

## Síntese dos Grupos de Trabalho

### 6º Encontro Brasileiro de Serviços de Cuidados Paliativos

**TEMA:** “Engajamento Comunitário dos Serviços de Cuidados Paliativos”

**Data:** 21 e 22 de setembro de 2023.

**Local:** Centro de Convenções do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo - SP, Brasil.

**Período de atividade dos Grupos de Trabalho (GTs):** nos dois dias de Encontro das 14h30 às 16h30 (total de 4 horas).

**Proposta:** estimular a reflexão e discussão entre os participantes sobre conceito e importância do engajamento comunitário, a partir de suas experiências pessoais, realidades e culturas regionais e da [programação](#) do evento.

**Objetivo:** explorar se os serviços de Cuidados Paliativos no Brasil promovem ações de engajamento comunitário, de que forma estão organizadas essas ações, e quais as características dos serviços e comunidades associadas a essas ações.

#### Facilitadores:



**Julieta Carriconde Fripp**

Médica especialista em  
Medicina Intensiva com Área  
de Atuação em Medicina  
Paliativa



**Liz Bryan**

Associada sênior de Educação  
do St. Christopher's Hospice



**Cristina Bueno Terzi  
Coelho**

Médica intensivista e  
paliativista



**Angela Pinto dos Santos**

Consultora Técnica da Atenção  
Domiciliar (MS)



**Thaís Boaventura**

Médica especialista em  
Geriatria e Cuidados Paliativos  
[Saiba mais](#)



**Rodrigo Kappel Castilho**

Presidente da ANCP 2023-  
2024



**Karoline Apolonia Castro**

Médica especialista em  
Cuidados Paliativos



**Renata de Freitas**

Médica, diretora do Hospital  
de Câncer IV-INC



**Luis Fernando Rodrigues**

Médico, especialista em Cuidados Paliativ



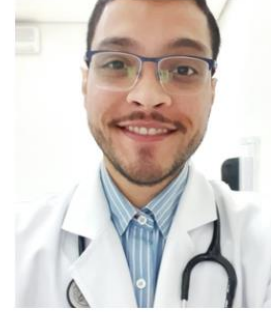
**Lucas de Azambuja Ramos**

Médico geriatra e paliativista; músico



**Claudia Regina**

Serviço Social e Administração Hospitalar



**Wellisom Moraes de Souza**

Médico geriatra do Hospital Premier



**Angélica Massako Yamaguchi**

Médica geriatra com área de atuação em Cuidados Paliativ



**Lorena Agrizzi**

Médica de Família e Comunidade pela ENSP/FIOCRUZ



**Luiz Sergio Batista**

Médico especialista em Cuidados Paliativos e Gestão Hospitalar



**Carolina Neiva**

Médica especialista em Medicina Paliativa



**Ednalda Maria Franck**

Enfermeira e professora de Cuidados Paliativos do Instituto Paliativo



**Elisa Miranda Aires**

Médica infectologista e paliativista do Instituto de Infectologia Emílio Ribas Saiba



**Marysia Mara Rodrigues do Prado de Carlo**

Professora Livre-Docente do curso de Terapia Ocupacional



**Ernani Costa Mendes**

Fisioterapeuta do Instituto Nacional de Câncer (HCIV/Inca)



**Rodolfo Moraes Silva**

Médico especialista em Clínica Médica e Medicina Paliativa



**Sandra Ferreira**

Responsável pelo setor de fisioterapia em Cuidados Paliativos e Reabilitação no Hospital Premier.



**Nára Selaimen Gaertner Azeredo**

Enfermeira, mestre e doutora em Saúde da Infância e do Adolescente

## Comissão Científica-pedagógica



**Manuela Salman**

Coordenadora de ensino do  
Instituto Premier



**Amirah Salman**

Coordenadora de ensino do  
Instituto Premier



**Ana Luisa Zaniboni Gomes**

Gestora de Projetos e Pesquisadora  
na área de Comunicação e Educação

## MÉTODOS

### Formação dos GTs

Foram formados, simultaneamente, oito GTs, em cada qual composto por um número variável de 09 a 14 participantes (incluindo 02 ou 03 facilitadores).

Os participantes tratavam-se, em sua maioria, de profissionais de saúde membros de serviços brasileiros de CP, cuja alocação nos diferentes GTs seguiu a critérios que proporcionassem a multidisciplinaridade e a representatividade em relação aos estados / regiões do Brasil.

### Desenvolvimento das atividades dos GTs

Para realização das atividades foram utilizados diferentes materiais como canetas, papéis, computadores, mesas-redondas, cadeiras, documento norteador e listas nominais dos seus integrantes.

