



CUIDADO PALIATIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: percepções da equipe sobre a prática interdisciplinar

Palliative care in primary health care: team perceptions about interdisciplinary practice

Cuidados paliativos en atención primaria de salud: percepciones del equipo sobre la práctica interdisciplinaria

Bruna Tais Zack¹ Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso¹ Luciana Puchalski Kalinke² Gicelle Galvan Machineski¹

¹ Universidade Estadual do Oeste do Paraná; ² Universidade Federal do Paraná

Autor correspondente: Bruna Tais Zack - brunazack@hotmail.com

RESUMO

Introdução: o cuidado paliativo tem como fundamentação a interdisciplinaridade e é realizado em todos os níveis assistenciais, sendo a Atenção Primária à Saúde a organizadora e coordenadora da rede. **Objetivo:** compreender as percepções sobre a prática interdisciplinar no cuidado paliativo no âmbito da Atenção Primária. **Método:** pesquisa descritiva, qualitativa, com abordagem da fenomenologia social de Alfred Schütz. O campo de pesquisa foram 16 unidades de Atenção Primária de um município localizado no oeste do Paraná/BR, obtidas via cálculo amostral no *software R*[®]. Como população, foram 38 profissionais com ensino superior, entrevistados presencialmente, de novembro/2021 a março/2022, mediante uma pergunta norteadora sobre a atuação no cuidado paliativo. As entrevistas foram gravadas e transcritas, organizadas com auxílio do IRaMuteQ[®] e compreendidas à luz da fenomenologia. **Resultados:** com idade média de 40±8 anos, formados há 13,4 anos e 8,5 anos exercendo o cargo atual, os profissionais compreendem parcialmente o que é o cuidado paliativo, pois não o relacionam a uma prática interdisciplinar. A menção de trabalho em equipe foi mais incidente pelos enfermeiros e assistentes sociais, quem declarou possuir especialização em saúde da família e quando associado às capacitações, as expectativas e a organização do processo de trabalho. Nos Motivos-porque, os profissionais normalizam a fragmentação do processo de trabalho, bem como que suas vivências permearam as consequências imediatas da pandemia, como a falta de reuniões de equipe, que veio a agravar as já delicadas relações interdisciplinares. Nos Motivos-para, compreendeu-se, sobretudo, a importância da retomada das reuniões de equipe e ampliação das equipes multiprofissionais. **Considerações finais:** possibilitou-se compreender a percepção falha quanto o cuidado paliativo como prática interdisciplinar na atenção primária, bem como as motivações em relação às experiências vivenciadas e projeções futuras, que podem fomentar a reflexão de caminhos para melhoria da partilha de saberes nesse contexto.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Atenção Primária à Saúde; Comunicação Interdisciplinar; Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Introduction: palliative care is based on interdisciplinary and is carried out at all levels of care, with Primary Health Care organizing and coordinating the network. **Objective:** to understand the perceptions of interdisciplinary practice in palliative care within Primary Care. **Method:** descriptive, qualitative research using Alfred Schütz's social phenomenology approach. The research field was 16 Primary Care units in a municipality located in the west of Paraná/BR, obtained via sample calculation in the *R*[®] software. The population consisted of 38 professionals with higher education who were interviewed in person from November/2021 to March/2022, using a guiding question about their work in palliative care. The interviews were recorded and transcribed, organized using IRaMuteQ[®] and understood in the light of phenomenology. **Results:** with an average age of 40±8 years, trained for 13.4 years and 8.5 years in their current position, the professionals partially understand what palliative care is, as they do not relate it to an interdisciplinary practice. The mention of teamwork was more prevalent among nurses and social workers, who said they had a specialization in family health and when associated with training, expectations and the organization of the work process. In the Reasons-why, the professionals normalize the fragmentation of the work process, as well as that their experiences permeated the immediate consequences of the pandemic, such as the lack of team meetings, which aggravated the already delicate interdisciplinary relationships. In the Reasons-for, the importance of resuming team meetings and expanding multi-professional teams was understood above all.

Keywords: Palliative care; Primary health care; Interdisciplinary Communication; Patient Care Team.

RESUMEN

Introducción: los cuidados paliativos se basan en la interdisciplinariedad y se llevan a cabo en todos los niveles asistenciales, siendo la Atención Primaria la organizadora y coordinadora de la red. **Objetivo:** conocer las percepciones de la práctica interdisciplinar en cuidados paliativos dentro de la Atención Primaria. **Método:** investigación descriptiva, cualitativa, utilizando el enfoque de la fenomenología social. El campo de investigación fueron 16 unidades de Atención Primaria de un municipio localizado en el oeste de Paraná/BR, obtenidas a través del cálculo muestral en el *software R*[®]. La población estuvo constituida por 38 profesionales que fueron entrevistados presencialmente entre noviembre de 2021 y marzo de 2022, utilizando una pregunta orientadora sobre su trabajo en cuidados paliativos. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas, organizadas mediante IRaMuteQ[®] y comprendidas a la luz de la fenomenología. **Resultados:** con una edad media de 40±8 años, formados durante 13,4 años y 8,5 años en su puesto actual, los profesionales entendían parcialmente qué eran los cuidados paliativos, ya que no los relacionaban con una práctica interdisciplinar. La mención al trabajo en equipo fue más frecuente entre los enfermeros y los trabajadores sociales, que dijeron haberse especializado en salud familiar y cuando se asoció a la formación, las expectativas y la organización del proceso de trabajo. Los profesionales normalizan la fragmentación del proceso de trabajo, así como que sus experiencias permearon las consecuencias inmediatas de la pandemia, como la falta de reuniones de equipo, lo que agravó las relaciones interdisciplinares. Se comprendió sobre todo la importancia de reanudar las reuniones de equipo y de ampliar los equipos. **Consideraciones finales:** Fue posible comprender la percepción defectuosa de los cuidados paliativos, así como las motivaciones en relación con las experiencias y las proyecciones futuras, lo que puede estimular la reflexión sobre las formas de mejorar el intercambio de conocimientos.

