

## Um novo olhar sobre o Instrumento de Avaliação Primária a Saúde, Versão Profissionais: releitura ética com base nos cuidados paliativos

### A new look at the Primary Health Care Assessment Tool, Professional Version: ethical re-reading based on palliative care

Hieda Ludugério de Souza<sup>1</sup>  
Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli<sup>2</sup>  
Juliana Dias Reis Pessalacia<sup>3</sup>  
Priscila Balderrama<sup>4</sup>  
Priscila Kelly da Silva Neto<sup>5</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** O objetivo deste estudo é apresentar o caminho metodológico realizado que permitiu perceber os desafios éticos por meio da aplicação do instrumento de avaliação *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) Versão Profissionais, utilizando como pano de fundo a incorporação dos Cuidados Paliativos (CP) na Atenção Primária à Saúde (APS). **Métodos:** Trata-se de um estudo de triangulação de métodos quantitativos e qualitativos, com a aplicação do PCATool, sendo as perguntas e os resultados correlacionados com os desafios éticos sintetizados a partir do *scoping review*. **Resultados:** Todos os atributos do PCATool foram relacionados com os desafios éticos, indicando que a avaliação do desempenho dos atributos permite reconhecer áreas de tensão ética na releitura feita do Instrumento. **Conclusão:** Identificou-se proativamente desafios éticos na incorporação dos CP na APS, com base na experiência de equipes que já ofertaram este serviço.

#### DESCRIPTORIOS

Cuidados paliativos; Atenção primária à saúde; Bioética; Avaliação em saúde.

#### ABSTRACT

**Objective:** The objective of this study is to present the methodological path that led to the perception of ethical challenges through the application of the Primary Care Assessment Tool (PCATool) Professional Version, using as a background the incorporation of Palliative Care (CP) in Primary Care to Health (PHC). **Methodology:** It is a study of triangulation of quantitative and qualitative methods, with the application of PCATool, with questions and results correlated with the ethical challenges synthesized from the scoping review. **Results:** All the attributes of the PCATool were related to the ethical challenges, indicating that the evaluation of the performance of the attributes allows to recognize areas of ethical tension in the rereading made of the Instrument. **Conclusion:** Ethical challenges were proactively identified in the incorporation of PCs in PHC, based on the experience of teams that have already offered this service.

#### DESCRIPTORS

Palliative care; Primary health care; Bioethics; Health evaluation.

<sup>1</sup> Mestre em Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; São Paulo; Brasil; hiedaludusouza@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2803-6772>

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Pública e Pós doutorado em Bioética; Universidade de São Paulo; São Paulo; Brasil; elma@usp.br; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9300-5470>

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem e Pós doutorado em Enfermagem; Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; Brasil; juliana.pessalacia@ufms.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0468-2283>

<sup>4</sup> Doutora em Ciências da Saúde; Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; Brasil; priscilabalderrama@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1979-611X>

<sup>5</sup> Mestranda em Enfermagem; Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; Brasil; priscila.baldonado@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0553-2714>

**A**tualmente vivencia-se um processo de envelhecimento populacional em todo o mundo, esse processo traz consigo o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), responsáveis por cerca de 72% das mortes no Brasil, fato que representa um desafio para os gestores na área da saúde<sup>1</sup>. Paralelamente tem-se avançado nas tecnologias e terapêuticas de prolongamento da vida, aumentando-se a expectativa de vida da população. Contudo tem-se proporcionando um número cada vez maior de pessoas frágeis e com várias condições crônicas elegíveis para os Cuidados Paliativos (CP)<sup>2</sup>.

Define-se CP como cuidados holísticos e ativos ofertados a pessoas em todas as faixas etárias e que vivenciem intenso sofrimento, proveniente de doença grave, principalmente as que estão em fim de vida, tendo como objetivo a melhora na qualidade de vida de pacientes, familiares e cuidadores<sup>3</sup>.

A Assembleia Mundial de Saúde (AMS) aprovou uma resolução com o objetivo de desafiar todos os governos a inserirem os CP em seus planos e políticas de saúde e delegou à Organização Mundial de Saúde (OMS) a responsabilidade de monitorização dessas ações<sup>4</sup>. Contudo, no Brasil tais cuidados ainda apresentam-se de forma isolada, isso porque ainda não existiu no país, uma política de saúde pública específica para os CP, que contemple os três níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>5</sup>.

Recentemente a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Ministério da Saúde (MS) brasileiro publicou a Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018<sup>6</sup> que dispõe sobre as diretrizes, para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados

continuados integrados, no âmbito do SUS. Tal resolução constitui-se uma referência a uma futura criação de uma política para os CP no país<sup>5</sup>.

