

PlanificaSUS

GUIA PARA DESENVOLVIMENTO DO TUTOR - ETAPA 8

CUIDADOS PALIATIVOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA
ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA



VERSÃO PRELIMINAR



PlanificaSUS

ETAPA 8

Cuidados Paliativos na
Atenção Primária à Saúde e na
Atenção Ambulatorial Especializada

© 2022 Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Tiragem: 1ª edição – 2022 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Esplanada dos Ministérios, bloco G
Ed. Sede MS – 7º andar
CEP: 70.058-900 – Brasília DF
Fone: (61) 3315-9031
Site: aps.saude.gov.br

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
ALBERT EINSTEIN
Instituto Israelita de Responsabilidade Social
Av. Brigadeiro Faria Lima, 1.188 – 3º andar
CEP: 01451-001 – São Paulo – SP
Fone: (11) 2151-4573
Site: www.einstein.br

Coordenação:

Ana Alice Freire de Sousa
Larissa Karollyne de Oliveira Santos

Elaboração de texto:

Elaine Cristina de Melo Faria
Gabriela Alves de Oliveira Hidalgo
Isadora Siqueira de Souza
Joana Moscoso Teixeira de Mendonça
Samara Ercolin de Souza

Projeto gráfico e diagramação:

Rudolf Serviços Gráficos

Edição de texto:

Kátia Amorim

Crédito de Imagens:

Banco de imagens Einstein

Colaboração:

Ana Alice Freire de Sousa
Elaine Cristina de Melo Faria
Francisco Timbó de Paiva Neto
Gabriela Alves de Oliveira Hidalgo
Isadora Siqueira de Souza
Joana Moscoso Teixeira de Mendonça
Larissa Karollyne de Oliveira Santos
Marcio Anderson Cardozo Paresque
Marco Antônio Bragança de Matos
Priscila Rodrigues Rabelo Lopes
Rubia Pereira Barra
Samara Ercolin de Souza

VERSÃO PRELIMINAR

Publicação financiada pelo Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Lei n.º 12.101, de 27 de novembro de 2009), por meio da portaria n.º 3.362, de 8 de dezembro de 2017 – Parecer Técnico Inicial Recomendativo de Análise Técnica e Financeira de Projeto no Âmbito do PROADI-SUS n.º 2/2021 - CGGAP/DESF/SAPS/MS (0019478128) e despacho SAPS/GAB/SAPS/MS (0019480381).

Ficha Catalográfica

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

PLANIFICASUS: GUIA PARA DESENVOLVIMENTO DO TUTOR - ETAPA 8 - CUIDADOS PALIATIVOS NA APS E NA AAE / Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde, 2022.

54 p.: il.

1. Cuidados Paliativos 2. Cuidados de Conforto 3. Sistema Único de Saúde I. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein – SBIBAE.

APRESENTAÇÃO

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) foi fundada em 1955 e tem como missão oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira. Apresenta quatro pilares principais que orientam o trabalho: Assistência à Saúde, Ensino e Educação, Pesquisa e Inovação e Responsabilidade Social.

O Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein desenvolve há mais de 20 anos várias atividades relacionadas à gestão de serviços públicos do Sistema Único de Saúde (SUS), além de projetos, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Entre eles, está o projeto A Organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde, conhecido como PlanificaSUS e executado pela área de Projetos e Novos Serviços da Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais.

O PlanificaSUS tem como objetivo dar continuidade à implantação da metodologia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS), em regiões de saúde das Unidades Federativas que finalizaram a Fase 1 do PlanificaSUS (triênio 2018-2020) e que aderiram a Fase 2 (triênio 2021-2023), fortalecendo o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS.

O PlanificaSUS é executado pela SBIBAE, sendo um projeto proposto pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), que apresenta, como área técnica responsável, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde e, como área de atuação, a de Desenvolvimento de Técnicas e Operação de Gestão em Serviços de Saúde e a Coordenação Geral de Garantia de Atributos de Atenção Primária à Saúde do Departamento de Saúde da Família.

A PAS tem como objetivo apoiar o corpo técnico-gerencial das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na organização dos macroprocessos da APS e da AAE. Ela permite desenvolver a competência das equipes para a organização da Atenção à Saúde, com foco nas necessidades dos usuários sob sua responsabilidade, baseando-se em diretrizes clínicas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Nesse sentido, as atividades da planificação podem ser compreendidas como um momento de discussão e mudança no *modus operandi* das equipes e dos serviços, buscando a correta operacionalização de uma dada Rede de Atenção.

O PlanificaSUS Fase 2 pretende fortalecer macroprocessos organizados na primeira fase, além de implantar novos macroprocessos, que serão trabalhados tanto na APS quanto na AAE. Além disso, serão disparadas atividades de planejamento, monitoramento e dispersão em cada etapa apresentada no decorrer do triênio.

Ao longo do triênio, materiais como este Guia para Desenvolvimento do Tutor, Guia do *Workshop*, Guias da Etapa e Notas Técnicas serão disponibilizados com o objetivo de nortear você, profissional de saúde, na execução dos processos de trabalho acompanhados pelo PlanificaSUS.

Como Guia para Desenvolvimento do Tutor, meu objetivo é apoiar analistas de tutoria e/ou profissionais de referência para tutoria no âmbito estadual, regional ou municipal no desenvolvimento dos tutores na planificação, instrumentalizando esses atores para o processo de tutoria da Etapa 8.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	3
CHEGUEI!	5
1. APRESENTAÇÃO DO GUIA	6
2. ALINHAMENTO PRÉ-TUTORIA	10
ESTAÇÃO 1.	13
ATIVIDADE 1 – CINCO PORQUÊS: MONITORAMENTO DO PROCESSO DE TUTORIA	13
ATIVIDADE 2 – JANELA DOS CUIDADOS PALIATIVOS.	14
ATIVIDADE 3 – JOGO DA EXPLICAÇÃO: O QUE SE ESPERA DA APS?	15
ATIVIDADE 3 – JOGO DA EXPLICAÇÃO: O QUE SE ESPERA DA AAE?	16
ATIVIDADE 4 – A SEGURANÇA DO PACIENTE E OS MACROPROCESSOS DE CUIDADOS PALIATIVOS	17
ESTAÇÃO 2.	18
ATIVIDADE 1 – CONHECENDO A FERRAMENTA DE ELEGIBILIDADE.	18
ATIVIDADE 2 – APLICANDO A FERRAMENTA DE ELEGIBILIDADE	18
ATIVIDADE 2 – APLICANDO A FERRAMENTA DE ELEGIBILIDADE	19
ATIVIDADE 3 – CONECTANDO O SPIC-T-BR™ COM A LINHA DE CUIDADO	19
ATIVIDADE 4 – REPASSANDO AS ATIVIDADES DA MATRIZ DE GERENCIAMENTO DA OFICINA TUTORIAL 8.1	20
ESTAÇÃO 3.	21
OFICINA TUTORIAL 8.2 APS	21
ATIVIDADE 1 – ABORDAGEM MULTIDIMENSIONAL	21
ATIVIDADE 2 – AÇÕES FRENTE ÀS DIMENSÕES DE SOFRIMENTO	22
OFICINA TUTORIAL 8.2 AAE	22
ATIVIDADE 2 – MACROPROCESSO EDUCACIONAL E SUPERVISIONAL DA AAE	22
ATIVIDADE 2 – AÇÕES FRENTE ÀS DIMENSÕES DE SOFRIMENTO	23
ATIVIDADE 3 – REPASSANDO AS ATIVIDADES DA MATRIZ DE GERENCIAMENTO DA OFICINA TUTORIAL.	24
ESTAÇÃO 4	25
ATIVIDADE 1 – ABORDAGEM PALIATIVA COMPLETA	25
ATIVIDADE 2 - COMUNICAÇÃO COMO FERRAMENTA DE CUIDADO	26
ATIVIDADE 3 – A SEGURANÇA DO PACIENTE E A COMUNICAÇÃO	27
ATIVIDADE 4 – REPASSANDO AS ATIVIDADES DA MATRIZ DE GERENCIAMENTO DA OFICINA TUTORIAL.	27
3. ALINHAMENTO PÓS-TUTORIA	28
ATIVIDADE 1 – FÓRUM DE DISCUSSÃO.	29
4. RECURSO DE APOIO DAS ATIVIDADES	31
RECURSO DE APOIO A – FERRAMENTA DE ELEGIBILIDADE SPIC-T-BR™	33
RECURSO DE APOIO B – CASOS CLÍNICOS PARA APS	34
RECURSO DE APOIO C – CASOS CLÍNICOS PARA APS E AAE.	36
RECURSO DE APOIO D – CASOS CLÍNICOS PARA AAE	38
RECURSO DE APOIO E – CASO CLÍNICO PARA PLANO DE CUIDADO	40
RECURSO DE APOIO F – GABARITO CASOS CLÍNICOS	42
GABARITO – CASO CLÍNICO RAIMUNDA	42
GABARITO – CASO CLÍNICO FRANCISCO.	45
GABARITO – CASO CLÍNICO PAULO.	48
GABARITO – CASO CLÍNICO ANA MARIA.	50
RECURSO DE APOIO G – MACROPROCESSO EDUCACIONAL E SUPERVISIONAL DA AAE	52
RECURSO DE APOIO H – DRAMATIZAÇÃO CASO ANA MARIA	53
REFERÊNCIAS	54

CHEGUEI!

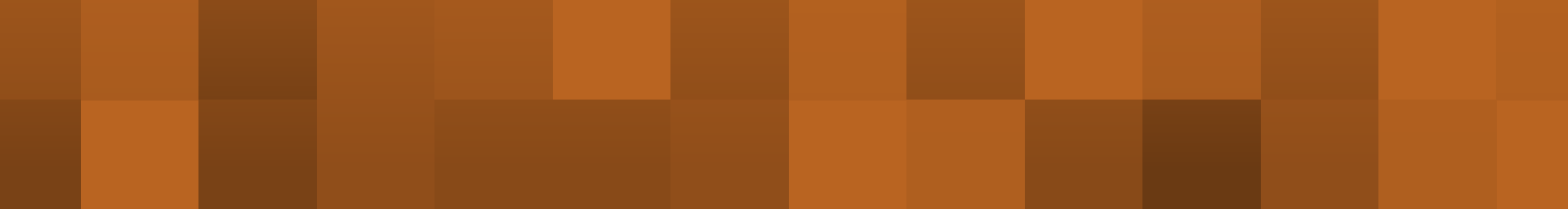
Para um pouco aqui. Quero me apresentar! Me chamo Zezé e estou aqui para apoiar você na organização dos processos de trabalho a partir da metodologia da Planificação. Para nossa maior integração, vou compartilhar quatro fatos sobre mim:



1. Todo mundo acha que Zezé é meu apelido, mas não é, viu? É meu nome! Zezé e com muito orgulho!
2. Tem a ver com, digamos, minha criação. Eu não sou um desenho e nem um holograma, tá? Eu sou toda feita em 3D! E o mais legal disso é que eu posso sempre inovar. Posso mudar meu cabelo, minha roupa e até meus acessórios na hora que eu quiser.
3. Sou uma profissional virtual do time PlanificaSUS e estou aqui pra apoiar você e sua equipe na produção de sentido entre conceitos e atividades apresentadas com a realidade do seu contexto de trabalho.
4. Eu não estou apenas aqui neste Guia, não, viu? É possível me encontrar no conteúdo EaD, nos materiais de apoio e até mesmo no e-Planifica, nossa plataforma virtual.

E aí, gostou de conhecer um pouco sobre mim? Teremos muitos encontros para troca de conhecimentos e aprendizados ao longo dessa jornada. Conte comigo!

Agora, vamos planificar?!



1. APRESENTAÇÃO DO GUIA



1. APRESENTAÇÃO DO GUIA

Neste guia você poderá acessar algumas recomendações de atividades para trabalhar o *desenvolvimento dos tutores* para o processo de tutoria da Etapa 8.

Os tutores terão o **Guia de orientação para tutoria**, mas é importante garantir que o tutor tenha compreendido o objetivo da etapa e como as atividades, tanto do *Workshop* quanto das oficinas tutoriais, estão correlacionadas para atingir o objetivo.

Lembrando...

O processo de tutoria é composto pela realização de *Workshop*, oficina tutorial, atividade de dispersão e o monitoramento do processo de tutoria. Mas o PlanificaSUS incluiu ao processo de tutoria o alinhamento pré-tutoria e pós-tutoria, com o objetivo de ter momentos em que o tutor possa se preparar e avaliar a tutoria.

O Guia está dividido em três grandes partes:

- Alinhamento pré-tutoria
- Alinhamento pós-Tutoria
- Recursos de apoio das atividades

A primeira parte está organizada em estações. Cada estação tem atividades que visam apoiar a reflexão e desenvolvimento dos tutores para o Monitoramento, *Workshop* e Oficinas Tutoriais.



Note que em cada atividade você terá o direcionamento do público-alvo e tempo sugerido. Assim, você pode escolher e direcionar para qual grupo será aplicado a atividade, assim como gerenciar o tempo de duração da atividade.

Público-alvo: Tutores da APS e AAE
Tempo sugerido da atividade: 40 minutos

Público-alvo: Tutores da AAE
Tempo sugerido da atividade: 1 hora

Visão Geral da Etapa 8

O tema desta etapa é:

“Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada”

Para começar, a primeira coisa que precisamos saber é que esta etapa tem como principal objetivo **apresentar aos profissionais de saúde da APS e da AAE conceitos, processos e ferramentas relacionados a Cuidados Paliativos para promoção da oferta precoce e integrada de uma abordagem paliativa completa visando usuários, família, cuidadores e comunidade.**

Para apoiar as equipes a chegarem nesse objetivo, os tutores facilitarão que os profissionais percorram os seguintes aprendizados durante o processo de tutoria:

1

Compreender os conceitos e princípios relacionados aos Cuidados Paliativos

Refere-se à habilidade dos profissionais em demonstrar compreensão pela informação, sendo capaz de reproduzi-la por ideias com palavras próprias.¹

2

Identificar a relação do macroprocesso de Cuidados Paliativos com os demais macroprocessos da APS e AAE

Refere-se à habilidade dos profissionais em demonstrar compreensão pela informação, sendo capaz de reproduzi-la por ideias com palavras próprias.¹

3

Identificar as ações relacionadas aos Cuidados Paliativos realizadas pelas equipes bem como pessoas elegíveis para tais cuidados

Refere-se à habilidade dos profissionais em demonstrar compreensão pela informação, sendo capaz de reproduzi-la por ideias com palavras próprias.¹

4

Compreender a importância da abordagem paliativa completa e o papel de cada profissional neste contexto

Refere-se à habilidade dos profissionais em demonstrar compreensão pela informação, sendo capaz de reproduzi-la por ideias com palavras próprias.¹

5

Aplicar as ferramentas relacionadas aos Cuidados Paliativos

Refere-se à habilidade dos profissionais em recolher e aplicar informação em situações ou problemas concretos.¹

6

Escolher a abordagem paliativa completa como uma estratégia para o cuidado do usuário (considerando também aqueles que apresentam cuidado compartilhado)

Refere-se à habilidade dos profissionais em fazer julgamentos sobre o valor de algo (produtos, ideias, ferramentas etc.) tendo em consideração critérios conhecidos.¹



O objetivo do processo de tutoria não é apenas realizar as atividades da etapa. Por exemplo, não importa termos realizado o *Workshop* e todas as atividades da oficina tutorial, se ao final não tivermos iniciado naquela unidade a promoção da oferta precoce e integrada de uma abordagem paliativa completa.

Para os tutores terem segurança na facilitação da trajetória de aprendizado destes profissionais é importante eles também terem o conhecimento, habilidade e atitude equivalente ou acima.

Esse é o grande propósito do Guia!

¹ Taxonomia de Bloom, verbos e processos cognitivos

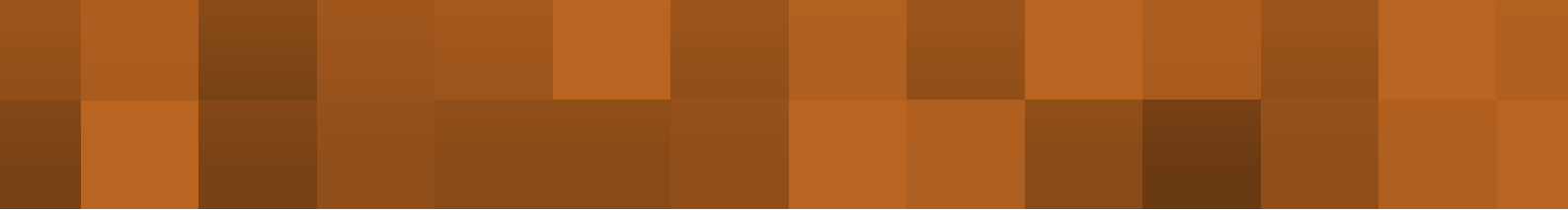
RECORDAR É VIVER! VAMOS RECORDAR?

