por coletivo. E a gente tem menos 26 pessoas em outro coletivo. Então, essa diferença aí que a gente tem de cuidados paliativos. Por conta da prefeitura.

E temos aqui umas... 70 pessoas que a gente poderia considerar cuidados paliativos, mas em particular. E esse negócio de ser particular é que a entidade, como é sem fins lucrativos, a gente não tem uma intenção de cobrar muito, não. Na verdade, a gente cobra o custo um pouquinho mais para bancar o serviço que é feito por parceria municipal, que os recursos são insuficientes. Então, esses cuidados que a gente tem em particular para cobrir esses contratos com a rede pública, cujo financiamento é insuficiente.

Entrevistadora: *Esses pacientes, normalmente, quando eles vêm do SUS, ele vem, por exemplo, de via hospitalar, que ficou lá e entrou em alta social, e aí fica institucionalizado aqui na fundação?*

Entrevistado 1: *Não, geralmente o que é da rede pública, ele entra numa lista de espera com a prefeitura, ele entra com a... Ele entra via CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social). Ele vem via CREAS. Tá. Certo, é mais assim, ou com a Secretaria de Ação Social, foi feito um editamento com 12 vagas aqui para a fundação, que foi para tirar gente da rede pública, que estava internado e para tirar do hospital. Então ele veio nessas condições. Grau 3, são pessoas doentes, mas que também não justifica ficar dentro do hospital ocupando um leito, porque tem muitas pessoas mais... Essas pessoas aqui já estão estabilizadas. E tem muita gente que está nas UPAs (Unidade de Pronto Atendimento), nas unidades de saúde da cidade que está aguardando internação.*

Elas não têm internação não no hospital mais, né? Pessoas que já passaram pelo hospital e a família não tem condição de acolher, então vem pra cá. E particular, aí tem de toda maneira. Particular, muitas vezes a pessoa tem condição financeira, mas em contrapartida, são idosos também. Muitas vezes, assim, o... O pai, o filho coloca o pai, a mãe. Mas é porque eles também são idosos. Então, como não tem condição de cuidar em casa, é mais barato manter em uma instituição do que talvez montar um aparato inteiro para cuidar em casa.

Entrevistadora: *Quais são as principais dificuldades que o senhor acredita que existem para cuidados paliativos aqui em Franca?*

Entrevistado 1: *Eu acho que é custo, é custeio. É custeio mesmo. Hoje as dificuldades que tem aí é falta de dinheiro para manutenção. São pessoas que muitas vezes dependem de cuidados especiais mesmo, cuidados especializados, e fica caro. O problema maior que eu vejo é só questão de custeio mesmo.*

Entrevistadora: *O senhor acredita que a rede de atenção à saúde está preparada para receber esse perfil de paciente?*

Entrevistado 1: *Olha, não, não está. Porque se não for vir ao hospital, a rede em si de cuidados paliativos dentro de casa ou em clínicas precisa melhorar bastante a relação com o poder público para encaminhamentos necessários, muitas vezes. Porque dentro de uma instituição, a gente fica limitado a recursos. Quando for cuidados paliativos, a gente tem que ter médico todo dia.*

No caso aqui da Fundação, a gente tem que ter médico todo dia. Só que um detalhe, a gente tem médico por algumas horas no dia. A gente não tem médico 24 horas. Então, o que eu falo?

A preparação para cuidados paliativos é questão financeira mesmo, né? Que precisava haver um recurso suficiente para manter esses profissionais. Estrutura física, tem.

Certo. O problema é o cuidado profissional, né? A gente nunca sabe quando a pessoa vai necessitar de extrema urgência, tendo cuidados paliativos, e a gente não tem o profissional na hora que a pessoa está precisando. Essa é uma dificuldade, né?

Entrevistadora: *E o senhor acredita que tem uma continuidade, por exemplo, então esse paciente vai para o hospital e aí depois, se ele for para casa, ele tem onde ele possa ser assistido na rede?*

Entrevistado 1: *Não, pode. Ele pode ser assistido na rede. O problema é que a rede está sobrecarregada também. Ela está sobrecarregada, mas mesmo dentro de uma clínica, dentro de uma instituição, se a pessoa não tem um plano de saúde, não, dos que têm para a pessoa ter, a instituição em si vai até um limite, depois ela teria que ter cuidados mais especializados. É aí que muitas vezes falta a condição entre o poder público e o poder civil, para a gente ter condição de caminhar e fazer os atendimentos que são necessários. A gente cuida, cuida.*

Mas só com detalhe, cuidados paliativos mesmo. A gente tenta capacitar, na medida do possível, a gente contrata profissionais para vir da capacitação para cuidados paliativos, médicos, especialistas. Só que, infelizmente, um dia todo mundo vai embora mesmo. Todo mundo não vai ficar aqui para sempre.

Mas só que a gente fica com peso na consciência que a gente poderia ter feito algo mais. Eu acho que o governo precisa dar condição que não precisa ficar internado lá por conta do estado, mas que pelo menos, na necessidade, precisava ter um atendimento mais pontual.

Entrevista Gestora das Unidade de Saúde da Família

Entrevistadora: *Qual que é agora a sua atuação aqui?*

Entrevistada 2: *A minha atuação agora nessa gestão, eu estou como chefe de setor dos dois PSFs (Programa de Saúde da Família), do E e do PSF do P.*

Entrevistadora: *E sua formação é o quê?*

Entrevistada 2: *A minha formação, eu sou agente de saúde, sou formada em técnica de enfermagem e cuidadora de idosos.*

Entrevistadora: *Bastante coisa, hein? Eu queria saber, e quanto tempo você já está no cargo?*

Entrevistado 2: *Tem um ano que eu estou no cargo e tenho 20 anos na prefeitura já.*

Entrevistadora: *Como agente de saúde?*

Entrevistada 2: *20 anos como agente de saúde na prefeitura de Franca.*

Entrevistadora: *O que você acredita que é o cuidados paliativos?*

Entrevistada 2: *Bom, os cuidados paliativos, ele vem na nossa rede, né, que a gente fala, cuidar do próximo, cuidar daquele paciente que necessita daquele tratamento para ter uma qualidade final de vida melhor. A gente fala assim, porque ele está ali passando por um momento que o que você puder fazer por ele, que você puder atender a demanda dele, vai ser muito importante, porque o paciente no cuidados paliativos, a gente observa que quanto mais você fizer... melhor ele vai ter um final de vida, porque ele está no final da vida.*

Entrevistadora: *E qual que você acha que são os pacientes, por exemplo, que vocês têm na unidade que se enquadram nesse quadro de cuidados paliativos?*

Entrevistadora 2: *Nós temos, aqui nós já tivemos alguns, que a gente já passou para você, que vieram a óbito, né? Mas a gente tem pacientes acamados, nós temos pacientes com câncer, né? Que estão realmente bem debilitados. Temos pacientes novos também no cuidados paliativos, né? Com algumas doenças generalizadas aí. E a gente acaba aqui visitando e acompanhando eles com mais frequência.*

Entrevistadora: *Você acha que você teve uma formação suficiente para lidar com esse perfil de pacientes? Como que foi sua formação?*

