



Representações sociais de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca de cuidados paliativos para a pessoa idosa

Social representations of Family Health Strategy professionals regarding palliative care for older adults

Luciana Meneguim Pereira de Queiroz¹ 

Carlos Alberto Lazarini¹ 

Elza de Fátima Ribeiro Higa¹ 

Adriana Avanzi Marques Pinto² 

Resumo

Objetivo: Compreender as Representações Sociais dos profissionais enfermeiros, médicos e odontólogos da Atenção Primária em Saúde (APS) sobre Cuidados Paliativos (CP) para a pessoa idosa. **Método:** Pesquisa fundamentada na Teoria das Representações Sociais. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada a partir de questões fechadas (dados sociodemográficos e profissionais) e abertas (Fale qual a sua compreensão sobre Cuidado Paliativo para o idoso e Fale como você realiza o cuidado paliativo para os idosos que você cuida aqui da unidade). Para análise e organização dos dados, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** Frente a questão sobre o que os profissionais compreendiam do CP para o idoso, resultaram quatro Ideias Centrais: diagnóstico incurável; cuidado biopsicossocial e humanizado para a pessoa idosa e família; qualidade de vida e educação em saúde. As cinco ideias centrais sobre como esse cuidado era realizado na unidade foram: visita domiciliar; atenção biopsicossocioespíritual a pessoa idosa e família; grupos de atividades; promoção da qualidade de vida e assistência no momento da morte. **Conclusão:** Os dados obtidos permitiram identificar as representações sociais de profissionais de saúde da APS sobre o CP para a pessoa idosa, bem como sua execução. As compreensões sobre CP estão intimamente relacionadas com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde, com exceção da educação em saúde que é um princípio e não um conceito. Essas compreensões permitiram, também, identificar ações de enfermeiros, médicos e odontólogos que demonstram como realizam o cuidado paliativo para a pessoa idosa.

Palavras-chave: Cuidado Paliativo. Idoso. Representação Social. Atenção Primária à Saúde. Estratégias de Saúde Nacionais.

¹ Faculdade de Medicina de Marília, Programa de Pós-graduação em Saúde e Envelhecimento. Marília, SP, Brasil.

² Fundação Educacional do Município de Assis. Departamento de Enfermagem. Assis, SP, Brasil.

Financiamento da pesquisa: O presente estudo foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – Brasil (CAPES). código de financiamento 001. N° 88887.663708/2022-00. Bolsa de mestrado.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Luciana Meneguim Pereira de Queiroz
lumeneguimpq@gmail.com

Recebido: 04/07/2023
Aprovado: 08/04/2024

Abstract

Objective: To comprehend the Social Representations of nurses, physicians, and dentists working in Primary Health Care (PHC) regarding Palliative Care (PC) for older adults. **Method:** This research was grounded in the Theory of Social Representations. Data were obtained through semi-structured interviews comprising closed-ended questions (socio-demographic and professional data) and open-ended questions (Describe your understanding of Palliative Care for older adults and Explain how you provide palliative care for the older adults under your care at this unit). For data analysis and organization, the Collective Subject Discourse technique was employed. **Results:** Regarding the question about what professionals understood about Palliative Care for older adults, four Central Ideas emerged: incurable diagnosis; biopsychosocial and humanized care for the older adult and family; quality of life; and health education. The five central ideas concerning how this care was conducted at the unit were: home visits; biopsychosocial and spiritual care for the older adult and family; activity groups; promotion of quality of life; and assistance at the moment of death. **Conclusion:** The data obtained allowed for the identification of the social representations of PHC professionals regarding PC for older adults, as well as its implementation. The understandings of PC are closely related to those advocated by the World Health Organization, with the exception of health education, which is a principle rather than a concept. These understandings also allowed for the identification of actions by nurses, physicians, and dentists that demonstrate how they provide palliative care for older adults.

Keywords: Palliative Care. Older Adults. Social Representation. Primary Health Care. National Health Strategies.

INTRODUÇÃO

O processo do envelhecimento propicia maior probabilidade de doenças crônicas e fragilidades, necessitando que o cuidado atenda suas demandas de maneira integral, equitativa e holística¹. Tendo isso em vista associado a longevidade e ao aumento de determinadas doenças, o Cuidado Paliativo (CP) tem como finalidade proporcionar a pessoa e a família, a dignidade durante o envelhecimento.

A *World Health Organization* (WHO) conceitua o CP como cuidados dispensados aos pacientes de todas as idades, que enfrentam doenças graves e ameaçadoras da vida. Objetiva contribuir para que pacientes e familiares tenham melhor qualidade de vida, por meio da identificação precoce da dor, avaliação e tratamento, promovendo o alívio dos sintomas físicos, sociais, emocionais e espirituais², além de uma morte menos dolorosa, inserida em um campo interdisciplinar de cuidados em saúde³.