No desenvolver das atividades, os facilitadores deveriam garantir espaço de fala / voz / expressão de opinião por todos, acolher os participantes em relação aos sentimentos que possam surgir, estimular a reflexão e ser um facilitador da comunicação: mediação de conflitos; minimizar disputas de espaço de fala (“o dominador”), garantindo que a opinião final seja DO GRUPO.

O trabalho foi iniciado por breves apresentações individuais de cada participante, definição voluntária de um relator para cada GT e realização de uma atividade “quebra-gelo”.

Em seguida, foram expostas as regras gerais de participação no GT, estimulando os participantes a refletirem sobre a seguinte questão:

***O que precisamos para garantir um ambiente seguro para o aprendizado?***





Ao final dessa atividade, os facilitadores buscaram certificar-se do compromisso dos participantes com a confidencialidade (por exemplos em relação a questões pessoais ou casos clínicos discutidos no GT), com a colaboração e participação coletiva (juntos teremos benefícios), desencorajar o julgamento e promoção do respeito mútuo.

Foi concedida liberdade aos facilitadores para uso de metodologias de trabalho adicionais na condução do GT, sugerindo, por exemplo, dinâmicas, intervenções, etc. Dessa forma, os facilitadores puderam adaptar a condução dos trabalhos às necessidades e singularidades de cada grupo.

O conteúdo do **documento norteador** utilizado envolveu a proposta dos GTs, seus objetivos, orientações sobre as regras gerais e metodologia para desenvolvimento das atividades do GT.

Foram disponibilizados aos participantes materiais auxiliares disparadores de reflexão a respeito do tema [textos completos originais em inglês e em português (tradução via [www.deepl.com/translator](http://www.deepl.com/translator), versão gratuita) e resumos com as informações mais relevantes para aqueles com maior dificuldade de disponibilidade de tempo para a leitura] Quadro 1. Não houve obrigatoriedade de leitura para os participantes, tratando-se somente de uma sugestão de substrato para aquecimento reflexivo.

#### Quadro 1: Referências utilizadas como materiais auxiliares disparadores de reflexão

Referências bibliográficas
1. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Community engagement: a health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people. 2020.
2. ABEL, Julian et al. Access to palliative care reimagined. Future healthcare journal, v. 8, n. 3, p. e699, 2021.
3. MESQUITA, Maria Gefé da Rosa et al. Comunidade compassiva de favela: ampliando o acesso aos cuidados paliativos no Brasil. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 57, p. e20220432, 2023.
4. ABEL, Julian; KELLEHEAR, Allan; KARAPLIAGOU, Aliko. Palliative care- the new essentials. 2018.

Por fim, foram elaborados e encaminhados pelos facilitadores os documentos finais produzidos em cada GT, com respostas as perguntas do Quadro 2, contendo os principais pontos discutidos/elencados: resumo das discussões (consensos, divergências) e o processo de chegada às conclusões (totalizando de 3 a 5 laudas).

## Quadro 2: Perguntas norteadoras para produção dos documentos finais dos Grupos de Trabalhos

<b>O quê?</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• O que sabemos sobre isso?</li><li>• O que tem sido feito em meu serviço?</li><li>• Que tipos de relacionamento com a comunidade o meu serviço tem?</li></ul>
<b>E daí?</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Qual a importância do engajamento comunitário para o acesso aos Cuidados Paliativos no nosso contexto?</li><li>• Por que é importante engajar as pessoas/comunidades?</li><li>• Quais elementos em nossos serviços facilitam ações de engajamento comunitário? E quais são as barreiras?</li></ul>
<b>E agora? Como prosseguir?</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• A partir da experiência e aprendizados compartilhados no grupo e nos painéis do evento, surgiram ideias de ações / mudanças em nosso contexto?</li></ul>

### Análise documental

Todos os documentos finais dos GTs, tiveram seus conteúdos compilados, categorizados e sistematizados pela Comissão científica-pedagógica do 6º Encontro Brasileiro de Serviços de Cuidados Paliativos.

### Encaminhamentos esperados

O intuito é que, em seguida, o documento compilado seja publicado em nossos canais de comunicação e encaminhados para as entidades representantes da categoria como sugestão, com a devida representatividade, para nortear as políticas voltadas à expansão e melhoria dos CP no Brasil.

A metodologia de trabalho completa está descrita na Figura 1.