Palabra Clave: Cuidados paliativos; Atención Primaria de Salud; Comunicación Interdisciplinaria; Grupo de Atención al Paciente.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) é uma importante estratégia para a cobertura universal de saúde, posta como uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, na Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas,¹ além de ser uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS), baseada em seus princípios e diretrizes, representando a principal porta de entrada e centro de comunicação de toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços, de forma integral e gratuita.²

De acordo com Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a APS é um conjunto de ações, que, dentre outras, envolvem a promoção, prevenção, proteção, tratamento e cuidados paliativos (CP), por equipe multiprofissional, dirigida à população em território definido, de sua responsabilidade sanitária, que possui como um dos princípios a integralidade, que objetiva atender às necessidades da população em diversos campos, incluindo o cuidado paliativo.²

Contudo, dentre os diversos impasses da APS, e suas diferentes complexidades, há um descompasso entre a formulação da política e sua implementação real, profusão de portarias e normas, dificuldade de operar como o centro de comunicação, bem como uma tensão discursiva em suas perceptivas, como a contraposição dos enfoques na atenção médica generalista versus a multiprofissionalidade.¹

Embora um de seus princípios seja a integralidade, que objetiva atender às necessidades da população em diversos campos, incluindo o CP, e que a multidisciplinaridade seja prevista nesse nível de atenção, exemplos como a composição enxuta da equipe mínima, de médico e enfermeiro,² bem como mudanças no financiamento do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB),³ desvelam tal contradição.

Quanto a definição do CP, trata-se de uma abordagem multidisciplinar que objetiva a qualidade de vida a quem enfrenta problemas associados às doenças com risco de óbito, aliviando seu sofrimento e de sua família, com ênfase na abordagem da APS.⁴

Assim, a promoção de alívio do sofrimento do paciente em CP requer planejamento interdisciplinar, com atuação multiprofissional,⁵ acompanhados longitudinalmente,³ com a vantajosa proximidade com o lar, facilidade de acesso e sensibilidade pela equipe quanto às realidades dos pacientes, quando realizados no primeiro nível de atenção.⁶

Nesse contexto, uma equipe articulada pode prover essa assistência de forma efetiva, em que a partilha de saberes e responsabilidades, pautadas na resolução conjunta das demandas, são fatores determinantes da eficiência⁷ e a satisfatória comunicação da equipe impacta diretamente a qualidade assistencial.⁸⁻⁹

Contudo, a complexidade dessa partilha de saberes na equipe é descrita como um dos desafios para a implementação do CP na APS.¹⁰ Os próprios termos multidisciplinaridade e interdisciplinaridade requerem esclarecimentos, pois embora sejam facilmente encontrados como sinônimos, possuem diferenças importantes. Destaca-se que, na multidisciplinaridade, ocorre uma junção de olhares para um aspecto em comum, mas sem articulação entre as disciplinas, já na interdisciplinaridade há uma relação entre as disciplinas e visa à partilha dos saberes de forma articulada.⁸

Tal discussão é necessária, justificada pela colaboração com o conceito ampliado de saúde e por favorecer a garantia de um dos princípios do SUS, a integralidade, também presentes nos princípios do CP.¹¹

Acrescenta-se, ainda, que esse cuidado é uma temática de abordagem incomum na formação dos profissionais de saúde¹² e possui apontamentos de fragilidades na prática.¹³

Diante disso, tem-se, como pergunta norteadora: qual a percepção dos profissionais da APS em relação à atuação da equipe interdisciplinar no atendimento ao paciente em cuidado paliativo?

Assim, este estudo teve como objetivo compreender a percepção da equipe da atenção primária à saúde quanto à prática interdisciplinar no cuidado paliativo, o qual corresponde ao quinto objetivo específico da dissertação de mestrado: “Atuação dos profissionais de saúde no cuidado paliativo na atenção primária à saúde”, que possuía como objetivo geral a compreensão da percepção dos profissionais da atenção primária em saúde quanto à atuação em cuidados paliativos em um município do oeste do Paraná.¹⁴

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, que compõe um projeto maior sobre “O cuidado em saúde mental: aspectos relacionados às políticas, aos serviços, às redes de apoio, aos profissionais e aos usuários”, que amparou eticamente a dissertação de mestrado supracitada, delineado com referencial teórico metodológico da fenomenologia social de Alfred Schütz.¹⁵

O referencial metodológico moldou a construção de todas as etapas de pesquisa e interpretação dos resultados. A fenomenologia social¹⁵ utiliza o método compreensivo dos resultados da pesquisa qualitativa, a qual possibilita a compreensão dos motivos relacionados às experiências vivenciadas pelo agente mediante a percepção, bem como as suas motivações para a composição do projeto futuro, pautado nas expectativas.