Como você já sabe, algumas características são esperadas para um tutor em planificação:



Alguns tutores precisarão ser instrumentalizados para conseguir desenvolver todas essas funções.

Vamos facilitar esse processo?



2. ALINHAMENTO PRÉ-TUTORIA



2. ALINHAMENTO PRÉ-TUTORIA

O alinhamento pré-tutoria é um momento com atores estratégicos antes da realização do *Workshop* e oficinas tutoriais, favorecido por um contexto de grupo colaborativo, com um encontro envolvendo todos os tutores.

As Estações propostas no Alinhamento Pré-Tutoria da Etapa 8 têm intenção de introduzir os tutores nas **habilidades** e **atitudes** pertinentes para o objetivo da etapa, assim como fomentar uma aproximação com os conteúdos textuais que baseiam as discussões do *Workshop* e das Oficinas Tutoriais.

Para adquirir **conhecimento**, os tutores precisam cursar com antecedência o *Módulo 8* do curso EaD de Tutoria na Planificação da Atenção à Saúde e o *Curso de Cuidados Paliativos: fundamentos para a Prática* pelo link: <https://proadi.ensinoeinstein.com/>. Bem como, realizar a leitura do *Guia do Workshop 8* e *Guia de Orientação para Tutoria da Etapa 8* para aprofundar sua preparação e organização pessoal.

CONHECIMENTO	
<p>Curso Autoinstrucional de Educação a Distância (EaD) Esse recurso se diferencia por garantir a autonomia e independência do aprendiz, por meio de um material autoexplicativo. Introdução, conceitos, base teórica é o cerne de cada módulo, apresentando os primeiros conhecimentos sobre a temática da etapa.</p>	<p>Guia do Workshop O objetivo do material é apresentar como fazer o <i>Workshop</i>. O facilitador do <i>Workshop</i> é o Tutor. Além de ser essencial o tutor saber com antecedência o que e como ele facilitará o <i>Workshop</i>, esse material tem textos, vídeos e áudios conceituais e temáticos que agregam no conhecimento sobre a temática da etapa.</p>
<p>Guia de Orientação para Tutoria O guia mostra como transformar o tema estudado em ações concretas de melhorias nos serviços. Esse material apresenta a lista de material de apoio e matrizes de ajudarão a desenvolver os processos. O conhecimento ofertado aqui é o operacional.</p>	<p>Alinhamento Pré e Pós-Tutoria Espaço para desenvolvimento do tutor. O tutor é um ator que media processos de ensino-aprendizagem e a intervenção na realidade local, por isso é essencial espaços de aprimoramento que estimulem a prática da autoreflexão de forma consciente e crítica. Para Freire, a reflexão é o movimento realizado entre o fazer e o pensar, entre o pensar e o fazer, ou seja, no "pensar para o fazer" e no "pensar sobre o fazer" (FREIRE, 2001).</p>

Leituras e estudos prévios realizados? Então, vamos seguir para as Estações.

Abaixo está uma **sugestão de programação e carga horária**, que pode ser adaptada a depender da necessidade local:





As atividades podem ser realizadas no mesmo dia ou em dias distintos.

Exemplo: 2 dias com duas estações por dia ou 4 dias com uma estação por dia.

O formato dos encontros pode ser presencial ou virtual.

As programações das Estações 1 e 4 são comuns para os tutores da APS e AAE, para as Estações - 2 e 3, organize a agenda de encontro conforme a indicação do público-alvo.



É importante pactuar datas e bloqueio de agenda dos participantes com antecedência, independentemente do formato escolhido.

Caso o encontro seja no formato presencial, verifique a necessidade de recursos de papelaria e audiovisuais e disponibilização de sala. Caso o encontro seja no formato virtual, verifique se todos os participantes possuem equipamentos com acesso à internet, realize a criação, envio e teste do link da reunião com antecedência.

Estação 1

Desejo boas-vindas a nossa primeira estação! Ela é dedicada ao Monitoramento do Processo de Tutoria e Facilitação do *Workshop*.

Por ser uma função do tutor a ser desempenhada durante todo o processo de tutoria, nada melhor do que iniciarmos refletindo sobre o Monitoramento.

Para que os tutores realizem a facilitação do *Workshop* 8, que é um momento de aproximação da equipe de saúde local com a base teórica da planificação, se faz necessário que estejam apropriados sobre a temática Cuidados Paliativos. Para isto, propomos uma atividade que traz a possibilidade de revisar conceitos e refletir sobre ações para fortalecer os Cuidados Paliativos.

Os conceitos podem ser estudados no Módulo 8 do curso EaD de Tutoria na Planificação da Atenção à Saúde.

ATIVIDADE 1 – CINCO PORQUÊS: MONITORAMENTO DO PROCESSO DE TUTORIA

Responsável pela atividade: Analista de Tutoria ou Profissional de Referência para os Tutores

Público-alvo: Tutores da APS e da AAE

Tempo: 40 minutos

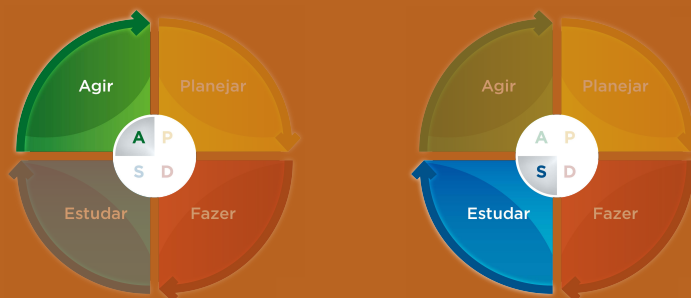
De maneira simples e objetiva, vamos aplicar a estrutura libertadora conhecida como os “5 porquês”. A intenção desta atividade é resgatar e consolidar “o porquê” fazer o monitoramento do processo de tutoria.

Sequência didática:

- Inicie a atividade resgatando o conceito e aplicabilidade do monitoramento do processo de tutoria. Você pode ler o trecho abaixo proposto pela Zezé:

Refrescando as ideias! Como já é sabido, o monitoramento da tutoria deve fazer parte da rotina do tutor. Esse pensamento nos proporciona um alinhamento no que diz respeito ao acompanhamento e monitoramento da tutoria, pois é importante entender que não há um encontro, uma programação ou horas especificamente fechadas e destinadas para que o tutor realize esta atividade. Há uma recomendação importante da necessidade de estar acompanhando e auxiliando os processos na unidade, após a realização da oficina tutorial.

O monitoramento da tutoria envolve a etapa “S” e “A” do ciclo PDSA no processo de tutoria. Com o apoio da tutora ou do tutor, a equipe de saúde vai estudar o plano de ação, monitorar as atividades de dispersão, analisar os indicadores, comparar os resultados obtidos com o objetivo de melhoria definido e realização do “A” do PDSA, identificando pontos importantes para padronização do processo de trabalho local.



Reserve 5 minutos para apresentar a atividade.

- Após a leitura inicial, convide os tutores para individualmente escreverem uma lista com 5 respostas diferentes a partir da *pergunta norteadora*:

Por que monitorar o processo de tutoria?

O primeiro “por que” é fácil, mas ao passar para os próximos porquês o desafio fica maior. Quanto mais “porquês” respondidos, mais fortalecidas e claras ficam as razões para se monitorar o processo de tutoria.

Programe 10 minutos para esse momento, pois é importante que o tutor reflita a cada “porquê” respondido.

- Organize em pares, e um tutor pergunta para o outro o **por que monitorar o processo de tutoria?** até cinco vezes. A ideia é que reflitam e troquem percepções diferentes da mesma pergunta norteadora. Reserve 20 minutos para esse momento.
- E para consolidar a atividade, em grande grupo, retome a pergunta disparadora **“por que monitorar o processo de tutoria?”** e convide todos a compartilharem e refletirem sobre seus “porquês”.
- Organize os “porquês” em uma lista em papel pardo/cartolina/*flipchart* com todas as contribuições e faça uma fala final. Reserve 25 minutos para essa atividade.

Este momento tem potencial de reflexão e troca sobre o que os tutores consideram de importante no monitoramento do processo de tutoria, podendo contribuir para a apropriação e consolidação do seu papel-chave nesse processo.

Monitorando continuamente...



Aproveite esse momento para lembrar sobre o registro das atividades realizadas no processo de tutoria. Lembre-se: dados geram informações que, ao serem interpretadas, podem gerar melhorias.

TUTORIA PAS teste (12345)
Bonito - Campo Grande - Jardim/MS • AAE • Unidade Laboratório Central • PlanificaSUS • Ciclo 1 • Última Etapa realizada: -

Plano de Ação
Detalhar Baixar

Indicadores
Detalhar

Etapas
Imprimir

Etapa 8.1
+ Detalhar Status: Não iniciada

TUTORIA PAS teste (12345)
Bonito - Campo Grande - Jardim/MS • AAE • Unidade Laboratório Central • PlanificaSUS • Ciclo 1 • Última Etapa realizada: -

Etapas
Imprimir

Etapa 8.1

Pré-tutoria Workshop Oficina Tutorial Pós-tutoria Plano de Ação

Dados do Workshop

Data início Data término

N° participantes N° previsto participantes % de participação

Salvar Voltar

Fechar

ATIVIDADE 2 - JANELA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Responsável pela atividade: Analista de Tutoria ou Profissional de Referência para os Tutores

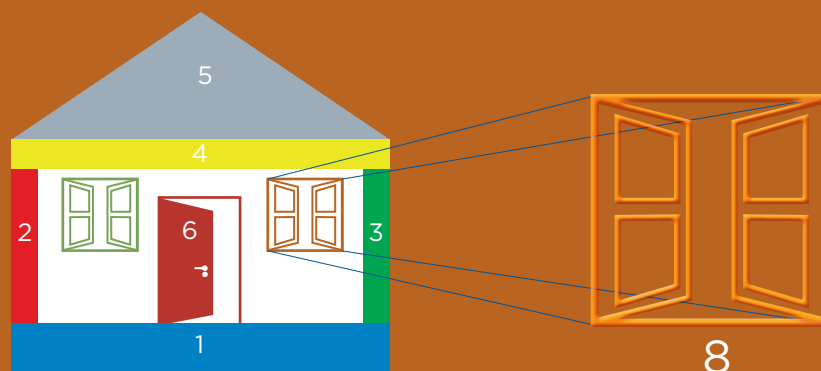
Público-alvo: Tutores da APS e AAE

Tempo sugerido da atividade: 40 minutos

Para iniciar nosso Alinhamento Pré-Tutoria, propomos uma atividade que media a reflexão sobre o papel dos tutores no apoio a instrumentalização das equipes quanto a Cuidados Paliativos, de modo espontâneo e criativo a partir da janela laranja da Construção Social da APS.

Essa metáfora ilustra o conjunto de macroprocessos e microprocessos que fazem parte da construção social da APS. Na figura 1, janela laranja, representa os macroprocessos de Cuidados Paliativos.

Figura 1. A metáfora da casa e a janela dos Cuidados Paliativos na construção social da APS.



Fonte: Adaptado de MENDES *et al.*, 2019.

Sequência didática:

- Desenhe (no quadro branco ou na cartolina) a janela dos Cuidados Paliativos e distribua blocos autoadesivos para todos os participantes. Caso algum dos participantes tenha talento para desenho, poderá auxiliar neste momento inicial.



- Em seguida, cada participante deverá escrever no bloco adesivo a sua resposta para a seguinte pergunta (**2 minutos** para fazer a tarefa, sozinhos):

Como você, enquanto tutora ou tutor, pode se organizar para fortalecer ações de Cuidados Paliativos?

- As respostas devem ser fixadas no entorno da janela. A partir daí, será possível compreender quais as respostas que mais se apresentam no grupo, as semelhanças e outras observações que o grupo considerar pertinente.
- O grupo pode utilizar de 2 a 4 minutos para contemplar a janela construída.
- Após a contemplação, em grande roda, os participantes que desejarem podem compartilhar suas impressões sobre o papel da tutoria.

Ao estimular a exposição verbal, abre-se possibilidade para que os demais participantes, além de escutarem, possam também visualizar todas as respostas, aumentando sua capacidade de apropriação e de argumentação.

Este momento apresenta potencial de reflexão e troca sobre o que os tutores consideram seu papel para operacionalização de processos relacionados a Cuidados Paliativos. Quem desejar, poderá registrar a produção coletiva por meio de recursos audiovisuais como fotografias.



Note que esta atividade pode ser adaptada para o formato virtual. Em uma sala única, o facilitador utiliza um aplicativo que simula um quadro branco em versão digital onde é possível escrever, desenhar e incluir notas. Usando o link do aplicativo disponibilizado pelo facilitador, os participantes podem registrar ao vivo suas respostas no quadro digital.

ATIVIDADE 3 – JOGO DA EXPLICAÇÃO: O QUE SE ESPERA DA APS?

Responsável pela atividade: Analista de Tutoria ou Profissional de Referência para os Tutores

Público-alvo: Tutores da APS

Tempo sugerido da atividade: 1 hora

A proposta aqui é entender as principais expectativas relacionadas à organização dos Cuidados Paliativos na APS. Para isso, vamos usar uma atividade chamada **Jogo da Explicação**. Essa estratégia de ensino também será utilizada no *Workshop* com outros conteúdos.

Sequência didática:

A atividade pode ser realizada em pequenos grupos ou com todos os participantes em um único grupo. Se tiver mais de 10 pessoas, sugerimos a divisão em grupos menores.

- Oriente a leitura do Texto B do Guia de *Workshop* 8 ao mesmo tempo que fazem anotações sobre a pergunta abaixo:

O que se espera da APS?

Você pode apresentar também a videoaula da *Cuidados Paliativos e Macroprocesso da APS* que está na Seção Cuidados Paliativos e os Macroprocessos da APS e AAE do Módulo 8 do *Curso de Atualização em Tutoria na Planificação da Atenção à Saúde*.

- Após a aproximação do conteúdo, um participante ou o próprio facilitador pode apontar uma característica interessante do texto/vídeo: “*Eu reparei nisso...*” ou “*Percebo que isso... é interessante. Por que é assim?*”

A atividade se concentra primeiro em identificar algo interessante sobre uma ideia:

Eu reparei nisso...

E então seguindo essa observação com a pergunta:

Por que é assim?

- As outras pessoas do grupo tentam responder a pergunta ou pelo menos propor possíveis explicações.
- À medida que os colegas compartilham suas ideias, a pessoa que fez a pergunta original segue perguntando: “O que faz você pensar assim?”
- O grupo trabalha em conjunto para construir explicações.

Em todo tempo, tenha em mente a pergunta direcionadora da atividade:

O que se espera da APS?

- Após contemplar os diversos pontos de vista sobre o primeiro tópico levantado, uma nova rodada de explicação pode ser iniciada por outro participante ou pelo facilitador, conforme o tempo disponível para a atividade.

O produto final da atividade é o levantamento/registro das expectativas relacionadas à organização dos Cuidados Paliativos na APS, de forma que fique esclarecido para os tutores quais são os pontos mais importantes para eles observarem no processo de tutoria e facilitação do *Workshop*.

ATIVIDADE 3 – JOGO DA EXPLICAÇÃO: O QUE SE ESPERA DA AAE?

Responsável pela atividade: Analista de Tutoria ou Profissional de Referência para os Tutores

Público-alvo: Tutores da AAE

Tempo sugerido da atividade: 1 hora

A proposta aqui é entender as principais expectativas relacionadas à abordagem paliativa na AAE. Para isso, vamos usar uma atividade chamada **Jogo da Explicação**. Essa estratégia de ensino também será utilizada no *Workshop* com outros conteúdos.

Sequência didática:

A atividade pode ser realizada em pequenos grupos ou com todos os participantes em um único grupo. Se tiver mais de 10 pessoas, sugerimos a divisão em grupos menores.

- Oriente a leitura do Texto B do Guia de *Workshop* 8 ao mesmo tempo que fazem anotações sobre a pergunta abaixo:

O que se espera da AAE?