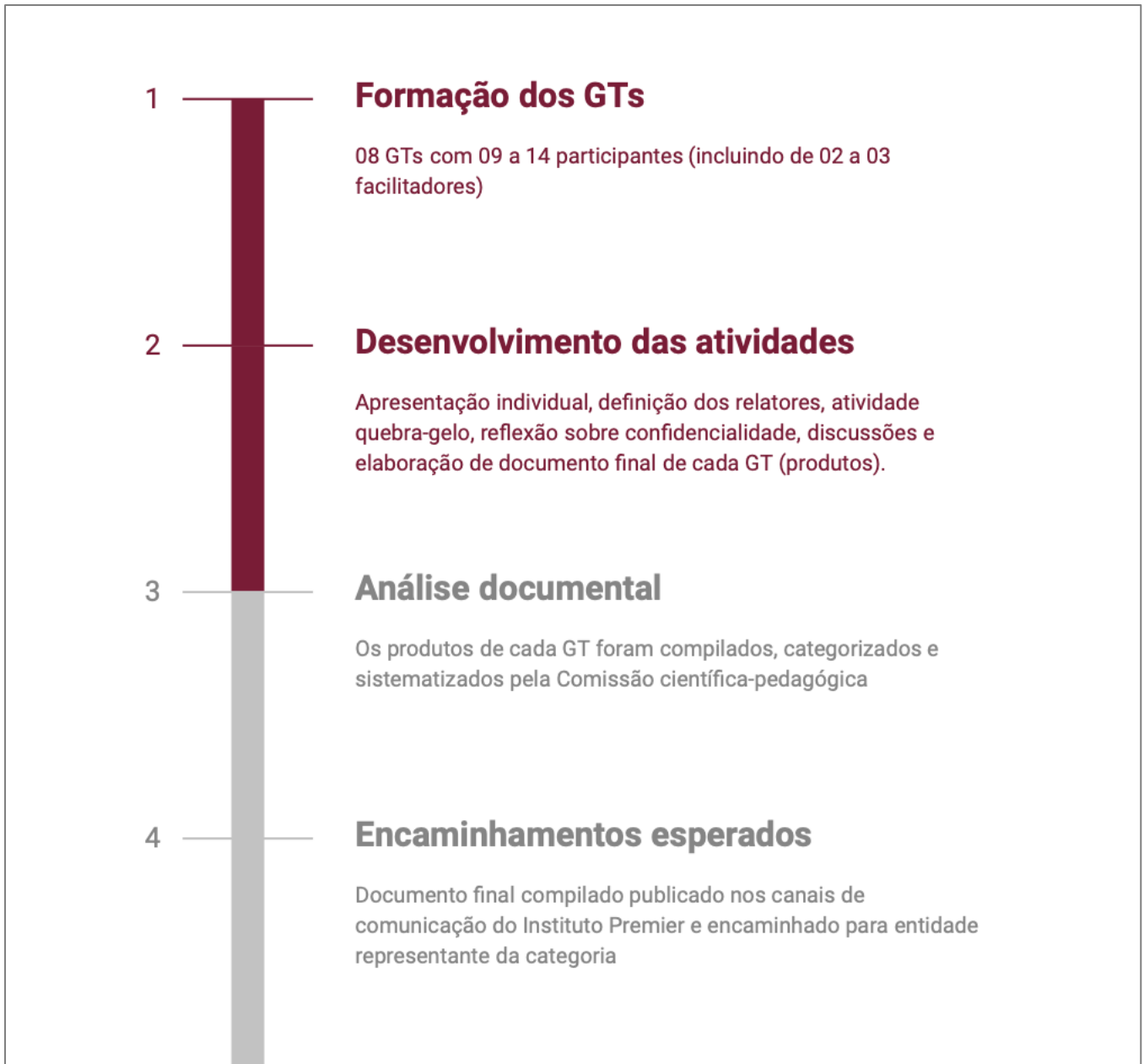


Figura 1. Fluxo de trabalho

## RESULTADOS

Somando os participantes e facilitadores participantes em todos os GTs, esses resultados refletem momentos de reflexão de 80 indivíduos das diferentes regiões do Brasil (Figura 2), do total de 111 pessoas inscritas.

