



INFORMATIONAL ARTICLE

PALLIATIVE CARE IN PRIMARY HEALTH CARE: PROVIDING CARE FOR A GOOD DEATH

CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO BÁSICA: POSSIBILITANDO UM CUIDADO PARA UMA BOA MORTE

CUIDADOS PALIATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: EL CUIDADO DE UNA BUENA MUERTE

Rudval Souza da Silva¹, Álvaro Pereira²

ABSTRACT

Objective: to understand the philosophies of palliative care and discuss your coverage under the Unified Health System. **Methodology:** in the quest to develop the objectives proposed in this paper, we conducted a literature with authors who address the issues of palliative care and primary care as well as their integration. **Results:** the integration of palliative care in primary care is of great relevance to an increasingly careful near entirety, as well as the way of the joint organization of the network of primary health care with the hospital network, with an integration where there are qualified human resources within the philosophy of palliative care, availability of drugs, especially opioids and foremost a policy of welcoming effective. **Conclusion:** it is necessary to reflect on the importance of palliative care and its place in the context of primary care, since it comes to contribute with greater comfort and dignity for the patient who is in the process of death and his family. **Descriptors:** hospice care; primary health care; single health system; death; nursing care.

RESUMO

Objetivos: compreender a filosofias dos cuidados paliativos e discutir a sua abrangência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Metodologia:** na busca por desenvolver os objetivos propostos neste ensaio, realizamos uma pesquisa bibliográfica com autores que abordam as temáticas dos cuidados paliativos e a atenção básica, bem como a sua integração. **Resultados:** a inserção dos cuidados paliativos na Atenção Básica é de grande relevância para um cuidado cada vez mais próximo da integralidade, como também o modo de organização a articulação da rede de atenção primária à saúde com a rede hospitalar, com uma integração onde haja recursos humanos qualificados dentro da filosofia dos cuidados paliativos, disponibilidade de medicamentos, especialmente os opióides e acima de tudo uma política de acolhimento eficaz. **Conclusão:** faz-se necessário refletir sobre a importância dos cuidados paliativos e sua inserção no contexto da Atenção Básica, uma vez que vem a contribuir com um maior conforto e dignidade para o paciente que esta em processo de morte e sua família. **Descritores:** cuidados paliativos; atenção primária à saúde; sistema único de saúde; morte; cuidados de enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: comprender la filosofía de los cuidados paliativos y discutir su cobertura por el Sistema Único de Salud. **Metodología:** en la búsqueda del desarrollo de los objetivos propuestos en este trabajo, realizamos una literatura con autores que abordan los temas de los cuidados paliativos y la atención primaria, así como su integración. **Resultados:** la integración de los cuidados paliativos en la atención primaria es de gran relevancia para un conjunto cada vez más cerca de cuidado, así como la forma de la organización conjunta de la red de atención primaria de salud con la red hospitalaria, con una integración donde hay recursos humanos calificados dentro de la filosofía de los cuidados paliativos, disponibilidad de medicamentos, especialmente los opiáceos y sobre todo una política de acogida eficaz. **Conclusión:** es necesario reflexionar sobre la importancia de los cuidados paliativos y su lugar en el contexto de la atención primaria, ya que se trata de contribuir con mayor comodidad y dignidad para el paciente que está en el proceso de la muerte y su familia. **Descriptores:** cuidados paliativa; atención primaria de salud; sistema único de salud; muerte; atención de enfermería.

¹Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pelo PPGEnf da Universidade Federal da Bahia/UFBA. Licenciado em História pela Universidade Estadual da Bahia - Campus IV, Jacobina. Professor substituto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia/UFBA. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: rudvalsouza@yahoo.com.br; ²Enfermeiro. Professor Doutor Adjunto IV do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia/UFBA. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: alvaro_pereira_ba@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Percebe-se nos dias atuais uma maior prevalência das doenças crônicas não-transmissíveis, suscetível à ocorrência de morbidades, como, por exemplo, câncer, diabetes e doenças cardiovasculares, muitas delas em estágio muito avançado de evolução, no qual o paciente encontra-se numa condição que foge a possibilidade de intervenções direcionadas a cura, desse modo, o que pode ser feito para ele e sua família, é prosseguir com intervenções direcionadas ao cuidado — instituindo-se os cuidados paliativos.