Os CP não devem ser confundidos com os direcionados na terminalidade, visto que são indicados a partir do diagnóstico de uma doença potencialmente fatal, momento considerado propício para que o CP agregue-se a terapêutica remissiva⁴.

Quando abordamos a integralidade do serviço, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem como objetivo garantir essa forma de cuidado, apontando para um serviço intersetorial, cooperativo, poliárquico, relacionando-se horizontalmente⁵. A Atenção Primária à Saúde (APS) é o alicerce do usuário e família na RAS. A Estratégia Saúde da Família (ESF), inserida na APS, apresenta propriedade para a orientação e acolhimento necessários dos pacientes em CP, remetendo a sua essência e objetivo⁶.

De acordo com a WHO, pacientes com indicação de CP, cujos sintomas estão controlados, podem ser direcionados ao cuidado domiciliar. À medida que os sintomas se tornam mais severos, há necessidade de articulação assistencial entre os diferentes níveis de complexidade da rede².

Apesar disso, as principais barreiras apontadas pela WHO são a acessibilidade aos CP, a ausência de políticas, formação e preparo dos profissionais, sendo limitadas ou até mesmo inexistentes, assim como o acesso a medicamentos essenciais para o alívio da dor, como os opioides⁷.

Nesse sentido, o CP traz o cuidado domiciliar na doença crônica degenerativa ou em fase terminal⁸,

reforçando a necessidade de conhecimento e preparo das equipes da APS para o CP na pessoa idosa. Sendo assim, a presente pesquisa parte da seguinte questão norteadora: Qual é a compreensão de profissionais da APS sobre cuidado paliativo na pessoa idosa?

Frete ao exposto, esta pesquisa visa compreender as Representações Sociais dos profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos da APS relacionadas ao CP para a pessoa idosa.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa fundamentada nos pressupostos da Teoria das Representações Sociais (TRS)^{9,10}, conduzida em um município de médio porte do interior do estado de São Paulo, Brasil. Dentre as 41 Unidades de Saúde da Família (USF) do município, foram elencadas dez unidades, a partir do perfil epidemiológico e demográfico com maior população idosa; distribuídas em oito unidades urbanas sendo duas em cada região e duas unidades rurais. Os participantes foram selecionados de forma intencional, ou seja, profissionais de nível superior da ESF.

Os critérios de inclusão foram profissionais de nível superior, alocados nas USFs com maior população idosa, considerando a caracterização demográfica. Foram excluídos os profissionais que estavam de férias ou de afastamento laboral.

Os dados foram obtidos a partir de entrevistas semiestruturadas, realizadas nas USFs, entre junho e agosto/2022. O instrumento de coleta de dados foi composto por questões fechadas (dados sociodemográficos e profissionais) e abertas (Fale qual a sua compreensão sobre Cuidado Paliativo para o idoso e Fale como você realiza o cuidado paliativo para os idosos que você cuida aqui da unidade). Cada entrevista teve em média 15 minutos de duração, gravada em áudio MP4 e transcrita na íntegra.

Os dados de caracterização sociodemográfica e profissional foram apresentados na forma de frequência simples e relativa. Para a organização dos dados qualitativos foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que consiste num conjunto de procedimentos de tabulação e organização de dados provenientes de depoimentos

orais dos profissionais entrevistados. Os seguintes passos englobam essa técnica: seleção das expressões-chave (ECH) de cada discurso. As ECH são segmentos contínuos ou descontínuos de discurso que revelam o principal do conteúdo das respostas obtidas; identificação da ideia central (IC) de cada uma dessas ECH e que é a síntese do conteúdo dessas expressões; identificação das ideias centrais semelhantes ou complementares; e reunião das ECH referentes às IC, em um discurso síntese, na primeira pessoa do singular, o qual é o DSC¹¹.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, sob o parecer 5.412.880 e CAAE 57598522.5.0000.5413. Antes de cada entrevista foram explicados os objetivos, ocasião em que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e após assinado voluntariamente. Visando a garantia do anonimato, cada participante foi codificado com a letra inicial de sua formação (E= enfermeiro, M= médico e O= odontólogo) seguido pela sequência numérica de 1 até 10. Os áudios das entrevistas foram arquivados considerando a categoria profissional e organizados em pastas de acordo a unidade entrevistada. Após as transcrições, os mesmos foram deletados.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo estará disponível mediante solicitação ao autor correspondente Luciana Meneguim Pereira de Queiroz (lumeneguimpq@gmail.com).

RESULTADOS

Dos 30 profissionais convidados, 10 enfermeiros, 9 médicos e 9 odontólogos participaram. A maioria estava na faixa etária entre 41 e 50 anos, 82% representam o sexo feminino, 36% possuem tempo de formação de até 5 anos e 43% possuem tempo de atuação na APS de até 9 anos.

Em relação à questão “Fale qual a sua compreensão sobre Cuidado Paliativo para o idoso” foi possível identificar quatro ICs: Diagnóstico incurável, Cuidado biopsicossocial e humanizado para o idoso e família, Qualidade de vida e Educação em saúde (Quadro 1).