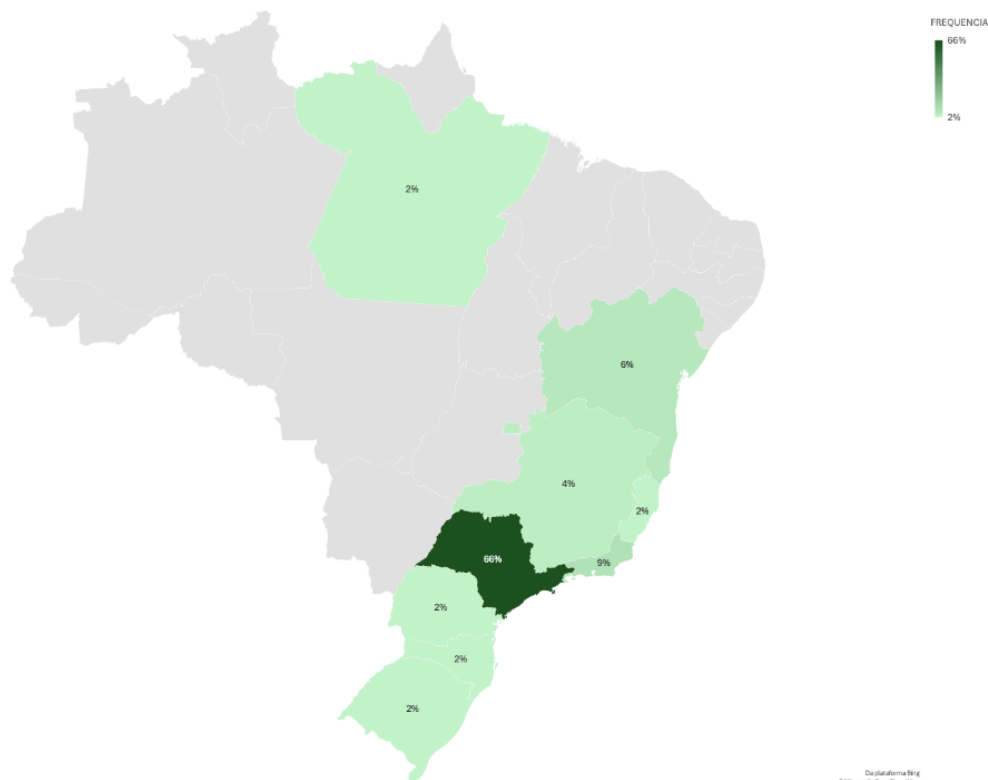


Figura 2. Distribuição por Estado dos participantes dos GTs do 6º EBSCP

### 1.0 QUÊ?

#### 1.1.0 que sabemos sobre isso?

O engajamento comunitário em CP tem relação com a interação - fortalecimento da comunicação - entre a equipe, a comunidade e a rede de saúde a fim de promover o conhecimento e a realização de ações conforme as necessidades da comunidade (G4, G5). A interlocução da equipe de saúde com os líderes comunitários é relevante para que se possa conhecer a população e suas demandas para definição de ações pertinentes(G5).

É necessário promover a participação da população /comunidade como protagonista / ator principal, a partir de um processo democrático de fala e escuta. (G4) PAR - paciente ativo responsável - embora esteja em situação difícil, é preciso oportunizar às pessoas com doenças

graves a sua participação em atividades, ajudando outras pessoas. (G3)

Conceito relacionado com: comprometimento, interesse genuíno, vontade de fazer melhor, ação, inspirar pessoas, força e iniciativa. Foco de atenção nos cuidados oferecidos a populações mais vulneráveis. (G6)

O engajamento comunitário tem de envolver a sociedade e não se relaciona exclusivamente com a pobreza, pois todos fazemos parte de comunidades; ser comunidade é pensar no outro e ajudar o outro em qualquer local, pois não diz respeito somente a questão financeira, uma vez que existem diferentes vulnerabilidades e que podem ser transitórias. A Carta de Ottawa e a Alma Ata orientam o direito à saúde com foco na comunidade: oportunidade de potencializar cenários de educação em saúde e a promoção à saúde (G1, G3), como direito, cujo foco em CP é qualificar pessoas sobre finitude, morte, perdas e lutos. No local onde não há recursos dos sistemas de saúde ou onde algum ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS) não é capaz de chegar, o engajamento comunitário e as ações junto à comunidade são uma resposta, suporte às necessidades (G4).

Mudanças sociais e nas redes de apoio: famílias menores em centros urbanos (G4, G5), estilo de vida marcado por rotinas atribuladas, com foco na produtividade e sobrevivência, que pode afetar as relações humanas e desenvolvimento de comunidades, com prejuízo na construção de pontos de apoio social entre vizinhos. Ser isolado é o novo normal, acentuado com a pandemia de Covid-19 (G4). Prospecção de escassez cada vez maior de cuidadores (G5).

Atenção Primária a Saúde (APS) como aliado - contato mais direto com a população. Engajamento comunitário como força motriz do terceiro setor como fonte de recurso financeiro. O Sistema Único de Saúde (SUS) é feito por todos nós; é corresponsabilidade com os pilares de comunicação e educação (G4).