As motivações, na ótica da fenomenologia, dividem-se em Motivos-porque, que busca a apreensão do que foi vivenciado e suas motivações, e os Motivos-para, que visa à compreensão da projeção das expectativas um agir futuro.¹⁵

O local da pesquisa foi um município do oeste do Paraná, o qual possui 44 unidades de APS, de nível básico de atenção, distribuídas em três distritos sanitários, com área geográfica definida, baseada nas características epidemiológicas, culturais e sociais comuns, bem como as necessidades e recursos de saúde, compostos por 14, 16 e 14 unidades. Trabalham nessas unidades, em média, 2 equipes em cada, ou seja, 102 equipes de saúde no total.

A amostra das unidades do estudo foi realizada mediante estratificação estabelecida de forma aleatória (randomização) no *software R*[®]. A quantidade de unidades sorteadas em cada distrito foi determinada proporcionalmente: Distrito 1 (14 de 44 = 31,8%) 5 unidades; Distrito 2 (16 de 44 = 36,4%) 6 unidades; Distrito 3 (14 de 44 = 31,8%) 5 unidades. A composição final do campo de pesquisa foram 16 unidades de saúde.

Considerou-se a estrutura das equipes mínimas da APS segundo a PNAB,² bem como que no município existe um profissional de assistência social em cada unidade e que não possui NASF-AB, chegando à composição da população do estudo: Médicos, enfermeiros e assistentes sociais, que compõe as equipes multiprofissionais assistenciais da atenção primária, ao menos 1 de cada categoria profissional, em cada unidade sorteada.

Como critério de inclusão foram considerados tais profissionais, desde que trabalhassem há mais de 6 meses na atenção primária, na assistência e que aceitasse participar do estudo. Os critérios de exclusão foram aplicados aos que eram de outros cargos ou administrativos, que atuassem há menos de 6 meses, que estivessem em férias ou licença no momento da pesquisa; 10 profissionais foram excluídos do estudo, compondo a população final 38 profissionais: 12 médicos, 16 enfermeiros e 10 assistentes sociais.

Foi realizado de um piloto com dois médicos e dois enfermeiros de um programa de assistência domiciliar do município, que presta apoio às unidades de saúde no cuidado de pessoas com doenças ameaçadoras a vida, visando ajustes e treinamento para coleta, sem alterações estruturais no planejamento.

A coleta de dados foi realizada pela enfermeira mestranda em práticas e políticas em saúde do programa interdisciplinar de Biociências e saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sem quaisquer vínculos com os serviços de saúde, de novembro de 2021 ao mês de

março de 2022, após horário agendado, via telefone da unidade de saúde disponibilizado no site da prefeitura, abordando o coordenador da unidade para agendamento com os profissionais, se apresentado e convidando a participar.

A entrevista foi presencial, individual, durante o expediente de trabalho, em horário marcado e local privativo da unidade básica de saúde, após a leitura dos objetivos do estudo e do consentimento livre e esclarecido (TCLE), assinando-o e consentindo com a pesquisa, que foi gravada pelo aplicativo *Recorder*[®], com tempo médio de fala de 20 minutos por profissional, direcionada pela indagação norteadora: “Fale-me sobre o cuidado paliativo, sua atuação e da sua equipe nesse contexto, a relação entre os profissionais, as reuniões de equipe e quais suas expectativas quanto à oferta desse cuidado na atenção primária”, bem como o preenchimento de uma tabela com os dados sócio demográficos de cada profissional, contendo: tipo de unidade que trabalha (básica ou saúde da família), idade, sexo, nacionalidade, escolaridade, religião, ocupação, tempo de formação, tipo de contrato no município, tempo exercendo o cargo atual (vinculado à unidade de saúde do município) e qual especialização possui (se houver).

Posteriormente, foi ofertada a possibilidade do profissional se ouvir pelo gravador, avaliar suas respostas e mudá-las, se fosse da sua vontade, sem adesão de nenhum dos participantes.

As entrevistas foram transcritas manualmente, ao longo de todo o processo, para confirmação da saturação dos dados ao longo da coleta e inserção de novos profissionais, se fosse necessário, sendo confirmada a satisfatoriedade das informações ao findar 38 entrevistas. Essas produziram em média de 5 páginas por profissional, que para anonimato foram nomeados como P1, P2, P3 (...), conforme a ordem das entrevistas.

A análise do perfil dos profissionais contou com a estatística descritiva com auxílio do software estatístico XLSTAT[®]; os dados qualitativos, antes de passar pela análise fenomenológica, foram organizados inferencialmente e, ainda, sistematizados com auxílio do programa qualitativo IRaMuteQ[®], para junção das tipologias textuais.

Essa análise requer uma retenção mínima de 75% dos segmentos de textos (ST); no estudo, foram separados 1376 ST com aproveitamento de 1066 ST (77,47%). Considerou-se, então, a Frequência de ST (f), Qui-quadrado (χ^2) e p-valor para determinar qual foi efetivamente a frequência e representatividade das falas dos profissionais sobre menção de ‘equip@’ (e; es - multi, inter ou transdisciplinar) no presente estudo. Isso com o intuito de certificar a suspensão das apreensões e redução fenomenológica, levando em consideração que analisador deve se desvincular de suas crenças prévias para a real compreensão, sem suas interferências, das motivações dos entrevistados, segundo o método de Alfred Schütz.¹⁵

Assim, nomeadas como classes no estudo, as unidades de sentido para melhor visualização do trabalho em equipe por assuntos foram: Possibilidades e expectativas para a assistência em cuidados paliativos e capacitação sobre o cuidado paliativo (Classe 1); Referência e contrarreferência (Classe 2); Percepção de como foi a oferta do cuidado paliativo durante a pandemia (Classe 3); Organização do processo de trabalho sobre o cuidado paliativo na unidade (Classe 4); Entendimento do conceito de cuidado paliativo (Classe 5).