Quadro 1. Ideias Centrais e Discurso do Sujeito Coletivo de enfermeiros, médicos e odontólogos da APS sobre a compreensão de cuidados paliativos na pessoa idosa. Marília, SP, 2022.

| Identificação da ideia central | Discurso do Sujeito Coletivo |
|--|--|
| Diagnóstico incurável | Eu acho que não é dar a cura pro paciente. Nos CP a gente sabe que talvez ele não tenha essas condições, que não tem cura. É um paciente que está na reta final de vida, que já não tem mais o que fazer, mas possível de um segmento. Às vezes um câncer, não sei, AIDS. Nestes casos, a parte médica já foi feita. Então, o CP é quando ele já tem um diagnóstico terminal e nem sempre vai curar uma determinada patologia. (E2, E3, E6, E8, E10, M6, M7, M9, O1, O5, O6, O8) |
| Cuidado biopsicossocial e humanizado para pessoa idosa e família | Eu penso que é ofertar o maior suporte possível, tanto pro paciente quanto pra família, que o acompanha até seus últimos momentos. É proporcionar autonomia, humanização do cuidado, escutando, fazendo um Projeto Terapêutico Singular para ele e para família. Porque a família também adoce e sofre junto com aquele paciente que está em cuidados paliativos. Ofertar suporte tanto profissional quanto psicológico para todos. Na maior parte dos casos, essa pessoa fica aos cuidados da família, onde tem atenção, carinho, cuidado melhor. E este tipo de cuidado deve estar integrado com a equipe multiprofissional. Então eu entendo isso como um cuidado paliativo, não apenas para o doente, mas também para a rede de apoio dele. (E1,2,4,9, M2,9, O2,4,6,8) |
| Qualidade de Vida | Para mim são aqueles em que proporcionamos pro idoso uma melhor qualidade de vida relacionado ao envelhecer. Dispensar um conforto para aquele idoso, aliviando o sofrimento da dor, proporcionando lazer, boa alimentação e atenção, coisas que às vezes eles não têm. A convivência dos familiares, a atenção de outras pessoas, a qualidade de vida dentro e fora de casa. Então, para mim visa o alívio da dor além de ter um olhar ampliado, não só para sua doença, mas do ser humano, garantindo que tenha voz no tratamento e autonomia de decisão em sua doença, entre a vida e a morte. Manter ele nutrido, com uma boa higiene, perto da família, do animal de estimação, manter com esse contato, garantindo qualidade de vida naquele último período de vida que ele tem, proporcionando uma morte digna. (E2-10, M1,2, M4-10, O1,3,5,7,10) |
| Educação em Saúde | Eu acredito que é quando oferecemos informação, tanto para o paciente quanto pro familiar das vantagens e desvantagens de um procedimento. Aqueles que são dependentes ou que tem alguma outra limitação, a gente capacita o cuidador, o familiar. As vezes a família fala para o idoso que ele tem que tomar isso ou aquilo, e ele não atende. Quando explicamos ele consegue compreender. Também tem a orientação quanto a higiene, que sempre é um cuidado, que gera saúde. Normalmente as pessoas têm alguma associação de que não tendo dente, não precisa limpar a boca, e as estruturas moles acabam tendo uma variedade de lesões, de doenças. Essas são orientações que a gente pode dar enquanto atenção básica. (E1,5, M1, O6,10) |

Fonte: Elaborado pelo autor.

Frente a segunda questão “Fale como você realiza o cuidado paliativo para os idosos que você cuida aqui da unidade” foi possível identificar cinco ICs: Visita domiciliar, Atenção biopsicossocioespíritual

ao idoso e família, Grupos de atividades, Promoção da qualidade de vida e Assistência no momento da morte (Quadro 2).

Quadro 2. Ideias Centrais e Discurso do Sujeito Coletivo de Enfermeiros, Médicos e Odontólogos da APS sobre Como você realiza o cuidado paliativo para os idosos que você cuida aqui da unidade. Marília, SP, 2022.