Você pode apresentar também o *podcast Cuidados Paliativos e os Macroprocessos da AAE (6'36"')* que está na Seção Cuidados Paliativos e os Macroprocessos da APS e AAE do Módulo 8 do Curso de Atualização em Tutoria na Planificação da Atenção à Saúde.

- Após a aproximação do conteúdo, um participante ou o próprio facilitador pode apontar uma característica interessante do texto/áudio: “*Eu reparei nisso...*” ou “*Percebo que isso... é interessante. Por que é assim?*”

A atividade se concentra primeiro em identificar algo interessante sobre uma ideia:

Eu reparei nisso...

E então seguindo essa observação com a pergunta:

Por que é assim?

- As outras pessoas do grupo tentam responder a pergunta ou pelo menos propor possíveis explicações.
- À medida que os colegas compartilham suas ideias, a pessoa que fez a pergunta original segue perguntando: “O que faz você pensar assim?”
- O grupo trabalha em conjunto para construir explicações.

Em todo tempo, tenha em mente a pergunta direcionadora da atividade:

O que se espera da AAE?

- Após contemplar os diversos pontos de vista sobre o primeiro tópico levantado, uma nova rodada de explicação pode ser iniciada por outro participante ou pelo facilitador, conforme o tempo disponível para a atividade.

O produto final da atividade é o levantamento/registro das expectativas relacionadas à abordagem paliativa na AAE, de forma que fique esclarecido para os tutores quais são os pontos mais importantes para eles observarem no processo de tutoria e facilitação do *Workshop*.

ATIVIDADE 4 - A SEGURANÇA DO PACIENTE E OS MACROPROCESSOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Responsável pela atividade: Analista de Tutoria ou Profissional de Referência para os Tutores

Público-alvo: Tutores de APS e AAE

Tempo: 30 minutos

Sequência didática:

Realizar discussão em grande grupo, refletindo sobre a pergunta abaixo:

A segurança do paciente está relacionada com os macroprocessos de Cuidados Paliativos?

Essa discussão pode durar 30 minutos. Ao longo desse tempo o facilitador pode disparar outras reflexões como:

- O registro correto das informações está relacionado à segurança do paciente? Identifica que um registro correto contribui para um cuidado mais seguro?
- Falhas relacionadas ao processo de medicamentos podem ser relacionadas aos Cuidados Paliativos?
- Falha na prescrição de medicamento, falha na administração de medicamento, falha na dose dos medicamentos podem estar relacionadas aos Cuidados Paliativos?
- Esses exemplos citados acima podem ocasionar um evento adverso ao usuário? Como antecipação do óbito por falha na dose da medicação?
- Quais metas de segurança podem ser aplicadas aos Cuidados Paliativos?

Uma síntese final é sempre importante para fechar a construção do grupo e seguir para a próxima atividade.



No curso *EaD Metas Internacionais de Segurança do Paciente na APS e AAE* é apresentado um aprofundamento sobre o tema desta atividade. Esse curso tem como público-alvo profissionais de saúde.

Acesso pelo link: <https://proadi.ensinoeinstein.com/>

— Espaço vip reservado para um café —
(em caso de programação contínua)



Estação 2

Seguindo com a trajetória do alinhamento pré-tutoria, é hora de trabalharmos nesta estação uma habilidade importante para as Oficinas Tutoriais 8.1, tanto da APS quanto da AAE... a habilidade com o uso da Ferramenta de Elegibilidade.

É muito importante os tutores saberem utilizar essa ferramenta, pois eles terão que apresentá-la aos profissionais em uma das atividades da Oficina Tutorial.

ATIVIDADE 1 – CONHECENDO A FERRAMENTA DE ELEGIBILIDADE

Responsável pela atividade: Analista de Tutoria ou Profissional de Referência para os Tutores

Público-alvo: Tutores da APS e AAE

Tempo: 30 minutos

Essa atividade ajuda os participantes a conhecerem e explorarem os detalhes de um objeto, neste caso a Ferramenta de Elegibilidade SPICT-BR™. Para isso, vamos utilizar um recurso de Pensamento Visível conhecido como *Partes, perspectivas e eu* (HARVARD, 2019).

O SPICT™ (Supportive and Palliative Care Indicators Tool), em tradução livre para o português “Ferramenta de Indicadores de Cuidados Paliativos e de Suporte”, é um instrumento simples apresentado na página 33, de fácil aplicação, que auxilia na identificação de usuários que estão em risco de deterioração da sua condição de saúde e podem precisar de Cuidados Paliativos (MASS *et al.*, 2013; HIGHET *et al.*, 2013; UNIVERSITY OF EDINBURGH, 2020). Basta um item positivo para que o paciente seja considerado elegível para abordagem paliativa.



No curso EaD *Cuidados Paliativos: Fundamentos para a prática* é apresentado em mais detalhes a ferramenta e seu uso. Acesso pelo link: <https://proadi.ensinoeinstein.com/>

Sequência didática:

- Distribua uma fotocópia ou apresente de forma digital a ferramenta que está na página 33 e oriente uma leitura silenciosa por alguns minutos.
- Em seguida, direcione a observação utilizando as seguintes perguntas disparadoras:

- Quais são suas partes?
 - Quais são os títulos, componentes, conteúdo, etc. Como, provavelmente, é o uso.
- De que perspectivas você pode olhar para isso?
 - Quais profissionais de saúde poderiam utilizá-la; quais usuários poderiam se beneficiar com a aplicação dessa ferramenta; como a APS poderia usá-la e como a AAE poderia usá-la.
- Como você, enquanto tutora(or), está envolvida(o)?
 - Como você poderia apoiar o uso dessa ferramenta.

- Registre visualmente as contribuições do grupo.
- Para concluir, faça uma leitura da resposta final para cada uma das perguntas disparadoras observando se alguém tem mais contribuições.



Note que esta atividade pode ser adaptada para o formato virtual. Caso não dê para trabalhar com pequenos grupos em salas simultâneas, realize a sequência didática em grande grupo apresentando a ferramenta na tela e disparando uma pergunta de cada vez.

ATIVIDADE 2 – APLICANDO A FERRAMENTA DE ELEGIBILIDADE

Responsável pela atividade: Analista de Tutoria ou Profissional de Referência para os Tutores

Público-alvo: Tutores da APS

Tempo: 1 hora

Na atividade anterior a proposta foi conhecer a ferramenta, mas só conhecer não basta para conseguir manuseá-la com a qualidade que um tutor precisa. Vamos então simular o uso por meio de alguns Casos Clínicos.

Na página 34 você tem acesso a Casos Clínicos que buscam ilustrar situações clínicas comuns encontradas pelas equipes da APS, em diversos cenários, com o objetivo de proporcionar uma reflexão sobre a potência da equipe multiprofissional no contexto de elegibilidade para abordagem paliativa.

Sequência didática:

- Divida a turma em grupos de 4 a 5 pessoas, e distribua um Caso Clínico para cada grupo. Note que alguns casos ficarão repetidos entre os grupos.
- Em pequenos grupos, oriente a leitura e a aplicação da Ferramenta de Elegibilidade SPICT-BR™ (15 minutos), descrevendo os indicadores positivos na ferramenta.
- Em seguida, troque os Casos Clínicos dos grupos e oriente uma nova rodada de aplicação do SPICT-BR™, agora nos novos casos que os grupos têm em mãos (15 minutos).
- Em grande roda, leia em voz alta um dos Casos e em seguida peça para a turma fazer as contribuições sobre como ficou a elegibilidade do personagem daquele caso específico.
- Faça a leitura e uma rodada para o outro caso trabalhado, desmistificando dúvidas e reforçando apontamento positivos dos participantes.

ATIVIDADE 2 – APLICANDO A FERRAMENTA DE ELEGIBILIDADE

Responsável pela atividade: Analista de Tutoria ou Profissional de Referência para os Tutores

Público-alvo: Tutores da AAE

Tempo: 1 hora

Na atividade anterior a proposta foi conhecer a ferramenta, mas só conhecer não basta para conseguir manuseá-la com a qualidade que um tutor precisa. Vamos então simular o uso por meio de alguns Casos Clínicos.

Na página 34 você tem acesso a Casos Clínicos que buscam ilustrar situações clínicas comuns encontradas pelas equipes da AAE, em diversos cenários, com o objetivo de proporcionar uma reflexão sobre a potência da equipe multiprofissional no contexto de elegibilidade para abordagem paliativa.

Sequência didática:

- Divida a turma em grupos de 4 a 5 pessoas, e distribua um Caso Clínico para cada grupo. Note que alguns casos ficarão repetidos entre os grupos.
- Em pequenos grupos, oriente a leitura e a aplicação da Ferramenta de Elegibilidade SPICT-BR™ (15 minutos), descrevendo os indicadores positivos na ferramenta.
- Em seguida, troque os Casos Clínicos dos grupos e oriente uma nova rodada de aplicação do SPICT-BR™, agora nos novos casos que os grupos têm em mãos (15 minutos).
- Em grande roda, leia em voz alta um dos Casos e em seguida peça para a turma fazer as contribuições sobre como ficou a elegibilidade do personagem daquele caso específico.
- Faça a leitura e uma rodada para o outro caso trabalhado, desmistificando dúvidas e reforçando apontamento positivos dos participantes.

ATIVIDADE 3 – CONECTANDO O SPICT-BR™ COM A LINHA DE CUIDADO

Responsável pela atividade: Analista de Tutoria ou Profissional de Referência para os Tutores

Público-alvo: Tutores da APS e AAE

Tempo: 30 minutos

Vamos continuar a manipulando a Ferramenta de Elegibilidade SPICT-BR™. Dessa vez, vamos focar na linha de cuidado que cada região e serviço está planejando atualmente.

“Quebramos” a Ferramenta de Elegibilidade em pequenos pedaços para essa atividade. Confira abaixo.

Sequência didática:

- Organize a turma em pequenos grupos de 4 a 5 pessoas.
- Sorteie e distribua uma plaquinha por grupo:

Plaquinhas

Lista A

- ✓ Internações hospitalares não programadas
- ✓ Perda de peso significativa nos últimos 3-6 meses e/ou um baixo índice de massa corporal
- ✓ Doença neurológica
- ✓ Doença respiratória

Lista B

- ✓ Capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade
- ✓ Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base
- ✓ Doença hepática
- ✓ Doença cardiovascular

Lista C

- ✓ Dependente de outros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental
- ✓ A pessoa ou a sua família solicita Cuidados Paliativos, interrupção ou limitação do tratamento ou um foco na qualidade de vida
- ✓ Doença renal
- ✓ Demência/fragilidade

Lista D

- ✓ Depende de outros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental
- ✓ Internações hospitalares não programadas
- ✓ Câncer
- ✓ Doença cardiovascular

- Desafie os pequenos grupos a descreverem um exemplo (pode ser fictício) de um usuário da linha de cuidado trabalhada na região, que se encaixaria em um e/ou todos os critérios da lista que o grupo recebeu (**5 minutos**).
- Em grande roda, um representante por grupo apresenta a criação do grupo (**5 minutos por grupo**).

A intenção da discussão final é facilitar a percepção de que todas as linhas de cuidados podem ser contempladas com o uso da Ferramenta da Elegibilidade.

ATIVIDADE 4 – REPASSANDO AS ATIVIDADES DA MATRIZ DE GERENCIAMENTO DA OFICINA TUTORIAL 8.1

Responsável pela atividade: Analista de Tutoria ou Profissional de Referência para os Tutores

Público-alvo: Tutores da APS e AAE

Tempo: 20 minutos

Dedique alguns minutos para repassar as atividades da matriz de gerenciamento, os materiais de apoio da Oficina Tutorial e sanar dúvidas. Mantenham o foco sobre os resultados esperados da etapa, pois a Oficina Tutorial terá grande papel nesse desenvolvimento.



O sucesso da Oficina Tutorial está relacionado à desenvoltura e engajamento do tutor, por isso é importante que analistas de tutoria estejam abertos para quaisquer esclarecimentos e *feedbacks*!

— Espaço vip reservado para um café —
(em caso de programação contínua)



Estação 3

Nesta estação vamos desenvolver conhecimento, habilidades e atitudes para a **Oficina Tutorial 8.2**.

Por isso, aqui nos aproximaremos da Abordagem Multidimensional. Ela faz parte da Abordagem Paliativa Completa, que veremos na Estação 4.

Oficina Tutorial 8.2 APS

ATIVIDADE 1 – ABORDAGEM MULTIDIMENSIONAL

Responsável pela atividade: Analista de Tutoria ou Profissional de Referência para os Tutores

Público-alvo: Tutores da APS

Tempo: 50 minutos

Na estação anterior aprimoramos o conhecimento e uso de uma ferramenta para eleger os casos que serão assistidos com um olhar dos Cuidados Paliativos.

Após reconhecer que uma pessoa, seus familiares e cuidadores precisarão de Cuidados Paliativos, é preciso promover uma assistência que respeite a autonomia e os valores de cada um.

Uma assistência integral só será alcançada quando atendidas as necessidades de saúde associadas às suas múltiplas dimensões, superando visões simplistas e compreendendo que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes.

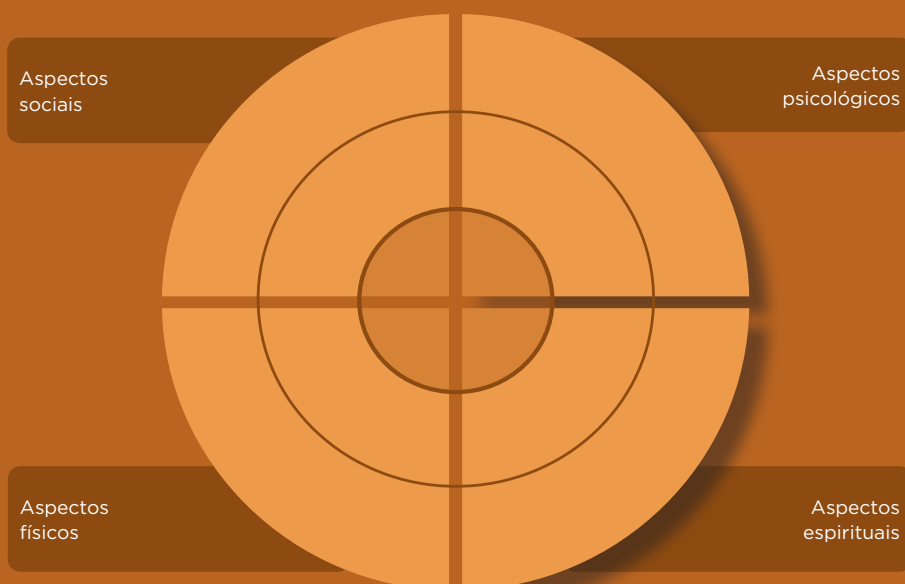
Nesta atividade utilizaremos os Casos Clínicos da página **34** para manusear o Diagrama de Abordagem Multidimensional.

Sequência didática:

- Escolha um único Caso Clínico para ser trabalhado pela turma.
- Divida a turma em grupos de 4 a 5 pessoas, e distribua o Caso Clínico escolhido.
- Em pequenos grupos, oriente a leitura (**3 minutos**).
- Usando bloco adesivo de anotação, peça para os grupos escreverem o que o Caso Clínico abordou quanto aos seguintes aspectos (**15 minutos**):

- Aspectos sociais
- Aspectos psicológicos
- Aspectos físicos
- Aspectos espirituais

- Desenhe (no quadro branco ou na cartolina) o Diagrama da Abordagem Multidimensional:



- Peça que os grupos colem as anotações adesivas nos espaços relacionados (**5 minutos**).
- Em grande roda, leia em voz alta o caso trabalhado e as respostas que foram coladas no desenho.
- Facilite uma conversa sobre as Fontes de Sofrimento de cada dimensão que aparecem no Caso Clínico (**20 minutos**):

- Qual a fonte de sofrimento em relação à dimensão social?
- Qual a fonte de sofrimento em relação à dimensão física?
- Qual a fonte de sofrimento em relação à dimensão psicológica?
- Qual a fonte de sofrimento em relação à dimensão espiritual?

- Reforce contribuições positivas e contribua com o aprendizado de apontamentos que podem ser aperfeiçoados. Propõe-se na atividade seguinte avançar neste assunto.

