

## O cuidado paliativo na atenção primária em tempos de covid-19: a vivência dos profissionais de saúde

*Palliative care in primary health care in times of COVID-19: the experience of health professionals*

Bruna Tais Zack, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso, Luciana Puchalski Kalinke, Gicelle Galvan Machineski

Autoria

Metadados

### RESUMO

A atenção primária é a ordenadora e coordenadora do cuidado paliativo; contudo, a covid-19 trouxe desafios nessa atuação. Desse modo, com o objetivo de compreender a percepção de atuação dos profissionais da atenção primária quanto ao atendimento do paciente paliativo durante os períodos mais críticos da pandemia, este trabalho trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada em 16 unidades de atenção primária de um município do oeste do Paraná, levantando dados obtidos via cálculo amostral e randomização no software *R*®. Foram entrevistados, de novembro de 2021 a março de 2022, 12 médicos, 16 enfermeiros e 10 assistentes sociais, a maioria dos quais lotados em Unidades de Saúde da Família; brasileiros; sexo feminino, com idade média de 40 anos; e com especialização em saúde da família, tempo médio de formação de 13 anos e 8 exercendo a função atual. Após transcritas, as entrevistas foram organizadas e compreendidas à luz da fenomenologia de Alfred Schütz. A percepção em relação ao atendimento destacou as adversidades, principalmente quanto às visitas domiciliares e ao remanejamento de profissionais, quando a expectativa se voltou à adequação do quantitativo de profissionais e das tecnologias em saúde. Tal estudo possibilitou a compreensão, na perspectiva dos profissionais, do impacto da pandemia no atendimento dos pacientes paliativos vinculados às unidades.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados Paliativos. Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida. Atenção Primária à Saúde. COVID-19. Pandemias.

### ABSTRACT

Primary care is the organizer and coordinator of palliative care; however, covid-19 brought challenges to its practice. Thus, with the aim of understanding the perception of primary care professionals' performance regarding palliative patient care during the most critical periods of the pandemic, this is the result of qualitative research held in 16 primary care units in a western municipality from Paraná, gathering data obtained via sample calculation and randomization in the *R*® software. From November 2021 to March 2022, 12 doctors, 16 nurses and 10 social workers were interviewed. Most of them were placed in Family Health Units and were Brazilian; female, with an average age of 40 years; and had specialization in family health, with an average training time of 13 years and 8 years working in their current roles. After being transcribed, the interviews were organized considering Alfred Schütz's phenomenology. The perception regarding healthcare highlighted the adversities, especially due to home visits and the relocation of professionals, when the main expectations focused on adapting the number of professionals and health technologies. This study made it possible to understand, from the professionals' perspective, the impact of the pandemic on the care of palliative patients linked to the researched units.

**KEYWORDS:** Palliative Care. Bereavement Care. Primary Health Care. COVID-19. Pandemics.

## INTRODUÇÃO

O cuidado paliativo (CP) é uma abordagem que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida tanto dos pacientes que enfrentam problemas associados a doenças com risco a suas vidas, quanto suas famílias, aliviando o sofrimento por meio da identificação precoce da necessidade desse cuidado, avaliação e tratamento dos problemas físicos, psicossociais e espirituais<sup>1</sup>. Ele pode ser desenvolvido em diversos níveis da Rede de Atenção à Saúde, cada um com suas atribuições, sendo a Atenção Primária em Saúde (APS) a ordenadora da rede e coordenadora do cuidado paliativo, além da responsável por acompanhar os usuários com doenças ameaçadoras de vida em seu território, de forma longitudinal, em conjunto com Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) e retaguarda dos demais pontos da rede<sup>2-3</sup>.

Apesar do mundo estar em um processo de envelhecimento da população<sup>4</sup> e de cerca de 56,8 milhões de pessoas necessitarem de cuidados paliativos anualmente<sup>5</sup>, sua oferta mundial ainda é incipiente, estando o Brasil dentre os países com menores disponibilidades desses serviços<sup>6-7</sup>.

Com a recente reorganização no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>2-3</sup>, a implementação do CP teve como adversidade a pandemia do SARS-CoV-2, a qual gerou impactos aos serviços de saúde, incluindo nas equipes de cuidados paliativos, devido a fatores como a readequação das atividades; a reorganização das equipes assistenciais para atender à demanda; a realocação de profissionais para outros setores; e o aumento de pacientes em acompanhamento, incluindo aqueles mais graves acometidos pela covid-19<sup>8-10</sup>.

Em razão da relevância do tema, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu no manual de manejo clínico da covid-19 uma citação específica quanto ao cuidado paliativo, recomendando um plano de cuidados<sup>11</sup>, contudo sua implementação não foi uma tarefa fácil aos profissionais de saúde, como divulgado em estudos<sup>11-14</sup>. Nesse sentido, outro estudo buscou compreender a visão dos profissionais de saúde quanto à indicação do CP ao idoso portador da COVID-19, quando cabível, e obteve como resultados que a comunicação da indicação desse cuidado é um desafio na visão dos profissionais, visto que é descrita como algo aflitivo, sobretudo quando é necessário expor aos familiares que a pessoa está no processo final da vida<sup>15</sup>.

Fragilidades na instrução dos profissionais sobre o tema<sup>16-19</sup>, somadas à baixa disponibilidade dos cuidados paliativos e a uma pandemia, a qual desencadeou a necessidade de reorganização dos serviços de saúde<sup>10,15</sup>, podem ter gerado impacto para a atuação da equipe tanto da porta de entrada dos pacientes quanto ao atendimento aos casos crônicos, com doenças ameaçadoras à vida e que necessitariam do acompanhamento multiprofissional para o manejo de sinais e sintomas, a quem o cuidado paliativo foi preconizado<sup>1</sup>.