Importância das regras para o voluntariado; identificar o que podem fazer, com atuação em diferentes áreas (não só na saúde); realizar seleção e treinamento antes de iniciar as atividades junto à comunidade e estimular o controle social; com atenção para que os voluntários não substituam serviços essenciais (G4).

Iniciar com diagnóstico situacional. Não é modelo substitutivo da atenção domiciliar que deve ser fornecida pelos serviços de saúde estabelecidos e funcionantes. Identificação de líderes comunitários: como fazer?

Importante ressaltar que até mesmo países economicamente desenvolvidos enfrentam desafios financeiros na área da saúde. Muitos serviços de saúde no exterior funcionam com base em doações, uma prática que ainda não é comum no Brasil, onde a cultura desse tipo de doação ainda está em desenvolvimento. (G4)

## 1.2.O que tem sido feito em meu serviço?

- Treinamentos / capacitação de cuidadores sobre o tratamento paliativo e recursos disponíveis, por exemplo como usar bomba de infusão contínua (BIC) para dieta enteral, cateterismo vesical. O empoderamento das famílias as torna mais exigentes, com melhora da segurança do paciente no cuidado domiciliar. (G2, G6, G7, G8)



- 
- Projeto de alta hospitalar responsável (G6, G7, G8):
    - Contatos com os profissionais da rede, com cuidadores dos pacientes e telemonitoramento - acompanhamento pós-alta (ligação pós-alta para acompanhamento sobre medicações, sintomas, etc. e agenda consulta em ambulatório se necessário);
    - Emissão de prescrições viáveis (adequadas ao contexto social do paciente);
    - Articulação com a rede para fornecimento de insumos.
  - Educação permanente, atividades didáticas sobre CP na graduação e pós-graduação. (G6, G7)
  - Peça teatral. (G2,G7)
  - Mapeamento de necessidades e recursos, com respeito às questões culturais e saberes locais. (G4)
  - Identificação de potenciais parcerias, envolvimento e integração da rede de forma intersetorial (a morte não é um fenômeno apenas médico), descentralizando os CP dos serviços hospitalares terciários / quaternários. (G4)
  - Promoção de cursos voltados para o público leigo e a sociedade, como o curso "Últimos Socorros". (G4)
  - Divulgação sobre CP em diferentes instituições. (G7)
  - Oferta de diferentes tipos de recursos terapêuticos não farmacológicos [Práticas Integrativas e Complementares (PICs), teatro, música, etc]. (G7)
  - Trabalho de sensibilização e projetos intergeracionais junto às escolas. (G7)
  - Integração com a comunidade, com atividades comunitárias. (G7)
  - Formação de Agentes Comunitários de Saúde e Pessoas Compassivas: capacitação de membros da comunidade para serem agentes de suporte e compaixão em situações de CP (G4).
  - Serviços de voluntariado em hospitais: apoio emocional e prático a pacientes e suas famílias. (G4)
  - Uso de mídias sociais para educação pública: uso de plataformas para disseminar informações sobre CP e promover a conscientização na população. (G4)

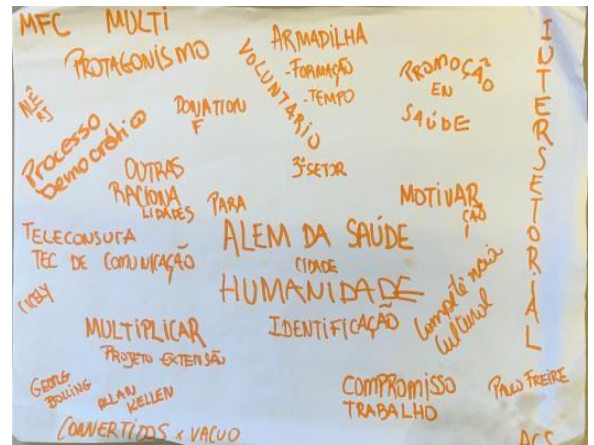
- Participação ativa das ligas acadêmicas em iniciativas de CP direcionadas à comunidade. (G4)

### 1.3. Que tipos de relacionamento com a comunidade o meu serviço tem?

Nos locais cujo poder público e o sistema de saúde estão ausentes, o engajamento comunitário e ações junto à comunidade podem ser uma resposta de suporte a essa necessidade. Foco nas pessoas com maior dificuldade de acesso aos CP. (G4)

