



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NÍVEL
DOUTORADO



ANA MABEL SULPINO FELISBERTO

**MANEJO DOS CUIDADOS PALIATIVOS PARA PESSOA IDOSA COM
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: PROPOSTA DE
CAPACITAÇÃO PARA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA ATENÇÃO
BÁSICA DE SAÚDE.**

**JOÃO PESSOA
2025**

ANA MABEL SULPINO FELISBERTO

**MANEJO DOS CUIDADOS PALIATIVOS PARA PESSOA IDOSA COM DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO PARA
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a M^a Adelaide Silva Paredes Moreira.

**JOÃO PESSOA
2025**

Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

F315m Felisberto, Ana Mabel Sulpino.
Manejo dos cuidados paliativos para pessoa idosa com
doenças crônicas não transmissíveis : proposta de
capacitação para equipe multiprofissional da atenção
básica de saúde / Ana Mabel Sulpino Felisberto. - João
Pessoa, 2025.
119 f. : il.

Orientação: Maria Adelaide Silva Paredes Moreira.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS.

1. Enfermagem - Cuidados paliativos. 2. Unidade
Básica de Saúde. 3. Doenças crônicas - Pessoa idosa. 4.
Capacitação de equipe. 5. Equipe de assistência
multidisciplinar. I. Moreira, Maria Adelaide Silva
Paredes II. Título

UFPB/BC

CDII 616-083 (043)

Elaborado por ANNA REGINA DA SILVA RIBEIRO - CRB-15/24

ANA MABEL SULPINO FELISBERTO

**MANEJO DOS CUIDADOS PALIATIVOS PARA PESSOA IDOSA COM
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: PROPOSTA DE
CAPACITAÇÃO PARA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA ATENÇÃO
BÁSICA DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em: 26/ 09 / 2025.

BANCA JULGADORA

Prof.^a Dr.^a M^a Adelaide Silva Paredes Moreira (UFPB) Orientadora



Prof.^a Dr.^a Mariana de Sousa Dantas Rodrigues (UNIPÊ) Membro externo titular



Prof.^a Dr.^a Solange Fátima Geraldo da Costa Membro externo titular



Prof.^a Dr.^a Patrícia Serpa de Souza Batista Membro Interno Titular
Programa de Pós-graduação em Enfermagem – UFPB



Prof.^a Dr.^a Maria das Graças Melo Fernandes
Membro Interno Titular

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, ao meu esposo Sóstenes, aos meus filhos Felipe e Harrison que sentiram minha ausência em momentos especiais, mas que hoje comemoram comigo e aos meus pais Antonio (in memorian) e Maria do Socorro que são a essência da minha criação.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, Pai onipotente, onipresente e onisciente, Senhor da minha vida, toda honra e glória ao seu nome.

À Prof.^a Dr.^a Adelaide Silva Paredes Moreira, um exemplo de dedicação e compromisso, meu profundo respeito e gratidão pela oportunidade de aprendizado, pelas orientações, incentivo, amizade, apoio e compreensão durante o desenvolvimento desta etapa de minha carreira acadêmica.

À Universidade Federal da Paraíba (UFPB), instituição onde trabalho e cursei o Doutorado, a qual me propiciou, ao longo desta jornada, aprendizado pessoal, profissional e acadêmico.

À Pós-Graduação em Enfermagem, pelo aprendizado adquirido e pela convivência saudável durante o período do curso, capacitando-me para ser uma profissional melhor.

Às Prof.^as Dr.^as Solange Fátima Geraldo da Costa, Mariana de Sousa Dantas Rodrigues, Patrícia Serpa de Souza Batista e Maria de Lourdes de Farias Pontes, pelas considerações importantes e pelas contribuições necessárias para a melhoria deste trabalho.

Ao Laboratório de Saúde, Envelhecimento e Sociedade e ao Grupo Internacional de Estudos e Pesquisa em Envelhecimento e Representações Sociais, no qual tenho a honra de ser membro, pelo acolhimento e por terem me proporcionado muito aprendizado.

À Prof.^a Dr.^a Antonia Oliveira Silva, pela partilha de aprendizado e pelo incentivo de sempre.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, a quem devo grande parte de minha formação profissional.

À Secretaria do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em especial a Nathali Costa Oliveira, por toda a compreensão e acolhida.

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, aos Distritos Sanitários e à Atenção Básica de Saúde, bem como aos profissionais participantes da pesquisa, pela autorização e participação na realização deste trabalho, que não existiria sem a disposição dos que compartilharam suas ideias, pensamentos, sentimentos e experiências.

Ao meu esposo, Sóstenes Felisberto da Silva, pelo apoio, compreensão e amor, por acreditar que posso e por estar sempre ao meu lado. Amo-o!

Aos meus amados filhos, Felipe e Harisson, por compreenderem as minhas ausências, fortalecendo-me com seus sorrisos e carinhos. Amo vocês!

À minha amada mãe, Maria do Socorro, meu maior referencial de amor e persistência, pela mulher lutadora e pelo cuidado que sempre dedicou a mim. Amo-te, Mamy linda!

Ao meu eterno pai, Antonio Sulpino (in memoriam), pelos seus ensinamentos que jamais esquecerei.

Às minhas irmãs, Ana Maria, Ana Paula e Ana Márcia, grandes companheiras, pelo apoio, amor, incentivo e por estarem sempre dispostas a ajudar-me. Amo vocês!

À minha família e aos meus amigos, pelo carinho e incentivo nos momentos difíceis.

Aos amigos de trabalho, Graça Duarte Miguel, Fernanda Alencar, Luiz Henrique, Rejane Oliveira, Aurilene Mota, Marcos Cabral, Maria Alcina, Luciana Fernandes, Joyce Aguiar, Ana Júlia e Eder Gonçalves, pela força e pelo companheirismo no dia a dia!

À amiga Ellen Norath, pelo companheirismo e pela amizade de sempre.

Agradeço a todos aqueles que não tive a oportunidade de mencionar, mas que tiveram tanta importância em minha vida quanto os referenciados aqui.

Meu muito obrigada!

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”. Carl Jung

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Etapas da pesquisa	68
Figura 2 – Classificação Hierárquica Descendente (CHD) por meio de dendrograma com palavras/termos mais significativos das entrevistas	73
Figura 3 – Análise de Similitude colorida das falas dos profissionais de saúde acerca dos cuidados paliativos	76
Figura 4 – Nuvem de palavras gerada pelo <i>software</i> IRaMuTeQ.....	78
Figura 5 – Dados iniciais de identificação da proposta de capacitação	95
Figura 6 – Representação esquemática da identificação da proposta.....	96
Figura 7 – Representação esquemática da avaliação dos profissionais participantes da capacitação	98
Figura 8 – Representação esquemática da certificação dos participantes e recursos necessários para capacitação	99
Figura 9 – Estrutura esquemática do plano de ação para apresentação da proposta de capacitação para equipe multiprofissional da atenção básica de saúde no manejo dos cuidados paliativos à pessoa idosa com DCNT na ABS	100

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Estratégia pedagógica e método de ensino-aprendizagem.....	96
Quadro 2: Representação esquemática do Conteúdo programático da proposta de capacitação para equipe multiprofissional da atenção básica de saúde no manejo dos cuidados paliativos à pessoa idosa com DCNT na ABS	97

LISTA DE SIGLAS

ABCP:	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
AIDS:	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome)
AMB:	Associação Médica Brasileira
ANCP:	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
AVE:	Acidente Vascular Encefálico
CAAE:	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CFM:	Conselho Federal de Medicina
CIT:	Comissão Intergestores Tripartite
CNS:	Conselho Nacional de Saúde
CP:	Cuidados Paliativos
DCNT:	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DNR:	Não Ressuscitar (Do-Not-Resuscitate)
DPOC:	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ELA:	Esclerose Lateral Amiotrófica
EUA:	Estados Unidos da América
GM/MS:	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
HIV:	Vírus da Imunodeficiência Humana (Human Immunodeficiency Virus)
HSPE/SP:	Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo
IAHPC:	Associação Internacional de Cuidados Paliativos e Hospitais (International Association for Hospice and Palliative Care)
IDH:	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA:	Instituto Nacional de Câncer
IraMuTeQ®:	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
NIH:	Institutos Nacionais de Saúde (National Institutes of Health)
OMS:	Organização Mundial da Saúde
PB:	Paraíba
PNCP:	Política Nacional de Cuidados Paliativos
RAS:	Rede de Atenção à Saúde
SUS:	Sistema Único de Saúde
UBS:	Unidades Básicas de Saúde
UE:	União Europeia
UN DESA:	Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas (United Nations Department of Economic and Social Affairs)
WHO:	World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)
WHPCA:	Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (Aliança Mundial de Cuidados Paliativos e Hospices)

FELISBERTO, Ana Mabel Sulpino. **MANEJO DOS CUIDADOS PALIATIVOS PARA PESSOA IDOSA COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS:** Proposta de capacitação para equipe multiprofissional da atenção básica de saúde. 121p. 2025. Tese (Doutorado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2025.

RESUMO

Introdução: No contexto da Atenção Básica, a implementação eficaz de cuidados paliativos requer uma equipe multidisciplinar de profissionais com competências específicas. **Objetivo geral:** Elaborar uma proposta de capacitação para a equipe multiprofissional voltada ao manejo dos cuidados paliativos para a pessoa idosa com doenças crônicas não transmissíveis assistida em Unidades Básicas de Saúde. **Método:** Estudo metodológico desenvolvido nas seguintes etapas: 1) Pesquisa bibliométrica para revisão da literatura; 2) Elaboração e aplicação de questionário com os profissionais participantes do estudo; 3) Extração e interpretação dos relatos dos profissionais (IraMuTeQ® - análise lexical); 4) Identificação dos conteúdos essenciais e seleção de metodologias ativas para subsidiar a estruturação da proposta de capacitação; 5) Elaboração da proposta de capacitação para a equipe multiprofissional na Atenção Básica de Saúde. O estudo ocorreu em quinze Unidades Básicas de Saúde, distribuídas nos cinco Distritos Sanitários do Município de João Pessoa/PB, e contou com a participação de 55 profissionais. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE nº 81739924.9.0000.5188. **Resultados:** Este estudo evidenciou uma importante lacuna na formação e na prática profissional relacionada ao manejo dos cuidados paliativos, expressa pelo reduzido número de profissionais com capacitação específica na área, visto que apenas 7,3% dos participantes receberam algum tipo de treinamento. A partir da visão dos profissionais envolvidos, torna-se fundamental a participação da equipe multiprofissional na Atenção Básica de Saúde para a assistência em cuidados paliativos a pessoas idosas com doenças que ameaçam a vida. Contudo, a falta de treinamento específico continua a ser uma barreira significativa para a implementação eficaz desses cuidados. Diante disso, surge a proposta de capacitação para a equipe multiprofissional na Atenção Básica de Saúde. **Considerações finais:** A proposta de capacitação elaborada reafirma a necessidade de qualificação contínua da equipe multiprofissional diante das transformações demográficas e epidemiológicas atuais, bem como contribui para a consolidação dos cuidados paliativos como prática essencial do SUS, assegurando maior qualidade de vida, dignidade e suporte às pessoas em condições crônicas ou de ameaça à vida e a seus familiares. Diante das evidências produzidas, recomenda-se a realização de pesquisas futuras que avaliem a efetividade da proposta de capacitação a partir de sua aplicação prática em diferentes realidades da Atenção Básica.

Palavras-chave: cuidados paliativos; Unidade Básica de Saúde; doenças crônicas; enfermagem; capacitação de equipe; pessoa idosa; equipe de assistência multidisciplinar.

FELISBERTO, Ana Mabel Sulpino. **MANAGEMENT OF PALLIATIVE CARE FOR ELDERLY PEOPLE WITH NON-COMMUNICABLE CHRONIC DISEASES:** training proposal for the multiprofessional team of basic health care. 130p. 2025. Thesis (Doctorate). Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2025.

ABSTRACT

Introduction: In the context of primary care, the effective implementation of palliative care requires a multidisciplinary team of professionals with specific competencies. **General objective:** To develop a training proposal for a multidisciplinary team focused on the management of palliative care for older adults with noncommunicable chronic diseases assisted in Primary Health Care Units. **Method:** Methodological study developed in the following stages: (1) Bibliometric research: literature review; (2) Development and application of a questionnaire with participating professionals; (3) Extraction and interpretation of professionals' reports (IraMuTeQ® – lexical analysis); (4) Identification of essential content and selection of active methodologies to support the structuring of the training proposal; (5) Development of a training proposal for the multidisciplinary team in Primary Health Care. The study was carried out in fifteen Primary Health Care Units, distributed across five Health Districts, in the municipality of João Pessoa, Paraíba, Brazil. A total of 55 professionals from the units participated. The study was approved Ethics and research committee with CAAE: 81739924.9.0000.5188. **Results:** The study revealed a significant gap in professional training and practice related to palliative care management, evidenced by the low number of professionals with specific training in the field. Only 7.3% of participants had received any type of palliative care training. From the perspective of the professionals involved, the participation of the multidisciplinary team in primary health care is essential for providing palliative care to older adults facing life-threatening illness; however, the lack of specific training in palliative care remains a major barrier to effective implementation. In response, a training proposal for multidisciplinary teams in Primary Health Care was developed. **Final considerations:** The proposed training reaffirms the need for continuous qualification of multidisciplinary teams in light of current demographic and epidemiological transformations. It also contributes to the consolidation of palliative care as an essential practice within the Unified Health System (SUS), ensuring greater quality of life, dignity, and support for individuals with chronic or life-threatening conditions, as well as their families. Based on the evidence produced in this study, further research is recommended to assess the effectiveness of the training proposal through its practical application in different primary care contexts.

Keywords: palliative care; Primary Health Care Unit; chronic diseases; nursing; team training; older adult; Multidisciplinary Care Team.

FELISBERTO, Ana Mabel Sulpino. **MANEJO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS PARA PERSONAS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES:** propuesta de capacitación para el equipo multiprofesional de la atención básica de salud. 130p. 2025. Tesis (Doctorado). Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2025.

RESUMEN

Introducción: en el contexto de la atención primaria, la implementación eficaz de cuidados paliativos requiere un equipo multidisciplinario de profesionales con competencias específicas.

Objetivo general: elaborar una propuesta de capacitación para el equipo multiprofesional orientada al manejo de los cuidados paliativos para personas mayores con enfermedades crónicas no transmisibles atendidas en Unidades Básicas de Salud. **Método:** estudio metodológico desarrollado en las siguientes etapas: 1) Investigación bibliométrica: revisión de la literatura; 2) Elaboración y aplicación de un cuestionario a los profesionales participantes del estudio; 3) Extracción e interpretación de los relatos de los profesionales (IraMuTeQ® - análisis lexical); 4) Identificación de los contenidos esenciales y selección de metodologías activas para sustentar la estructuración de la propuesta de capacitación; 5) Elaboración de la propuesta de capacitación para el equipo multiprofesional en la Atención Primaria de Salud. Se llevó a cabo en quince Unidades Básicas de Salud, distribuidas en los cinco Distritos Sanitarios del Municipio de João Pessoa/PB. Participaron del estudio 55 profesionales de las UBS. El estudio fue aprobado por el Comité de ética e investigación con CAAE: 81739924.9.0000.5188.

Resultados: este estudio evidenció una importante brecha en la formación y práctica profesional relacionada con el manejo de los cuidados paliativos, expresada por el reducido número de profesionales con capacitación específica en el área. Solo el 7,3% de los participantes había recibido algún tipo de formación en cuidados paliativos. Desde la perspectiva de los profesionales involucrados, se considera fundamental la participación del equipo multiprofesional en la atención primaria de salud para la asistencia de los cuidados paliativos en personas mayores ante una enfermedad amenazante para la vida; no obstante, la falta de formación específica en cuidados paliativos continúa siendo una barrera significativa para la implementación eficaz de estos cuidados. Por ello, surge la propuesta de capacitación para el equipo multiprofesional en Atención Primaria de Salud. **Consideraciones finales:** se considera que la propuesta de capacitación elaborada reafirma la necesidad de cualificación continua del equipo multiprofesional frente a las transformaciones demográficas y epidemiológicas actuales, así como contribuye a la consolidación de los cuidados paliativos como práctica esencial del SUS, asegurando mayor calidad de vida, dignidad y apoyo a las personas en condiciones crónicas o amenazantes para la vida, así como a sus familiares. Ante las evidencias producidas en este estudio, se recomienda la realización de futuras investigaciones que evalúen la efectividad de la propuesta de capacitación a partir de su aplicación práctica en diferentes realidades de la Atención Primaria.

Palabras clave: cuidados paliativos; Unidad Básica de Salud; enfermedades crónicas; enfermería; capacitación del equipo; persona mayor; Equipo de Atención Multidisciplinaria.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO.....	20
2 CAPÍTULO TEÓRICO.....	27
2.1 Envelhecimento populacional, doenças crônicas não transmissíveis e cuidados paliativos	27
2.2 Cuidados Paliativos com ênfase na Atenção Básica de Saúde, grupos direcionados à assistência paliativa e equipe multiprofissional.....	44
2.3 Metodologias ativas: aprendizagem baseada em problemas e discussão de casos como estratégias para capacitação da equipe multiprofissional no manejo dos cuidados paliativos na Atenção Básica de Saúde.....	58
3 PERCURSO METODOLÓGICO	64
3.1 Tipo de Estudo.....	64
3.2 Cenário da Pesquisa	64
3.3 População e Amostra	65
3.4 Etapas do Estudo.....	66
3.5 Procedimentos para Coleta de Dados	68
3.6 Análise dos Dados.....	69
3.7 Aspectos Éticos	70
3.8 Resultados e discussão	71
3.9 Caracterização dos Participantes	71
3.10 Processamento dos Dados das respostas do Questionário no IraMuTeQ®.....	72
3.11 Apresentação das Classes e seus Temas.....	73
3.12 Discussão Analítica das Classes Temáticas.....	79
3.13 Proposta de capacitação para equipe multiprofissional no manejo de cuidados paliativos à pessoa idosa com doenças crônicas não transmissíveis na atenção básica de saúde.....	90
3.13.1 Considerações acerca da importância de capacitação no campo dos cuidados paliativos com base na literatura.....	90
3.13.2 Apresentando a necessidade da proposta de capacitação sobre o manejo dos cuidados paliativos direcionada para pessoa idosa com DCNT, a partir dos relatos dos profissionais participantes do estudo	91
3.13.3 Apresentando a estrutura e a operacionalização da proposta de capacitação sobre o manejo dos cuidados paliativos direcionada para pessoa idosa com DCNT	92
3.13.4 Apresentando a estrutura esquemática da proposta de capacitação sobre o manejo dos cuidados paliativos direcionada para pessoa idosa com DCNT	95

4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
	REFERÊNCIAS	104
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	115
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	117
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	118

APRESENTAÇÃO

Ao pensar sobre a realização deste trabalho, busquei rememorar o meu despertar para a Enfermagem. A escolha por esta profissão, que tem como arte o cuidar, ocorreu de forma lenta e natural quando, no ano de 1994, ingressei no curso profissionalizante técnico em Enfermagem. Nessa ocasião, a partir da minha dedicação e do meu envolvimento no cuidar do outro na qualidade de aluna, tive a certeza de que era a profissão dos meus sonhos. Recordo-me dos primeiros estágios práticos, voltados para a assistência de pacientes com doenças crônicas e em fase terminal. Nesse contexto, tive a oportunidade de cuidar de meu pai, *in memoriam*, que sofria de doença pulmonar.

Em 2000, ingressei no curso de graduação em Enfermagem, na Escola Santa Emilia de Rodat, motivada pela vontade de ampliar os meus conhecimentos e de me dedicar à profissão de enfermeira. Na condição de recém-graduada, ingressei no mercado de trabalho em duas instituições de saúde, sendo uma no âmbito privado e outra no federal. Trabalhei como enfermeira assistencial, atuando diretamente na assistência em âmbito hospitalar, em unidades de clínica médica e em Unidade de Terapia Intensiva, prestando assistência direta a pacientes adultos e idosos de ambos os sexos com doenças crônicas, além de exercer atividades administrativas. Sempre procurei estar o mais próximo possível do paciente, pois considero isto indispensável para um cuidado sistematizado no cotidiano profissional.

Cumpre assinalar que, na trajetória acadêmica, a aproximação com a temática em estudo surgiu com a minha participação como membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética e Cuidados Paliativos (NEPBCP), do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). No NEPBCP, pude expandir os meus conhecimentos no campo de Cuidados Paliativos, participando de cursos de capacitação e workshops (2012–2020).

Outra experiência diz respeito à minha participação como assessora do curso de Especialização em Cuidados Paliativos e na realização de atividades de ensino, pesquisa e extensão (2018–2020), promovido pelo Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/NEPBCP – CCS – UFPB), onde tive a oportunidade de participar de bancas de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), contribuindo como coautora na construção de artigos como: “Cuidados paliativos e terminalidade: percepção de pacientes diante da impossibilidade de cura”; “Produção científica de dissertações e teses sobre cuidados paliativos e doenças crônicas: estudo bibliométrico”; e “Impacto econômico das unidades de cuidados paliativos hospitalares: revisão sistemática”. Participei também como autora do livro intitulado *Cuidados Paliativos: uma abordagem multidisciplinar*, especificamente no

capítulo 10: “Cuidados paliativos e Luto antecipatório: vivência de familiares de pacientes na fase final de vida”, no ano de 2021. A referida obra envolveu membros e pesquisadores do NEPBCP e profissionais de saúde membros da Comissão de Cuidados Paliativos do HULW. Além disso, tive a oportunidade de ler algumas obras, dentre as quais merecem destaque: o *Manual de Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde* (Brasil, 2023); o *Manual de Cuidados Paliativos* (ANCP, 2012; Brasil, 2020); a *Pauta de cuidados paliativos para Atenção Primária* (Oliveira et al., 2016); *A morte é um dia que vale a pena viver* (Arantes, 2016); e *Velhice: uma nova paisagem* (Abreu, 2017).

A partir desse momento, passei a reconhecer a valorização dessa modalidade de cuidar para a equipe multiprofissional, visto que a abordagem paliativa se configura como um conjunto de intervenções planejadas e integradas, desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, que se propõe a controlar não só os sintomas da dor física, mas também os da mente e os de ordem espiritual e social, na intenção de oferecer uma melhor assistência e promover a qualidade de vida aos pacientes com doenças ameaçadoras da vida e/ou potencialmente fatais e aos seus familiares.

Quando ingressei no Mestrado, deparei-me com a temática do envelhecimento, situação global marcada pela transição sociodemográfica, em que a população que mais cresce mundialmente é a de pessoas com mais de 60 anos. Essa realidade torna-se um grande desafio para a saúde pública e para os profissionais de saúde; por isso, tem-se pensado cada vez mais nas condições em que essa população envelhece, devido ao aumento do número de doenças crônicas, favorecendo modificações na saúde e na qualidade de vida desse público.

Diante dessa realidade científica, procurei aproximar-me mais dessas questões, ingressando no Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações Sociais (GIEPERS). Pude evidenciar, por meio dos trabalhos realizados em grupo, a importância de garantir às pessoas idosas não só uma sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida. Para tanto, requer-se, além da autoestima e do bem-estar pessoal, uma série de aspectos, como a capacidade funcional, a situação socioeconômica, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais e éticos, a religiosidade e os cuidados que permeiam até mesmo os últimos momentos de vida. Tais cuidados incluem estar presente para ouvir o que o indivíduo quer dizer e entender os seus desejos e suas preocupações relacionados tanto ao presente quanto ao futuro no que diz respeito ao fim da vida. Este fim, que se deseja com menos dor, vem frequentemente acompanhado de sofrimento, tanto para quem está morrendo quanto para os familiares. Refletir sobre o avanço da idade e o aumento das enfermidades crônicas, as quais podem estar associadas a multipatologias, mostra que, com o tempo, a pessoa idosa se fragiliza a tal ponto que necessita de cuidados de profissionais habilitados na

prestação de cuidados paliativos, visando a conforto, bem-estar e cuidados em fim de vida para proporcionar uma morte digna. Sob esta ótica, entende-se que as questões que envolvem o envelhecimento e a velhice estão inter-relacionadas com a abordagem paliativa ora estudada.

Diante das considerações apresentadas, emergiu o meu interesse, ao ingressar no doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB, em realizar o estudo acerca do “Manejo dos cuidados paliativos para a pessoa idosa com doenças crônicas não transmissíveis: proposta de capacitação para a equipe multiprofissional da Atenção Básica”. O projeto foi vinculado à linha de pesquisa Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Adelaide Silva Paredes Moreira, excelente docente e pesquisadora, receptiva e responsável, com quem tive a honra de aprender não só os ensinamentos científicos, mas também os ensinamentos para a vida.

Ressalta-se que, por ocasião da realização da disciplina de Tópicos Especiais em Cuidados Paliativos, no período letivo 2021.2, foi elaborado um manuscrito como critério de avaliação, o artigo intitulado “Perfil de serviços de cuidados paliativos em oncologia: revisão de escopo”, publicado no primeiro capítulo do e-book *Enfermagem, Cuidado e Saúde*, pela Editora UFPB, em 19 de setembro de 2024. Ainda no mesmo ano, foi elaborado outro artigo, intitulado “Análise bibliométrica do manejo dos cuidados paliativos: tendências, desafios e perspectivas na literatura científica”, publicado no periódico *Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde*.

Cumpre assinalar que outra experiência, no período 2024–2025, foi a capacitação a distância do Programa de Atualização em Cuidados Paliativos (PROPALIATIVO), da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), por meio do Sistema de Educação Continuada a Distância (SECAD) da Artmed/Panamericana Editora, com carga horária de 190 horas.

A participação na referida capacitação contribuiu significativamente para a atualização profissional no cuidado e acompanhamento de indivíduos acometidos por enfermidades progressivas, incapacitantes e sem possibilidade de cura. A capacitação também proporcionou o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes necessárias para uma abordagem integral e humanizada, com ações que buscam a qualidade de vida, o alívio do sofrimento e o conforto, considerando as dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais da pessoa e de seus familiares diante de uma doença que ameaça a vida. Diante disso, esta experiência me possibilitou a construção de novos saberes ao reconhecer a relevância dos cuidados paliativos como componente essencial para a promoção de um cuidado humanizado à pessoa idosa com doença crônica não transmissível sem

possibilidade terapêutica de cura. Considerando, com base em estudos, o despreparo observado nas equipes da Atenção Básica de Saúde (ABS) quanto à abordagem desse tipo de cuidado, surgiu o interesse em aprofundar a compreensão sobre essa temática.

1 INTRODUÇÃO

A temática acerca dos Cuidados Paliativos (CP) tem se consolidado como uma relevante filosofia no campo da saúde, sobretudo em situações nas quais as possibilidades de cura se tornam remotas, mesmo diante dos significativos avanços terapêuticos alcançados nas últimas décadas, reafirmando a vida e a morte como dimensões inerentes e naturais da existência humana.

Os Cuidados Paliativos representam uma abordagem fundamental para melhorar a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e de suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras à vida, ou seja, qualquer doença aguda ou crônica, ou diversas condições de saúde que estão relacionadas a um alto grau de mortalidade, com prejuízos à qualidade de vida e à funcionalidade da pessoa. Essa abordagem foca na prevenção e alívio do sofrimento, abrangendo não só as questões físicas, psicossociais e espirituais, desde o momento do diagnóstico da doença até a fase final da vida, em associação à terapia curativa, na adaptação às necessidades da pessoa e de suas famílias, balizada de acordo com a progressão da doença até a fase terminal, inclusive no apoio às famílias em seu luto (D'Alessandro et al., 2023; Who, 2020).

Diante do aumento de novos casos de doenças crônicas e progressivas, bem como da própria evolução das doenças oncológicas e do envelhecimento da população, também tem aumentado a demanda por Cuidados Paliativos, destacando, portanto, a importância de uma abordagem integrada e especializada nas diferentes fases da atenção à saúde (Santos; Soeiro; Maués, 2020).

Vale salientar que o processo de envelhecimento e o agravamento das doenças crônicas têm ocasionado o aumento da mortalidade na população idosa. A progressão dessas doenças, ameaçadoras à vida, com ou sem possibilidade de reversão ou tratamentos curativos, leva a pessoa idosa a um sofrimento desnecessário, limitando a saúde funcional e comprometendo, dessa forma, a qualidade de vida no fim da vida (Veloso et al., 2022). Esse cenário tem se configurado como um dos grandes desafios para a saúde pública mundial.

Por conseguinte, o envelhecimento da população aumenta a necessidade de cuidados paliativos devido ao aumento de doenças crônicas, a exemplo do câncer. Entende-se que toda e qualquer pessoa que possua doença crônica e/ou ameaçadora à vida poderá beneficiar-se dos cuidados paliativos, seja criança, adulto ou idoso. Uma abordagem integrada e especializada na saúde é crucial, exigindo uma equipe multiprofissional capacitada e qualificada por meio

de treinamento apropriado para garantir a qualidade de vida, a funcionalidade da pessoa e a humanização do atendimento (D’Alessandro et al., 2023).

Cumpre assinalar que o cuidado com pessoas que enfrentam doenças ameaçadoras de vida é um desafio que exige um olhar amplo e complexo. É de fundamental importância oferecer uma assistência que considere a totalidade da vida do paciente, incluindo seu sofrimento e o de seus familiares, quais sejam: 1) Abordagem holística: o cuidado deve considerar os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais do paciente; 2) Respeito ao sofrimento: é fundamental reconhecer e acolher o sofrimento do paciente e de seus familiares; 3) Apoio familiar: a família deve ser incluída no processo de cuidado e receber o apoio necessário; 4) Cuidado individualizado: o plano de cuidado deve ser adaptado às necessidades específicas de cada paciente; 5) Cuidados paliativos: foco no controle da dor e dos sintomas, e na promoção da qualidade de vida; 6) Apoio emocional e espiritual: ajudar o paciente a lidar com o medo, a tristeza e a ansiedade; 7) Planejamento do futuro: orientação sobre questões legais, financeiras e de cuidados futuros (Souza, 2024).

No cenário internacional, os Cuidados Paliativos têm ganhado reconhecimento como componente essencial de um sistema de saúde equitativo e centrado na pessoa. Têm desempenhado papel estratégico na consolidação da capacidade de promover a inovação, a qualificação da assistência, a ampliação do conhecimento técnico-científico e o compartilhamento de práticas exitosas sobre o tema, especialmente ao possibilitar a construção de diretrizes clínicas baseadas em evidências e a realização de pesquisas multicêntricas de grande escala, que são essenciais para o fortalecimento da área (Felisberto et al., 2024).

Ademais, a diversidade de experiências e formações dos profissionais envolvidos contribui para uma abordagem holística e interdisciplinar do cuidado, o que é fundamental para atender às múltiplas dimensões – físicas, emocionais, sociais e espirituais, indispensáveis para atender com qualidade e sensibilidade às complexas demandas de pacientes em fase terminal e de seus familiares. A promoção de uma abordagem integral, equitativa e culturalmente sensível é essencial para garantir que todos os indivíduos recebam cuidados apropriados ao longo do processo de adoecimento e morte, independentemente de sua localização geográfica ou condição socioeconômica (Who/Whpca, 2020).

No contexto brasileiro, os Cuidados Paliativos foram institucionalizados como política pública em 2018 e incorporados aos cuidados continuados integrados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa modalidade de atenção pode ser implementada em diferentes contextos assistenciais, como enfermarias hospitalares, instituições de longa permanência, ambulatórios especializados e serviços de atenção domiciliar (Brasil, 2018). Neste sentido, a capacitação da equipe multiprofissional

na atenção básica de saúde para a promoção de Cuidados Paliativos deve ser considerada uma condição *sine qua non* para o êxito de políticas públicas voltadas para viabilizar a implementação dos cuidados paliativos no âmbito do sistema de saúde. O Ministério da Saúde, por meio da Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, estabeleceu as diretrizes para a organização dos Cuidados Paliativos no contexto dos cuidados continuados integrados no Sistema Único de Saúde (SUS). Tais diretrizes determinam que os Cuidados Paliativos devem ser ofertados em todos os níveis da rede de atenção à saúde — incluindo atenção básica, atenção domiciliar, atenção ambulatorial, serviços de urgência e emergência, e atenção hospitalar —, devendo ser desenvolvidos por uma equipe multiprofissional comprometida em promover a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida. Essa assistência abrange a prevenção e o alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação rigorosa e manejo adequado da dor e de outros sintomas de natureza física, psicológica, social e espiritual (Brasil, 2018; D'Alessandro et al., 2023).

Portanto, é fundamental reconhecer e valorizar os Cuidados Paliativos como uma abordagem singular no contexto do sistema de saúde brasileiro, especialmente voltada à pessoa idosa acometida por doenças crônicas não transmissíveis. Tal direcionamento se justifica pelas alterações sistêmicas decorrentes de enfermidades sem perspectiva de cura e pela proximidade do fim da vida, situações que demandam uma assistência integral e humanizada, orientada pelos princípios e pela filosofia dos Cuidados Paliativos.

Diante desse cenário, a capacitação sobre cuidados paliativos para a equipe multidisciplinar é imperativa para estudar e aprimorar as práticas existentes por meio de programas de capacitação estruturados e adaptados às necessidades da equipe, conforme preconizado pelas recomendações de organizações de saúde renomadas, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) (Ancp, 2020).

Estudos enfatizam que a capacitação da equipe multiprofissional é um fator determinante na eficácia dos cuidados paliativos (Ferreira et al., 2015; Martins et al., 2018). Os profissionais de saúde, ao receberem uma formação específica, adquirem competências técnicas, habilidades de comunicação sensíveis e uma compreensão mais aprofundada das necessidades físicas, emocionais e sociais dos pacientes em cuidados paliativos (Souza et al., 2019). Para tanto, é essencial investir na capacitação contínua dos profissionais de saúde. A eficácia dos cuidados paliativos depende diretamente da competência dos profissionais, e programas de educação continuada são fundamentais para manter altos padrões de cuidado (Negri, 2024).