Diante do exposto, tem-se, como pergunta de pesquisa: como foi o atendimento ao

paciente em cuidados paliativos acompanhado na atenção primária e saúde frente aos períodos mais críticos da pandemia do SARS-CoV-2 na percepção dos profissionais de saúde?

Nesse contexto, esta pesquisa visou compreender a percepção de atuação dos profissionais da atenção primária quanto ao atendimento do paciente paliativo durante os períodos mais críticos da pandemia do SARS-CoV-2, objetivo o qual corresponde ao quarto específico de uma dissertação de mestrado intitulada “Atuação dos profissionais de saúde no cuidado paliativo na atenção primária à saúde”.

## METODOLOGIA

Consiste em uma pesquisa descritiva, qualitativa, realizada em um município do oeste do Paraná, com amostragem estratificada (randomização) no software *R*<sup>®</sup>, encaminhada em 44 unidades de atenção primária, distribuídas em três distritos sanitários, compostos por 14, 16 e 14 unidades respectivamente.

A quantidade de unidades randomizadas em cada distrito foi determinada proporcionalmente: (14 de 44 = 31,8%) 5 unidades; (16 de 44 = 36,4%) 6 unidades; (14 de 44 = 31,8%) 5 unidades. Isso resultou em 16 unidades de saúde na composição da amostra.

Considerando a composição mínima da atenção primária à saúde dos profissionais graduados, médico e enfermeiro<sup>20</sup>, e que, no município, há um assistente social em cada unidade e não há a presença dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica, a amostra foi composta por médicos, enfermeiros e assistentes sociais, tendo como critérios de exclusão ter menos de 6 meses de atuação; ser das áreas administrativas; e estar de férias, licença ou atestado. Assim, 10 profissionais foram identificados em tais critérios, compondo a amostra final com 38 profissionais: 12 médicos, 16 enfermeiros e 10 assistentes sociais.

Tais profissionais foram abordados pela enfermeira mestrande no período entre novembro de 2021 a março de 2022, de acordo com suas disponibilidades em seus horários de serviço, em local que propiciasse a privacidade, após agendamento telefônico com a coordenação da unidade. Foi explicado sobre o objetivo da pesquisa, a qual se tratava de um trabalho acadêmico de mestrado. Após a autorização, a entrevista foi gravada pelo aplicativo de gravação Samsung Recorder<sup>®</sup>, direcionada pelo questionamento norteador: “Qual sua percepção de como foi ofertar o cuidado aos pacientes paliativos, crônicos, ou com doenças que ameacem a vida durante a pandemia na sua unidade de saúde?”

As entrevistas foram manualmente transcritas pelo entrevistador ao longo do processo, para a certificação da saturação de dados com os 38 participantes, quando o adensamento dos dados não mais acontecia; os profissionais foram denominados por P1, P2 e assim por diante, para preservação de identidade. As entrevistas tiveram duração média de 20 minutos, as quais

foram compiladas em 5 páginas de transcrição cada uma, totalizando aproximadamente 190 páginas. Foi dada a possibilidade aos participantes de se ouvir na gravação para a devolutiva, mas todos recusaram.

Os dados subjetivos foram sistematizados com auxílio do programa qualitativo IRaMuteQ® para captar segmentos de textos (ST) das falas que estivessem relacionadas à percepção de como ocorreu a oferta do cuidado paliativo durante a pandemia na atenção primária em saúde, devido ao grande volume de dados.

Essa análise estatística requer uma retenção mínima de 75% dos ST; no estudo, foram separados 1376 ST com aproveitamento de 1066 ST (77,47%). A lista de palavras relacionadas ao tema foi gerada a partir do teste de Qui-Quadrado. Considerou-se, então, a Frequência de ST ( $f$ ), Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) e p-valor.

Os dados de caracterização da amostra foram descritos utilizando a estatística descritiva, enquanto os dados qualitativos gerados das entrevistas foram compreendidos à luz do referencial teórico metodológico da fenomenologia social de Alfred Schütz. Nessa perspectiva, busca-se a compreensão das motivações dos profissionais de saúde em relação ao cuidado paliativo na atenção primária, os motivos-porque, ou percepção e motivações do que foi vivenciado; e motivos-para a projeção das expectativas<sup>21</sup>.

Ressalta-se que a pesquisa respeitou os preceitos éticos exigidos pelas resoluções nº 466/2012 e 510/216 em todo o seu desenvolvimento<sup>22</sup>, além de fazer parte de um projeto maior, “O cuidado em saúde mental: aspectos relacionados às políticas, aos serviços, às redes de apoio, aos profissionais e aos usuários”, aprovada pelos pareceres dos comitês de ética da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste (parecer nº 4.124.227; CAAE nº 33352220.2.0000.0107) e do Hospital do Trabalhador (parecer nº 4.183.030; CAAE nº 33352220.2.3001.5225).

## RESULTADOS

Dos 38 (100%) profissionais, todos são brasileiros, a maioria do sexo feminino (78,9%), média de idade de  $40 \pm 8$  anos, 26 (68,4%) lotados em Unidades de Saúde da Família (USF), 12 (31,6%) em Unidades Básicas de Saúde (UBS), 16 são enfermeiros (42,1%), 12 são médicos (31,6%) e 10 são assistentes sociais (26,3%), com especialização em saúde da família ou áreas afins (44,7%), tempo médio de formação de 13 anos e 4 meses ( $13,3 \pm 8,8$ ) e média de 8 anos e 6 meses exercendo a função atual ( $8,5 \pm 6,8$ ). A maioria é de concursados públicos (97,3%).