A resolução proposta considera em seu Art. 5º, que os CP deverão ser ofertados em qualquer ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a que Atenção Primária à Saúde (APS) deverá ser a ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, tornando-se a responsável pelo acompanhamento dos usuários com doenças ameaçadoras de vida em seu território<sup>7</sup>.

Entretanto, sabe-se que ainda há diversos entraves à incorporação dos CP na APS, principalmente no que tange à inabilidade dos profissionais de saúde para lidar com as famílias e à não disponibilidade de recursos materiais, tecnológicos e fármacos. No entanto, destaca-se a importância da atuação dos profissionais de saúde em CP no âmbito da APS, pois não se resume a aspectos técnicos, mas inclui desafios bioéticos relacionados à decisão sobre o local de preferência para a morte, a forma como os trabalhadores da equipe de saúde vivenciam à morte e ao luto, além da identificação e administração das condições familiares e do paciente para esse tipo de cuidado no domicílio<sup>8</sup>.

O entendimento de que a Bioética não pode ser só reativa, ou seja, resolver casos que chegam aos comitês, comissões e conselhos, é o principal objetivo da bioética prospectiva<sup>9</sup>. O reconhecimento prospectivo de potenciais problemas éticos na atuação do profissional na APS, pode reduzir o nível de tensão na tomada de decisão em saúde, melhorando a efetividade e a qualidade dos serviços<sup>10</sup>.

O objetivo desse estudo é apresentar o caminho metodológico realizado que permitiu perceber os desafios éticos por meio da aplicação do instrumento de avaliação da APS, *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) Versão Profissionais<sup>11</sup>, utilizando como pano de fundo a incorporação dos CP na APS, percebendo assim uma nova visão desse instrumento de avaliação para a Bioética Prospectiva, para que, na vigência futura de alguma intercorrência ética com essa incorporação, os profissionais já estariam mais preparados devido ao seu contato anterior com a problemática.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de triangulação de métodos quantitativos e qualitativos. Em uma etapa inicial foi realizado um estudo avaliativo e quantitativo.

Em um segundo momento realizou-se uma análise teórico-metodológico, partir do referencial da Bioética Prospectiva de Diego Gracia<sup>9</sup>. A abordagem de aspectos éticos de uma determinada área da saúde deveria ajudar os profissionais a anteciparem uma necessidade por justificativa ética e a facilitar o manejo de conflitos éticos quando estes surgirem. Na interface da Bioética com a APS, considerando-se o provimento de serviços públicos de saúde, a formulação e efetivação de políticas, objetivos, metas, recursos e programações, é preciso antecipar e superar obstáculos, incluindo, na medida do possível, os conflitos éticos que podem surgir na nova prática<sup>12</sup>.

Na etapa inicial, foi utilizado o 'Instrumento de Avaliação da Atenção Primária

– *PCATool – Brasil*', para a avaliação dos atributos da APS da região Zona Sul do Município de São Paulo, Supervisão Técnica de Saúde (STS) de Parelheiros. A versão original desse instrumento (*PCATool*) foi criada por pesquisadores<sup>13,14</sup> da *Johns Hopkins Primary Care Policy Center* (PCPC)<sup>11</sup>.

Esse instrumento é usado para avaliar a APS de acordo com os atributos essenciais: acessibilidade, longitudinalidade, coordenação, integralidade e os atributos derivados: orientação familiar e orientação comunitária. Os dados coletados com o *PCATool* versão Profissionais, permitem encontrar o melhor e o pior atributo da APS, na visão dos entrevistados. Os escores para cada atributo ou respectivos componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas aos itens que o compõe. Portanto, os valores próximos de 4 são considerados positivos para o atributo e compõem um conjunto indissociável de elementos estruturantes do sistema de serviços de saúde. O serviço de atenção básica (AB) dirigido à população geral pode ser considerado provedor da APS quando apresenta altos escores médios nos quatro atributos essenciais<sup>11</sup>.

A coleta de dados foi realizada, no primeiro semestre de 2015 junto a médicos, enfermeiros e gerentes das unidades selecionadas em um estudo<sup>15</sup>, ou seja, as 14 unidades da Supervisão Técnica de Saúde (STS) de Parelheiros. Nesse estudo<sup>15</sup>, aplicou-se a Escala de Performance de *Karnofsky* (KPS) a usuários dessas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que participavam do Programa de Dispensação de Insumos de Incontinência Urinária e Fecal (PDIIUF) no qual resultou que

98% eram usuários elegíveis para os CP; com isso, os profissionais dessas unidades foram convidados a participar do estudo, havendo duas recusas.