Entrevistada 2: *Não, a gente não tem uma formação suficiente, como a gente já comentou, mas a gente tenta trabalhar em cima do nosso melhor para aquele paciente. A gente tenta fazer o que a gente pode, porque a gente tem uma equipe multidisciplinar nas UBSs, no ESF não, mas a gente tem uma rede de apoio muito grande. Então, nós temos assistente social, a gente tem o pessoal da ADEFI que acompanha esses pacientes, tem a pastoral da saúde aqui no bairro. Então, nós temos várias equipes que conseguem ajudar esses pacientes, mas tudo depende da família também ajudar, não só a unidade de saúde.*

Entrevistadora: *O que é ADEFI?*

Entrevistada 2: *A ADEFI é uma Associação de Deficientes Físicos. Essa ADEFI, ela tem, depois eu consigo te explicar melhor, ela tem várias funções ali, tem pessoas que trabalham na ADEFI que acompanham esses pacientes na casa. Nós temos agentes de saúde aqui que são acompanhados pelo pessoal da ADEFI. Vai duas vezes na semana ou três vezes na semana fazer aquela companhia, acompanhar no médico, olhar uma receita. É só esse tipo de função. Seria importante você depois conhecer da ADEFI.*

Entrevistadora: *Na UBS não tem outros profissionais. A equipe multi é só da rede mesmo que vocês têm que encaminhar.*

Entrevistada 2: Não, na UBS tem assistente social, tem psicólogo, tem fono, tem dentista. No nosso USF, que é a estratégia, nós não temos. Nós temos só o clínico e o médico de saúde da família.

Entrevistadora: Perfeito. Como que você descreve o seu cuidado para esses pacientes e famílias no seu local de trabalho? O que vocês conseguem fazer por eles?

Entrevistada 2: Aqui a gente consegue, com o médico da família, realizar a visita domiciliar na casa daquele paciente que não consegue vir na unidade. Nós conseguimos fornecer o material de curativo para ele mensal. Nós conseguimos fornecer a medicação para ele, que esteja disponível aqui na nossa farmácia, todo esse atendimento.

Entrevistadora: E quais são as principais barreiras que você acredita que existem? As dificuldades que existem pra lidar com esse perfil de paciente?

Entrevistada 2: Às vezes, a gente pega a própria família, que também não ajuda aquele paciente. Isso daí existe, tá? Que coloca na gente, mas às vezes as nossas barreiras são... os lugares que a gente precisa chegar com aquele paciente. Mas a gente consegue enviar um e-mail, pedir uma prioridade, a gente consegue ligar na outra unidade de saúde e pedir um apoio de um fono, uma psicóloga para aquele paciente que está usando sonda, né? Porque ele ganha fralda, ele ganha medicação, a dieta, então assim, a gente...

Vai atrás desses meios até onde a gente pode, porque você sabe, a gente vai fazer para aquele paciente até onde está nosso alcance.

Entrevistadora: E você acredita que a rede de atenção à saúde está preparada para receber esse perfil de paciente?.

Entrevistada 2: Dos cuidados paliativos? O profissional em si é aquilo que eu falei para você no começo, a gente tenta fazer o nosso melhor, mas a gente tem que se preparar mais, porque você pega...

Cada vez que você encontra um paciente, ele vem de um jeito para você. Então, assim, a gente tem que se preparar como ser humano e se capacitar no local, na rede.

Entrevistadora: E aí, essa referência e contrarreferência dos pacientes acontece de uma forma muito tranquila?

Entrevistada 2: É como eu te expliquei anteriormente. A gente consegue, através dos e-mails, da prioridade que a gente fala, né? Um paciente hoje com um câncer, uma situação que ele descobre ali numa biópsia. Nós, como diretoras, conseguimos enviar o e-mail, todos os papéis, organizar com o paciente ou familiar, enviar ele pra Secretaria de Saúde. Ele vai na UAC (Unidade de Avaliação e Controle) e em 15 dias, no máximo 20 dias, ele já está no Hospital do Câncer. Ele tem essa prioridade. Ele já inicia o tratamento ali. Mas pra isso ele

tem que estar com toda a documentação, tem que ter o laudo, que ele está com câncer, tudo certinho. Então, assim, a gente vê progressão em cima disso.

Entrevistadora: *Entendi. E você entende que a gente consegue dar uma continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde? Então, assim, eu consigo entender qual é o meu limite, passar pro...*

Entrevistada 2: *É, a gente consegue, porque é igual na estratégia de saúde da família, a gente não tem tanta, né?*

Igual eu falei, não tem uma equipe multidisciplinar, então a gente consegue fazer até ali onde a gente pode. Na UBS faz-se mais um pouco, mas nós temos também o SAD, em Franca, que ajuda os pacientes mais com feridas, acamados, que saem do hospital. Comentei com você, da ADEFI, nós temos o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) e o CREAS, que ajudam. Então, assim, é uma equipe grande.

Entrevistadora: *O SAD não atende todos os pacientes em cuidados paliativos?*

Entrevistada 2: *Não, o SAD só atende aquele paciente que esteve internado, com alguma debilidade de ferida, de uma úlcera, e eles fazem esse acompanhamento na casa. Tanto que ele chama serviço de atendimento domiciliar.*

Entrevistadora: *E aí você me falou dos pacientes com câncer que vocês conseguem encaminhar para o hospital do câncer, né? E quando é um paciente, por exemplo, com Alzheimer ou ficou acamado por uma demência senil, tem algum encaminhamento?*

Entrevistada 2: *Não, aí o paciente geralmente com Alzheimer e o idoso, nós temos lá no posto de saúde do centro o médico que é o geriatra. Ele vai ser atendido ali. Precisa de um encaminhamento para estar indo lá, mas às vezes consegue, já está indo lá a família e ele está indo lá. Então, lá tem o médico, tem a terapia ocupacional, tem todos os atendimentos lá. Mas nós temos os pacientes também com Alzheimer, com alguma demência, que não consegue nem estar vindo, às vezes, na unidade. É a família que toma conta dele, que acaba meio que sendo responsável por ele, porque ele não se responde por si mais.*

Entrevista com a Secretária de Saúde do Município

Entrevistadora: *Bom, então só para registro, qual é a sua categoria profissional?*

Entrevistada 3: *Sou enfermeira.*

Entrevistadora: *Há quanto tempo você está no cargo na rede?*

Entrevistada 3: Na rede eu estou há 5 anos nessa gestão e na atual eu tive 3 anos, anterior 3 anos.

Entrevistadora: Como secretária?

Entrevistada 3: Como secretária 5 anos, na outra eu fui diretora de departamento.

Entrevistadora: O tempo de atuação na enfermagem?

Entrevistada 3: 25 anos.

Entrevistadora: E no serviço atual total, rede total?

Entrevistada 3: Na rede, na prefeitura, há cinco anos. Eu trabalhei quatro anos no privado, dez anos no público e três anos na prefeitura.

Entrevistadora: Como que você define os cuidados paliativos? O que é o cuidado paliativo para você? E quem são os pacientes que se inserem nesse perfil de cuidados?