Quando os profissionais expuseram sua percepção em relação ao atendimento do paciente que necessite de cuidado paliativo durante o ápice da pandemia da covid-19, foi significativa nas falas a presença de termos relacionados à oferta do cuidado paliativo no

domicílio, sobretudo aos pacientes acamados, como demonstra a Tabela 1.

**Tabela 1** - Frequência dos termos mais significativos nas falas

| Palavra             | f  | $\chi^2$ | p-valor |
|---------------------|----|----------|---------|
| Acamado             | 32 | 86,39    |         |
| Domiciliar          | 34 | 69,98    |         |
| Levar               | 19 | 64,17    |         |
| Ver                 | 47 | 45,81    |         |
| Dia                 | 26 | 44,29    | <0,0001 |
| Semana              | 16 | 40,72    |         |
| Conseguir           | 41 | 34,42    |         |
| Horário             | 10 | 29,84    |         |
| Carro               | 6  | 26,62    |         |
| Atender/Atendimento | 28 | 10,86    | 0,00098 |

Fonte: elaborada pelas autoras

Os profissionais falaram sobre a dificuldade da realização das visitas domiciliares durante os períodos mais críticos da pandemia, expondo tal acontecimento como algo que impactou negativamente o atendimento aos pacientes paliativos, sobretudo os acamados, como exemplifica as falas dos Profissionais 10 e 24:

“A gente deixou de acompanhar muitas coisas. Tinha paciente que a gente ia na casa toda semana. Podia não ser a médica, podia ser só eu [enfermeiro], ou podia ser eu e um dos técnicos [de enfermagem], mas ia, via, trazia, retornava com informação sobre o quadro de saúde. [...] então a pandemia mexeu muito, a gente não consegue nem fazer as visitas [domiciliares] [...]. Então dificultou bastante, e eu acredito que essas pessoas sem a assistência, elas vão decaindo. A pandemia acabou com tudo”. (P10)

“Foi bem ruim, a gente ficou um período longo que a gente não teve essa oferta [visita domiciliar], até mesmo porque o paciente crônico paliativo, se ele for acamado, piorou a condição dele. Ele não conseguia vir até nós e nós estávamos proibidos por um tempo de sair. Proibidos, não. Não necessariamente com essa palavra. Mas nós estávamos com a restrição, por conta da contaminação do vírus. E por fim, nós estávamos saindo nos casos de extrema necessidade. [...] acabou piorando a qualidade do atendimento nos pacientes, principalmente os acamados”. (P24)

Os profissionais expuseram, também, dificuldades em relação aos recursos não materiais, como profissionais disponíveis para atender as demandas, bem como a disponibilidade de recursos materiais, como transporte, que possibilitam a logística do atendimento aos pacientes mais debilitados, como exemplifica a fala dos profissionais:

“Foi muito difícil, sabe? [...] nós não tínhamos carro na época, nós não tínhamos profissionais. Mas a gente tentou de todas as formas. [...] a gente contava com todos os serviços existentes, mas a gente se sentia um pouco amarrado [...]. Teve um momento que a unidade ficou fechada totalmente. [...] A gente, digamos assim, para quem veio procurar, a gente não deixou desassistido de maneira nenhuma. Mas a gente vê que eles [pacientes paliativos] sofreram”. (P3)

“A gente ficou sem visita um bom tempo. Primeiro porque a demanda foi em alguns meses, a demanda foi brutal. Foi muito difícil. E segundo que, para a equipe sair da unidade demanda recursos. [...]. Um carro, ter alguém à disposição para levar, se deslocar até o local, ver se tem alguém em casa. Então a gente perdia muito tempo nisso, a gente acaba colocando a equipe em risco também, porque é um local que absolutamente tudo é contaminado”. (P21)

Os profissionais também relataram o impacto do desencontro de informações a respeito do SARS-CoV-2 na atuação dos profissionais da atenção primária no atendimento aos pacientes que necessitavam do cuidado paliativo, no manejo de sinais e sintomas. Os usuários tiveram medo, os profissionais tiveram suas dificuldades potencializadas e os desafios tornaram-se ainda maiores para o acompanhamento dos pacientes, como demonstra os excertos dos profissionais 1 e 34:

“Foi difícil! Porque aumentou uma demanda que a gente não tinha. O medo, a gente percebeu muito medo das pessoas. [...] Eu acho que a mídia acabou de instigar. Pessoas importantes do nosso país, devia acalmar a população e não instigar o medo maior pra eles [...]. Todo nosso cuidado, acompanhamento de pacientes crônicos que a gente tinha acabou. Ficou bem complicado o acompanhamento [...]. A gente tem que estar indo atrás, fazer busca ativa, porque eles não apareceram mais. Então é um acompanhamento que a gente perdeu”. (P1)

“Eu acho que prejudicou muito. Porque os pacientes, eles foram meio que desencorajados a procurar a unidade por causa da pandemia em si. Então eles vinham muito pouco para cá e muitas vezes a gente não ficava sabendo do que acontecia, porque as visitas domiciliares também estavam suspensas por um tempo bem longo. Então assim, às vezes o paciente estava muito mal e a gente não ficava sabendo, porque eles não buscavam a gente e a gente também não podia procurar eles. Então acho que essa foi a maior dificuldade que a gente teve”. (P34)

Outro ponto destacado foi a necessidade de reorganização dos serviços de saúde, sendo necessário que a APS tenha centralizado o atendimento exclusivamente para usuários com suspeita de covid-19 o que levaria os pacientes com outras demandas, que necessitavam de outros tipos de atendimentos, como o cuidado paliativo, a terem prejuízos, como demonstram os relatos:

“Durante a pandemia mesmo, que eles cancelaram o atendimento, só atendia COVID. Ai o que fazia o cuidado, você só renovava a receita. A gente parou um pouco de fazer visita [domiciliar], só ia em caso de emergência mesmo. [...] Ficou tudo parado”. (P4)

“Nós aqui chegamos bastante tempo atendendo exclusivo COVID, então se perdeu bastante acompanhamento, o mínimo que tinha acabou se perdendo [...]. Muitos [pacientes] acabaram falecendo. Então, por conta da pandemia, bastante coisa ficou perdida. Às vezes, o paciente pode receber um outro tipo de atendimento, mas ficou desfalcado, porque não tinha como. Porque é arriscado o médico sair daqui, atendendo só exclusivo, para ir na casa”. (P15)

Ainda no sentido de reorganização, foi revelada a falta de amparo da APS de serviços como o Programa de Atendimento e Internação Domiciliar (PAID), que também necessitou de ser reorganizado para atender a outras demandas, como pacientes com sequelas de COVID-19:

“E até o PAID, com um volume grande de pacientes pós-covid, ficou muito a desejar nos pacientes paliativos, dentre outras coisas. Pacientes oncológicos e tal, tiveram uma

redução de atendimento. Sim, então, foi prejudicado!” (P35)

Os profissionais também expuseram a dificuldade de manutenção das equipes completas, uma vez que os próprios profissionais também adoeceram, visto que o SARS-CoV-2 também os acometeu, gerando uma sobrecarga de trabalho nas equipes, que não contavam com mão de obra excedente para substituição dos afastamentos, levando a um atendimento fragmentado e mais pontual:

“Eu acho que é complexo, porque aqui, e outras unidades, só ficaram muito tempo atendendo exclusivo COVID. [...] E vira e mexe, as vezes tinha um médico, e esse médico responsável por atender, às vezes podia estar afastado, as vezes com suspeita de COVID. Ai não tinha nem um médico para atender. Daí você vê o paciente crônico, precisa de atendimento, mas na unidade dele só estava atendendo respiratório”. (P16)

“Foi, acho que, com uma dificuldade maior ainda. Porque aumenta a demanda e nossos profissionais também adoecem. A equipe é pequena, então teve adoecimento dos profissionais, que tiveram que ficar afastados, e que a mesma equipe, menor ainda para atender um público maior [...]. A gente acabou fazendo mais os ‘apaga fogo’ para o paliativo. Vem, atende, dispensa”. (P19)

A desassistência aos pacientes paliativos foi destacada, sendo relatada pelos profissionais a dificuldade no acompanhamento, a exacerbação de sinais e sintomas dos pacientes, bem como a ocorrência de óbito desassistido pelos profissionais de saúde, com pouco ou nenhum tipo de manejo:

“Durante a pandemia foi bem difícil, eu quase não conseguia fazer atendimentos fora da unidade. Alguns pacientes que a gente teve nessa condição [paliativos], durante a pandemia, a gente ajustou as visitas, fez algumas orientações para a família, disponibilizou algumas coisas, facilitou alguns outros atendimentos. Foi o que a gente fez nesses períodos. E desses, alguns entraram em óbito nesse período”. (P6)

“Acho que foi um caso singular. Trabalhei diretamente na pandemia, o que a gente viu foi quadros de terminalidade ou de cuidado paliativo, teve muito quadro de morte súbita, vamos dizer. Que levou pouco tempo entre o começo da doença e o desfecho final. Então na pandemia, eu acho que os crônicos, foi um pouco mais difícil. Não teve um seguimento como poderia ter sido”. (P30)

Outra adversidade identificada foi a realocação dos profissionais. O serviço social foi realocado para outro setor, o *call center* do covid-19, visando encaminhar orientações telefônicas quanto aos sintomáticos respiratórios, para ordenar o fluxo de ligações no município. Além disso, os assistentes sociais auxiliaram o atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) de referência para a covid-19 e os enfermeiros tiveram realocação de função nas próprias unidades, ficando responsáveis pela realização dos testes rápidos:

“[...] A gente não fez outras visitas, porque a gente não tinha condição. Nós, enfermeiros, tinha que estar coletando os testes rápidos. Mas a troca de sondagem a gente agendou, e foi [...]. Eu estava na coleta do COVID. Só eu de enfermeira!” (P8)

“[...] Nós todas do serviço social fomos destinadas ao *call center*, então a gente passou lá a maior parte do tempo da pandemia [...], depois fui para a UPA, ainda. UPA que atendia COVID. Passei uma temporada lá [...]. E a gente via que lá no *call center*, era uma equipe grandona, devia ter umas cinco assistentes sociais em turnos diferentes [...]. Mas eu acho que os pacientes terminais, acabaram talvez meio negligenciados, porque a equipe não

esteve aqui". (P11)

Um dos profissionais refere que a pandemia na APS foi um “divisor de águas” e a expectativa se voltou a recuperar a normalidade no serviço, principalmente em relação ao acesso ao atendimento, sobretudo em relação às visitas domiciliares, mas que, para esse retorno aconteça, será necessário um esforço conjunto, como exemplifica a fala dos profissionais:

“Como qualquer oferta de serviço, acho que a gente teve grande dificuldade de fazer esse suporte quando ele foi necessário, porque a gente deixou de fazer para qualquer necessidade de cuidar do crônico, seja cuidado paliativo, seja de hipertenso, diabético. [...] a gente está tentando começar a correr atrás dessas... disso, que a gente perdeu. Acho um divisor de águas na atenção básica. E eu acho que para todo mundo e vai ter que correr atrás de muita coisa”. (P18)

[...] E sem contar que várias vezes eles não conseguiram ter acesso à atenção primária, por exemplo. Agora, a gente está com atendimentos eletivos suspensos, inclusive visitas domiciliares. Então se criou uma barreira bem importante, queinfelizmente a gente não está vendo a hora que vão derrubar essa barreira de volta. Mas teve um impacto, sim, bastante”. (P27)

Portanto, durante a pandemia, a atuação dos profissionais da atenção primária aos pacientes paliativos foi vista pelos profissionais como um desafio, especialmente quanto ao atendimento nos domicílios dos pacientes acamados, de maneira que a razão dessa dificuldade foi principalmente as mudanças de fluxos dos serviços em decorrência das demandas da pandemia.

