

CUIDADOS PALIATIVOS NA REDE DE ATENÇÃO

NATHIELE CARVALHO MICHEL¹; CRICIÉLEN GARCIA FERNANDES²;
CAROLINE DE MELO ORESTE³; TAIS ALVES FARIA⁴; JOSÉ RICARDO
GUIMARÃES DOS SANTOS JUNIOR⁵; STEFANIE GRIEBELER OLIVEIRA⁶

¹*Universidade Federal de Pelotas – nathii_mic@hotmail.com*

³*Universidade Federal de Pelotas – cricielen@hotmail.com*

³*Universidade Federal de Pelotas – cmcah@live.com*

⁴*Universidade Federal de Pelotas – tais_alves15@hotmail.com*

⁵*Universidade Federal de Pelotas – josericardog_jr@hotmail.com*

⁶*Universidade Federal de Pelotas – stefaniegriebeleroliveira@gmail.com*

1. INTRODUÇÃO

O Brasil ocupa a 38º posição no ranking de qualidade de morte, entre os quarenta analisados (THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2015). Neste sentido há uma indicação de que os cuidados paliativos precisam funcionar na rede de atenção à saúde, na qual são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Consiste em uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessitam com efetividade e eficiência. Ainda, promove a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

E, quais são os locais de cuidado, que podem ser integrados nesta rede de atenção? Domicílios, unidades básicas de saúde, residências terapêuticas, unidades ambulatoriais especializadas, centros de apoio psicossocial, serviços de hemoterapia e hematologia, hospital, maternidade, unidade de hospital/dia, ambulatório de pronto atendimento, unidade de terapia intensiva, unidade de cirurgia ambulatorial, centro cirúrgico (BRASIL, 2010). Existem dois modelos propostos por Mendes (2010): atenção primária à saúde, como centro da rede de atenção à saúde em condições crônicas e o complexo regulador (serviços de pronto atendimento) como centro da rede de atenção para as condições agudas.

Partimos do modelo da rede de atenção as condições crônicas... E por quê? Pela transição demográfica e epidemiológica, pelo aumento da população mundial, a qual traz importantes questões ao setor saúde; aumento da população idosa e por consequência maior prevalência das doenças crônicas não-transmissíveis como o câncer, diabetes e doenças cardiovasculares; e necessidade de cuidados em longo prazo. A OMS (2003) adverte: Os sistemas de saúde predominantes em todo mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona. Para Mendes (2010) torna-se necessário organizar o sistema de atenção à saúde, separando as condições crônicas das agudas, pois, em geral são de curso curto e que podem ser respondidas por um sistema reativo e com respostas episódicas. Em relação as condições crônicas, que têm curso mais ou menos longo faz-se necessário um sistema que responda a elas de forma proativa, contínua e integrada.

As condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. A adesão aos tratamentos de doenças crônicas chega a ser de apenas de 20%, levando a estatísticas negativas na área da saúde com encargos muito elevados para a sociedade, o governo e os próprios familiares. Pelo fato de tais condições crônicas surgirem na atenção primária, devem ser tratadas principalmente nesse âmbito, e por isso, recomenda-se que os países fortaleçam essa rede (OMS, 2003). Diante disto objetivamos discutir os cuidados paliativos na rede de atenção à saúde, uma vez que encontramos ainda muita fragmentação no sistema.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma reflexão sobre cuidados paliativos na rede de atenção à saúde produzida a partir das discussões no Grupo de Estudos sobre Práticas Contemporâneas do Cuidado de Si e dos Outros, desde 2014. Para fundamentação do presente trabalho, utilizou-se as portarias ministeriais, a literatura de Mendes que propõe a organização das redes de atenção à saúde, e artigos científicos referentes a articulação do tema rede e cuidados paliativos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A questão que propormos é como os cuidados paliativos podem ser inseridos na REDE? Que se constituem de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. Na qual, a população é a razão de existir de uma rede, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica (MENDES, 2010). E quem seria a população nos cuidados paliativos? Em primeiro lugar, os pacientes terminais, especialmente os oncológicos, portadores de doenças fora de possibilidades terapêuticas (doenças crônicas), pacientes oncológicos em tratamento curativo ou em estágio avançado da doença. E, quando surge a necessidade dessa população? Na década de 70, com estudos (ÁRIES, 1977; KÜBLER-ROSS, 1975) que denunciaram a morte solitária, tecnologizada e fria no ambiente hospitalar, bem como o interdito ou falta de discussão sobre o tema.

Áries (1977), em seu estudo sobre a história da morte no Ocidente, romantiza o modo de morrer das pessoas no período medieval, como o ideal para enfrentar o fim da vida, pois as pessoas sentiam que iriam morrer, e se organizavam para resolver as pendências antes de partir. Assim, critica a morte medicalizada, isto é, aquela deslocada para o hospital na modernidade, e que nos deixou despreparados para aceitar nossa finitude. Para Kübler-Ross (1975), a falta de falar sobre tema constitui um mecanismo de defesa dos profissionais de saúde, pois a morte seria um sinônimo de impotência, sendo a formação desses profissionais de saúde, voltada para a cura de doenças e agravos.