Entrevistada 3: O cuidado paliativo é o conforto do paciente, independente de qualquer diagnóstico. Então, pode ser um paciente oncológico. Pode ser um paciente de AVC (Acidente Vascular Cerebral), tudo que é oferecido de medida de conforto para ele, seja no fim da vida, mas que ele tenha um fim com qualidade, com conforto mesmo, atendendo todas as necessidades dele.

Entrevistadora: Como que você acha que é a formação de Franca para atuar com esse perfil de pacientes?

Entrevistada 3: Na verdade, não é só a formação de Franca, eu acho que também é a formação do próprio paciente da família.

Quando você fala de cuidados paliativos, as pessoas entendem que não será feito mais nada. Então não vai passar uma dieta, não vai dar nem uma medida de conforto. Então eu acho que é parte tanto do paciente quanto da própria equipe. Eu já pude participar no privado, eu fazia parte da equipe de cuidados paliativos.

Ao mesmo tempo que a família assinava o termo para cuidados paliativos, na outra internação ela já rasgava. Porque, às vezes, um membro da família não entende o que é o cuidado paliativo. Então, quando eles entendem, a cuidados paliativos, vamos deixar morrer. E não é isso. Então, eu acho que parte da premissa, tanto do paciente, quanto até mesmo da equipe entender o que é cuidados paliativos.

Entrevistadora: E aí você acredita que a rede está preparada para lidar com esse perfil de pacientes?

Entrevistada 3: Não.

Entrevistadora: Em que ela não está preparada?

Entrevistada 3: Não é nem só a rede. A rede e o próprio paciente. Então eu acho que é muito do conhecimento. É uma política nova para a rede. Dentro do ambiente hospitalar, não.

Dentro do ambiente hospitalar já é mais disseminada essa questão de cuidados paliativos, mas na rede nem tanto, na atenção básica nem tanto. Eu acho que é mais a parte aí de uma capacitação, de uma orientação, para ambas as partes desse entendimento que é cuidado paliativo.

Entrevistadora: E quais são as principais dificuldades, você já falou um pouco, mas as principais dificuldades e barreiras que você acredita que a gente está encontrando para implantar esse cuidado?

Entrevistada 3: Entendimento.

Entrevistadora: Não só dos pacientes, de todos?

Entrevistada 3: De todos, do entendimento, tanto da rede quanto dos pacientes e familiares. Se a gente não trabalhar o familiar, não adianta trabalhar só o paciente, porque muitas vezes na hora, quem vai decidir, vamos dizer assim, é um ente da família que está ali.

Entrevistadora: Os profissionais, eles têm a formação para lidar com cuidados paliativos?

Entrevistada 3: Não, não, não tem. Nem na graduação, não sei hoje, mas assim, não tem. Eu sou docente, eu sou professora de um curso técnico, aí eu já levei palestras de cuidados paliativos, até para eles entenderem o que é cuidados paliativos.

Entrevistadora: E você acredita que a rede de atenção, pensando em toda a rede mesmo, ela está preparada para atender esse perfil de pacientes?

Entrevistada 3: Quando capacitada, sim.

Entrevistadora: Tem alguma instituição específica aqui em Franca que a gente consegue atender, que tem mais esse cuidado com os pacientes?

Entrevistada 3: Hoje, cuidados paliativos, ele tem no próprio hospital do câncer, na Unimed, eu sei que faz. Então, assim, o cuidado paliativo hoje, ele é mais enraizado quando o paciente interna.

Então, hoje, assim, é agora que está vindo a política para a atenção básica. Mas, até então, ele era muito difundido em ambiente hospitalar.

Entrevistadora: Então você acha que, se esse paciente, quando ele sai, então, do ambiente hospitalar, ele não tem a continuidade na rede de atenção à saúde?

Entrevistada 3: Não, não tem porque um paciente que ele é muito hospitalizado.

Diferente assim, se ele chega na urgência, se a gente falar de urgência, quando ele chega nos serviços de urgência é feito. Então já acaba que é feito esses cuidados paliativos nas

urgências. Porque na maioria das vezes ele busca a urgência e não a atenção básica. Então na nossa urgência é feito todo esse trabalho.

Esse trabalho de humanização, esse trabalho, às vezes, de deixar ele num conforto com a família, então isso a gente, na medida do possível, da estrutura ali, do dia, a gente faz.

5.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM OS GESTORES

Após a coleta das entrevistas, foi necessário o tratamento das informações obtidas e análise de dados. Segundo Teixeira (2003), “A análise dos dados é um processo complexo que envolve retrocessos entre dados pouco concretos e conceitos abstratos, entre raciocínio indutivo e dedutivo, entre descrição e interpretação”.

Após compilados, ocorreu a análise de todos os dados obtidos e organização, estabelecendo possíveis padrões e definindo categorias, identificando significados, fenômenos e suas relações. É necessária a tabulação dos dados, avaliação de generalizações e, por fim, análise e interpretação dos dados, estabelecendo relação entre o material coletado e a teoria (Teixeira, 2003).

Os dados textuais foram transcritos e importados para o software ATLAS.ti web, que faz análise de dados qualitativos, esse foi desenvolvido na Alemanha no ano de 1993 por Thomas Muhr. Este software é alimentado por inteligência artificial que geram informações rápidas e precisas para organizar os dados, porém não faz a análise sozinho, sendo as categorizações realizadas pelo pesquisador. Suas funcionalidades incluem codificações, possibilidade de análise de sentimentos e identificação de dados mais relevantes.

Cada entrevista foi adicionada a plataforma gerando “codes”, reconhecidos pelo software. A entrevista 1 gerou os “codes” de estrutura do conselho, necessidade de recursos, cuidados paliativos, participação no conselho, representação do usuário e dificuldade financeira. A entrevista 2 gerou os “codes” cuidados paliativos, formação insuficiente, necessidade de recursos, dificuldades familiares, equipe multiprofissional e rede de apoio. A entrevista 3 gerou os “codes” capacitação, dificuldade familiares, entendimento, formação insuficiente, cuidados paliativos e necessidade de recursos.

Para melhor compreensão os “codes” serão explicados a seguir:

Cuidados paliativos: tema da entrevista, sendo citado diversas vezes e dessa forma está presente em todas as entrevistas.

Estrutura do conselho e participação no conselho: o presidente do conselho municipal de saúde refere qual o seu tempo no conselho, cargo ocupado e quais conselhos já fez parte.

Necessidade de recursos: este “code” refere que o paciente em cuidados paliativos têm necessidades em atendimento de uma equipe multiprofissional, serviços especializados, medicações e insumos.

Representação do usuário: o presidente do conselho municipal de saúde atualmente ocupa o cargo como representação do usuário.

Dificuldade financeira: este “code” é referente a dificuldade da família em manter um usuário em casa, assim como ao recurso financeiro público para manutenção do cuidado a este perfil de usuários.

Formação insuficiente: a falta de formação profissional e treinamentos sobre o tema.

Dificuldades familiares: dificuldades na estrutura familiar, no suporte do cuidado da família envolvida e conhecimento familiar sobre o tema.