| Identificação da ideia central | Discurso do Sujeito Coletivo |
|---|---|
| Visita domiciliar | Aqui na unidade eu trabalho com a visita de rotina. Os agentes comunitários fazem essa visita regularmente para prevenção e paliativa. Para os acamados temos as visitas periódicas para troca de sonda, troca de informações, porque normalmente eles passam nos especialistas, o que já foge do nível primário. As visitas sempre são agendadas, apesar de que agora a gente não está conseguindo tanto por conta da covid-19, embora deixamos sempre um canal aberto de comunicação com o familiar desses pacientes, principalmente os que estão em CP. Então o que a gente pode fazer por eles é acompanhar, fazer visitas domiciliares quando necessário. Já na prática odontológica a maioria é edêntulo e utiliza prótese. Vejo se as próteses estão desadaptadas, curativos, extração de algum dente com mobilidade. Orientações em relação a câncer bucal, higienização. (E1,3-6,8-10, M1,2,5,7,8, O2,5-8) |
| Atenção biopsicossocioespiritual a pessoa idosa e família | Eu procuro escutar quando eles vêm em consulta. Caso eles relatem algum episódio de queda, se tem alguma coisa, dor em algum membro, alguma queixa. Eu procuro dar atenção, porque é isso que eles gostam. E quando tem algum problema, eu tento resolver com a equipe da melhor forma. Eu converso, no primeiro momento com o idoso. Caso eu perceba que há uma perda de função, converso com a família visando resgatar suas atividades diárias, como cuidar de plantas, assistir uma missa, ouvir uma música sertaneja. E eu sempre procuro ouvir um pouco do cuidador, se tem algum problema de saúde, se está apresentando algum tipo de dor muscular, como está a parte de emocional, se ele tem condições de sair, se ele trabalha fora ou não. O familiar fica muito à vontade para vir aqui na unidade sempre que precisar esclarecer alguma dúvida. (E2,4,10, M2,9,10, O5) |
| Grupos de atividades | Eu tenho um grupo de caminhada aqui na unidade, não só para idosos, embora sejam a maioria. E não é uma caminhada por si só. Tem alongamento com o educador físico, fisioterapeuta e tem uma conversa, uma troca de ideias, tanto na hora do alongamento quanto durante a caminhada. Tem uma agente comunitária que participa desse grupo, ela vai um pouquinho com cada grupo de idosos conversar sobre diversos assuntos. Temos também um grupo de terapia ocupacional que é de artesanato, nós estamos retomando principalmente com esses idosos que conseguem se locomover e vir até a unidade. (E5,8,9, M8) |
| Promoção da qualidade de vida | Eu tento proporcionar conforto até onde o meu braço alcança, para que eles consigam se sentir melhor. Teve um caso de uma idosa que desenvolveu úlcera de pressão, ela era bem cuidada, a gente tratou essa úlcera, foi atrás de material, passou um antibiótico e a filha começou a se conformar que não tinha muito mais o que se fazer... além de dar o conforto e dignidade pra mãe. É o que a gente prezou muito nesse último mês, dar o conforto. O idoso perde um pouco a função motora de higienização oral, então orientamos higiene, tanto para ele quanto para seu cuidador. Então damos prioridade no atendimento, fazemos um curativo, pelo menos para ele não sentir dor, não ter infecção. (E3,5, M1,2,8, O1,4,6,7) |
| Assistência no momento da morte | Eu e a agente comunitária vamos muito na hora da morte. A gente dá todo esse acolhimento para a família nesse momento. Terça feira teve um óbito aqui de uma paciente que já tinha 100 anos, era acamada por Alzheimer, estava bem demenciada. Fazia três anos que ela havia ficado acamada, totalmente dependente. Ela deu o último suspiro em nossos braços e a filha ficou agradecida. Nós ajudamos, as vezes a fechar a boca, trocar a roupa, fazer uma oração com a família de mãos dadas, procurar os documentos, ligar na funerária... a família fica muito perdida. (E1,2, M1) |

Fonte: Elaborado pelo autor

DISCUSSÃO

A TRS, teoria do senso comum ou teoria do saber ingênuo, contribuiu com a investigação proposta, uma vez que busca compreender como o conhecimento produzido pela ciência é transformado no tecido social – nos universos consensuais; ou ainda como aquilo que não é familiar é tornado familiar, como o distante é tornado próximo para a vida prática cotidiana¹⁰.

Frente a primeira questão “Fale qual a sua compreensão sobre Cuidado Paliativo para o idoso” foram construídas, após análise de cada depoimento, as seguintes IC: (1) Diagnóstico incurável, (2) Cuidado biopsicossocial e humanizado para pessoa idosa e família, (3) Qualidade de vida, (4) Educação em saúde (Quadro 1).

A IC 1 “diagnóstico incurável” associa-se a Representação Social (RS) dos profissionais da APS para diagnóstico sem resolutividade, sendo crônico e/ou terminal, porém passível de acompanhamento. Essa IC está presente na definição de CP, conceituado como cuidados totais ofertados ao paciente, nos casos em que a doença não apresenta resolutividade curativa e direcionado a pacientes e familiares frente a problemas ligados a doenças com potencial de fatalidade⁴.

A *International Association for Hospices and Palliative Care*, conceitua como cuidado holístico direcionado a pessoa em todo seu ciclo de vida, que apresente sofrimento ligado à saúde, diante de doenças graves e principalmente daquelas próximas ao fim da vida, trazendo a representatividade do diagnóstico incurável¹².

Quando há o reconhecimento da não cura, o incurável deve ser abordado com ética, reconhecendo o processo ativo de morte. Idosos, sejam eles com doenças crônicas, avançadas ou em terminalidade, necessitam de tratamento digno¹³.

