

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG
Curso de Especialização em Saúde da Família

**ATRIBUIÇÕES OFICIAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM RELAÇÃO AOS PACIENTES FORA DE
POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS**

Cíntia Natália Martins Barbosa

**CONSELHEIRO LAFAIETE/MINAS GERAIS
2011**

Cíntia Natália Martins Barbosa

**ATRIBUIÇÕES OFICIAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM RELAÇÃO AOS PACIENTES FORA DE
POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CÍNTIA NATÁLIA MARTINS BARBOSA

**ATRIBUIÇÕES OFICIAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RELAÇÃO
AOS PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Banca examinadora:

Raphael Augusto Teixeira de Aguiar
(Orientador)

Conselheiro Lafaiete, ____ de _____ de 2011

AGRADECIMENTOS

A Deus pela sua Presença em minha vida repleta de oportunidades para que eu possa cumprir minha missão como pessoa, mãe, esposa e profissional de saúde.

Ao meu filho Bernardo apesar da pouca idade que me fortaleceu e incentivou a buscar por este título.

Ao Raphael pela paciência e seu pronto atendimento cheio de gentileza na orientação deste estudo.

“Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo o que está ao nosso alcance, não somente para ajudar você a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da morte”.

Dame Cicely Saunders

RESUMO

Uma nova realidade na saúde é marcada por mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, uma vez que é crescente o número de pacientes com doenças terminais e sem possibilidades terapêuticas. O presente estudo vem analisar e discutir as atribuições oficiais da equipe de Saúde da Família em relação a esses pacientes, bem como a sua relação com a Atenção Básica. Foram analisadas a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Atenção Oncológica a fim de se identificar o que há de concreto sobre os Cuidados Paliativos no âmbito da Atenção Básica. Conclui-se que, embora a Política Nacional de Atenção Oncológica mencione a Atenção Básica como *locus* desse cuidado, o mesmo não ocorre com a Política Nacional de Atenção Básica, que não menciona os cuidados paliativos. Especula-se que esse fato reflita uma desconexão entre ambos os cuidados também no cotidiano das equipes de Saúde da Família – o que não é desejável, uma vez que os pacientes que demandam Cuidados Paliativos necessitam de atendimento humanizado e integral, princípios esses que são norteadores tanto da Atenção Básica quanto dos Cuidados Paliativos.

Palavras-chave: Atenção Primária. Programa de Saúde da Família. Cuidados paliativos. Pacientes fora de possibilidade terapêuticas.

ABSTRACT

A new reality in health has been set by demographic and epidemiological changes, since there is a growing number of terminally ill patients who are unable to be cured. This study aims to analyze the official duties of the Family Health Team regarding those patients, as well as the relationship between Primary Care and Palliative Care. We analyzed the National Policy for Primary Care and the National Policy for Oncology Care in order to identify common elements. Although the latter mention Primary Care as the scenario for Oncologic CARE, there are no mentions about palliative or oncologic care in the first one. This might show a disconnection between both, which may impact on the family health teams' daily routine. This is not desirable, since those patients require comprehensive, humanized care, which are guiding principles of both primary and palliative care.

Keywords: Primary care. Family Health Program. Palliative care. Terminal patients.

LISTA DE SIGLAS

- APS** - Atenção Primária à Saúde
- CACON** - Centro de Alta Complexidade em Oncologia
- ESF** - Estratégia Saúde da Família
- INCA** - Instituto Nacional do Câncer
- NASF** - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- PACS** - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PAD** - Programa de Atenção Domiciliar
- PSF** - Programa Saúde da Família
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- UNICEF** - Fundo das Nações Unidas para a Infância
- UPAS** - Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVO	11
3 REVISÃO DA LITERATURA	12
3.1 Atenção Primária à Saúde – APS	12
3.2 APS e a Saúde da Família no Brasil	13
3.3 Cuidados Paliativos	16
3.3.1 <i>Visão Geral de Cuidados Paliativos no Brasil</i>	18
3.3.2 <i>Cuidados Paliativos e Atenção Básica: uma integração necessária</i>.....	19
4 PERCURSO METODOLÓGICO	21
5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	23
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem foco nos cuidados paliativos e nas atribuições oficiais da equipe de saúde da família em relação aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

O interesse pelo tema em cuidados paliativos surge ao me deparar com a abordagem insuficiente do tema no curso de graduação, pela experiência familiar de ter vivenciado o processo de terminalidade de entes queridos e pelo trajeto profissional que percorri no Programa Saúde da Família - PSF.