O movimento hospice encabeçado por Cicely Saunders, que configurou a filosofia dos cuidados paliativos, também foram condições de possibilidade para pensar a “boa morte”. No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer direcionou-os a um grupo específico: pacientes oncológicos. Centra-se no controle da dor (BRASIL, 2001). Os cuidados paliativos são o ramo da saúde que abrange o tratamento de pessoas portadoras de alguma doença que há impossibilidade curativa, tendo como objetivo das ações a melhora da qualidade de vida e do conforto do paciente e de sua família (BRASIL, 2001; ZUAZBAL, 2007).

É importante destacar a inserção da família neste processo, pois os cuidados paliativos possibilitam uma atenção integral, individualizada e

continuada de pacientes e suas famílias (ZUAZABAL, 2007). O paciente e a família são vistos como uma única realidade de cuidados e recebem apoio técnico-científico, emocional e espiritual (PESSINI E BERTACHINI, 2006). Mas e o cuidador e a família nessa população? Podemos dizer que os cuidados paliativos são prestados aos pacientes, e não à família, pois a mesma apenas recebe apoio da equipe e, à medida que o recebe se transforma cuidado paliativo para o doente, pois ela vai se sentindo mais preparada para aceitar a morte, e assim oportunizar melhor conforto ao paciente (OLIVEIRA et al, 2013).

O segundo elemento constitutivo das redes de atenção à saúde é a estrutura operacional sendo a atenção primária a saúde como centro do diálogo e também o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010; MENDES 2010). Mas no modelo de rede de atenção aos cuidados paliativos, pelo Ministério da Saúde, a filosofia dos cuidados paliativos é que é transversal a todos os espaços de saúde:



Fonte: BRASIL, 2013.

Podemos dizer que esse modelo seria o terceiro elemento proposto por Mendes (2010), pois o Ministério da Saúde traça diretrizes para as equipes de atenção domiciliar para conseguirem suprir as necessidades dos pacientes e familiares em cuidados paliativos, se articulando com outros pontos de atenção da rede de saúde, como a estratégia saúde da família, pronto atendimento, ou até mesmo o hospital. Os grandes pilares do trabalho das equipes de atenção domiciliar nos cuidados paliativos devem envolver, atuação com competência cultural, para reconhecimento adequado de valores e funcionamento das famílias atendidas; preparo da morte no domicílio; comunicar-se de forma ser clara, fornecendo todas as informações necessárias e expressar todos os sentimentos; atingir o maior nível de controle dos sintomas, com ênfase na dor; preparar paciente e familiares para a morte dentro dos limites de cada um, e proporcionar o máximo alívio do sofrimento; instrumentalizar cuidadores e familiares para o cuidado paliativo domiciliar; e, proporcionar qualidade de vida e dignidade para paciente e familiares, com todo o suporte e segurança possível (BRASIL, 2013).

A abordagem espiritual em cuidados paliativos tem grande importância, pois nos agarramos em nossas crenças e valores como recurso interior para alívio de nossas angústias. Entender a morte como um processo natural da vida não é uma tarefa fácil. A crença espiritual nesse momento difícil é, eventualmente, a única ferramenta de alívio ao sofrimento do desligamento definitivo da vida como a conhecemos (BRASIL, 2013).

Alguns desafios a serem superados nessa atenção em cuidados paliativos, envolver superações pessoais e profissionais contínuas, por envolver valores, crenças, conhecimento e emoções. Entre as sugestões para aliviar essa carga de estresse dos profissionais da equipe estão: reuniões com discussão de casos clínicos; educação permanente com a reavaliação e auto-aprendizado da própria equipe em relação a suas práticas de cuidado (BRASIL, 2013).

4. CONCLUSÕES

O tema dos cuidados paliativos na rede de atenção produz reflexões sobre os desafios enfrentados pela falta de preparo dos profissionais e do sistema frente à necessidade de cuidado há longo prazo e a fragmentação do sistema de saúde. Com isso destaca-se a importância da preparação dos profissionais para enfrentar situações onde há impossibilidade curativa, mas que necessita de ações que possam melhorar a qualidade de vida e conforto do paciente e de sua família. Este modelo de atenção que propõe os cuidados paliativos de maneira transversal a todos os espaços de saúde, pode ampliar e qualificar estes serviços que ainda são restritos no Brasil e que refletem a posição atual do país no ranking de qualidade de morte.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**: da idade média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Cuidados paliativos oncológicos**: controle de sintomas. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

KÜBLER – ROSS, E. **Morte**: estágio final da evolução. Rio de Janeiro: Record, 1975.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010

OLIVEIRA, S.G. et al. Internação domiciliar na terminalidade: escolhas terapêuticas e medidas de conforto no olhar do cuidador. **JournalofNursingand Health**, Pelotas, v.3, n.2, p.221-223, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**: relatório mundial. Organização Mundial da Saúde: Brasília, 2003.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **O que entender por cuidados paliativos?** São Paulo: Paulus, 2006.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The qualityofdeath Ranking end-of-lifecareacross the world**. The Economist, 2010.

ZUAZBAL, J. U. Actuación paliativa en las distintas fases de la enfermedad terminal. In: ASTUDILLO, W. et al. (org.) Los cuidados paliativos, una labor de todos. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2007, p.15-30