Assim, incluíram-se 16 profissionais nas UBS: Colônia; Recanto Campo Belo; Jardim Iporã; Vila Roschel; Vargem Grande e Jardim das Fontes. Na UBS Jardim das Fontes, foram entrevistados um gerente e um enfermeiro, e na UBS Recanto Campo Belo foram incluídos um médico e um enfermeiro; nas demais UBS, foram entrevistados um médico, um enfermeiro e um gerente. As UBS selecionadas foram seis unidades da Zona Sul do Município de São Paulo na STS de Parelheiros. Esta região foi escolhida por haver carências de serviços especializados, alta vulnerabilidade em saúde e uma cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) em quase 100%.

Os resultados da aplicação do *PCATool* foram confrontados com os resultados de uma revisão sistemática do tipo *Scoping Review* (SR)<sup>16</sup> a qual objetivou identificar, na visão dos profissionais de saúde, os problemas éticos decorrentes da prática dos CP na APS. Os principais problemas éticos encontrados por Saito<sup>16</sup> foram: escassez de recursos; falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a prática de CP; falta de habilidades comunicacionais; dificuldade em estabelecer limites na relação clínica; sobrecarga de trabalho; falta de apoio de serviços de referência; e falta de comunicação entre os serviços da RAS.

Saito<sup>16</sup> pondera que esses problemas assemelham-se aos vividos no cotidiano da APS. A política nacional de atenção básica de 2017<sup>17</sup> reforça que os CP são uma atribuição

da equipe de APS, de acordo com seu artigo 2º.

A partir dos resultados de Saito<sup>16</sup> foram agrupadas categorias mais gerais, os Desafios Éticos (DE), que foram cruzados com as perguntas do *PCATool* Versão Profissionais. As categorias que agruparam os desafios éticos foram:

DE1 – Os profissionais da APS desconhecem se os pacientes fizeram Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV); DE2 – Os profissionais da APS sentem-se desconfortáveis para falar sobre CP com o paciente; DE3 – Há dificuldades na infraestrutura para assegurar a continuidade da assistência paliativa por 24 horas; DE4 – Os profissionais da APS não estão preparados para a atenção nos CP; DE5 – A comunicação entre os profissionais na Redes de Atenção à Saúde (RAS) é ruidosa; DE6 – O apoio familiar ao paciente em CP é inapropriado; DE7 – Há desgaste dos profissionais da APS devido à sobrecarga do trabalho. A descrição de cada desafio está descrito a seguir:

DE1: este desafio contém um artigo (E2) e contempla as dificuldades em relação às DAV, como desconhecimento dos desejos do final de vida e fazer a DAV sem o consentimento do paciente.

DE2: este desafio contém um artigo (E3) e contempla as dificuldades dos profissionais da APS sobre discussão sobre CP, como desgaste e desconforto durante a conversa e o não benefício dela.

DE3: este desafio contém dois artigos (A9, A10) e contempla as dificuldades trabalhistas do profissional da APS para a assistência em CP como disponibilidade para trabalhar depois do expediente, falta de

suporte de especialista, falta de tempo para um envolvimento maior nas visitas domiciliares, horas extras que oneram os custos da assistência, insegurança em trabalhar à noite, cobertura limitada da telefonia móvel, dificuldade de acesso as medicações depois do horário de expediente, desconhecimento dos serviços e recursos disponíveis para a continuidade da assistência.

DE4: este desafio contém nove artigos (P9994, P4, C5, A14, A7, P6, P16, A15, A13) e contempla as dificuldades de conhecimento em relação aos CP, como desconhecimento, insegurança, falta de suporte para lidarem e discutirem questões éticas, falta de manejo dos sintomas em CP, questões relativas espiritualidade, religiosidade e sentido da vida, despreparado em relação a comunicação, falta de condições para acompanhar o luto, decisões sobre a fase final de vida, critérios de elegibilidade para os CP.

DE5: este desafio contém quatro artigos (C5, A7, A8, A15) e contempla as dificuldades da RAS, como comunicação na contra referência, falta de especialidades e equipes multidisciplinares, falta de informação sobre tratamentos e prognósticos prévios.

DE6: este desafio contém três artigos (A8, A14, A13) e contempla as dificuldades com os familiares e cuidadores em relação ao CP, como suspeitas de abusos físicos, psicológicos, econômico ou outros, praticados pelos familiares e cuidadores, domínio dos cuidadores informais, maus-tratos, descuido e negligência com o paciente.

DE7: este desafio contém quatro artigos (P6, A13, A15, P16) e contempla a

sobrecarga de trabalho dos profissionais da APS como interferência negativa do apoio familiar nos cuidados aos pacientes, falta de espaço no cotidiano para discussão sobre os sentimentos sobre CP; frustração devido falta de recursos; sofrimento gerado pelos vínculos intensos ou pela falta dele nas questões de fase final de vida.