ATIVIDADE 2 - AÇÕES FRENTE ÀS DIMENSÕES DE SOFRIMENTO

Responsável pela atividade: Analista de Tutoria ou Profissional de Referência para os Tutores

Público-alvo: Tutores da APS



Essa mesma atividade é sugerida na Oficina Tutorial 8.2 AAE

Tempo: 30 minutos

O Diagrama de Abordagem Multidimensional (DAM) é uma ferramenta de treino para integralidade, preenchida com vistas a ampliar o olhar e fazer diagnóstico adequado de sofrimento nas quatro dimensões de cuidado, identificando as necessidades do paciente e/ou família para **o planejamento de intervenções**.

Vamos trabalhar o planejamento de ações.

Sequência didática:

- Escolha um Caso Clínico para ser trabalho pela turma (se você realizou a atividade anterior, sugere-se manter o mesmo caso).
- Divida a turma em grupos de 4 a 5 pessoas.
- Distribua o Caso Clínico escolhido e sorteie uma dimensão para cada grupo:

Dimensão espiritual

Dimensão física

Dimensão psicológica

Dimensão social

- Os grupos responderão a seguinte pergunta disparadora (**20 minutos**):

Quais ações uma equipe multiprofissional de APS pode realizar para diminuir a fonte de sofrimento em relação à dimensão _____ dessa pessoa?

- Em grande roda, cada grupo apresenta suas respostas (**5 minutos por grupo**), enquanto o facilitador vai registrando visualmente as contribuições.
- Antes de concluir, faça uma leitura da lista de ações possíveis de serem realizadas com essa pessoa, família e cuidador, enfatizando aspectos multiprofissionais.

Oficina Tutorial 8.2 AAE

ATIVIDADE 2 - MACROPROCESSO EDUCACIONAL E SUPERVISIONAL DA AAE

Responsável pela atividade: Analista de Tutoria ou Profissional de Referência para os Tutores

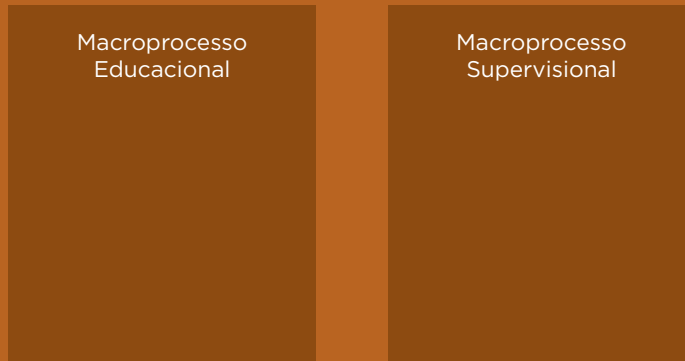
Público-alvo: Tutores da AAE

Tempo sugerido: 40 minutos

Esta atividade fomenta uma discussão sobre os processos dentro dos macroprocessos da AAE. O objetivo aqui é ajudar os tutores a compreenderem e diferenciarem os variados processos possíveis de serem realizados em um ambulatório especializado.

Sequência didática:

Desenhe 2 grandes quadrados/murais com os seguintes títulos:



- Sentados em grande roda, convide um participante para sortear um papelzinho onde está descrito um processo relacionado a um dos macroprocessos da AAE.
- Esse participante deve escolher qual macroprocesso aquele processo está relacionado e por que, fixando o papelzinho no mural.
- Em seguida, convide outro participante a seguir os mesmos passos, até que todos os papelzinhos sejam sorteados e fixados no mural.
- Em seguida, faça uma leitura geral do mural.
- Dispare as seguintes perguntas norteadoras:



- **Quais desses processos educacionais é uma retarguarda técnico-assistencial da AAE para a APS?**
- **Quais desses processos supervisionais é uma supervisão indireta da AAE?**

Se liga aqui facilitador: É essencial que o facilitador fique atento às respostas e corrija indicando o macroprocesso correto em que o processo sorteado está relacionado. Na página 52 tem o gabarito na atividade.

Acolhimento coletivo em todos os turnos de atenção contínua	Sala de espera	Treinamento introdutório com foco no ambulatório modelo PASA
Reunião de equipe com foco assistencial	Capacitações internas e externas para os profissionais	Discussão de casos clínicos
Reuniões para alinhamento	Capacitações teórico-práticas	Prática de habilidades na UBS e no ambulatório
Atendimento compartilhado presencial nas UBS	Atendimento compartilhado à distância	Discussão de casos clínicos
Segunda opinião presencial ou por diferentes canais pactuados	Visitas técnicas	Monitoramento cruzado
Pesquisa de satisfação dos usuários	Gestão de caso	Pesquisa de satisfação das equipes da APS
Elaboração de plano de ação para tratar as oportunidades de melhoria identificadas junto com a unidade regional	Monitoramento das subpopulações-alvo captadas e estratificadas por município	Monitoramento dos indicadores clínicos
Monitoramento das oportunidades de melhoria e intervenções feitas junto às equipes da APS e outros pontos da RAS		

ATIVIDADE 2 – AÇÕES FRENTE ÀS DIMENSÕES DE SOFRIMENTO

Responsável pela atividade: Analista de Tutoria ou Profissional de Referência para os Tutores

Público-alvo: Tutores da AAE



Essa mesma atividade é sugerida na Oficina Tutorial 8.2 APS

Tempo: 30 minutos

O Diagrama de Abordagem Multidimensional (DAM) é uma ferramenta de treino para integralidade, preenchida com vistas a ampliar o olhar e fazer diagnóstico adequado de sofrimento nas quatro dimensões de cuidado, identificando as necessidades do paciente e/ou família para **o planejamento de intervenções**.

Vamos trabalhar o planejamento de ações.

Sequência didática:

- Escolha um Caso Clínico para ser trabalhado pela turma (se você realizou a atividade anterior, sugere-se manter o mesmo caso).
- Divida a turma em grupos de 4 a 5 pessoas.
- Distribua o Caso Clínico escolhido e sorteie uma dimensão para cada grupo:

Dimensão espiritual

Dimensão física

Dimensão psicológica

Dimensão social

- Os grupos responderão a seguinte pergunta disparadora (**20 minutos**):

Quais ações uma equipe multiprofissional de AAE pode realizar para diminuir a fonte de sofrimento em relação à dimensão _____ dessa pessoa?

- Em grande roda, cada grupo apresenta suas respostas (**5 minutos por grupo**), enquanto o facilitador vai registrando visualmente as contribuições.
- Antes de concluir, faça uma leitura da lista de ações possíveis de serem realizadas com essa pessoa, família e cuidador, enfatizando aspectos multiprofissionais.

ATIVIDADE 3 – REPASSANDO AS ATIVIDADES DA MATRIZ DE GERENCIAMENTO DA OFICINA TUTORIAL

Responsável pela atividade: Analista de Tutoria ou Profissional de Referência para os Tutores

Público-alvo: Tutores da APS e AAE

Tempo: 20 minutos

Dedique alguns minutos para repassar as atividades da matriz de gerenciamento, os materiais de apoio da Oficina Tutorial e sanar dúvidas. Mantenham o foco sobre os resultados esperados da etapa, pois a Oficina Tutorial terá grande papel nesse desenvolvimento.



O sucesso da Oficina Tutorial está relacionado à desenvoltura e engajamento do tutor, por isso é importante que analistas de tutoria estejam abertos para quaisquer esclarecimentos e *feedbacks*!

↳ Espaço vip reservado para um café ↳
(em caso de programação contínua)



Estação 4

Chegamos na última parada! Na Estação 4 olharemos mais de perto para a última Oficina Tutoria da Etapa.

Essa oficina é integrada, logo, todas as atividades desta estação estão pensadas para tutores da APS e AAE participarem juntos.

Na estação anterior olhamos para uma parte da abordagem paliativa completa. E agora vamos trabalhar o registro como um todo.



O curso EaD *Cuidados Paliativos: fundamentos para a prática* aprofunda o conhecimento sobre a abordagem paliativa completa, uso da ferramenta de elegibilidade, cuidados frente a perdas e lutos, e muito mais.

Acesse pelo link: <https://proadi.ensinoeinstein.com/>

ATIVIDADE 1 – ABORDAGEM PALIATIVA COMPLETA

Responsável pela atividade: Analista de Tutoria ou Profissional de Referência para os Tutores

Público-alvo: Tutores da APS e AAE

Tempo: 40 minutos

Quando falamos da abordagem paliativa completa, estamos falando da sistematização dos Cuidados Paliativos para que esses sejam aplicáveis na prática. E é possível dizer que o fundamento primordial desse sistema é o cuidado centrado na pessoa.

Nessa atividade vamos manusear a folha de registro da abordagem paliativa completa. Essa folha deve ser integrada ao Plano de Cuidados dos usuários elegíveis para Cuidados Paliativos.

A *Folha Registro: Abordagem Paliativa Completa* é um dos materiais de apoio da Oficina Tutorial 8.2 APS. [Clique aqui](#) para acessar.

Sequência didática:

- Divida a turma em grupos de 4 a 5 pessoas, misturando profissionais da APS e AAE.
- Distribua uma impressão da *Folha Registro: Abordagem Paliativa Completa* e do *Caso Clínico Ana Maria* (página 40) para cada grupo.
- Cada grupo terá **5 minutos** para leitura do caso.
- Dê mais **20 minutos** para o preenchimento da folha de registro, ainda em pequenos grupos.
- Em seguida, em grande grupo, facilite o compartilhamento de cada seção da folha de registro já preenchida pelos grupos menores, seguindo uma lógica de rodízio.

Exemplo:

Se houver 4 grupos:

1. Biografia – Grupo A
2. Indicadores SPICT-BR – Grupo B
3. História de adoecimento – Grupo C
4. Família e rede de apoio – Grupo D
5. Aspectos socioeconômicos – Grupo A
6. Momento da trajetória da doença – Grupo B
7. Dimensão psicológica – Grupo C
8. Dimensão espiritual – Grupo D
9. Dimensão familiar e social – Grupo A
10. Dimensão física – Grupo B
11. Planejamento antecipado de cuidados – Grupo C
12. Reflexões da equipe – Grupo D

Certifique-se de que as dúvidas sobre o preenchimento e manuseio da folha de registro estão sendo resolvidas. Ofereça um espaço para todos os grupos apresentarem suas respostas da seção **Reflexões da equipe**.



Note que esta atividade pode ser adaptada para o formato virtual. Primeiro oriente uma leitura e preenchimento individual. Em seguida, facilite o compartilhamento das respostas de forma coletiva.

ATIVIDADE 2 - COMUNICAÇÃO COMO FERRAMENTA DE CUIDADO

Responsável pela atividade: Analista de Tutoria ou Profissional de Referência para os Tutores

Público-alvo: Tutores da APS e AAE

Tempo: 1 hora

Dizer que a comunicação é fundamental para o relacionamento entre as pessoas é quase redundante. A boa qualidade da comunicação, no entanto, não é fácil de se produzir.

No universo da atenção à saúde e, principalmente, de Cuidados Paliativos, os profissionais devem ter suas habilidades de comunicação sempre fortes e isso, como para qualquer habilidade, envolve estudo e treino.

Na atividade 2 da Oficina Tutorial 8.3, os tutores farão uma exposição dialogada sobre comunicação, e em seguida facilitarão uma roda de conversa sobre desafios relacionados à comunicação.

Aqui, vamos desenvolver essa habilidade!

A Apresentação PowerPoint® Padrão *Comunicação como ferramenta de cuidado* é um dos materiais de apoio da Oficina Tutorial 8.3. [Clique aqui](#) para acessar.

Sequência didática:

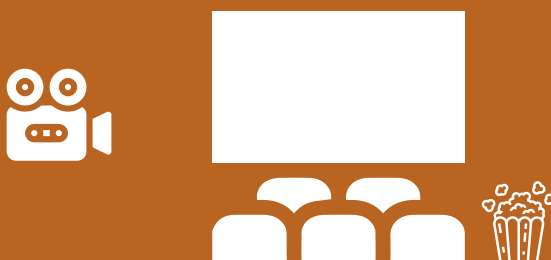
Em grande grupo, vejam o seguinte vídeo sobre **Orientações para atividade de dramatização**:



Após assistir ao vídeo... vamos dramatizar o Caso Ana Maria!

- Convide dois voluntários (dois personagens: Ana Maria e Profissional de Saúde).
- Entregue o roteiro de cada personagem e peça para saírem da sala/ambiente.
- Leia com o restante do grupo o Roteiro da Cena 2.
- Verifique se os voluntários, que estão do lado de fora, já estão prontos.
- Hora de dramatizar! **5 minutos**
- Ao final, peça que os dois voluntários falem sobre (**10 minutos**):
 - *Como foi falar sobre o planejamento antecipados de cuidados?*

Em grande grupo, vejam o seguinte vídeo sobre **Oficina de Dramatização Etapa 8 - Caso Ana Maria**:



Finalize a atividade lembrando ao grupo que eles irão facilitar a Oficina de Comunicação onde será trabalhada essa atividade, esse e outros casos.

ATIVIDADE 3 – A SEGURANÇA DO PACIENTE E A COMUNICAÇÃO

Responsável pela atividade: Analista de Tutoria ou Profissional de Referência para os Tutores

Público-alvo: Tutores de APS e AAE

Tempo: 30 minutos

Sequência didática:

Realizar discussão em grande grupo, refletindo sobre a pergunta abaixo:

A Comunicação está relacionada com a segurança do paciente?

Essa discussão pode durar 30 minutos. Ao longo desse tempo, o facilitador pode disparar outras reflexões como:

- Quais problemas relacionados à comunicação você identifica?
- A comunicação se refere apenas entre os profissionais de saúde ou também aos usuários?
- Quais ações podem ser realizadas para uma melhor comunicação?
- Qual meta de segurança pode ser aplicadas para a comunicação?

Uma síntese final é sempre importante para fechar a construção do grupo e seguir para a próxima atividade.

ATIVIDADE 4 – REPASSANDO AS ATIVIDADES DA MATRIZ DE GERENCIAMENTO DA OFICINA TUTORIAL

Responsável pela atividade: Analista de Tutoria ou Profissional de Referência para os Tutores

Público-alvo: Tutores da APS e AAE

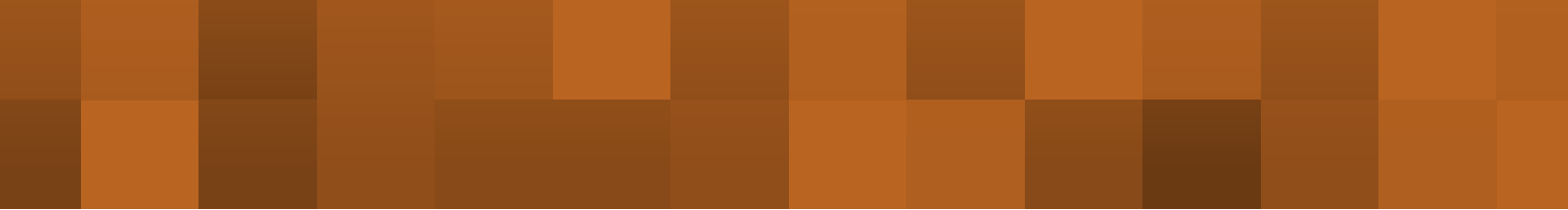
Tempo: 20 minutos

Dediquem **15 minutos** para repassar as atividades da matriz de gerenciamento, os materiais de apoio da Oficina Tutorial e sanar dúvidas. Mantenham o foco sobre os resultados esperados da etapa, pois a Oficina Tutorial terá grande papel nesse desenvolvimento.



O sucesso da Oficina Tutorial está relacionado à desenvoltura e engajamento do tutor, por isso é importante que analistas de tutoria estejam abertos para quaisquer esclarecimentos e *feedbacks*!

Chegamos ao final do alinhamento Pré-Tutoria da Etapa 8. Esperamos que as trocas e aprendizados disparados aqui possam apoiar na melhoria contínua necessária à prática da tutoria. Até breve!



3. ALINHAMENTO PÓS-TUTORIA



3. ALINHAMENTO PÓS-TUTORIA

Esse é um momento estratégico após a execução do *Workshop* e oficinas tutoriais, envolvendo todos os tutores para a troca de impressões, relatar a experiência de realização das atividades da etapa e desafios de execução.

Também é aqui que podemos identificar quais unidades precisam de acompanhamento mais próximo durante o monitoramento, com apoio adicional ao tutor da unidade, considerando outros atores envolvidos que possam apoiar os processos (consultores, tutores regionais, tutores estaduais, RT municipal, consultores regionais).



Importante saber...

