

RELATOS DE EXPERIÊNCIAS

CONSTRUINDO A LINHA DE CUIDADO DO PACIENTE ONCOLÓGICO PALIATIVO EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Building the palliative line of care for cancer patients in a city in southern Brazil: experience report

Kauana Flores da Silva¹, Vanessa Rodrigues Pucci²,
Thamires Graciela Flores³, Daynah Waihrich Leal Giaretton⁴, Teresinha Heck Weiller⁵,
Marcelo Endrigo Peres Concatto⁶, Adalvane Nobres Damaceno⁷

RESUMO

Objetivo: o objetivo deste trabalho é relatar a experiência vivenciada por residentes multiprofissionais acerca da intervenção realizada junto à rede de Atenção Básica de um município do Sul do Brasil, a fim de identificar demandas dos profissionais da saúde, frente a esses pacientes. **Método:** trata-se do relato da intervenção com profissionais da Atenção Básica, Agentes Comunitários de Saúde e trabalhadores de Unidade de Pronto Atendimento. **Resultados:** foi realizado pré-diagnóstico empírico e diagnóstico com questões semiestruturadas, fundamentando o encontro de aprimoramento entre Atenção Básica e hospital, sendo realizada avaliação das ações para reorientar novas intervenções. **Conclusão:** podem-se observar interesse dos profissionais ao paciente oncológico paliativo e troca de experiências, articulando a efetivação da linha de cuidado. As lacunas trazidas propiciam novos estudos sobre o tema.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Cuidados Paliativos; Oncologia; Enfermagem; Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Objective: the aim of this study is to report an experience of multidisciplinary residents about the intervention carried out by the Primary Care network of a city in Southern Brazil, to identify health professionals' needs regarding these patients. **Method:** this is the account of an intervention with professionals from Primary Care, Community Health Agents, and Emergency Care Unit workers. **Results:** we conducted empirical pre-diagnosis and diagnosis with semi-structured questions, establishing the meeting for improvement between primary care and hospital, with actions to reorient new interventions being assessed. **Conclusion:** there is notable professional interest in palliative oncology patients and exchange of experiences, coordinating the establishment of this line of care. The gaps indicated suggest further studies on the subject.

KEYWORDS: Primary Health Care; Palliative Care; Medical Oncology; Nursing; Delivery of Health Care.

¹ Enfermeira. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: uanaflores@yahoo.com.br.

² Nutricionista. Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde, Universidade Federal de Santa Maria.

³ Nutricionista. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Universidade Federal de Santa Maria.

⁴ Psicóloga. Especialista em Dependência Química, Universidade Federal de Santa Maria.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública, pela Universidade de São Paulo. Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria.

⁶ Cirurgião-dentista. Especialista em Endodontia, Centro Universitário Franciscano – UNIFRA.

⁷ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria.

INTRODUÇÃO

O presente relato objetiva apresentar a intervenção realizada junto à rede de Atenção Básica (AB) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de um município do Sul do Brasil, a fim de identificar as demandas dos profissionais de saúde para acolher e intervir junto a pacientes oncológicos paliativos. A relevância dessa intervenção justifica-se tendo em vista a estimativa de novos casos de câncer no Brasil, o grande número de óbitos e a confiança de que a equipe de AB pode ser determinante para auxiliar o paciente e sua família, desempenhando ações substantivas para com estes, estabelecendo interface com serviços especializados.¹

Nesse contexto, a linha de cuidado configura-se em uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde, buscando superar a fragmentação das práticas e alcançando assistência integral.² É uma forma de organizar o percurso do usuário pela rede de serviços, qualificando as portas do sistema e reorganizando os processos de trabalho na AB.^{3,4}

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) busca oferecer ações contínuas de atenção à saúde da população por meio da articulação dos diferentes pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas logísticos, de apoio, regulação e governança da rede de atenção à saúde. Rede esta que se estrutura em linhas de cuidado organizadas e que garantem o acesso ao atendimento integral, uma vez que o câncer se tornou um problema de saúde pública.⁵ Assim, vários estudos têm sido realizados para a cura completa da doença ou para, por meio da tecnologia, propiciar maior longevidade ao paciente.