Abordar a finitude com a pessoa idosa que apresenta doença grave, ameaçadora da vida, requer abordar a vida, independente do estágio em que se encontra, pois o CP afirma a vida e considera a morte como um processo natural. Portanto, o CP é aplicável

desde o início da doença concomitantemente a terapia modificadora, tanto para pessoa idosa, quanto para seus familiares^{2,4}.

Diante dessa premissa, a RS dos profissionais entrevistados relacionada ao cuidado ofertado para pessoa idosa e familiar, é apresentada pela IC 2 “Cuidado biopsicossocial e humanizado para pessoa idosa e família”.

Os CP objetivam aliviar o sofrimento além de agregar qualidade à vida e ao processo de morrer, sendo indicados ao paciente e familiar, em qualquer fase da doença, visto que o binômio muitas vezes apresenta expectativas e/ou necessidades que requerem atenção. Essa proposta visa o cuidador formal e informal, pois diante de uma doença incurável, gatilhos emocionais são acionados, assim como o desgaste físico e social^{14,15}. Em sua maioria, são esposas, filhos e noras já idosos, cuidando de idosos. Isso evidencia a necessidade de cuidar desse binômio, sendo necessário apoio por parte da equipe de saúde, assim como um planejamento e ações de cuidado¹⁶.

Nesses casos, a equipe da APS deve fortalecer o vínculo com esse binômio, identificando precocemente qualquer tipo de dor e sofrimento, visto que o adoecer gera ansios e mudanças em suas vidas^{14,15}.

A IC 3 “Qualidade de vida” está relacionada as RS de bem-estar nesse período de final de vida. A OMS conceitua qualidade de vida como a percepção que cada ser humano tem de suas necessidades, abordando a autorrealização e suas possibilidades para tal, assim como sua saúde física, psicológica, social e econômica¹⁷. Nesse sentido, o CP visa promover qualidade de vida aos pacientes e seus familiares diante de doenças com potencial risco de vida⁴.

A maioria da população idosa relata a dor como fator limitante de suas atividades de vida diária. A identificação e tratamento precoce da dor em todas as dimensões humanas, de forma articulada, permite a promoção da qualidade de vida¹⁸.

A percepção de qualidade de vida para a pessoa idosa não está exclusivamente pautada no alívio

da dor. São apontados o convívio social, afeto, manutenção da saúde e equilíbrio financeiro como qualidade de vida. Nesse sentido, idosos institucionalizados trazem que o convívio social também tem representatividade, sugerindo que a qualidade de vida atende os aspectos biopsicossociais da pessoa idosa, assim como o objetivo da atenção paliativista e o conceito de dor total¹⁹.

A IC 4 “Educação em Saúde” remete a RS do profissional enquanto educador. É indiscutível que o familiar receba orientações frente aos cuidados e a cada etapa vivenciada. Diante disso, os profissionais da APS tem suas ações voltadas a educação em saúde por meio de práticas educativas à população adscrita, visando a qualidade de vida por intermédio de planejamento, articulação e direcionamento de atividades e programas entre a população e a equipe²⁰.

Embora os profissionais apresentem a IC “Educação em saúde”, a definição propriamente dita de CP não remete a isso, sendo a educação inserida em seus princípios por meio do sistema de apoio fornecido a família e a pessoa idosa, assim como pela abordagem multidisciplinar, incluindo as necessidades e aconselhamento⁴.

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), em conjunto a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, lançou cartilha que aborda de forma multidisciplinar as orientações para cuidadores de idosos em CP, mais especificamente, no fim de vida, onde o CP passa a ser exclusivo. A finalidade é justamente a educação em saúde²¹.

Em relação à segunda questão “Como você realiza o cuidado paliativo para os idosos que você cuida aqui da unidade” foi possível identificar as seguintes ICs: (1) Visita domiciliar, (2) Atenção biopsicossocioespíritual à pessoa idosa e família, (3) Grupos de atividades, (4) Promoção da qualidade de vida, (5) Assistência no momento da morte (Quadro 2).

A IC 1 “Visita domiciliar” está associada a RS dos profissionais para assistência no domicílio. Os cuidados no domicílio são direcionados frente as demandas específicas, passível de resolução no domicílio e em doenças terminais²². Para tal, é necessária uma avaliação da pessoa idosa e dos

recursos disponíveis, assim como planejamento e organização²³.

Esse tipo de assistência diminui as internações hospitalares, porém não deve ser visto como uma desospitalização. Sua principal característica é a proximidade do paciente no domicílio com suas preferências, garantindo assistência personalizada e articulação com as demais modalidades paliativas²⁴.

Uma das barreiras encontradas é justamente a falta desses recursos e de preparo profissional, o que acaba resultando em internações frente a piores, as quais poderiam ser assistidas e tratadas no domicílio²³.