Voluntários da comunidade em conjunto com profissionais de CP voluntários organizam uma agenda mensal, e os voluntários profissionais visitam a comunidade 1 vez/mês. Quem descobre quem precisa de ajuda são os agentes comunitários. Quem dá continuidade aos cuidados profissionais são os voluntários comunitários. Outra coisa que funciona muito bem são os teleatendimentos. Os padrinhos também ajudam financeiramente ou compram fraldas, leite, curativos para um paciente adotado. Foi fundada clínica da saúde que atende pacientes, de lá saem medicamentos para os pacientes, alguns doados por famílias de pacientes que já faleceram (são redistribuídos). Há uma grande demanda por médicos e fisioterapeutas. (G2)

Características importantes que devem fazer parte de comunidades compassivas:



Existe ainda um abismo entre ações e engajamento entre as comunidades e os serviços de saúde (G2), muitas ações ainda são “tímidas” e iniciais, envolvendo rodas de conversa esporádicas com membros da comunidade, materiais educativos, capacitações, porém se distanciam do ideal de engajamento comunitário (G1).

## 2. E DAÍ?

### 2.1. Qual a importância do engajamento comunitário para o acesso aos Cuidados Paliativos no nosso contexto? Por que é importante engajar as pessoas/comunidades?

A população está envelhecendo, a necessidade de cuidado ao público idoso está aumentando (G8, G1) e as comunidades estão cuidando dos pacientes, o que gera um custo muito alto (não só financeiro). É preciso realizar educação em saúde (G2). Ao longo do tempo as realidades foram sendo modificadas, hoje temos menos mortes prematuras. À medida que a estrutura familiar e as relações sociais passam por mudanças, as redes de apoio também se transformam. Anteriormente, famílias eram maiores e mais próximas geograficamente, tornando o apoio mútuo mais acessível. Hoje, as famílias são menores, as rotinas são mais atribuladas e, em centros urbanos, muitas vezes os vizinhos são desconhecidos devido à vida agitada e ao foco nas próprias atividades e vidas. As relações humanas são afetadas pelas rotinas atribuladas (de trabalho, estudo) que costumam ser impostas pela sociedade como “padrões de vida”. (G4)

No início do curso de medicina, os alunos querem fazer o bem, e a vivência com exemplos de profissionais antiéticos deturpa a atuação humanista. Há realidades e ações desumanas vivenciadas em grandes hospitais, gerando um círculo vicioso da iatrogenia hospitalar. (G1) Há um abismo entre comunidades dos pacientes e comunidades dos profissionais da saúde. A relação de cuidado é assimétrica, e quanto maior o abismo, mais violenta pode ser essa relação/comunicação. (G2) Há necessidade de compreensão, uso da mesma linguagem de quem precisa. (G3)

Infelizmente, o sistema de saúde não tem foco nas necessidades do paciente, o viés administrativo/financeiro se sobrepõe. (G2)

Os CP no Brasil ainda estão centralizados em serviços hospitalares terciários/quaternários; na trajetória dos CP é preciso construir/integrar a rede e identificar as parcerias, mapear os recursos para embasar o conhecimento sobre a comunidade; é preciso conhecer o que já se realiza na comunidade, respeitar questões culturais e saberes locais (benzedeira, parteira, banho de cheiro, entre outros) e incluir a intersetorialidade. (G4) Resgatar que a APS é o ponto da RAS que possibilita o contato mais direto com a população e atua com a promoção de saúde, é preciso ressignificar possibilidades (G4). O engajamento comunitário pode ser estratégia fundamental para ampliar o acesso aos CP e sua equidade ao construir rede. (G4, G5)

Podemos fazer a diferença na vida das pessoas. (G8) Há percepção de impacto positivo, tanto para os serviços quanto para as comunidades, mas não se identifica o porquê nem viabilidade para. (G5)

O engajamento comunitário pode promover a comunicação sobre a morte e o morrer com a população, de diferentes faixas etárias. (G2, G8) Uma comunicação mais clara sobre finitude pode levar ao empoderamento de todo o núcleo familiar, exposição de emoções, e



aproveitamento máximo do tempo com o paciente que irá falecer. Então, uma sociedade empoderada exigirá modificações no sistema de saúde. (G2)

O engajamento comunitário através da cultura de doações para serviços de saúde pode contribuir com as restrições de financiamento dos serviços de CP, porém essa prática não é tão difundida no Brasil (G4).