NOTA: Os artigos foram identificados com letras e números, segundo a base de dados e a sequência em que foram encontrados. Por exemplo: P1 é o primeiro estudo retirado da base de dados PubMed e assim por diante. As bases de dados foram: PubMed (P); *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* -CINAHL (C); Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde -LILACS (L); EMBASE (E); Acervo pessoal e artigos retirados das referências (A)<sup>16</sup>.

O pressuposto para o cruzamento das perguntas do *PCATool* com os DE, foi que quanto mais bem avaliado um atributo da APS for, menor a possibilidade de que este âmbito seja fonte de DE. Ao se relacionar os DE com os atributos, acredita-se que seja possível agir prospectivamente na abordagem das questões éticas da APS, especialmente no que tange à incorporação dos CP na APS.

O estudo integra a pesquisa 'Condições Crônicas de Saúde e Atenção Básica: Rede e Governança para os Cuidados Paliativos em uma Região do Município de São Paulo', aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo e da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). CAAE: 21289014.0.3001.0086 (SMS-SP); CAAE: 21289014.0.0000.5392 (EEUSP).

## RESULTADOS

Avaliação dos atributos do *PCATool* segundo os profissionais da APS

Os escores médios dos atributos variaram de 2,04 (Acessibilidade) a 3,67 (Orientação Familiar), como apresentado na Tabela 1.

O escore mais bem avaliado, Orientação Familiar, considera o potencial de cuidado do contexto familiar. O atributo pior avaliado, Acessibilidade, avalia o acesso e a utilização dos serviços de saúde para assistência a cada novo problema de saúde ou novo episódio de algum já existente. A Orientação Comunitária, segundo atributo melhor avaliado, refere-se à relação do serviço de saúde com a comunidade, para o reconhecimento das necessidades de saúde do território. O atributo Longitudinalidade, que antecede imediatamente o pior avaliado, guarda relação com este, pois diz respeito à existência de uma fonte continuada de atenção. Os atributos da Integralidade e

Coordenação são bem avaliados, com escores médios acima de 3.

Releitura dos resultados da aplicação *PCATool* Versão Profissionais

Sete das perguntas do atributo Acessibilidade relacionaram-se com o DE3 (há dificuldade na infraestrutura para assegurar a continuidade da assistência paliativa por 24 horas) e cinco com o DE4 (os profissionais da APS não estão preparados para a atenção nos CP). Nos atributos Longitudinalidade e Coordenação – Integração de Cuidados, houve relação com todos os DE. Para o atributo Coordenação – Sistema de Informações, não houve relação somente com o DE6 (o apoio familiar ao paciente em CP é inapropriado). O DE2 (os profissionais da APS sentem-se desconfortáveis para falar sobre CP com o paciente) foi o único que não foi relacionado com o atributo Integralidade – Serviços Disponíveis e o DE1 (os profissionais da APS desconhecem se os pacientes fizeram diretivas antecipadas de vontade) foi o não relacionado

**Tabela 1** – Score dos Atributos Essenciais e Derivados da APS, segundo avaliação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família da Supervisão Técnica de Parelheiros, São Paulo (SP), 2016.

Atributo essencial/derivado	Subdimensões	Score
Acessibilidade	Acesso de Primeiro Contato	2,04
Longitudinalidade	Longitudinalidade	2,95
Coordenação	Integração de Cuidados	3,08
	Sistemas de Informações	3,46
Integralidade	Serviços Disponíveis	3,30
	Serviços Prestados	3,50
Orientação familiar	Orientação Familiar	3,67
Orientação comunitária	Orientação Comunitária	3,64
<b>Score Geral da APS</b>		<b>3,20</b>

Fonte: Próprios autores.

**QUADRO 2 – Cruzamento do PCATool/ Versão Profissionais X Desafios Éticos à incorporação dos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde.**

ATRIBUTOS	PERGUNTAS	DE1	DE2	DE3	DE4	DE5	DE6	DE7
A - ACESSIBILIDADE	A1 - Seu serviço de saúde está aberto aos sábados e domingos?							
	A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até às 20 horas?							
	A3 - Quando o seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?							
	A4 - Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?							
	A5 - Quando o seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?							
	A6 - Quando o seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?							
	A7 - Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende no mesmo dia?							
B - LONGITUDINALIDADE	B1 - No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?							
	B2 - Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?							
	B3 - Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?							
	B4 - Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?							
	B5 - Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as preocupações e problemas?							
	B6 - Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações e problemas?							
	B7 - Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?							
	B8 - Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?							
	B9 - Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?							
	B10 - Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?							
C - COORDENAÇÃO - SERVIÇOS DE INTEGRACÃO DE CUIDADOS	B12 - Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?							
	C1 - Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?							
	C2 - Quando seus pacientes necessitam de um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre os diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?							
	C4 - Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?							
	C5 - Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?							
	C6 - Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados dessa consulta?							
D - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES	D1 - Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado?							
	D2 - Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?							
E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS	E8 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.							
	E19 - Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).							
	E20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).							
	E21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.							
F - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS	F4 - Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir ocasionalmente.							
	F7 - Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.							
G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR	G1 - Você pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?							
	G2 - Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?							
	G3 - Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema familiar?							
H - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA	H1 - Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?							
	H2 - Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?							
	H4 - Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?							