Não é produtivo realizar o alinhamento pós-tutoria quando um número insatisfatório de tutores ainda não tenha realizado a oficina tutorial e momento de dispersão nas unidades, pois não conseguirão contribuir com os relatos e impressões. Realize o planejamento da realização do processo de tutoria junto aos tutores para saber qual a melhor data para o alinhamento pós-tutoria com todos.

O formato dos encontros pode ser presencial ou virtual, com carga horária prevista de 04 horas, podendo levar mais tempo, a depender da necessidade local. Assim como no alinhamento pré-tutoria, é importante pactuar datas e bloqueio de agenda dos participantes com antecedência, independentemente do formato escolhido.



Se o encontro for virtual, verifique se todos os participantes possuem equipamentos com acesso à internet, realize a criação, envio e teste do link da reunião com antecedência. Caso o encontro seja no formato presencial, verifique a necessidade de recursos de papelaria e audiovisuais e disponibilização de sala.

ATIVIDADE 1 - FÓRUM DE DISCUSSÃO

Responsável pela atividade: Analista de Tutoria ou Profissional de Referência para os Tutores

Público-alvo: Tutores da APS e AAE

Tempo: 1 hora

Facilite um espaço de troca de experiências entre os tutores sobre barreiras e facilitadores para a implementação dos processos de trabalho (implementados durante a dispersão), em especial para o monitoramento das ações e quando se faz necessário fazer junto.

Como adição a este momento, também é possível que os tutores compartilhem a experiência dos *Workshops* e oficinas tutoriais.

Para isso, você pode utilizar uma estratégia de facilitação de grupo, como:

- Mostre respeito pela individualidade e experiência dos participantes – conheça os nomes dos participantes e certifique-se de que eles conhecem o seu.
- Estabeleça diretrizes/regras básicas para as colocações e discussões – por exemplo, uma pessoa falando de cada vez, ouvindo um ao outro, sem uso de telefone, etc.
- Estabeleça diretrizes para dar *feedback*.
- Use linguagem sem julgamento.
- Promova uma atmosfera que seja confortável para compartilhar ideias e experiências.
- Reconheça as habilidades e experiências existentes dos participantes.

A seguir, te apresento uma proposta de avaliação do processo de tutoria desta etapa, para direcionar o debate, trazendo elementos essenciais para a discussão.

Se achar pertinente, pode fazer uso de tarjetas físicas ou virtuais, além de ser importante definir o tempo de fala entre os tutores por unidade, para que todos se sintam ouvidos neste processo:

O que eu repetiria ou fortaleceria em outras etapas e/ou processos anteriores?

O que eu faria diferente e por quê?

Na operacionalização do *Workshop* e das oficinas tutoriais, eu senti falta de (recursos, apoio, instrumentos e ferramentas ou o que mais fizer sentido):

O que eu preciso compartilhar com outros atores para garantir a continuidade da planificação na região?

- Após a sistematização das informações, é possível aproximar por núcleos de sentido as respostas, se isso for pertinente para os encaminhamentos necessários após a avaliação. Usar a avaliação para retroalimentar o processo de tutoria é bastante importante e qualifica o todo.



4. RECURSO DE APOIO DAS ATIVIDADES

4. RECURSOS DE APOIO DAS ATIVIDADES

Recurso de Apoio A - Ferramenta de Elegibilidade SPICT-BR™	Página 33
Recurso de Apoio B - Caso Clínico para APS	Página 34
Recurso de Apoio C - Casos Clínicos para APS e AAE	Página 36
Recurso de Apoio D - Casos Clínicos para AAE	Página 38
Recurso de Apoio E - Caso Clínico para Plano de Cuidado	Página 40
Recurso de Apoio F1 - Gabarito Caso Clínico Raimunda	Página 42
Recurso de Apoio F2- Gabarito Caso Clínico Francisco	Página 45
Recurso de Apoio F3 - Gabarito Caso Clínico Paulo	Página 48
Recurso de Apoio F4 - Gabarito Caso Clínico Ana Maria	Página 50
Recurso de Apoio G - Macroprocesso Educacional e Supervisional da AAE	Página 52
Recurso de Apoio H - Dramatização Caso Ana Maria	Página 53



Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR™)



O SPICT é um guia para identificação de pessoas sob o risco de deterioração e morrendo. Avaliar esse grupo de pessoas para necessidade de suporte e cuidado paliativos.

Procure por indicadores gerais de piora da saúde.

- Internações hospitalares não programadas.
- Capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade. (a pessoa passa na cama ou cadeira mais de 50% do dia).
- Dependente de outros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental. `É necessário maior suporte para o cuidador.
- Perda de peso significativa nos últimos 3-6 meses e/ ou um baixo índice de massa corporal.
- Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base.
- A pessoa ou sua família solicita cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento ou um foco na qualidade de vida.

Procure por quaisquer indicadores clínicos de uma ou mais das condições avançadas.

Câncer

Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer.
Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas.

Demencia/ fragilidade

Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda.
Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.
Incontinência urinária e fecal.
Incapaz de manter contato verbal; pouca interação social.
Fratura de fêmur, múltiplas quedas.
Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.

Doença neurológica

Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada.
Problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição.
Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.

Doença cardiovascular

Classe funcional III/IV de NYHA- insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável com:
• falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços.
Doença vascular periférica grave e inoperável.

Doença respiratória

Doença respiratória crônica grave com:
• falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações.
Necessidade de oxigênio terapia por longo prazo.
Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada.

Deterioração e sob o risco de morrer de qualquer outra condição ou complicação que não seja reversível.

Doença renal

Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG< 30ml/mi) com piora clínica.
Insuficiência renal complicando outras condições limitantes ou tratamentos.
Decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.

Doença hepática

Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano:
• Ascite resistente a diuréticos
• Encefalopatia hepática
• Síndrome hepatorenal
• Peritonite bacteriana
• Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas
Transplante hepático é contraindicado.

Revisar o cuidado atual e planejar o cuidado para o futuro.

- Reavaliar o tratamento atual e medicação para que o paciente receba o cuidado otimizado.
- Considere o encaminhamento para avaliação de um especialista se os sintomas ou necessidades forem complexos e difíceis de manejar.
- Acordar sobre objetivos do cuidado atual e futuro e planejar o cuidado com a pessoa e sua família.
- Planejar com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda cognitiva.
- Registre em prontuário, comunique e coordene o plano geral de cuidados.

Para mais informações e atualizações, cadastre-se no SPICT website (www.spict.org.uk)

SPICT™, abril 2016

Fonte: <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-br/>

Recurso de Apoio B - Casos Clínicos para APS

Caso Raimunda

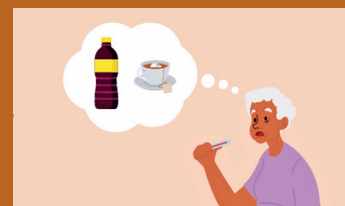


Raimunda, 72 anos, ribeirinha da bacia amazônica no Pará, viúva de Seu Antônio, mãe de 11 filhos dos quais sete são vivos. Nasceu em uma palafita próxima de onde mora até hoje, nunca estudou, casou-se cedo com Antônio, e durante toda a vida, tirou seu sustento da pesca e da coleta do açaí junto do marido e dos filhos. Mudava de casa com frequência, a depender do ritmo do rio e da floresta, junto de outros ribeirinhos.

Era atendida quando a Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) atracava a cada dois meses em sua comunidade, no entanto, com as baixas do rio esse tempo muitas vezes se estendia. Uma vez por mês recebia a visita de uma Agente Comunitária de Saúde (ACS Custódia) vinda do ponto de apoio à UBSF, construído em uma cidade próxima.



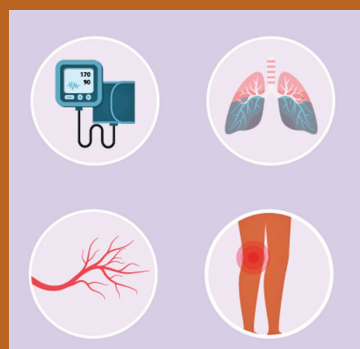
Seu cuidado em saúde está fortemente relacionado às terapias tradicionais e quando adocece, recorre a raizeiros e benzedadeiras, fazendo uso de garrafadas, chás e simpatias. Apesar de frequentar uma igreja protestante que chegou à sua comunidade há poucos anos, mantém grande respeito pelas crenças da floresta. Sua alimentação é baseada em peixes, farinha de mandioca e açaí. Gosta do alimento mais pastoso, pois já não lhe restam muitos dentes para mastigar a carne dura ou as castanhas. Sempre que pode, fuma um cigarro de palha.



Há cerca de 10 anos, Antônio teve uma morte repentina, o povo diz que “morreu do coração”. Depois da morte do marido, Raimunda passou a viver com sua filha Tereza, de 43 anos, e dois netos, Lucas e Larissa.

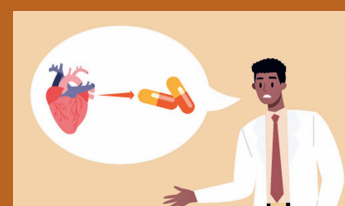
Nesse período, percebeu que as pernas ficavam cada vez mais inchadas e o fôlego já não era o mesmo. Há 5 anos, não conseguia mais ajudar com os trabalhos e passava a maior parte dos dias em casa, ocupada com tarefas domésticas. Há 1 ano, sua falta de ar era tão intensa, que mal conseguia sair da rede, único lugar em que sentia um pequeno alívio dos sintomas.

Preocupada com a mãe, Tereza reuniu dinheiro com os irmãos e pagou uma viagem de barco até a cidade, em busca de atendimento em uma UBS onde foi atendida pela equipe de Saúde da Família Ribeirinha, responsável pela comunidade onde Raimunda residia.



Na UBS, foram acolhidas pela auxiliar de enfermagem Priscila, que logo percebeu a gravidade do quadro e solicitou a presença da enfermeira Tatiana junto do Dr. Julio. A partir da história clínica contada pela família, realizaram um exame físico que constatou pressão arterial alterada (170x90mmHg), água nos pulmões, veia jugular saltada e pernas inchadas até joelhos. Após os exames, confirmaram a hipótese diagnóstica de insuficiência cardíaca descompensada, para a qual recebeu medicação endovenosa.

Após melhora clínica, respirando melhor, Raimunda foi reavaliada pelo Dr. Julio, que explicou o diagnóstico de Insuficiência Cardíaca Crônica e a necessidade de passar a tomar algumas medicações diariamente. Além disso, coordenou o plano de cuidado com a enfermeira Tatiana, a qual



organizou a visita da auxiliar Priscila à sua comunidade 1 vez por mês, como complementação do atendimento que poderia receber da UBSF.



Antes que Raimunda fosse embora, a enfermeira ainda frisou medidas não farmacológicas como manter o decúbito elevado, mesmo na rede, e limitar a ingestão de líquidos por dia. Revisou a prescrição e, percebendo o pouco entendimento da família, solicitou uma consulta com a farmacêutica Mariana. Raimunda e Tereza pegaram então o barco de volta para casa, satisfeitas com o atendimento, mas ainda aflitas com essa doença do coração.



Após 5 meses do atendimento, Raimunda sentia-se melhor que antes, mas não conseguia exercer as atividades domésticas que antes fazia e mínimos esforços já lhe causavam cansaço. Sente que se tornou um incômodo para seus familiares.



Em nova visita da auxiliar e ACS, foi identificada necessidade de reavaliação clínica de dona Raimunda. Ao Dr. Júlio, referiu melhora, mas se queixou do inchaço nos pés e da sensação de inutilidade.



O médico ajustou o diurético e solicitou avaliação nutricional para orientação da dieta. Aproveitou o momento da visita, chamou a filha e os netos para conversar sobre o prognóstico da insuficiência cardíaca (NYHA 4), ressaltando a importância de proporcionar uma melhor qualidade de vida para Raimunda, uma vez que a rotina já não voltaria a ser a mesma de anos atrás e novos papéis precisariam ser definidos diante do novo momento do ciclo de vida da família.

Raimunda ficou uns instantes em silêncio, olhou para todas aquelas pessoas ao seu redor e, então, agradeceu com um sorriso todo o cuidado prestado, ainda digerindo aquelas informações. Será que logo mais encontraria seu velho Antônio por essas matas?



Recurso de Apoio C – Casos Clínicos para APS e AAE

Caso Francisco



Francisco tem 75 anos e é casado com Alcina há 50 anos. Tiveram três filhos (Carlos Henrique, Livaldo e Eduardo). Francisco nasceu na zona rural e teve oito irmãos. Após a morte do pai, quando ele tinha seus 15 anos, a família mudou-se para a cidade. Quase não estudou e começou a trabalhar com 15 anos em uma oficina mecânica, época em que também começou a fumar, acompanhando seu melhor amigo, Luiz. Aos 40 anos, comprou um táxi e, a partir de então, esse foi o seu ofício.

Aos 62 anos, porque tossia muito pela manhã e sentia-se a cada ano mais cansado, passou por avaliação médica frente à insistência de Alcina, quando foi diagnosticado com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), já avançada, em decorrência do cigarro, além de hipertensão arterial sistêmica e alteração do colesterol.

Francisco até admitia saber os riscos de fumar, mas sempre declarava - “Eu não quero parar de fumar”. Mostrou-se um usuário não aderente às orientações da equipe, com difícil controle de suas condições de saúde. As brigas para parar de fumar se intensificaram em casa, mas ele sempre repetia que se fosse para viver sem fumar, preferia morrer.



Aos 65 anos, Francisco teve um infarto “leve”, como ele dizia, e fez a promessa de que iria parar de fumar, pois tinha muito medo de morrer. Dizia a todos ter recebido um milagre. Nesta época, a questão do milagre tomou conta da vida de Francisco, que passou a professar as crenças de sua religião católica para todos.

Na visita domiciliar após a alta, o ACS Gilberto agendou Francisco no grupo de tabagismo que o farmacêutico Eduardo havia recomendado.

O vínculo entre Eduardo e Francisco se estabeleceu muito rápido a partir do primeiro encontro e, com a ajuda do grupo e de medicamentos prescritos pela médica Suzana, Francisco conseguiu parar de fumar. Também adotou um estilo de vida mais saudável e aderiu ao uso das medicações prescritas.

O coração de Francisco se recuperou um pouco, mas as lesões pulmonares seguiram se agravando. Todos os anos, Francisco tinha pelo menos uma pneumonia com necessidade de internação, além de algumas exacerbações do DPOC na época do inverno. A piora a cada ano era nítida: antes um homem completamente independente que trabalhava no táxi 10 horas por dia, agora não conseguia fazer turnos maiores que de 4 horas sem que precisasse ir para casa descansar.

Quando Francisco estava com 72 anos, ocorreu a morte de seu filho mais velho de nome Carlos que tinha 45 anos. A partir disso, ele se afastou completamente da religião, voltou a fumar muito mais do que antes e parou de usar as medicações. Quando questionado sobre sentir-se triste, ansioso e nervoso, dizia que sempre foi a vida inteira e que não iria no psicólogo, pois não era louco e que isso era coisa para mulher. Com a piora da adesão ao tratamento, Francisco apresentou queda importante de sua funcionalidade. Passou a apresentar muita fadiga, alimentar-se mal e perder muito peso, além de quase não dirigir mais.





No último inverno, teve uma pneumonia grave com necessidade de intubação e internação na UTI. Após essa intercorrência, a falta de ar se agravou. Antes, dizia não sentir nenhuma falta de ar e agora, sentia falta de ar constante, até para tomar banho e escovar os dentes. Colocava a culpa na intubação, que tinha “estragado o pulmão”. Passou a utilizar oxigênio no domicílio para uso prolongado devido à piora do DPOC.

Com o aumento do grau de dependência, Alcina precisava prestar assistência considerável ao Francisco, por exemplo, para caminhar mesmo que pequenas distâncias, porém, sentado no banheiro conseguia fazer seu autocuidado de higiene.

Comia tudo o que era ofertado nas refeições (principalmente feijoada, seu prato preferido), mas alguém precisava preparar o seu prato. Ninguém entendia por que estava tão magro, se comia bem. Francisco fazia questão de manter a organização das contas da casa e sempre lembrava quando estava para vencer o aluguel ou quando a aposentadoria ia cair.

Existia grande sobrecarga física e emocional de Alcina, pois apesar de ter a nora e os netos para ajudar (esposa e filhos de Carlos que foram morar com os avós), Francisco não aceitava que ninguém, além de Alcina, o auxiliasse.