## 2.2. Quais elementos em nossos serviços facilitam ações de engajamento comunitário?

- Como o tema da morte é um tabu na sociedade brasileira (G2, G3, G4, G5), uso de ferramentas de arte e cultura seguidos de discussões ou outros eventos sociais / lúdicos / comunitários de sensibilização estão em andamento / são úteis para trabalhar o tema com a comunidade, a exemplo do *Death Café*, Cine da Morte. Por exemplo, em escolas. (G3, G4, G5, G8)
- Promoção de cursos e palestras sobre CP voltados para o público leigo e a sociedade (presenciais ou online). (G1, G4, G5)
- Através da educação em saúde, engajar como ideia de responsabilidade. Treinamento em cuidados de saúde. A contrapartida de familiares mais empoderados serem mais exigentes, tornando o cuidado mais desafiador, porém mais seguro e eficaz no atendimento às necessidades paciente-família. Analogamente, uma comunidade empoderada terá maior probabilidade de levantar suas necessidades específicas. (G2, G3)
- Rodas de conversa com cuidadores e familiares. (G1, G8)
- Grupo de voluntários pré-existentes em instituições de saúde, oferecendo apoio emocional e prático a pacientes e suas famílias. (G3, G4)
- Empoderamento das pessoas em busca de autonomia para tomada de decisão em saúde (*dentro de um guarda-chuva de segurança do paciente* - ONGs com a temática; oficinas voluntárias com a comunidade). (G2)
- Eventos como encontros de serviços de CP. (G3)
- Utilizar tempo da sala de espera dos serviços para intervenções. (G8)
- Promover autocuidado dos profissionais de saúde. (G8)
- Parcerias com instituições religiosas. (G8)

## 2.3. E quais são as barreiras?

- Serviços comunitários não são considerados como trabalho pelos gestores, em especial em relação à atuação hospitalar e saúde suplementar - resistência institucional. Relatos





de pedidos de voluntariado negados por gestores. Alguns gestores não contratam mais profissionais quando há voluntário - a gestão exige as atividades do voluntário, mas não contrata. (G3, G4, G7, G8)

- A desigualdade social no Brasil culmina em um abismo entre as comunidades de pacientes e as comunidades de profissionais de saúde e em relação de cuidado assimétrica. O que dificulta a comunicação e acesso a comunidades vulneráveis. Serviços de CP centrados no hospital dificultam a interação com e o acesso da comunidade, que não se sente representada pelo serviço. (G2, G4, G5)
- Desinformação: não conhecer os serviços para realizar o referenciamento à RAS; desmistificar que pacientes de convênio não pode usar serviços do SUS; desconhecimento dos recursos existentes no território; falta de articulação dos equipamentos de saúde da RAS; tem muita informação superficial, mas pouco conhecimento. (G4)
- Falta de apropriação da sociedade no exercício da cidadania, nos espaços democráticos, nos direitos e deveres. Despolitização/afastamento político/falta de engajamento político: dos cidadãos que se afastam das questões políticas esquecendo que cada um de nós pode mudar a política quando ocupamos o espaço de fala com o governo. (G4)
- Raiz histórica de servidão e do capitalismo (extensas jornadas de trabalho); as relações de trabalho precisam ser mais flexíveis. (G4)
- Isolamento social/individualidade exacerbada das pessoas ao invés de pensar/agir em prol do coletivo; pode haver o pensamento de autossuficiência e não precisar de ninguém porque seria uma forma de fragilidade. Lamentavelmente a pandemia da COVID-19 acentuou o isolamento das pessoas. Ser isolado é o novo normal. (G4)
- A cultura do pânico (medo, insegurança pela violência..), muitas vezes impulsionada por estratégias de manipulação da população, tem contribuído para o isolamento social. Essa atmosfera de constante alarme pode gerar desesperança, que, por sua vez, é agravada pelo cansaço resultante das rotinas cada vez mais atribuladas e das pressões tanto no ambiente de trabalho quanto na sociedade em geral. Essas influências limitam a disposição das pessoas em se envolverem com a comunidade e interagirem com os vizinhos, criando uma barreira adicional para o fortalecimento dos laços sociais. (G4)
- As necessidades humanas básicas assumem uma prioridade fundamental na vida das pessoas. Quando essas necessidades não são atendidas e se tornam a fonte do sofrimento, é difícil imaginar que a educação ou a medicação possam ser soluções eficazes. Nesse contexto, a falta de atendimento adequado a essas necessidades essenciais muitas vezes impede que as orientações sejam seguidas de maneira centrada e eficaz. (G4)
- Divergência entre profissionais da mesma equipe sobre elegibilidade para CP, sobre diferenças de contextos de cuidados (assistência hospitalar vs domiciliar). (G5)
- Plano de cuidados inviáveis, não pautados no contexto social dos pacientes. (G6)



- Dificuldade de acesso da população para conhecer e participar da organização dos serviços de CP. (G7)
- Dificuldade de treinamento de voluntários. (G7)