Fonte: Próprios autores.

no atributo Integralidade – Serviços Prestados. No atributo Orientação Familiar, o DE3 (há dificuldades na infraestrutura para assegurar a continuidade da assistência por 24 horas) não foi relacionado a nenhuma pergunta. Os DE1 (os profissionais da APS desconhecem se os pacientes fizeram DAV) e DE2 (os profissionais da APS sentem-se desconfortáveis para falar sobre CP com o paciente) não se relacionaram com as perguntas do atributo Orientação Comunitária. O quadro 2 mostra cada DE e a quantidade de atributos e das perguntas com os quais se identificou a relação. As caselas em vermelho mostram com quais DE as perguntas do *PCATool* se relacionam.

O quadro 03 traz a classificação dos desafios éticos com o número de perguntas e seus atributos, conforme a ocorrências no cruzamento:

O desafio ético com mais ocorrências no cruzamento de dados foi o DE4, ligado ao despreparo dos profissionais da APS na atenção ao paciente em CP. O desafio que menos aparece no cruzamento foi o DE1, ligado às DAV.

## DISCUSSÃO

A apresentação da discussão foi organizada segundo os atributos do *PCATool* Versão Profissionais, a fim de visualizar-se a releitura destes pelo prisma dos CP na APS.

### 1. Acessibilidade

O atributo Acessibilidade foi o pior avaliado pelos profissionais entrevistados (2,04). A acessibilidade cruza-se com o desafio ético DE3, sobre as dificuldades na infraestrutura para assegurar a continuidade da assistência paliativa por 24h. Essas dificuldades referem-se ao limite de horário da UBS e falta de um serviço para garantir que a assistência aos pacientes em CP continue de forma correta, não prejudicando sua qualidade de vida.

Recentemente, foi criada uma nova possibilidade de financiamento para aumentar o horário de atendimento na APS. O Programa Saúde na Hora foi lançado pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (SAPS/MS) pela

**Quadro 3** – Classificação dos Desafios éticos à incorporação dos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde segundo número de perguntas relacionadas e seus atributos essenciais e derivados a partir da avaliação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família da Supervisão Técnica de Parelheiros, São Paulo (SP), 2016.

Classificação	Desafios Éticos	Nº de Perguntas relacionadas	Nº de atributos relacionados
7º	DE1	9	05
6º	DE2	15	05
3º	DE3	21	07
1º	DE4	28	08
2º	DE5	23	07
5º	DE6	15	06
4º	DE7	18	07

Fonte: Dados da pesquisa.

Portaria nº 397/GM/MS, atualizada em 16 de março de 2020. O programa viabiliza o custeio aos municípios e Distrito Federal para implantação do horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o território brasileiro<sup>7</sup>.

Com uma APS preparada para o atendimento ao usuário após alta hospitalar em sua residência à luz dos CP, a equipe já estaria preparada para questões éticas como DAV, local de morte, controle de sintomas, possíveis intercorrências em domicílio e preparação da família para o luto. Com esses problemas já discutidos entre equipe de saúde e paciente/família, a tensão ética entre eles seria menor, como recomenda a bioética prospectiva.

O acesso ao serviço de CP é difícil a grande parte da população, sendo uma questão bioética a ser discutida<sup>18</sup>. Já é sabido que os CP devem se iniciar desde o diagnóstico de uma doença grave<sup>19</sup>. Com uma APS já treinada e preparada para os CP isso poderia assegurar o direito do paciente a morrer em casa, perto da sua família e de tudo que conhece. A APS reconhece que os CP existem e até já o fazem<sup>15</sup> porém, necessita de ações de educação permanente e espaços de discussões para melhor realizá-lo.

## 2. Longitudinalidade

A insuficiência na formação e capacitação dos profissionais da APS conflita com o DE4, sobre o despreparado dos profissionais frente ao CP, gerando mais conflitos éticos. No cruzamento feito neste estudo, o DE4 se relacionou com o atributo

Longitudinalidade, o penúltimo atributo na avaliação da região estudada (2,94) pelos profissionais, ficando atrás apenas da Acessibilidade.