Entende-se por câncer a doença na qual ocorre crescimento desordenado de células, as quais têm determinado a formação de tumores malignos, que podem se espalhar para outras regiões do corpo e possuem causas variadas.⁶ Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer.⁷

No Brasil, o câncer assume uma grande dimensão, devido a seu perfil epidemiológico, pois a estimativa para 2012 e 2013 é a de que ocorram, aproximadamente, 518.510 casos novos, sendo 40.510 no Rio Grande do Sul (RS).⁶ Vale ressaltar que, em 2010, o município de realização da pesquisa registrou 441 óbitos por câncer em pacientes domiciliados no mesmo e, destes, 66 óbitos em domicílio⁸, dados que levam a sociedade a discussões sobre novos

tratamentos e possibilidades de cura. No entanto, muitas vezes, esta se torna difícil e a morte é apenas uma questão de tempo.⁹ Nessas condições em que o processo de morte se desencadeia de forma irreversível e o prognóstico de vida pode ser definido em meses, semanas ou dias, paliar é imprescindível.¹⁰

Os cuidados paliativos consistem em uma atenção que prioriza a qualidade de vida aos pacientes e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da identificação precoce, da avaliação correta e do tratamento da dor e demais sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Demandam abordagem multidisciplinar e envolvimento dos diferentes dispositivos sociais da comunidade, podendo ser implantados com recursos limitados.¹¹ Considera-se, também, o conceito de “paciente fora de possibilidades terapêuticas”, que é uma situação irreversível de saúde, sendo a qualidade de vida o objetivo primordial.¹² Esses dois conceitos são utilizados e complementares, tornando-se ambos adequados para se caracterizarem pacientes terminais.

A maioria dos casos de câncer concentra-se nos hospitais, aumentando a demanda desses serviços, porém poucos possuem unidades para pacientes paliativos. Assim, estes acabam voltando para seu domicílio e necessitando da intervenção de equipe multidisciplinar, pois cada especialidade se torna imprescindível para um bom acompanhamento.¹³

As ações da equipe devem ser realizadas em todos os níveis de atenção, já que o paciente oncológico paliativo vai “retornar para sua casa”, pois “não há mais nada para ser feito” e a ruptura na continuidade do acompanhamento é um dos pontos cruciais nesse cuidado¹. Dessa forma, a organização dessa atenção busca coordenação entre diferentes estratégias de assistência à saúde.¹⁴ Considerando os cuidados em domicílio, a assistência domiciliar possui importante papel, pois apresenta grande humanização, possibilita a desospitalização, abrevia complicações e custos de longas internações,¹⁵ além de amenizar o sofrimento dos sujeitos, promovendo continuidade do cuidado na rede de atenção.¹

Em consonância com o contexto de linhas e redes de atenção, faz-se necessário desenvolver programas de educação continuada, essenciais para os cuidados paliativos se tornarem efetivos, originando uma AB habilitada a utilizar as ferramentas necessárias por meio de postura pró-ativa.¹ Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência vivenciada por residentes multiprofissionais acerca da intervenção realizada junto à rede de Atenção Básica de um município do Sul do Brasil, a fim de identificar demandas dos profissionais da saúde frente a esses pacientes.

MÉTODO

Trata-se de relato descritivo acerca da intervenção realizada nos meses de julho e agosto de 2012, por residentes de um programa de residência multiprofissional na área de concentração hemato-oncologia de uma universidade federal brasileira. O estudo foi realizado em um município do interior do RS, que possui 261.031 habitantes, tendo a estimativa de 263.662 habitantes em 2012.¹⁶ O município é dividido em dez distritos, com oito regiões administrativas, totalizando 23 UBS e 14 Estratégias de Saúde da Família (ESF).^{17,18}

A escolha para a realização da intervenção recai na região com maior número de casos, região Oeste, a qual possui duas UBS e cinco ESF, bem como a UPA. A inclusão da UPA no estudo decorre da atual conformação da rede municipal de saúde, na qual desempenha papel estratégico para a continuidade dos cuidados aos pacientes oncológicos paliativos, uma vez que são estruturas de complexidade intermediária entre UBS e hospital.¹⁹

Os sujeitos participantes da intervenção foram profissionais de saúde vinculados às equipes das UBS e ESF, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados ao Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e os profissionais da UPA. Os profissionais foram convidados a participarem de forma voluntária e, como critério de inclusão, todos os envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Confidencialidade (TC).