Ressalta-se que a pesquisa respeitou os preceitos éticos,¹⁶ realizada após a leitura e assinatura do TCLE pelos participantes, o qual foi anexo dos projetos aprovados pelos comitês de ética da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, parecer nº 4.124.227, CAAE nº 33352220.2.0000.0107 e do Hospital do Trabalhador sob parecer nº 4.183.030 e CAAE 33352220.2.3001.5225. Houve a apreciação dos projetos aprovados pela secretaria municipal de saúde do município e autorização para a pesquisa mediante carta de anuência.

RESULTADOS

Ao todo, foram entrevistados 38 profissionais lotados em três distritos sanitários; 16 enfermeiros (42,1%), 12 médicos (31,6%) e 10 assistentes sociais (26,3%), com média de idade

de 40±8 anos, tempo médio de formação de 13 anos e 4 meses (13,3±8,8) e média de 8 anos e 6 meses exercendo o cargo atual (8,5±6,8). De acordo com a Tabela 1, nota-se que são brasileiros, a maioria do sexo feminino e com especialização em saúde da família ou áreas afins:

Tabela 1 - Caracterização profissional, com frequência absoluta (n) e relativa (%).

Variável	Categoria	Freq.* absoluta (n)	Freq.* relativa (%)
Unidade básica ou de saúde da família	Unidade básica de saúde	12	31,6
	Unidade de saúde da família	26	68,4
Ocupação	Assistente Social	10	26,3
	Enfermeiro	16	42,1
	Médico	12	31,6
Contrato	Concurso	37	97,4
	Programa Mais Médicos	1	2,6
Especialização	Não	21	55,3
	Sim	17	44,7
	Em curso	21	55,3
Tipo especialização	Saúde Coletiva	1	2,6
	Saúde da Família	12	31,6
	Saúde Família e Saúde Mental	1	2,6
	Saúde Pública	2	5,3
	Serviço Social	1	2,6
Nacionalidade	Brasileiro	38	100
Sexo	Feminino	30	78,9
	Masculino	8	21,1
Escolaridade	Especialização	22	57,9
	Mestrado	2	5,3
	Pós-Graduação	3	7,9
	Superior	11	28,9
	Adventista	1	2,6
Religião	Ateu	1	2,6
	Católica	22	57,9
	Evangélica	6	15,8
	Luterana	1	2,6
	Nenhuma religião	7	18,4

Fonte: Elaborada pelos autores, 2023.

* Freq.: Frequência

Foi realizada uma nuvem de palavras a partir das entrevistas, por meio do teste de Qui-quadrado, na qual é possível verificar de maneira geral a centralidade das falas dos profissionais, que foi o paciente, conforme a Figura 1:

Com o COVID parou de ter reunião de equipe, estava para voltar agora esse mês, mas a gente teve um avanço também nos casos e precisou parar. E aí provavelmente agora em março a gente tenha. Está programado. (P 20)

Esteve presente nas falas também a projeção de expectativas relacionadas à ampliação das equipes em quantitativo e em inclusão de outros profissionais, estando presentes declarações a respeito dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica, psicólogos e fisioterapeutas:

Há 20 anos participamos das conferências locais, municipais e estaduais, sempre pedindo por esse profissional na equipe [psicólogo]. Hoje a questão da saúde mental está aflorada em todas as faixas etárias e situações de saúde geral da população [...] (P 03)

[...] a demanda daqui é muito grande, temos poucos profissionais médicos para atender uma população que chega a aproximadamente 25.000 habitantes [...] (P 09)

A expectativa é que tivesse uma das equipes completas, que não estão está. Está sempre faltando com as equipes. São 3 equipes aqui, de saúde da família, mas ela nunca está completa. (P 14)

[...] um profissional de fisioterapia [...] vamos utilizar um exemplo NASF, antigamente nesse estilo. Assim, estarem cada ponto, em cada distrito. Ter uma unidade de atendimento com mais profissionais, umas 3 equipes ali atendendo, talvez! (P 31)