Entretanto, a longitudinalidade relacionou-se com todos os desafios éticos delimitados neste estudo, pois esse atributo compreende aspectos inerentes à atenção ao paciente em CP<sup>20</sup>. E interação com os princípios dos CP, como por exemplo, oferecer um sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do usuário e a enfrentar o luto; abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos usuários e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto e melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença. Esses princípios da OMS<sup>19</sup> para os CP relacionam intrinsecamente com o atributo longitudinalidade.

Investir em melhorias para aprimorar o desempenho do atributo longitudinalidade talvez seja a ação de maior importância e mais necessária para a incorporação de CP na APS. Reconhecendo prospectivamente essas questões, a equipe de APS estaria mais bem preparada para os pacientes em CP já que a mesma já teria como grande aliado o vínculo com a equipe e sua grande participação na família do paciente.

O fortalecimento da longitudinalidade envolve a melhor compreensão dos conceitos de comunicação e o domínio de habilidades comunicativas apropriadas para a atenção à saúde, especialmente na APS, que pressupõe a presença de vínculo, relação interpessoal e de confiança entre usuários e profissionais de saúde. No entanto, a palavra continuidade do cuidado frequentemente é utilizada de forma

equivocada no lugar de longitudinalidade. Estes são termos distintos, visto que a continuidade da atenção representa a sequência de consultas ou visitas à unidade de saúde, não necessariamente com o mesmo profissional ou serviço, sendo direcionada ao manejo dos problemas ou doença e não à atenção ao indivíduo<sup>21</sup>.

### 3. Coordenação

Assim, a contrarreferência é atribuído ao atributo Coordenação, que obteve 3,08 de escore, ficando em antepenúltimo lugar (6º), sendo melhor somente que a Longitudinalidade e a Acessibilidade, que foram os dois últimos colocados.

A infraestrutura para a assistência na região estudada é prejudicada e como a efetivação do atributo coordenação depende da instalação de equipamentos apropriados, percebe-se uma comunicação ruidosa, uma vez que os profissionais entrevistados avaliaram a contrarreferência na região falha.

### 4. Integralidade

Essas fragilidades na integração da RAS em relação ao ordenamento e definição do fluxo, em especial na contrarreferência, pode comprometer a integralidade e o papel da AB de coordenar o cuidado e ordenar as redes<sup>22</sup>. Sem essa comunicação, a integração dos cuidados fica comprometida, fator este negativo em especial para os CP.

Assim, para o paciente em CP, o fortalecimento do fluxo de informações é especialmente necessário em sua assistência, pois a trajetória e decisões antecipadas dos

usuários e famílias precisam estar registradas e acessíveis a todos os profissionais da RAS. Com esse fluxo de informações, toda a equipe de saúde tem conhecimentos prévios sobre o que já foi acordado. No presente estudo, o atributo Integralidade foi avaliado em 3,30 representando o quinto lugar, indicando que os profissionais de saúde dessa região discutem questões que se referem à abordagem integral do indivíduo, incluindo família e contexto social, no que tange os serviços prestados nos CP.

Preparar os profissionais e os serviços da APS e incorporar programas que integrem, de maneira articulada, os CP na APS, ao longo das RAS, contribuirá para a humanização e integralidade da assistência<sup>8</sup>. Como na ESF a família é a unidade de cuidado, é possível promover o cuidado integral à família, tendo como propósito identificar seus problemas de saúde e estabelecer ações para atender às suas necessidades, de acordo com o contexto sociocultural onde essa está inserida<sup>17</sup>.

Indicando falhas e ineficácia na infraestrutura do serviço de saúde da região estudada, e sendo a integralidade também um dos princípios norteadores dos CP, a APS precisa se preparar anteriormente para garantir a abordagem multiprofissional e holística no manejo desses pacientes, considerando a carência de serviços especializados e hospitais na região. Os profissionais da região pesquisada avaliaram medianamente o atributo Integralidade, porém, não está entre os melhores avaliados, o que pode sugerir que os profissionais de saúde não estão desenvolvendo suas ações a partir da integralidade, o que é essencial para os CP, já que a abordagem biopsicossocial é essencial.

Os DE de maior relação foram o DE4 (despreparo dos profissionais na atenção ao paciente em CP), o DE5 (comunicação com os profissionais das RAS é ruidosa) e o DE6 (apoio familiar inapropriado). O DE1 (sobre diretivas antecipadas), o DE4 (sobre despreparo na atenção ao paciente em CP), o DE5 (comunicação ineficaz com os outros profissionais das RAS) e o DE6 (apoio familiar inapropriado) são desafios que dizem respeito à abordagem integral aos usuários e familiares e se não forem enfrentados e solucionados adequadamente, podem comprometer a integralidade em paciente de CP.