Daí nos vem o seguinte questionamento, como é possível um modelo assistencial adequado e com alta resolutividade, em se tratando de pacientes com doenças em estágio avançado e fora de possibilidade de cura no âmbito da atenção básica?

Na tentativa de responder a tal questionamento, este breve ensaio busca compreender o que é a filosofia dos cuidados paliativos e discutir a abrangência desta no âmbito do Sistema Único de Saúde — SUS por intermédio da Atenção Básica.

Os cuidados paliativos constituem um campo interdisciplinar de cuidados totais, ativos e integrais, dispensados aos pacientes com doenças avançadas e em fase terminal. Começaram a ser organizados no final dos anos 60 do século passado, tendo em seu arcabouço teórico — conhecido como filosofia do moderno movimento *hospice* — o cuidar de um ser humano que está morrendo e de sua família, com compaixão e empatia.¹

A inclusão dos cuidados paliativos no domínio do SUS através do sistema da atenção básica em saúde é uma possibilidade de se construir uma rede de cuidados no fim da vida, visto que estes são considerados, cada vez mais, como um campo requerido por autênticas necessidades de saúde. O Brasil é pioneiro na implantação do Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos do Sistema Único de Saúde (SUS).²

Esta proposta faz parte da estratégia dos agentes comunitários de saúde, pelo estreito conhecimento que estes têm de suas comunidades, constituindo-se em importante elo entre estes pacientes e o restante da equipe da atenção básica, na medida em que detectariam a existência destes pacientes, identificando suas necessidades e as de seus familiares.³

Um dos pontos críticos no acompanhamento dos pacientes com doenças

fora de possibilidade de cura em estágio avançado consiste na ruptura da continuidade de acompanhamento e tratamento destes pacientes, a partir do momento em que não pode mais ser ofertado tratamento curativo, em especial nas regiões de difícil acesso.

A atenção primária a saúde (APS) compartilha características com outros níveis do sistema como responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, atenção à prevenção, bem como tratamento, reabilitação e trabalho em equipe. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas e seus problemas de saúde.⁴

Os princípios ou atributos da APS representam uma prática de foco individual e coletivo que permite o alcance do cuidado integral, tomando como definição de integralidade, a “capacidade da equipe de atenção primária em lidar com os problemas emergentes na população à qual serve”.^{4:47} Destarte, os cuidados paliativos possibilitam uma continuidade do cuidado, em busca da integralidade, assistindo o paciente em seu domicílio.

• Os Cuidados Paliativos

A origem do termo cuidado paliativo advém de uma discussão sobre o modo de lidar com os pacientes ditos fora de possibilidades de cura. Uma concepção que data da época das Cruzadas religiosas, quando monges ocupavam as hospedarias à beira das estradas, conhecidas como *hospices*, que eram áreas destinadas à assistência a moribundos, geralmente soldados feridos nas batalhas. Nessa época, havia o predomínio de práticas de saúde de caráter mágico-religioso e a preocupação sanitária do Estado era voltada para os pobres. O primeiro *hospice* que se tem notícia data de 1842, fundado em Lyon — França, para os moribundos.¹

Etimologicamente o termo paliativo deriva do latim *pallium*, que significa capa, manto, dando uma excelente imagem para os cuidados paliativos: um manto protetor e acolhedor, que ocultaria o que está subjacente; no caso, os sintomas decorrentes da progressão da doença.¹ A Organização Mundial da Saúde (OMS) recentemente redefiniu os cuidados paliativos como: abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, em face de uma doença terminal, através da prevenção e do alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação rigorosa e

Silva RS da. Pereira Á.