### **3. E AGORA?**

#### **3.1. Como prosseguir? A partir da experiência e aprendizados compartilhados no grupo e nos painéis do evento, surgiram ideias de ações / mudanças em nosso contexto?**

##### **Conhecer a comunidade e rede de saúde**

- Fazer diagnóstico situacional: conhecer os serviços e características das comunidades e estrutura das áreas atendidas; contextualização das práticas de acordo com as necessidades do público atendido - não se objetiva substituir a atenção domiciliar onde ela está bem estabelecida e funcionante. Nada de assistencialismo. (G2, G6)
- Identificar lideranças comunitárias (parceiros) para aproximação com a comunidade e multiplicação de treinamento em CP com atuação voluntária. (G5)
- Valorização da contribuição de diversos atores no suporte às pessoas sob CP. Por exemplo, entregador de gás. (G6)

##### **Educação comunitária e sensibilização da sociedade**

- Uso de Mídias sociais como ferramentas de educação em saúde para dar visibilidade e propagar informações e conscientizar a população sobre CP e atuar na mudança de cultura (G4, G5, G6, G7)
- Sensibilização da sociedade com iniciativas de diferentes setores. Capilaridade: envolver a comunidade como um todo e levar a discussão através de Instituições religiosas / Escolas / Rotary / Associações de bairro / eventos municipais tradicionais / várias frentes. (G2, G6, G7)
- Orientar a população sobre seu direito de fala junto ao governo: divulgar orientações à população/comunidade de como exercer seu direito de fala para solicitar mudanças políticas junto ao governo municipal, estadual e federal. Orientar o passo-a-passo de como localizar as informações e sobre ações. Ser agente de educação comunitária sobre direitos de participação social com impacto em políticas públicas. (G4, G6)
- Atuações (ter uma cadeira) nos Conselhos Municipais de Saúde (G2, G6)
- Criar legado afetivo: é preciso criar valor cultural de legado afetivo de quem vai cuidar no futuro, assim como é ensinado na cultura oriental, realizado pela família e pela



sociedade. (G4)

- Criar a cultura de solidariedade, comunidade e cooperação com todos. E é preciso ensinar nas escolas para as crianças e jovens para que a solidariedade e engajamento comunitário sejam construídos como valor cultural ao longo do tempo. Fazer parte do currículo escolar (ensino infantil, ensino médio, ensino fundamental e também no ensino superior). (G4)
- Educação em saúde: sensibilização das comunidades para o cuidado domiciliar. (G2)
- Fomentar a cultura de doações. (G4)

### **Transformações nos serviços de CP**

- É preciso quebrar os muros dos serviços, criar meios para que a sociedade se aproxime das discussões sobre os CP para que sejam elemento disparador da transformação. (G6)  
Tentar sair do hospital para estreitar relações com o município. (G2)
- Estímulo e engajamento ao/do voluntariado. (G6, G7)
- Sensibilização de gestores, por exemplo, aproximando-os da realidade da comunidade, convidando a participar e acompanhar momentos de interação com a comunidade. (G8)
- Ouvir a população através da APS. (G7)
- Criar espaços de escuta para as equipes, legitimando seus anseios, dúvidas e dificuldades. (G6)

### **Educação profissional**

- Incluir atividades comunitárias na formação em saúde: graduação, residência. (G3, G7)
- Projetos de educação, matriciamento e interação dos serviços de CP com a APS. (G3, G4, G6)
- Atividades de Ligas Acadêmicas de CP direcionadas à comunidade. (G4, G7)
- Implementar programas de qualificação em CP para equipes de APS e residentes de Medicina de Família e Comunidade. (G3, G4)
- Inclusão dos CP na formação acadêmica de graduandos e profissionais da área de saúde. (G4)
- Educação em CP para profissionais (G6)
- Projetos de Extensão Universitária que ampliam o alcance e o impacto dos CP na comunidade. (G3, G4, G7)



- 
- Promover formação de Agentes Comunitários de Saúde e pessoas compassivas: capacitar membros da comunidade para serem agentes de suporte e compaixão em situações de Cuidados Paliativos. (G4, G8)

#### Contribuições de **Livia Costa de Oliveira**

Nutricionista atuante na assistência, pesquisa e ensino lato e stricto sensu Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer Editora Associada da Revista Brasileira de Cancerologia  
Jovem Cientista do Nosso Estado (FAPERJ)  
Bolsista de Produtividade em Pesquisa (CNPq)

São Paulo, junho de 2024.

#### **Comissão Científica-pedagógica**

6° Encontro Brasileiro de Serviços de Cuidados Paliativos