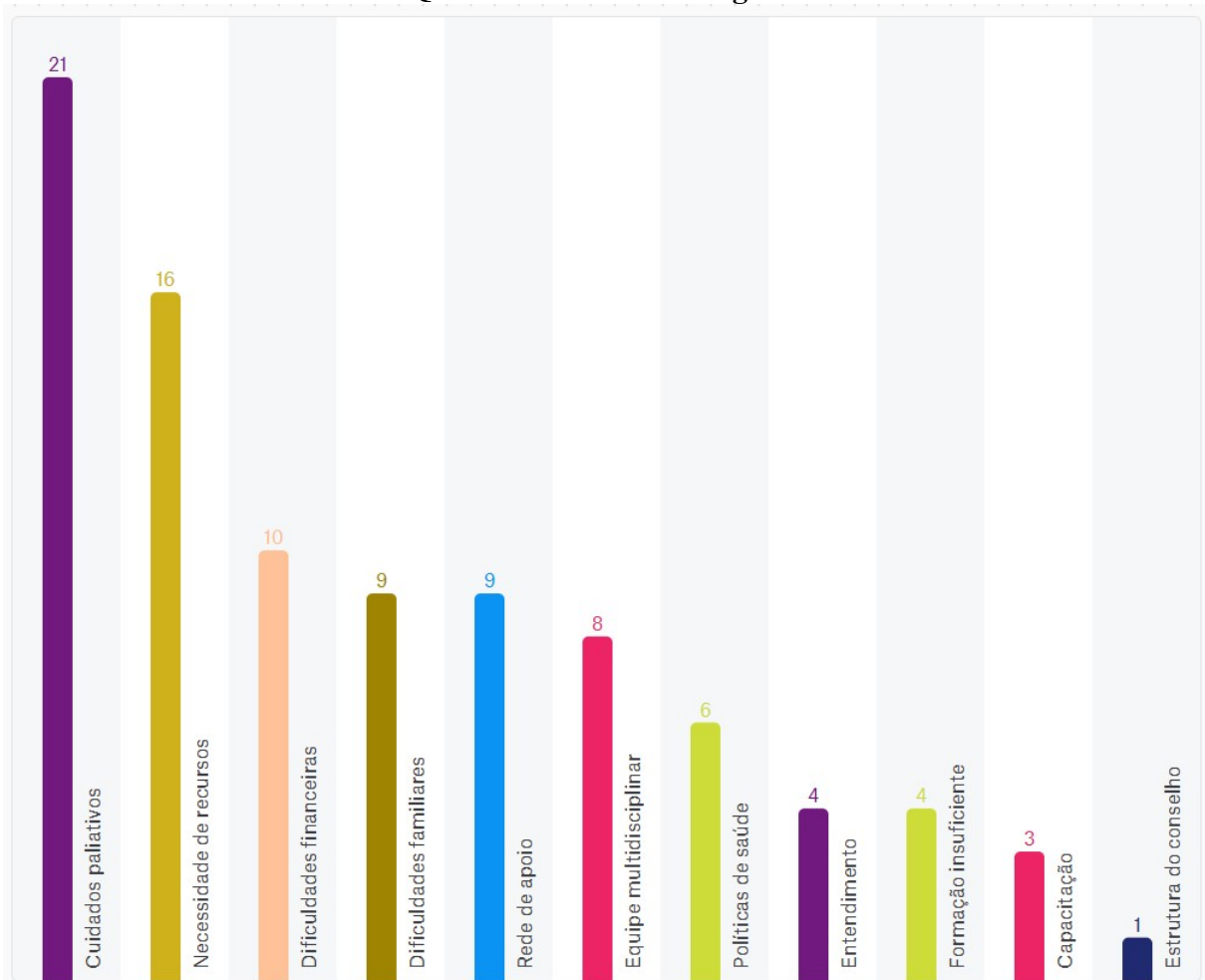
Equipe multiprofissional: este perfil de usuário necessita de uma equipe multiprofissional de atendimento.

Rede de apoio: é referente o que a RAS significa ao usuário e sua família.

Capacitação: envolve a capacitação teórica e também humana para o cuidado paliativo.

Entendimento: Entendimento de todos os atores sobre o que é o cuidado paliativo.

Após a formação dos “codes” todos os parágrafos de respostas dos entrevistados a partir da questão “o que são os cuidados paliativos?” foram novamente selecionadas individualmente para sugestão de “codes” por parágrafo, sem acrescentar novos sugeridos, apenas selecionados os já referidos acima.

Gráfico 2- Quantidade de “codes” gerados nas entrevistas

Fonte: Gráfico gerado pelo [ATLAS.ti Web](#), 2025.

Através do gráfico podemos perceber que os três “codes” mais encontrados foram cuidados paliativos, necessidade de recurso e dificuldade financeira.

Quadro 25 - Representação dos “codes” por entrevista

	Gestora das Unidade de Saúde da Família	Presidente do Conselho Municipal de Sa...	Secretária de Saúde do Município
Capacitação	1	0	2
Cuidados paliativos	8	7	6
Dificuldades familiares	3	4	2
Dificuldades financeiras	0	9	1
Entendimento	0	0	4
Equipe multidisciplinar	7	0	1
Estrutura do conselho	1	0	0
Formação insuficiente	2	1	1
Necessidade de recursos	7	7	2
Políticas de saúde	1	3	2
Rede de apoio	8	0	1

Fonte: Gerado pelo [ATLAS.ti](#) Web, 2025.

De acordo com o quadro gerado pelo software, percebe-se que cuidados paliativos, dificuldade familiares, formação insuficiente, necessidade de recursos e políticas de saúde foram aqueles que apareceram em todas as entrevistas

O “code” política de saúde está relacionado a necessidade de uma política de saúde sobre o tema e que a existente é recente.

Uma pesquisa desenvolvida na Tasmânia, Austrália, por Ridge e Seidel (2024), endossa os achados nas entrevistas realizadas e alguns dos “codes” sugeridos como formação insuficiente, necessidade de recurso e política de saúde. A pesquisa foi desenvolvida na área rural após a percepção de que houve um aumento populacional em cuidados paliativos, foram levantadas problemáticas como dificuldades de deslocamento dos pacientes, condições financeiras e desejo em se consultar em casa, ocasionando que os profissionais de atenção primária forneçam os cuidados para este perfil de pacientes.

O estudo identificou que o cuidado dentro da comunidade ou em domicílio pode reduzir a carga de serviço dos cuidados especializados, que é limitado. Mas que o cuidado realizado pela equipe de atenção primária gera preocupações como tempo de trabalho, remuneração, aumento de carga de trabalho e necessidade de colaboração com demais profissionais, sendo então necessário o fortalecimento da política e melhora do financiamento, pois o cuidado desta forma gera menos custo do que as internações hospitalares. E quando o serviço de atenção primária é maximizado, as internações hospitalares em muitos casos são evitadas (Ridge; Seidel, 2024).

Foi percebida então a necessidade de aumentar a acessibilidade do serviço e a habilidade dos profissionais da atenção primária, fornecendo treinamento para capacitação de maior número de profissionais para atuar em cuidados paliativos, além de ser necessário melhorar o suporte financeiro para expandir a área de cuidado, assim como fortalecimento entre as áreas de atenção para aconselhamento entre os profissionais quando necessário (Ridge; Seidel, 2024).