## DISCUSSÃO

A fenomenologia social explica que as relações humanas são passíveis de compreensão dos significados a elas atribuídos, como crenças e valores, em relação a suas interações e ações. Alfred Schütz vai além da compreensão individual social, abarcando a compreensão coletiva de um grupo social que está vivenciando determinada situação<sup>21</sup>. No caso do presente estudo, leva-se em consideração a compreensão dos profissionais de saúde da atenção primária em relação à oferta do cuidado paliativo durante os períodos mais críticos da pandemia.

Esses profissionais integram o mesmo grupo social; embora possuam diferentes estoques de conhecimentos e diferentes antecessores, têm em comum a vivência do mesmo acontecimento, no mesmo espaço de tempo, com a partilha do cuidado aos mesmos indivíduos, interagindo entre si, face a face, compondo o grupo de seus contemporâneos (do conceito *Nebenmenschen* de Schütz)<sup>21:27</sup> nas relações sociais. Ademais, também contemporâneos aos profissionais, os gestores, sejam municipais, estaduais ou federais, que são citados em suas falas.

A covid-19 foi um grande desafio para a saúde pública<sup>15</sup>, sobretudo para APS, evento que teve períodos críticos, que requereu reorganização nos processos de trabalho devido à alta

demandas de cuidado a casos respiratórios. Assim, os profissionais de saúde necessitaram se adequar à nova realidade<sup>23-24</sup>, conforme foi confirmado nas falas dos profissionais incluídos neste estudo.

A atuação na APS, em tempos de pandemia, foi descrita como sistematizada em quatro eixos: vigilância em saúde nos territórios; atenção aos usuários com covid-19; suporte social a grupos vulneráveis; e continuidade das ações próprias da APS<sup>23</sup>.

Em um panorama marcado por instabilidade e precarização das relações de trabalho, sobretudo com o advento de um vírus que teve tão significativo impacto para a saúde, o qual foi, também, associado à restrição orçamentária em todos os níveis de atenção, a APS passou por dificuldades no atendimento aos usuários<sup>24</sup>.

Conforme a fenomenologia social<sup>21</sup>, as perspectivas dos indivíduos revelam seu mundo social, compartilhado nesse período, envolto na oferta do cuidado paliativo no domicílio, especialmente aos acamados, bem como a descrição de suas percepções em relação à organização para atender tais pacientes. Compreendeu-se que houve um movimento de planejamento e ações voltadas aos pacientes mais urgentes, enquanto se dava conta da demanda espontânea dos casos respiratórios da pandemia.

Sobre a ação e o agir, distinguidas por Schütz, o agir é o elemento dotado de sentido e elaborado anteriormente, enquanto a ação não é necessariamente dotada de um projeto, pois nem todas as vivências possuem a característica de doação de sentido, apenas as vivências dadas na intencionalidade. Ou seja, se há a intencionalidade na ação, ela é, portanto, um agir<sup>21</sup>.

Assim, as ações dos profissionais de saúde, nesse contexto, eram dotadas de um plano, centrado em questionamentos de como atender em domicílio ao paciente acamado em fase final de vida, para levar a assistência até ele, mesmo com dificuldades nos processos de trabalho. As ações são, nesse tocante, quando dotadas de sentido, compreendidas como um agir intencionado; esse agir acontece devido a um contexto de motivação<sup>21</sup>.

Em adição, é importante delinear que os cuidados paliativos e os cuidados de fim de vida apresentam distinção. O CP é uma abordagem contínua e abrangente, de identificação precoce e manejo do sofrimento em todo o curso das doenças ameaçadoras à vida<sup>2</sup>, não apenas na finitude vital do indivíduo. Contudo, uma parte importante do CP é o cuidado de fim de vida, que é desenvolvido na etapa de aproximação com a morte<sup>25</sup>.

A motivação, por sua vez, é descrita pela fenomenologia social como retrospectivas e prospectivas, pois “todo agir se executa segundo um projeto, e se orienta pela ação fantasiada modo *futuri exacti* como decorrida”<sup>21:139</sup>, ou seja, antes de agir, o indivíduo fantasia a ação, elabora um projeto ideal para cumprir essa ação intencionada e, assim, o executa em um modo futuro, gerando um agir previamente intencionado.

As motivações são, nesse sentido, segmentadas em motivo-para e motivo-porque. O

motivo-para significa, então, as expectativas na composição de um planejamento de agir futuro, que serão instrumento para a concretização<sup>21</sup>.

O motivo-para só pode ser interpretado na subjetividade do indivíduo, pois somente ele pode definir e expressar seu projeto de ação, seu desempenho social<sup>26</sup>.

Essa expectativa, dotada de sentido e fantasias para um futuro decorrido, desencadeia um grande esforço dos profissionais para garantir uma ação planejada, seja na execução no agora-e-aqui de algo decorrido já percepcionado anteriormente (motivo-porque), seja na projeção da expectativa do que seria necessário para o cuidado paliativo futuro, sobretudo considerando os efeitos da pandemia sobre os serviços de saúde<sup>21</sup>.