Toda essa nova situação não passou despercebida por sua equipe da APS, e algumas reuniões foram feitas para discutir possibilidades de cuidado do Francisco e sua família neste novo momento da trajetória da doença.



Recurso de Apoio D – Casos Clínicos para AAE

Caso Paulo



Paulo era um usuário da Unidade Básica de Saúde (UBS) de 68 anos, analfabeto, porteiro aposentado, viúvo há 3 anos. Foi casado por 47 anos com Nádia, falecida por câncer de mama. Ele não tem religião. Reside com a filha Cristina na região sul de São Paulo (SP) desde a morte da esposa. É natural de Recife (PE) e mudou-se para São Paulo aos 19 anos, em busca de trabalho e melhores condições para a família. Veio sozinho e, 1 ano depois buscou sua esposa e o primogênito João. Teve com sua esposa outro dois filhos, Marcos e Cristina.

Sempre foi muito engajado com o trabalho. Trabalhou por 30 anos num mesmo prédio como porteiro no período da noite. Trabalhava 6 dias por semana e, por isso, era pouco presente nas atividades de casa e com os filhos. “– Ganhei pressão alta com esse trabalho... Desde os 30 anos convivo com isso. Não dormir direito tem preço, fazer o quê?” – contava ele.

Nas folgas, gostava de encontrar com colegas no bar e bebia álcool socialmente. Sempre foi independente, calado, de pouca expressão de sentimentos e muito preocupado com o sustento da casa. Quando bebia, apresentava comportamento agressivo e já chegou a agredir a esposa algumas vezes nestas circunstâncias na frente dos filhos.



Aos 50 anos, Paulo teve um infarto, realizou cateterismo cardíaco e necessitou de alguns dias de internação. O cuidado de Nádia, que esteve ao lado do marido dia e noite no hospital, aproximou o casal e fez com que o abuso de álcool ficasse menos frequente depois do episódio. Após isso, Paulo ficou mais caseiro, até porque o coração estava “mais fraco” e o deixava cansado com mais facilidade.

Dos três filhos, Cristina foi quem se manteve mais próxima, morando no mesmo bairro dos pais. Separada e sem contato com o ex-companheiro, além de cuidar da filha Isabela, auxiliou nos cuidados da mãe desde o diagnóstico até sua morte, há três anos. Enfrentou com ela difíceis momentos, acompanhando também a internação que teve como desfecho sua morte.

Paulo, neste contexto, passou a ser mais participativo em casa e ajudava nas tarefas mais práticas, como cuidados com a casa e alimentação da esposa. No final do período da manhã sentia-se cansado e no período da tarde, tinha que fazer tudo “devagarinho”, parava e se sentava, pois o cansaço apertava, mas conseguia seguir. Assim, ele e Cristina puderam interagir melhor e conseguiram manter uma relação um pouco mais afetiva, visto que Paulo se tornou mais calmo e um tanto carente desde o adoecimento da sua esposa Nádia.



Após a morte da mãe, Cristina concluiu que Paulo não poderia mais viver sozinho, visto que se mostrava mais deprimido e voltou a beber. Também estava tendo dificuldade para caminhar sozinho e sua deambulação estava reduzida.

Durante as conversas com Paulo, Cristina tentava convencê-lo de que morar em sua casa seria importante, pois agora ele já não era capaz de realizar os cuidados domésticos e não tinha condições de morar sozinho.



Paulo estava bastante resistente à mudança, dizia que ali se sentia mais próximo da esposa. A casa lhe trazia boas lembranças. Após dois meses de negociação, Paulo se mudou para a casa da filha.



A rotina de Cristina mudou consideravelmente, ela não mais trabalhava em período integral, cuidava do pai durante as manhãs. Cristina falava para as amigas que ele ainda não precisava tanto dela, pois caminhava sozinho para o banheiro, tomava banho só e comia bem por conta própria. Quando as pernas inchavam muito, ocasionalmente requeria mais assistência. Sua renda foi reduzida e ela passou a contar com o adicional da aposentadoria de Paulo.

A relação entre eles era inicialmente distante, pois Cristina convivia com lembranças dolorosas de um pai agressivo na infância. Aos poucos, com a necessidade de cuidados e melhor abertura do pai, a relação entre eles foi se construindo e se aproximando gradativamente.



Nos últimos dois anos de sua vida, Paulo foi cuidado por Cristina com a sensível ajuda de Isabela, neta, com quem construiu vínculo de bastante afeto e cuidado. Isabela frequentava a escola no período da tarde e o restante do seu dia era na companhia do avô, que a ajudava nos deveres da escola. Paulo também presenciou o sofrimento da criança pela morte do gatinho de estimação logo no primeiro mês de sua chegada na casa.

Logo que se mudou para a casa de Cristina, a Agente Comunitária de Saúde Fernanda foi ao domicílio cadastrar Paulo como novo morador. Chamou a atenção o cansaço do Sr. Paulo para abrir a porta e andar até o portão.



Fernanda coletou no cadastro o histórico de hipertensão arterial mal controlada, o infarto há 18 anos e câncer de próstata aos 60 anos, do qual Paulo dizia estar curado com a cirurgia:

“- Conheço muito de câncer, minha filha. Se fosse pra me levar, já tinha ido. Minha esposa foi em menos de dois anos. Disso que tenho na próstata eu não morro mais” – disse Paulo.



No mesmo dia do cadastro, Fernanda passou o caso na reunião de equipe preocupada com os diversos problemas de saúde e as receitas, todas vencidas há dois anos “- Inclusive o Ácido Acetilsalicílico (AAS), remédio do coração, Doutor!” – disse Fernanda.

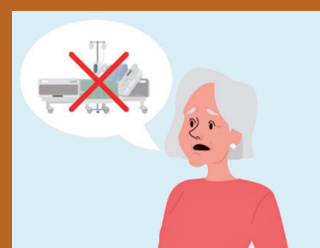
Recurso de Apoio E - Caso Clínico para Plano de Cuidado

Caso Ana Maria



Ana Maria, 87 anos, viúva (foi casada com Sr. Luiz), tem duas filhas, Cristina e Regina, e quatro netos. Nasceu no interior de São Paulo e mudou-se para a capital aos 16 anos, junto de sua mãe e sua irmã, após a morte de seu pai. Chegou a trabalhar como costureira, porém, após conhecer Luiz e se casar, passou a ser dona de casa. Ainda adora costura e se esmera nas roupas da família. Católica praticante, não perdia uma missa aos domingos, chegando a ser, por alguns anos, voluntária nos trabalhos de caridade da igreja do bairro. Porém, após o adoecimento do esposo, abandonou todas essas atividades para se dedicar aos seus cuidados.

Há doze anos a equipe de saúde acompanha Ana Maria que, atualmente tem 87 anos. Dez anos atrás, Ana Maria perdeu seu esposo após um longo processo de adoecimento. Em uma visita da ACS logo após a morte do companheiro, a senhora comentou sobre sua tristeza em vê-lo “ir embora” longe de todos, cheio de “fios e caninhos” e, em sua opinião, com muito sofrimento desnecessário. Confidenciou que não gostaria, de forma alguma, de ter um fim assim.



Cerca de 1 ano após a morte do marido, Ana compareceu em consulta médica acompanhada das filhas Cristina e Regina, relatando muita preocupação por perceber que “andava muito esquecida” e estava com muito medo de ficar “inválida”.

As filhas percebiam que ela estava com dificuldades para lembrar nomes e recados, além de contar as mesmas histórias e fazer as mesmas perguntas por diversas vezes. Não sabiam precisar há quanto tempo notavam as alterações, mas achavam que já aconteciam há mais de 6 meses.

O que mais preocupava Regina, que morava com a mãe, era perceber que dona Ana estava confundindo seus remédios, pois ela sempre soube usar suas medicações sozinha e corretamente.

Além disso, por duas vezes se perdeu durante suas habituais caminhadas pelo bairro, necessitando da ajuda de conhecidos e uma vez da ACS para retornar para casa. Dona Ana estava diabética e hipertensa e sempre foi muito bem controlada, estratificada como idosa robusta. Sempre gostou muito de se cuidar e de se responsabilizar por sua saúde.



Após investigar o quadro, foi fechado o diagnóstico de Demência Mista, ainda em fase inicial. As filhas, sem que a mãe percebesse, pediram para que não contassem sobre a doença. Porém, durante a consulta, dona Ana perguntou sobre seu quadro.

Prezando pela autonomia de dona Ana, o médico da equipe optou por conversar com ela sobre sua doença. Dona Ana, de modo firme, insistiu em saber o que deveria esperar ao longo da evolução de sua doença para que pudesse se preparar, deixando claro o quanto poder tomar decisões a respeito de si era um valor importante para ela.

Com muita delicadeza, mas sem esconder as possibilidades reais, o médico conversou abertamente com ela e suas filhas sobre o que esperar para cada fase da doença. Ao final da conversa, dona Ana reafirmou que não desejaria morrer como seu marido e pediu para que as filhas se lembrassem disso quando chegasse o momento: “Eu quero morrer na minha casa e junto dos meus”. Nesse momento, foi registrado em prontuário os valores e desejos de Ana.

Com o passar dos anos, dona Ana passou a ficar com a cognição cada vez mais comprometida, com perda funcional progressiva, porém com saúde física admirável. Muito bem cuidada pelas filhas, a equipe apoiou a família na divisão de tarefas, na adaptação da rotina de cuidado e na organização de visitas de membros da igreja local.



No entanto, em três 3 anos, Ana passou a apresentar engasgos frequentes e teve sua primeira pneumonia grave.

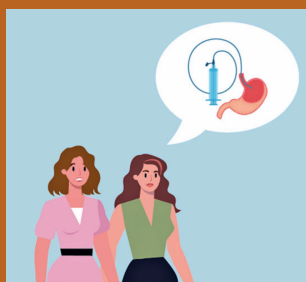
Na ocasião, a equipe da APS discutiu o caso, avaliou e considerou que, apesar do receio das filhas, havia indicação de internação hospitalar para o tratamento por tratar-se de primeira complicação infecciosa em uma paciente que, apesar da demência, ainda conservava alguma funcionalidade e boa saúde física.

Dona Ana voltou um pouco mais debilitada da internação, mas seguia estável. A fonoaudióloga auxiliou nas adaptações de dieta após a alta, mesmo assim os engasgos aconteciam ocasionalmente com novas pneumonias, a maioria tratada em domicílio.



Progressivamente sua funcionalidade foi se perdendo de forma mais acelerada e em 2 anos dona Ana passou a ficar acamada. Nesse momento, a equipe se reorganizou para priorizar seu atendimento em domicílio, uma vez que suas necessidades também mudaram.

No último ano, com a evolução do quadro demencial e suas complicações, dona Ana passou a perder peso progressivamente, encontrava-se totalmente acamada e dependente de cuidados, além de pouco interagir com familiares e equipe de cuidados.



As filhas, muito angustiadas, questionaram sobre a introdução de sondas alimentares. A equipe considerou que dona Ana já apresentava caquexia progressiva relacionada à demência avançada e conversaram com as filhas sobre os prós e contras da conduta, ressaltando que os possíveis malefícios da medida poderiam ser maiores que os possíveis benefícios, ressaltando a importância de não causar danos a dona Ana e lembrando sobre os valores e desejos expressos e registrados no prontuário, logo no início da doença.

Há 5 dias, dona Ana iniciou nova complicação infecciosa, desta vez de provável foco urinário e, mesmo com tratamento empírico, evoluiu com sinais de sepse no domicílio. As filhas solicitaram a opinião da equipe sobre transferi-la para o hospital.

Percebendo sinais de evolução para últimos dias de vida em paciente com demência avançada e a baixa possibilidade de resposta ao tratamento da infecção, devido à deterioração de sua saúde física, a equipe lembrou as filhas sobre aquela conversa, ao diagnóstico, na qual a Ana relatou seu desejo de falecer em sua casa e junto de sua família, sem ser submetida às invasões sofridas por seu esposo.



A equipe acolheu as filhas e reforçou a necessidade de respeitar a dignidade de dona Ana, esclarecendo ainda que não haveria benefício real na transferência para o hospital. Sem instituir tratamentos fúteis, os sintomas dos últimos dias de vida – febre, dor e *delirium* - foram manejados em casa, alcançando conforto satisfatório. Assim, dona Ana Maria partiu, deitada em sua casa, após a visita do padre de sua paróquia e acompanhada da família.

Recurso de Apoio F – Gabarito Casos Clínicos

Gabarito – Caso Clínico Raimunda

Critério SPICT-BR

Indicadores gerais de piora da saúde: Declínio da funcionalidade e dependência de cuidados, sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado.

Condição clínica avançada: Doença cardiovascular - Classe funcional III/IV de NYHA, com falta de ar aos mínimos esforços.

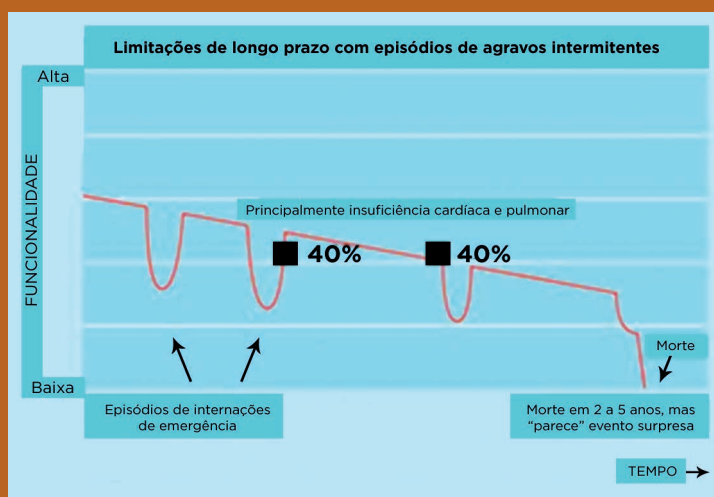
Momento atual da doença: Raimunda encontra-se na fase avançada da Insuficiência Cardíaca Crônica, com dificuldade em realizar esforços mínimos e cada vez mais dependente de cuidados.

- IVCF 20 = 21 pontos.
- VES 13 = 7 pontos.

Pergunta surpresa: Você se surpreenderia se essa paciente falecesse nos próximos 12 meses? Não.

Curva típica: Falências orgânicas com PPS atual em 40%.

Figura 2: Curva típica caso Raimunda – Falências orgânicas.



Fonte: Autores.

Planejamento Antecipado de Cuidados: Raimunda sempre foi uma mulher muito ativa e incomoda-se em depender dos familiares. O PAC pode ajudar a identificar atividades prazerosas relacionadas à sua rotina antes do adoecimento que, mesmo com queda de funcionalidade, possam ser mantidas num contexto de adaptações. Episódios de exacerbações podem ocorrer sem o evento de morte, logo, conversar sobre finitude e como organizar o cuidado em uma região onde a densidade de equipamentos de saúde é menor é de extra importância, visando prevenir sofrimento para Raimunda e sua família.

Dimensões da Pessoa - Fontes de Sofrimento e Ações da Equipe

Com o caso de Raimunda, é possível discutir a realização da abordagem paliativa no contexto de populações ribeirinhas, levando-se em consideração a cultura regional e as peculiaridades do território.

Social

Fontes de sofrimento

- Sensação de inutilidade dentro de seu núcleo familiar.
- Incômodo por estar cada vez mais dependente de outras pessoas.
- Perda do marido de forma súbita e por uma doença cardíaca.
- Preocupação da filha com o estado de saúde de Raimunda.

Ações

- Realizar levantamento e compreensão dos aspectos culturais, sociais, econômicos e da dinâmica familiar e rede de apoio.
- Proporcionar informações para o acesso quanto aos recursos da seguridade social. A assistência social deve realizar atuação por meio da intersetorialidade para suprir as necessidades apresentadas e de inclusão aos direitos de Raimunda e sua família. O fato de Raimunda viver numa comunidade de difícil acesso requer organização das ações da equipe para otimizar as visitas. Também se torna necessária a elaboração de intervenções comunitárias, com atuação central da enfermagem em conjunto com o ACS, como educação em saúde, favorecendo o surgimento de comunidade compassiva no local.
- Garantir auxílio à filha quanto à oferta de suporte e orientações que visem minimizar e cuidar de suas preocupações com a saúde da mãe.

Psicológica

Fontes de sofrimento

- Tristeza por estar cada vez mais dependente de cuidados.
- Percepção da doença avançada e da possibilidade de morte.