Os achados do estudo anterior refletem a realidade encontrada no município e pode ser exemplificada pelo relato do Presidente do Conselho Municipal de Saúde na sua entrevista refere sobre o suporte financeiro:

- *Eu acho que é custo, é custeio. É custeio mesmo. Hoje as dificuldades que tem aí é falta de dinheiro para manutenção. São pessoas que muitas vezes dependem de cuidados especiais mesmo, cuidados especializados, e fica caro. O problema maior que eu vejo é só questão de custeio mesmo.*

Quanto à formação insuficiente para o cuidado do paciente, a necessidade de capacitação também pode ser identificada pela resposta da Secretária de Saúde sobre treinamentos na área:

- *Não, não, não tem. Nem na graduação, não sei hoje, mas assim, não tem. Eu sou docente, eu sou professora de um curso técnico, aí eu já levei palestras de cuidados paliativos, até para eles entenderem o que é cuidados paliativos.*

E também da Diretora das Unidades de Saúde:

- *Dos cuidados paliativos? O profissional em si é aquilo que eu falei para você no começo, a gente tenta fazer o nosso melhor, mas a gente tem que se preparar mais, porque você pega...
Cada vez que você encontra um paciente, ele vem de um jeito para você. Então, assim, a gente tem que se preparar como ser humano e se capacitar no local, na rede.*

Um estudo desenvolvido na Colômbia por Sánchez-Cárdenas *et al* (2023), elaborou um plano de ação a ser implementado até 2026 com foco em cuidados paliativos, foram entrevistados pacientes, profissionais de saúde, entidades governamentais, seguradoras de

saúde e jornalistas, analisando quais eram as ações a respeito do tema que já haviam sido realizadas e quais eram as fragilidades que precisavam ser aprimoradas. Foi identificada a necessidade de incluir o tema na atenção primária à saúde através de telemedicina e prática clínica, principalmente manejo das DCNTs. As propostas mais sugeridas pelos entrevistados envolviam necessidade de treinamentos, aumentar número de serviços, acesso medicamentoso, divulgação e fortalecimento de legislações em vigor sobre o tema.

Pode-se perceber que as propostas identificadas seriam fragilidades obtidas em nossas entrevistas. A secretária de saúde refere a necessidade de fortalecimento da legislação em vigor, principalmente na atenção primária, na seguinte fala:

- *Hoje, cuidados paliativos, ele tem no próprio hospital do câncer, na Unimed, eu sei que faz. Então, assim, o cuidado paliativo hoje, ele é mais enraizado quando o paciente interna. Então, hoje, assim, é agora que está vindo a política para a atenção básica. Mas, até então, ele era muito difundido em ambiente hospitalar.*

E também na entrevista do Presidente do Conselho Municipal de Saúde:

- *Tá certo, eu acho que é difícil. Franca tem uma renda per capita baixa. Para fazer com o recurso do município, eu vejo dificuldade sim. Teria que ser feita uma política que viesse do federal, estadual, para esse tipo de serviço. Franca eu acho que já faz mais do que muitas vezes a obrigação efetiva de acordo com a legislação. Mas seria muito bom se tivesse condição de criar esse serviço na cidade.*

Na Etiópia, Aregay *et al* (2023), desenvolveram uma pesquisa em algumas áreas e evidenciaram que os cuidados paliativos não eram prioridades do governo, não estando descritos no orçamento nacional, levantando a necessidade de ser integrado aos programas de saúde e de financiamento adequado. Além disso, as políticas e diretrizes existentes não eram de conhecimento de todos os atores do cuidado, limitando-se aos cargos de liderança. Dessa forma, há falta de conhecimento profissional sobre o tema e, portanto, falta de aplicabilidade da política existente. Ressaltaram no estudo que os cuidados paliativos, quando incluídos na atenção primária, geram a possibilidade de melhor acesso do cuidado à população.

A dificuldade da aplicabilidade da política também é referida na fala da Secretária da Saúde:

- *Não é nem só a rede. A rede e o próprio paciente. Então eu acho que é muito do conhecimento. É uma política nova para a rede. Dentro do ambiente hospitalar, não. Dentro do ambiente hospitalar já é mais disseminada essa questão de cuidados paliativos, mas na rede nem tanto, na atenção básica nem tanto. Eu acho que é mais a parte aí de uma capacitação, de uma orientação, para ambas as partes desse entendimento que é cuidado paliativo.*

No ano de 2018 Urquhart *et al*, realizaram uma pesquisa na atenção primária de algumas áreas do Canadá e identificaram que este nível de atenção tem importante papel nos cuidados paliativos, uma vez que já possuem vínculo com a comunidade e possibilita a identificação precoce de pacientes. Porém os profissionais não se sentiam habilitados para realização do cuidado, identificando a necessidade de treinamentos para entender as particularidades de cada paciente, não realizando medicalização excessiva e ainda mudança cultural sobre a necessidade de salvar a todos. Também citaram que os diagnósticos em geral ocorrem de forma tardia, que o tempo de atendimento, muitas vezes, é limitado e que a carga de trabalho é demasiada. Foi levantada a necessidade de suporte emocional e psicossocial para pacientes e familiares, serviços especializados e recursos comunitários que perpassa a atuação da atenção primária.

A sobrecarga e a necessidade de capacitação citada no estudo, também é evidenciada na entrevista do Presidente do Conselho Municipal de Saúde:

- *Ele pode ser assistido na rede. O problema é que a rede está sobrecarregada também. Ela está sobrecarregada, mas mesmo dentro de uma clínica, dentro de uma instituição, se a pessoa não tem um plano de saúde, não, dos que têm para a pessoa ter, a instituição em si vai até um limite, depois ela teria que ter cuidados mais especializados. É aí que muitas vezes falta a condição entre o poder público e o poder civil, para a gente ter condição de caminhar e fazer os atendimentos que são necessários. A gente cuida, cuida. Mas só com detalhe, cuidados paliativos mesmo. A gente tenta capacitar, na medida do possível, a gente contrata profissionais para vir da capacitação para cuidados paliativos, médicos, especialistas. Só que, infelizmente, um dia todo mundo vai embora mesmo. Todo mundo não vai ficar aqui para sempre.*

É possível notar que as pesquisas encontradas, forneceram achados semelhantes aos dados obtidos das entrevistas e também estão de acordo com os “codes” gerados pelo software, como necessidade de recurso, dificuldade financeira, formação insuficiente e capacitação.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado paliativo apesar de ser um tema em ascensão, apresenta uma política pública recente, porém com um grande número de pacientes que necessitam deste serviço, mas, muitas vezes, com acesso tardio, impossibilitando a aplicação da política existente em sua totalidade.

As barreiras encontradas no município são condizentes às encontradas em outros estudos em países que observaram o cuidado sendo realizado na atenção primária, como falta de treinamentos e desenvolvimento de habilidades, carga excessiva de trabalho com equipe insuficiente, desconhecimento das legislações presentes sobre o tema, falta de financiamento e questões emocionais envolvendo o paciente, família e equipe.