#### 5. Orientação Familiar e Comunitária

O atributo melhor avaliado foi a Orientação Familiar, com escore de 3,67, ficando a Orientação Comunitária com escore de 3,64. Isso implica considerar a família como sujeito da atenção e o reconhecimento da equipe sobre os problemas de saúde dos indivíduos e famílias de forma corresponsável; a orientação comunitária refere-se ao conhecimento das características de saúde da comunidade em uma avaliação mais ampla das necessidades de saúde, que inclua o reconhecimento por parte das equipes, dos recursos e espaços destinados às atividades de cultura e lazer, não limitando a abordagem somente aos recursos pessoais e familiares<sup>20</sup>.

O atributo Orientação Comunitária só não se correlacionou com o desafio ético DE1 (sobre diretivas antecipadas de vontade) e DE2 (sobre desconforto na comunicação em CP). Essa relação pode ser explicada porque o atributo Orientação Comunitária se direciona às ações e serviços de saúde na

comunidade, envolvendo visitas domiciliares, conhecimento adequado dos problemas de saúde e recursos da comunidade, satisfação do usuário, identificação dos problemas de saúde, ou seja, é dependente de outros atributos da APS.

O atributo Orientação Familiar não se relacionou apenas com o DE3 (há dificuldades na infraestrutura para assegurar a assistência paliativista). A correlação com todos os demais DE podem se explicar pela necessária abordagem familiar dos CP e da relação sinérgica do atributo Orientação Familiar com outros avaliados pelo *PCATool*, por exemplo, a Integralidade e a Coordenação.

Para a incorporação dos CP na APS é essencial investir na efetivação dos atributos Orientação Familiar e Orientação Comunitária, pois esse tipo de cuidado sempre trabalha com o binômio paciente-família, sem dissociar um do outro; tornando a família, ao mesmo tempo, prestadora e receptora de cuidados, prestando cuidados ao seu membro que está em CP e os recebe da equipe, incluindo o período de luto, levando em consideração o território em que esse binômio paciente/família está inserido.

Sem o conhecimento prévio adequado acerca da comunidade e da realidade do território, aos problemas no que se refere às ações e os serviços de saúde, não é possível para a equipe e o gestor envolverem a população no planejamento para adequá-las às demandas do cuidado em CP, como suporte a família social e espiritual, manejo de intercorrências e de fase final de vida em domicílio, acompanhamento psicológico, fornecimento de suprimentos, entre outros. Com esse conhecimento prévio, a equipe de

saúde pode ter colaboração da comunidade para o cuidado do usuário, envolvendo a mesma no suporte desse paciente.

## CONCLUSÃO

Considerando que a bioética não pode ser só reativa ou restringir-se a resolver conflitos instalados, o presente estudo se propôs a discutir, em uma abordagem prospectiva, os desafios éticos para a incorporação dos CP na APS. Para isso, desenvolveu-se um estudo de triangulação de métodos quantitativos e qualitativos, norteado pela interface entre a bioética prospectiva e a APS, que cotejou os resultados do desempenho dos atributos da APS em uma região de saúde, avaliados pelos profissionais por intermédio do *PCATool-Brasil, Versão Profissionais*, com os problemas éticos dos CP na APS, identificados em uma revisão do tipo *scoping review*.

Todos os desafios éticos foram relacionados com os atributos da APS do *PCA-Tool*, o que foi tomado como indicativo de que ao comparar o desempenho de cada atributo com os desafios éticos, seria possível apontar áreas com maior nível de tensão ética na prática da APS, na região estudada, para a incorporação das demandas por CP existentes nos territórios das UBS, indicando que esse instrumento, nos seus resultados, pode ser usado para indicar questões éticas referentes aos CP na APS.

Na região estudada, é preciso levar em conta que os profissionais da APS já se defrontam com as demandas de pacientes em CP<sup>2</sup> e de usuários em condições crônicas de saúde. Assim, além de investir no preparo

técnico das equipes, para a incorporação dos CP na APS, é essencial a modificação da visão dos profissionais acerca dos CP, a fim de introduzi-los mais precocemente nos serviços, a partir do diagnóstico das condições crônicas de saúde<sup>16</sup>.

Ao identificar, proativamente, desafios éticos para a incorporação dos CP na APS, com base na experiência de equipes que já ofertam este serviço e contextualizando-a à realidade local por meio do desempenho dos atributos da APS, torna-se possível confrontá-los com questões éticas correntes na APS e, assim, apontar caminhos para a educação continuada de equipes de ESF, com vistas a fomentar os valores necessários para o novo cenário dos serviços, com as demandas geradas pelas condições crônico-degenerativas. Na vigência futura de alguma intercorrência ética com a incorporação dos CP na APS, os profissionais também estariam mais preparados para o seu reconhecimento e manejo.