Ações

- Compreender o mais profundamente possível a dinâmica familiar e os aspectos culturais.
- Reorganizar o papel e o significado de Raimunda perante o núcleo familiar e a nova estrutura de rotina, o que pode minimizar a sensação de estar incomodando a família, facilitando seu engajamento no tratamento.
- Oferecer suporte e orientação à família.
- Propiciar espaço para que paciente e família possam entrar em contato com questões relacionadas à finitude e valores da paciente.

Espiritual

Fontes de sofrimento

- Não se observa fonte de sofrimento pelo relato do caso, mas pode-se pensar em ações para ampliar o cuidado espiritual.

Ações

- Identificar se há necessidades espirituais de Raimunda.
- Identificar as necessidades espirituais da filha e netos.
- Investigar a existência de conflito entre as crenças da floresta e a fé cristã.

Física

Fontes de sofrimento

- Falta de ar aos mínimos esforços (ESAS > 7).
- Fadiga (ESAS > 7).
- Edema de membros inferiores.
- Hipertensão.

Ações

- Manter o tratamento medicamentoso otimizado para IC, a fim de minimizar ao máximo as descompensações e os sintomas.
- Realizar manejo da dispneia considerando o auxílio de doses baixas de opioides, além de medidas não farmacológicas.
- Frente à baixa escolaridade de Raimunda, que pode interferir na adesão ao tratamento, considerar o acompanhamento farmacêutico a longo prazo para paciente e família na gestão dos medicamentos. Tanto a paciente quanto a família precisarão de orientações sobre a polifarmácia. Quando possível, o farmacêutico também pode se deslocar até o domicílio para entender a dinâmica quanto ao armazenamento, administração, realizar busca ativa de farmacovigilância e avaliar a adesão ao tratamento. Em conjunto com a enfermagem, pode elaborar orientações sobre a tabela de medicações por escrito, com figuras de fácil entendimento.
- Oferecer avaliação fonoaudiológica para identificar se há algum grau de disfagia e orientações sobre

adaptação da consistência alimentar são necessárias, pois Raimunda apresenta falhas dentárias, sendo a dieta pastosa (homogênea ou heterogênea), ou sólida amolecida, mais indicadas nesse caso. Programar avaliação odontológica para tratamentos dentários que sejam necessários (raspagem, restaurações, exodontias, se necessário) com objetivo de prevenir complicações de possíveis focos de infecção bucais e também a manutenção dos elementos dentais presentes.

- As orientações nutricionais devem considerar primeiramente o conforto da paciente, não devendo ser estabelecidas restrições muito severas, embora exista a necessidade de realizar a restrição hídrica e a adequação da oferta de sódio, por exemplo, como forma de auxiliar no controle dos sintomas da insuficiência cardíaca. É recomendado o fracionamento das refeições, para que a paciente não se sinta cansada ao se alimentar.
- Buscar informações sobre o uso de ervas ou plantas pela paciente, com o objetivo de avaliar a segurança na ingestão desses itens, pois podem ocorrer interações medicamentosas ou toxicidade, sempre respeitando a crença da paciente e de seus familiares.
- Quanto à funcionalidade, à dispneia e à fadiga devem limitar a realização das atividades cotidianas. Dessa forma, a fisioterapia pode entrar com um programa de exercícios motores e respiratórios, visando minimizar o desconforto do sintoma e o impacto sobre as atividades.
- Realizar adequação do ambiente como estratégia relevante tanto como estratégia de contenção de energia, quanto da segurança do ambiente e redução do risco de quedas.
- Reorganizar o ambiente e a rotina para favorecer a funcionalidade e manutenção da independência e autonomia são importantes ações e podem ser potencializadas com orientações específicas da terapia ocupacional, como a elaboração de plano compartilhado de uma rotina de atividades, estabelecendo pausas e organizando atividades com maior gasto energético nos horários de maior resposta funcional.

Gabarito – Caso Clínico Francisco

Critérios SPICT-BR

Indicadores gerais de piora da saúde: Internações não programadas, funcionalidade reduzida e dependência de cuidados sintomas persistentes.

Condição clínica avançada: Doença pulmonar; Doença cardiovascular; Doença respiratória crônica grave: já precisou de ventilação mecânica para insuficiência respiratória; necessidade de oxigenioterapia por longo prazo.

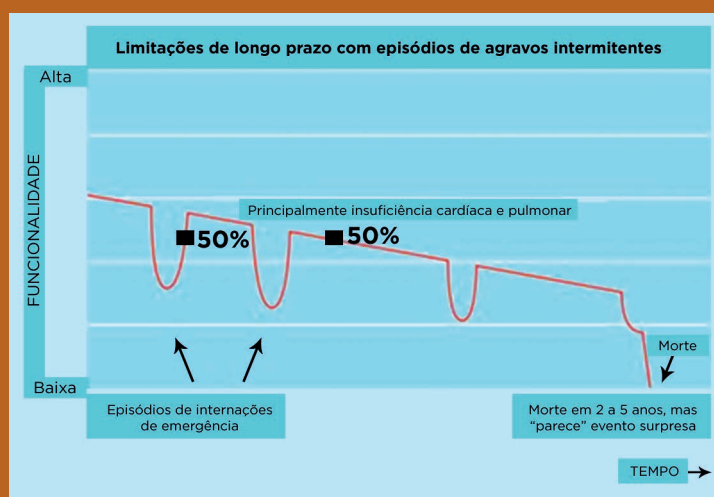
Momento da doença atual: Francisco encontra-se em estágio avançado da doença pulmonar, pois necessita de oxigenioterapia domiciliar contínua, o que significa agravamento da falência orgânica. Passou a ter funcionalidade limitada devido a intercorrências clínicas que fazem parte da trajetória típica da doença pulmonar avançada, que cursam com recuperação parcial e mais dependência após o evento. Essas intercorrências podem continuar acontecendo levando a mais dependência ou ao falecimento.

- IVCF 20 = 20 pontos.
- VES 13 = 8 pontos.

Pergunta surpresa: Você se surpreenderia se esse paciente falecesse nos próximos 12 meses? Não.

Curva típica: Falências orgânicas com PPS atual de 50%.

Figura 3: Curva típica caso Francisco – Falências orgânicas.



Fonte: Autores.

Planejamento Antecipado de Cuidados: Francisco, em sua biografia, sempre se mostrou uma pessoa muito autônoma. Em consulta com Dra. Suzana, manifestou que não gostaria de ficar dependente de cuidados, cheio de tubos e fios. Frente ao momento da doença com possibilidade de intercorrência e risco de morte, é importante não postergar a identificação dos valores e desejos e registro das DAVs.

Dimensões da Pessoa - Fontes de Sofrimento e Ações da Equipe

Francisco representa um caso de doença pulmonar em estágio avançado, dependente de oxigenioterapia domiciliar contínua e aumento da dependência, que destaca a importância do cuidado ao cuidador e de um plano de cuidados que englobe o luto frente às perdas pelo adoecimento e favorecimento da autonomia, o quanto possível, diante da situação clínica atual.

Social

Fontes de sofrimento

- Sobrecarga de dona Alcina.
- Deixou de trabalhar e está dependendo de cuidados.

Ações

- Realizar abordagem familiar com construção de genograma e ecomapa com Francisco, para que ele possa identificar sua rede de apoio e quem mais poderia ser envolvido em sua rotina.
- Realizar reunião familiar com a família nuclear para divisão de tarefas, a fim de que dona Alcina possa focar em tarefas que Francisco a requisita de forma específica e a rotina da casa fique mais suave.
- Adequadamente, faz-se necessário apresentar a política de assistência social, o CRAS – para apoio na subsistência, se necessário, até emissão de Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) para ingresso nas políticas sociais, como porcentagem de desconto em passagens para viagens, apoio na emissão da carteirinha para estacionamento, além do mais, o cardápio de serviços para população idosa, como Centro Dia, Serviço de Assistência Social à Família e Proteção Social Básica (SASF) e Núcleo de Convivência para Idosos.

Psicológica

Fontes de sofrimento

- Luto por perdas significativas (filho, pai e amigo).
- Ansiedade, nervosismo e agressividade.
- Sobrecarga do cuidador.
- Dificuldades em relação à dependência do tabaco.
- Sofrimento pela dependência física e perda de funcionalidade gradual.

Ações

- Ofertar apoio do psicólogo da equipe multidisciplinar matriciando a equipe nuclear de cuidados, sobretudo o profissional com maior vínculo, o que pode representar estratégia potente para futura adesão.
- Ofertar ao Sr. Francisco e à dona Alcina suporte psicológico, podendo acontecer de forma individual ou em grupo.
- Avaliar a motivação para cessação do tabaco na rotina de assistência.
- Orientar adaptações de atividades diárias visando promover autonomia relativa frente à limitação.
- Identificar atividades prazerosas que possam ser favorecidas, mesmo com a perda de funcionalidade.

Espiritual

Fontes de sofrimento

- Incertezas sobre a própria crença religiosa.
- Luto e sofrimento espiritual após a morte do filho.

Ações

- Favorecer que Francisco entre em contato com aspectos da espiritualidade que podem ou não ser o retorno à religião católica.
- Ofertar cuidado ao luto que pode em um primeiro momento ser feito por matriciamento – matriciar o profissional com maior vínculo para assistência psicológica básica, mas sempre visando a sensibilização para que um dia aceite suporte da equipe de psicologia.

Física

Fontes de sofrimento

- Perda de funcionalidade.
- Dependência para atividades de vida diária.
- Dispneia (ESAS > 7).
- DPOC com necessidade de oxigênio contínuo.
- Má adesão ao tratamento.

Ações

- Possibilitar por meio da visita domiciliar:
 - Identificar aspectos do domicílio e rotina no lar que possam favorecer o cuidado, incluindo a adesão ao tratamento farmacológico, por meio de estratégias coerentes com a realidade do paciente e núcleo familiar.
 - Orientar sobre a segurança do ambiente no domicílio, minimizando risco de quedas e outros acidentes.

- Orientar sobre técnicas de conservação de energia visando assegurar autonomia e independência, o que pode ser construído conjuntamente com a equipe multiprofissional.
- Possibilitar por meio do terapeuta ocupacional a elaboração de estratégias para preservação da funcionalidade nas atividades de vida diária, contribuindo para uma melhor percepção de qualidade de vida.
- Oferecer orientações do fisioterapeuta sobre exercícios respiratórios, visando desacelerar ou reduzir o impacto da degradação pulmonar, e exercícios motores para aumento e/ou preservação da força, resistência e mobilidade, indispensáveis à independência do Sr. Francisco.
- Frente ao gasto energético para garantir o funcionamento do organismo com uma doença pulmonar avançada, ofertar avaliação nutricional com o objetivo de desenvolver estratégias nutricionais que garantam maior aporte energético, equilibrando com alimentos significativos para o paciente, além de realizar orientações para evitar dieta obstipante.
- Ofertar avaliação fonoaudiológica para contribuir na adaptação da consistência da dieta, em caso de relato de fadiga durante a ingestão dos alimentos, com orientações oportunas conforme avanço da doença, de forma a minimizar risco de broncoaspiração.
- Oferecer assistência pela equipe de odontologia para garantir cuidado com a boca, conservação da dentição e higiene oral, uma vez que, além das condições crônicas de saúde, Francisco é tabagista.
- Uma vez que o uso crônico de corticoide inalatório e oxigênio propicia o desenvolvimento de candidíase oral, xerostomia e hipossalivação, deve-se orientar a higiene oral de forma geral, após as refeições, com uso de escova, creme dental e fio dental ou outras alternativas adaptadas à realidade do usuário. Lembrar sempre de higienizar ou bochechar com água após o uso da medicação inalatória. Quando necessário, recorrer ao uso de protetores labiais e substitutos salivares.
- Oferecer tratamento farmacológico da dispneia de forte intensidade com morfina, sendo importante esclarecer mitos para trabalhar a aceitação e adesão de Francisco, que é resistente a medicamentos em geral.

Gabarito – Caso Clínico Paulo

Critério SPICT-BR

Indicadores gerais de piora da saúde: Sintomas persistentes.

Condição clínica avançada: Doença cardiovascular - Classe funcional NYHA III/IV; Falta de ar ao repouso.

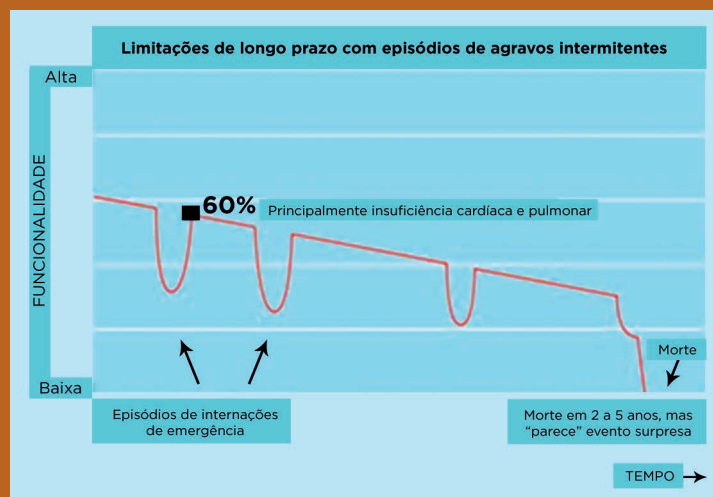
Momento atual da doença: Paulo apresenta quadro de insuficiência cardíaca, devido à doença isquêmica e encontra-se mais debilitado, com comprometimento da mobilidade e necessidade de assistência ocasional. Além disso, também apresenta sintomas relacionados à doença cardíaca descompensada. Provavelmente, após retomar o tratamento adequado, com bom manejo dos sintomas, Paulo poderá apresentar melhora clínica, porém, a história natural da insuficiência cardíaca deve alertar a equipe sobre as possíveis intercorrências no decorrer do acompanhamento (alto risco cardiovascular) e o conseqüente declínio da funcionalidade ao longo do tempo.

- IVCF 20 = 18 pontos.
- VES 13 = 7 pontos.

Pergunta surpresa: Você se surpreenderia se esse paciente falecesse nos próximos 12 meses? Não.

Curva típica: Falências orgânicas com PPS atual em 60%.

Figura 4: Curva típica caso Paulo – Falências orgânicas.



Fonte: Autores.

Planejamento Antecipado de Cuidados: Desenvolver o Planejamento Antecipado de Cuidados com registro das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAVs) é muito importante no caso das trajetórias de insuficiências orgânicas, pois temos a falsa impressão de que o paciente pode estar fora do risco pelas frequentes intercorrências com recuperações parciais, porém, toda intercorrência pode se transformar no evento de morte.

Dimensões da Pessoa - Fontes de Sofrimento e Ações da Equipe

Acompanhar um caso de progressão de insuficiência orgânica demanda alinhamento das intervenções da equipe de saúde e multiprofissional a longo prazo. Sr. Paulo iniciou sua demanda de cuidado mais aproximado aos 30 anos, quando foi diagnosticado hipertenso. Atualmente, aos 68 anos, com uma insuficiência cardíaca expressiva, exige olhar integral e holístico das equipes.

Social

Fontes de sofrimento

- Filha precisou fazer uma mudança brusca na sua rotina, deixando, inclusive, de trabalhar em tempo integral.
- Impacto financeiro.

Ações

- Favorecer reaproximação entre os 3 filhos, visando ampliar a rede de apoio e minimizar a sobrecarga da filha Cristina, caso um dia exista.

- Apresentar os serviços da política de assistência social, por meio do CRAS, efetivar CadÚnico e sugerir conhecer equipamentos sociais, por exemplo, Centro Dia para Idoso, Núcleo de Convivência para Idosos, até mesmo Centro de Convivência Intergeracional com auxílio da neta, pensando em reduzir o isolamento e oferecer novas atividades.

Psicológica

Fonte de sofrimento

- Humor deprimido e aumento da ingestão alcoólica, após morte da esposa.
- Declínio funcional.

Ações

- Ofertar suporte ao paciente, à filha e à neta, a fim de cuidar de emoções e sentimentos acumulados na história de vida do Sr. Paulo e da família e despertados, potencializados e modificados com o adoecimento e suas consequências funcionais.
- Oferecer cuidado ao luto.
- Disponibilizar avaliação específica para diagnóstico de transtorno de humor e do padrão de consumo de álcool.

Espiritual

Fonte de sofrimento

- Sem referências na história familiar.