Por outro lado, a falta de treinamento específico em cuidados paliativos entre os profissionais de saúde é uma barreira significativa para a oferta de cuidados adequados, especialmente no contexto do câncer avançado. Dessa forma, é imprescindível capacitar equipes multiprofissionais para melhorar a qualidade dos cuidados e a qualidade de vida dos pacientes, sobretudo dos pacientes idosos (Antonacci, 2020).

A OMS reforça a importância da capacitação de profissionais de saúde em cuidados paliativos, incentivando abordagens integradas e multidisciplinares (Santos, 2024). Além disso, a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) promove diretrizes para a formação de equipes que incluem diferentes especialidades, como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e fisioterapeutas (ANCP, 2020).

No contexto da atenção básica, a implementação eficaz de cuidados paliativos requer uma equipe multiprofissional com competências específicas. Nesse sentido, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) destaca que o treinamento da equipe multidisciplinar na atenção básica não apenas aprimora as habilidades técnicas, mas também fortalece a colaboração interprofissional, resultando em abordagens mais abrangentes e centradas na pessoa (CNS, 2023).

Dessa forma, a capacitação emerge como um investimento estratégico para garantir que a atenção básica desempenhe um papel efetivo na oferta de cuidados paliativos, alinhando-se com as necessidades crescentes da população e promovendo uma abordagem holística e compassiva no final da vida.

A necessidade de capacitar a equipe multidisciplinar da atenção básica para a prestação de cuidados paliativos no Brasil deve ser vista e tratada como uma resposta aos desafios crescentes dos problemas de saúde acima descritos. Essa abordagem busca melhorar a qualidade dos cuidados oferecidos aos pacientes em situações de doenças avançadas, promovendo uma assistência mais humanizada e centrada na pessoa.

Ademais, a crescente complexidade das demandas de saúde, caracterizada pelo envelhecimento da população e pelo aumento das doenças crônicas, ressalta a necessidade premente de uma abordagem eficaz e humanizada no fornecimento de cuidados paliativos na atenção básica. Este cenário instiga a realização de uma pesquisa dedicada ao manejo dos Cuidados Paliativos na Atenção Básica, com o objetivo de abordar lacunas críticas na prestação de cuidados e melhorar a qualidade de vida da pessoa em situações de doenças ameaçadoras à vida, com provável repercussão para a Ciência da Saúde, a melhoria da Qualidade de Vida, lacunas de conhecimento, Enfermagem, autonomia e empoderamento, bem como para a sociedade.

Para a Ciência da Saúde, menciona-se o aumento da demanda: envelhecimento da população e prevalência de doenças crônicas geram maior demanda por cuidados paliativos. Portanto, a atenção básica de saúde, como porta de entrada do SUS, necessita de estratégias para oferecer esses cuidados de forma eficaz, a partir da qualificação da equipe multiprofissional.

Outro aspecto a destacar seria a contribuição para a melhoria da qualidade de vida, visto que os Cuidados Paliativos na atenção básica de saúde podem reduzir o sofrimento dos pacientes, melhorar o controle de sintomas, promover a autonomia dos pacientes e apoiar os familiares. Logo, há necessidade de pesquisas que identifiquem as melhores estratégias para o manejo dos cuidados paliativos na atenção básica de saúde, como a capacitação.

Destaca-se a importância de investimentos em infraestrutura, formação profissional e políticas públicas para ampliar o acesso a cuidados paliativos de qualidade, sobretudo em países de baixa e média renda. A pesquisa aponta também para tendências que podem, direta ou indiretamente, gerar implicações para a Pesquisa, a Prática e a Educação. Na Pesquisa, a diminuição nas citações pode ser um indicador de que os estudos em cuidados paliativos precisam ser mais focados em áreas prioritárias e de maior impacto (Felisberto et al., 2024).

Na Educação, destaca-se a importância de que os programas de educação em cuidados paliativos incluam conteúdos atualizados sobre as últimas pesquisas e melhores práticas na área. Na prática, os profissionais de saúde que atuam na área de cuidados paliativos precisam estar atentos às últimas pesquisas e às melhores práticas para oferecer um atendimento de alta qualidade às pessoas, enfatizando a necessidade de uma abordagem integrada e interdisciplinar (Felisberto et al., 2024).

Sabe-se que, no Brasil, a prática dos cuidados paliativos teve início em 1980, enfrentando desafios como falta de estrutura e profissionais capacitados. Convém mencionar que, para mudar esse cenário, o Ministério da Saúde, em 2018, publicou a Resolução nº 41 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a qual estabelece as diretrizes para a organização dos Cuidados Paliativos sob a perspectiva dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2018). Outro avanço na trajetória na organização dos cuidados paliativos no Brasil ocorreu recentemente com a publicação da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), instituída pela Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024, a qual visa garantir acesso a esse tipo de cuidado, promovendo uma abordagem mais humanizada e reafirmando a necessidade de uma equipe multiprofissional capacitada para a ampliação e disseminação eficiente dentro da rede pública de saúde (Brasil, 2024). Merece destaque neste estudo o nível de atenção primária, por ser a base dentro do processo de implantação e fortalecimento dos cuidados paliativos no sistema de referência e contrarreferência, atuando como porta de entrada que garante a continuidade dos cuidados neste e nos demais níveis de atenção. A contextualização da capacitação para a equipe multiprofissional da

atenção básica de saúde no Brasil reflete a necessidade de adaptar estratégias globais às especificidades do sistema de saúde brasileiro, incentivar a participação social nos processos de cuidado e apoio comunitário, bem como apoiar a formação de comunidades compassivas. Tais estratégias são fundamentais para o enfrentamento das desigualdades socioculturais que limitam o acesso à assistência digna e integral no processo de fim de vida, contribuindo para a humanização e a equidade nos serviços de saúde.

Logo, é inegável a necessidade de estudos voltados para propostas de capacitações direcionadas à equipe multidisciplinar que atua na Atenção Básica de Saúde, tendo como escopo o manejo dos cuidados paliativos direcionados para pessoas idosas com doenças ameaçadoras à continuidade da vida, visto que, na literatura, são ínfimas as pesquisas sobre o referido enfoque.

Com base no exposto, emergiu o meu interesse como enfermeira e pesquisadora nas áreas de envelhecimento e cuidados paliativos, em desenvolver a minha pesquisa do doutorado tendo como fio condutor a seguinte questão norteadora:

Como estruturar uma proposta de capacitação para a equipe multiprofissional, voltada para o manejo dos cuidados paliativos da pessoa idosa com doenças crônicas não transmissíveis atendida em Unidades Básicas de Saúde, com base na literatura, nos relatos dos participantes do estudo e na utilização de metodologias ativas para viabilizar o processo de aprendizagem?

A questão norteadora proposta será respondida a partir do alcance dos seguintes objetivos:

Objetivo Geral: Elaborar uma proposta de capacitação para a equipe multiprofissional, voltada para o manejo dos cuidados paliativos para pessoa idosa com doenças crônicas não transmissíveis, assistida em Unidades Básicas de Saúde, a partir da literatura, dos relatos dos participantes da pesquisa e do emprego de metodologias ativas, com ênfase na aprendizagem baseada em problemas.

Objetivos Específicos:

- Identificar na literatura evidências científicas sobre o manejo dos cuidados paliativos para a pessoa idosa com doenças crônicas não transmissíveis, assistida em Unidades Básicas de Saúde;
- Investigar o entendimento da equipe multiprofissional sobre o manejo dos cuidados paliativos para a pessoa idosa com doenças crônicas não transmissíveis, assistida em Unidades Básicas de Saúde;

- Elencar os relatos dos profissionais sobre o manejo de cuidados paliativos para a pessoa idosa com doenças crônicas não transmissíveis assistida em Unidades Básicas de Saúde;
- Selecionar metodologias ativas para subsidiar a estruturação da presente proposta, tendo como eixo norteador a aprendizagem baseada em problemas.

A presente tese é composta de cinco partes: a primeira corresponde à introdução, com foco no problema, objeto do estudo, justificativa, questões norteadoras e objetivos. A segunda parte apresenta o capítulo teórico, com considerações sobre envelhecimento e cuidados paliativos; Atenção Básica e equipe multiprofissional, com ênfase nas ações estratégicas na perspectiva do planejamento terapêutico; e metodologias ativas. A terceira parte envolve o percurso metodológico e traz informações como o tipo e local do estudo, população e amostra, considerações éticas, técnica e instrumento de coleta de dados e análise dos dados. Na quarta parte encontram-se os resultados e a discussão. A última parte corresponde às considerações finais, em que é apresentada uma reflexão centrada nos objetivos do estudo, com uma síntese dos dados apreendidos da pesquisa e sua importância para o campo da saúde e para futuros estudos.

2 CAPÍTULO TEÓRICO

2.1 Envelhecimento populacional, doenças crônicas não transmissíveis e cuidados paliativos

O presente capítulo aborda, inicialmente, considerações sobre o envelhecimento populacional, doenças crônicas não transmissíveis, um breve percurso acerca dos cuidados paliativos a partir de seu surgimento com o movimento hospice e seu crescimento nos cenários internacional e nacional. No âmbito brasileiro, são apresentadas considerações referentes à atenção básica de saúde, grupos direcionados para a assistência paliativa, atuação da equipe multiprofissional, ações estratégicas por meio de metodologias ativas para o manejo dos cuidados paliativos.

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que vem se intensificando nas últimas décadas, devido a melhorias nas condições de vida, avanços na medicina e políticas de saúde pública eficazes. Conforme dados e análises sobre o envelhecimento populacional em países da União Europeia (UE), avaliou-se o impacto desse fenômeno em vários países do bloco, abordando como essas nações precisam adaptar seus sistemas de saúde e previdência social para enfrentar os desafios associados ao aumento da longevidade e à mudança demográfica. A pesquisa focou em como o aumento da longevidade e as mudanças demográficas exigem reformas estruturais significativas nos sistemas de saúde e previdência social, a fim de garantir cuidados adequados e sustentáveis no futuro (Jorge, 2024).

Vale ressaltar que a Europa enfrenta uma das transições demográficas mais rápidas do mundo, com uma população cada vez mais idosa. Prevê-se que a proporção de pessoas com 65 anos ou mais aumente significativamente nas próximas décadas. O envelhecimento populacional representa um desafio considerável para a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde e previdência social da UE. Logo, sem reformas, esses sistemas enfrentarão pressões crescentes em razão do aumento das necessidades de cuidados de longo prazo e dos custos médicos associados ao envelhecimento (Jorge, 2024).

O aumento da expectativa de vida global tem levado a um crescimento significativo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como câncer e doenças cardiovasculares, que atualmente são responsáveis por 71% das mortes no mundo (Mendes; Vasconcellos, 2015). Portanto, com o envelhecimento populacional, há um aumento significativo na prevalência de DCNTs, como doenças cardíacas, câncer e demências. Esse aumento apresenta desafios adicionais para os sistemas de saúde, especialmente em termos de custos e cuidados de longo prazo. O estudo conclui que, embora o envelhecimento populacional represente desafios significativos, ele também oferece

oportunidades para reestruturar as instituições e adaptar as políticas sociais e econômicas (Canning; Lubet, 2015).

Segundo estudo realizado em instituições dos Estados Unidos e da Dinamarca — principalmente no Laboratório de Gerontologia Molecular, National Institute on Aging, NIH, em Baltimore, MD, EUA, e no Danish Dementia Research Centre, Rigshospitalet, Universidade de Copenhague, Dinamarca —, explorou-se como o envelhecimento é um fator de risco significativo para doenças neurodegenerativas, que compõem grande parte das DCNTs. Com o aumento da expectativa de vida, essas condições estão se tornando cada vez mais prevalentes, representando um desafio crescente para os sistemas de saúde (Hou et al., 2019).

O referido estudo concluiu que o envelhecimento é o principal fator de risco para a maioria das doenças neurodegenerativas, como Alzheimer e Parkinson, cuja prevalência aumenta significativamente com a idade. A pesquisa identificou nove “marcos do envelhecimento” — como instabilidade genômica, encurtamento dos telômeros, disfunção mitocondrial, senescência celular, entre outros —, que estão fortemente associados à suscetibilidade a doenças neurodegenerativas (Hou et al., 2019).

As DCNT se tornaram as principais causas de morbidade e mortalidade entre populações em processo de envelhecimento. Essa transição impõe desafios significativos para os sistemas de saúde, que precisam se adaptar para fornecer cuidados que atendam às necessidades de uma população cada vez mais idosa e acometida por múltiplas doenças crônicas (UN DESA, 2020). O estudo intitulado “Global Population Aging: Facts, Challenges, Solutions & Perspectives”, realizado por Bloom, foi conduzido nos Estados Unidos, especificamente no contexto da Harvard T.H. Chan School of Public Health. O objetivo principal da pesquisa foi analisar as implicações do envelhecimento populacional global, explorando os desafios que surgem com esse fenômeno, bem como as possíveis soluções e perspectivas para enfrentá-los. O estudo destaca que o envelhecimento populacional é impulsionado por três fatores principais: a queda nas taxas de fertilidade, o aumento da longevidade e o envelhecimento de grandes coortes populacionais. Esse fenômeno está transformando significativamente a estrutura etária em todo o mundo (Canning; Lubet, 2015).

O impacto do envelhecimento na magnitude das DCNT é particularmente pronunciado em países em desenvolvimento, onde as infraestruturas de saúde frequentemente não estão equipadas para lidar com a complexidade do atendimento a uma população idosa. Esses países enfrentam um duplo fardo: ao mesmo tempo em que lidam com doenças infecciosas persistentes, precisam também enfrentar o aumento das DCNT, o que sobrecarrega os sistemas de saúde já limitados (Silva et al., 2022). Nesse contexto, uma pesquisa realizada na África do Sul analisou a eficácia dos sistemas de saúde no gerenciamento da hipertensão e do diabetes — duas das DCNTs mais

prevaleentes em populações idosas — e mostrou que intervenções precoces e a continuidade dos cuidados são cruciais para melhorar os resultados de saúde. O objetivo da pesquisa consistiu em avaliar o desempenho do sistema de saúde sul-africano no controle da hipertensão ao longo de seis anos (2011-2017), empregando um método inovador de cascata de cuidado incidente. O estudo concluiu que, embora houvesse melhorias no controle da hipertensão ao longo do período analisado, o sistema de saúde sul-africano ainda enfrenta desafios significativos em termos de eficácia, especialmente nas fases iniciais de cuidado (Chikafu; Chimbari, 2021).

Outro estudo explorou as práticas e os desafios na gestão de DCNTs em Gana, utilizando o modelo de cuidados crônicos. A pesquisa revelou que as infraestruturas inadequadas e a falta de recursos humanos especializados são barreiras significativas para o manejo eficaz dessas doenças. Foram identificados desafios significativos no gerenciamento das DCNTs, como a insuficiência de suprimentos logísticos, a escassez de pessoal, a falta de treinamento adequado e as condições inadequadas de infraestrutura nos hospitais. Além disso, problemas como a falta de abastecimento regular de água e a ocorrência de interrupções no fornecimento de eletricidade interferiram nas práticas de manejo das DCNTs (Amu; Darteh; Tarkang, 2021).

Segundo o referido estudo, pacientes relataram desafios relacionados ao custo elevado dos medicamentos e dos procedimentos necessários para o tratamento das DCNTs. Muitos pacientes tiveram dificuldades para aderir aos tratamentos devido a questões financeiras e, em alguns casos, à dependência de medicamentos fitoterápicos em vez dos tratamentos convencionais. O estudo concluiu que, para melhorar o manejo das DCNTs em Gana, é necessário abordar os desafios institucionais e pessoais vivenciados tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos pacientes, além da implementação de políticas voltadas para o manejo de cuidados crônicos e a revisão do sistema nacional de saúde para incluir a cobertura de todas as DCNTs (Amu; Darteh; Tarkang, 2021).

Dados da Organização Mundial de Saúde projetam que o número de indivíduos com 65 anos ou mais poderá dobrar, passando de 761 milhões em 2021 para 1,6 bilhão até 2050, reforçando a tendência de envelhecimento populacional tanto global quanto no Brasil (WHO, 2020). O envelhecimento populacional no Brasil segue as tendências globais, com um aumento expressivo na faixa etária acima dos 60 anos. Esse crescimento tem sido acompanhado por um aumento proporcional nas doenças crônicas, como as cardiovasculares e o câncer, que são as principais causas de morte entre idosos (Nigri, 2024). É pertinente salientar que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis — como as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas —

constituem a principal causa de morbimortalidade no mundo, sendo responsáveis por cerca de 70% das mortes globais. No Brasil, essas enfermidades correspondem a aproximadamente 76% dos óbitos, evidenciando seu impacto significativo na saúde pública (Francisca et al., 2022).

Dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) projetam que o país terá 704 mil novos casos de câncer entre 2023 e 2025, com as maiores incidências ocorrendo nas regiões Sudeste e Sul, que possuem os maiores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) (INCA, 2022). O câncer, em particular, é responsável por aproximadamente 10 milhões de mortes por ano, com estimativas indicando que esse número pode aumentar significativamente nas próximas décadas, devido ao envelhecimento da população (Sung et al., 2021).

Ademais, as intervenções precoces e o gerenciamento integrado dessas doenças, consideradas mais prevalentes, como doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, diabetes, esclerose lateral amiotrófica, demência, dentre outras, que geram maior comprometimento funcional e dependência, podem reduzir significativamente o impacto sobre os indivíduos, bem como os custos e a sobrecarga sobre o sistema de saúde. No entanto, para isso, é necessário um investimento substancial em serviços de saúde, incluindo o treinamento de profissionais de saúde especializados e a melhoria da infraestrutura de atendimento (Rodrigues et al., 2022; Prince et al., 2015).

A distribuição desigual do acesso a cuidados de saúde e a variação nos fatores de risco entre as diferentes regiões do Brasil agravam essa situação, tornando a gestão dessas condições um desafio ainda maior para o sistema de saúde pública (Pereira et al., 2024). Além disso, o envelhecimento populacional não só aumenta a incidência de câncer, como também complica o manejo dessas doenças. Por conseguinte, o crescente impacto do câncer, das incapacidades funcionais e de outras DCNT, em decorrência do envelhecimento, também apresenta implicações econômicas significativas. Estima-se que os custos associados ao tratamento de câncer aumentarão substancialmente, pressionando ainda mais os sistemas de saúde, que já se encontram sobrecarregados (Vellani, 2023).

É preciso ressaltar que a concepção contemporânea de cuidado integral à saúde fundamenta-se na articulação de ações voltadas à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de pessoas acometidas pelas mais diversas condições de saúde, fora das possibilidades terapêuticas de cura, ampliando, desse modo, o entendimento de saúde como um processo dinâmico e multidimensional, exigindo práticas assistenciais contínuas e permanentemente adaptadas às necessidades singulares de cada indivíduo.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde apresenta o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, com metas e ações propostas para o período de 2021 a 2030. O plano contempla um conjunto de iniciativas que vão desde a formulação e o fortalecimento de políticas e programas intersetoriais até a estruturação de redes de atenção e a adoção de mecanismos de governança eficazes no setor de saúde. Ademais, enfatiza-se a geração de informações estratégicas para subsidiar processos decisórios orientados por evidências, o fortalecimento do controle social e o incentivo à inovação na gestão, na pesquisa e na oferta de serviços de saúde, garantindo a ampliação do acesso e da efetividade das intervenções, com foco prioritário nos usuários acometidos por DCNT, de forma equânime e integral (Brasil, 2021).

Pessoas idosas frequentemente apresentam múltiplas comorbidades, o que exige abordagens terapêuticas mais complexas e um maior uso de recursos de saúde. Isso aumenta a demanda por cuidados integrados e multidisciplinares, especialmente os cuidados paliativos, que são essenciais para melhorar a qualidade de vida dos pacientes em estágios avançados da doença (Chan et al., 2016). Além disso, é essencial, para enfrentar os desafios impostos por essa transição demográfica, que o fortalecimento das políticas de saúde e a capacitação das equipes de saúde sejam passos cruciais para garantir que o sistema de saúde possa responder de forma eficaz às necessidades dessa população em crescimento.

Iniciativas como a integração de cuidados paliativos em programas de saúde comunitária têm demonstrado benefícios significativos na promoção da assistência para pessoas idosas, especialmente naquelas em estágio avançado de doenças crônicas (Silva; Nietsche; Cogo, 2022). Tais políticas são essenciais para assegurar que todos os pacientes tenham acesso aos cuidados necessários, independentemente de sua localização ou condição socioeconômica (Silva; Nietsche; Cogo, 2022).

Nesse contexto, os cuidados paliativos se inserem como uma modalidade de prática assistencial que prioriza uma abordagem humanizada, integral e interdisciplinar, incluindo objetivos de bem-estar e de qualidade de vida para os pacientes e seus familiares, especialmente indicada para situações em que não há mais possibilidade de cura. Sua proposta é agregar valor ao cuidado por meio da proporcionalidade terapêutica, oferecendo suporte integral à pessoa nos aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais do cuidado e à sua família diante de doenças crônicas, progressivas e irreversíveis, que culminam na terminalidade da vida (WHO, 2020). Essa forma de cuidado busca estabelecer um equilíbrio entre intervenções técnicas e acolhimento subjetivo, reconhecendo a finitude como parte do ciclo vital e promovendo o enfrentamento ético e compassivo dessa fase (Almeida, 2024).

Além dos benefícios diretos para os sistemas de saúde, os cuidados paliativos também têm um impacto econômico positivo para as famílias dos pacientes. Ao reduzir a necessidade de hospitalizações e tratamentos caros, os cuidados paliativos diminuem os custos diretos e indiretos suportados pelas famílias, como despesas com transporte, perda de renda e cuidados domiciliares. Isso é especialmente importante em contextos em que a doença grave, como o câncer, pode levar ao empobrecimento das famílias, devido aos altos custos do tratamento (Vellani, 2023).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca a importância de políticas públicas que abordem as necessidades de uma população envelhecida, com um foco maior na prevenção e no diagnóstico precoce das DCNT. Essas políticas devem também promover a integração dos cuidados paliativos no sistema de saúde, para que os pacientes possam receber cuidados adequados desde o diagnóstico até os estágios finais da doença (WHO, 2023).

Logo, a gestão dessas condições requer uma abordagem multidisciplinar e integrada, capaz de responder às complexas necessidades de saúde desse grupo etário (Campelo et al., 2023). Além disso, os gestores de saúde devem considerar que, na gestão das DCNT em populações idosas, abordagens multifacetadas são necessárias e fundamentais para o bom gerenciamento dos recursos de saúde, bem como para a promoção do bem-estar social, incluindo cuidados preventivos, tratamentos médicos contínuos e, em muitos casos, cuidados paliativos.

Os cuidados paliativos representam uma abordagem econômica e eficaz para o manejo de doenças graves em estágio avançado. Ao alinhar a gestão dos sintomas com os desejos e necessidades dos pacientes, esses cuidados não só melhoram a qualidade de vida, mas também proporcionam benefícios econômicos significativos para os sistemas de saúde e as famílias. Essa abordagem racional e centrada no paciente deve ser considerada uma prioridade na alocação de recursos em saúde, especialmente à medida que a população envelhece e a demanda por cuidados paliativos aumenta (Silva; Nietsche; Cogo, 2022).

Um dos principais fatores que contribuem para a eficiência econômica dos cuidados paliativos é a redução na utilização de recursos hospitalares caros, como internações prolongadas, procedimentos invasivos e tratamentos de alta complexidade, muitos dos quais não conseguem modificar o curso da doença do paciente idoso. Em muitos casos, esses tratamentos não só falham em proporcionar benefícios significativos, como também podem aumentar o sofrimento dos pacientes e de seus familiares. Ao focar no alívio dos sintomas e na qualidade de vida, os cuidados paliativos podem reduzir a necessidade dessas intervenções

caras, resultando em economias substanciais para o sistema de saúde (Macmartin; Zhang; Barnato, 2024).

Além da redução dos custos hospitalares, os cuidados paliativos também promovem uma utilização mais racional dos recursos disponíveis. Ao introduzir intervenções baseadas nas necessidades reais dos pacientes, como o manejo da dor, suporte emocional e cuidados domiciliares, esses programas evitam o desperdício de recursos em tratamentos desnecessários. Isso não apenas alivia a pressão financeira sobre os sistemas de saúde, mas também libera recursos que podem ser utilizados para melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados para outros pacientes (Peters et al., 2023).

Outro aspecto econômico relevante é o impacto dos cuidados paliativos no uso de medicamentos. Enquanto os tratamentos curativos em estágios avançados de doenças crônicas e terminais podem exigir medicamentos caros e frequentemente ineficazes, os cuidados paliativos se concentram em medicamentos que são eficazes para o alívio dos sintomas, como analgésicos e ansiolíticos. Esse foco em terapias sintomáticas de baixo custo contribui para uma redução significativa nas despesas com medicamentos, sem comprometer a qualidade do atendimento (Silva; Nietzsche; Cogo, 2022).

Cumpre assinalar que a prática dos Cuidados Paliativos, como campo da medicina, tem suas raízes no movimento hospice, iniciado por Cicely Saunders na década de 1960. Saunders — enfermeira, assistente social e médica — é amplamente reconhecida como a fundadora dos cuidados paliativos modernos. Em 1967, ela estabeleceu o St. Christopher's Hospice, em Londres, o primeiro hospice moderno, que não apenas tratava a dor física dos pacientes, como também abordava suas necessidades emocionais, sociais e espirituais. Esse modelo holístico de cuidado estabeleceu os alicerces para o que hoje conhecemos como cuidados paliativos (Saunders, 1967; Capelas et al., 2014).

A visão de Saunders para o St. Christopher's Hospice baseava-se na ideia de que os cuidados no fim da vida deveriam ser holísticos e humanizados, oferecendo alívio da dor e do sofrimento de forma integrada. Essa abordagem inovadora estabeleceu um novo padrão para os cuidados paliativos, que passaram a ser vistos como uma parte essencial do tratamento de pacientes com doenças incuráveis. O modelo de Saunders enfatizava o controle eficaz da dor, o suporte psicológico e o envolvimento da família no processo de cuidado (Saunders, 1976).

Na década de 1970, o movimento hospice começou a se expandir internacionalmente, chegando aos Estados Unidos. Os cuidados paliativos foram inicialmente introduzidos em Connecticut, onde a filosofia de cuidar do paciente como um todo, em vez de apenas tratar a doença, começou a ganhar aceitação. Essa expansão para os Estados Unidos marcou o início de uma adoção

global dos princípios dos cuidados paliativos, que continuaram a se desenvolver e se institucionalizar ao longo das décadas seguintes (WHO, 2018).

O impacto do St. Christopher's Hospice foi profundo e duradouro, servindo como modelo para a criação de outros hospices ao redor do mundo. A instituição tornou-se um centro de referência para o treinamento de profissionais de saúde em cuidados paliativos e para a pesquisa nessa área. Além disso, o hospice também influenciou a maneira como a sociedade percebe e lida com a morte e o morrer, promovendo uma visão mais digna e compassiva sobre o fim da vida (Clark, 1998).

No St. Christopher's Hospice, Saunders implementou a prática do “cuidado total”, que reconhecia a importância de tratar o paciente como um todo, e não apenas a doença. Isso incluía o alívio da dor física através de técnicas avançadas de manejo da dor, bem como o suporte emocional e espiritual ao paciente e à sua família. A equipe multidisciplinar do hospice era treinada para abordar todos os aspectos do sofrimento, garantindo que o cuidado fosse personalizado e centrado no paciente (Saunders, 2000).

Tal modelo de cuidado também destacou a importância da pesquisa e da educação continuada em cuidados paliativos. Saunders e sua equipe realizaram estudos pioneiros sobre controle da dor e de outros sintomas, estabelecendo protocolos que são amplamente utilizados na atualidade. O hospice também se tornou um importante centro de formação, oferecendo cursos e estágios para profissionais de saúde interessados em aprender sobre cuidados paliativos (Capelas et al., 2017).

Convém mencionar que, em 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) já havia incorporado os cuidados paliativos em seus conceitos, enfatizando a necessidade de incluí-los no tratamento de pacientes oncológicos. A partir da década de 1990, os cuidados paliativos começaram a ser mais amplamente reconhecidos como um campo essencial dentro da medicina. A OMS, em um esforço contínuo para fortalecer essa abordagem, incluiu, em 2004, os cuidados paliativos como uma de suas recomendações, reiterando a necessidade de integrá-los como parte fundamental da assistência à saúde global (WHO, 2018).

Em 2007, a OMS ampliou ainda mais o escopo dos cuidados paliativos, permitindo que essa abordagem fosse adaptada às realidades locais, aos recursos disponíveis e ao perfil epidemiológico das populações atendidas. Essa flexibilidade mostrou-se crucial para a expansão global dos cuidados paliativos, possibilitando que fossem implementados de maneira eficaz em diferentes contextos ao redor do mundo (WHO, 2018).

A OMS continuou a reforçar a importância dos cuidados paliativos em 2018, destacando-os como essenciais para a prevenção e alívio do sofrimento de pacientes adultos e crianças, bem como

de suas famílias, que enfrentam doenças ameaçadoras à vida. Essa visão holística e integrada dos cuidados paliativos tem sido fundamental para sua consolidação como uma prática essencial na medicina moderna (WHO, 2018).

A Associação Internacional de Cuidados Paliativos e Hospitais (IAHPC) desenvolveu, em 2020, uma definição consensual de cuidados paliativos, seguindo as recomendações da Comissão Lancet sobre o acesso global a esses cuidados: “Os Cuidados Paliativos consistem em uma abordagem ativa e holística voltada a indivíduos de todas as faixas etárias que enfrentam sofrimento significativo decorrente de doenças graves, com ênfase especial naqueles que se encontram em fase avançada ou terminal da vida. Seu propósito central é promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, de seus familiares e cuidadores”. Essa definição representa um marco essencial para a padronização conceitual e a ampliação do acesso equitativo aos Cuidados Paliativos em nível global (IAHPC, 2020).

A abordagem culturalmente sensível nos cuidados paliativos tem sido cada vez mais destacada na literatura. Estudos sugerem que as preferências e necessidades dos pacientes variam amplamente com base em fatores culturais, o que torna indispensável a inclusão de módulos de treinamento que abordem a diversidade cultural e as especificidades de cada grupo populacional (Robinson et al., 2023). Este cuidado adicional é vital para garantir que os cuidados paliativos sejam verdadeiramente centrados no paciente e respeitem as suas individualidades.

A pesquisa destacou a necessidade de uma maior sensibilidade cultural por parte dos profissionais de saúde. Isso inclui não apenas a conscientização sobre as práticas culturais dos pacientes, mas também a adaptação da abordagem de comunicação para respeitar essas crenças, enquanto se fornecem cuidados de qualidade. Os profissionais de saúde enfrentam desafios ao tentar comunicar informações críticas sobre cuidados paliativos e Do-Not-Resuscitate (DNR) a pacientes de diferentes origens culturais. A falta de compreensão das nuances culturais e a barreira linguística contribuem para mal-entendidos e para a relutância dos pacientes em aceitar recomendações médicas. Esses achados sugerem que a inclusão de treinamento em competência cultural para profissionais de saúde é essencial para melhorar a prestação de cuidados paliativos a pacientes de diversas origens culturais (Fosler et al., 2015).

O estudo “Cultural Differences in Discussion of Do-Not-Resuscitate Status and Hospice”, conduzido nos Estados Unidos, examinou como as diferenças culturais influenciam as discussões sobre o status de não ressuscitação (Do-Not-Resuscitate, DNR) e os cuidados de hospices entre profissionais de saúde e pacientes. O estudo encontrou que as crenças culturais e religiosas dos pacientes e de suas famílias têm um impacto significativo nas decisões sobre DNR e cuidados

paliativos. Alguns grupos culturais consideram a discussão sobre DNR um tabu ou algo contrário às suas crenças espirituais, o que dificulta o diálogo aberto entre os profissionais de saúde e os pacientes (Fosler et al., 2015).

Outro fator crítico que contribui para essa desigualdade é a variabilidade na percepção cultural e social dos cuidados paliativos. Em algumas culturas, a discussão sobre a morte e o cuidado no final da vida é um tabu, o que pode levar à resistência na adoção de cuidados paliativos, tanto por parte dos profissionais de saúde quanto das próprias famílias dos pacientes (Clark et al., 2019). Em muitos casos, essa barreira cultural impede que os cuidados paliativos sejam considerados uma opção viável, perpetuando o sofrimento e a falta de assistência adequada nos estágios finais da vida.

A desigualdade na disponibilidade de cuidados paliativos também tem um impacto significativo sobre as populações mais vulneráveis, incluindo os idosos, as minorias étnicas e as pessoas que vivem em áreas de conflito ou com alta prevalência de doenças crônicas. Essas populações muitas vezes enfrentam múltiplas camadas de exclusão, o que as coloca em maior risco de receber cuidados inadequados ou de serem totalmente negligenciadas pelos sistemas de saúde (Morris et al., 2015). O desenvolvimento de estratégias globais que abordem essas desigualdades é crucial para assegurar que todos os indivíduos, independentemente de sua localização ou status socioeconômico, tenham acesso aos cuidados paliativos de que necessitam.

Essa desigualdade é amplamente influenciada por fatores econômicos, políticos e sociais que variam entre as regiões. Em países de alta renda, os cuidados paliativos são frequentemente integrados aos sistemas de saúde e acessíveis a uma maior parcela da população. Em contraste, nos países de baixa e média renda, esses serviços são frequentemente subfinanciados, pouco desenvolvidos e limitados a centros urbanos, deixando vastas áreas rurais desprovidas de qualquer tipo de suporte paliativo. A falta de infraestrutura, de recursos humanos e de medicamentos essenciais para o manejo da dor, como os opióides, agrava ainda mais essa disparidade, resultando em sofrimento evitável para milhões de pessoas (Knaul et al., 2018).