Considerando a limitação desse estudo de 16 profissionais da APS em seis UBS adscritas no distrito de Parelheiros, na zona sul do município de São Paulo, região com alta vulnerabilidade em saúde e carência de serviços especializados, além das avaliações ter sido realizadas apenas sob a percepção de profissionais de saúde e não do paciente, propomos que esse estudo seja realizado em regiões maiores com maior número de profissionais, em outros contextos, para que essa proposta de um novo olhar nos resultados do *PCATool Versão Profissionais* seja ampliada para trazer a discussão dos desafios éticos na incorporação dos CP na APS.

## REFERÊNCIAS

- Orth LC, Haragushiku EY, Freitas ICS, Hintz MC, Marcon CEM, Teixeira JF. Conhecimento do Acadêmico de Medicina sobre Cuidados Paliativos. *Rev Bras Educ Med* 2019; 43(1 suppl 1):286-295.
- Paz CRP, Pessalacia JDR, Zoboli ELCP, de Souza HL, Granja GF, Schweitzer MC. New demands for primary health care in Brazil: Palliative care. *Investig y Educ en Enferm* 2016; 34(1):46-57.
- Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, Arreola-Ornelas H, Gómez-Dantés O, Rodriguez NM, Alleyne GAO, Connor SR, Hunter DJ, Lohman D, Radbruch L, Del Rocío Sáenz Madrigal M, Atun R, Foley KM, Frenk J, Jamison DT, Rajagopal MR. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet (London, England)* 2018; 391(10128):1391-1454.
- World Health Assembly (WHA). *Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*. Geneva: WHO; 2014.
- Boaventura JR, Pessalacia JDR, Martins TCR, Silva AE, Marinho MR, Neto PKS. Participação e controle social no contexto político dos cuidados paliativos no Brasil: uma reflexão teórica. *Rev Enferm do Centro-Oeste Min* 2019;9:1-7.
- Ministério da Saúde. Portaria nº 397, de 16 de março de 2020(\*). Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5/GM/MS de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União* 2020; de 19 março.
- Souza HL, Zoboli ELCP, Paz CRP, Schweitzer MC, Hohl KG, Pessalacia JDR. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. *Rev Bioética* 2015; 23(2):349-359.
- Gracia D. Los Retos de La Bioética en el nuevo milenio. In: Blanco A; Núñez MP. *Ed La bioética y el arte de elegir*. 2º ed. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 2014. p. 27-59.
- Baum NM, Gollust SE, Goold SD, Jacobson PD. Looking ahead: addressing ethical challenges in public health practice. *J Law Med ethics* 2007; 35(4):657-667.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
- Meagher KM, Lee LM. Integrating Public Health and Deliberative Public Bioethics: Lessons from the Human Genome Project Ethical, Legal, and Social Implications Program. *Public Health Rep* 2016; 131(1):44-51.
- Starfield B. Is US health really the best in the world? *JAMA* 2000; 284(4):483-485.
- Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract* 2001; 50:161.
- Paz CRP. *Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde Novos Desafios* [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2013.
- Saito DYT, Zoboli ELCP. Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: scoping review. *Rev Bioética* 2015; 23(3):593-607.
- Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 [Internet]. 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 (DF): Ministério da Saúde; 2017.
- Rates CMP. *Bioética e acesso aos cuidados paliativos na atenção primária à saúde* [Dissertação]. Divinópolis: Universidade Federal de São João Del-Rei; 2015.
- World Health Organization (WHO). Palliative care. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>. Acesso em: out. 2020.
- 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). *Diário Oficial da União* 2018; de 23 novembro.
- Starfield B. *Atenção Primária: Equilíbrio Entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia*. vol. 4. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

21. Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Eberhardt TD, Soares RSA, Trindade LL. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários TT - Longitudinalidad del cuidado en la atención primaria: evaluación desde la perspectiva de los usuarios TT - Longitudinality of Primary Health Care: an evaluation. *Acta Paul Enferm* 2019; 32(2):186-193.
22. Protasio APL, Silva PB, Lima EC, Machado LS, Valença AMG, Gomes LB. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. *Saúde em Debate* 2014; 38(special):209-220.

**CORRESPONDÊNCIA**

Priscila Kelly da Silva Neto

Víela João Caetano Costa, 62, Setsul

Três Lagoas-MS CEP 79610-370

E-mail: [priscila.baldonado@gmail.com](mailto:priscila.baldonado@gmail.com)