A atenção primária possui diversas potencialidades no cuidado da comunidade e individual, com formação de vínculo e conhecimento do perfil de saúde da população adscrita, sendo a USF uma estratégia que propicia a ocorrência do estreitamento do vínculo, porém devido a necessidade do município do aumento, e de número de equipes de atenção primária, os espaços físicos passam a ser ocupados por mais equipes, o que pode gerar descaracterização do atendimento da equipe de saúde da família, dificultando o papel da atenção primária como coordenadora e ordenadora dos cuidados paliativos.

Devido o tema ser pouco explorado, existem muitas dúvidas no município sobre perfil de pacientes, encaminhamentos, acesso ou presença de serviços especializados, equipe multiprofissional disponível, o que pode gerar fatores dificultantes da continuidade do cuidado. Este perfil de pacientes precisa de início precoce de atendimentos, para que sejam propostas medidas paliativas e discussão conjunta sobre as possibilidades terapêuticas a serem seguidas, respeitando a sua autonomia, com acesso a medidas de conforto, sejam elas farmacológicas ou não, acolhimento aos familiares e orientações de luto.

Os cuidados paliativos devem ser estudados, implementados e disseminados para que assim a população, que cada vez mais necessita deste cuidado, seja atendida de maneira integral, visando o atendimento humanizado, empático e sensível, visando a qualidade de vida.

7. PRODUTO

O produto desta pesquisa será a devolutiva dos dados encontrados para o município estudado, permitindo que este verifique as potencialidades e fragilidades encontradas e assim possa criar estratégias de melhoria. Da mesma forma, a sociedade poderá ter acesso ao material produzido.

A oportunidade de realizar as entrevistas possibilita que o trabalhadores/profissionais e gestores entrevistados sejam instigados e passem a refletir sobre a temática.

É importante ressaltar que a atenção básica é uma estratégia de aproximação, vínculo e humanização com o usuário, o que permite que o profissional, quando capacitado sobre cuidados paliativos, tenha melhor acolhimento, atendimento precoce e auxilie o usuário e sua família de forma qualificada, atuando na educação em saúde, promoção de saúde e prevenção de agravos.

A PNCP, apesar de recente, é uma necessidade de saúde pública e sua implantação deve ser prioridade para que os usuários que dependem deste cuidado sejam assistidos em sua integralidade.

Devido o rigor científico, com escuta de diversos atores do cuidado, intervenções podem ser realizadas com embasamento em evidências para que a PNCP seja de fato implementada, reforçando a necessidade da equipe multiprofissional, serviços especializados e continuidade do cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **ACNP e cuidados paliativos no Brasil**. Disponível em:< [ANCP e cuidados paliativos no Brasil - Academia Nacional de cuidados paliativos](#). Acesso em 05 jul. 2023.

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**: elaboração de trabalhos na graduação. São Paulo, SP. 2010.

AREGAY, A.; O'CONNOR, M.; STOW, J.; AYERS, N.; LEE, S. **Perceived policy-related barriers to palliative care implementation: a qualitative descriptive study**. *Palliat Care Soc Pract.* 2023.

ATLAS. ti. **Uma breve história**. Disponível em:<[Acerca de ATLAS.ti - ATLAS.ti \(atlasti.com\)](#)>. Acesso em: 05 jun. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília. Disponível em:<[Constituição \(planalto.gov.br\)](#)> Acesso em: 01 mai. 2024.

BRASIL. **Lei Nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. Disponível em:<[L8080 \(planalto.gov.br\)](#)> Acesso em: 01 mai. 2024

BRASIL. **Lei Nº 13.709 de 14 de Agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** . 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde e Educação. **Luta contra o câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 1946.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool - Brasil**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). **Norma Operacional nº 001/2013**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resenha da luta contra o câncer no Brasil: documentário do serviço nacional de câncer** / Ministério da Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Portaria N° 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: MS, 2013

BRASIL. **Portaria GM/MS N° 3.681, de 7 de maio de 2024**. Institui a Política Nacional de cuidados paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Unico de Saúde - SUS. Brasília:MS, 2024.

BRASIL. **Portaria N° 4.236, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).Brasília: MS, 2017.

BRASIL. **Portaria N° 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2010.

BRASIL. **Resolução N° 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: MS, 2018.

BRASIL. **Resolução N°338, de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). **Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016**. Brasília, 2016.

BRASIL. **Resolução N° 729 de 07 de dezembro de 2023**. Aprova a Política Nacional de Cuidados Palitiavos no âmbito do SUS. Brasília: MS, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**.Brasília: MS, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde).

BOULAY S; RANKIN M. **Cicely Saunders: The founder of the Modern Hospice Movement**. London: SPCK; 1984

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Resolução N° 564 de 06 de dezembro de 2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - CREFITO. **Resolução N° 539 de 27 de setembro de 2021.** Dispõe sobre a atuação do fisioterapeuta em ações de cuidados paliativos e dá outras providências. Brasília, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - CREFITO. **Resolução N° 425 de 08 de julho de 2013.** Estabelece o Código de Ética e Deontologia. Brasília, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA - CFFa. **Resolução N° 633 de 02 de setembro de 2021.** Dispõe sobre a atuação do fonoaudiólogo em cuidados paliativos. Brasília, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **Resolução N° 2.217 de 01 de novembro de 2018.** Aprova o Código de ética Médico. Brasília, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **Resolução N° 23 de 13 de outubro de 2022.** Brasília, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Resolução 273 de 13 de março de 1993.** Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências. Brasília, 1993.

DATASUS. **Internações por ano atendimento segundo Lista Morb CID-10.** Disponível em: <[TabNet Win32 3.3: Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - São Paulo](#)> Acesso em: 14 de março de 2025.

DATASUS. **Óbitos por Ano atendimento segundo Lista Morb CID-10.** Disponível em: <[TabNet Win32 3.3: Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - São Paulo](#)> Acesso em: 14 de março de 2025.

FLORIANI, C. A. **Moderno movimento hospice: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte.** Rio de Janeiro, 2009.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. **Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospices modernos.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v.17. 1 jul. 2010, p.165-180.

FRANCA. **História.** Disponível em: <[História - Notícias - Desenvolvimento - Município de Franca](#)> Acesso em: 12 de março de 2025.

IBGE – Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. **Censo Demográfico Brasileiro de 2022.** Disponível em:<[Franca \(SP\) | Cidades e Estados | IBGE](#)> Acesso em: 12 de maio de 2024.

IBGE – Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. **Panorama.** Disponível em: <[cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/franca](#)> Acesso em: 13 de março de 2025.

MINAYO, M. C. S. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.** Ciência & Saúde Coletiva. Mar. 2012.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond; Editora FIOCRUZ, 2004, 228 p.

Município de Franca. Secretária Municipal de Saúde. **Prestação de contas 2º quadrimestre de 2024**. Franca, 2024. Disponível em: <[Prestação de Contas - Município de Franca](#)> Acesso em: 13 de março de 2025.

OUVERNEY, A. P. A. **SUS e cuidados paliativos: reflexões sobre a dependência de trajetórias de uma ação em saúde**. Brasília, 2019. Congresso Brasileiro de Assistentes Social 16º, Anais, 2019.

PIOVEZAN, S. **Visionários: as primeiras décadas de cuidados paliativos no Brasil pelo olhar dos pioneiros**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidado Paliativos, 2020.