Além das questões econômicas, a desigualdade na disponibilidade de cuidados paliativos também está relacionada à falta de políticas públicas robustas e de treinamento especializado. Muitos países ainda não implementaram políticas nacionais que integrem os cuidados paliativos ao sistema de saúde. Isso é agravado pela escassez de profissionais de saúde capacitados em cuidados paliativos, o que limita a expansão desses serviços para áreas mais remotas e comunidades vulneráveis (Sleeman et

al., 2019). Mesmo em países onde existem políticas, a falta de recursos e a priorização de tratamentos curativos, em detrimento dos paliativos, continuam a restringir o acesso.

Uma possibilidade exequível que pode contribuir para combater essa desigualdade é a colaboração da comunidade internacional, incluindo organizações como a OMS e organizações não governamentais, no fortalecimento dos sistemas de saúde em países de baixa e média renda. Isso pode incluir o fornecimento de treinamento especializado, a melhoria do acesso a medicamentos essenciais e o apoio ao desenvolvimento de políticas nacionais de cuidados paliativos. A promoção da equidade no acesso a cuidados paliativos não é apenas uma questão de justiça social, mas também de assegurar que todos os seres humanos possam viver e morrer com dignidade, independentemente de onde estejam (WHO, 2018).

Groeneveld et al. (2017) conduziram um estudo refletindo uma abordagem internacional que incluiu a análise de modelos de financiamento de cuidados paliativos em diferentes contextos ao redor do mundo. O estudo foi publicado em 2017 e reuniu contribuições de especialistas de diferentes regiões para fornecer uma visão abrangente sobre os desafios e as lições aprendidas com os modelos de financiamento de cuidados paliativos internacionalmente. O estudo destaca que, em muitos países, os cuidados paliativos não são totalmente integrados aos sistemas de financiamento de saúde predominantes. Isso pode resultar em lacunas no financiamento, levando a inconsistências na disponibilidade e qualidade dos serviços prestados. A distribuição dos serviços de cuidados paliativos varia significativamente entre as áreas urbanas e rurais, sendo estas últimas geralmente com menor acesso. Essa disparidade é um desafio contínuo para garantir que todos os pacientes recebam cuidados adequados, independentemente de sua localização (Groeneveld et al., 2017).

O estudo conclui que os modelos de financiamento de cuidados paliativos precisam ser repensados para abordar esses desafios. Recomenda-se uma maior integração dos cuidados paliativos nos sistemas de financiamento de saúde predominantes e um maior alinhamento dos modelos de pagamento com as necessidades dos pacientes. Além disso, o envolvimento ativo dos líderes de cuidados paliativos é essencial para garantir que os modelos de financiamento promovam a prática de alta qualidade e minimizem incentivos perversos. Essas mudanças são vistas como cruciais para melhorar a qualidade dos cuidados paliativos em todo o mundo e garantir que todos os pacientes tenham acesso aos serviços de que necessitam, independentemente de onde vivam ou de sua situação socioeconômica (Groeneveld et al., 2017).

A implementação de cuidados paliativos ainda é desigual em todo o mundo, com muitos países de baixa e média renda tendo acesso limitado a esses serviços, destacando a necessidade de esforços globais para melhorar a disponibilidade e a qualidade dos cuidados (Connor, 2020). No Brasil, os cuidados paliativos ainda enfrentam desafios consideráveis, como a escassez de recursos e a falta de integração com outras formas de atendimento (Brasil, 2024).

As primeiras discussões e iniciativas no Brasil relacionadas aos cuidados paliativos iniciaram-se de forma bastante isolada e sem uma estrutura formal. Foi somente na década de 1990 que os cuidados paliativos começaram a ser implementados de forma mais organizada, ainda que de maneira experimental (Brasil, 2024).

A evolução dos cuidados paliativos no país foi impulsionada por uma crescente conscientização sobre a necessidade de oferecer cuidados que priorizassem a qualidade de vida dos pacientes em estágios avançados de doenças graves (Brasil, 2024). Principalmente com a criação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), em 1997, as discussões sobre o movimento paliativista brasileiro começaram a ganhar forma, com a organização e direcionamento das práticas paliativas no país (Paiva et al., 2022).

O primeiro serviço de cuidados paliativos formal no Brasil foi anexado ao Serviço de Dor do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 1983, sob a coordenação da médica Miriam Martelete. Em 1986, a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo iniciou seu próprio Serviço de Dor e Cuidados Paliativos, consolidando a presença desses cuidados em instituições de saúde de referência. Durante essa década, outros serviços começaram a surgir em cidades como Florianópolis e Rio de Janeiro, em 1989, refletindo uma expansão gradual dos cuidados paliativos pelo país (Brasil, 2024).

Outro avanço importante ocorreu em 1998, quando o Instituto Nacional do Câncer (INCA), do Ministério da Saúde, inaugurou o Hospital Unidade IV, exclusivamente dedicado aos cuidados paliativos. Esse foi um marco significativo, visto que representou o primeiro hospital no Brasil dedicado exclusivamente a essa abordagem de cuidado, servindo como modelo para outras instituições no país (INCA, 1998) e com a homologação da Portaria nº 3.535, em 2 de setembro de 1998, que formalizou a exigência desses cuidados no sistema de saúde brasileiro. Essa portaria estabeleceu os cuidados paliativos como parte essencial do atendimento a pacientes com doenças crônicas e terminais, refletindo uma mudança significativa na abordagem do cuidado de saúde no país (Brasil, 2024).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Portaria nº 19, de 2002, ampliou a inserção do modelo de cuidados paliativos, estabelecendo o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, voltados para o manejo da dor crônica. Esse programa visava integrar os cuidados

paliativos ao sistema de saúde público, garantindo que pacientes com doenças crônicas ou terminais tivessem acesso a um tratamento que priorizasse o alívio do sofrimento e a promoção da qualidade de vida (Paiva et al., 2022).

O Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE/SP) inaugurou, em 2002, sua enfermaria de Cuidados Paliativos, sob a liderança da médica Maria Goretti Sales Maciel. Esse foi outro marco importante na expansão dos cuidados paliativos no Brasil, oferecendo um espaço dedicado e especializado para o atendimento de pacientes em final de vida (Brasil, 2024).

A criação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), em 2005, representou um avanço significativo para o campo no Brasil. A ANCP tem desempenhado um papel fundamental na promoção e na disseminação dos cuidados paliativos, além de oferecer suporte e formação para profissionais da saúde em todo o país (ANCP, 2005).

Um editorial publicado por Carvalho e Correa, em 2022, destacou a importância da ANCP para o reconhecimento da medicina paliativa como uma área de prática médica no Brasil. Esse processo envolveu a definição de regras específicas e a regulamentação por entidades médicas competentes, como o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB). Além de desempenhar um papel fundamental na articulação com as entidades médicas e na inserção dos cuidados paliativos em importantes documentos normativos, como o Código de Ética Médica (Carvalho; Correa, 2022).

Outro marco significativo para a normatização das práticas de cuidados paliativos no cenário brasileiro foi a deliberação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), definiu a Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, publicada no Diário Oficial da União em 23 de novembro do mesmo ano, a qual estabelece as diretrizes para a organização dos Cuidados Paliativos, considerando a perspectiva dos cuidados continuados integrados no âmbito do SUS (Brasil, 2018).

A referida Resolução enfatiza que os Cuidados Paliativos devem ser ofertados em diferentes contextos assistenciais, tais como enfermarias hospitalares, instituições de longa permanência, unidades básicas de saúde, ambulatórios especializados e no domicílio, garantindo uma abordagem multidisciplinar e humanizada no cuidado de pacientes com doenças crônicas ou em estágio avançado. Ademais, o documento estabelece que a elegibilidade para os Cuidados Paliativos deve abranger todas as pessoas acometidas por enfermidades que ameacem a continuidade da vida, sejam elas agudas ou crônicas, desde o momento do diagnóstico da condição (Brasil, 2018).

Dessa forma, pacientes diagnosticados com insuficiência cardíaca com indicação de transplante de órgãos, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), insuficiência renal, doença hepática crônica, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), doenças neurológicas, transtornos mentais, acidente vascular encefálico (AVE), demências — como a doença de Alzheimer —, esclerose lateral amiotrófica (ELA), diferentes tipos de câncer, bem como indivíduos idosos em situação de síndrome da fragilidade, caracterizada por declínio progressivo sem diagnóstico específico e indicativos de terminalidade, são considerados elegíveis para promoção de cuidados paliativos por uma equipe multiprofissional (ANCP, 2012; Miranda, 2024).

Vale salientar que a assistência deve ser conduzida por uma equipe multiprofissional, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares diante de uma enfermidade que represente ameaça à vida. Essa assistência compreende ações de prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação criteriosa e tratamento da dor, bem como de outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. Segundo as diretrizes, toda pessoa acometida por uma doença que coloque em risco a vida, seja ela de natureza aguda ou crônica, torna-se elegível para cuidados paliativos a partir do momento do diagnóstico dessa condição (Brasil, 2018). Portanto, é crucial a qualificação da equipe multiprofissional para desenvolver e aprimorar essas habilidades para prestar a assistência paliativa às pessoas elegíveis a esses cuidados.

Em relação à pesquisa em cuidados paliativos no Brasil, um estudo realizado destaca vários pontos importantes sobre o desenvolvimento e os desafios da área no país. Desde a criação do primeiro grupo de pesquisa em cuidados paliativos, em 1994, houve um crescimento significativo no número de grupos de pesquisa, com 60 atualmente registrados no âmbito nacional. No entanto, a distribuição geográfica desses grupos é desigual, concentrando-se principalmente nas regiões Sudeste e Nordeste. O estudo destaca também que, embora o número de publicações sobre cuidados paliativos no Brasil tenha aumentado, a qualidade dessas publicações ainda precisa melhorar. Muitos estudos não adotam métodos rigorosos e poucos utilizam designs qualitativos, que são essenciais para abordar as necessidades psicossociais dos pacientes e de suas famílias (Oliveira, 2021).

Apesar de alguns avanços nos últimos anos no campo dos cuidados paliativos no Brasil, a exemplo do aumento da produção científica na área, o número de serviços de cuidados paliativos em relação à população ainda é baixo. Em 2020, havia apenas 198 serviços de cuidados paliativos no país, correspondendo a uma taxa de 0,94 serviços por

milhão de habitantes, inferior à de países vizinhos como Argentina e Chile (Oliveira, 2021; Rodrigues; Silva; Cabrera, 2022).

Um estudo comparativo realizou uma avaliação entre países sobre a qualidade dos cuidados no final da vida (end-of-life care). Utilizando um algoritmo de pontuação baseado em preferências e informações de especialistas de 81 países, o estudo revelou disparidades significativas na qualidade dos cuidados, especialmente entre países de alta renda e aqueles de renda média e baixa. Apenas seis países, incluindo Reino Unido e Irlanda, receberam nota máxima. Vinte e um países, incluindo o Brasil, receberam notas baixas, destacando a necessidade de melhorias sistêmicas em muitos locais (Finkelstein et al., 2022).

Ainda segundo os autores, esta pesquisa destacou como principais desafios: a falta de recursos adequados, a insuficiência de infraestrutura, medicamentos e equipamentos essenciais para prestar cuidados paliativos de qualidade; as desigualdades no acesso, uma vez que as barreiras econômicas e geográficas limitam o acesso a cuidados paliativos, especialmente em países de baixa e média renda; o treinamento insuficiente, já que muitos profissionais de saúde não possuem formação especializada em cuidados paliativos, o que afeta a qualidade dos cuidados no final da vida; e o suporte psicológico e social, visto que a ausência de suporte emocional e psicológico para pacientes e suas famílias foi apontada como um desafio significativo. O estudo conclui que esses resultados podem guiar esforços para melhorar a qualidade dos cuidados no final da vida, sugerindo que países de baixa performance adotem práticas observadas em países de alta performance (Finkelstein et al., 2022).

No que diz respeito à falta de recursos, pesquisa aponta os desafios enfrentados pelo Brasil na implementação e financiamento dos cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O país é mencionado como um exemplo de nação de renda média, onde o financiamento público de cuidados paliativos ainda é limitado e enfrenta desafios de expansão para cobrir as necessidades da população. No Brasil, assim como em outros países de renda média, há uma dependência considerável de recursos filantrópicos e organizações não governamentais para a provisão de cuidados paliativos, o que gera incertezas sobre a sustentabilidade desses serviços a longo prazo (Groeneveld et al., 2017).

É oportuno destacar que o Ministério da Saúde, no ano de 2024, lançou a política inédita no SUS voltada para os cuidados paliativos, destacando os princípios e diretrizes da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP). Essa política representa um avanço significativo no compromisso do Brasil em oferecer cuidados paliativos de qualidade a todos os cidadãos, reforçando a importância de uma abordagem integrada e humanizada no

tratamento de pacientes com doenças graves, progressivas, incuráveis e ameaçadoras à continuidade da vida (Brasil, 2024).

A criação da PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde, oficializada pela Portaria GM/MS Nº 3681, de 07 de maio de 2024, estabelece diretrizes para ações e serviços de saúde destinados a promover dignidade e alívio do sofrimento de pessoas com doenças graves que ameacem a vida, integração desses cuidados à Rede de Atenção à Saúde (RAS), ampliação da cobertura na atenção básica, destaca a necessidade de uma abordagem integral e humanizada, além de sublinhar a importância da capacitação contínua dos profissionais de saúde envolvidos na prestação desses serviços e aprimoramento da logística de distribuição de medicamentos paliativos (Garcia et al., 2024).

A efetividade dessas diretrizes pode ser impactada por desafios estruturais, como a insuficiência de financiamento adequado e a concentração dos serviços em centros terciários. Além disso, a escassez de profissionais capacitados para oferecer Cuidados Paliativos na Atenção Básica à Saúde limita a expansão dessa abordagem, reforçando desigualdades regionais e evidenciando a necessidade de integração de práticas culturais locais (Ordonho, 2021). Estudos de custo-utilidade indicam que os cuidados paliativos não só melhoram a qualidade de vida dos pacientes, mas também são mais custo-efetivos em comparação com tratamentos agressivos, que muitas vezes são ineficazes em estágios avançados da doença (Nigri, 2024).

Sendo, portanto, necessário que o planejamento terapêutico inclua uma análise detalhada dos obstáculos, que não são apenas de natureza clínica, mas também envolvem questões logísticas, falta de recursos ou até barreiras culturais de comunicação, e que proponha soluções viáveis, passíveis de implementação pela equipe de forma coordenada e eficaz (Kurogi et al., 2022).

Pesquisa chama atenção sobre a falta de conscientização pública acerca da importância dos cuidados paliativos no Brasil, o que pode afetar a demanda por esses serviços e o apoio necessário para sua expansão. Muitas pessoas, incluindo pacientes e seus familiares, desconhecem o que são os cuidados paliativos e como eles podem melhorar a qualidade de vida nos estágios avançados de doenças graves. Campanhas educativas e a inclusão de discussões sobre cuidados paliativos nas consultas médicas são necessárias para aumentar o entendimento e a aceitação desses cuidados, facilitando sua implementação de forma mais ampla e eficaz (Vellani, 2023).

Portanto, a literatura demonstra que, embora tenha havido avanços significativos na implementação de cuidados paliativos no Brasil, ainda existem muitos desafios a serem superados. A

resistência à mudança e a falta de recursos adequados continuam a ser barreiras importantes, exigindo uma abordagem colaborativa e o compromisso contínuo de todos os envolvidos na atenção à saúde, para que os cuidados paliativos possam ser oferecidos de maneira eficaz e humanizada (Campelo et al., 2023).

2.2 Cuidados Paliativos com ênfase na Atenção Básica de Saúde, grupos direcionados à assistência paliativa e equipe multiprofissional

Para uma melhor compreensão deste capítulo, serão abordadas considerações acerca da Atenção Básica de Saúde, grupos direcionados, que neste estudo estão direcionados à Pessoa Idosa, destacando-se a importância da equipe multiprofissional na prestação da assistência na abordagem dos cuidados paliativos na referida Atenção.

Estudo ressalta que a Atenção Básica no Brasil, que é a porta de entrada para o sistema de saúde, enfrenta desafios significativos que impactam negativamente a implementação de cuidados paliativos, como, por exemplo, mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica, como a abolição do financiamento para as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que têm ameaçado a viabilidade dos cuidados paliativos nesse nível de atenção (Rodrigues; Silva; Cabrera, 2022).

O estudo “Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil” destaca uma negação cultural e sistêmica da morte e do processo de morrer no Brasil, refletida na falta de investimento e prioridade dada aos cuidados paliativos nos sistemas de saúde. Essa negação se traduz em uma baixa qualidade de morte no país, conforme indicado em índices internacionais, como o “Quality of Death Index” da revista The Economist, em que o Brasil ocupa a 42^a posição entre 80 países (Rodrigues; Silva; Cabrera, 2022).

A inserção dos cuidados paliativos no SUS, especialmente na Atenção Básica, tem como objetivo proporcionar alívio do sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos pacientes em todos os níveis de atenção: primária, secundária e terciária. No entanto, o nível primário merece um destaque especial, considerando a importância de atender o indivíduo em seu território de origem e o curso prolongado das doenças crônicas que demandam cuidados contínuos e integrais (Almeida, 2024).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece o papel fundamental da Atenção Básica de Saúde (ABS) nos cuidados continuados, crônicos e paliativos, recomendando que essa seja a principal responsável pelo atendimento a pacientes e suas famílias. A OMS destaca a importância de a Atenção Básica ser a base do sistema de referência e contrarreferência, garantindo a continuidade dos cuidados nos demais níveis de atenção (WHO, 2018).

Os cuidados paliativos na Atenção Básica de Saúde (ABS) têm ganhado destaque, especialmente no atendimento às pessoas idosas com doenças crônicas não transmissíveis, e constituem um conjunto articulado de ações de saúde voltadas aos indivíduos e às famílias, englobando práticas de promoção da saúde, prevenção de agravos, proteção, diagnóstico, tratamento,

reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Além de ser o primeiro ponto de contato do cidadão com os serviços de saúde, a ABS exerce a função de coordenadora do cuidado, permitindo o acompanhamento contínuo e integral do usuário. Dessa forma, também possibilita o trânsito das pessoas entre os diferentes níveis de atenção, assegurando a articulação entre os serviços e a resolutividade das demandas de saúde da população (Brasil, 2017).

No Brasil, a Atenção Básica foi estruturada a partir das Ações Integradas de Saúde, cuja concepção foi fortalecida durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Esse processo foi consolidado na década de 1990 com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que se estabeleceu como o principal modelo de reestruturação da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na territorialização, na adscrição da clientela e na atuação de equipes multiprofissionais voltadas para o cuidado integral e contínuo da população (Brasil, 2017; Rodrigues, 2022). Cabe mencionar que a Atenção Básica também pode ser chamada de Atenção Primária à Saúde (APS) (Mendes et al., 2019).

Por conseguinte, a Atenção Básica passou por novos avanços com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os quais possibilitaram a atuação de equipes multiprofissionais em apoio às equipes de Saúde da Família, promovendo maior resolutividade e ampliação do escopo de ações no território.

A partir de 2017, os cuidados paliativos passaram a ser incluídos de forma explícita na nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reconhecendo sua importância no contexto da Atenção Primária à Saúde. A reformulação manteve a existência dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os quais passaram a contemplar, entre suas atribuições, a atuação das chamadas equipes estendidas de cuidados paliativos. Essa inclusão ampliou as possibilidades de cuidado integral e longitudinal aos usuários com condições crônicas ou em situações de vida ameaçadoras, reforçando o papel da Atenção Básica na condução do acompanhamento clínico e social desses usuários com suporte multiprofissional (Rodrigues, 2022).

Em 2023, foi publicada a Portaria GM/MS nº 635 (Brasil, 2023), que criou um incentivo financeiro federal para apoiar a implantação, o custeio e o desempenho das equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (APS). Essa medida visa fortalecer ainda mais a atuação dessas equipes, promovendo melhorias na atenção à saúde da população. Além disso, com as recentes mudanças na organização da Atenção Básica, as equipes que antes faziam parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) passaram a ser chamadas de eMulti, refletindo uma nova estrutura e foco na atenção

multiprofissional (Araújo et al., 2024). Na nova configuração das equipes multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), denominadas de eMulti, podem atuar diversos profissionais, incluindo “arte-educador, assistente social, farmacêutico clínico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico acupunturista, médico cardiologista, médico dermatologista, médico endocrinologista, médico ginecologista/obstetra, médico geriatra, médico hansenologista, médico homeopata, médico infectologista, médico pediatra, médico psiquiatra, médico veterinário, nutricionista, profissional de educação física na saúde, psicólogo, sanitarista e terapeuta ocupacional” (Brasil, 2023). Apesar da possibilidade de composição das equipes por várias categorias médicas, os cenários estudados até o momento não evidenciam a atuação de profissionais médicos nessas equipes (Araújo et al., 2024).

A Portaria nº 635 ressalta que as atribuições da equipe eMulti visam ao desenvolvimento integral de ações, destacam-se o atendimento individual, em grupo e domiciliar, as atividades coletivas, o apoio matricial, as discussões de casos, o atendimento compartilhado, a oferta de ações de saúde à distância, a elaboração de projetos terapêuticos singulares, as intervenções em território e as práticas intersetoriais. Tais iniciativas têm como propósito promover a integralidade da atenção e fortalecer o trabalho multiprofissional no âmbito da Atenção Básica à Saúde. (Brasil, 2023).

Na Atenção Básica, é fundamental adotar estratégias eficientes para identificar a demanda e manejear os cuidados paliativos. A criação de protocolos específicos para cuidados paliativos é crucial para padronizar as práticas e garantir que a equipe multiprofissional siga diretrizes claras, focadas na redução do sofrimento e na melhora da qualidade de vida dos pacientes, conforme estabelecido na política de cuidados paliativos instituída pelo Ministério da Saúde. Uma dessas estratégias envolve o uso de ferramentas como o Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™), um instrumento simples baseado em indicadores clínicos de doença avançada, que ajuda a identificar pacientes em risco de deterioração e que podem se beneficiar dos cuidados paliativos (Brasil, 2024).

O SPICT™ facilita as discussões de cuidados no fim da vida, particularmente em relação ao planejamento antecipado de cuidados e à documentação de diretrizes avançadas. A revisão identificou que o SPICT™ auxilia no início de conversas sobre planos de ressuscitação e sobre o local preferido de morte, promovendo uma abordagem centrada no paciente (Hojjat-Assari et al., 2021). Outro estudo misto refinou o SPICT™ e avaliou seu uso em equipes multidisciplinares para identificar pacientes em risco de deterioração e morte. A ferramenta ajudou a identificar pacientes com múltiplas necessidades não atendidas, promovendo avaliações mais holísticas e a revisão das metas de cuidados (Highet et al., 2014). O SPICT™ permite a orientação prática sobre quais pacientes estão em risco de

deterioração, descrevendo mudanças no estado de saúde e nas necessidades, o que auxilia os profissionais de saúde na identificação daqueles que podem se beneficiar de cuidados paliativos. Outra ferramenta relevante é o NECPAL CCOMS-ICO©, que propõe parâmetros úteis para a identificação de pacientes com doença crônica avançada e prognóstico de vida limitado, ajudando na gestão do cuidado desde a atenção primária (Santana et al., 2020).

Além disso, o protocolo SPIKES, amplamente utilizado para comunicação de más notícias, e a Escala de Performance Paliativa (PPS) são instrumentos valiosos que complementam a abordagem paliativa na Atenção Básica. Esses instrumentos ajudam a assegurar uma abordagem integral e personalizada, considerando as particularidades dos cuidados paliativos em idosos (Brito, 2024).

Ao avaliar a eficácia do protocolo SPIKES na comunicação de más notícias a pacientes oncológicos na Alemanha, os autores descobriram que, embora o SPIKES seja uma ferramenta valiosa, há uma lacuna significativa entre o que os pacientes desejam e o que realmente recebem em termos de comunicação. O estudo enfatiza a importância de adaptar o protocolo às necessidades culturais e individuais dos pacientes (Hochlehnert et al., 2022).

Por sua vez, compararam o protocolo SPIKES com o protocolo BREAKS, destacando as semelhanças e diferenças na abordagem de comunicação. Os autores concluíram que, embora ambos os protocolos sejam eficazes, a escolha entre eles deve considerar a preferência do médico e a situação clínica específica do paciente (Cardoso et al., 2025). Além disso, reforçam que a criação de protocolos específicos para cuidados paliativos é crucial para padronizar as práticas e garantir que a equipe multiprofissional siga diretrizes claras, focadas na redução do sofrimento e na melhora da qualidade de vida dos pacientes (Kugori et al., 2022).

A falta de consenso entre os profissionais sobre as práticas adequadas de cuidados paliativos pode dificultar a implementação eficaz dessas práticas. A comunicação inadequada entre a equipe de saúde, pacientes e familiares é um obstáculo significativo, especialmente na hora de comunicar más notícias. Além disso, o fornecimento restrito de analgésicos essenciais, como os opióides, limita a capacidade de controle eficaz da dor em pacientes em cuidados paliativos (Kugori et al., 2022).

A população idosa é altamente heterogênea, o que torna desafiadora a definição de protocolos de conduta padronizados. Entre as condições que mais frequentemente requerem cuidados paliativos estão as demências, cuja prevalência tende a aumentar em função do crescimento proporcional da população idosa. Outras doenças crônicas degenerativas, como câncer, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, fragilidade e insuficiência renal crônica, também são condições que

podem se prolongar por tempo indeterminado, justificando a necessidade de uma abordagem paliativa contínua (WHO, 2018).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa propõe uma mudança de paradigma no cuidado à população idosa, ao enfatizar a avaliação da capacidade funcional como eixo central das estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos nesse grupo etário. Evidencia-se que, para além da atenção em saúde disponibilizada pelos serviços, o processo de saúde e doença da pessoa idosa é influenciado por uma multiplicidade de fatores, entre os quais se destacam os determinantes pessoais, socioeconômicos, culturais, ambientais e políticos. Esses elementos interagem de forma complexa e impactam diretamente na condição de vida e no bem-estar da população idosa, exigindo, portanto, uma abordagem interdisciplinar e intersetorial nas políticas e práticas de cuidado (Duarte et al., 2016; Vieira et al., 2016).

Nesse contexto, a equipe multiprofissional que atua nos cuidados paliativos deve focar em compreender o que é importante para cada pessoa idosa, o que faz a vida ter sentido para ele, e, a partir disso, estabelecer um planejamento de cuidados que leve em conta tanto os aspectos técnicos quanto os aspectos biográficos. Essa abordagem personalizada é essencial para a qualidade do cuidado em saúde (Brasil, 2024).

Oferecer cuidados paliativos na Atenção Básica exige o desenvolvimento de habilidades específicas para o alívio do sofrimento físico, emocional e espiritual. Essas habilidades incluem a realização de uma avaliação completa e focada nos sintomas, além da implementação de estratégias de promoção do conforto, tanto para o paciente quanto para sua família (Almeida, 2024).

A importância de uma equipe multiprofissional na Atenção Básica é fundamental para a promoção de uma assistência integral aos problemas de saúde da pessoa idosa. Profissionais generalistas são essenciais para atender às diversas necessidades de saúde ao longo das diferentes fases do envelhecimento, garantindo que o cuidado seja contínuo e de qualidade (Masochini; Farias; Sousa, 2022).

É importante destacar que a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI) visa instrumentalizar as ações da equipe multiprofissional na ABS, com o objetivo de qualificar a identificação e o atendimento das demandas específicas da população idosa. Além disso, a AMPI subsidia o planejamento e a gestão do cuidado no âmbito da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, fortalecendo a coordenação do cuidado, promovendo ações integradas, resolutivas e centradas nas necessidades funcionais, clínicas e psicossociais dos indivíduos idosos, bem como norteia a equipe de saúde para elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e de um Plano de Cuidados

específico, como instrumentos fundamentais para orientar intervenções integradas que visem à melhoria e à manutenção da capacidade funcional e à promoção da saúde. Tais instrumentos permitem a construção de um cuidado centrado na pessoa, considerando suas singularidades, potencialidades e necessidades, de modo a favorecer sua autonomia, independência e qualidade de vida (Moraes et al., 2023; Depole et al., 2022).

Um estudo revisou novos modelos de atenção primária em países da OCDE e na China, destacando como esses modelos têm abordado as necessidades de populações envelhecidas. A análise revela a importância da expansão das equipes multidisciplinares e o impacto positivo das reformas políticas, como o Patient-Centered Medical Home (PCMH) nos EUA (Henderson et al., 2023).

Outro estudo destacou os desafios e sucessos na implementação de cuidados integrados entre saúde mental e atenção primária para idosos, sugerindo que a coordenação entre esses serviços é crucial para atender às complexas necessidades dessa população. O estudo evidencia que os modelos de cuidados integrados, nos quais os profissionais de saúde mental trabalham em estreita colaboração com provedores de atenção primária, resultam em melhorias significativas nos desfechos dos pacientes. Esses benefícios incluem o melhor acesso aos serviços de saúde mental, a redução do estigma e uma maior satisfação dos pacientes. Apesar dos benefícios evidentes, o estudo também discute as barreiras persistentes para a implementação generalizada dos cuidados integrados. Essas barreiras são categorizadas em desafios clínicos, organizacionais e financeiros, como a falta de treinamento adequado para os provedores de atenção primária, preocupações com a privacidade e a insuficiência de reembolso pelos serviços de saúde mental (Gupta et al., 2019).

O trabalho em equipe na Atenção Básica é um dos pressupostos mais importantes para uma abordagem integral e resolutiva dos cuidados paliativos. A busca por conhecimento e a construção de competências específicas entre os profissionais de saúde são essenciais para proporcionar uma assistência eficaz e humanizada (Sousa et al., 2019).

Além disso, a disponibilidade de recursos e a construção de um modelo assistencial inovador são fundamentais para a valorização de novos espaços e formas de organização das tecnologias em saúde. Esse modelo deve focar na manutenção do paciente idoso confortavelmente em seu lar, na prevenção de complicações e na melhoria da comunicação entre o paciente, sua família e os diversos níveis de assistência (Mendes et al., 2019).

É crucial que as estratégias de cuidado sejam planejadas de forma a identificar e eleger idosos que necessitem de cuidados paliativos, assegurando que esses pacientes recebam uma abordagem de cuidado adequada e que promova a melhor qualidade de vida possível (WHO, 2018). A expansão dos

serviços de cuidados paliativos, incluindo a criação de novas unidades especializadas, é necessária para atender à crescente demanda de uma população envelhecida e com doenças crônicas, como o câncer (Nigri, 2024).

Essa expansão deve ser acompanhada pela integração dos cuidados paliativos em todos os níveis do sistema de saúde, desde a atenção primária até os serviços especializados. A OMS destaca que a inclusão dos cuidados paliativos como parte integrante da assistência à saúde é essencial para garantir que todos os pacientes tenham acesso a cuidados apropriados ao longo do curso da doença, e não apenas nos estágios finais (WHO, 2018). Ao promover essa integração, é possível alcançar uma abordagem mais holística, que não se limita ao tratamento da doença em si, mas também aborda os sintomas, a dor e o sofrimento associados.

Além da criação de novas unidades, é crucial investir na capacitação das equipes multiprofissionais de saúde, para que estas possam oferecer cuidados paliativos de qualidade. Profissionais bem treinados são capazes de identificar precocemente as necessidades paliativas dos pacientes e iniciar intervenções que melhoram a qualidade de vida. Segundo Peters et al. (2023), programas de educação interprofissional têm mostrado eficácia em preparar as equipes de saúde para atuar em diferentes contextos, incluindo o domicílio e as unidades de internação, garantindo, assim, uma assistência integral e centrada no paciente.

A ampliação dos cuidados paliativos também deve considerar o uso de tecnologias de saúde, como a telemedicina, para alcançar populações que vivem em áreas remotas ou que possuem acesso limitado aos serviços de saúde. A telemedicina pode facilitar o acompanhamento contínuo dos pacientes, oferecer suporte a cuidadores e permitir que os profissionais de saúde intervenham de forma mais rápida e eficaz. Estudos demonstram que a aplicação da telemedicina em cuidados paliativos pode reduzir as taxas de hospitalização, além de melhorar a satisfação dos pacientes e suas famílias (Bajwah et al., 2021).

Inexoravelmente, a sustentabilidade da expansão dos cuidados paliativos depende de políticas públicas que garantam financiamento adequado e contínuo para esses serviços. Governos e instituições de saúde precisam reconhecer a importância dos cuidados paliativos e alojar recursos suficientes para apoiar sua expansão. De acordo com Knaul et al. (2018), investimentos em cuidados paliativos não apenas melhoram a qualidade de vida dos pacientes, mas também podem resultar em economias significativas para os sistemas de saúde, ao evitar tratamentos desnecessários e reduzir a carga sobre os serviços de emergência e hospitalares.

Assim, a expansão dos cuidados paliativos deve ser vista como uma prioridade de saúde pública, que requer uma abordagem coordenada e multisectorial para garantir que todos os pacientes

possam viver e morrer com dignidade, recebendo o cuidado que melhor atenda às suas necessidades individuais.

A atuação da equipe multiprofissional é um dos pilares fundamentais dos cuidados paliativos. A Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no Brasil estabelece diretrizes claras para a habilitação e homologação dessas equipes, que são essenciais para garantir uma assistência de qualidade a pacientes em cuidados paliativos. A formação dessas equipes segue um procedimento específico de habilitação e homologação, com o objetivo de assegurar que os profissionais estejam capacitados para oferecer cuidados integrais e humanizados (Brasil, 2024).