A IC 2 “Atenção biopsicossocioespíritual à pessoa idosa e família” remete a RS de um cuidado holístico e humanizado, ideia essa, corroborada pelos princípios do CP⁴.

Diante do processo de envelhecimento e de finitude, a pessoa idosa apresenta sofrimento biopsicossocioespíritual, muitas vezes decorrente de perdas de funções e sociais, de morte de entes queridos, necessitando, portanto, ressignificar sua singularidade e integralidade²⁵.

O cuidado direcionado à pessoa idosa e familiar deve ser multidimensional, valorizando a biografia de ambos, seus valores e preferências⁴. Para tal, o diagrama de abordagem multidimensional aborda os aspectos do ser humano, físico, emocional-psíquico, social-familiar, religioso-espíritual, auxiliando os profissionais no planejamento de suas ações, juntamente a família²⁶. Embora essas ações estejam presentes entre os profissionais da APS, não há ferramenta/capacitação que norteie esse tipo de ação.

A IC 3 “Grupos de atividades” relaciona-se a RS dos profissionais da saúde como grupos de atividades físicas e terapia ocupacional, corroborada pelo fato de cada vez mais a atividade física ter notoriedade no CP em todas as idades, proporcionando benefícios físicos e mentais, além da reabilitação diante de doenças ameaçadoras da vida, como o câncer²⁷.

Nessa perspectiva, a atividade física pode ser uma aliada diante de doenças crônicas para promover qualidade de vida. Há impacto ainda sobre as

dimensões emocionais, sociais e espirituais, sendo umas das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde. Embora os profissionais da saúde compreendam os fatores que impactam sobre a qualidade de vida, a perspectiva do paciente muitas vezes não é a mesma^{27,28}.

No que tange a atividades ocupacionais, o profissional de terapia ocupacional visa otimizar integralmente as atividades básicas, instrumentais e avançadas de vida diária, atento as limitações e dificuldades, preservando a dignidade e autonomia da pessoa idosa²⁹.

A IC 4 “Promoção da qualidade de vida” está associada a RS de uma assistência voltada ao conforto e alívio de sinais e sintomas. No âmbito da saúde, não visa apenas conforto físico relacionado a técnicas e procedimentos, abrange as dimensões físicas, emocionais, sociais, espirituais e ambientais, reconhecendo a pessoa idosa enquanto protagonista de sua história, buscando manter harmonia dessas dimensões dentro de suas limitações e potenciais³⁰.

Esses cuidados corroboram com os objetivos do CP, pois sua política propõe que suas ações abordem o bem-estar físico, social e mental, tendo participação social, econômica, cultural, espiritual e civil, preservando a autonomia da pessoa idosa, inclusive em suas fragilidades³¹.

A IC 5 “Assistência no momento da morte” associa-se a RS dos profissionais como uma assistência durante e no pós-óbito imediato. Essa IC é fortalecida pelos princípios dos CP, onde ofertam um sistema de apoio durante a doença e luto, em qualquer estabelecimento, assim como em todos os níveis de atenção à saúde^{4,24}. Diante disso, o lar frequentemente é apontado como sendo o local onde as pessoas se sentem mais seguras e confortáveis, e onde é garantido a boa morte³².

A assistência durante a morte gera muitas inseguranças nos profissionais, visto que ainda é pouco abordado ou discutido nos cursos de graduação. Exige a necessidade em se identificar o processo ativo de morte, assim como o cuidado no pós-óbito imediato e luto³³.

A identificação do processo ativo de morte é de suma importância, onde há sinais e sintomas físicos, assim como a necessidade manifesta pelo binômio em acertar pendências que envolvem as dimensões sociais, psicológicas e espirituais. Esse planejamento consiste em uma comunicação efetiva entre a equipe, paciente e família³⁴.

Ao abordar a preferência da pessoa idosa na finitude, as diretivas antecipadas de vontade são uma ferramenta jurídica de extrema importância, visto garantir que seja expressa e registrada sua vontade frente a doenças graves ou irreversíveis, direcionando a equipe para uma assistência digna³⁵.

CONCLUSÃO

Os dados obtidos permitiram compreender as Representações Sociais de profissionais de saúde da ESF sobre o CP para a pessoa idosa, bem como sua execução no cenário da APS.

Esses profissionais apontam o CP como um cuidado diante de um diagnóstico incurável, biopsicossocial e humanizado para o idoso e família, qualidade de vida, além da educação em saúde. Essa compreensão corrobora os conceitos nacionais e internacionais sobre CP, com a ressalva da educação em saúde, sendo esse um princípio e não necessariamente um conceito.

Já na execução dos CP direcionados a pessoa idosa na APS, o coletivo aponta ações realizadas por visitas domiciliares, atenção biopsicossocial ao idoso e família, grupos de atividades, promoção da qualidade de vida e assistência no momento da morte. Essas compreensões permitiram identificar ações de enfermeiros, médicos e odontólogos que demonstram como esses profissionais realizam o cuidado paliativo para pessoa idosa.