Palliative care in primary health care: providing...

tratamento da dor e de outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais.⁵

É importante salientar que cuidado paliativo não é sinônimo de atendimento domiciliar, do tipo internação domiciliar, mas este é um importante recurso de assistência utilizado pelos cuidados paliativos, filosofia que se propõe por meio de medidas vigorosas, combaterem os sintomas estressores que acometem o paciente com doença avançada e em fase terminal para, a partir deste controle, tentar melhorar a qualidade de seu cotidiano, ou minimizar sofrimento, e oferecer os meios cabíveis para que o processo possa ser considerado mais digno.³

Os passos a serem seguidos nos cuidados paliativos devem ser definidos para e com o paciente, visando ajudá-lo a participar ativamente do processo decisório acerca de sua vida, se assim o desejar ou estiver em condições de fazê-lo, preservando, desta maneira, sua competência ou capacidade autônoma, e auxiliando-o ativamente e de um modo abrangente na fase final de sua doença a ter o que podemos designar como uma boa morte.

Os cuidados paliativos têm como filosofia não apressar nem retardar a morte, mas proporcionar meios para que esta ocorra com dignidade humana, considerando a morte como um evento natural. Seu objetivo maior é aliviar a dor e outros sintomas que provocam sofrimento, integrando os aspectos psicológicos e espirituais nos cuidados aos pacientes e sua família e oferecendo suporte para ajudar os pacientes a viverem ativamente tanto quanto possível e ajudando a família a lidar com a doença do seu entequerido e com o seu próprio luto.^{1, 6}

Com os avanços da ciência moderna, o poder das incorporações tecnológicas acríticas cresceu enormemente, sem, no entanto, ter sido considerado o impacto dessa nova realidade na qualidade de vida dos doentes. Pode-se citar o exemplo das unidades de terapia intensiva, que passaram a receber pacientes de doenças crônicas com intercorrências, que são contemplados com os mesmos cuidados que os pacientes com quadros agudos, passíveis de recuperação, enquanto aos outros, com frequência, é imposta uma longa e sofrida agonia. Ocorrendo o que se chama de medicalização da morte.¹ Assim sendo, necessita que os profissionais de enfermagem repensem a sua prática cotidiana de cuidado, se dispondo a discutir com o paciente, quando possível for, e seus familiares, expondo a real situação do processo de doença que acomete o paciente,

para que conjuntamente sejam tomadas as decisões, respeitando a autonomia do paciente.

Outro ponto importante é que a partir do momento em que a deliberação seja tomada, a família terá condições de também cuidar do seu entequerido e viver com ele os últimos momentos de vida que lhe restam, com a possibilidade do acompanhamento no domicílio. Isso contribuirá para uma melhor otimização dos leitos nas unidades de cuidados críticos, evitando com isso as situações de mistanásia, muito comum na realidade do sistema público de saúde brasileiro. Unidade hospitalares superlotadas e um grande número de pacientes com prognóstico favorável morrendo por falta de leitos vagos.⁷

Nesse sentido a APS vem demonstrando ser um elemento essencial na constituição dos sistemas nacionais de saúde, com competência para influir nos indicadores de saúde e com grande potencial regulador da utilização dos recursos de alta tecnologia, garantindo o acesso universal aos serviços que tragam reais benefícios à saúde da população. Desse modo precisa-se entender que é necessário o desenvolvimento dos cuidados paliativos no âmbito da APS, para que o paciente possa ser assistido, desde que seja de sua vontade, mais próximo dos seus familiares e contando com o apoio, atenção e acompanhamento dos profissionais da equipe de saúde da família.

• A Atenção Básica

Ao longo da década de 90 — século XX, a atenção à saúde no Brasil adquiriu uma nova configuração como resultado de tendências originadas em décadas anteriores. O Sistema Único de Saúde (SUS) resultou do movimento pela Reforma Sanitária que ampliou a influência de suas proposições com a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.⁸

Conforme o estabelecido na Constituição Federal de 1988⁹ e na Lei 8.080¹⁰ que instituiu o SUS, as ações e os serviços públicos de saúde devem ser norteados pelos princípios de integralidade, que garantam o atendimento articulado da população, na dimensão da promoção e proteção da saúde; equidade, que garante o direito de atendimento segundo as necessidades e vulnerabilidades de cada grupo ou pessoa; e universalidade da assistência, que preconiza a oferta de serviços de saúde em todo o País para todos os cidadãos.