A proposta de educação permanente e capacitação para os profissionais que compõem a equipe multiprofissional, assim como para familiares, cuidadores e a comunidade, é outro aspecto crucial estabelecido pela PNCP. Essa capacitação deve ocorrer de forma contínua e abranger temáticas relevantes, como manejo da dor, a comunicação em situações difíceis e os cuidados no fim de vida. A periodicidade dessas capacitações deve ser regular, garantindo que os profissionais estejam sempre atualizados e preparados para lidar com as complexidades dos cuidados paliativos (Brasil, 2024).

Um estudo realizado nos Estados Unidos examinou a educação e o treinamento em cuidados paliativos especializados entre profissionais de saúde de diferentes disciplinas. O estudo aborda a necessidade de uma formação interprofissional estruturada, que integre as diversas competências específicas de cada profissão dentro de um programa de educação e treinamento em cuidados paliativos. O estudo revisa a educação e o treinamento interprofissionais em cuidados paliativos, destacando a necessidade de uma abordagem colaborativa entre diversas disciplinas. Dessa forma, os resultados sugerem que a educação contínua é crucial para melhorar as competências dos profissionais de saúde e para promover cuidados centrados no paciente, envolvendo também as famílias e os cuidadores (Dahlin, 2023). Nessa perspectiva, na Holanda, Noordman et al. (2022) conduziram uma pesquisa que avaliou um programa de treinamento misto (e-learning e treinamento em equipe) para profissionais de saúde, com foco na melhoria da comunicação com pacientes com baixa literacia em saúde na fase paliativa. No estudo, os profissionais de saúde relataram uma melhoria na capacidade de reconhecer pacientes com baixa literacia em saúde e passaram a adaptar sua comunicação para ser mais simples e eficaz. Muitos relataram mudanças em suas práticas de comunicação como resultado do treinamento, especialmente com o uso da técnica teach-back, utilizada para garantir a compreensão dos pacientes. Apesar dos avanços, os profissionais de saúde ainda encontraram dificuldades em avaliar o nível de literacia em saúde dos pacientes e em implementar efetivamente a tomada de decisão compartilhada. Por fim, o estudo sugere a necessidade de sessões de treinamento de

reforço para sustentar as melhorias na prática clínica, além de promover adaptações no e-learning com novos cenários focados em cuidados paliativos.

Na Atenção Básica (ABS), a equipe multiprofissional de cuidados paliativos (EMCP) é composta por um médico, um enfermeiro, um psicólogo, um assistente social e pelo menos um profissional da área de reabilitação, cuja atuação pode variar conforme a necessidade do paciente. Essa equipe mínima é essencial para abordar de forma abrangente as necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais dos pacientes e suas famílias (WHO, 2018).

Os membros da equipe multiprofissional devem ser treinados para promover uma assistência humanizada, que se baseie nas necessidades do paciente e de sua família, e não apenas no prognóstico da doença. Isso inclui a capacidade de adaptar os cuidados ao longo do tempo, conforme a evolução das necessidades do paciente, além de oferecer suporte contínuo aos familiares, tanto durante o tratamento quanto no processo de luto após o falecimento do paciente (Brasil, 2024).

A implementação eficaz dos cuidados paliativos no âmbito da Atenção Básica requer que os profissionais de saúde detenham competência técnica em procedimentos tradicionalmente utilizados, como a administração de medicamentos e de hidratação por via subcutânea. Além disso, é imprescindível que sejam capazes de reconhecer precocemente os sinais clínicos que indicam a progressão do paciente para a fase terminal da doença, garantindo, assim, uma abordagem adequada e humanizada durante o processo de final de vida. Esse conhecimento técnico é crucial para garantir que o paciente receba os cuidados necessários de forma eficaz e oportuna (WHO, 2018).

A relação entre a equipe multiprofissional e usuários é de extrema importância nos cuidados paliativos. Estabelecer uma conexão baseada na confiança e na empatia é essencial para que os cuidados sejam eficazes. Essa relação permite que a equipe compreenda melhor as necessidades e desejos do paciente, possibilitando uma assistência personalizada e respeitosa (Brasil, 2024).

Nesse contexto, revela-se fundamental promover a humanização do processo de morrer, compreendendo a morte como uma etapa natural do ciclo vital. A equipe de saúde dedicada aos cuidados paliativos não se restringe ao manejo do paciente com limitações terapêuticas decorrentes da doença, mas também atua no suporte às dinâmicas familiares ao longo do processo de luto. O suporte emocional e psicológico oferecido à família é uma parte integral do trabalho da equipe, ajudando-os a lidar com a perda e a encontrar formas de seguir em frente após o falecimento do ente querido (WHO, 2018).

A atuação da equipe multiprofissional é especialmente importante porque os cuidados paliativos envolvem uma abordagem complexa e multifacetada. Cada membro da equipe traz uma perspectiva única, que contribui para a criação de um plano de cuidado abrangente e adaptado

às necessidades específicas de cada pessoa. Essa abordagem colaborativa é essencial para garantir que todos os aspectos do bem-estar das pessoas sejam considerados e atendidos (Brasil, 2024).

Além do suporte direto ao paciente e à família, a equipe multiprofissional também desempenha um papel crucial na educação e capacitação dos cuidadores. Ensinar técnicas básicas de cuidado e orientar sobre como lidar com os desafios diários que surgem durante o cuidado de um paciente em fase terminal são componentes essenciais do trabalho da equipe (Brasil, 2024).

Outro aspecto importante é a comunicação dentro da equipe multiprofissional. A troca de informações e a discussão de casos permitem que os profissionais trabalhem de forma coesa e coordenada, garantindo que o plano de cuidado seja implementado de maneira eficaz e que todas as necessidades do paciente sejam atendidas de forma integrada (WHO, 2018).

A abordagem multiprofissional também se estende ao manejo do luto. A equipe continua a oferecer suporte à família após o falecimento do paciente, ajudando-os a lidar com o processo de luto e a encontrar formas de seguir em frente. Esse suporte pode incluir aconselhamento, grupos de apoio e outros recursos que auxiliem a família a processar a perda (Brasil, 2024).

A humanização dos cuidados, especialmente no contexto dos cuidados paliativos, é fundamental para garantir que o paciente e sua família se sintam respeitados, apoiados e cuidados em todas as fases da doença. A equipe multiprofissional tem a responsabilidade de garantir que os cuidados sejam oferecidos de maneira digna e compassiva, respeitando os desejos e valores do paciente (WHO, 2018).

Os cuidados paliativos enfrentam diversos desafios, especialmente no contexto da equipe multiprofissional, que precisa lidar com a complexidade e a diversidade das necessidades dos pacientes. O planejamento terapêutico surge como uma ferramenta essencial para organizar e direcionar as ações da equipe, garantindo que cada intervenção esteja alinhada com os objetivos de cuidado previamente estabelecidos. Um dos maiores desafios é identificar as necessidades de cada paciente de maneira precisa e holística, considerando não apenas os sintomas físicos, mas também os aspectos emocionais, sociais e espirituais (Antonacci et al., 2020).

O planejamento do cuidado é fundamental para a organização das ações da equipe multiprofissional. Ele permite que todos os membros da equipe, desde médicos até assistentes sociais e psicólogos, trabalhem de maneira integrada, com um foco comum: o bem-estar do paciente. Esse planejamento deve ser flexível e suficiente para se adaptar às mudanças na condição do paciente,

mas estruturado para garantir que todas as necessidades sejam atendidas de maneira sistemática e eficiente (WHO, 2018).

Aplicar intervenções necessárias ao alívio dos sintomas é uma das ações mais críticas nos cuidados paliativos. Isso inclui o manejo adequado da dor, o controle de sintomas como náuseas e fadiga, e o suporte psicológico para o paciente e sua família. O planejamento terapêutico deve prever essas intervenções com base em uma avaliação contínua do estado do paciente, garantindo que as medidas adotadas sejam sempre as mais apropriadas para a situação atual (Check et al., 2022).

Inserir a pessoa nas decisões sobre o planejamento do cuidado é um princípio central nos cuidados paliativos. Isso não apenas garante autonomia à pessoa, mas também melhora a eficácia das intervenções, pois elas são mais alinhadas com os valores e desejos individuais. Esse processo requer uma comunicação clara e contínua entre a equipe, o paciente e sua família, assegurando que todos estejam informados e em concordância sobre o curso do cuidado (Corrêa et al., 2017).

No estudo sobre o programa de cuidados paliativos ambulatoriais no Brasil, o planejamento dos cuidados paliativos é destacado como um aspecto crucial para garantir que os pacientes recebam cuidados adequados e dignos no final da vida (Gomes et al., 2024). O estudo enfatiza que o planejamento dos cuidados paliativos deve ser integrado precocemente no tratamento de pacientes com doenças graves, e não apenas quando os tratamentos curativos não são mais uma opção. Isso ajuda a melhorar a qualidade de vida dos pacientes e permite um manejo mais eficaz dos sintomas.

O planejamento deve envolver a família do paciente e respeitar as preferências individuais, incluindo o desejo de morrer em casa ou em um ambiente de cuidados paliativos. A participação do paciente e da família nas decisões sobre o cuidado é essencial para proporcionar uma experiência de fim de vida mais alinhada com os valores e desejos do paciente. O estudo também menciona os desafios na implementação eficaz do planejamento dos cuidados paliativos, especialmente em um sistema de saúde com limitações estruturais e culturais, como o modelo de assistência paternalista e a falta de conscientização sobre a importância dos cuidados paliativos.

Outro grande desafio é prestar cuidados no fim da vida em áreas onde não há centros de referência em cuidados paliativos. Nesses locais, a equipe de Atenção Básica muitas vezes assume um papel crucial. O planejamento terapêutico deve, portanto, ser ainda mais rigoroso e abrangente, antecipando possíveis complicações e garantindo que a equipe esteja preparada para oferecer o melhor cuidado possível com os recursos disponíveis (Chan et al., 2016). Para melhorar o planejamento e a

oferta de cuidados paliativos, sugere-se que políticas públicas sejam desenvolvidas para apoiar a expansão desses serviços. Além disso, é necessário incluir cuidados paliativos nos currículos de formação de profissionais de saúde para garantir que eles estejam preparados para oferecer cuidados de qualidade (Gomes et al., 2024).

A análise e avaliação prognóstica, incluindo a identificação de sinais de progressão da doença e as opções de tratamento, são elementos essenciais do planejamento terapêutico. Essas avaliações ajudam a direcionar as ações da equipe e a preparar o paciente e sua família para as fases seguintes da doença, evitando intervenções desnecessárias e focando no alívio do sofrimento (Macmartin et al., 2024).

Antecipar a direção clínica para os cuidados de fim de vida é uma estratégia que pode prevenir crises e garantir que o cuidado seja consistente com os desejos do paciente. Esse planejamento inclui discussões antecipadas sobre o uso ou não de medidas invasivas, como a reanimação cardiopulmonar (RCP), bem como sobre a escolha do local onde o paciente deseja passar seus últimos dias. O objetivo é evitar decisões precipitadas e assegurar que o fim da vida seja tratado com dignidade e respeito (Nigri, 2024).

Dessa forma, reuniões regulares com o paciente e a família são cruciais para o sucesso do planejamento terapêutico. Essas reuniões proporcionam um espaço para revisar o plano de cuidado, fazer ajustes conforme necessário e garantir que todos estejam cientes e confortáveis com as decisões tomadas. A transparência nesse processo é fundamental para construir confiança e reduzir a ansiedade e o medo que muitas vezes acompanham o fim da vida (Morris; King; Payne, 2015).

A definição de recursos tecnológicos para o fim da vida, como o uso ou retirada de suporte vital, deve ser cuidadosamente planejada e discutida com o paciente e sua família. Essa abordagem permite que a equipe ofereça um cuidado que respeite as escolhas individuais e minimize o sofrimento desnecessário. Além disso, a possibilidade de doação de órgãos ou necropsia deve ser abordada de maneira sensível, respeitando as crenças e valores do paciente e da família (Radbruch et al., 2020).

O diálogo contínuo com a pessoa foco de atendimento é essencial para assegurar que o cuidado permaneça centrado no paciente. Esse diálogo deve ser conduzido de maneira empática e aberta, permitindo que o paciente se sinta ouvido e respeitado em todas as fases do cuidado. A comunicação eficaz é uma das chaves para o sucesso do planejamento terapêutico, garantindo que o cuidado oferecido esteja sempre alinhado com as expectativas e desejos do paciente (Silva; Nietsche; Cogo, 2022). Reconhecer o momento adequado para iniciar cuidados de fim de vida é uma das decisões mais desafiadoras que a equipe enfrenta. Essa decisão deve ser baseada em uma

avaliação clínica cuidadosa e na comunicação com o paciente e sua família. O planejamento antecipado dessas fases pode evitar intervenções desnecessárias e garantir que o foco do cuidado seja o conforto e a qualidade de vida (Campos et al., 2022).

A abordagem dos aspectos espirituais no cuidado paliativo é outra área em que o planejamento terapêutico pode fazer uma diferença significativa. As necessidades espirituais do paciente, muitas vezes relacionadas a questões de significado, fé e preparação para a morte, devem ser integradas ao plano de cuidado de forma que ofereça conforto e suporte, respeitando as crenças individuais (Antonacci et al., 2020).

O suporte emocional oferecido ao paciente e à sua família é um dos aspectos mais importantes do planejamento terapêutico em cuidados paliativos. Esse suporte deve ser contínuo e adaptado às necessidades que surgem durante o curso da doença, garantindo que tanto o paciente quanto a família se sintam amparados e compreendidos (Court; Olivier, 2020). Estudo analisou como o apoio mútuo entre pacientes e cuidadores familiares pode ser facilitado e quais são as barreiras nesse processo. Identificou que pacientes e cuidadores podem apoiar-se mutuamente ao reconhecerem e entenderem os desafios enfrentados por ambos. Esse reconhecimento conjunto é crucial quando novas informações sobre a trajetória da doença são recebidas ou quando ocorrem mudanças no estado físico do paciente. Quanto à positividade compartilhada, assinala-se que é necessário esforçar-se para manter uma perspectiva otimista mútua, o que pode ser benéfico para ambos. Essa positividade pode ajudar a manter a esperança e ajustar-se às mudanças de circunstâncias, facilitando um melhor ajustamento e menor estresse relacionado à doença para ambos os envolvidos (McCauley et al., 2021).

Como barreiras, esse estudo destacou a não divulgação de angústias: pacientes e cuidadores familiares muitas vezes evitam comunicar suas angústias uns aos outros, o que pode resultar em conflitos e aumento da tensão. A falta de divulgação mútua pode prejudicar o suporte e aumentar o conflito entre os envolvidos. Não obstante, os autores chamaram a atenção para as dificuldades na adaptação a novos papéis — tanto os pacientes quanto os cuidadores familiares relatam desafios em se adaptar a novos ou alterados papéis, como o de receptor de cuidados ou cuidador. Esse processo de adaptação pode ser difícil e, se não for bem gerido, pode prejudicar o suporte mútuo. Por último, a falta de suporte de outros membros da família pode levar os cuidadores a se sentirem isolados e menos eficazes em seu papel, o que dificulta o oferecimento de apoio ao paciente (McCauley et al., 2021). O planejamento terapêutico é essencial para enfrentar os muitos desafios dos cuidados paliativos. Ele permite que a equipe multiprofissional trabalhe de maneira coordenada e eficiente, garantindo que o cuidado seja centrado no paciente, adaptável às mudanças na condição clínica, e respeitoso aos valores e desejos do paciente e de sua família. O planejamento estratégico e a comunicação clara são as bases para oferecer um cuidado paliativo que seja verdadeiramente eficaz e humanizado (ANCP, 2005).

A resistência à mudança e a cultura focada na cura entre profissionais de saúde impedem a implementação eficaz dos cuidados paliativos, especialmente em ambientes hospitalares. Superar essas barreiras é vital para oferecer um cuidado mais humanizado e adequado (Kurogi et al., 2022).

A falta de integração dos cuidados paliativos na Rede de Atenção à Saúde (RAS) é outro desafio que compromete a eficácia desses cuidados. Em muitos casos, os cuidados paliativos são oferecidos de forma fragmentada, sem a devida coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Isso pode levar a lacunas na continuidade do cuidado, nas quais os pacientes são transferidos entre serviços sem que suas necessidades paliativas sejam plenamente atendidas.

A integração desses cuidados na RAS é fundamental para assegurar que os pacientes recebam uma assistência contínua e coerente, independentemente do local onde estão sendo atendidos (Nigri, 2024). Uma abordagem integrada e multidisciplinar é fundamental para o manejo eficaz dos cuidados paliativos, especialmente em pacientes idosos com múltiplas comorbidades. Isso inclui a colaboração entre médicos, enfermeiros, assistentes sociais e outros profissionais de saúde (Campelo et al., 2023).

Estudos recentes revelam que, embora a atenção básica seja uma configuração ideal para a implementação de cuidados paliativos, muitas vezes ela está mal equipada para lidar com a complexidade desses cuidados. Assim, a capacitação da equipe multiprofissional em cuidados paliativos é essencial para preencher essas lacunas e garantir um atendimento eficaz e compassivo, bem como favorecer as pesquisas por melhorias na prática clínica (Corrêa et al., 2017; Oliveira, 2021).

A literatura também ressalta os desafios específicos enfrentados na implementação de cuidados paliativos na atenção básica. Um dos principais obstáculos é a integração dos cuidados paliativos com outras formas de atendimento, o que frequentemente é prejudicado pela escassez de recursos e pela resistência à mudança entre os profissionais de saúde (Campos, 2022). Ainda assim, a capacitação das equipes na atenção básica é vital para superar essas dificuldades e garantir que os cuidados paliativos sejam oferecidos de maneira eficaz e compassiva. A formação contínua e o treinamento em cuidados paliativos são cruciais para assegurar que os profissionais de saúde estejam preparados para oferecer uma assistência centrada no paciente, respeitando suas necessidades físicas, emocionais e espirituais. Contudo, a falta de treinamento específico em cuidados paliativos entre os profissionais de saúde continua a ser uma barreira significativa para a implementação eficaz desses cuidados (Vellani, 2023; Antonacci, 2020).

Estudos apontam que estratégias educativas por meio de metodologias ativas, que combinam workshops interativos, simulações práticas baseadas em problemas e discussão de casos clínicos, têm se mostrado eficazes na melhoria das habilidades dos profissionais de saúde, resultando em um cuidado mais humanizado e de maior qualidade (Esteban-Burgos et al., 2024).

Nesse contexto, fica evidente a relevância da temática, bem como a necessidade da implementação dos cuidados paliativos na atenção básica de saúde, da integração e capacitação de forma estratégica por meio de metodologias ativas da equipe multiprofissional, visando desenvolver habilidades que garantam que os cuidados paliativos sejam oferecidos de maneira eficaz e compassiva, especialmente em pessoas idosas com múltiplas comorbidades.

No seguinte capítulo serão feitas considerações acerca das ações estratégicas por meio de metodologias ativas baseada em problemas e discussão de casos como estratégias para capacitação da equipe multiprofissional no manejo dos cuidados paliativos na Atenção Básica de Saúde.

2.3 Metodologias ativas: aprendizagem baseada em problemas e discussão de casos como estratégias para capacitação da equipe multiprofissional no manejo dos cuidados paliativos na Atenção Básica de Saúde

As transformações no campo da saúde exigem práticas educativas que superem modelos tradicionais de ensino, centrados na transmissão unidirecional de conhecimentos (Sefton; Galini, 2022). O paradigma tradicional de ensino-aprendizagem pressupõe que o aluno é um ser passivo, que tem a função tão somente de reter as informações repassadas por alguém que supostamente retém o saber (Barbosa et al., 2021), método que se demonstra pouco efetivo para a chamada “aprendizagem significativa”, ou seja, a construção de um conhecimento compreensível e duradouro, que tenha conexões com conhecimentos prévios do aprendente e usabilidade prática. De acordo com Ribeiro (2022), a aprendizagem significativa pressupõe que o conhecimento prévio em relação a determinado conteúdo — não necessariamente um conhecimento científico — determina quais e quantos conhecimentos novos podem ser processados, levando em consideração, contudo, a elaboração ativa das novas informações.

A origem das metodologias ativas de aprendizagem está vinculada a transformações históricas nos modos de ensinar e aprender, sendo influenciada por diferentes correntes teóricas e práticas pedagógicas. Conforme Schlichting e Heinze (2020), desde o século XVI já se observava o uso de projetos como estratégias formativas em áreas como a Engenharia e a Arquitetura, prática que posteriormente se expandiu para as áreas da saúde (Ribeiro, 2022; Schlichting; Heinze, 2020). Contudo, foi a partir do século XX, com as contribuições de

pensadores como John Dewey e William Kilpatrick, que se consolidou uma concepção de ensino centrada no estudante e no seu processo de aprendizagem, articulando teoria e prática (Schlichting; Heinze, 2020).

Nesse mesmo período, no campo da saúde, destaca-se o Relatório Flexner, publicado em 1910 nos Estados Unidos e no Canadá, que apontou fragilidades na formação médica e defendeu a reformulação dos currículos com base na interdisciplinaridade e na valorização do protagonismo discente (Branda, 2009 apud Schlichting; Heinze, 2020). As críticas à fragmentação do conhecimento impulsionaram novas propostas pedagógicas, nas quais o aprendizado está interligado e contextualizado com a realidade profissional. Essas propostas impulsionaram a reestruturação do ensino médico, promovendo a adoção de currículos integrados e metodologias que posteriormente foram amplamente disseminadas no ensino superior (Schlichting; Heinze, 2020).

É importante destacar que as metodologias ativas não se desenvolvem como propostas pedagógicas isoladas, mas emergem diante de um processo histórico de crítica ao modelo tradicional de ensino, centrado na transmissão verticalizada do conhecimento. Diante das transformações sociais, tecnológicas e científicas dos séculos XIX e XX, a construção colaborativa do saber torna-se central nas propostas educativas que posicionam o estudante como sujeito ativo do processo de aprendizagem (Schlichting; Heinze, 2020). Diante disso, comprehende-se que o lastro teórico das metodologias ativas dialoga com a necessidade de formar profissionais capazes de atuar em cenários complexos, transversais e interdisciplinares, além de expressar a mudança de perspectivas socioculturais que reposicionam o papel e o compromisso da educação no cenário contemporâneo.

Nesse contexto, as metodologias ativas de aprendizagem despontam como alternativas eficazes para a capacitação de profissionais, especialmente nas equipes multiprofissionais que atuam na Atenção Básica à Saúde. De acordo com Sefton e Galini (2022), as metodologias ativas estão alinhadas com as intencionalidades educacionais, que colocam o sujeito no centro do processo formativo, promovendo o protagonismo, o pensamento crítico e a capacidade de resolução de problemas reais, fundamentais para o cotidiano da atenção primária. Assim, ainda que seja um termo recente, ganhando destaque no Brasil apenas a partir da década de 70, as metodologias ativas estão relacionadas mais a um fazer pedagógico que meramente ao uso de diferentes métodos de ensino em sala de aula (Sefton; Galini, 2022), isto é, referem-se a um posicionamento político sobre o que são e para que servem determinadas práticas e paradigmas educacionais.

De acordo com Pereira et al. (2021), o termo “aprendizagem significativa” é oriundo da teoria desenvolvida por Ausubel, para o qual aprender exige um processo de modificação do conhecimento e, consequentemente, uma mudança nas estruturas cognitivas do sujeito, de forma que se busca atribuir significado à realidade do sujeito, preocupando-se com a compreensão, transformação, armazenamento e utilização das informações envolvidas no processo de ensino-aprendizagem.

Desse modo, pode-se afirmar que essa estratégia pedagógica assume como princípio o engajamento ativo do aprendente na construção do próprio saber, em articulação com o conhecimento prévio e com a experiência prática (Barbosa et al., 2021). A operacionalização dessas metodologias no processo de capacitação pode se dar por meio de diferentes dispositivos pedagógicos, como rodas de conversa, grupos focais, oficinas temáticas, Sala de Aula Invertida, Gamificação, entre outros. Esses espaços valorizam o diálogo horizontal, a escuta ativa e a construção compartilhada do conhecimento, aspectos que contribuem para a valorização do saber da prática e para a aproximação entre teoria e realidade. Nessas atividades, o papel do facilitador é mediar o processo de aprendizagem, promovendo o pensamento reflexivo e a autonomia dos participantes (Barbosa et al., 2021; Pereira et al., 2021).

Na contemporaneidade, o cenário da educação superior em saúde é marcado por inúmeras transformações profissionais, sociais e tecnológicas, e as metodologias ativas de aprendizagem emergem como ferramentas pedagógicas importantes para uma formação acadêmica alinhada às demandas atuais e contextuais de cada campo de trabalho. Como foi enfatizado por Schlichting e Heinze (2020), tais metodologias contribuem para a consolidação dos saberes técnico-científicos e para o desenvolvimento de competências transversais, como a comunicação, o trabalho em equipe e a colaboração, além de conferirem centralidade e autonomia aos discentes no processo de ensino-aprendizagem.

Sob essa mesma perspectiva, Lobo et al. (2024) destacam a importância do diálogo e da construção colaborativa do conhecimento na área da saúde, ressaltando que se trata de um processo dinâmico em constante desenvolvimento. Esse aspecto é especialmente relevante no campo da saúde, onde a integralidade do cuidado requer habilidades de comunicação, empatia e cooperação interprofissional. Assim, ao integrar a dimensão dialógica à prática pedagógica, as metodologias ativas não apenas qualificam o processo formativo, mas também preparam os discentes para intervenções mais humanizadas e éticas nos diversos níveis de atenção à saúde.

É válido destacar que as metodologias ativas de aprendizagem dialogam profundamente com os princípios pedagógicos defendidos por Paulo Freire, especialmente no

que se refere à valorização do saber dos sujeitos e à construção coletiva do conhecimento. Para Freire (1996), a educação deve ser um ato dialógico, crítico e libertador, em que educadores e educandos aprendem juntos na problematização da realidade. Nesse sentido, ao colocarem os profissionais de saúde no centro do processo formativo e ao promoverem a reflexão crítica sobre sua prática cotidiana, as metodologias ativas rompem com a lógica da educação bancária — na qual o conhecimento é depositado de forma passiva — e se alinham à concepção freireana de uma educação emancipadora, voltada para a transformação social. Assim, essas metodologias não apenas capacitam tecnicamente as equipes da Atenção Básica, mas também fomentam a consciência crítica e o compromisso ético com a construção de um sistema de saúde mais justo, equitativo e humano.

Um ponto essencial a ser considerado refere-se à importância da Educação Permanente em Saúde (EPS) e do contínuo aprimoramento dos profissionais da saúde. Desse modo, as metodologias ativas de ensino-aprendizagem contribuem e favorecem a atualização de saberes, competências, técnicas e habilidades diante dos diversos contextos existentes no âmbito da Atenção Básica (Lázaro et al., 2024), incluindo o manejo dos cuidados paliativos. Ademais, as demandas inerentes ao trabalho no campo da saúde não circunscrevem apenas domínio técnico, mas também habilidades interpessoais, estabelecimento de vínculos com os usuários, resolução de problemas — aspectos que podem ser viabilizados por meio da adoção das metodologias ativas.

O alinhamento da Educação Permanente em Saúde (EPS) aos princípios e processos educativos sustentados por metodologias ativas representa uma perspectiva de trabalho centrada na interprofissionalidade e na integralidade do cuidado nos territórios de saúde. Tal abordagem favorece a construção coletiva de saberes, a análise crítica de situações vivenciadas no cotidiano dos serviços, o compartilhamento de experiências e a corresponsabilidade na atuação das equipes multiprofissionais (Xavier et al., 2024).

Destaca-se entre as metodologias mais utilizadas na formação em saúde, a Aprendizagem Baseada em Problemas (Problem-Based Learning - PBL) e a Discussão de Casos Clínicos, que se propõem a simular situações do cotidiano profissional para o desenvolvimento de competências técnicas, éticas, relacionais e comunicacionais.

A Aprendizagem Baseada em Problemas consiste na apresentação de um problema — geralmente complexo e contextualizado — que deve ser analisado, discutido e solucionado coletivamente pelos participantes (Ribeiro, 2022). Essa abordagem exige do grupo não apenas a busca por informações teóricas, mas também a aplicação crítica do conhecimento e a tomada de decisões fundamentadas. Barbosa et al. (2021) pontuam que essa é uma das

metodologias mais mencionadas na literatura uma vez que, por meio da problematização da realidade, estimula a construção da ética profissional baseada em habilidade e competências relacionadas à humanização do conhecimento, bem como por sua ampla contribuição para a aprendizagem significativa. Ribeiro (2022, p.7) acrescenta que a PBL é uma “metodologia de ensino-aprendizagem colaborativa, construtivista e contextualizada”, através da qual uma situação-problema é utilizada para “iniciar, direcionar e motivar a aprendizagem de conceitos, teorias e o desenvolvimento de habilidades e atitudes no contexto da sala de aula”. Na Atenção Básica, essa estratégia permite que os profissionais desenvolvam habilidades para lidar com a diversidade de situações clínicas, sociais e culturais que permeiam o cuidado em saúde, uma vez que viabiliza o desenvolvimento de pensamento crítico (Ribeiro, 2022).

A Discussão de Casos, por sua vez, utiliza relatos clínicos ou situações reais enfrentadas pelos profissionais como ponto de partida para reflexões críticas e aprendizagem coletiva. Essa metodologia favorece a troca de experiências, o reconhecimento de diferentes perspectivas dentro da equipe e o fortalecimento do trabalho colaborativo. Além disso, permite o desenvolvimento de habilidades de escuta, empatia, argumentação e raciocínio clínico, indispensáveis à prática na Atenção Básica. Ambas as metodologias possuem fácil aplicação, baixa demanda de tempo e recursos, e contribuem para o desenvolvimento de habilidades e competências dentro e fora da sala de aula (Barbosa *et al.*, 2021).

Um aspecto comum a essas abordagens pedagógicas, e que pode ser considerado um potencializador da aprendizagem, é a utilização do trabalho em pequenos grupos. Esse modo de organização permite expor os aprendentes a pontos de vistas alternativos, levando-os a questionar sua compreensão inicial acerca do problema apresentado (Ribeiro, 2022). Com isso, a construção do conhecimento pode ser concebida como produto das interações sociais, apresentando utilidade ímpar na capacitação de equipes.

Ao serem capacitados por metodologias ativas, os profissionais da equipe multiprofissional da Atenção Básica tornam-se mais aptos a enfrentar os desafios cotidianos do Sistema Único de Saúde (SUS). Desenvolvem maior capacidade de análise crítica das situações, ampliam sua autonomia na tomada de decisões, fortalecem o trabalho em equipe e se tornam mais sensíveis às necessidades singulares dos usuários e comunidades. Isso se traduz em um cuidado mais humanizado, resolutivo e alinhado aos princípios da integralidade, equidade e participação social.

Além disso, a experiência com metodologias ativas potencializa o desenvolvimento contínuo da equipe, uma vez que os sujeitos passam a reconhecer o valor da aprendizagem ao longo da vida e da reflexão constante sobre a prática. Dessa forma, a capacitação deixa de ser

um evento pontual e passa a se integrar ao cotidiano do trabalho, promovendo transformações duradouras tanto na atuação profissional quanto nos serviços de saúde. De todo modo, cabe salientar ainda que o uso de metodologias ativas durante as ações de educação permanente em saúde não visa anular as práticas tradicionais de ensino, mas atuar de modo conjunto a fim de criar um espaço propício para aprendizagem significativa (Barbosa *et al.*, 2021).

Em suma, as metodologias ativas representam uma estratégia potente e necessária para a formação das equipes multiprofissionais da Atenção Básica na assistência paliativa. Ao estimular o protagonismo, a corresponsabilidade e o pensamento crítico (Pereira *et al.*, 2021), elas contribuem para a consolidação de práticas educativas e assistenciais mais integradas, resolutivas e humanizadas, em sintonia com os desafios e as diretrizes do SUS.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo metodológico com o escopo de propor uma capacitação em cuidados paliativos para equipe multiprofissional, direcionada para o manejo dos cuidados paliativos para a pessoa idosa com doenças crônicas não transmissíveis assistido em Unidades Básicas de Saúde e elegíveis a esse cuidado. Essa modalidade de investigação refere-se ao processo de elaboração, validação e avaliação de instrumentos e procedimentos metodológicos utilizados na investigação científica, visando assegurar a robustez, confiabilidade e validade das técnicas empregadas (Polit; Beck, 2018).

Ressalta-se que a proposta elaborada neste estudo constitui uma ferramenta pedagógica no formato de capacitação em módulos direcionados para equipe multidisciplinar de cuidados paliativos à pessoa idosa com doenças crônicas não transmissíveis na Atenção básica de saúde.

3.2 Cenário da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido no Município de João Pessoa (PB), em quinze Unidades de Atenção Básica de Saúde, distribuídas nos cinco Distritos Sanitários (DS). Do ponto de vista sanitário, a rede de serviços de saúde está distribuída territorialmente em cinco Distritos Sanitários (DS I, DS II, DS III, DS IV e DS V), que recortam toda a extensão territorial da cidade e compreendem o primeiro nível de organização da rede de serviços de saúde, denominado Atenção Básica de Saúde. Atualmente, o município de João Pessoa conta com noventa e cinco Unidades Básicas de saúde e duzentas e doze equipes de saúde da família. Esse quantitativo apresenta a tendência de crescimento, considerando a necessidade de expansão das unidades de saúde para responder à elevada demanda decorrente do aumento populacional observado neste município (João Pessoa, 2024).