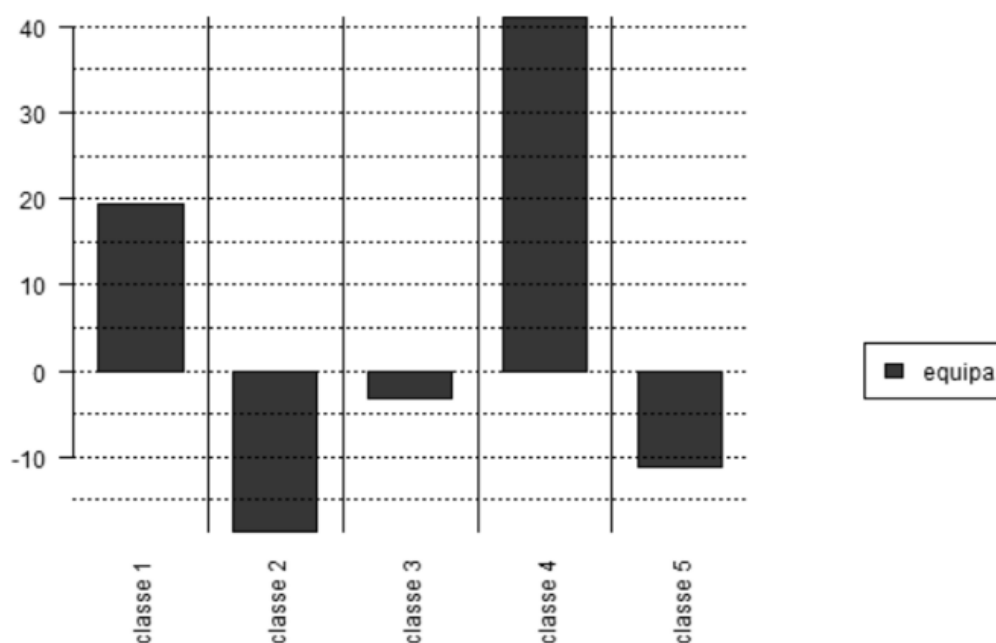
Quanto à organização do processo de trabalho, os profissionais explanam sobre como ocorre o cuidado paliativo na unidade de saúde e sobre quais componentes da equipe multiprofissional participam desse cuidado, mesmo que de forma fragmentada:

[...] quando não é possível a vinda deles até aqui [pacientes paliativos], nós tentamos programar uma visita domiciliar, sejado profissional enfermeiro, assistente social ou o médico, quando possível. É o agente de saúde, que é quem mais faz esse elo entre a família e a equipe. (P 24)

[...] como a gente é uma equipe multidisciplinar, acaba que o paciente passa por todo mundo. Pela odontologia, pela enfermagem, pela assistente social, pelas ACS, que são importantíssimas nesses casos. A equipe toda tem sim esse contato [com o paciente paliativo]. [...] essa desmistificação eu acho que é o mais importante hoje: fazer a sociedade entender que a equipe do paliativo não é a equipe que vai adotar o paciente para cuidar dele na hora da morte [...] (P 27)

Nas entrevistas, o trabalho em equipe não foi expressivamente citado quando os profissionais explanaram sobre a referência e contrarreferência, percepção de como foi a oferta do cuidado paliativo durante a pandemia e entendimento do conceito de cuidado paliativo, como demonstra a Figura 2:

Figura 2 - Menção de “equipa@” por classes/unidade de sentido (x^2).



Fonte: Elaborada pelos autores, 2023.

Legenda:

*classe 1: Possibilidades e expectativas para assistência em cuidado paliativo e capacitação

*classe 2: Referência e contrarreferência

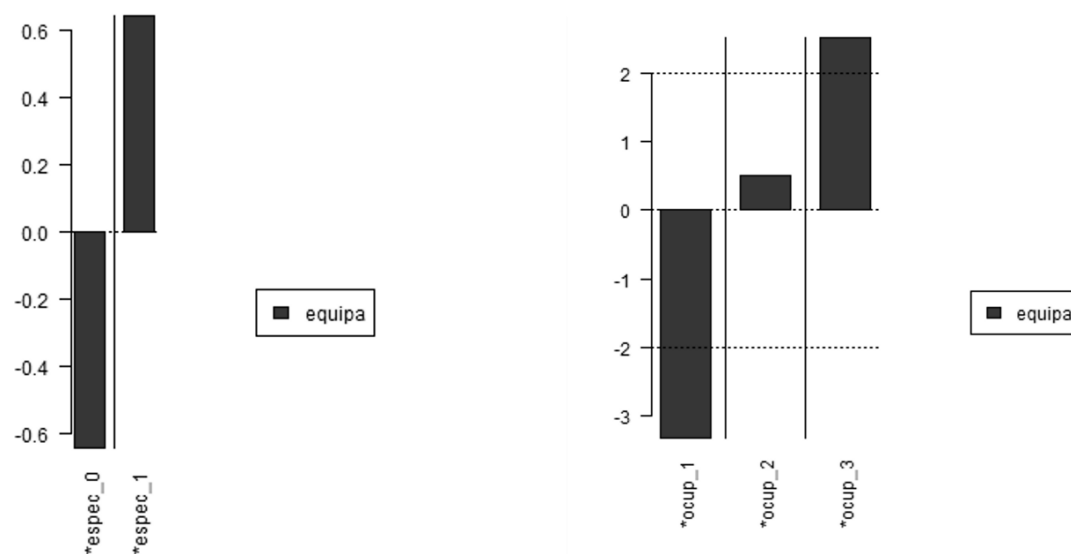
*classe 3: Percepção de como foi ofertar o cuidado paliativo durante a pandemia

*classe 4: Organização do processo de trabalho sobre o cuidado paliativo na unidade

*classe 5: Entendimento do conceito de cuidado paliativo

Ainda, a menção das equipes teve maior ocorrência nas falas dos profissionais que afirmaram ter especialização em saúde da família, bem como entre enfermeiros e assistentes sociais, como demonstra a Figura 3.

Figura 3 - Menção de “equipa@” por ocupação e especialização (x^2).



Fonte: Elaborada pelos autores, 2023.