Embora este estudo possa ter por limitação o fato de que apenas profissionais universitários da ESF participaram do mesmo, a compreensão de suas RS traz seus entendimentos e ações concretas de como executam os CP na APS.

AUTORIA

- Luciana M. P. de Queiroz – Concepção, Coleta, Análise e Interpretação dos Dados, Curadoria da escrita – redação e revisão crítica - Aprovação final.
- Carlos A. Lazarini - Concepção, Coleta, Análise e Interpretação dos Dados, Curadoria da escrita – redação e revisão crítica - Aprovação final.
- Elza de F. R. Higa - Concepção, Coleta, Análise e Interpretação dos Dados, Curadoria da escrita – redação e revisão crítica - Aprovação final.

- Adriana A. M. Pinto - Concepção, Coleta, Análise e Interpretação dos Dados, Curadoria da escrita – redação e revisão crítica - Aprovação final.

AGRADECIMENTOS

A presente pesquisa foi realizada com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), a qual agradecemos.

Editado por: Michele Souza e Souza & Yan Nogueira Leite de Freitas

REFERÊNCIAS

1. Oliveira MR, Veras RP, Cordeiro HA. A importância da porta de entrada no sistema: o modelo integral de saúde para o idoso. [Internet] *Physis: Rev de Saúde Coletiva*. 2018 [acesso 08 de agosto de 2022] 28(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280411>.
2. World Health Organization. Integrating palliative care into PHC services. In: *Why palliative care is an essential function of primary health care*. [Internet] 2018 [acesso 10 de outubro de 2022] p. 8-15. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/palliative.pdf?sfvrsn=ecab9b11_2&ua=1
3. Azevedo C, Rates CM, Pessalacia JD, Mata LR. Prospects for palliative care in primary healthcare: a descriptive study. [Internet] *Online braz j nurs*. 2016 [acesso 08 de outubro de 2022]dez.15 (4): 683-693. Disponível em: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20165370>
4. Pereira EA, Reys KZ. Conceitos e Princípios. In: Castilho, RK, Silva, VC, Pinto, CS, organizador(s). *Manual de Cuidados Paliativos*. 3a ed. Rio de Janeiro (RJ): Atheneu; 2021; p.3-6.
5. Brasil. Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. [acesso 08 de outubro de 2023]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.
6. Justino ET, Kasper M, Santos KS, Quaglio RC, Fortuna CM. Palliative care in primary health care: scoping review. [Internet] *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020 [acesso 02 de dezembro de 2020] 28:e 3324. Disponível em: doi <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3858.3324>.
7. World Health Organization. Palliative Care. Key facts. 2020. [acesso 26 de setembro de 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>Cuidados paliativos (who.int).
8. Pessini L, Bertachini L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. [Internet] *Rev. Mundo da Saúde*. 2005; out-dez. 29(4): 491-509. [acesso 05 de fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-421864>.
9. Durkheim É. *As Regras do Método Sociológico*. São Paulo (SP): Martins Fontes; 2007.
10. Moscovici S. *Representações Sociais: Investigações em psicologia social*. 11a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2015.
11. Lefèvre F. *Discurso do Sujeito Coletivo: nossos modos de pensar; nosso eu coletivo*. São Paulo (SP): Andreoli; 2017.
12. Radbruch L, De Lima L, Knaut F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et. al. Redefining Palliative Care - A New Consensus-Based Definition. [Internet] *Journal of pain as symptom management*. 2022 [acesso outubro de 2022] out; 60(4):754-764. Disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(20\)30247-5/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(20)30247-5/fulltext).
13. Brasil. Estatuto do Idoso. Lei federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. [Internet]. 3a ed. Brasília (DF); Ministério da Saúde; 2013. [acesso 01 de dezembro 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf

14. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Comissão Permanente de Cuidados Paliativos. Vamos falar de cuidados paliativos. 2015. [Internet] Tradução: Azevedo D. Lets talk about palliative and hospice care. OhioHealth Hospice, Columbus, Ohio, USA. 2014. [acesso 29 de setembro de 2022]. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>.
15. Anchette D, Carvalho, LF, Reine PS. Dor total. In: Castilho, RK, Silva, VC, Pinto, CS, organizador(s). Manual de Cuidados Paliativos. 3a ed. Rio de Janeiro (RJ): Atheneu; 2021; p.95-8.
16. Fratezi FR, Gutierrez BA. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. [Internet] Ciência & Saúde Coletiva. 2011 [acesso 27 de setembro de 2022] 16 (7): 3241-3248. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800023>>. Epub 21 Jul 2011. ISSN 1678-4561.
17. World Health Organization. Promoción de la Salud. Glosario. Genebra. [internet] 1998. [acesso 29 de setembro de 2022]. Calidad de Vida; p. 28. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1.
18. Queiroz AH, Pontes RJ, Souza AM, Rodrigues TB. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. [Internet] Ciênc. saúde coletiva. 2013. [acesso 26 de novembro de 2020] Rio de Janeiro. 18 (9): 2615-2623. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900016&lng=en&nrm=iso>. DOI <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900016>.
19. Elói JF, Dias MD, Nunes TR. Percepção da qualidade de vida de idosos: revisão integrativa da literatura. [Internet] Rev. Kairós Gerontologia. 2018. [acesso 23 de outubro de 2022] 21(4), 389-407. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i4p389-407>.
20. Seabra CA, Xavier SP, Sampaio PC, Oliveira MF de, Quirino GS, Machado MF. Health education as a strategy for the promotion of the health of the elderly: an integrative review. [Internet] Rev Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2019 [acesso 04 de outubro de 2022] 22(04) e190022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190022>>. Epub 24 Out 2019. ISSN 1981-2256.
21. Arantes AM, Fonseca A. Organizadores. Cartilha cuidados de fim de vida à pessoa idosa portadora de doenças não oncológicas. [e-book internet] São Paulo (SP): Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2022 [acesso 04 de outubro de 2022] 47p. Disponível em: [Cartilha_Cuidados-Fim-de-Vida-final.pdf](#) (paliativo.org.br).
22. World Health Organization. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. [Internet] Suíça, 2016. [acesso 09 de novembro de 2022]. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250584/1/9789241565417-eng.pdf>>.
23. Vasconcelos GB, Pereira PM. Cuidados Paliativos em atenção domiciliar: uma revisão bibliográfica. [Internet] Rev de Adm. em Saúde. 2018 [acesso 07 de novembro de 2022] 18(70). Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/85>. ISSN 2526-3528. doi <http://dx.doi.org/10.23973/ras.70.85>
24. Crispim DH. Gestão em Cuidados Paliativos. In: Castilho RK, Silva VC da, Pinto CS. Organizador(s). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 3a ed. Rio de Janeiro (RJ): Atheneu; 2021; 17-22.
25. Melo CF, Morais JC, Medeiros LC de, Bonfim LP, Martins JC. O binômio morte e vida para idosos em cuidados paliativos. [Internet] Rev Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do estado de São Paulo SPAGESP. 2021 [acesso 09 de novembro de 2022]; 22(2). ISSN-e 1677-2970. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702021000200002&lng=pt.
26. Saporetti LA, Andrade L, Sachs MF, Guimarães TV. Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. In: Carvalho RT, Parsons HA. organizador(s). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Ampliado e atualizado. 2a ed. ANCP. 2012. p.42-55.
27. Boelsbjerg HB, Glasdam S. Dying fit or not – physical activity as antidote to death? [Internet] OMEGA - Journal of Death and Dying. 2022; [acesso 17 de novembro de 2022] 84(3): 771-791. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0030222820913716>.
28. Souza AL de, Santos LP dos, Rech CR, Rodrigues-Añez CR, Alberico C, Borges LJ et al. Barriers to physical activity among adults in primary healthcare units in the National Health System: a cross-sectional study in Brazil. [Internet] São Paulo Medical Journal. 2022 [acesso 22 de novembro de 2022]140 (5): 658-667. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0757.R1.20122021>>. Epub 29 Aug 2022. ISSN 1806-9460. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0757.R1.20122021>

29. Queiroz ME de. Terapia ocupacional. In: Castilho RK, Silva VC da, Pinto CS. Organizador(s). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 3a ed. Rio de Janeiro (RJ): Atheneu; 2021; p.192-195.
30. Durante AL, Tonini T, Armini LR. Conforto em cuidados paliativos: o saber-fazer do enfermeiro no hospital geral. [Internet] Rev enferm UFPE. 2014 [acesso 23 de novembro de 2022] 8(3): 530-6. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9707/9778>. DOI: 10.5205. ISSN: 1981-8963
31. World Health Organization. Active Ageing: A policy framework. [Internet] 2005. [acesso em 24 novembro 2022]. Disponível em: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>.
32. Pollock K. Is home always the best and preferred place of death? [Internet] BMJ. 2015 [acesso 16 de novembro de 2022] 351, h4855. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.h4855>.
33. Cintra AC, Barrioso PD. Pós-óbito imediato. In: Castilho RK, Silva VC da, Pinto CS. Organizador(s). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 3a ed. Rio de Janeiro (RJ): Atheneu; 2021. p.523-7.
34. Calice GB, Canosa HG, Chiba T. Processo ativo de morte: Definição e Manejo de sintomas. In: Castilho RK, Silva VC da, Pinto CS. Organizador(s). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 3a ed. Rio de Janeiro (RJ): Atheneu; 2021. p.515-9.
35. Gomes BM, Salomão LA, Simões AC, Rebouças BO, Dadalto L, Barbosa MT. Diretivas antecipadas de vontade em geriatria. [Internet] Revista Bioética.2018 [acesso 16 de novembro de 2022]; 26(3): 429-439. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422018263263>>. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263263>.