Para a seleção das Unidades de Saúde da Família (USF), inicialmente, foi solicitado à Secretaria Municipal de Saúde dados atualizados referentes ao quantitativo de UBS distribuídas por distritos sanitários, bem como àquelas que possuem um contingente maior que atende à população idosa com doenças crônicas não transmissíveis. Diante da obtenção dos dados atualizados, selecionamos as seguintes UBS por Distrito Sanitário: No Distrito I – USF Integrada Cruz Das Armas I, USF Integrada Nova Conquista e USF Integrada Saúde Para Todos; Distrito II - USF Integrada Geisel, USF Integrada Integrando Vidas e USF

Integrada Vila Saúde; Distrito III - USF Integrada Mangabeira, USF Integrada Nova União e USF Integrada Valentina; Distrito IV - USF Integrada Alto do Céu, USF Integrada Matinha II e Paulo Afonso; Distrito V - USF Castelo Branco, USF Integrada Altiplano e USF Integrada Bancários.

Cumpre assinalar que elegemos três USF mencionadas acima, de cada um dos cinco distritos, uma vez que as quinze USF selecionadas apresentaram um maior quantitativo de pessoas acima de sessenta anos com doenças crônicas não transmissíveis.

3.3 População e Amostra

A amostra deste estudo foi composta por cinquenta e cinco profissionais de nível superior que compõem a equipe multiprofissional das UBS selecionadas nos cinco Distritos Sanitários. Conforme o novo modelo da composição das equipes multiprofissionais na ABS (eMulti), publicado pela portaria GM/MS 635/2023, assegura-se a composição de profissionais em diferentes áreas de conhecimento, atuando de maneira complementar e integrada às demais equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), com atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde - RAS (Brasil, 2023). Tal portaria acrescenta além do médico, enfermeiro e dentista, os seguintes profissionais de nível superior: assistente social, farmacêutico clínico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico acupunturista, cardiologista, dermatologista, endocrinologista, geriatra, ginecologista, hansenologista, homeopata, infectologista, pediatra, psiquiatra, nutricionista, profissional de Educação Física na Saúde, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico veterinário, sanitarista e arte-educador.

Os profissionais atuantes nas UBS elegidas para a pesquisa proposta foram: médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, assistente social, cirurgião dentista, terapeuta ocupacional, farmacêuticos, educador físico, farmacêuticos e médico veterinário.

Para seleção da amostra, consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: profissionais da equipe multidisciplinar (médico, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, assistente social, cirurgião dentista, terapeuta ocupacional, farmacêuticos, educador físico e médico veterinário) que estivessem atuando nas UBS selecionadas para o estudo, distribuídas nos respectivos distritos sanitários escolhidos, no momento da coleta de dados, e que aceitasse participar do estudo, mediante o devido consentimento livre e esclarecido do profissional.

Foram excluídos os profissionais de nível médio e os profissionais de nível superior que estavam afastados do trabalho por motivo de licença, de férias ou por outras situações durante o

período da coleta de dados. Portanto, a amostra foi constituída por cinquenta e cinco profissionais de nível superior da equipe multiprofissional, atuantes na atenção primária, selecionados nos cinco Distritos Sanitários, distribuídos da seguinte forma: dezesseis enfermeiros, onze dentistas, onze médicos, cinco fisioterapeutas, dois psicólogos, dois farmacêuticos, dois fonoaudiólogos, dois nutricionistas, dois educadores físicos e dois médicos veterinários.

Para tanto, utilizou-se a amostragem por acessibilidade, também denominada amostragem por conveniência, a qual consiste na seleção dos participantes disponíveis e acessíveis ao pesquisador durante o período previamente delimitado para a coleta de dados (Gil, 2017). Com base nesse entendimento, a pesquisadora considerou suficiente o quantitativo de profissionais que compuseram a amostra, visto que as informações obtidas a partir do questionário foram consideradas satisfatórias para a compreensão do fenômeno investigado.

3.4 Etapas do Estudo

Visando a atender aos objetivos propostos, a pesquisa foi desenvolvida em cinco etapas operacionais:

Primeira etapa - Para uma melhor visibilidade da produção científica acerca dos cuidados paliativos, foi elaborado um artigo intitulado: “Análise bibliométrica do manejo dos cuidados paliativos: tendências, desafios e perspectivas na literatura científica”, publicado em uma revista na área da ciência da saúde com abordagem interdisciplinar (Qualis B1). Para construção da referida publicação, foi realizada uma pesquisa bibliométrica de artigos disseminados em periódicos de circulação nacional e internacional. Tal modalidade de investigação tem como propósito mapear, mensurar e avaliar a produção científica em determinada área do conhecimento, identificando tendências, padrões, lacunas, evolução, de temas específicos e subsidiar a formulação de novas pesquisas (Felisberto et al., 2024).

Além do artigo, foi construído um capítulo teórico com o escopo de ampliar o conhecimento sobre a temática investigada, bem como subsidiar a construção da proposta de capacitação. Foram contemplados os seguintes tópicos no referido capítulo: considerações sobre o envelhecimento populacional, doenças crônicas não transmissíveis, um breve percurso acerca dos cuidados paliativos; Cuidados paliativos com ênfase na Atenção Básica de Saúde, grupos direcionados à assistência paliativa e equipe multiprofissional; Metodologias ativas:

aprendizagem baseada em problemas e discussão de casos como estratégias para capacitação da equipe multiprofissional no manejo dos cuidados paliativos na Atenção Básica de Saúde.

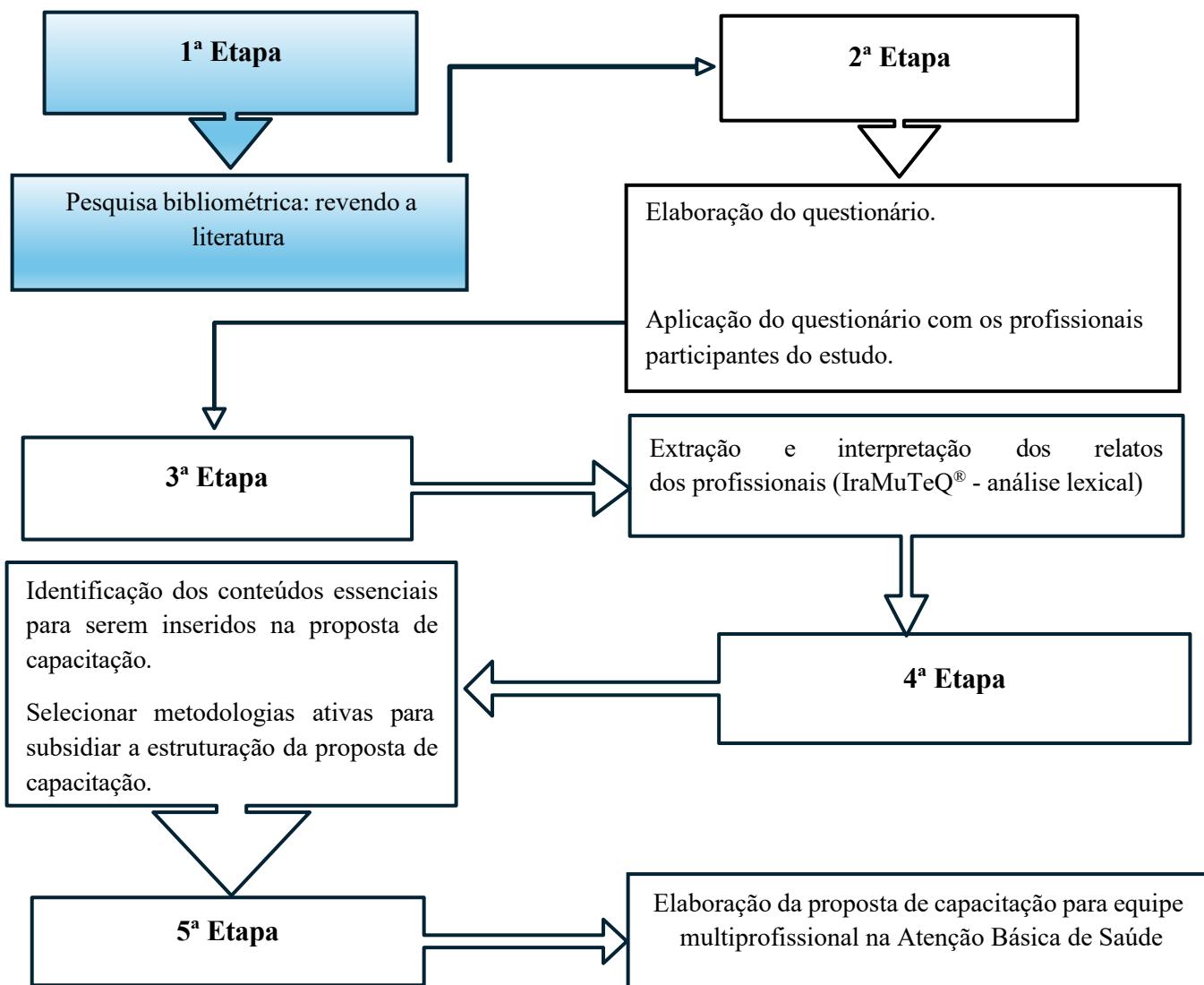
Segunda etapa - Elaboração de um questionário com a finalidade de investigar o entendimento da equipe multiprofissional sobre o manejo dos cuidados paliativos para a pessoa idosa com doenças crônicas não transmissíveis assistida em Unidade Básica de Saúde. O instrumento contemplou dados de caracterização dos participantes; informações acerca da participação do profissional em curso ou treinamento específico em cuidados paliativos; e questões relativas à abordagem dos cuidados paliativos na prática assistencial, com destaque para a promoção da referida modalidade de cuidado direcionada à pessoa idosa com doenças crônicas não transmissíveis assistida em UBS (APÊNDICE B).

Terceira etapa - Extrair os relatos dos profissionais participantes do estudo acerca das questões sobre o manejo de cuidados paliativos da pessoa idosa com doenças crônicas não transmissíveis assistida em Unidades Básicas de Saúde. Em seguida, o material empírico obtido a partir do questionário proposto foi organizado de forma a gerar uma interpretação pormenorizada de seu conteúdo, através de leitura cuidadosa e exaustiva do material, e em seguida foi submetido ao software IraMuTeQ®, para análise lexical dos dados obtidos. Desse modo, foi possível observar as necessidades identificadas nas respostas do questionário que os profissionais participantes do estudo elencaram.

Quarta etapa – Após análise dos resultados obtidos na etapa anterior, foram identificados os conteúdos considerados essenciais para serem inseridos na proposta de capacitação direcionada para a equipe multiprofissional sobre o manejo de cuidados paliativos da pessoa idosa com doenças crônicas não transmissíveis na Atenção Básica de Saúde. Esta etapa teve também o escopo de selecionar metodologias ativas para subsidiar a estruturação da presente proposta, tendo como eixo norteador a aprendizagem baseada em problemas.

Quinta etapa – Elaboração da proposta de capacitação para a equipe multiprofissional acerca do manejo de cuidados paliativos da pessoa idosa com doenças crônicas não transmissíveis na Atenção Básica de Saúde. A estruturação da referida proposta contempla conteúdos elegidos na etapa anterior, os quais estão consubstanciados na literatura pertinente ao tema em estudo. Tal proposta foi estruturada no formato de módulos, para facilitar a sua operacionalização por meio de aulas estratégicas (teórico-prática), com a utilização de metodologias ativas, direcionadas para aprendizagem baseada em problemas e discussão de casos. A pesquisa está dividida em cinco etapas, conforme a Figura 1:

Figura 1 – Etapas da pesquisa



Fonte: Felisberto, 2025.

3.5 Procedimentos para Coleta de Dados

Após aprovação da Gerência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CCS/UFPB), para apreciação e aprovação, com a aprovação do referido CEP, parecer nº 7.030.097 (ANEXO A). No contato inicial, foram apresentados os objetivos do estudo e esclarecidos os procedimentos para a obtenção do material empírico, o qual seria por meio de grupo focal, contudo, alguns participantes solicitaram que não fosse empregada a referida técnica. A partir da solicitação para adequar e minimizar riscos, como desconforto dos participantes, aplicou-se um questionário. Esse questionário foi composto de duas partes: a primeira abordou questões sobre dados sociodemográficos, visando à caracterização dos participantes; a segunda definiu questões relativas à abordagem dos Cuidados Paliativos (APÊNDICE B).

Convém ressaltar que os profissionais aceitaram o convite para participar do estudo. Nessa ocasião, os encontros para responderem ao questionário foram agendados, buscando atender à conveniência do dia, do turno e do horário de cada profissional, havendo necessidade de adequação destes horários por parte dos participantes, impactando no tempo previsto para coleta, sendo a mesma realizada de setembro de 2024 a fevereiro de 2025.

O material empírico obtido a partir do questionário proposto foi organizado de forma a gerar uma interpretação pormenorizada de seu conteúdo, através de leitura cuidadosa e exaustiva do material.

3.6 Análise dos Dados

O material empírico advindo destes profissionais foi organizado, codificado e submetido a uma pré-análise. A exploração do material foi realizada mediante o auxílio do programa Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ), software gratuito e desenvolvido sob a lógica do open source, licenciado pela GNU GPL (v2).

Trata-se de um software gratuito, licenciado por GNU GPL, que produz gráficos a partir da biblioteca Igraph do software R e na linguagem python. O programa viabiliza diferentes tipos de análises textuais, organiza a distribuição do vocabulário de forma comprehensível e visualmente clara, sendo um facilitador para a análise de dados de corpus textual e análise de matrizes. Dentre as análises mais simples, destacam-se a lexicografia básica (frequência de palavras) e as análises multivariadas, como a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e a Análise de Similitude (AS), além de organizar sistematicamente a distribuição do vocabulário de forma clara e comprehensível por meio da nuvem de palavras (Santos, 2021; Souza, 2018).

A partir de tais informações, o software identifica e analisa os dados em um tipo específico de diagrama no qual está contida a organização de determinados fatores e variáveis (um dendrograma) da CHD, que ilustra as relações entre as classes, as quais geram as categorias temáticas. Portanto, é a interpretação qualitativa do pesquisador, envolvido tanto com os dados quanto com o estado da arte da pesquisa, que confere significado ao relatório gerado pelo programa.

A análise de Similitude configura-se na teoria dos grafos, sendo composta por um núcleo central a partir do qual surgem algumas ramificações decorrentes das coocorrências entre as palavras, que indicam a conexidade entre elas, formando uma árvore de palavras com ramificações a partir da relação que uma tem com a outra, auxiliando assim na identificação

da estrutura de um corpus textual. Não obstante, diferencia também as partes comuns e as especificidades em função das variáveis ilustrativas (descritivas) identificadas na análise, cujo resultado é apresentado em gráfico no formato de árvore (hierárquico), com várias possibilidades de visualização das ligações entre as palavras (Salviati, 2017).

A análise em nuvem de palavras se dá por uma representação gráfica da organização lexical em função da frequência dessas palavras. O resultado é apresentado em um “emaranhado” de palavras, em que as mais relevantes, de acordo com os indicadores, são destacadas pelo tamanho. Trata-se de uma análise lexical mais simples, no entanto, com uma ilustração gráfica que permite a identificação das palavras-chave de um corpus com facilidade e rapidez (Sousa, 2020).

Quanto aos benefícios do uso do IRaMuTeQ, destacam-se: a possibilidade de analisar um banco de dados extenso, os diferentes tipos de análises possibilitadas por este software, com apoio em elementos gráficos e em análises multivariadas; a otimização da organização de dados; o resgate do contexto no processo de análise; o maior rigor metodológico do processo de análise; e a gratuidade do software (Martins, 2022).

É pertinente ressaltar que o IRaMuTeQ é uma ferramenta de recurso técnico de análise lexical. Embora seja possível quantificar estatisticamente as respostas dos participantes desta pesquisa, o propósito em utilizar o software foi a organização sistematizada do discurso, gerada pelas representações das classes temáticas, identificadas nos depoimentos dos profissionais, dos significados pertinentes com a sua práxis sobre cuidados paliativos em pessoas idosas no âmbito da UBS.

Desse modo, possibilitou a articulação e interpretação do material empírico com base na literatura pertinente ao tema em estudo, com o objetivo de proceder à descrição dos dados obtidos a partir das respostas dos profissionais inseridos na pesquisa, bem como conjecturar novas possibilidades acerca da investigação proposta.

3.7 Aspectos Éticos

O estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCS/UFPB), conforme Parecer Consustanciado nº 7.030.097 (ANEXO A). Ressalta-se que foram respeitadas as diretrizes preconizadas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e pela Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), referentes aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 2012; Brasil, 2016), garantindo-se o consentimento livre e esclarecido dos

participantes, bem como seu anonimato e o sigilo de dados confidenciais. Consideraram-se os riscos e benefícios, tanto conhecidos quanto potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos.

Foi solicitada a leitura e assinatura do TCLE (APÊNDICE A), bem como informado aos participantes que poderiam desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Além disso, a pesquisadora enfatizou a contribuição da pesquisa para o reconhecimento da valorização dos cuidados paliativos pela equipe de saúde na atenção básica.

3.8 Resultados e discussão

Este capítulo tem por objetivo apresentar os dados relacionados aos participantes inseridos no estudo, os quais viabilizaram a realização da pesquisa. Em seguida, serão apresentadas as categorias temáticas que emergiram do material empírico do estudo, mediante o software IraMuTeQ. Serão destacados a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), a análise de similitude e a nuvem de palavras, que correspondem aos resultados derivados da pesquisa que subsidiaram a análise conforme os objetivos propostos, bem como a discussão desses resultados e a elaboração da proposta de capacitação em cuidados paliativos para a equipe multiprofissional na ABS.

3.9 Caracterização dos Participantes

Participaram da presente pesquisa 55 profissionais da saúde que atuam na Atenção Básica, com idade média de 39,6 anos ($DP= 14,550$), sendo 81,2% ($n= 45$) profissionais do sexo feminino e 18,8% ($n= 10$) do sexo masculino. Tais profissionais atuam em diferentes Distritos Sanitários (DS), a saber: 6 profissionais atuam no DS I (10,9%), 14 pertencem ao DS II (25,5%), também 14 se encontram no DS III (25,5%), 13 no DS IV (23,6%) e, por fim, 8 profissionais atuam no DS V (14,5%).

No que se refere à formação desses(as) profissionais, tem-se 16 enfermeiros(as) (29,2%), 11 dentistas (20%), 11 médicos(as) (20%), 5 fisioterapeutas (9,2%), 2 profissionais da educação física (3,6%), 2 psicólogos(as) (3,6%), 2 nutricionistas (3,6%), 2 médicos(as) veterinários(as) (3,6%), 2 fonoaudiólogos(as) (3,6%) e 2 farmacêuticos(as) (3,6%). O tempo médio de formação desses profissionais foi de 11,8 anos ($DP= 13,409$). Ainda no que tange a formação, 34 profissionais (61,7%) afirmaram possuir apenas especialização, 5 (9,2%) possuem como maior grau de formação o mestrado e apenas 2 (3,6%) possuem também o doutorado; 14 participantes (25,5%) não possuem nenhum tipo de pós-graduação. Apenas 4 profissionais (7,3%)

afirmaram terem feito treinamento específico na área de cuidados paliativos, sendo somente um deles de longa duração (carga horária de 240 horas) e os demais de curta duração (4 horas).

Ressalta-se que apenas 9 profissionais (16,4%) afirmaram que, na unidade básica de saúde em que atuam, há uma ferramenta para triagem de usuários(as) que necessitam de cuidados paliativos. As ferramentas descritas incluem acolhimento, anamnese, escuta qualificada e visitas domiciliares, especialmente referenciadas na atuação dos(as) agentes comunitárias de saúde, além do prontuário eletrônico contendo informações de avaliação clínica, Cadernos de Atenção Básica voltados para os cuidados com acamados e/ou domiciliados e Manual de Cuidados Paliativos formulado pela Associação Nacional de Cuidados Paliativos. Por outro lado, 80% (n= 44) dos(as) participantes afirmaram não possuir ferramenta específica na unidade em que atuam e 3,6% (n= 2) afirmaram não terem conhecimento da existência de uma ferramenta para essa finalidade.

3.10 Processamento dos Dados das respostas do Questionário no IRaMuTeQ®

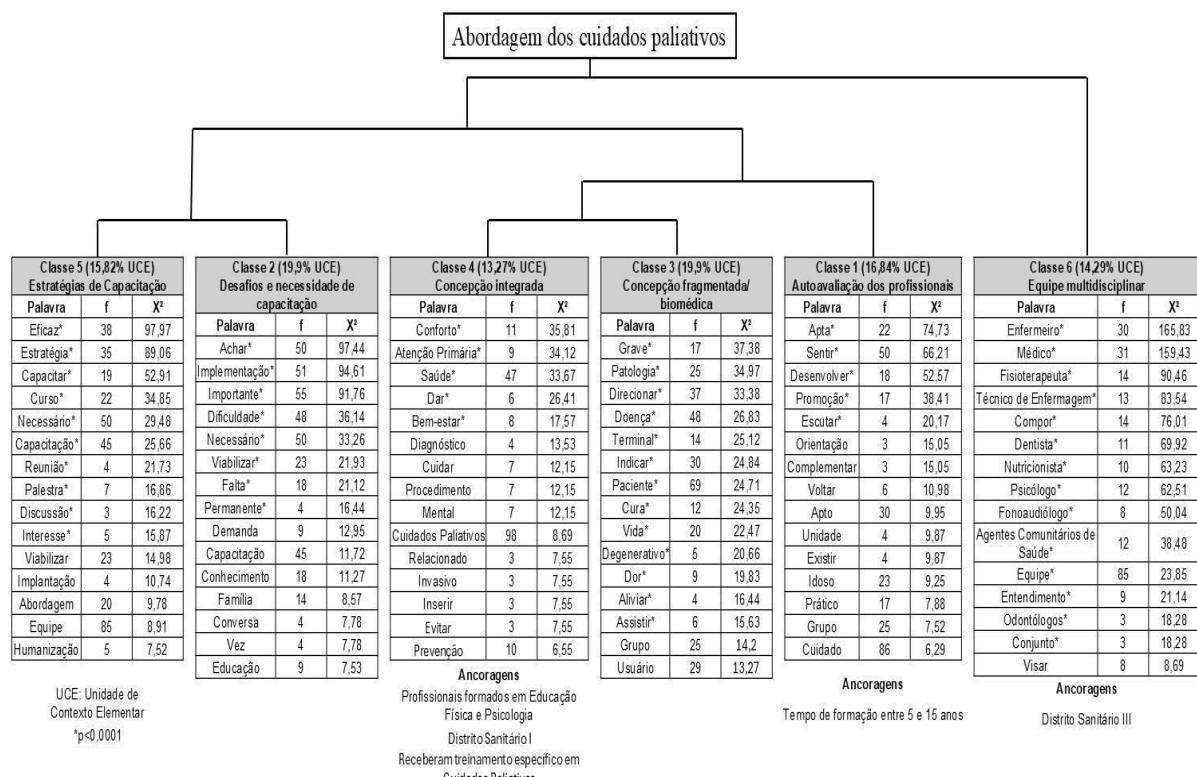
Inicialmente, o material apreendido do questionário passou pela etapa de leitura e releitura minuciosa e transcritas para um arquivo único, o corpus textual, o qual foi processado pelo software IRaMuTeQ, codificado de acordo com as variáveis e digitado em bloco de notas. Logo, em conformidade com o software, procedeu-se às seguintes codificações das variáveis: Gênero (*gen_1: feminino e *gen_2: masculino); Idade (*idade_1: 23 a 37 anos, *idade_2: 38 a 51 anos, *idade_3: 52 a 65 anos, *idade_4: 65 a 79 anos); Tempo de formação (*tform_1: menos de 5 anos, *tform_2: 5 a 15 anos, *tform_3: mais de 15 anos); Formação (*form_01: educação_física, *form_02: fisioterapia, *form_03: psicologia, *form_04: nutrição, *form_05: Medicina veterinária, *form_06: fonoaudiologia, *form_07: enfermagem, *form_08: Odontologia, *form_09: farmácia, *form_10: medicina); Tempo de atuação: (*tatua_1: menos de 1 ano, *tatua_2: entre 1 e 10 anos, *tatua_3: +10 anos); Treinamento específico (*trei_1: Sim, *trei_2: Não). Em seguida, procedeu-se a revisão de todo o arquivo, a correção de erros de digitação e pontuação, a uniformização das siglas e a junção de palavras compostas, como exemplo “cuidados_paliativos”, com os caracteres underline, em substituição aos espaços; e a codificação do texto para o software, por meio das linhas de comando, referente ao participante e ao número de ordem de cada um (**** *part_01 *ds_1 *gen_1 *idade_1 *tform_2 *form_02 *tatua_2 *trei_1), compreendendo as variáveis do estudo para separar cada entrevista.

3.11 Apresentação das Classes e seus Temas

O material processado pelo IRaMuTeQ obteve um aproveitamento acima de 75% do material, conforme assinala Camargo e Justo (2013), que consideram esse resultado bom quando 75% ou mais das Unidades de Contexto Elementar (UCE) são aproveitadas. Após o processamento do corpus, foi realizada a interpretação pelas autoras do estudo.

O Campo Representacional da Figura 2 (dendrograma) foi construído a partir de um corpus com 219 segmentos de texto, dos quais 89,50% foram aproveitados para análise lexical que compõe a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), permitindo a formação de seis classes de palavras. Na Figura, tem-se as palavras que compõem cada classe, com recorte para os 15 vocábulos com maior valor de χ^2 , a frequência com que aparecem no corpus, o valor de χ^2 e as ancoragens, que funcionam como ideias de força para formação da classe.

Figura 2 – Classificação Hierárquica Descendente (CHD) por meio de dendrograma com palavras/termos mais significativos das entrevistas.



A Classe 1, nomeada de Autoavaliação dos profissionais, concentrou 16,84% das Unidades de Contexto Elementar (UCE), sendo formada por um intervalo de radicais e vocábulos entre $\chi^2 = 74,73$ (Apta) e $\chi^2 = 6,29$ (Cuidado). Além disso, o tempo de formação entre 5 e 15 anos dos profissionais que participaram da pesquisa aparece como uma ancoragem significativa para formação dessa classe, que se refere à autoavaliação dos profissionais sobre a competência de promover cuidados paliativos na ABS.

Já a Classe 2, denominada Desafios e necessidade de capacitação, reteve 19,9% das UCE, com um intervalo entre $\chi^2 = 97,44$ (Achar) e $\chi^2 = 7,53$ (Educação). As classes 2 e 5 se associam como complementares, uma descreve desafios e necessidades de capacitação, enquanto a outra apresenta estratégias de capacitação. A classe Concepção fragmentada/biomédica (Classe 3), por sua vez, também reteve 19,9% das UCE, com intervalo de radicais e vocábulos entre $\chi^2 = 37,38$ (Grave) e $\chi^2 = 13,27$ (Usuário). Essa classe está vinculada à concepção dos profissionais acerca do conceito teórico e filosófico dos cuidados paliativos, voltado para o modelo fragmentado e biomédico.

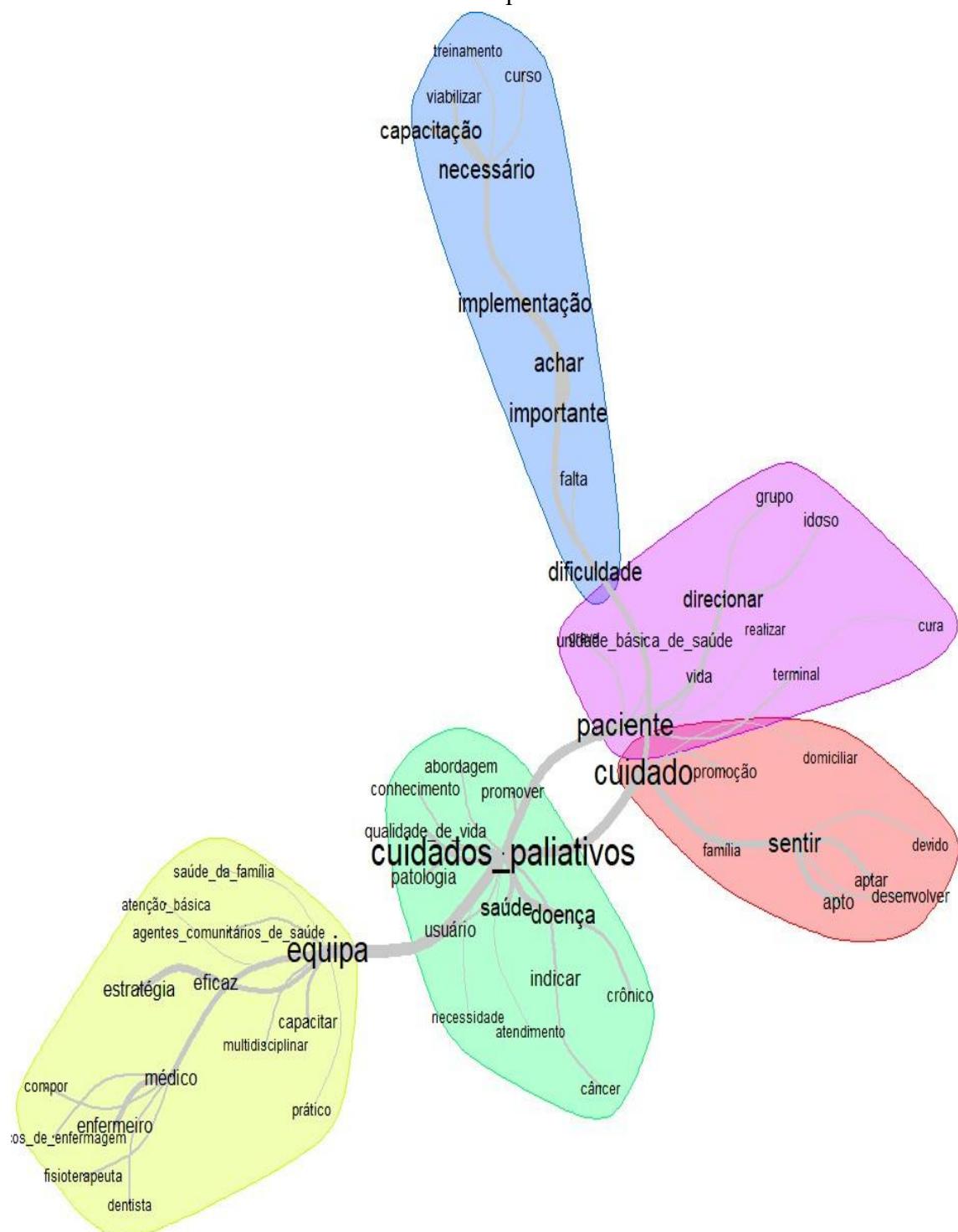
A Classe 4, constituída como Concepção integrada, com 13,27% das UCE, possui intervalo entre $\chi^2 = 35,81$ (Conforto) e $\chi^2 = 6,55$ (Prevenção), bem como apresenta as variáveis de ancoragem: profissionais formados nos cursos de Educação Física e Psicologia, que pertencem ao Distrito Sanitário I e que receberam ao longo de sua atuação um treinamento específico na área de cuidados paliativos. As classes 3 e 4, ambas, caracterizam elementos em relação à concepção dos profissionais acerca do conceito teórico e filosófico dos cuidados paliativos. Todavia, a Classe 4 expressa, em seus segmentos de texto, elementos que traduzem uma visão conceitual no modelo integral.

A classe Estratégias de capacitação (Classe 5), com concentração de 15,82% das UCE, apresenta o intervalo entre $\chi^2 = 97,97$ (Eficaz) e $\chi^2 = 7,52$ (Humanização). O conteúdo desta classe evidencia diferentes abordagens de formação, estratégias de capacitação e ações, constituindo recursos essenciais para fortalecer competências profissionais, promover um cuidado qualificado e articular conhecimentos técnicos e socioemocionais na prática cotidiana das equipes.

A Classe 6, denominada de Equipe multidisciplinar, reteve 14,29% das UCE, apresentando o intervalo entre $\chi^2 = 165,83$ (Enfermeiro) e $\chi^2 = 8,69$ (Visar), com maior participação dos profissionais que atuam no Distrito Sanitário III. Essa classe refere-se à concepção dos participantes sobre os profissionais que devem compor as equipes multidisciplinares para prestar a assistência paliativa na ABS.

A análise de Similitude, exposta na Figura 3, por sua vez, viabilizou a identificação de coocorrências de palavras nas falas dos profissionais de saúde. Para composição da análise foi considerada a frequência mínima de 13 repetições, resultando em cinco conjuntos distintos interligados entre si. Salienta-se que essa análise deve ser interpretada mediante três fatores: os agrupamentos (nuvens coloridas), o tamanho das palavras (equivalente à frequência) e o tamanho das arestas (traços na cor cinza que conectam os vértices), que indicam os valores de associação existentes entre as palavras.