Nesse sentido, os profissionais elencaram como expectativas a reorganização dos serviços de prestação de cuidado na APS, no sentido de necessidade de ampliação da equipe para a promoção futura de um CP, bem como reorganização do processo de trabalho para devolver uma melhor possibilidade de acesso a esse grupo de usuários.

Ainda, numa ótica biologista com centralidade médica, percebe-se falas dos profissionais que se voltam bastante à figura médica no projeto para a resolução dos problemas percepcionados e projeção de solução futura de ampliação de acesso aos pacientes em fim de vida aos cuidados possíveis na APS.

Tais falas são identificadas em relação ao atendimento ampliado, alternativo e multidisciplinar não compuseram as expectativas para atendimento futuro dos pacientes paliativos, salvo um profissional que teve uma percepção de que o atendimento ideal seria um atendimento “completo”, termo identificado nos fragmentos de fala do profissional 31, um assistente social.

Ainda, no âmbito das motivações, mas nos atos já decorridos, já percepcionados e elaborados, a fenomenologia social também descreve o motivo-porque<sup>21,26</sup>. Tais motivações são uma visão retrospectiva do agir, em que se apreende a percepção do que foi vivenciado e teve significados atribuídos.

Nesse sentido, o ápice da pandemia proporcionou a percepção de limitações na realização das visitas domiciliares, componente central do processo de trabalho dos profissionais de saúde aos usuários em fim de vida, que não possuem os mecanismos necessários para o deslocamento até as unidades de atendimento devido à condição comum do contexto e por se apresentarem acamados. Foi compartilhada pelos profissionais tanto a percepção de dificuldade de acesso dos pacientes quanto, principalmente, aos pacientes, justificada pela sobrecarga de trabalhadas equipes da APS, especialmente no momento pandêmico.

Dentro da percepção de como tal momento foi vivenciado, foi citada como significativa a realocação dos profissionais assistentes sociais e enfermeiros nas próprias unidades ou intersetorialmente, para dar conta da demanda dos atendimentos aos usuários acometidos pela

covid-19.

Foi percepcionada, pelos profissionais, também, a diminuição do suporte intersetorial para as demandas dos atendimentos aos pacientes em fim de vida, vinculados à APS, uma vez que a atenção domiciliar (AD) tem como uma de suas características as ações relacionadas à paliação em domicílio e divide-se em três modalidades: AD 1, AD 2 e AD 3. A prestação de cuidados na modalidade AD 1 é responsabilidade exclusiva das equipes da APS, mediante ao acompanhamento em domicílio. Na AD 2 e AD 3, a prestação de cuidados dá-se pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), cabendo à APS compartilhar o cuidado como ordenadora e organizadora do serviço<sup>27</sup>.

O serviço de atenção domiciliar responsável pelas modalidades AD 2 e AD 3 em Cascavel-PR acontece pelo Programa de Atendimento e Internação Domiciliar, o PAID, e atua de maneira articulada à APS do município<sup>28</sup>. Nesse sentido, o paciente paliativo tem suporte da APS e do PAID, que foi relatado na percepção dos profissionais como reduzido em função da pandemia, sendo relatado, pelo profissional 35, que o PAID absorveu pacientes com sequelas de covid, inclusive, aumentando a demanda que já era significativa.

Ademais, compreendeu-se que, nos motivos-porque, houve a percepção de uma realidade com desafios significativos aos profissionais e, em contramão a isso, nos motivos-para, espera-se a resolução dos problemas vivenciados, como a normalização e ampliação da equipe, para a execução de um agir considerado ideal aos profissionais do estudo.

Ressalta-se que o presente estudo tem o fato de que, para a compreensão da percepção, apenas o que já foi efetivamente decorrido pode ser percepcionado<sup>21,26</sup>, o que resulta em uma compreensão exclusiva aos períodos mais críticos da vivência da pandemia da covid-19, ou seja, enquanto não existia vacina disponível para a população brasileira, havia profissionais da APS realocados para outras funções ou setores e os casos identificados extrapolavam a capacidade da equipe.

Também deve ser frisado que há uma lacuna entre o que é preconizado<sup>2-3</sup> e o que é ofertado (diante da fala dos participantes da pesquisa), o que não necessariamente demonstra o que realmente são os cuidados paliativos, mas sim um recorte da compreensão dos participantes.

Como limitação do estudo, houve, então, uma visão reduzida em relação à percepção aguda das consequências da atuação no CP, relevando os resultados imediatos que esses períodos mais críticos propuseram. Ainda além, os participantes expõem a projeção de expectativas a curto prazo, baseadas no projeto de ação bem como no conhecimento e nas experiências vivenciadas até o momento, sem a finalização do fenômeno da pandemia.

Logo, ainda há uma lacuna de tempo necessária para a real compreensão dos efeitos da pandemia sobre a atuação na APS em relação ao usuário paliativo, objetivando este estudo se

ater ao recorte dos períodos iniciais. Contudo, sugere-se estudos posteriores que abranjam a retomada das reuniões de equipe, a finalização da pandemia e que objetivem a compreensão de seus impactos a longo prazo.

## CONCLUSÃO

O estudo possibilitou a compreensão da atuação e do impacto imediato da pandemia no atendimento dos pacientes paliativos vinculados às APS. A compreensão das percepções e expectativas dos profissionais no enfrentamento de situações como uma pandemia proporciona dados para reflexão de oportunidades de melhorias importantes para o funcionamento da atenção primária em saúde no país, especialmente na previsão de melhores condições de trabalho para o cuidado paliativo, com consequente ajuste entre demanda e atendimento, sem prejuízos à promoção e prevenção, que devem também ocupar a programação da atenção integral à saúde<sup>29</sup>.