PUTTINI, R. F.; BARROS, G.A.M.; LEMONICA, L. **Social vioethics and transdisciplinary healthcare: an alternative proposal for palliative care**. Revista Brasileira de Bioética, 2009.

RIDGE, A.; SEIDEL, B. **Using the Tasmanian Palliative and End of Life Care Policy Framework (2022) to assess service delivery in a rural general practice**. Aust J Rural Health. 2024

SÁNCHEZ-CÁRDENAS, M.A.; LEÓN-DELGADO, M.X.; RODRÍGUEZ-CAMPOS, L.F.; CORREA-MORALES, J.E.; GONZÁLEZ-SALAZAR, L.V.; CAÑÓN PIÑEROS, Á.M.; FUENTES-BERMÚDEZ, G.P.; VARGAS-ESCOBAR, M. L. **Building an action plan to tackle palliative care inequality through multi-stakeholder platforms**. Palliat Care Soc Pract. 2023

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA - SBGG. **Vamos falar de cuidados paliativos**. Brasil, 2015.

TEIXEIRA, E. B. **A Análise de Dados na Pesquisa Científica. Importância e desafios em estudos organizacionais**. Desenvolvimento em Questão, vol. 1, núm. 2, julho-dezembro, 2003, p. 177-201.

URQUHART, R.; KOTTECHA, J.; KENDELL, C.; MARTIN, M.; HAN, H.; LAWSON, B.; TSCHUPRUK, C.; MARSHALL, E.G.; BENNETT, C.; BURGE, F. **Stakeholders' views on identifying patients in primary care at risk of dying: a qualitative descriptive study using focus groups and interviews**. Br J Gen Pract. 2018.

VERENA, A. **Manual de história oral**. 2ª edição. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Cancer pain relief and palliative care**. Geneva, 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Global Atlas Palliative Care at the End of Life**. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Global Atlas Palliative Care**. 2nd Ed. London:WHO, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines.** 2nd Ed. Geneva, 2002.

APÊNDICE I - CRONOGRAMA DA PESQUISA

	1º semestre 2024	2º semestre 2024	1º semestre 2025	2º semestre 2025
Pesquisa Bibliográfica	X	X	X	X
Submissão do projeto ao Comitê de Ética		X		
Análise do projeto pelo Comitê de ética		X		
Aprovação pelo Comitê de Ética		X		
Coleta de dados			X	
Transcrição dos dados			X	X
Sistematização e análise dos dados			X	X
Exame de Qualificação			X	
Retificações apontadas pela Banca			X	X
Defesa				X

ANEXO I - INSTRUMENTO ADAPTADO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (PCATool- BRASIL VERSÃO PROFISSIONAIS/TRABALHADORES DE SAÚDE)

Data:

Dados- Nome (opcional):

Idade:

Unidade:

Categoria profissional:

Nível de formação:

Tempo de atuação:

Tempo no serviço atual:

1. Quando o seu serviço de saúde está aberto e algum paciente/usuário adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?
2. Quando o seu serviço de saúde está aberto, os usuários conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgarem ser necessário?
3. É fácil para um paciente/usuário conseguir marcar hora para uma consulta no seu serviço de saúde?
4. No seu serviço de saúde, os usuários são sempre atendidos pelo mesmo profissional de saúde?
5. Você consegue entender as perguntas que seus usuários fazem?
6. Seus usuários entendem o que você diz ou pergunta a eles?
7. Você dá aos usuários tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?
8. Você acha que seus usuários se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?
9. Você entende quais problemas são os mais importantes para os usuários que você atende?

10. Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente/usuário?
11. Você teria conhecimento caso seus usuários não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?
12. Você sabe todos os medicamentos que seus usuários estão tomando?
13. Você tem conhecimento de todas as consultas que seus usuários fazem a especialistas ou serviços especializados?
14. Quando seus usuários necessitam de um encaminhamento, você discute com os usuários sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?
15. Alguém do seu serviço de saúde ajuda o paciente/usuário a marcar a consulta encaminhada?
16. Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente/usuário encaminhado?
17. Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente/usuário sobre os resultados desta consulta?
18. Você solicita aos usuários que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?
19. Você permitiria aos usuários examinar seus prontuários se assim quisessem?
20. Você pergunta aos usuários quais são suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente/usuário ou membro da família?
21. Você está disposto e capaz de atender membros da família dos usuários para discutir um problema de saúde ou problema familiar?
22. Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?
23. Faz pesquisas com os usuários para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?

Aptado de Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. (p. 59-68)

**APÊNDICE II - QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA
ELABORADO PELA AUTORA PARA GESTORES.**

Data:

Dados do Sujeito:

Idade:

Unidade:

Categoria profissional:

Nível de formação:

Tempo de atuação:

Tempo no serviço atual:

- 1) Como você define cuidados paliativos? E quais, segundo sua concepção são os usuários elegíveis?
- 2) Como você avalia sua formação para atuar com este perfil de usuários?
- 3) Como você descreveria o cuidado para esses usuários e suas famílias no seu local de trabalho?
- 4) Quais são as principais dificuldades e barreiras que encontram na oferta do cuidado a este perfil de usuários?
- 5) Você acredita que a RAS está preparada para atender os usuários em cuidados paliativos?
- 6) Como é a oferta de continuidade do cuidado na RAS?

ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



NOME DO PARTICIPANTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: __/__/__. IDADE: ____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: TIPO: ____ Nº _____ GÊNERO: M () F ()

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

CEP: _____ FONE: _____

Eu, _____,

declaro, para os devidos fins ter sido informado verbalmente e por escrito, de forma suficiente a respeito da pesquisa POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS: ANÁLISE DO CENÁRIO ATUAL NA CIDADE DE FRANCA. O projeto de pesquisa será conduzido por Tamiris Maris Arikawa Tresoldi do Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Análise, orientada pelo Prof. Dr José Roberto Gnecco, pertencente ao quadro docente da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais/UNESPC.Franca. Estou ciente de que este material será utilizado para apresentação de Dissertação observando os princípios éticos da pesquisa científica e seguindo procedimentos de sigilo e discrição. A presente pesquisa visa analisar e avaliar a teoria e prática da oferta de cuidados paliativos na atenção primária de Franca, seus desafios e potencialidades, a partir da perspectiva de seus pacientes/usuários, cuidadores dos pacientes/usuários e profissionais/trabalhadores de saúde. Fui esclarecido sobre os propósitos da pesquisa, os procedimentos que serão utilizados e riscos e a garantia do anonimato e de esclarecimentos constantes, além de ter o meu direito assegurado de interromper a minha participação no momento que achar necessário.

Franca, de _____ de _____.