Figura 3 – Análise de Similitude colorida das falas dos profissionais de saúde acerca dos cuidados paliativos



Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

O conjunto central (cor verde), traz em destaque o termo “cuidados paliativos”, associando-se à “qualidade de vida”, “abordagem”, “conhecimento”, “promover”, “patologia”, “usuário”, “saúde”, “doença”, “indicar”, “necessidade”, “atendimento”,

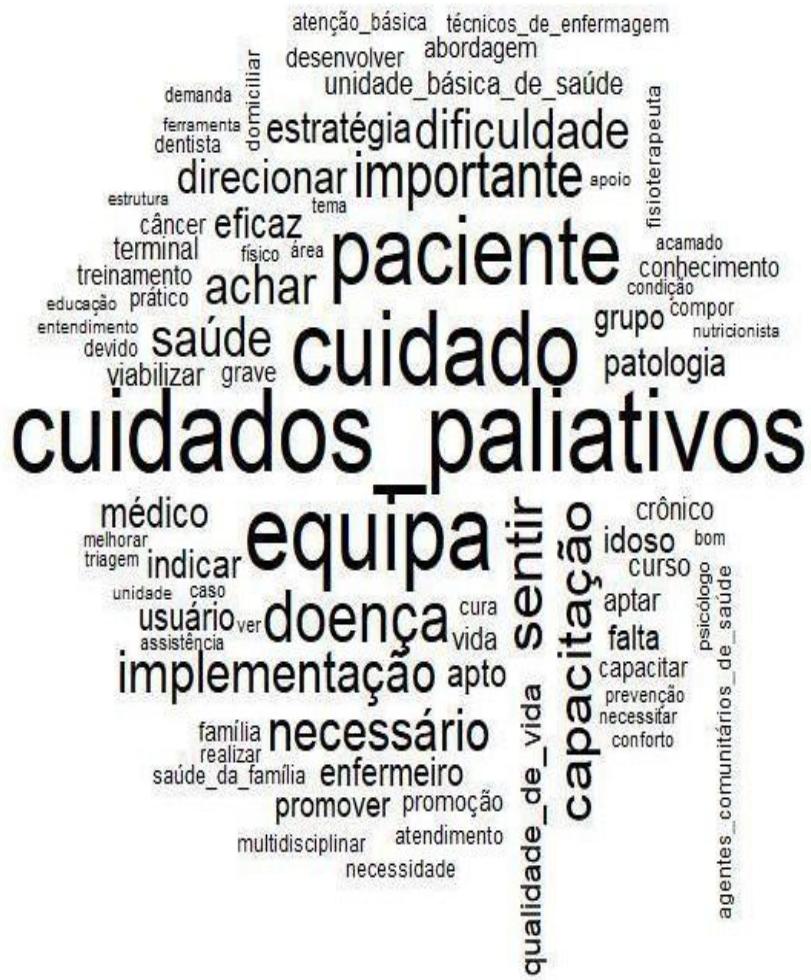
“crônico” e “câncer”. À sua esquerda, observa-se a presença de um único conjunto (cor amarela), com ênfase para o vocábulo “equipe”, interligado aos diferentes profissionais da saúde que compõe a equipe “multidisciplinar” (médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, fisioterapeuta, dentista, agentes comunitários de saúde), bem como aos termos “atenção básica”, “saúde da família”, “estratégia”, “eficaz”, “capacitar” e “prático”.

À direita do conjunto central, tem-se os demais agrupamentos. O de cor roxa tem destaque para o vocábulo “paciente”, associado à “unidade básica de saúde”, “grave”, “vida”, “direcionar”, “realizar”, “terminal”, “grupo”, “idoso” e “cura”. Já o conjunto de cor vermelha traz o termo “cuidado” associado à “promoção”, “família”, “domiciliar”, “sentir”, “apto”, “apta”, “desenvolver” e “devido”.

O conjunto azul conecta-se aos demais pelo vocábulo “dificuldade”, conectado aos termos “falta”, “importante”, “achar”, “implementação” e “necessário”, que, por sua vez, tem relação direta com “capacitação”, “viabilizar”, “treinamento” e “curso”. Assim, é possível identificar a estrutura, o núcleo central e o sistema periférico da interpretação dos profissionais da equipe multidisciplinar acerca da abordagem dos cuidados paliativos na ABS.

A Figura 4, a seguir, é caracterizada pela nuvem de palavras, gerada pelo software IraMuTeQ. Trata-se de uma representação gráfica dos termos mais frequentes no corpus textual analisado. Assim, para a composição desta figura, foi considerada a frequência mínima de 10 repetições. As palavras com maior destaque e tamanho na figura indicam maior recorrência no texto analisado. Esta agrupa e organiza as palavras de acordo com sua frequência em relação às demais, viabilizando a rápida identificação das palavras, tendo seu destaque no corpus de análise da pesquisa.

Figura 4 – Nuvem de palavras gerada pelo software IRaMuTeQ



Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Os termos mais evidentes são “Cuidados Paliativos”, “Paciente”, “Equipe”, “Cuidado”, “Doença”, “Implementação” e “Capacitação”, indicando uma ênfase na atuação da equipe multiprofissional e na necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para garantir um cuidado adequado aos pacientes.

Palavras como “Importante”, “Estratégia”, “Dificuldade”, “Necessário” e “Falta” apontam para desafios na implementação dessas práticas, enquanto termos como “Saúde”, “Qualidade de Vida”, “Enfermeiro”, “Médico”, “Usuário” e “Família” ressaltam a abordagem interdisciplinar e centrada no usuário e sua família. Os demais termos que compõem a figura, com menor tamanho, são complementares às ideias principais apresentadas.

3.12 Discussão Analítica das Classes Temáticas

Emergiram dos dados coletados a construção de seis classes temáticas, analisadas e apresentadas a seguir: Autoavaliação dos profissionais sobre a competência de promover cuidados paliativos na ABS; Desafios e necessidade de capacitação em cuidados paliativos; Concepção dos profissionais acerca do conceito teórico e filosófico dos cuidados paliativos, no modelo biomédico; Concepção dos profissionais acerca do conceito teórico e filosófico dos cuidados paliativos, no modelo integral; Percepção dos profissionais acerca de estratégias eficazes para capacitação em cuidados paliativos na ABS; Profissionais que devem compor as equipes multidisciplinares para prestar a assistência paliativa na ABS.

Na primeira classe, buscou-se agrupar o entendimento dos profissionais em relação a se sentirem aptos a promover cuidados paliativos, e quais ações desenvolvem para realizar esta prática na ABS. As respostas dos participantes foram variadas, sendo que a maioria relatou não se sentir apta para oferecer a assistência paliativista, conforme relato a seguir:

“Não me sinto apta para promover cuidados paliativos porque tenho pouco conhecimento sobre cuidados paliativo, especialmente na atenção básica necessito de mais conhecimento sobre a prática, falta aprimorar os conhecimentos voltados para a atenção básica” (Fisioterapeuta).

“Não me sinto apto, devido a falta de conhecimento técnico e experiência técnica e prática para tais atualizações” [...] (Médico).

“Não me sinto apto para integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente” [...] (Enfermeira).

“Não me sinto apta, pois nunca recebi nenhuma capacitação voltada para área dessa forma específica” (Odontologia).

“Não me sinto apta para esses cuidados, pois não tenho certa liberdade de poder sair do meu ambiente e poder exercer um trabalho mais efetivo” (Farmacêutico).

“Não me sinto apta, devido que os cuidados paliativos envolvem uma dimensão biopsicossocial além dos cuidados assistenciais duros que envolve técnica e materiais hospitalares específicos e os cuidados com o sujeito no âmbito social” (Enfermeira).

“Me sinto apta, desenvolvo práticas de prevenção e alívio do sofrimento avaliação e tratamento” (Odontologia).

“Me sinto apta a realizar algumas atividades como veterinária sei que a interação dos animais com os seres humanos desencadeia uma cascata de hormônios benéficos principalmente para pacientes paliativos os que aceitarem podemos desenvolver e facilitar essa interação” (Veterinária).

Os trechos das falas destacados desses profissionais deixam transparecer de modo enfático a falta de conhecimento e de preparação para promoverem o manejo dos cuidados paliativos. Isto reflete que apesar de ser uma prática em expansão no Brasil, especialmente devido ao aumento da expectativa de vida da população e de doenças crônicas, nota-se a permanência de fragilidades na formação profissional e na educação continuada, o que pode gerar prejuízos na produção de cuidados em saúde (Alves; Oliveira, 2022).

Além disso, a ausência de uma estrutura curricular consolidada que conte com os princípios dos cuidados paliativos é uma das principais deficiências na formação dos profissionais de saúde. Em muitas graduações, o tema é abordado de maneira superficial ou inexistente, limitando a aquisição de competências essenciais para a prática (Oliveira, 2025). Mesmo em programas de pós-graduação e residências médicas, a formação especializada nessa área ainda é insuficiente (Salman et al., 2024). Esclarece-se que a percepção de inaptidão não foi reservada a uma classe profissional específica, denotando uma deficiência comum em diferentes currículos e práticas.

Essa fragilidade tem consequências diretas na assistência aos pacientes. Um dos principais impactos é a dificuldade dos profissionais em manejá-la dor e outros sintomas físicos de forma eficaz, resultando em um sofrimento evitável para o paciente. A comunicação inadequada com pacientes e familiares também é uma consequência grave, podendo gerar angústia, decisões terapêuticas desalinhadas com os desejos do paciente e dificuldades no processo de tomada de decisão compartilhada (Silva; Nietzsche; Cogo, 2021).

Na atenção básica, a assistência em cuidados paliativos se torna ainda mais complexa, devido à falta de conhecimento sobre a importância da implementação precoce desses cuidados, evitando a intensificação de tratamentos inapropriados e onerosos, hospitalizações prolongadas e maior sofrimento para o paciente e sua família (Rodrigues; Silva; Cabrera, 2022). Ademais, a falta de integração entre a equipe da estratégia de saúde da família e a equipe multiprofissional compromete a construção de planos terapêuticos abrangentes e centrados no paciente (Salman et al., 2024).

O tempo de atuação entre cinco e quinze anos, no qual se ancoram as representações sobre a autopercepção de aptidão, refere-se a um grupo de profissionais com experiência empírica suficiente para compreender como essa demanda por cuidados paliativos comparece na ABS.

A análise de Similitude, por sua vez, destacou que a autopercepção de aptidão para o cuidado é destacada no agrupamento vermelho pelo vocábulo “sentir”, indicando que essa autoavaliação também envolve aspectos relativos ao sentimento do profissional quando se depara com situações de terminalidade. A ausência de treinamento adequado contribui para a insegurança dos profissionais ao lidar com a morte e o morrer, aumentando os níveis de estresse e desgaste emocional da equipe de saúde. Esse fator pode impactar a qualidade da assistência e contribuir para a síndrome de burnout, que afeta significativamente a performance profissional e a relação com os pacientes (Pernicotti et al., 2020; Siqueira, 2018).

As Classes 2 e 5 estão articuladas na medida em que versam sobre os desafios e a necessidade de capacitação para profissionais de saúde que atuam na atenção básica, ao passo que pontuam estratégias eficazes para efetivar essa capacitação, como pode ser observado nas falas dos participantes:

“Acho necessário realizar treinamentos e capacitações para implementação desses cuidados. É eficaz na capacitação da equipe realizar rodas de conversa apresentação expositiva da portaria de cuidados paliativos e utilizar metodologias ativas para capacitar as equipes” (Fisioterapeuta)

“As estratégias eficazes são cursos práticas e debates sobre o tema” (Educação física)

“São estratégias eficazes cursos e educação em saúde” (Psicologia)

“São estratégias eficazes os encontros de educação permanente” (Nutrição)

“[...] para capacitar a equipe a reunião clínica com discussão de caso e interconsultas” (Medicina)

“[...] para capacitar a equipe as reuniões de equipe capacitações em intervalos regulares usar instrumentos como genograma, ecomapa, PTS, para integrar a equipe em comunicação e ação” (Enfermagem)

“Para tanto é necessário viabilizar treinamentos, palestras, cursos para toda a equipe e implantação de ferramentas de triagem. A capacitação da equipe deve ser através de palestras, cursos e treinamentos na área” (Medicina)

“Educação permanente aos profissionais, a promoção de oficinas para os profissionais... é uma estratégia eficaz de capacitação” (Enfermagem)

“É necessário oficinas, minicursos e aulas em formato presencial e práticas guiadas” (Fonoaudiologia)

“[...] Cursos, debates, entre outros” (Medicina veterinária)

“[...] Especialização e o mestrado profissional com vínculo municipal” (Fisioterapia)

“[...] Discussão de casos clínicos em reuniões semanais com todos os membros da equipe” (Odontologia)

“É eficaz viabilizar cursos de formação com horário protegido, teórico e prático” (Medicina)

“Cursos online e capacitação para os profissionais nas reuniões de equipe” (Fisioterapia)

Os trechos das falas destacados desses profissionais deixam transparecer de modo enfático a falta de conhecimento e de preparação para promoverem o manejo dos cuidados paliativos. Isto reflete que apesar de ser uma prática em expansão no Brasil, especialmente devido ao aumento da expectativa de vida da população e de doenças crônicas, nota-se a permanência de fragilidades na formação profissional e na educação continuada, o que pode gerar prejuízos na produção de cuidados em saúde (Alves; Oliveira, 2022).

Além disso, a ausência de uma estrutura curricular consolidada que contemple os princípios dos cuidados paliativos é uma das principais deficiências na formação dos profissionais de saúde. Em muitas graduações, o tema é abordado de maneira superficial ou inexistente, limitando a aquisição de competências essenciais para a prática (Oliveira, 2025). Mesmo em programas de pós-graduação e residências médicas, a formação especializada nessa área ainda é insuficiente (Salman et al., 2024). Esclarece-se que a percepção de inaptidão não foi reservada a uma classe profissional específica, denotando uma deficiência comum em diferentes currículos e práticas.

Essa fragilidade tem consequências diretas na assistência aos pacientes. Um dos principais impactos é a dificuldade dos profissionais em manejá-la dor e outros sintomas físicos de forma eficaz, resultando em um sofrimento evitável para o paciente. A comunicação inadequada com pacientes e familiares também é uma consequência grave, podendo gerar angústia, decisões terapêuticas desalinhadas com os desejos do paciente e dificuldades no processo de tomada de decisão compartilhada (Silva; Nietsche; Cogo, 2021).

Na atenção básica, a assistência em cuidados paliativos se torna ainda mais complexa, devido à falta de conhecimento sobre a importância da implementação precoce desses cuidados, evitando a intensificação de tratamentos inapropriados e onerosos, hospitalizações prolongadas e maior sofrimento para o paciente e sua família (Rodrigues; Silva; Cabrera, 2022). Ademais, a falta de integração entre a equipe da estratégia de saúde da família e a equipe multiprofissional compromete a construção de planos terapêuticos abrangentes e centrados no paciente (Salman et al., 2024).

O tempo de atuação entre cinco e quinze anos, no qual se ancoram as representações sobre a autopercepção de aptidão, refere-se a um grupo de profissionais com experiência empírica suficiente para compreender como essa demanda por cuidados paliativos comparece na ABS.

A análise de Similitude, por sua vez, destacou que a autopercepção de aptidão para o cuidado é destacada no agrupamento vermelho pelo vocábulo “sentir”, indicando que essa autoavaliação também envolve aspectos relativos ao sentimento do profissional quando se depara com situações de terminalidade. A ausência de treinamento adequado contribui para a insegurança dos profissionais ao lidar com a morte e o morrer, aumentando os níveis de estresse e desgaste emocional da equipe de saúde. Esse fator pode impactar a qualidade da assistência e contribuir para a síndrome de burnout, que afeta significativamente a performance profissional e a relação com os pacientes (Pernicotti et al., 2020; Siqueira, 2018).

As Classes 2 e 5 estão articuladas na medida em que versam sobre os desafios e a necessidade de capacitação para profissionais de saúde que atuam na atenção básica, ao passo que pontuam estratégias eficazes para efetivar essa capacitação, como pode ser observado nas falas dos participantes:

Percebe-se que os participantes veem como necessária a capacitação para a implementação dos cuidados paliativos, destacando a importância de estratégias eficazes para viabilização do treinamento das equipes na ABS. Entende-se que a ABS é o nível de atenção que atua como principal porta de entrada para as demandas da população, estando em contato direto com os territórios e, consequentemente, assumindo o papel essencial de identificar precocemente as necessidades dos usuários dos sistemas de saúde (Carnut, 2017). Contudo, essa atuação enfrenta desafios concernentes às lacunas de conhecimento técnico no que tange aos cuidados paliativos em função dos déficits na formação acadêmica e, posteriormente, da ausência de capacitações, constituindo-se como uma necessidade (Salman et al., 2024).

Salienta-se que essas capacitações não devem ser limitadas a ações pontuais ou na denominada “educação continuada”, uma vez que não dão conta da complexidade do SUS. A Educação Continuada se trata de um processo de atualização profissional que visa aprimorar habilidades específicas sem necessariamente alcançar um comprometimento com a transformação das práticas cotidianas, seguindo o modelo tradicional de ensino (Brasil, 2018). No Brasil, a Educação Permanente em Saúde é privilegiada, em detrimento dessa modalidade de aprendizagem, visto que está inserida em uma lógica que une o ensino e a prática nos serviços de saúde, isto é, um processo educativo que parte da problematização dos casos,

estando baseada em metodologias ativas de ensino, reflexão crítica e construção coletiva do conhecimento (Brasil, 2018).

Na análise de similitude, o conjunto azul apresenta uma outra visualização das correlações existentes entre essas duas classes, através da aproximação dos termos que indicam, simultaneamente, a escassez e a necessidade de viabilizar treinamentos e capacitações. Zamarchi e Leitão (2023) categorizam três áreas de estratégias educacionais para profissionais de saúde no campo de cuidados paliativos com base em diferentes estudos, a saber: estratégias institucionais, processos de ensino formais e estratégias de educação permanente. As estratégias institucionais incluíram palestras, simpósios, rodas de conversa e treinamentos promovidos por conselhos profissionais e instituições, além da criação de protocolos e diretrizes institucionais.

Os processos de ensino formais envolvem a inserção dos cuidados paliativos nos currículos de pós-graduação, desenvolvimento de diretrizes específicas para formação e incentivo à especialização, bem como a promoção de debates relativos aos cuidados paliativos nos currículos dos profissionais. Além disso, é necessário estratégias de educação permanente com aulas expositivas, debates, simulações clínicas, metodologias ativas e uso de tecnologias digitais, focalizando a aprendizagem contínua dentro dos ambientes de trabalho (Zamarchi; Leitão, 2023).

As Classes 3 e 4 trazem diferentes concepções acerca dos Cuidados paliativos na atenção básica. Na classe 3, observa-se a presença do modelo biomédico, que compreende o sujeito de maneira fragmentada, o que limita a abordagem integral e multidisciplinar necessária para essa modalidade de assistência. Fragmentos referentes a essa classe podem ser observados em:

“São indicados para doenças terminais doenças graves, que ameaçam a vida ou degenerativas, sem cura ou bom prognóstico, devem estar direcionados para doenças crônicas doenças terminais acamados” (Odontologia)

“Devem estar direcionados para grupos de pacientes com patologias sem perspectiva de cura, terminal” (Medicina)

“Devem estar direcionados para grupos de pacientes com enfermidades que ameacem a sua continuidade de vida” (Medicina Veterinária)

“Devem estar direcionados para grupos de idosos acamados e para patologias como câncer, doenças neurodegenerativas, insuficiência respiratória” (Odontologia)

“São indicados para todas as doenças em estágio terminal, devem estar direcionados para qualquer paciente, independente das

“patologias, mas que esteja em fase terminal, necessitando de cuidados paliativos” (Enfermagem)

“Direcionados principalmente para pacientes oncológicos, mas também para idosos com patologias degenerativas” (Medicina)

Esses relatos evidenciam que os profissionais tendem a conceber os cuidados paliativos como uma prática assistencial direcionada a indivíduos acometidos por doenças crônicas, idosos acamados, sobretudo o câncer, em estágio avançado e irreversível, sem perspectivas terapêuticas de cura. Nessa perspectiva, os pacientes são, em sua maioria, descritos como acamados, deixando transparecer, de modo enfático, que a indicação dos cuidados paliativos está voltada para a identificação e o tratamento de alterações orgânicas, centrada na dimensão biológica, no diagnóstico de patologias e no fim de vida.

Tradicionalmente, diversos profissionais associam os cuidados paliativos exclusivamente ao manejo de dor e sintomas físicos em pacientes terminais, sobretudo oncológicos, ignorando sua dimensão holística, que envolve aspectos emocionais, sociais, espirituais e éticos. É oportuno destacar que esta modalidade de cuidar é uma abordagem com foco na promoção da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares perante as doenças que ameaçam a continuidade da existência. Requer uma identificação precoce, bem como a avaliação e o tratamento eficaz da dor e de outras dificuldades de ordem física, psicossocial e espiritual, objetivando, sobretudo, a prevenção e o alívio do sofrimento (WHO, 2018).

Todavia, o modelo biomédico enfatiza a cura e a intervenção tecnológica, priorizando tratamentos voltados à erradicação da doença, o que gera resistência à adoção precoce dos cuidados paliativos. Como consequência, muitos profissionais só consideram essa abordagem em estágios avançados da enfermidade, retardando intervenções que poderiam melhorar significativamente a qualidade de vida dos pacientes (Aleoni, 2024). Além disso, a fragmentação do cuidado leva a uma atuação compartmentalizada, em que diferentes especialidades trabalham de forma isolada, sem uma visão integrativa do paciente (Nigri, 2024). Esse cenário dificulta a comunicação entre as equipes e a adoção de uma assistência centrada na pessoa, essencial nos cuidados paliativos. A falta de formação específica reforça essa visão reducionista, pois muitos profissionais não são capacitados para lidar com o sofrimento, a finitude da vida e as necessidades subjetivas dos pacientes (Zamarchi; Leitão, 2023). De tal modo que a superação dessa concepção limitada só é possível através de propostas interdisciplinares e da educação permanente em saúde, valorizando os cuidados paliativos como uma estratégia de suporte integral desde o momento do diagnóstico de doenças crônicas, graves e/ou progressivas (Nigri, 2024).

A concepção fragmentada pode ser observada com uma outra configuração no agrupamento de cor roxa da AS, no qual o termo “paciente” relaciona-se com as ideias de “cura da patologia”, mais

especificamente nas situações de adoecimento grave e terminalidade, imprimindo no cuidado uma lógica limitante, que reduz o paciente à sua dimensão biológica e desconsidera os aspectos culturais, sociais e subjetivos. Ainda que o cuidado paliativista esteja sendo estudado dentro do contexto das unidades básicas de saúde, que possuem como um norte ações de prevenção e promoção da saúde (Rodrigues; Silva; Cabrera, 2022), essa concepção tende a compartmentalizar a atenção em saúde por especialidades ou por grupos populacionais, como o grupo de idosos, enfraquecendo possibilidades de melhoria da qualidade de vida dos usuários do serviço.

Por outro lado, a Classe 4 traz uma concepção integrada de saúde nos cuidados paliativos, que considera a complexidade do sujeito em suas dimensões física, emocional, social, espiritual e cultural, ampliando a produção do cuidado em saúde na situação de sofrimento que demanda a abordagem dos cuidados paliativos (Hermes; Lamarca, 2013). O conteúdo dessa classe pode ser observado nas seguintes falas:

“Cuidados paliativos envolvem a assistência de cuidados em saúde, apoio emocional e social, suporte espiritual, tanto dos profissionais de saúde quanto da rede social que o sujeito está inserido” (Enfermagem)

“Os cuidados paliativos devem ser estendidos a todos os grupos operativos na atenção primária à saúde, como diabéticos, hipertensos, gestantes, entre outros, não somente idosos” (Educação Física)

“Cuidados paliativos são os cuidados de fim de vida, que buscam dar conforto aos pacientes, bem como evitar procedimentos desnecessários” (Medicina)

“Cuidados paliativos são cuidados relacionados ao conforto e bem-estar do paciente que já não responde efetivamente aos tratamentos tradicionais” (Nutrição)

“Cuidados paliativos é cuidar das pessoas com diagnóstico que afeta a sua saúde e que tem o risco de vida, doenças sem cura, é o cuidar do diagnóstico até o luto da família, de forma integral” (Fisioterapia)

Nestes trechos de depoimentos, observa-se a sensibilidade dos profissionais para uma concepção mais integral dos cuidados paliativos, que não se limitam ao manejo de sintomas, mas buscam promover qualidade de vida, dignidade e conforto, contemplando também o suporte emocional, social e espiritual para os pacientes que precisam desse cuidado.

Desse modo, a concepção integrada de saúde-doença viabiliza a compreensão para os profissionais de que os cuidados paliativos não são restritos ao final da vida, devendo estar integrados às demais estratégias terapêuticas e acompanhando o paciente ao longo da trajetória da doença. Além disso, é possível promover ações que vão além do controle de

sintomas, incorporando o acolhimento, a escuta qualificada, o respeito à autonomia e à dignidade do paciente e de seus familiares (Brasil, 2024).

Salienta-se que os participantes integram o nível de atenção básica do Sistema Único de Saúde, sistema esse que possui como princípios doutrinários a universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 2018; Carnut, 2017). Os princípios estão traduzidos na garantia ao direito de acesso à saúde para todos, considerando o indivíduo como um todo indivisível, com a oferta da atenção contínua e completa, e objetivando reduzir as iniquidades de saúde na população, o que implica adaptar as ações e recursos de saúde para garantir que todos tenham condições de viver e morrer dignamente (Brasil, 2018; Carnut, 2017).

A análise de Similitude demonstra a correlação de diferentes termos, delimitados no agrupamento verde da Figura 3, que indicam a associação entre uma prática profissional baseada na concepção integrada de saúde e a qualidade de vida do paciente (Chan et al., 2016). Esse conceito é amplo e multidimensional, estando associado ao grau de satisfação que o paciente tem em relação a sua vida como um todo, isto é, uma avaliação subjetiva que depende, entre outros fatores, dos valores pessoais, autonomia e relações pessoais (Dias et al., 2024).

Assim, a compreensão das diferentes necessidades do paciente, seu quadro clínico e seu contexto de vida proporciona a construção de intervenções que não só aliviam o sofrimento, mas que também respeitam a sua experiência subjetiva com o adoecimento (Hermes; Lamarca, 2013).

No que diz respeito às ancoragens dessa classe, destaca-se que a representação recebe ideias de força advindas dos profissionais de psicologia e educação física, os quais integram a equipe multidisciplinar e oferecem retaguarda especializada aos profissionais da equipe de saúde da família, reforçando a importância de uma visão holística dos processos saúde-doença (Silva; Nietsche; Cogo, 2022). Ademais, as representações advêm de profissionais que tiveram previamente treinamento específico na área de cuidados paliativos, indicando que os investimentos nos processos formativos interferem e transformam as concepções e, consequentemente, a prática dentro do contexto da atenção básica (Zamarchi; Leitão, 2023).

Nota-se, ainda, a ancoragem que referencia os profissionais do Distrito Sanitário I, inferindo-se que a concepção integrada dos cuidados paliativos forma uma linguagem comum nessa equipe, facilitando a comunicação e a construção compartilhada de projetos terapêuticos que atendam às necessidades dos usuários dos distritos.

A Classe 6 versa sobre os profissionais que devem compor as equipes multidisciplinares para prestar a assistência paliativa na ABS. Alguns trechos das falas dos participantes que compõem essa classe são:

“Profissionais da saúde com vivência na realidade da saúde pública, voltado à atenção primária devem compor essa abordagem, como fisioterapeutas, psicólogos, educadores físicos, enfermeiros, médicos, nutricionistas e todos os demais profissionais da saúde” (Educação Física)

“Todos os profissionais da saúde devem fazer parte da equipe, principalmente enfermeiros, mas outros profissionais também devem abordar, fisioterapeutas, médicos, entre outros” (Fonoaudiologia)

“Os profissionais que devem compor a equipe são médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, agentes comunitários de saúde, todos” (Odontologia)

“Devem compor a equipe o médico, enfermeiro, dentista, técnicos de enfermagem, fonoaudiólogo e nutricionista” (Odontologia)

“Toda a equipe de saúde da família deve participar: enfermeiro, dentista, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, médico” (Enfermagem)

Diante da análise interpretativa das narrativas, constatou-se que os profissionais da Atenção Básica de Saúde (ABS) apresentam percepções diversas e complementares acerca do manejo dos cuidados paliativos. As seis classes temáticas construídas a partir do material coletado evidenciam tanto potencialidades quanto fragilidades nesse campo de atuação.

Verificou-se que a autoavaliação dos profissionais revelou limitações no domínio das competências necessárias para a promoção de cuidados paliativos, refletindo uma lacuna de formação e a consequente necessidade de capacitação estruturada. Além disso, emergiram compreensões diferenciadas sobre os conceitos teóricos e filosóficos dos cuidados paliativos, ora vinculados ao modelo biomédico, ora ao modelo integral, o que indica coexistência de paradigmas que influenciam diretamente a prática assistencial.

Outro aspecto relevante identificado refere-se à valorização de estratégias inovadoras e eficazes de capacitação, considerando a realidade e as especificidades da ABS, bem como a clareza sobre a importância de equipes multiprofissionais para assegurar a integralidade do cuidado. Assim, o conjunto dos achados aponta para a urgência da implementação de programas permanentes de formação e sensibilização em cuidados paliativos, fundamentados no modelo integral, a fim de superar desafios, alinhar concepções e fortalecer a atuação das equipes na atenção primária. Esse processo configura-se como passo essencial para a

consolidação da Rede de Atenção à Saúde e para a garantia da qualidade de vida de usuários em situação de adoecimento crônico e terminalidade.

Observa-se uma multiplicidade de áreas do conhecimento que podem ofertar um suporte amplo e coordenado, alinhado com as necessidades individuais dos pacientes (Hermes; Lamarca, 2013), associações que também aparecem na Análise de Similitude. Salienta-se que a representação de que uma equipe multiprofissional deve ser responsável pela assistência paliativa é ancorada especialmente na equipe do Distrito Sanitário III, inferindo-se que possuem uma interessante articulação entre os diversos profissionais. As ponderações apresentadas estão em consonância com a afirmativa de Souza et al. (2025) ao mencionar que a efetivação dos cuidados paliativos no âmbito da Atenção Primária à Saúde apresenta-se como um processo permeado por desafios de natureza multifatorial, entre os quais se destacam a insuficiência na formação dos profissionais, a limitação de recursos disponíveis, a fragmentação da rede de serviços e as barreiras culturais relacionadas à abordagem paliativa. A inadequação do preparo acadêmico, que não contempla de maneira abrangente as dimensões técnicas e emocionais inerentes a essa prática, compromete a qualidade do cuidado ofertado. Somam-se a esse cenário a fragilidade do suporte institucional e a inexistência de protocolos padronizados, fatores que dificultam a consolidação e a efetividade da assistência paliativa no contexto da atenção primária.

Portanto, para superar as barreiras identificadas, é imprescindível a formulação e a operacionalização de políticas públicas e ações governamentais direcionadas ao fortalecimento dessa área. Entre as medidas prioritárias, destaca-se a necessidade de ampliar a inserção de conteúdos relacionados a cuidados paliativos, acolhimento e humanização da assistência no processo de fim da vida, nos currículos de cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação. Bem como, consolidar programas de educação continuada, treinamento e atualização dos profissionais já inseridos nos serviços, de modo a consolidar a política nacional de cuidados paliativos no âmbito da Atenção Primária e assegurar a integralidade do cuidado prestado à população (Santos et al., 2024).

3.13 Proposta de capacitação para equipe multiprofissional no manejo de cuidados paliativos à pessoa idosa com doenças crônicas não transmissíveis na atenção básica de saúde

3.13.1 Considerações acerca da importância de capacitação no campo dos cuidados paliativos com base na literatura

A presente proposta de capacitação, com base no aporte do capítulo teórico deste estudo que se encontra fundamentado nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), que destaca a importância de políticas públicas que abordem as necessidades de uma população em processo de envelhecimento com o escopo de promover a integração dos cuidados paliativos no sistema de saúde, para que os pacientes possam receber cuidados adequados desde o diagnóstico até os estágios finais da doença (WHO, 2023). Nesse sentido, no Brasil o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis apresenta metas e ações propostas para o período de 2021 a 2030 (Brasil, 2021), a exemplo da Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018, dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde e pela Portaria GM/MS Nº 3681 de 07 de maio de 2024. A referida portaria ressalta a importância da capacitação contínua dos profissionais de saúde envolvidos na prestação desses serviços.

Estudo ressalta que a formação contínua e o treinamento em cuidados paliativos são cruciais para assegurar que a equipe multiprofissional esteja preparada para oferecer uma assistência centrada no paciente, respeitando suas necessidades físicas, emocionais e espirituais (Vellani, 2023). Nesse contexto, Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), reforça a importância da capacitação de profissionais de saúde em cuidados paliativos, incentivando abordagens integradas e multidisciplinares (ANCP, 2020), além de literatura científica atualizada. Contudo, a falta de treinamento específico em cuidados paliativos entre os profissionais de saúde continua a ser uma barreira significativa para a implementação eficaz desses cuidados (Antonacci, 2020).

No contexto brasileiro, diversos fatores ressaltam a importância dessa capacitação, conforme descritos a seguir:

- Demanda Crescente por Cuidados Paliativos: o Brasil enfrenta um aumento na expectativa de vida e uma transição demográfica, resultando em uma maior prevalência de doenças crônicas. Com isso, a demanda por cuidados paliativos torna-

se mais premente, destacando a necessidade de preparar a equipe da atenção básica para atender a essa demanda (Brasil, 2023);

- Complexidade da Rede de Atenção à Saúde: a estrutura da rede de atenção à saúde no Brasil é complexa, envolvendo desde a atenção primária até os serviços hospitalares especializados. Capacitar a equipe multidisciplinar da atenção básica é essencial para criar uma abordagem integrada que conecte, de forma eficaz, os diferentes níveis de assistência (Martinelli, 2023);
- Enfoque em Atenção Primária: a Estratégia de Saúde da Família (ESF), presente na atenção básica, é um pilar do sistema de saúde brasileiro. Capacitar essa equipe é estratégico para integrar os cuidados paliativos à atenção primária, aproximando os serviços de saúde das comunidades e proporcionando um cuidado mais contínuo e acessível (Santos et al., 2019); Diretrizes Nacionais em Cuidados Paliativos: o Ministério da Saúde, em consonância com a ABCP, tem desenvolvido diretrizes nacionais para a implementação de cuidados paliativos. A capacitação da equipe multidisciplinar é um componente fundamental dessas diretrizes, visando melhorar a qualidade do atendimento prestado (Brasil, 2018; ANCP, 2020);
- Desafios Culturais e Sociais: considerando a diversidade cultural e as características socioeconômicas variadas no Brasil, a capacitação da equipe deve incorporar abordagens sensíveis à diversidade, reconhecendo as diferenças culturais e socioeconômicas que podem influenciar a entrega e aceitação dos cuidados paliativos (Reis et al., 2022).