Os maiores desafios atuais estão ligados ao novo modelo de saúde, que subordina os programas de assistência médica individual aos preceitos e programas de interesse coletivo e direitos de cidadania, observando os princípios do SUS. Esses desafios referem-se à melhoria da qualidade da atenção, à elevação da resolubilidade da rede de unidades básicas de saúde (UBS) e à garantia de acesso aos serviços, buscando superar as desigualdades de acesso existentes.¹¹

No Brasil o Ministério da Saúde utiliza o termo Atenção Básica para designar Atenção Primária a Saúde. O uso dessa terminologia é atribuído à necessidade de diferenciação entre a proposta da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e a dos cuidados primários de saúde, interpretados como política de focalização e como atenção primitiva à saúde. A ESF é uma estratégia organizativa das políticas de atenção a saúde no SUS.¹²

A Portaria 648/GM, de 28/03/06, define a atenção básica como: Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. [...] considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca [...] redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. Tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS.^{13:1}

A ESF, anteriormente denominada de Programa de Saúde da Família (PSF) foi criada pelo Ministério da Saúde em 1994 e é definido como um modelo de assistência que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes, que farão o atendimento na unidade local de saúde da comunidade, no nível de atenção primária. Além do atendimento, suas atividades devem incluir programação, grupos terapêuticos e visitas domiciliares, entre outras.^{8,12}

A ESF é considerada uma estratégia substitutiva de reestruturação do modelo anterior - PSF, possibilitando a reorganização da prática assistencial em novas bases e novos critérios. Tem como princípios-chave a definição de território, adscrição das famílias, cadastro, prontuário familiar e agenda. Atualmente a estratégia da Saúde da Família vem sendo implantada em substituição ao modelo tradicional para a Atenção Básica. A sua organização favorece o estabelecimento

de vínculos de responsabilidade e confiança entre profissionais e famílias e permite uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções a partir dos problemas e demandas identificadas.⁸

• A Atenção Básica e os Cuidados Paliativos

A partir do que foi discutido, podemos apreender que no campo da Atenção Básica, através do modelo de ESF, há espaço para os cuidados paliativos, considerando que o domicílio costuma ser o local de preferência, em algum momento, de tratamento por parte significativa dos pacientes com doenças em estágio avançado, onde estes costumam preferir ir para suas casas na fase terminal da doença, ainda que esta decisão não costume ser definitiva e possa mudar rapidamente, particularmente nos últimos dias ou nas horas finais de vida.

É preciso lembrar que a presença do paciente com pouco tempo de vida no domicílio traz, em geral, intenso estresse à sua família e ao cuidador deste paciente — geralmente um membro da família, o que demanda, por parte da equipe que os assistem, habilidades no sentido de ajudá-los a lidar melhor com as situações surgidas.

Os membros da equipe, precisam saber ouvir e transmitir notícias ruins ao paciente numa linguagem acessível a todos, principalmente porque, nesta fase do tratamento, as ações não terão mais um caráter curativo. É necessário que haja facilidade de interconsultas com os serviços de cuidados paliativos, mesmo à distância, e hospital de retaguarda, para suprir eventual necessidade de internação ou para realização de determinados procedimentos técnicos de diagnóstico ou de tratamento.³

Outro ponto de destaque nessa modalidade de assistência é a disponibilidade de tempo no domicílio, um aspecto de grande relevância, uma vez que, pela própria natureza do tipo de paciente atendido, as visitas da equipe consomem um tempo considerável.

Também é muito importante que o profissional da atenção básica tenha facilidade de contato com centros de referência em cuidados paliativos que, mesmo à distância, podem ser muito úteis na orientação dos aspectos decisórios de natureza técnica, além de poder contar com o suporte dos hospitais gerais mais próximos para admissão dos pacientes, na vigência de sintomas e sinais de difícil manejo domiciliar como, por exemplo, dor refratária, delírio e dispnéia intensa. Desse modo, se faz

necessário o desenvolvimento de programas de educação continuada, uma necessidade crucial para que os cuidados paliativos no âmbito do SUS sejam bem organizados, sendo de fundamental importância que a equipe busque uma uniformidade em seu discurso e dialogue abertamente com o paciente, seu cuidador e a família.