Durante a coleta dos dados, foi garantido o anonimato dos serviços e dos entrevistados, por meio da utilização do código A1 a A6, representando os seis serviços pesquisados, além da ordem numérica arábica crescente, representando os entrevistados. As falas referentes aos participantes da pesquisa e apresentadas neste artigo estão entre aspas e com o respectivo código de sigilo. Ressalta-se que as falas citadas no quarto momento, referente à avaliação do encontro de aprimoramento pelos profissionais, não apresentam codificação, pois foram coletadas daqueles que participaram daquele momento e que preencheram, anonimamente, a ficha de avaliação.

A intervenção foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da universidade envolvida, com o número CAAE 03475312.1.0000.5346. A pesquisa respeitou aspectos éticos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde²⁰ e em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial.²¹

RESULTADOS

A intervenção foi organizada em quatro momentos:

Pré-diagnóstico: Para definir o local de intervenção, utilizou-se observação empírica realizada por residentes da hemato-oncologia no cotidiano das atividades junto a um hospital de referência, de média e alta complexidade em oncologia, do interior do RS. Foi identificado que o maior número de pacientes com diagnóstico de câncer e que residia neste município era oriundo das regiões oeste e centro. Em diálogo com gestores do município, os mesmos optaram pela intervenção junto às equipes de AB da região oeste, a qual conta com um conjunto de serviços de saúde.

Diagnóstico: A partir da definição do território a ser estudado, buscou-se identificar as demandas dos profissionais para atender paciente oncológico paliativo. Para tanto, se utilizou um instrumento de diagnóstico (Figura 1) aplicado na modalidade de entrevistas semiestruturadas, elaborado pelos pesquisadores para apreender a realidade do processo de cuidados paliativos em pacientes oncológicos, a partir da vivência dos profissionais de saúde e, assim, subsidiar a construção do encontro de aprimoramento.

Para dar início ao diagnóstico, os residentes entraram em contato com todas as UBS e UPA, a fim de apresentarem a proposta do projeto. O diagnóstico foi realizado nos meses de julho e agosto de 2012, tendo em vista os horários dos profissionais e a dificuldade em interromper o serviço dos mesmos. Foram convidados 107 profissionais e, desses, 22 se recusaram a participar do trabalho. Desse modo, foram entrevistados 85, entre eles, médicos, enfermeiros, psicólogo, cirurgiões-dentistas, farmacêutico, ACS, auxiliar de cirurgia-dentista, assim como auxiliares de enfermagem.

Para a análise dos dados, utilizou-se técnica de análise de conteúdo na modalidade temática. Inicialmente, as entrevistas foram gravadas, transcritas e codificadas para manter o sigilo. Em seguida, foi realizada leitura exaustiva do material, buscando particularidades do conjunto.²² Após, organizou-se quadro sinóptico das entrevistas, que facilitou analisar os dados, possibilitando construir os temas pertinentes aos objetivos do estudo e interpretar os dados. As falas a seguir ilustram os temas emergentes, que foram:

A percepção dos profissionais de saúde a respeito do cuidado paliativo e domiciliar ao paciente oncológico:

A203 – *“A gente não recusa ninguém [...] mas o conhecimento eu acho que não tenho, justamente porque estou estudando em outra área, mas se o município investir mais, nós temos condições sim”.*

Os sentimentos despertados nos trabalhadores da AB e UPA, ao acolherem usuários em cuidados oncológicos paliativos:

A628 – *“Eu me sinto impotente, como tu querias fazer algo para salvar aquela vida, mas tu sabes que aquilo que tu fará não vai salvar [...]”.*

Como os profissionais identificam sua formação para atuar frente ao paciente oncológico paliativo:

A507 – *“Como a gente não teve muita orientação nessa parte de oncologia, eu acho que, com certeza, a gente deveria estar sabendo bem mais, para poder lidar, para poder orientar, então, não estou preparada”.*

A partir dos dados obtidos, buscou-se construir espaço interativo destinado à atualização dos profissionais que integraram a pesquisa, proporcionando momentos de aproximação entre os trabalhadores do hospital e AB, suprimindo questionamentos por meio da troca de experiências, melhorando o atendimento aos pacientes com câncer paliativo em domicílio.