O cuidado paliativo teve impactos brutais e desumanos, que desencadearam sofrimento aos usuários e sobrecarga aos profissionais. Ainda, a leitura da percepção perpassa uma questão pontual desse grupo que compõe a amostra de pesquisa, pois desvela sinalizações acerca de impactantes fragilidades percepcionadas por indivíduos que atuam dia a dia nesse nível de atenção e explicitam um processo de trabalho fragmentado, frágil e disfuncional, que ficou ainda mais desestruturado com a reorganização dos fluxos durante o momento de necessidade.

Portanto, as lacunas assistenciais já existentes nesse nível de atenção se sobressaíram com o aumento da demanda e desvelam a necessidade de maior atenção sobre o cuidado na atenção primária, bem como na possibilidade de provisão de ações a nível de gestão dos serviços para a regularização das lacunas desveladas, bem como a readequação dos serviços e melhorias futuras. Cabe também a reflexão adicional a respeito da necessidade de planos de ações que considerem a possibilidade de novos aumentos abruptos de demanda e, assim, preparar-se para eventuais futuras necessidades.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Paliative care [internet]. Geneva: WHO; 2020 [acesso em 2022 jun. 2]. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. 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) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2018 [acesso em 2022 jul. 3]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041\\_23\\_11\\_2018.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html)

3. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução no 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2024 [acesso em 2025 jul. 17]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681\\_22\\_05\\_2024.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html)
4. Dias Júnior CS, Costa CS, Lacerda MA. O envelhecimento da população brasileira: uma análise de conteúdo das páginas da REBEP. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [Internet]. 2006 [acesso em 2022 set. 7]; 9(2):7–24. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2006.09022>
5. World Health Organization. Definition of palliative care. Geneva: WHO; 2020. [acesso em 2025 jun. 17]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
6. Economist Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death Index: Ranking palliative care across the world. Reino Unido: Lien foundation; 2015 [acesso em 2022 out. 1]. Disponível em: <https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%202029%20FINAL.pdf>
7. Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care. London: World Health Organization; 2020 [acesso em 2022 nov. 17]. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca\\_global\\_atlas\\_p5\\_digital\\_final.pdf?sfvrsn=1b54423a\\_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3)
8. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [acesso em 2022 dez. 20]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/>
9. Florêncio RS, Cestari VRF, Souza LC, Flor AC, Nogueira VP, Moreira TMM, et al. Cuidados paliativos no contexto da pandemia de COVID-19: desafios e contribuições. Acta paul enferm [Internet]. 2020 [acesso em 2023 jan. 17]; 33(6):1–9. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO01886>
10. Figueiredo SV, Guimarães JCMJ, Magalhães LLF, Pires NDO, Nadai CP, Costa MLP, et al. Atuação da equipe de cuidados paliativos frente a pacientes com aCOVID-19. Enfermagem em Foco. 2021 [acesso em 2023 fev. 17];12(6):1166-72. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4865>
11. World Health Organization. Clinical management of COVID-19 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [acesso em 2023 fev. 14]. Disponível em: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=CjwKCAjw7oeqBhBwEiwALyHLM5WJtLXw3XHzNSKaKBrKGpHhLPdMDfhdrjcJwxzu9yzSWI3YEYuQ-RoCqQUQAvD\\_BwE](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=CjwKCAjw7oeqBhBwEiwALyHLM5WJtLXw3XHzNSKaKBrKGpHhLPdMDfhdrjcJwxzu9yzSWI3YEYuQ-RoCqQUQAvD_BwE)
12. Fausto J, Hirano L, Lam D, Mehta A, Mills B, Owens D, et al. Creating a Palliative Care Inpatient Response Plan for COVID-19-The UW Medicine Experience. J Pain Symptom Manage. 2020 Jul [acesso em 2023 mar. 18]; 60(1):e21-e26. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsympman.2020.03.025>. PubMed PMID: 32240754; PubMed Central PMCID: PMC7171263.
13. Hedin A, La Rivière CG, Williscroft DM, O'Connor E, Hughes J, Fischer LM. End-of-life care in the emergency department for the patient imminently dying of a highly transmissible acute respiratory infection (such as COVID-19). CJEM. 2020 Mar 26 [acesso em 2023 abr. 2]; 22(4):414–7. DOI: <https://doi.org/10.1017/cem.2020.352>. PubMed PMID: 32213224; PubMed Central PMCID: PMC7138612.
14. Nehls W, Delis S, Haberland B, Maier BO, Sänger K, Tessmer G, et al. Therapie von PatientInnen mit COVID-19 [Management of Patients with COVID-19 - Recommendations from a Palliative Care Perspective]. Pneumologie. 2020 Oct [acesso em 2023 abr. 17]; 74(10):652-659. DOI: <https://doi.org/10.1055/a-1156-2759>. PubMed PMID: 32316056; PubMed Central PMCID: PMC7645808.