Legenda:

*espec_0: profissionais sem especialização

*espec_1: profissionais com especialização em saúde da família ou áreas afins

*ocup_1: médico

*ocup_2: enfermeiro

*ocup_3: assistente social

Os profissionais reconhecem os componentes da equipe, não associam o atendimento em equipe à definição do cuidado paliativo, mas projetam suas expectativas de melhoria do cuidado paliativo na retomada das reuniões interdisciplinares, descontinuadas durante o ápice da pandemia. Também, possuir especialização em saúde da família possibilitou um olhar voltado ao trabalho partilhado e os profissionais enfermeiros e assistentes sociais tenderam a associar o atendimento paliativo de forma compartilhada enquanto o profissional médico tende a não citar o trabalho em equipe, centralizando suas falas em suas ações individuais.

DISCUSSÃO

Segundo a fenomenologia social de Alfred Schütz, cada ser humano está posto em um mundo social, que é constituído com os contemporâneos, em que o estoque de conhecimento é formado a partir de vivências individuais e coletivas; o estoque de experiências, por sua vez, é constituído por retenção de experiências passadas.^{15,17}

Esse mundo social é um fenômeno que necessariamente requer interação, pautada nesse estoque de conhecimentos e experiências de cada um, bem como suas intenções e motivações compartilhadas.¹⁵

Toda interação social é um operar social, em que tem como objeto do projeto as vivências de consciência alheias e como base uma orientação recíproca por parte do parceiro na interação, ou seja, o indivíduo vive com e para o outro, sendo a vivência social um projeto e um produto da interação social.¹⁵

Logo, compreende-se que o mundo social, a ser compreendido no presente estudo, são os contemporâneos do atendimento em saúde da APS, enfermeiros, médicos e assistentes sociais, e suas interações interdisciplinares, bem como seus estoques de conhecimentos e experiências, para, a partir disso, compreender suas motivações. São componentes desse grupo profissionais brasileiros, predominantemente mulheres, com a média de idade que pressupõe mais experiência de vida e vivências, formados há aproximadamente 13 anos e 8 anos exercendo o cargo atual.

Vale contextualizar que, quando o SUS se organizou, em 1990,¹⁸ os indivíduos da amostra tinham em média 12 anos de idade, mas, quando iniciaram os trabalhos em saúde, já havia a contribuição da PNAB, que teve a primeira edição oficial em 2006, no contexto do Pacto pela Saúde, apenas 3 anos antes da entrada desses profissionais no concurso público municipal.¹⁹

A PNAB ampliou a concepção da atenção básica e incorporou atributos de APS abrangentes, reconhecendo a Saúde da Família como um modelo assistencial de saúde e espelho de organização, resgatando atributos de assistência preconizados pela lei orgânica da saúde no Brasil.²⁰

Compreender a conformação social auxilia a perceber o mundo social, pois a organização social coletiva também interfere no modo de agir, logo, na concepção do plano do agir e nas motivações.

Segundo Schütz, a fenomenologia compreende os fenômenos da coletividade, dos grupos e das interações na construção de motivações para o agir intencional, em que nossas vivências podem se referir ao mundo dos consociados ou contemporâneos, de forma que um projeto de ação pode ser projetado como um agir por indivíduos antecedentes aos contemporâneos.¹⁵

“O comportamento próprio orientado pelo mundo dos predecessores jamais será,

portanto, *operar-sobre-otrem*, senão *ocasionado-por-otrem*”,¹⁵ logo, os comportamentos dos predecessores podem ocasionar comportamentos nos indivíduos consequentes, em que o modo como os predecessores culturalmente entendem o processo de cuidar e de morrer pode ocasionar interferência no ato de cuidar dos paliativos.

Logo, esses indivíduos incorporam formas de se relacionar em saúde e modos de produção de saúde que não compunham os pressupostos da integralidade e do acesso universal, pois, na prática, o SUS ainda está se consolidando em seus princípios e diretrizes.²¹

Para um cuidado paliativo em equipe, logo, os indivíduos que compõem o grupo social devem necessariamente apresentar ações projetadas para o *modo futuri exacti* no trabalho em equipe.¹⁵ Para que eles tenham como expectativa isso, devem apreender, na consciência, sobre o trabalho em equipe e incorporar, em seu estoque de conhecimentos, conceitos fundamentais sobre a execução do trabalho interdisciplinar.

Logo, compreendeu-se que ter especialização em saúde da família, conhecer sobre o processo de trabalho integrado, multidisciplinar e longitudinal, pressupostos da saúde da família,² determinaram, neste estudo, a presença das interações das equipes nos projetos de ação.¹⁵

Compreendeu-se também que duas categorias profissionais tiveram como base falas sobre o cuidado compartilhado, em detrimento à ocupação médico. Um ponto que chamou a atenção foi que, no teste de Qui-quadrado, as falas dos profissionais médicos foram mais heterogêneas e menos significativas em relação ao resultado e à distribuição do fenômeno, ou seja, foram falas que destoaram das falas da maioria, que se centralizaram no paciente, como exemplificou a nuvem de palavras.

Ainda, identificou-se, na fala do Profissional 27, um conceito de cuidado paliativo dissonante com o preconizado pela Organização Mundial da Saúde e pela portaria de organização do CP no SUS,^{2,4,11} com uma ideia de que a sociedade precisa entender que não será uma “adoção” do paciente para ofertar o adequado cuidado na hora de seu óbito.