Encontro de aprimoramento: A organização do encontro orientou-se pelos temas descritos anteriormente e por uma das questões do instrumento de diagnóstico, que buscou as informações que os profissionais gostariam de obter, para qualificar a atenção prestada. Dessa maneira, construiu-se roteiro com os principais temas emergentes das falas, que foram: cuidados paliativos oncológicos, adulto e infantil, relacionados à dor e nutrição; processo de morte; cuidados básicos paliativos domiciliares e linha de cuidado desse paciente.

Para a realização deste momento, estabeleceu-se novo contato com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município que, em função da dinâmica de funcionamento da AB, liberou os trabalhadores para um encontro, no turno destinado à reunião das equipes. Foi liberada uma parcela dos trabalhadores das UBS, em função de que as mesmas permaneceram abertas. Quanto à UPA, foi contatado o administrador para a liberação dos profissionais interessados em participar. Para o evento, foram convidados

todos os profissionais de saúde das unidades, independente de terem ou não tomado parte do segundo momento da intervenção. Participaram 32 profissionais integrantes de quatro ESF e uma UBS da região oeste.

O encontro foi realizado, conforme agendamento na SMS, no dia 14/11/2012, das 13h às 17h, nas dependências da universidade responsável pelo programa de residência. Teve como título ‘Encontro de Aprimoramento em cuidados paliativos oncológicos’, sendo que a programação incluiu os temas mais solicitados. Buscando a construção da linha de cuidado do paciente oncológico paliativo, que demanda ação multiprofissional, o encontro teve a presença de convidados de diferentes núcleos profissionais que atuam no hospital universitário com pacientes oncológicos, tais como medicina, enfermagem, psicologia e nutrição, proporcionando troca de saberes e aprendizados para os ouvintes e palestrantes.

Avaliação dos trabalhadores: No início do encontro, foi entregue aos participantes uma ficha de avaliação (Figura 2), estruturada pelos pesquisadores, baseados no que gostariam que os participantes do encontro avaliassem, como opinião sobre os temas, local, horário, dia da semana de realização do encontro, se o mesmo possibilitou novos conhecimentos sobre cuidados oncológicos paliativos, se contribuiria na atuação junto ao paciente e um espaço para sugestões. Dos 32 profissionais presentes, 31 entregaram a avaliação no final do encontro.

Percebeu-se que, com relação aos temas abordados, 28 profissionais ficaram satisfeitos, enquanto os demais relataram ser temas muito técnicos. O local escolhido satisfez 19 profissionais, porém os demais relataram que era distante dos locais de trabalho. Considerando o horário, 19 ficaram satisfeitos; sobre o dia da semana escolhido, 29 manifestaram-se satisfeitos por ser, normalmente, o dia da reunião de equipe.

Quanto à ação ter contribuído para ampliar conhecimentos, 23 profissionais manifestaram satisfação e, quanto às contribuições da intervenção na atuação junto ao paciente, 22 responderam positivamente. Observando a avaliação realizada, pode-se perceber a satisfação dos participantes em compartilhar aquele momento. As falas a seguir revelam essa percepção:

“Organizar mais eventos como este para mais conhecimento e interação”.

“Espero que, como servidora do município, o mesmo tenha o cuidado de nos qualificar [...] Quero me qualificar para realizar cuidados paliativos, mas não sei onde”.

Figura 1 - Instrumento de diagnóstico.

Instrumento de Diagnóstico.