3.13.2 Apresentando a necessidade da proposta de capacitação sobre o manejo dos cuidados paliativos direcionada para pessoa idosa com DCNT, a partir dos relatos dos profissionais participantes do estudo

Tais considerações corroboram com os resultados obtidos no presente estudo, visto que foi identificado uma lacuna na formação e capacitação das equipes multiprofissionais da Atenção Básica quanto à integração do manejo dos cuidados paliativos ao promoverem assistência, direcionada à pessoa idosa com doenças crônicas não transmissíveis. Vale ressaltar que a maioria dos participantes envolvidos na investigação mencionou que comprehende superficialmente a referida modalidade de cuidar, uma vez que alguns conceitos citados eram incompatíveis com a literatura pertinente aos cuidados paliativos. Por outro lado, reconhecem a valoração dos cuidados paliativos como uma modalidade de cuidar que visa

minimizar o sofrimento do paciente sem possibilidade terapêutica de cura e a dos seus familiares, mediante uma assistência integral pautada na humanização.

Os participantes do estudo manifestaram que é preciso qualificar os profissionais inseridos na Atenção Básica de Saúde, para que desempenhem com mais competência o exercício profissional no campo dos cuidados paliativos, sobretudo junto à pessoa idosa com doenças crônicas não transmissíveis. Logo, é inegável a relevância de estudos que busquem subsidiar esses profissionais por meio de capacitação acerca do manejo dos cuidados paliativos direcionada à pessoa idosa com doenças crônicas não transmissíveis.

Em razão da carência de programas que incorporassem integralmente os princípios e a filosofia dos cuidados paliativos na ABS voltada para equipe multiprofissional no manejo da abordagem paliativa à pessoa idosa com DCNT, optou-se pela elaboração de uma proposta de capacitação original a partir dos resultados advindos deste estudo, em lugar da simples tradução ou adaptação de modelos preexistentes na literatura. Considerou-se explicitar a fundamentação teórica dessa abordagem junto ao público-alvo, tendo em vista o caráter relativamente recente dos cuidados paliativos no Brasil e o desconhecimento dos seus preceitos por diversos profissionais de saúde, inclusive daqueles atuantes na área.

Ante o exposto, a proposta de capacitação aborda um aspecto inovador, visto que priorizou as temáticas que serão abordadas a partir das reais necessidades dos profissionais participantes do estudo, cuja contribuição foi de fundamental importância para estruturação da proposta de capacitação sobre manejo dos cuidados paliativos direcionada para pessoa idosa com DCNT.

3.13.3 Apresentando a estrutura e a operacionalização da proposta de capacitação sobre o manejo dos cuidados paliativos direcionada para pessoa idosa com DCNT

A proposta de capacitação tem como objetivo geral instrumentalizar a equipe multiprofissional da atenção básica de saúde dos cinco Distritos Sanitários do município de João Pessoa PB (DS I, DS II, DS III, DS IV e DS V) acerca do manejo dos cuidados paliativos direcionada para pessoa idosa com DCNT. Portanto, a população alvo serão os profissionais de saúde que atuam nos referidos distritos.

A proposta encontra-se estruturada em atividades presenciais e contempla uma metodologia de ensino-aprendizagem de caráter dinâmico, por meio da qual os conteúdos serão desenvolvidos com a mediação pedagógica dos docentes responsáveis por cada módulo.

Destaca-se que, antes do início da capacitação, momentos de aproximação com a equipe responsável pela capacitação junto aos profissionais da ABS, onde será apresentada a proposta de capacitação à secretaria municipal de saúde e aos coordenadores responsáveis pela Atenção Básica, na ocasião será solicitado agendamento para realizar uma oficina com os profissionais e fazer o convite para participarem da capacitação, neste momento, fará o acolhimento dos profissionais que irão participar da oficina e serão dadas todas as orientações quanto a realização da capacitação com tema relacionado ao manejo dos cuidados paliativos à pessoa idosa com DCNT e definição de cronograma. No primeiro encontro será entregue aos profissionais participantes da capacitação: o material didático, cronograma com conteúdo dos módulos, nome dos docentes e o horário dos encontros. A proposta de capacitação apresenta estrutura modular contemplando dezessete módulos, os quais serão ministrados de forma presencial, sendo 60h de módulos teóricos e 30h de atividades práticas, perfazendo uma carga horária total de 90 horas, distribuídas em: aulas teóricas expositivas-dialogadas, interativas (60h): Fundamentos dos cuidados paliativos, elegibilidade, manejo da dor e sintomas, comunicação, terminalidade, luto antecipatório, diretivas antecipadas de vontade, protocolo Spike, aspectos éticos legais, espiritualidade e alívio do sofrimento.

No que diz respeito à parte prática, correspondendo às trinta horas, serão distribuídas nos módulos (XV, XVI e XVII), a partir das seguintes atividades pedagógicas: oficinas práticas e simulações clínicas (10h): gamificação (uso do jogo “cartas na mesa” ferramenta facilitadora da conversa sobre preferências em fim de vida com paciente/família), dramatização e resolução de casos reais e situações clínicas; Grupos de discussão (10h): Compartilhamento de experiências, desafios e estratégias; Trabalho final integrador (10 h): Elaboração de plano de cuidados paliativos para um caso clínico. (PTS e ferramentas de abordagem familiar na ABS - genograma e ecomapa).

Será utilizado material didático atualizado (protocolos, guias da OMS/MS, artigos científicos) e recursos multimídia. As metodologias ativas, como a problematização e a aprendizagem baseada em casos (PBL), serão priorizadas para favorecer a construção coletiva do conhecimento.

A operacionalização das metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem nessa proposta de capacitação se dará por meio de diferentes dispositivos pedagógicos, como: rodas de conversa, oficinas temáticas, Sala de Aula Invertida, Gamificação, aprendizagem baseada em problemas, entre outros. Esses espaços valorizam o diálogo horizontal, a escuta ativa e a construção compartilhada do conhecimento, aspectos que contribuem para a valorização do saber da prática e para a aproximação entre teoria e realidade.

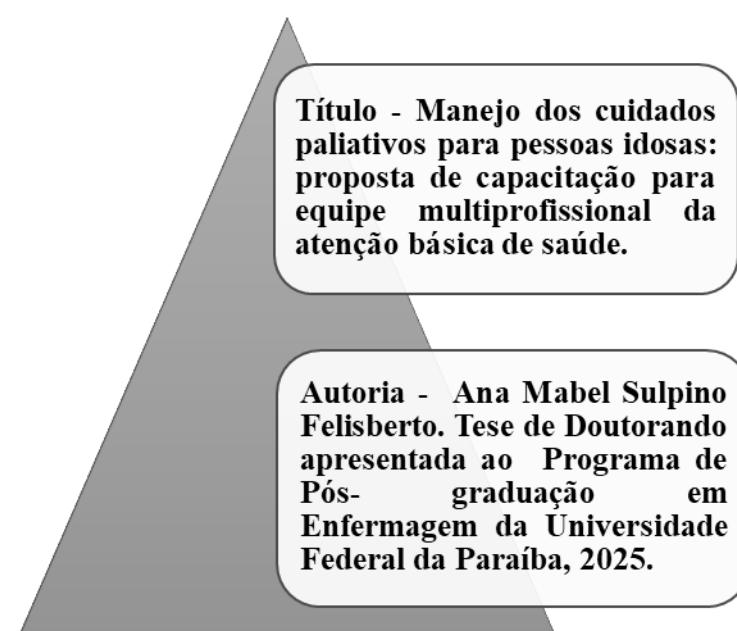
A estratégia da elaboração do Projeto Terapêutico Singular - PTS e a abordagem de ferramenta familiar, na discussão de Casos Clínicos, que se propõem a simular situações do cotidiano profissional para o desenvolvimento de competências técnicas, éticas, relacionais e comunicacionais. Além disso, permite o desenvolvimento de habilidades de escuta, empatia, argumentação e raciocínio clínico, indispensáveis à prática paliativa na Atenção Básica. As aulas serão em formato presencial e práticas guiadas. Apresentando a estrutura sumária da proposta de capacitação sobre o manejo dos cuidados paliativos direcionada para pessoa idosa com DCNT:

- a) Título:** Manejo dos cuidados paliativos para pessoas idosas: proposta de capacitação para equipe multiprofissional da atenção básica de saúde.
- b) Autoria:** Ana Mabel Sulpino Felisberto – Enfermeira- Doutoranda Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: ana.sulpino@academico.ufpb.br.
- c)** Dados de Identificação • Público-alvo: Profissionais da APS de João Pessoa – PB (5 distritos sanitários) • Tipo de curso: Qualificação Profissional • Modalidade: Presencial • Estrutura: Módulos sequenciais • Local: A definir • Carga horária: 90h
- d)** Conteúdo Programático: Módulo I – Introdução aos Cuidados Paliativos; Módulo II – Pilares dos Cuidados Paliativos; Módulo III – Aspectos Éticos e Legais; Módulo IV – Comunicação nos Cuidados Paliativos; Módulo V – Protocolo SPIKES (comunicação de más notícias); Módulo VI – Controle da Dor e Sintomas (DCNT); Módulo VII – Espiritualidade e Alívio do Sofrimento; Módulo VIII – Diretivas Antecipadas de Vontade; Módulo IX – Critérios de Elegibilidade (triagem); Módulo X – Abordagem Familiar na APS; Módulo XI – Projeto Terapêutico Singular; Módulo XII – Cuidados em Fim de Vida; Módulo XIII – Hipodermóclise e Medicações; Módulo XIV – Luto em Cuidados Paliativos; Módulo XV – Oficinas práticas e simulações clínicas; Módulo XVI – Dramatização e resolução de casos reais baseada em problemas; Módulo XVII – Trabalho final integrador: interconsulta, elaboração de plano de cuidados paliativos, usando o PTS e ferramentas de abordagem familiar (genograma e ecomapa).
- e) Avaliação:** Participação ativa nas atividades propostas: Questionário pré e pós-capacitação; Apresentação do plano de cuidados individualizado ao final do curso.
- f) Certificação:** Será emitido pela Instituição proponente, mediante a comprovação da frequência do participante, no mínimo 75% da carga horária da capacitação e comprovação de aproveitamento, sendo estas informações de responsabilidade da coordenação do curso, que deverão ser encaminhadas ao setor responsável pela expedição do certificado.

- g)** Resultado esperado: Disseminar a filosofia dos cuidados paliativos para profissionais da área de Saúde que atuam no âmbito da ABS; Instrumentalizar os que atuam na ABS para adotarem a prática dos cuidados paliativos na assistência à pessoa idosa com DCNT e em fim de vida; Motivar os que atuam no contexto da atenção primária a utilizarem os cuidados paliativos como suporte para os familiares de pessoas na terminalidade; Estimular os participantes da capacitação a atuarem como agentes multidisciplinares da filosofia dos cuidados paliativos; Promover estratégias para que esses profissionais compreendam bem mais os aspectos que envolvem os cuidados paliativos; Proporcionar a adesão de outros profissionais da área a essa modalidade de cuidar, destinada ao paciente fora de possibilidade terapêutica de cura e em fase terminal, a partir do incentivo dos participantes; Desenvolver a estratégia para que um número maior de usuários da instituição seja beneficiado com uma assistência pautada na filosofia dos cuidados paliativos.
- h)** Financiamento: Será financiado pela instituição proponente e possíveis parceiros; Recursos necessários: Sala equipada com multimídia; Material didático impresso e digital; Recursos audiovisuais para simulações; Equipe docente especializada.

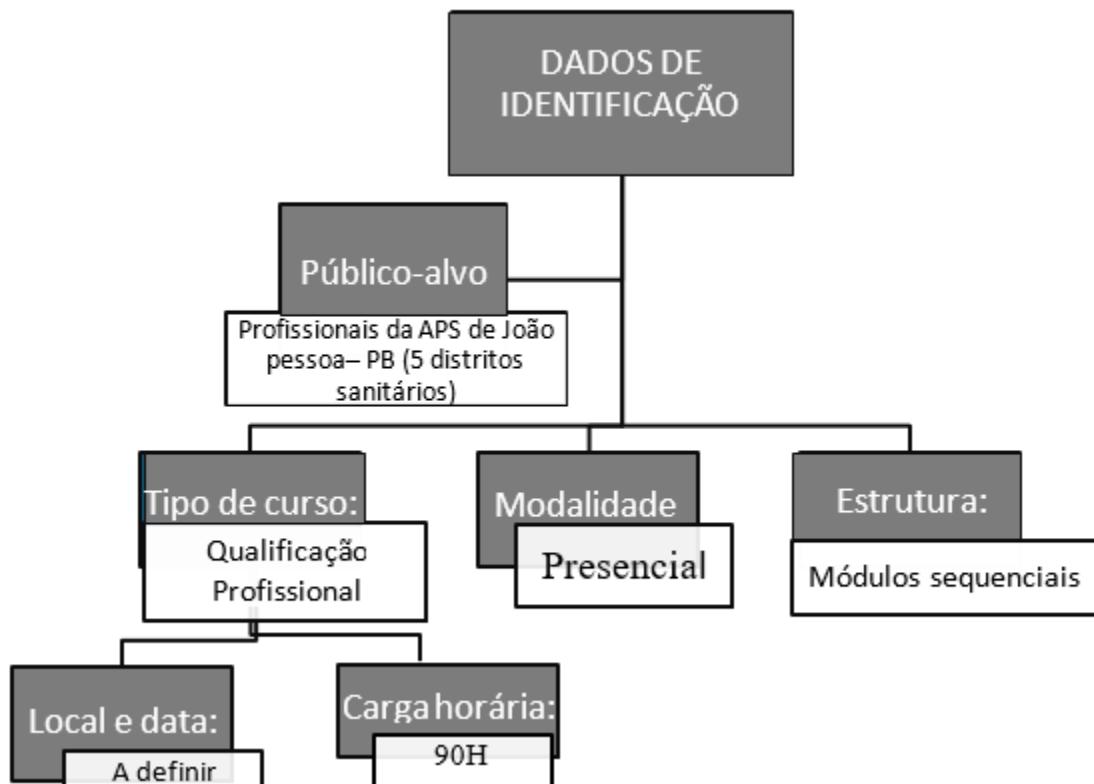
3.13.4 Apresentando a estrutura esquemática da proposta de capacitação sobre o manejo dos cuidados paliativos direcionada para pessoa idosa com DCNT

Figura 5 – Dados iniciais de identificação da proposta de capacitação



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Figura 6 – Representação esquemática da identificação da proposta



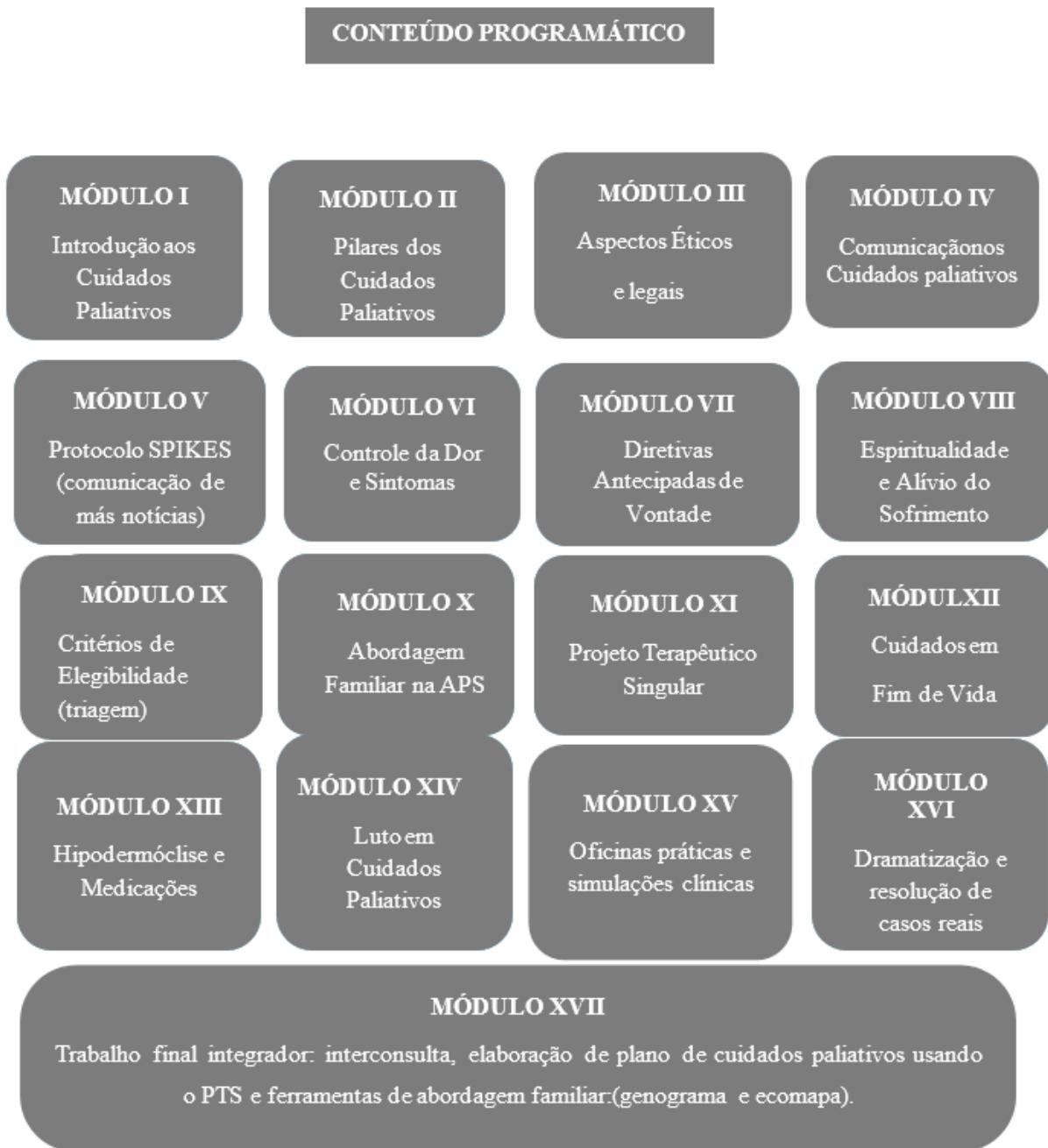
Fonte: elaborado pela autora. João Pessoa, 2025.

Quadro 1: Estratégia pedagógica e método de ensino-aprendizagem

Proposta de capacitação, estruturada em 17 módulos .	Modalidade presencial. com carga horária total de 90 horas	Métodos pedagógicos metodologias ativas de ensino-aprendizagem
Aulas teóricas expositivas-dialogadas, interativas (60h):	Oficinas práticas, Gamificação e simulações clínicas (10h)	Grupos de discussão Compartilhamento de experiências, desafios e estratégias. (10h):
Trabalho final integrador PTS e ferramentas de abordagem familiar. (10h)	Utilização de material didático atualizado	

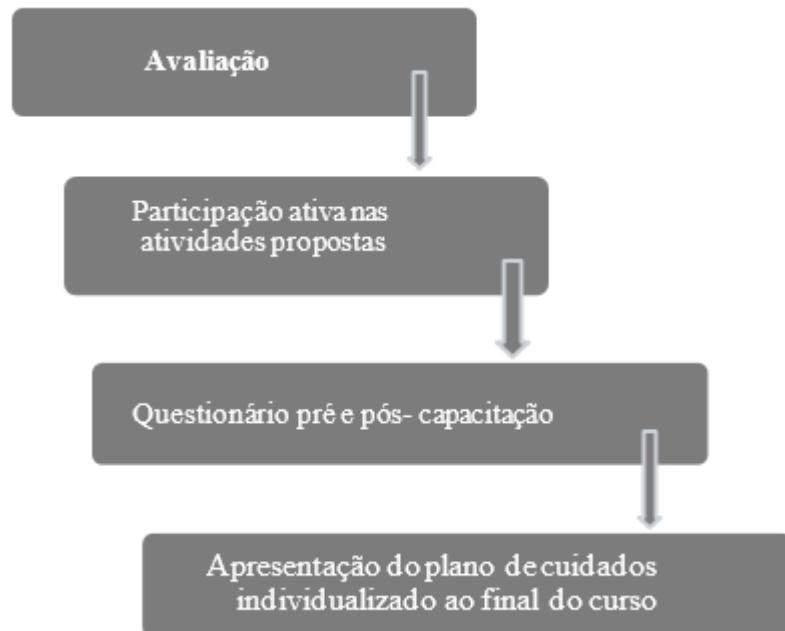
Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Quadro 2: Representação esquemática do Conteúdo programático da proposta de capacitação para equipe multiprofissional da atenção básica de saúde no manejo dos cuidados paliativos à pessoa idosa com DCNT na ABS



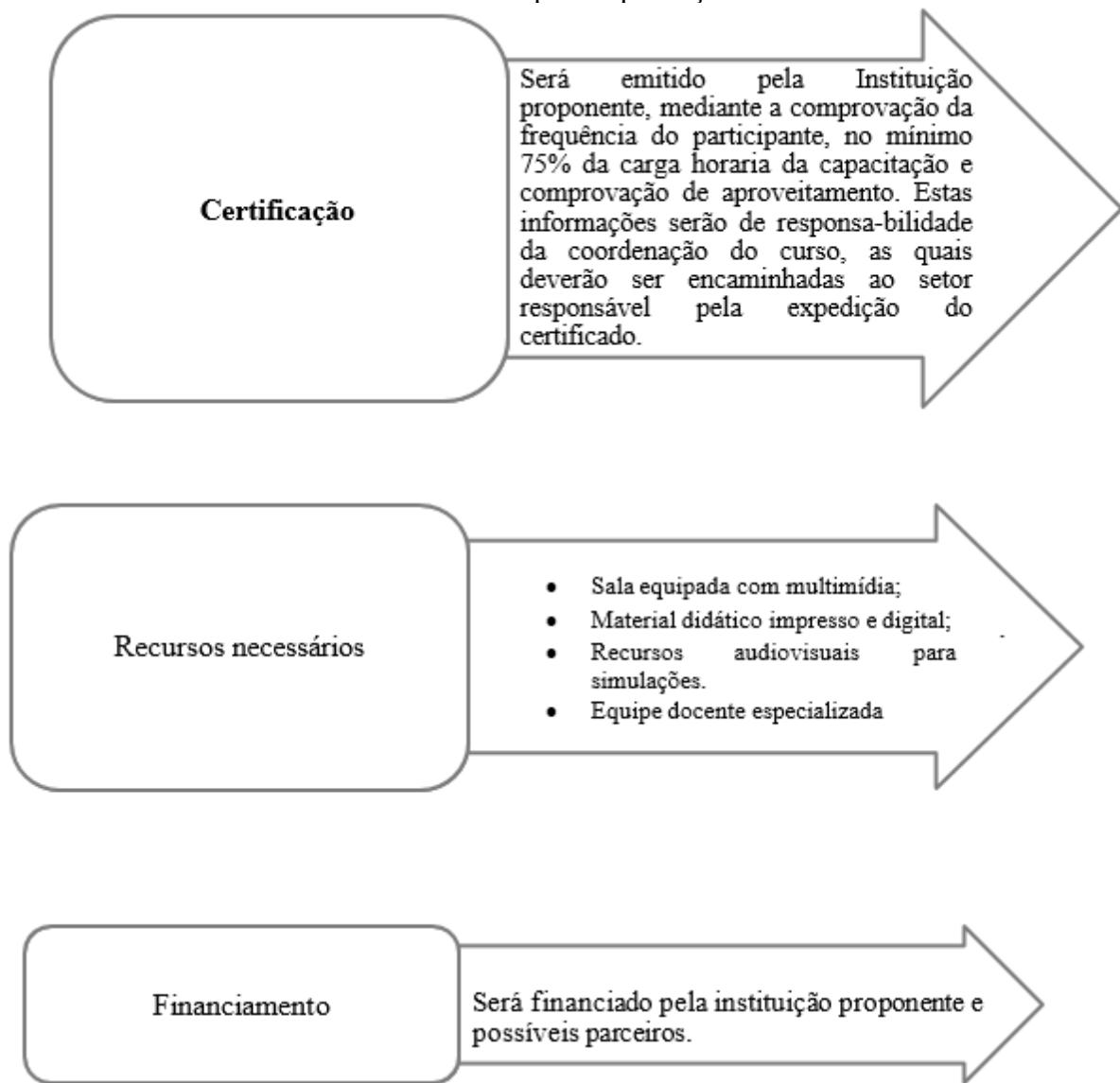
Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Figura 7 – Representação esquemática da avaliação dos profissionais participantes da capacitação



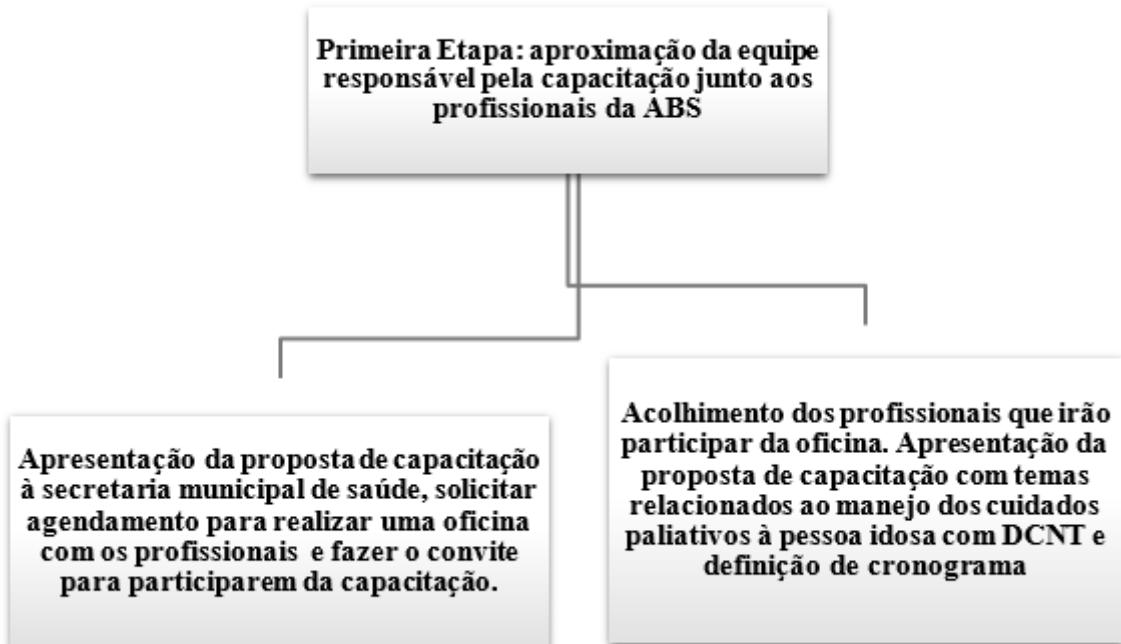
Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Figura 8 – Representação esquemática da certificação dos participantes e recursos necessários para capacitação



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Figura 9 – Estrutura esquemática do plano de ação para apresentação da proposta de capacitação para equipe multiprofissional da atenção básica de saúde no manejo dos cuidados paliativos à pessoa idosa com DCNT na ABS



Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados de pesquisa. João Pessoa, 2025.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional é uma realidade consolidada no Brasil e no mundo, o que tem gerado impactos significativos na demanda por serviços de saúde, especialmente no que se refere às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Nesse contexto, os cuidados paliativos emergem como uma abordagem essencial para a melhoria da qualidade de vida de pessoas idosas acometidas por essas condições, sobretudo nos níveis de atenção primária à saúde.

Para a implementação desses cuidados, é necessária, ainda, a consolidação de políticas públicas e estratégias institucionais que garantam a efetiva integração dos cuidados paliativos nos serviços de atenção primária à saúde, bem como a orientação e capacitação adequadas dos profissionais que atuam na assistência a pessoas com doenças crônicas, de modo a garantir um cuidado integral e de qualidade.

No tocante à capacitação, é importante a formação das equipes multiprofissionais conscientes e comprometidas com sua filosofia e princípios, superando práticas limitadas ao alívio da dor, ao conforto imediato ou à administração de medicamentos. Essas equipes devem possibilitar que o paciente vivencie o processo de finitude com dignidade, respeito e apoio, promovendo, ao mesmo tempo, a participação ativa da família. Assim, a integração dessa abordagem em todos os níveis de atenção à saúde, com ênfase na atenção primária, contribui para um modelo assistencial mais humano, ético e centrado na pessoa.

Esta pesquisa teve como objetivo propor uma estratégia de capacitação voltada ao manejo dos cuidados paliativos destinados à população idosa assistida na Atenção Básica de Saúde, a partir da realidade vivenciada por equipes multiprofissionais atuantes em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de João Pessoa (PB). Fundamentado em um estudo metodológico de abordagem qualitativa, o desenvolvimento da pesquisa possibilitou compreender de forma aprofundada as percepções, fragilidades e necessidades dos profissionais de saúde no tocante à oferta de cuidados paliativos a idosos em situação de vulnerabilidade clínica e social.

A pesquisa foi realizada em 15 Unidades de Saúde da Família (USF), distribuídas nos cinco Distritos Sanitários da cidade, selecionadas com base em critérios epidemiológicos, especialmente a elevada incidência de pessoas idosas com doenças crônicas. Participaram do estudo 55 profissionais da equipe multiprofissional, entre médicos, enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, profissionais de educação física e médicos veterinários. Os dados foram coletados por meio de um questionário e tratados com auxílio do software

IRaMuTeQ, o que possibilitou uma análise textual detalhada e sistemática. Os resultados evidenciaram importantes lacunas na formação e prática profissional relacionadas aos cuidados paliativos, expressas pelo reduzido número de profissionais com capacitação específica na área, ausência de ferramentas sistematizadas de triagem para identificação de usuários elegíveis a esse cuidado, bem como o desconhecimento de diretrizes nacionais voltadas à atenção domiciliar e paliativa. Apenas 7,3% dos participantes haviam recebido algum tipo de treinamento em cuidados paliativos, sendo a maioria com carga horária insuficiente. Ademais, 80% dos profissionais relataram não dispor de ferramentas institucionais para triagem de pacientes com necessidade de cuidados paliativos nas unidades em que atuam. A partir desses achados, foi construída uma proposta de capacitação específica para profissionais da Atenção Básica, a partir dos resultados obtidos, orientada pelos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e alinhada à filosofia dos cuidados paliativos. Essa proposta foi pensada para contemplar a diversidade de formações da equipe multiprofissional, abordando de forma integrada os aspectos técnicos, éticos, comunicacionais e humanísticos que permeiam o cuidado à pessoa idosa em fase avançada de doença ou em final de vida. A estrutura da capacitação foi organizada em módulos temáticos e adaptáveis à realidade dos serviços, com potencial de ser replicada em outros contextos do SUS.

O desenvolvimento dessa pesquisa pode empoderar a equipe multiprofissional para tomar decisões mais assertivas, oferecer um cuidado holístico e humanizado a pacientes e familiares, além de melhorar a qualidade da assistência prestada. Ademais, pode contribuir para mudança de paradigma, mudar a visão da sociedade sobre a morte e morrer, promovendo uma abordagem mais humanizada e natural do processo de finitude, maior compreensão da importância dos cuidados paliativos e redução do tabu em torno da morte.

No que diz respeito ao impacto social, esta pesquisa pode gerar benefícios para a sociedade, como a redução do sofrimento dos pacientes e familiares, a melhoria da qualidade de vida das pessoas em fase terminal, a diminuição dos custos com internações hospitalares e a promoção da cultura de cuidado e compaixão.

Refletindo acerca do caráter inovador da proposta, esta pesquisa propõe uma abordagem inovadora que integra o conhecimento científico, as necessidades da comunidade local e a perspectiva da equipe multidisciplinar, com o foco na Atenção Básica, que é o nível de atenção à saúde mais próximo da população e com maior potencial para oferecer cuidados paliativos de forma integral e humanizada.

Dessa forma, considerou-se que a inserção da proposta de capacitação sistematizada e contextualizada pode contribuir significativamente para qualificar o manejo dos cuidados paliativos na Atenção Básica, ampliando a capacidade das equipes de identificar, acompanhar e oferecer cuidado integral, centrado na dignidade e na qualidade de vida das pessoas idosas. Esta tese oferece

uma contribuição relevante tanto para a produção científica quanto para a formulação de estratégias de formação e gestão em saúde, reforçando a urgência de incorporar os cuidados paliativos como componente essencial da atenção à saúde da população idosa no Brasil.

Diante das evidências produzidas neste estudo, recomenda-se a realização de pesquisas futuras que avaliem a efetividade da proposta de capacitação aqui apresentada, a partir de sua aplicação prática em diferentes realidades da Atenção Básica, incluindo avaliações longitudinalmente estruturadas que permitam verificar mudanças no processo de trabalho das equipes, bem como nos desfechos de cuidado ofertados às pessoas idosas com doença crônica não transmissível. Sugere-se, ainda, o desenvolvimento de estudos interdisciplinares que explorem a integração dos cuidados paliativos às redes de atenção à saúde, considerando suas interfaces com os serviços de média e alta complexidade.