15. Gazos WMJ, Gazos SM. Cuidados paliativos ao idoso com COVID-19. *In: Anais do 1º CONGERU Congresso online de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG; 2020 Nov 12* [acesso em 2023 abr. 17]; 1(1). Disponível em: <http://pensaracademicounifacig.edu.br/index.php/congresso-geriatria/article/view/235> 0
16. Rodrigues LF, Silva JFM da, Cabrera M. Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2022 [acesso em 2023 abr. 17]; 38(9): e00130222. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT130222>
17. Mendes PB, Oliveira JR, Pereira AA. Perfil do médico que atua em cuidados paliativos no Brasil. *Rev Bioét [Internet]*. 2022 [acesso em 2023 mai. 8]; 30(4):837–49. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022304574PT>
18. Bajwah S, Wilcock A, Towers R, Costantini M, Bausewein C, Simon ST, et al. Managing the supportive care needs of those affected by COVID-19. *The European Respiratory Journal [Internet]*. 2020 [acesso em 2023 jun. 20]; 55(4):2000815. DOI: <https://doi.org/10.1183/13993003.00815-2020>. PubMed PMID: 32269090; PubMed Central PMCID: PMC7144268.
19. Alves RSF, Oliveira FFB. Cuidados Paliativos para Profissionais de Saúde: Avanços e Dificuldades. *Psicol cienc prof [Internet]*. 2022 [acesso em 2023 jun. 20]; 42:e238471. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003238471>
20. Brasil. Ministério da Saúde. 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) [Internet]. Diário Oficial da União. 2017 [acesso em 2023 jun. 21]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
21. Schütz A. [1899-1959]. A construção significativa do mundo social: uma introdução à sociologia compreensiva. Tradução de Tomas da Costa. Petrópolis-RJ: Editora Vozes; 2018.
22. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais [Internet]. Conselho Nacional de Saúde, Brasília (DF), 2016 [acesso em 2023 jul. 3]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
23. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cadernos de Saúde Pública [Internet]*. 2020 [acesso em 2023 jul. 3]; 36(8). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>.
24. Cabral ERM, Bonfada D, Melo MC, Cesar ID, Oliveira REM, Bastos TF, et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. *InterAmerican Journal of Medicine and Health [Internet]*. 2020 Apr 11 [acesso em 2023 jul. 3]; 3:1–12. DOI: <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.87>
25. Koekkoek JAF, Meer PB, Pace A, Hertler C, Harrison R, Leeper H, et al. Palliative care and end-of-life care in adults with malignant brain tumors. *Neuro-Oncology*. 2023 March [acesso em 2025 jul. 17]; 25(3): 447–456. DOI: <https://doi.org/10.1093/neuonc/noac216>
26. Schütz A. El problema de la realidad social. Buenos Aires: Amorrortu; 2015.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualizadas equipes habilitadas. Ministério da saúde: 2016.
28. Cascavel (PR). Secretaria municipal de saúde. Plano municipal de saúde 2018-2021. Cascavel: Prefeitura Municipal de Cascavel; 2018 [acesso em 2023 ago. 10]. Disponível em: [http://www.cascavel.pr.gov.br/arquivos/12042018\\_planomunicipalsaude\\_livreto.pdf](http://www.cascavel.pr.gov.br/arquivos/12042018_planomunicipalsaude_livreto.pdf)
29. 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 previdências. Brasília, set. 1990.

| Autoria                                   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Nome                                      | Afiliação institucional   | ORCID   | CV Lattes  |
| Bruna Tais Zack                           | Universidade Paranaense (UNIPAR)  | <a href="https://orcid.org/0000-0003-1020-0535">https://orcid.org/0000-0003-1020-0535</a> | <a href="http://lattes.cnpq.br/5021369963886648">http://lattes.cnpq.br/5021369963886648</a>   |
| Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso | Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)   | <a href="https://orcid.org/0000-0001-7366-077X">https://orcid.org/0000-0001-7366-077X</a> | <a href="http://lattes.cnpq.br/2141431597703690">http://lattes.cnpq.br/2141431597703690</a>   |
| Luciana Puchalski Kalinke                 | Universidade Federal do Paraná (UFPR)   | <a href="https://orcid.org/0000-0003-4868-8193">https://orcid.org/0000-0003-4868-8193</a> | <a href="http://lattes.cnpq.br/5678749615109042">http://lattes.cnpq.br/5678749615109042</a>   |
| Gicelle Galvan Machineski                 | Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)   | <a href="https://orcid.org/0000-0002-8084-921X">https://orcid.org/0000-0002-8084-921X</a> | <a href="http://lattes.cnpq.br/7267047092491530">http://lattes.cnpq.br/7267047092491530</a>   |
| <b>Autora correspondente</b>              | Bruna Tais Zack  brunazack@hotmail.com |   |   |

| Metadados                                      |  |                                  |
|--|--|----------------------------------|
| Submissão: 1º de novembro de 2023              | Aprovação: 11 de julho de 2025   | Publicação: 8 de janeiro de 2026 |
| Como citar                                     | Zack BT, Toso BRGO, Kalinke LP, Machineski GG. O cuidado paliativo na atenção primária em tempos de covid-19: a vivência dos profissionais de saúde. Rev. APS [Internet]. 2025; 28 (único): e282542730. DOI: <a href="https://doi.org/10.34019/1809-8363.2025.v28.42730">https://doi.org/10.34019/1809-8363.2025.v28.42730</a>   |                                  |
| Cessão de Primeira Publicação à Revista de APS | As autoras mantêm todos os direitos autorais sobre a publicação, sem restrições, e concedem à Revista de APS o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution (CC-BY), que permite o compartilhamento irrestrito do trabalho, com reconhecimento da autoria e crédito pela citação de publicação inicial nesta revista, referenciando inclusive seu DOI e/ou a página do artigo. |                                  |
| Conflito de interesses                         | Sem conflitos de interesses.   |                                  |
| Financiamento                                  | Sem financiamento.   |                                  |
| Contribuições dos autores                      | Concepção e delineamento do estudo: BTZ. Análise ou interpretação dos dados: BTZ. Elaboração de versão preliminar do artigo: BTZ, BRGOT, LPK, GGM. Revisão crítica do conteúdo: BTZ, BRGOT, LPK, GGM. As autoras aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.  |                                  |

[Início](#)