Identificação:

Nome: _____
Idade: ____ Sexo: F (<input type="checkbox"/>) M (<input type="checkbox"/>) Escolaridade: _____
Profissão: _____ Anos de experiência na função: _____ anos.
Formação Complementar: _____
Unidade Básica: _____

Roteiro de entrevista – Diagnóstico

1. O que você entende por cuidados domiciliares e cuidados paliativos?
2. Você já atendeu paciente com câncer nesta unidade/ área de abrangência?
() Sim () Não
3. Você acha que os cuidados paliativos são de responsabilidade de quem?
() Hospital () Unidade Básica () Família () Instituições assistências
() Hospital, Unidade Básica e família () Outro. _____
4. Você entende a complexidade do paciente oncológico e paliativo?
() Não () Pouco () Suficiente () Muito
5. Você se considera preparado (a) para receber/acolher paciente oncológico e paliativo?
6. A unidade básica em que você trabalha fornece condições para receber estes pacientes?
7. De 0 a 10, qual o número que representa o quanto você se sente motivado para acompanhar estes pacientes?
_____ Por quê? _____
8. Você tem receio de atender pacientes em tratamento oncológico?
9. O que você gostaria (conteúdos importantes na qualificação) de saber sobre oncologia e cuidados paliativos? Que tipo de formação seria importante para você estar capacitado a atender estes pacientes?
10. Como você se sente acompanhando um paciente que se encontra na fase terminal da vida?

Fonte: elaborado pelo autor.

Figura 2 - Ficha de avaliação.

Encontro de aprimoramento em cuidados paliativos oncológicos.

Ficha de avaliação:

Temas das palestras
 Satisfatório Parcialmente satisfatório Insatisfatório
 Comentários: _____

Local
 Satisfatório Parcialmente satisfatório Insatisfatório
 Comentários: _____

Horário
 Satisfatório Parcialmente satisfatório Insatisfatório
 Comentários: _____

Dia da semana
 Satisfatório Parcialmente satisfatório Insatisfatório
 Comentários: _____

Você acha que esse encontro possibilitou aumentar seus conhecimentos referentes aos cuidados paliativos oncológicos? Sim Não Em parte

Se não, por quê? _____

Você acha que essa intervenção contribuirá na sua atuação junto aos pacientes oncológicos paliativos?
 Sim Não Em parte

Sugestões: _____

Fonte: elaborado pelo autor.

CONCLUSÃO

Considerando o número crescente de pacientes oncológicos paliativos e a importância de uma linha de cuidado sólida, a proposta de intervenção junto a trabalhadores da AB constitui-se em um primeiro movimento na construção da linha de cuidado desses pacientes, por meio da troca de experiências entre profissionais dos diferentes níveis de atenção (hospital e AB), reconhecendo o papel estratégico que a educação continuada tem na superação de lacunas em relação ao tema e na prestação de um cuidado integral. O tema estudado remete à necessidade de modelos de atenção que garantam a integralidade sem perder sua continuidade, construindo modelos que reconheçam as especificidades dos cuidados, da rede e dos profissionais envolvidos.

Também foi possível refletir sobre articulação entre serviços e identificar o interesse dos profissionais na construção da linha de cuidado ao paciente oncológico paliativo, desencadeando um canal de conversa compartilhada para estruturar esse objetivo. Uma vez que compreender melhor o contexto desse paciente, em que suas únicas possibilidades são a melhor qualidade de vida e um processo de morrer sem sofrimento, constitui-se em desafio para as redes de atenção à saúde.

Durante a intervenção, alguns profissionais manifestaram medo e insegurança para lidar com a finitude, surgindo sentimento de impotência, limitando a ação, reafirmando a necessidade de espaços de trocas para qualificar a atuação nos diferentes níveis da atenção. Os desafios trazidos com esta intervenção constituíram-se em ampliar para os demais trabalhadores da rede de atenção do município, proporcionando momentos de compartilhamento de experiências entre diferentes níveis de atenção, visando articular ações que consolidem a linha de cuidado do paciente oncológico paliativo. Para dar continuidade ao tema proposto por esta intervenção, é necessário que estudos sejam desenvolvidos e aprofundados.