A ideia de vínculo com a família, a ideia de equidade para o acesso desse paciente requer o cuidado na hora da morte, não necessariamente de forma física da equipe, mas necessariamente com orientações, preparo da família, manejo de sinais e sintomas, suporte, acompanhamento longitudinal, promoção da autonomia do paciente e familiares.¹¹

Essa concepção do CP pode estar diretamente ligada ao fato dessa categoria não expor, em suas falas, as variações do termo equipe (interdisciplinar, transdisciplinar, multidisciplinar), por falta de incorporação do conceito do que é o CP em seus estoques de conhecimento e, logo, a incapacidade de incorporá-los nos projetos de ação e execução em um futuro agir.¹⁵

Há a ideia fragmentada consonante a uma esteira de produção de cuidado em que o paciente passa pelos profissionais, ainda que cite “equipe multidisciplinar”, como nota-se na fala do Profissional 27, em que o paciente “*passa por todo mundo*” no sentido de ser atendido pelos componentes da equipe multiprofissional.

Ademais, após reconhecer os problemas, é necessário considerar a motivação do ato projetado. Nesse sentido, a fenomenologia social traz os conceitos de Motivos-para que seriam as expectativas presentes nos planos para agir, e os Motivos-porque, que seriam a percepção do que foi vivenciado até então e seus significados atribuídos, que serão incorporados e fantasiados no projeto futuro.¹⁵

Dentre os Motivos-para do presente estudo, notou-se sobretudo a retomada das reuniões de equipe, para, assim, ser possível exercer o cuidado paliativo na APS. Segundo a fenomenologia, há diferença entre ação e agir, pois, no agir, há um plano constituído na intencionalidade e, nesse caso, o plano compreende predominantemente a partilha das reuniões.

Para Schütz, o ser humano vive com e para os outros e constituem coletivamente projetos com os contemporâneos.¹⁵ Também, em uma ideia coletividade atendimento em saúde aos pacientes paliativos, há a presença de expectativas relacionadas à ampliação das equipes em

quantitativo, inclusão de outros profissionais para compor as equipes multidisciplinares, como psicólogos e fisioterapeutas, bem como a presença do NASF-AB. Vale contextualizar que o NASF-AB foi desmontando no programa Previne Brasil, o qual o retirou do financiamento discricionário em 2019, que, na prática, repercutiu no desmonte desse suporte interdisciplinar à APS.²²

Outra expectativa, dentro da ideia de ampliação das equipes, seria a equipe conformada, explicitada na fala dos profissionais, a exemplo da fala do Profissional 14, que acrescenta que as equipes nunca estão completas.

Já nos Motivos-porque, tratando-se da percepção de como aconteceu a atuação da equipe interdisciplinar no cuidado paliativo até então,¹⁵ notou-se que as vivências esvaídas dos profissionais permeiam a pandemia, que veio a agravar as já delicadas relações interdisciplinares. A interrupção das reuniões de equipe gerou a percepção negativa em relação a essa interação para a discussão dos casos.

Nesse sentido, contextualiza-se que a pandemia do SARS-CoV-2 repercutiu na necessidade de revisão da prática em saúde em todos os países atingidos, afetando todos os níveis de atenção, incluído a APS, angular na organização da rede de atenção à saúde no Brasil. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde, tal fato marcou uma emergência em saúde pública internacional²³ e demonstrou a necessidade do aprofundamento quanto ao entendimento sobre o impacto de eventos que desestabilizam a rede, especialmente na atuação da equipe multiprofissional na assistência à saúde.²⁴

Ainda, na percepção do que foi vivenciado, os profissionais reconhecem os componentes da equipe no processo de trabalho, percebem sua atuação, mas normalizam a fragmentação do trabalho em suas falas, não apreendendo questões sobre a percepção de fragmentação, em que, para eles, o trabalho interdisciplinar seria cada um atender, mesmo que de forma individual, o mesmo paciente, sem um olhar conjunto e compartilhado.

Acrescenta-se que compreender a percepção do que foi vivenciado auxilia a perceber o modelo de atenção à saúde praticado, uma vez que a percepção dos profissionais e gestores determina o que é entendido como problemas de saúde a serem resolvidos.²⁵ Nesse sentido, os profissionais do presente estudo demonstraram, em seus Motivos-porque, as dificuldades enfrentadas na multidisciplinaridade, sendo encarada como um fator necessário de enfrentamento, visto a carência de reuniões de equipe; contudo, muitos profissionais sequer desenvolveram um conceito prático de interdisciplinaridade, expondo que seus estoques de conhecimento não abarcam o trabalho interdisciplinar, mas sim puramente multidisciplinar e quase individual.

Por fim, ressalta-se que, como limitações do estudo, a não inclusão dos demais componentes da equipe, os de nível médio e os não obrigatórios na equipe mínima, pode gerar uma visão reduzida ao mundo social e motivação apenas dos indivíduos da equipe mínima de nível superior, reduzindo o escopo de compreensão e dando margem à continuação do presente estudo, de maneira ampliada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendeu-se que os profissionais da APS possuem limitações de entendimento do CP, percebem sua atuação dentro da equipe multiprofissional, mas de forma fragmentada, em ações pontuais e em tempos distintos, pois embora reconheçam os componentes da equipe no processo de trabalho, não há a partilha de saberes como uma prática enraizada.

Compreendeu-se também que a pandemia teve impacto para a percepção de atuação, uma vez que alterou o funcionamento das unidades e impossibilitou reuniões de equipe, que, antes da pandemia, aconteciam semanalmente.

A questão do retorno das reuniões de equipe também foi central nas expectativas, nos

Motivos-para, em que a maior expectativa é a retomada das reuniões de equipe, acrescida da ampliação para suporte adequado ao paciente em fase final de vida na APS.