Ações

- Apesar da sua história não trazer referências sobre sua espiritualidade e da família, é importante abordar o que dá sentido à vida do Sr. Paulo e identificar possíveis necessidades espirituais.

Física

Fonte de sofrimento

- Perda de seguimento em saúde.
- Deambulando com dificuldade.
- Edema em membros inferiores.
- Cansaço intenso aos mínimos esforços (ESAS > 7).

Ações

- O ACS, por meio de escuta qualificada, pode identificar quando os sintomas causam desconfortos ou influenciam mais significativamente na funcionalidade do Sr. Paulo, possibilitando articulação da equipe de saúde para manejo.
- Utilizar as visitas domiciliares como potente espaço de conexão com o contexto em que o paciente está inserido, principalmente no que se refere ao cansaço e à dificuldade de deambulação.
- O profissional médico, além de estadiar a doença, pode alinhar expectativas quanto ao prognóstico, bem como conduzir o manejo farmacológico de sintomas descompensados.
- A visita da equipe de enfermagem pode possibilitar avaliação e intervenção no sentido da adesão ao tratamento, apoiado pelo profissional de farmácia, para auxiliar na organização e administração dos medicamentos. No domicílio também é importante incorporar medidas para segurança do paciente diante do risco de queda, o que pode ser potencializado em análise conjunta com a terapia ocupacional, promovendo planejamento personalizado das adaptações do ambiente. As adaptações do ambiente devem estar associadas às orientações de técnicas de conservação de energia e treino de ABVD realizados pela terapia ocupacional, objetivando preservar a funcionalidade.
- A fisioterapia pode orientar exercícios funcionais, com foco na mobilidade e capacidade funcional; respiratórios para melhor estabilização do quadro; e metabólicos junto com posicionamento dos membros, almejando redução do edema.
- Do ponto de vista alimentar, a nutrição pode orientar sobre dieta hipossódica. Em caso de necessidade, pode realizar a adaptação da consistência alimentar e do tamanho das porções, evitando que o paciente fique cansado ao comer.
- Manter boa higiene bucal e solicitar avaliação odontológica para identificar e eliminar focos infecciosos, potenciais causas de endocardite. Nessas avaliações, proporcionar a posição mais sentada possível do paciente para não agravar a falta de ar.

Gabarito – Caso Clínico Ana Maria

Critério SPICT-BR

Indicadores gerais de piora da saúde: Internações hospitalares não programadas, funcionalidade reduzida e dependência de cuidados, sintomas persistentes, paciente e familiares solicitam foco na qualidade de vida.

Condição clínica avançada: Demência – Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda, redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição, incapaz de manter contato verbal, pouca interação social, episódios frequentes de infecções.

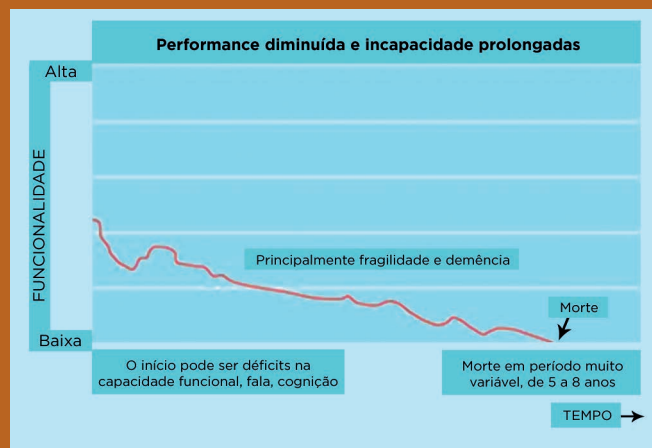
Momento atual da doença: Dona Ana encontra-se na fase final da demência avançada, totalmente dependente de cuidados, função cognitiva completamente comprometida, apresentando uma nova intercorrência infecciosa, sem resposta ao tratamento instituído. Evoluiu com sinais de últimas horas de vida e faleceu com os sintomas controlados em casa.

- IVCF 20 = 26 pontos.
- VES 13 = 10 pontos.

Pergunta surpresa: Você se surpreenderia se essa paciente falecesse nos próximos 12 meses? Não.

Curva típica: Doenças neurodegenerativas.

Figura 5: Curva típica caso Ana Maria – Doença neurodegenerativa (fragilidade).



Fonte: Autores.

Planejamento Antecipado de Cuidados: Dona Ana possui DAVs registradas desde o início da doença, onde deixou clara a importância de sua autonomia, desejo de não ser invadida cheia de “fios e caninhos”, com desejo de poder falecer em casa, junto de sua família.

Dimensões da Pessoa - Fontes de Sofrimento e Ações da Equipe

O caso da Ana Maria representa um caso clássico de demência, no qual estão incluídas todas as perdas cognitivas e funcionais a longo prazo. Por ser assistida pela equipe desde antes do diagnóstico, o cuidado longitudinal favoreceu a abordagem paliativa de forma precoce até o falecimento.

Social

Fonte de sofrimento

- Sofrimento das filhas, frente a preocupações e inseguranças no curso da doença.
- Impossibilidade de manter suas atividades na comunidade.

Ações

- Realizar reuniões familiares como recursos para alinhar as expectativas, acolher sentimentos e emoções ao longo do adoecimento.
- Esclarecer e orientar os familiares sobre os benefícios e direitos referentes à situação, tais como em articulação com a rede de serviços sobre sepultamento gratuito, traslado (caso queira retornar ao interior), entre outras garantias.

Psicológica

Fonte de sofrimento

- Perdas progressivas da cognição, mobilidade e papéis sociais.
- Perda do esposo de uma forma triste, com sofrimento.
- Preocupação das filhas com a evolução da doença e com o papel de cuidadoras.

Ações

- Oferecer cuidado ao luto antecipatório da paciente pelas perdas progressivas.
- Oferecer suporte ao luto familiar antes e após óbito.

Espiritual

Fonte de sofrimento

- Dona Ana abandonou suas atividades na igreja para cuidar do marido doente.

Ações

- Favorecer reaproximação e execução de rituais religiosos como ir à igreja ou levar a liderança religiosa ao encontro dela, assegurando, inclusive, as bênçãos que lhes sejam pertinentes.
- Identificar necessidades espirituais das filhas.

Física

Fontes de sofrimento

- Perda da autonomia, cognição e mobilidade de forma progressiva.
- Disfagia.
- Infecções, febre, dor e *delirium*.

Ações

- Toda a equipe multidisciplinar deve ter a capacidade de integrar os saberes, visando somar esforços para centrar o cuidado na pessoa. O uso de uma ferramenta de avaliação multidimensional pode contribuir, desde o início, para estruturação do plano de cuidados, ajustando-o a cada mudança de ciclo e oportunizando intervenções de diferentes profissionais adequadamente.
- Realizar manejo dos sintomas decorrentes da condição de fragilidade, mas sem perder de vista a condução das comorbidades (HAS e Diabetes). Isso demanda do médico a habilidade para prescrever e suspender tratamentos farmacológicos ao longo do adoecimento, controlando situações agudas e crônicas, apoiando as necessidades frente ao avanço da demência e promovendo conforto no fim da vida.
- Garantir oferta de assistência da enfermagem no que se refere à atenção ao risco de queda, ao engajamento no plano do cuidado, à garantia dos insumos para os cuidados e à capacitação dos cuidadores para a prevenção de lesões por pressão.
- Articular acompanhamento farmacoterapêutico para minimizar dificuldades quanto à administração da medicação de rotina, visando desenvolver estratégias para adesão adequada ao tratamento, facilitando a introdução de novas prescrições. A depender do grau de dificuldade, a terapia ocupacional pode ser acionada, objetivando adaptar e personalizar as estratégias conforme a rotina da família.
- Ao longo do processo e em função das comorbidades, o caso de dona Ana Maria sugere benefício do acompanhamento da nutrição, inicialmente, para promover o controle da hipertensão e Diabetes e, nos últimos dias de vida, respeitando a DAV, para adequar a textura e consistência e para planejar alimentação de conforto junto com a fonoaudiologia, favorecendo manter via oral segura.
- Os cuidados com a boca também devem estar presentes na assistência, tanto pelo maior risco de xerostomia e/ou hipossalivação, doença periodontal, cárie e infecções oportunistas decorrentes da Diabetes, quanto pelo declínio da capacidade de autocuidado bucal.
- Favorecer adequação do ambiente, arejado e bem iluminado, assim como incluir estímulos como a música, desde que façam sentido na história da Ana Maria e sejam inseridas como atividade na rotina previamente estabelecida. Na fase mais avançada, ganham destaque as orientações de posicionamento e os exercícios para prevenção de deformidades e lesões.
- Realizar manejo dos sintomas relacionados ao processo ativo de morte (abordagem não farmacológica e farmacológica).

Recurso de Apoio G – Macroprocesso Educacional e Supervisional da AAE

GABARITO

Macroprocesso Educacional	
Acolhimento coletivo em todos os turnos de atenção contínua	Sala de espera
Treinamento introdutório com foco no ambulatório modelo PASA	Reunião de equipe com foco assistencial
Capacitação internas e externas para os profissionais	Discussão de casos clínicos
Retaguarda técnico-assistencial:	
Reuniões para alinhamento	Capacitações teóricos-práticas
Prática de habilidades da UBS e no ambulatório	Atendimento compartilhado presencial nas UBS
Atendimento compartilhado a distância	Discussão de casos clínicos
Segunda opinião presencial ou por diferentes canais pactuados	

Macroprocesso Supervisional	
Visitas técnicas	Monitoramento cruzado
Pesquisa de satisfação dos usuários	
Supervisão indireta:	
Gestão de caso	Monitoramento dos indicadores clínicos
Monitoramento das oportunidades de melhoria e intervenções feitas junto às equipes da APS e outros pontos da RAS	Elaboração de plano de ação para tratar as oportunidades de melhoria identificadas junto com a unidade regional
Monitoramento das subpopulações-alvo captadas e estratificadas por município dos indicadores clínicos	Pesquisa de satisfação das equipes da APS

Recurso de Apoio H - Dramatização Caso Ana Maria

Grupo: roteiro da cena 2

Dona Ana Maria, 87 anos, dona de casa, viúva há 10 anos (foi casada com Sr. Luiz), tem duas filhas (Cristina e Regina) e quatro netos, católica. Nasceu no interior de São Paulo e mudou-se para a capital aos 16 anos. Adora costurar e se esmera nas roupas da família. Acompanha sua saúde na Unidade Básica de Saúde (UBS) há 12 anos. Diabética e hipertensa, sempre foi muito bem controlada, mas teve diagnóstico confirmado de demência mista há 6 meses. Ainda em fase inicial da doença, vem para consulta de rotina e decidida a conversar sobre como gostaria de ser cuidada quando a doença avançar. Dez anos atrás, perdeu seu esposo após um longo processo de adoecimento e ficou na lembrança a tristeza de vê-lo “ir embora” longe de todos, cheio de “fios e caninhos” e, em sua opinião, com muito sofrimento desnecessário. De forma alguma gostaria de ter um fim assim, se fosse possível escolher.

Dona Ana Maria: roteiro da cena 2

Dona Ana Maria, 87 anos, dona de casa, viúva há 10 anos (foi casada com Sr. Luiz), tem duas filhas (Cristina e Regina) e quatro netos, católica. Nasceu no interior de São Paulo e mudou-se para a capital aos 16 anos. Adora costurar e se esmera nas roupas da família. Acompanha sua saúde na Unidade Básica de Saúde (UBS) há 12 anos. Diabética e hipertensa, sempre foi muito bem controlada, mas teve diagnóstico confirmado de demência mista há 6 meses. No momento do diagnóstico, ao saber da doença, Ana insistiu em saber o que deveria esperar ao longo da evolução de sua doença para que pudesse se preparar, ficando claro o quanto poder tomar decisões a respeito de si era um valor importante. Ainda em fase inicial da doença, vem para consulta de rotina e decidida a conversar sobre como gostaria de ser cuidada quando a doença avançar. Dez anos atrás, perdeu seu esposo após um longo processo de adoecimento e ficou na lembrança a tristeza em vê-lo “ir embora” longe de todos, cheio de “fios e caninhos” e, em sua opinião, com muito sofrimento desnecessário. De forma alguma gostaria de ter um fim assim, se fosse possível escolher.

Obs.: O profissional fará perguntas de como Ana Maria gostaria de ser cuidada quando sua condição de saúde avançar. Nesse momento, não tente adivinhar o que Ana Maria gostaria, mas traga respostas relacionadas a como você (como pessoa) gostaria de ser cuidada fazendo uma reflexão pessoal de valores e o que é cuidado para você. Dessa forma, a dramatização será mais fluida.

Profissional da saúde: roteiro da cena 2

Dona Ana Maria, 87 anos, dona de casa, viúva há 10 anos (foi casada com Sr. Luiz), tem duas filhas (Cristina e Regina) e quatro netos, católica. Nasceu no interior de São Paulo e mudou-se para a capital aos 16 anos. Adora costurar e se esmera nas roupas da família. Acompanha sua saúde na Unidade Básica de Saúde (UBS) há 12 anos. Diabética e hipertensa, sempre foi muito bem controlada, mas teve diagnóstico confirmado de demência mista há 6 meses. No momento do diagnóstico, ao saber da doença, Ana insistiu em saber o que deveria esperar ao longo da evolução de sua doença para que pudesse se preparar, ficando claro o quanto poder tomar decisões a respeito de si era um valor importante. Ainda em fase inicial da doença, vem em consulta de rotina.

Obs.: Faça as seguintes perguntas direcionadoras para o Planejamento Antecipado de Cuidados:

- Se sua condição de saúde piorasse, quais seriam as coisas importantes para você e sua família que envolvem o cuidado?
- Quem gostaria que tomasse as decisões sobre cuidados de saúde por você quando não puder tomá-las?
- Qual o local de preferência para viver os últimos dias, se fosse possível escolher?
- Qual o tipo de tratamento de saúde deseja ou não deseja? (Exemplos: Ressuscitação cardiopulmonar; Tratamento invasivo; Respiração artificial; Diálise; Grandes cirurgias; Nutrição por vias alternativas: sonda nasointestinal, gastrostomia).
- O que é importante para que você se sinta confortável?
- Como deseja ser tratado caso sua condição de saúde piorasse?
- O quanto gostaria que os entes queridos soubessem?
- Existem desejos espirituais específicos?
- Como gostaria de ser lembrado? (Cerimonial, pertences que gostaria de direcionar, mensagens, cartas, músicas para familiares, amigos e entes queridos).

REFERÊNCIAS

- BLOOM, B. S. *et al.* **Taxonomy of educational objectives**. New York: David McKay, 1956. 262 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html >. Acesso em: 01 abr. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. 41/GM/ CIT de 31 de outubro de 2018 (BR)**. 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 23 nov 2018. Disponível em: < http://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubrode-2018-51520710 >. Acesso em: 01 abr. 2020.
- FERRAZ, A. P. do C. M.; BELHOT, R. **Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais**. Gest. Prod., São Carlos, v. 17, n. 2, p. 421-431, 2010.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 20 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001.
- HARVARD GRADUATE SCHOOL OF EDUCATION. Project Zero. **Parts, perspectives, me. A routine to foster perspective taking within a system**. 2019. Disponível em: < <http://www.pz.harvard.edu/sites/default/files/Parts%20Perspectives%20Me.pdf> >. Acesso em: 01 abr. 2020.
- HIGHET, G.; CRAWFORD, D.; MURRAY, S. A. & BOYD, K. **Development and evaluation of the supportive and palliative care indicators tool (spict): a mixed-methods study**. BMJ Supportive&PalliativeCare, 4(3), 285-290, 2013.
- MAAS, E.; MURRAY, S. A.; ENGELS, Y.; CAMPBELL, C. **What tools are available to identify people with palliative care needs in primary care: a systematic review and survey of european practice**. BMJ Support Pall Care 2013; 3:444-451.
- MENDES, E. V. *et al.* **A construção social da atenção primária à saúde**. 2. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2019. Disponível em: < <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao> >. Acesso em: 01 abr. 2020.
- UNIVERSITY OF EDINBURGH. **Supportive and palliative care indicators tool (SPICT), 2020**. SPIC-TR: Supportive and Palliative Care Indicators Tool (Brazilian version). Disponível em: < <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-br/> >. Acesso em: 01 abr. 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers**. 2018. Disponível em: < <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> >. Acesso em: 01 abr. 2020.



PROADI-SUS