REFERÊNCIAS

1. Floriani CA, Schramm FR. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007 set. [citado em 2015 set. 23]; 23(9):2072-80. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/08.pdf>>.
2. Marinho CCC, Conceição CS, Santos MLMF, Carvalho SM, Menezes TMO, Guimarães EP. O olhar de uma equipe multiprofissional sobre as linhas de cuidado: (vi)endo o tecer dos fios. *Revista Baiana de Saúde Pública* [Internet]. 2011 jul.-set. [citado em 2015 dez. 12]; 35(3):619-33. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/01000233/2011/v35n3/a2640.pdf>>.
3. Ceccim RB, Ferla AA. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: Piniheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ; Abrasco; 2006. p. 165-84.
4. Franco TB, Magalhães JHM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Magalhães JHM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 25-34.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013 [citado em 2015 dez. 12]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>.
6. _____. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). *Abc do câncer. Abordagens básicas para o controle do câncer*. 2a. ed. Rio de Janeiro; 2012 [citado em 2015 set. 21]; p. 17-41. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf>.
7. _____. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). *Estimativa 2012. Incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro; 2011 [citado em 2015 out. 21]; p. 25-6. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/estimativas-de-incidencia-de-cancer-2012/estimativas_incidencia_cancer_2012.pdf>.
8. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Sistema de Informações sobre Mortalidade*. 2010 [citado em 2015 out. 21]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10RS.def>>.
9. Avanci BS, Carolindo FM, Góes FGB, Netto NPC. Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. *Esc Anna*

- Nery Rev Enf. [Internet]. 2009 out.-dez. [citado em 2015 out. 23]; 13(4):708-16. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a04.pdf>>.
10. Costa MAC, Souza AM. Quando curar não é possível: o significado de paliar. Revista Paraense de Medicina [Internet]. 2011 [citado em 2015 out. 12]. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2011/v25n1/a2582.pdf>>.
11. World Health Organization (WHO). Programmes and projects. Cancer. Palliative Care. 2013 [citado em 2015 out. 23]. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/en/>>.
12. Silva EP, Sudigursky D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2008 [citado em 2015 out. 23]; 21(3):504-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_20.pdf>.
13. Juver J, Riba JP. C. Equipe multidisciplinar em cuidados paliativos. Rev Prática Hospitalar. 2009 mar.-abr.; 62(11):135-37.
14. Fripp JC, Facchini LA, Silva SM. Caracterização de um Programa de Internação Domiciliar e Cuidados Paliativos no município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil: uma contribuição à atenção integral aos usuários com câncer no Sistema Único de Saúde, SUS. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2012 jan.-mar. [citado em 2015 dez. 21]; 21(1):69-78. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n1/v21n1a07.pdf>>.
15. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº19/GM, de 03 de janeiro de 2002. Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. 2002 [citado em 2015 out. 12]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html>.
16. _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE cidades@ 2010 [citado em 2015 dez. 23]. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=431690>.
17. Santa Maria (RS). Prefeitura. Downloads. Mapa da Divisão Urbana de Santa Maria. Bairros, Distritos e Regiões Administrativas. s/d [citado em 2015 dez. 12]. Disponível em: <<http://santamariaemdados.com.br/1-aspectos-gerais/1-4-bairros-distritos-e-regioes-administrativas/>>.
18. Santa Maria (RS). Prefeitura. Secretaria de Município da Saúde. Postos de Saúde. s/d [citado em 2015 dez. 12]. Disponível em: <<http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/191-postos-de-saude>>.
19. _____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Apresentação UPA 24 h. 2016 [citado em 2016 jan. 12]. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/upa-24horas>>.
20. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n.196/96, versão 2012 [citado em 2015 nov. 21]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf>.
21. Associação Médica Mundial. Declaração de Helsinque. Princípios Éticos para Pesquisa Médica envolvendo Seres Humanos 1964, reformulada. 2013 [citado em 2015 nov. 22]. Disponível em: <http://www.amb.org.br/_arquivos/_downloads/491535001395167888_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf>.
22. Minayo MCS, organizadora, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 32a. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2011. 112p.

Submissão: maio de 2016

Aprovação: janeiro de 2018