Tal estudo fomentou a reflexão sobre elementos significativos aos profissionais de saúde da equipe mínima da APS para a promoção da partilha de saberes entre os mesmos e quais são os possíveis caminhos a serem implementados para a melhoria no cuidado paliativo e fortalecimento da interdisciplinaridade.

Como contribuição da pesquisa, recomenda-se a capacitação dos profissionais para o trabalho interdisciplinar, que pode ser um ponto chave para promovê-lo, a julgar que nesse estudo houve maior associação da prática interdisciplinar nos excertos dos profissionais que possuíam especialização em saúde da família ou áreas afins, o que pressupõe que a vivência do conhecimento da clínica ampliada pode ser um fator transformador na atuação.

Também, sugere-se em futuros estudos a possibilidade da inclusão de mais componentes da equipe e a relevância da continuidade da exploração desse tema na APS, justificada pela sua característica de ordenadora e coordenadora da rede de saúde, angular na promoção do cuidado interdisciplinar em tantas esferas, a incluir o cuidado paliativo, levando em consideração a longitudinalidade prevista.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a qual concedeu auxílio financeiro para o projeto de mestrado.

REFERÊNCIAS

1. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad Saude Publica* 2018; 34(8):e00029818. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>
2. Brasil. Portaria nº. 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, set. 2017.
3. Brito GEG, Forte FDS, Freire JCG, Moreira LB, Paredes SO, Silva SLA. Articulação entre a EqSF/AB e o NASF/AB e sua influência na produção do cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Cien saude colet* 2022 Jun; 27(6):2495–508. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202276.03942021>
4. World Health Organization. Paliative care. WHO: 2020. [atualizado em 2020; citado em 30 de janeiro de 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
5. Taquemori LY, Sera CTN. Interface intrínseca: equipe multiprofissional. In: Conselho Regional de Medicina do Estadode São Paulo Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estadode São Paulo; 2008. p. 689.
6. Oliveira J da S. Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde: atribuições de enfermeiros e enfermeiras. *Rev APS* 2021; 4(2):28-410. doi: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.16848>
7. Hermes HR, Lamarca ICA. Palliative care: an approach based on the professional health categories. *Cien saude colet* 2013; 18(9):2577–88. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413->

[81232013000900012](https://doi.org/10.1590/1982-0216201719213816)

8. Ferigollo JP, Kessler TM. Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional-prática interdisciplinar nos distúrbios da comunicação humana. *Revista CEFAC* 2017; 19:147-158. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201719213816>
9. Ferreira ECS, Silva SM, Mendoza IYQ, Pereira FM, Soares RAQ. Perception of palliative care by family caregivers of elderly patients. *J Nurs UFPE on line* 2021; 15(2):1-13. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245029>
10. Milani L, Silva MM. A enfermagem e os cuidados paliativos na atenção primária à saúde. *Rev pesq cuid fundam* 2021; 13:434-442. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7485>
11. Brasil. Resolução nº. 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, out. 2018.
12. Pereira LM, Andrade SMO, Theobald MR. Cuidados paliativos: desafios para o ensino em saúde. *Rev bioet* 2022; 30:149-161. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301515PT>
13. Cruz NAO, Nóbrega MR, Gaudêncio MRB et al. O papel da equipe multidisciplinar nos cuidados paliativos em idosos. *Res Soc Dev* 2021; 10(8):414-434. doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-031>
14. Zack, BT. Atuação dos profissionais de saúde no cuidado paliativo na atenção primária à saúde. Mestrado [dissertação]. Cascavel (PR): Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2023. Disponível em: <https://tede.unioeste.br/handle/tede/6585>
15. Schütz A. A construção significativa do mundo social: uma introdução à sociologia compreensiva. Tradução de Tomas da Costa. Petrópolis-RJ: Editora Vozes; 2018. 394 p.
16. Brasil. Resolução nº. 510, de 07 de abril de 2016. Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. Brasília, abr. 2016.
17. Oltramari L, Naujorks C. A fenomenologia de Alfred Schutz como fundamento para a análise da entrevista biográfica. *Gavagai (Erechim)* 2022; 9(1):9-25. doi: <https://doi.org/10.36661/2358-0666.2022v9n1.12762>
18. Brasil. Lei nº. 8.080, dia 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.
19. Brasil. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, mar. 2006.
20. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL, Melo EA, Mendonça MHM et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde debate*

2018; 42(SPE1):38–51. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>

21. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Cien saude colet* 2018; 23(6):1723–8. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>

22. Mattos MP, Gutiérrez AC, Campos GWS. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. *Cienc saude coletiva* 2022; 27(9):3503–16. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.01472022>

23. Silva IM, Silva MTBF, Santos RG, Ferreira RKG. Trabalho da Equipe Multiprofissional no contexto da COVID-19: Diversos olhares, um só objetivo. *Res Soc Dev* 2021; 10(3):e53210313439. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13439>

24. Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa - COVID-19: doença causada pelo novo coronavírus. [documento na internet]. OPAS: 2020. [atualizado em 2020; citado em 30 de janeiro de 2022]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:COVID19&Itemid=875

25. Merhy, EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelo de atenção. In: Merhy, EE, Magalhes Junior, HMM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho emSaúde: olhando a experiência do SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 388-391.

Submissão: 04/08/2023.

Aceite: 06/12/2023.