A organização de um sistema de saúde que absorva na integralidade os pacientes com doença avançada e em fase terminal, e seus familiares, só será possível se este sistema se fundamentar em princípios que incluam o cuidado, o não-abandono e a proteção. Talvez um dos aspectos mais desafiadores em relação à absorção pelo sistema de saúde dos cuidados paliativos esteja na organização efetiva dos recursos humanos, haja vista a nossa formação, profissionais de saúde, pautada num modelo de práticas curativas.¹¹

Não podemos nos esquecer de que os cuidados paliativos trabalham em um terreno fronteiriço muito difícil, no limiar entre a vida e a morte, e com muita frequência são oferecidos somente quando o tratamento curativo não está indicado - este é o modelo que tem prevalecido em nosso meio, a despeito de não ser a recomendação atual, que incentiva a oferta dos cuidados paliativos desde a fase de tratamento curativo.

Consequentemente é mandatório o uso de um tipo específico de conhecimento acerca da filosofia dos cuidados paliativos, que consiga organizar e oferecer os cuidados ao paciente fora de possibilidade de curas em todos os níveis de referência sem descontinuidade e que, ao ir ao domicílio, a equipe da atenção básica possa ser capaz de oferecer as ferramentas do modelo de internação domiciliar, dentro do modelo de competência dos cuidados paliativos, ainda que adaptados aos mais diversos ambientes domiciliares.

CONCLUSÃO

Podemos concluir observando o quão é importante a inserção dos cuidados paliativos na Atenção Básica, assim como de uma maior e melhor articulação da rede de atenção primária à saúde com a rede hospitalar, onde alguns pontos devem ser levados em consideração para organizar, de modo adequado, a participação da atenção básica na implementação dos cuidados paliativos, como o modo de organização da rede regionalizada, a dinâmica das relações familiares — frequentemente atingida no decurso de uma doença de evolução inexorável, a organização de recursos

humanos qualificados para a composição das equipes, à facilidade de aquisição de medicamentos essenciais para a boa prática de cuidados paliativos, especialmente de opióides e à elaboração de uma política de assistência nacional, integrada em uma rede, que se fundamente no acolhimento e na proteção a todos os atingidos.

REFERÊNCIAS

1. Pessini L. Distanásia, Até quando prolongar a vida? Editora do Centro Universitário São Camilo:Loyola. São Paulo; 2001.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 19/GM. Em 03 de janeiro de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos; 2002. [acesso em 2009 Nov 05]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/sas>
3. Floriani CA, Schramm FR. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. Cad Saúde Pública. set, 2007; 23(9):2072-2080.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO, Ministério da Saúde. Brasília; 2002.
5. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. [acesso em 2009 Nov 5]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer>
6. Souza ATO, Ferreira LAM, França JRFS, Costa SFG, Soares MJGO. Cuidados Paliativos: produção científica em periódicos on line no âmbito da saúde. Rev Enferm UFPE on line [periódico na internet]. Abr-Jun 2010 [acesso em 2010 Abr 4];4(2):395-404. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/610/pdf_62
7. Pereira A, Campos AER, Silva RS. Morrendo com dignidade - sentimentos de enfermeiros ao cuidar de pacientes que morrem na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Enferm UFPE on line [periódico na internet]. Jul-Set 2009 [acesso em 2009 Nov 13];3(3):131-136. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/165/165>
8. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. 6.ed. Rio de Janeiro; 2003.
9. Brasil. Constituição Federal. Título VIII - Da ordem social; Capítulo II - Seção II, Da Saúde - Artigo 196. Brasília: Senado Federal; 1988.

Silva RS da. Pereira Á.

Palliative care in primary health care: providing...

10. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. In: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de Normas para o Controle Social no SUS. Brasília: Editora do MS; 2006.

11. Lavor MFS. Cuidados paliativos na Atenção Básica: visão dos enfermeiros do Programa Saúde da Família. 2006. [Dissertação] Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro; 2006.

12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 648/GM. Em 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS); 2006. [acesso em 2009 Nov 5]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/sas>

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2009/04/21

Last received: 2010/04/21

Accepted: 2010/04/28

Publishing: 2010/05/15

Address for correspondence

Rudval Souza da Silva
Rua Anísio Melhor, 01 Edf. Resid Andrade - Ap.
301, Bairro Cabula VI
CEP: 41181-100 – Salvador, Bahia, Brasil