Documento assinado digitalmente
gov.br
 TAMIRIS MARIS ARIKAWA TRESOLDI
 Data: 12/06/2024 14:33:58 -0300
 Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

Assinatura do participante

Documento assinado digitalmente
gov.br
 JOSE ROBERTO GNECCO
 Data: 12/06/2024 16:55:22 -0300
 Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

(assinatura)

Pesquisador Responsável
 Nome: Tamiris Maris Arikawa Tresoldi
 Endereço: Jerônimo Fortunato Barbosa, 1208
 Jardim Roselândia, Franca -SP
 CEP 14405045
 Tel: (16) 981474837
 E-mail: tamiris.tresoldi@unesp.br

(assinatura)

Orientador
 Prof. Dr. José Roberto Gnecco
 Endereço: DEF/IBRC/UNESP CP 199
 Av. 24-A, n. 1.515
 Jardim Bela Vista, Rio Claro - SP
 CEP 13506-900
 Tel: (61) 98229-5945
 E-mail: jose-roberto.gnecco@unesp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
 Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - Unesp - Campus de Franca
 Av. Eufrásio Monteiro Petraglia, 900 - Jd. Dr. Antônio Petraglia - CP 211, CEP: 14409-160 - FRANCA - SP
 Telefone: (16) 3706-8723 - Fax: (16) 3706-8724 - E-mail: comiteetica@franca.unesp.br

ANEXO III - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

FACULDADE DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNESP-CAMPUS FRANCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS: ANÁLISE DO CENÁRIO ATUAL NA CIDADE DE FRANCA

Pesquisador: TAMIRIS MARIS ARIKAWA TRESOLDI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80741724.1.0000.5408

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.992.649

Apresentação do Projeto:

O projeto está bem estruturado, bem escrito. Apresenta introdução acrescentando referencial teórico em consonância com o objeto da pesquisa. A pesquisa intitulada "POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS: ANÁLISE DO CENÁRIO ATUAL NA CIDADE DE FRANCA" é um tema relevante. O referencial teórico apresentado é recente e pertinente ao estudo proposto. Linguagem empregada adequada. Metodologia bem organizada delimitando participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos geral e específicos estão expostos de maneira objetiva e coerente com o problema proposto. A pesquisa se propõe a analisar a efetividade da PNCP na atenção primária da cidade de Franca, com ênfase em analisar a prestação de cuidados, as potencialidades e as barreiras existentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos para a realização da pesquisa são considerados mínimos. Esta pesquisa pode causar desconforto aos atores da pesquisa ao responder as questões, seja pela timidez, por ser um tema sensível ou até pelo medo de responder de forma equivocada

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, que envolverá pesquisa e de

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900 bloco I sala 16

Bairro: Jd. Antonio Petraglia **CEP:** 14.409-160

UF: SP **Município:** FRANCA

Telefone: (16)3706-8723 **Fax:** (16)3706-8806 **E-mail:** comiteetica.franca@unesp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNESP-CAMPUS FRANCA



Continuação do Parecer: 6.992.649

campo em um município. A coleta de dados junto aos participantes ocorrerá com gestores e trabalhadores da Política de Saúde do município através do formulário google. As entrevistas com cuidados e pacientes ocorrerá pessoalmente. Para as entrevistas realizadas com pacientes/usuários e cuidadores será aplicado um questionário adaptado do instrumento de avaliação da atenção primária PCATool- Brasil versão Adulto e PCATool- Brasil versão profissionais. Os dados textuais serão transcritos e importados para o software ATLAS.ti web, que faz análise de dados qualitativos. Não foram apresentados critérios de exclusão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentado carta de aceite da Secretária Municipal de Saúde.

Foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo em vista a apresentação do projeto, a autorização da Secretaria Municipal de Saúde, o termo de consentimento livre e esclarecido e diante do cronograma da pesquisa apresentado o projeto mostra-se adequado para sua execução.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado ad referendum do colegiado pelo coordenador deste Comitê de Ética.

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_2364672.pdf	18/06/2024 15:29:44		Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_.pdf	18/06/2024 15:29:08	TAMIRIS MARIS ARIKAWA TRESOLDI	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2364672.pdf	17/06/2024 12:03:12		Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	17/06/2024 11:51:31	TAMIRIS MARIS ARIKAWA TRESOLDI	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	17/06/2024 11:51:31	TAMIRIS MARIS ARIKAWA TRESOLDI	Postado
Declaração de concordância	Carta_de_aceite.pdf	14/06/2024 22:03:11	TAMIRIS MARIS ARIKAWA	Aceito

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900 bloco I sala 16
Bairro: Jd. Antonio Petraglia **CEP:** 14.409-160
UF: SP **Município:** FRANCA
Telefone: (16)3706-8723 **Fax:** (16)3706-8806 **E-mail:** comiteetica.franca@unesp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNESP-CAMPUS FRANCA



Continuação do Parecer: 6.992.649

Declaração de concordância	Carta_de_aceite.pdf	14/06/2024 22:03:11	TRESOLDI	Aceito
Declaração de concordância	Carta_de_aceite.pdf	14/06/2024 22:03:11	TAMIRIS MARIS ARIKAWA TRESOLDI	Postado
Outros	Questionario_autoral_Profissionais_Gestores.pdf	14/06/2024 22:02:55	TAMIRIS MARIS ARIKAWA TRESOLDI	Aceito
Outros	Questionario_autoral_Profissionais_Gestores.pdf	14/06/2024 22:02:55	TAMIRIS MARIS ARIKAWA TRESOLDI	Postado
Outros	Instrumento_Profissionais_trabalhadores.pdf	14/06/2024 21:58:53	TAMIRIS MARIS ARIKAWA TRESOLDI	Aceito
Outros	Instrumento_Profissionais_trabalhadores.pdf	14/06/2024 21:58:53	TAMIRIS MARIS ARIKAWA TRESOLDI	Postado
Outros	Instrumento_Usuarios_cuidadores.pdf	14/06/2024 21:58:20	TAMIRIS MARIS ARIKAWA TRESOLDI	Aceito
Outros	Instrumento_Usuarios_cuidadores.pdf	14/06/2024 21:58:20	TAMIRIS MARIS ARIKAWA TRESOLDI	Postado
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Cuidados_Paliativos_Mestrado.pdf	14/06/2024 21:46:53	TAMIRIS MARIS ARIKAWA TRESOLDI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Cuidados_Paliativos_Mestrado.pdf	14/06/2024 21:46:53	TAMIRIS MARIS ARIKAWA TRESOLDI	Postado
Cronograma	Cronograma.pdf	14/06/2024 21:45:39	TAMIRIS MARIS ARIKAWA TRESOLDI	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	14/06/2024 21:45:39	TAMIRIS MARIS ARIKAWA TRESOLDI	Postado
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UNESP_assinado_assinado.pdf	14/06/2024 18:51:46	TAMIRIS MARIS ARIKAWA TRESOLDI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UNESP_assinado_assinado.pdf	14/06/2024 18:51:46	TAMIRIS MARIS ARIKAWA TRESOLDI	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900 bloco I sala 16
Bairro: Jd. Antonio Petraglia **CEP:** 14.409-160
UF: SP **Município:** FRANCA
Telefone: (16)3706-8723 **Fax:** (16)3706-8806 **E-mail:** comiteetica.franca@unesp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNESP-CAMPUS FRANCA



Continuação do Parecer: 6.992.649

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FRANCA, 08 de Agosto de 2024

Assinado por:

**José Fernando Siqueira da Silva
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900 bloco I sala 16

Bairro: Jd. Antonio Petraglia **CEP:** 14.409-160

UF: SP **Município:** FRANCA

Telefone: (16)3706-8723 **Fax:** (16)3706-8806 **E-mail:** comiteetica.franca@unesp.br