No campo da gestão pública, ressalta-se a importância da institucionalização de programas permanentes de formação em cuidados paliativos que abranjam toda equipe profissional no âmbito do SUS, articulados às políticas de educação em saúde, valorizando a educação permanente como ferramenta estratégica para o fortalecimento da atenção centrada na pessoa. A incorporação de ferramentas de triagem, protocolos clínicos e fluxos de encaminhamento também se mostra essencial para garantir a equidade, a integralidade e a humanização do cuidado às pessoas idosas no contexto da Atenção Básica de Saúde.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. C. **Velhice: uma nova paisagem.** São Paulo: Ágora, 2017.
- AKHAVAN, S.; TILLGREN, P. Client/patient perceptions of achieving equity in primary health care: a mixed methods study. **International Journal for Equity in Health**, v. 14, p. 65, 2015. DOI: 10.1186/s12939-015-0196-5. Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-015-0196-5>. Acesso em: 12 abr. 2025.
- ALENCAR, M.; CORREIA, G. R.; CINTRA, A. O uso do jogo “cartas na mesa” na discussão de fim de vida e alívio de sofrimento. **Revista Científica do Hospital Santa Isabel**, Salvador, v. 2, n. 2, p. 23-27, 2018. DOI: 10.35753/rchsi.v2i2.92.
- ALEONI, J. K. G. **Cuidados paliativos na atenção primária em Manaus:** saberes, práticas e potencialidades de profissionais de saúde. 2024. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2024.
- ALMEIDA, N. B. S.; CARVALHO, A. A. H. A enfermagem e os cuidados paliativos em ambiente hospitalar: revisão de literatura. **International Journal of Health Management Review**, v. 10, n. 1, p. e389, 2024. DOI: 10.47172/ijhmreview.v10i1.389.
- ALVES, R. S. F.; OLIVEIRA, F. F. B. Cuidados paliativos para profissionais de saúde: avanços e dificuldades. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 42, e238471, 2022. DOI: 10.1590/1982-3703003238471.
- AMU, H. *et al.* Management of chronic non-communicable diseases in Ghana: a qualitative study using the chronic care model. **BMC Public Health**, v. 21, p. 1120, 2021. DOI: 10.1186/s12889-021-11170-4.
- ANCP - ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Histórico e contribuições.** São Paulo: ANCP, 2005.
- ANCP - ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos.** 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2024.
- ANTONACCI, R. *et al.* Gaps in hospice and palliative care research: a scoping review of the North American literature. **Journal of Aging Research**, v. 2020, p. 3921245, 2020. DOI: 10.1155/2020/3921245.
- ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver.** Rio de Janeiro: Sextante, 2016.
- ARAÚJO SERRA, N. *et al.* Transformações na transição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para o programa eMulti: uma análise dos desafios e oportunidades na atenção primária à saúde. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 12, p. e209131247901, 2024. DOI: 10.33448/rsd-v13i12.47901.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2018.

BARBOSA, K. K. *et al.* Metodologias ativas na aprendizagem significativa de enfermagem. **Humanidades & Inovação**, Palmas, v. 8, n. 44, p. 100-109, 2021. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/4460>. Acesso em: 9 ago. 2024.

BENADE, M. *et al.* Health systems performance for hypertension control using a cascade of care approach in South Africa, 2011-2017. **PLOS Global Public Health**, v. 3, n. 9, p. e0002055, 2023. DOI: 10.1371/journal.pgph.0002055.

BLOOM, D. E.; CANNING, D.; LUBET, A. Global population aging: facts, challenges, solutions & perspectives. **Daedalus**, v. 144, n. 2, p. 80-92, 2015. DOI: 10.1162/DAED_a_00332.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 13 set. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 08 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em: 9 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Comissão Intergestores Tripartite, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html. Acesso em: 4 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento. 1. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 78 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1538253>. Acesso em: 17 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Atenção primária à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 9 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil, 2021-2030.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/biblio-1291679>. Acesso em: 08 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024.** Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 maio 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.681-de-7-de-maio-de-2024-561223717>. Acesso em: 13 set. 2023.

BRITO, C. A. *et al.* Cuidados paliativos no Brasil: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 2, p. 71-80, 2024.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/269927468_IRAMUTEQ_Um_software_gratuito_para_analise_de_dados_textuais. Acesso em: 15 set. 2024.

CAMPELO, M. R. G. *et al.* Mobocertinib (TAK-788) in EGFR exon 20 insertion+ metastatic NSCLC: patient-reported outcomes from EXCLAIM extension cohort. **Journal of Clinical Medicine**, v. 12, n. 1, p. 112, 2023. DOI: 10.3390/jcm12010112.

CAMPOS, A. P. *et al.* Integrating palliative care into nursing care. **American Journal of Nursing**, v. 122, n. 11, p. 40-45, 2022. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000897124.77291.7d.

CAPELAS, M. L. *et al.* **Cuidar da pessoa que sofre:** uma teoria de cuidados paliativos. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2017. 87 p.

CAPELAS, M. L. *et al.* Desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos: visão nacional e internacional. **Revista de Cuidados Paliativos**, v. 1, n. 2, p. 7-13, 2014.

CARDOSO, M. L. S. *et al.* Procedimentos para comunicação de notícias desafiadoras em psiquiatria infantil. **Revista Delos**, v. 18, n. 63, p. e3659, 2025.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1188, 2017. DOI: 10.1590/0103-1104201711515.

CARVALHO, R. T.; CORREA, T. L. P. Palliative medicine: 10 years as an area of medical practice in Brazil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 68, n. 12, p. 1607-1610, 2022. DOI: 10.1590/1806-9282.20220949.

CHAN, H. Y. *et al.* Quality of life and palliative care needs of elderly patients with advanced heart failure. **Journal of Geriatric Cardiology**, v. 13, n. 5, p. 420-424, 2016. DOI: 10.11909/j.issn.1671-5411.2016.05.016.

CHECK, D. K. *et al.* Opioid prescribing and use among cancer survivors: a mapping review of observational and intervention studies. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 63, n. 4, p. e397-e417, 2022. DOI: 10.1016/j.jpainsympman.2021.10.015.

CHIKAFU, H.; CHIMBARI, M. Hypertension care cascade in the Ingwavuma rural community, uMkhanyakude District, KwaZulu-Natal province of South Africa. **PeerJ**, v. 9, p. e12372, 2021. DOI: 10.7717/peerj.12372.

CLARK, D. Originating a movement: Cicely Saunders and the development of St Christopher's Hospice, 1957-1967. **Mortality**, v. 3, n. 1, p. 43-63, 1998. DOI: 10.1080/713685885.

CLARK, D. *et al.* Mapping levels of palliative care development in 198 countries: the situation in 2017. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 59, n. 4, p. 794-807, 2019. DOI: 10.1016/j.jpainsympman.2019.11.009.

CONNOR, S. **Global atlas of palliative care**. 2. ed. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, 2020. Disponível em: <https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>. Acesso em: 9 out. 2025.

CORRÊA, S. R. *et al.* Identificando pacientes para cuidados paliativos na atenção primária no Brasil: experiência do Projeto Estar ao Seu Lado. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-8, 2017. DOI: 10.5712/rbmfc12(39)1507.

COURT, L.; OLIVIER, J. Approaches to integrating palliative care into African health systems: a qualitative systematic review. **Health Policy and Planning**, v. 35, n. 8, p. 1053-1069, 2020. DOI: 10.1093/heapol/czaa026.

DAHLIN, C. Interprofessional specialty palliative care education and training. **Current Geriatrics Reports**, v. 12, p. 40-49, 2023. DOI: 10.1007/s13670-023-00381-9.

DEPOLE, B. F. *et al.* Projeto terapêutico singular: uma visão panorâmica de sua expressão na produção científica brasileira. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 14, n. 38, p. 1-25, 2022. DOI: 10.5007/cbsm.v14i38.73119.

DIAS, D. M. *et al.* Cuidados paliativos e sua abordagem em pacientes com doença crônica: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 12, p. 328-337, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n12p328-337.

DUARTE, C. A. B.; MOREIRA, L. E. Política nacional de saúde da pessoa idosa: integralidade e fragilidade em biopolíticas do envelhecimento. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 633-647, 2016.

ESTEBAN-BURGOS, A. A. *et al.* Clinical simulation in palliative care for undergraduate nursing students: a randomized clinical trial and complementary qualitative study. **Healthcare**, v. 12, n. 4, p. 421, 2024. DOI: 10.3390/healthcare12040421.

- FELISBERTO, A. M. S. *et al.* Análise bibliométrica do manejo dos cuidados paliativos: tendências, desafios e perspectivas na literatura científica. **Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**, v. 14, p. 1-18, 2024. Disponível em: <https://www.remas.faculdadedofuturo.edu.br/remas/article/view/34>. Acesso em: 9 out. 2025.
- FINKELSTEIN, E. A. *et al.* Cross country comparison of expert assessments of the quality of death and dying 2021. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 63, n. 4, p. e419-e429, 2022. DOI: 10.1016/j.jpainsympman.2021.12.015.
- FORSCHNER, A. *et al.* Is there an overtreatment of melanoma patients at the end of their life? Results of a multicenter study on 193 melanoma patients. **Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft**, v. 19, n. 9, p. 1297-1305, 2021. DOI: 10.1111/ddg.14501.
- FOSLER, L. *et al.* Cultural differences in discussion of do-not-resuscitate status and hospice. **Journal of Hospice & Palliative Nursing**, v. 17, n. 2, p. 128-132, 2015. DOI: 10.1097/NJH.0000000000000135.
- FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Prevalência de doenças crônicas em octogenários: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 2655-2665, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022277.10072022.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- GARCIA, A. C. M.; ISIDORO, G. M. Política nacional de cuidados paliativos: reflexões a partir da Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 77, suppl. 6, p. e770601, 2024. DOI: 10.1590/0034-7167.2024770601pt.
- GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de. Política nacional de atenção básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.01842020.
- GOMES, S. A. *et al.* Outpatient palliative care program: impact on home death rate in Brazil. **Cancers**, v. 16, n. 7, p. 1380, 2024. DOI: 10.3390/cancers16071380.
- GROENEVELD, E. I. *et al.* Funding models in palliative care: lessons from international experience. **Palliative Medicine**, v. 31, n. 4, p. 296-305, 2017. DOI: 10.1177/0269216316689015.
- GUPTA, M. *et al.* Integrated primary and mental health care for older adults: successes, challenges, and recommendations. **Current Geriatrics Reports**, v. 8, p. 137-147, 2019. DOI: 10.1007/s13670-019-00285-7.
- HENDERSON, D. A. G. *et al.* Understanding primary care transformation and implications for ageing populations and health inequalities: a systematic scoping review of new models of primary health care in OECD countries and China. **BMC Medicine**, v. 21, p. 319, 2023. DOI: 10.1186/s12916-023-03033-z.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. de. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013. DOI: 10.1590/S1413-81232013000900012.

HIGHET, G. *et al.* Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. **BMJ Supportive & Palliative Care**, v. 4, n. 3, p. 285-290, 2014. DOI: 10.1136/bmjspcare-2013-000488.

HOCHLEHNERT, A. *et al.* Breaking bad news—what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol. **Annals of Oncology**, v. 33, n. 9, p. 985-990, 2022. DOI: 10.1016/j.annonc.2022.05.021.

HOJJAT-ASSARI, S. *et al.* Developing an integrated model of community-based palliative care into the primary health care (PHC) for terminally ill cancer patients in Iran. **BMC Palliative Care**, v. 20, p. 100, 2021. DOI: 10.1186/s12904-021-00795-2.

HOU, Y. *et al.* Ageing as a risk factor for neurodegenerative disease. **Nature Reviews Neurology**, v. 15, p. 565-581, 2019. DOI: 10.1038/s41582-019-0244-7.

IAHPC - INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE. **Consensus definition of palliative care**. Houston: IAHPC, 2019. Disponível em: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/>. Acesso em: 9 out. 2025.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/arquivos/livro-estimativa-2023.pdf>. Acesso em: 9 out. 2025.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Unidade IV: Cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1998.

JORGE, S.; SEQUEIRA, A. M. M. Aprendizagem ao longo da vida online: um (auto) incremento ao envelhecimento ativo. **Video Journal of Social and Human Research**, v. 3, n. 2, p. 1-11, 2024. DOI: 10.18817/vjshr.v3i2.56.

KNAUL, F. M. *et al.* Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief - an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. **The Lancet**, v. 391, n. 10128, p. 1391-1454, 2018. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32513-8.

KUROGI, L. T. *et al.* Implantação e implementação de serviços em cuidados paliativos. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 30, n. 4, p. 825-836, 2022. DOI: 10.1590/1983-80422022304573PT.

LÁZARO, R. S. *et al.* Gestão em saúde e o uso de metodologias ativas na atenção primária à saúde (APS). **IOSR Journal of Business and Management**, v. 26, n. 9, ser. 12, p. 47-52, 2024. DOI: 10.9790/487X-2609124752.

LÔBO, Í. M. *et al.* Metodologia ativa: aprendizagem baseada em problemas: uma revisão de literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 5, p. 116-124, 2024. DOI: 10.51891/rease.v10i5.13820.

MACMARTIN, M.; ZHANG, J.; BARNATO, A. The role of specialty palliative care interdisciplinary team members in acute care decision support: a qualitative study protocol. **BMC Palliative Care**, v. 23, n. 1, p. 5, 2024. DOI: 10.1186/s12904-023-01328-9.

MARTINS, K. N. *et al.* O software IRaMuTeQ como recurso para a análise textual discursiva. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 10, n. 24, p. 213-232, 2022. DOI: 10.33361/RPQ.2022.v.10.n.24.383.

MASOCHINI, R. G.; FARIAS, S. N. P.; SOUSA, A. I. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na perspectiva dos idosos. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e20200433, 2022. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ean/v26/1414-8145-ean-26-e20200433.pdf>. Acesso em: 9 out. 2025.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.01022020.

MCCAULEY, R. *et al.* Mutual support between patients and family caregivers in palliative care: a systematic review and narrative synthesis. **Palliative Medicine**, v. 35, n. 5, p. 875-885, 2021. DOI: 10.1177/0269216321999962.

MENDES, E. V. *et al.* **A construção social da atenção primária à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: CONASS, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/ACONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em: 9 out. 2025.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 13 set. 2023.

MIRANDA, R. M. *et al.* Atenção primária à saúde: pontos positivos e negativos segundo os usuários. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 7, n. 1, p. e74347, 2024.

MORAES, E. N. **Manual de avaliação multidimensional da pessoa idosa para a atenção primária à saúde**: aplicações do IVCF-20 e do ICOPE (linha de cuidado: saúde da pessoa idosa). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. 110 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1538280>. Acesso em: 08 jul. 2024.

MORRIS, S. M.; KING, C.; PAYNE, S. Family carers providing support to a person dying in the home setting: a narrative literature review. **Palliative Medicine**, v. 29, n. 6, p. 487-495, 2015. DOI: 10.1177/0269216314565708.

NARAYANAN, V.; BISTA, B.; KOSHY, C. 'BREAKS' protocol for breaking bad news. **Indian Journal of Palliative Care**, v. 16, n. 2, p. 61-65, 2010. DOI: 10.4103/0973-1075.68401.

NIGRI, R. B. **Custo-utilidade dos cuidados paliativos em oncologia**. 2024. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: <http://hdl.handle.net/unirio/14450>. Acesso em: 08 jul. 2024.

OLIVEIRA, B. C. F. *et al.* Os cuidados paliativos na formação inicial de profissionais da saúde. **Revista Acadêmica Online**, v. 11, n. 55, p. e977, 2025.

OLIVEIRA, J. T. *et al.* **Pauta de cuidados paliativos para a atenção primária**. [S. l.: s. n.], 2016.

ORDONHO, L. C. *et al.* Os desafios dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 36, p. e8837, 2021. DOI: 10.25248/REAC.e8837.2021.

PAIVA, C. F. *et al.* Trajetória dos cuidados paliativos no mundo e no Brasil. In: PERES, M. A. A. *et al.* (org.). **Potencial interdisciplinar da enfermagem**: histórias para refletir sobre o tempo presente. Brasília, DF: Editora ABEn, 2022. p. 41-49. DOI: 10.51234/aben.22.e09.c04.

PEREIRA, J. C. *et al.* Metodologias ativas e aprendizagem significativa: processo educativo no ensino em saúde. **Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas**, v. 22, n. 1, p. 11-19, 2021. DOI: 10.17921/2447-8733.2021v22n1p11-19.

PEREIRA, M. C. L. *et al.* Saúde pública no Brasil: desafios estruturais e necessidades de investimentos sustentáveis para a melhoria do sistema. **Revista Cedigma**, v. 2, n. 3, p. 64-80, 2024. DOI: 10.5281/zenodo.13292623.

PERIYAKOIL, V. S.; CHARLES, P. Palliative care is proven. **Journal of Palliative Medicine**, v. 26, n. 1, p. 2-4, 2023.

PERNICOTTI, P. *et al.* Síndrome de burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, 2020. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582020000100005. Acesso em: 9 out. 2025.

PETERS, D.; SIMONS, L.; BROWN, M. Improving palliative care education: the impact of interactive workshops and simulation-based training. **Nurse Education Today**, v. 110, p. 105226, 2023. DOI: 10.1016/j.nedt.2022.105226.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

RADBACH, L. *et al.* The key role of palliative care in response to the COVID-19 tsunami of suffering. **The Lancet**, v. 395, n. 10235, p. 1467-1469, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30964-8.

RECHEL, B. *et al.* Ageing in the European Union. **The Lancet**, v. 381, n. 9874, p. 1312-1322, 2013. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)62087-X.

RIBEIRO, L. R. C. **Aprendizagem baseada em problemas (PBL)**: uma experiência no ensino superior. São Carlos: EdUFSCar, 2022.

ROBINSON, J. *et al.* The contribution of generalist community nursing to palliative care: a retrospective case note review. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 29, n. 2, p. 75-83, 2023. DOI: 10.12968/ijpn.2023.29.2.75.

RODRIGUES, L. F.; SILVA, J. F. M. da; CABRERA, M. Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, p. e00130222, 2022. DOI: 10.1590/0102-311XEN130222.

RODRIGUES MARTINS, M. *et al.* Assistência a pacientes elegíveis para cuidados paliativos: visão de profissionais de uma unidade de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, p. e20210429, 2022. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0429en.

SALMAN, M. S. M. *et al.* Política nacional de cuidados paliativos: desafios da qualificação profissional em cuidados paliativos no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 70, n. 3, p. e-044753, 2024. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n3.4753.

SALVIATI, M. E. **Manual do aplicativo IRaMuTeQ**. Planaltina, DF, 2017. Disponível em: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati>. Acesso em: 08 jul. 2024.

SANTANA, M. T. E. A. *et al.* Adaptação transcultural e validação semântica de instrumento para identificação de necessidades paliativas em língua portuguesa. **Einstein**, São Paulo, v. 18, p. eAO5539, 2020. DOI: 10.31744/einstein_journal/2020AO5539.

SANTOS, L. P. V. *et al.* Oferta de cuidados paliativos na atenção primária à saúde para pacientes com doenças crônico-degenerativas. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 7, n. 3, p. e70855, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n3-455.

SANTOS, T. B.; DÍAZ, K. C. M. Atuação do profissional de enfermagem em cuidados paliativos na atenção primária à saúde. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 11, p. 4020-4030, 2024.

SAUNDERS, C. **The modern hospice movement**. London: St. Christopher's Hospice, 1967.

SCHLICHTING, T. S.; HEINZLE, M. R. S. Metodologias ativas de aprendizagem na educação superior: aspectos históricos, princípios e propostas de implementação. **Revista E-Curriculum**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 10-39, 2020. DOI: 10.23925/1809-3876.2020v18i1p10-39.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA. **Relatório de gestão: monitoramento quadrimestral do SUS – 2º quadrimestre/2024**. João Pessoa: Secretaria Municipal de Saúde, 2024.

SEFTON, A. P.; GALINI, M. E. **Metodologias ativas**: desenvolvendo aulas ativas para uma aprendizagem significativa. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2022.

SILVA, D. S. M. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis considerando determinantes sociodemográficos em coorte de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. e210204, 2022. DOI: 10.1590/1981-22562022025.210204.pt.

SILVA, T. C.; NIETZSCHE, E. A.; COGO, B. S. Palliative care in primary health care: an integrative literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 75, n. 1, p. e20201335, 2022. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-1335.

SIQUEIRA, A. S. de A. **Sofrimentos psíquicos dos enfermeiros na assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos**. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/7232/Alex%20Sandro%20de%20Azeredo%20Siqueira.pdf?sequence=1>. Acesso em: 9 out. 2025.

SLEEMAN, K. E. *et al.* The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. **The Lancet Global Health**, v. 7, n. 7, p. e883-e892, 2019. DOI: 10.1016/S2214-109X(19)30172-X.

SOARES D'ALESSANDRO, M. P. (org.). **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023.

SOUZA, Y. S. O. *et al.* O uso do software Iramuteq na análise de dados de entrevistas. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 15, n. 2, p. 1-19, 2020. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000200015. Acesso em: 9 out. 2025.

SOUZA FILHO, B. A. B.; TRITANY, É. F. Profissional de educação física e os cuidados paliativos: uma atuação e compreensão necessária. **Revista Brasileira Multidisciplinar**, v. 27, n. 1, p. 232-239, 2024.

SOUZA, M. C. B. *et al.* A abordagem familiar no cuidado aos usuários com condições crônicas de saúde no âmbito da estratégia saúde da família: relato de caso. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 21, n. 2, p. 1-11, 2023. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/11546>. Acesso em: 13 set. 2023.

SOUZA, Y. A. da L. *et al.* Manejo de cuidados paliativos na atenção primária: desafios a profissionais de saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 8, n. 2, p. e78089, 2025. DOI: 10.34119/bjhrv8n2-016.

SUNG, H. *et al.* Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 71, n. 3, p. 209-249, 2021. DOI: 10.3322/caac.21660.

UN DESA - UNITED NATIONS DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS. **World population ageing 2020: highlights: living arrangements of older persons**. New York: United Nations, 2020. Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2020Highlights.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2025.

VELLANI, S. *et al.* Palliative approach to care education for multidisciplinary staff of long-term care homes: a pretest post-test study. **Gerontology & Geriatric Medicine**, v. 9, 2023. DOI: 10.1177/23337214231158470.

WHITE, J.; HALL, S.; ROBINSON, M. Evaluating palliative care training programs: methods and measures. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 63, n. 2, p. 217-224, 2022. DOI: 10.1016/j.jpainsympman.2021.10.015.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrating palliative care and symptom relief into primary health care**: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274559>. Acesso em: 9 out. 2025.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative care**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>. Acesso em: 9 out. 2025.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The solid facts**: palliative care. Geneva: WHO, 2018.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2023**: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>. Acesso em: 08 jul. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global atlas of palliative care**. 2. ed. London: WHPCA, 2020.

XAVIER, D. P. *et al.* Educação permanente em interprofissionalidade e prática colaborativa na atenção básica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 2, p. e15286, 2024. DOI: 10.25248/REAS.e15286.2024.

YACH, D. *et al.* The global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control. **JAMA**, Chicago, v. 291, n. 21, p. 2616-2622, 2004. DOI: 10.1001/jama.291.21.2616.

ZAMARCHI, G. C. G.; LEITÃO, B. F. B. Estratégias educativas em cuidados paliativos para profissionais da saúde. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 31, p. e3491PT, 2023. DOI: 10.1590/1983-803420233491ES.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TÍTULO DO PROJETO DE DOUTORADO: MANEJO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA USUÁRIOS IDOSOS DA ATENÇÃO BÁSICA: UMA PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO PARA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DA ATENÇÃO BÁSICA

DOUTORANDA: Ana Mabel Sulpino Felisberto

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. M^a Adelaide Silva Paredes Moreira

Prezado(a) profissional,

Eu, Ana Mabel Sulpino Felisberto, sou aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, orientanda da Prof.^a Dr.^a M.^a Adelaide Silva Paredes Moreira, gostaria de convidá-lo(a) para participar da pesquisa MANEJO DOS CUIDADOS PALIATIVOS: uma proposta de capacitação para equipe multidisciplinar da atenção básica. Este estudo tem como objetivo geral: propor uma estratégia de capacitação para equipe multidisciplinar da atenção básica voltada para os idosos que necessitam de cuidados paliativos.

Objetivos específicos: identificar as necessidades de capacitação em cuidados paliativos da equipe multidisciplinar da ABS; implementar uma estratégia de capacitação para a equipe multidisciplinar, voltada para os idosos elegíveis aos cuidados paliativos na Atenção Básica de Saúde.

Acreditamos que esta investigação contribuirá para o reconhecimento da valorização dos cuidados paliativos pela equipe de saúde da família, que passará a exercer uma nova prática marcada pela humanização, pelo cuidado, pelo exercício da cidadania, alicerçada na compreensão de que as condições de vida definem o processo saúde-doença das famílias. Espera-se contribuir para as ações desenvolvidas no acompanhamento de pessoas idosas elegíveis aos cuidados paliativos na Atenção Básica de Saúde.

Para a realização desta pesquisa, solicito sua colaboração para responder o questionário da pesquisa. Os dados obtidos serão transcritos na íntegra, com a finalidade de garantir a fidedignidade dos conteúdos expressos no momento da aplicação do referido questionário.

Faz-se oportuno esclarecer que a sua participação na pesquisa é voluntária, portanto, você não é obrigado a fornecer informações e/ou colaborar com atividades solicitadas pela pesquisadora, podendo requerer a sua desistência a qualquer momento do estudo, fato este que não representará qualquer tipo de prejuízo relacionado ao seu trabalho nesta instituição.

Vale ressaltar que durante a realização da pesquisa poderão ocorrer eventuais desconfortos e possíveis riscos como: invasão de privacidade; demandar tempo para responder ao questionário e interferência na rotina; medo de repercussões eventuais. Esses riscos poderão ser minimizados garantindo a liberdade para não responder questões que considere constrangedoras; assegurando o sigilo das informações; sugerindo horários que sejam mais convenientes para que você participe da pesquisa de modo que não comprometa a sua rotina.

Como benefícios da pesquisa você contribuirá para melhorar o processo de trabalho da equipe multiprofissional da atenção básica de saúde através do fortalecimento da atenção e gestão do cuidado, e consequentemente melhorar a qualidade da atenção e cuidado prestados aos idosos em paliação.

Considerando a relevância da temática no campo da atenção básica, solicito a sua permissão para disseminar o conhecimento que será produzido por este estudo em eventos da área de saúde e em revistas científicas da área. Para tanto, por ocasião dos resultados publicados, sua identidade será mantida no anonimato, bem como as informações confidenciais fornecidas.

É importante mencionar que você receberá uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que a pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa do processo de pesquisa. Diante do exposto, caso venha a concordar em participar da investigação proposta, convido você conjuntamente comigo, a assinar este Termo.

Considerando que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, bem como da minha participação no grupo focal, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, bem como concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos.

João Pessoa, / 2024.

Assinatura do(a) Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora Responsável Contato do pesquisador responsável:
Prof. Dra. Maria Adelaide Paredes Moreira

Endereço: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) - Centro de Ciências da Saúde (CCS) Campus I da UFPB - (83) 3216-7109. E-mail: maspm@academico.ufpb.br
Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB

**Centro de Ciências da Saúde (CCS): Universidade Federal da Paraíba – Campus I,
Cidade Universitária – Bloco Arnaldo Tavares, sala 812, 1º andar, CCS. CEP 58051-900**
João Pessoa/PB. (83) 3216-7791
E-mail: eticaccesufpb@hotmail.com

APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Questionário

- A.1) Caracterização dos participantes Gênero: Masculino () Feminino () Idade: _____
 Formação acadêmica _____ Instituição: _____
 Ano: _____ Especialização: () sim () não área: Mestrado: () sim () não
 Área: Doutorado: () sim () não área: _____
 Tempo de atuação profissional na ABS: _____
- A.2) Você já fez algum curso ou treinamento específico em cuidados paliativos?
 () sim () não caso afirmativo:
- A.3) Nome (s) curso (s) ou treinamento (s): _____
- A.4) Instituição onde foi realizado:
 Local: _____ Modalidade: presencial () ou on-line ()
- A.5) Carga Horária: _____ Ano: _____
- B) Questões relativas à abordagem dos cuidados paliativos:
- B.1) Qual seu entendimento acerca dos cuidados paliativos?
- B2) Na sua opinião, os cuidados paliativos devem estar direcionados a quais grupos específicos de usuários assistidos na unidade básica de saúde e para quais tipos de patologia é indicado?
- B.3) Existe alguma ferramenta de triagem na UBS que facilite a identificação de pacientes elegíveis para promoção de cuidados paliativos?
 Sim () Não () . Em caso afirmativo, mencione:
- B.4) Você tem dificuldades para promoção dos referidos cuidados à pessoa idosa nesta UBS?
 Se sim, quais seriam essas dificuldades?
- B.5) Você acha importante a implementação dos cuidados paliativos na unidade básica?
 Sim () Não () . Justifique:
- B.6) Na sua concepção, o que é necessário para viabilizar a implantação de cuidados paliativos na unidade básica?
 Você acha importante a implementação?
- B.7) Na sua percepção, quais estratégias são eficazes para capacitar a equipe multidisciplinar em cuidados paliativos na UBS?
- B.8) Para você, quais profissionais devem fazer a abordagem dos cuidados paliativos?
- B.9) Você como profissional da ABS, se sente apto para promover os cuidados paliativos na sua UBS? Se afirmativo, quais ações você desenvolve para realizar esta prática?
- B.10) Em caso negativo da questão anterior, justifique

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer. 7.030.097

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo poderá ocasionar, de imediato, para os participantes no momento da avaliação um desconforto cansaço ou aborrecimento ao responder questionários; poderá causar igualmente um desconforto psicológico por falar questões relacionadas à sua prática profissional, por vergonha ou medo de responder o certo, pelo fato de ser realizada uma discussão conjunta e terá de refletir sobre o seu cotidiano assistencial e episódios relacionados à sua vivência, bem como o desgaste físico, pela exaustão ocasionado pelo tempo e nível de especificidade da entrevista e técnica do grupo focal, que será diminuída ao máximo, por meio de agendamento pactuado conforme a disponibilidades dos sujeitos preservando sua individualidade e seus limites fornecendo um tempo necessário para sua realização. Além disso, que será contornado pela leveza na condução do encontro, favorecendo para um diálogo alegre e totalmente amigável no intuito de proporcionar o momento o mais agradável possível. Os participantes não serão obrigados a responder as perguntas, principalmente quando considerarem ser uma informação desconfortante.

Benefícios:

Este trabalho proporcionará resultados que subsidiarão a equipe multiprofissional da ABS, no planejamento e implementação de ações comportamentais específicas, para uma prestação efetiva às pessoas idosas que necessitem dos cuidados paliativos na comunidade, contribuindo, assim, para uma melhora na qualidade de vida. Outro possível ganho será no âmbito acadêmico, pois que através dos resultados e conclusões obtidos, poderão subsidiar o desenvolvimento de novas pesquisas sobre o tema, além da publicação de artigos em periódicos nacionais e internacionais, apresentações em congressos e reflexões sobre a importância da temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo exploratório-intervencionista (EQI). A pesquisa exploratória permitirá uma compreensão mais aprofundada da necessidade de capacitação da equipe multidisciplinar da Atenção Básica de Saúde (ABS), acerca do manejo dos cuidados paliativos para os usuários idosos atendido em Unidades Básicas de Saúde. O estudo será desenvolvido no Município de João Pessoa (PB), em Unidades de Atenção Básica de Saúde, nos Distritos Sanitários (DS). Do ponto de vista sanitário, a rede de serviços de saúde está distribuída territorialmente em cinco Distritos Sanitários (DS I, DS II, DS III, DS IV e DS V) que recortam toda a extensão territorial da

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 7.030.097

cidade e compreendem o primeiro nível de organização da rede de serviços de saúde, denominado Atenção Básica. Para a seleção das

Unidade Básica de Saúde inicialmente solicitamos à secretaria de saúde do município, dados atualizados do quantitativo de unidades básicas de saúde distribuídas por distritos sanitários, e a qual tem um contingente maior que atende a população idosa com doenças crônicas. Diante da obtenção dos dados atualizados, selecionamos as seguintes UBS por Distrito Sanitários: No Distrito I, USF Integrada Cruz Das Armas I, USF Integrada Nova Conquista e USF Integrada Saúde Para Todos; Distrito II - USF Integrada Geisel, USF Integrada Integrando Vidas e USF Integrada Vila Saúde; Distrito III - USF Integrada Mangabeira, USF Integrada Nova União e USF Integrada Valentina; Distrito IV - USF Integrada Alto do Céu, USF Integrada Matinha II e Paulo Afonso; Distrito V - USF Castelo Branco, USF Integrada Altiplano e USF Integrada Bancários. Cumpre assinalar que elegemos as UBS mencionada acima distribuídas nos cinco distritos sanitários como cenário de estudo, em virtude de apresentarem um alto coeficiente de pessoas acima de 60 anos com doenças crônica. O processo de interpretação dos dados das entrevistas e grupos focais se dará por meio da análise de conteúdo de Laurence Bardin. A pesquisadora realizará a articulação e interpretação do material empírico com base na literatura pertinente ao tema em estudo, a fim de proceder à descrição dos dados obtidos a partir dos relatos dos profissionais inseridos na pesquisa, bem como conjecturar novas possibilidades acerca da investigação proposta. Triangulação de Dados: comparação e triangulação entre dados de diferentes fontes. Viabilidade: a viabilidade do estudo é suportada pela abordagem qualitativa, que permite uma compreensão profunda das necessidades e percepções dos participantes. A pesquisa será flexível para adaptar-se à dinâmica da UBS, e a colaboração contínua com a equipe garantirá a aceitação e efetividade da estratégia de cuidados paliativos. O rigor metodológico, incluindo a triangulação de dados, contribuirá para a confiabilidade dos resultados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados tempestivamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do cumprimento das diretrizes éticas de pesquisas com seres humanos, somos de parecer favorável à aprovação do presente protocolo de pesquisa, salvo melhor juízo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



Continuação do Parecer: 7.030.097

JOAO PESSOA, 26 de Agosto de 2024

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br