Trabalhei no PSF de 2005 a 2009, e durante esse período não tive contato com pacientes fora de possibilidades terapêuticas, talvez porque esses fossem referenciados para outros municípios para tratamento.

Entrei no Programa de Atenção Domiciliar - PAD, da Prefeitura de Belo Horizonte - em outubro de 2009, e até o fechamento deste trabalho, tive a oportunidade de acompanhar cerca de 42 pacientes fora de possibilidades terapêuticas. Um terço desta demanda foram referenciados através do PSF. Atualmente a forma de se referenciar estes pacientes mudou no início de 2011, uma vez que o Programa de Atenção Domiciliar surgiu para desospitalizar as UPAS e hospitais e não resolver um problema da Atenção Primária. Visto o meu despreparo e da própria equipe de Atenção Primária em lidar com esses pacientes, proponho-me, no presente estudo, a analisar o papel da equipe de saúde da família nessa fase crítica e angustiante que vive o paciente. Sabe-se que a participação efetiva do profissional junto a ele e à família permite uma maior integração com o cuidar, favorecendo assim na qualidade da assistência prestada ao paciente fora de possibilidade terapêutica.

Segundo Firmino, 2004 *apud* Lavor, 2006, p.19, a atenção básica compreende todo um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção, objetivando a qualidade de vida das pessoas e do meio ambiente. Já os cuidados paliativos estão voltados para o controle e alívio dos sintomas e passíveis de ser desenvolvidos com recursos de menor complexidade. Dessa forma, cabe uma reflexão sobre a possibilidade de os mesmos serem desenvolvidos nesse nível de atenção.

Assim, pretendo, por meio deste trabalho, identificar o papel da equipe do PSF em relação ao cuidado com os pacientes terminais e suas famílias nessas situações.

Além desta introdução e do objetivo colocado a seguir, este estudo é organizado em mais quatro partes. A primeira é um referencial teórico que examina o conceito da Atenção Primária à Saúde – APS e a apresentação dos cuidados paliativos em sua importância, conceitos, objetivos e princípios, bem como um relato sobre esses cuidados no Brasil com foco na APS e PSF. A segunda parte refere-se aos procedimentos metodológicos. A terceira refere-se a discussão e análise de resultados e a quarta, as considerações finais.

2 OBJETIVO

- Identificar as atribuições oficiais da equipe de saúde da família em relação aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Atenção Primária à Saúde - APS

A APS tem uma importância significativa nos dias atuais por se constituir em um conjunto integrado de ações básicas que contribuem para o cuidado em saúde de uma forma ampla, incluindo ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento de enfermidades mais comuns e reabilitação. Por tratar-se de um cuidado que considera a determinação social da saúde de uma forma mais abrangente, ela acaba por incluir também ações de assistência social, educação sanitária, capacitação ocupacional e mesmo ações para o meio ambiente.

O conceito de APS encontrado mais comumente na literatura foi elaborado em 1978, durante a I Conferência Internacional em Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata, Cazaquistão, organizada conjuntamente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Essa importante reunião, da qual participaram 134 países, propôs esse conceito como uma estratégia para "... ampliar o acesso de forma a atender, com igualdade de condições, todos os membros ou segmentos da sociedade até o ano 2000" (ROSA; LABATE, 2005, p.1029):

Atenção Primária à Saúde é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e em cada uma das etapas de seu desenvolvimento, em um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação. A Atenção Primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva, na medida do possível, a atenção da saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária. (OMS, 1978 *apud* AGUIAR, 2003, p.44).

A APS é importante do ponto de vista econômico, uma vez que diminui sensivelmente a hospitalização e os gastos tecnológicos, já que nesse nível as tecnologias utilizadas são básicas e com grande resolutividade (RONZANI; STRALEN, 2003). Além disso, países com APS menos estruturada – ou ausente –

têm gastos maiores em saúde. Por outro lado, países que possuem uma APS mais organizada têm menores despesas (STARFIELD; SHI 1996 *apud* AGUIAR, 2010).

Outra importância da APS está relacionada ao crescimento da incidência de doenças crônico-degenerativas, uma vez que esse tipo de enfermidade pode se beneficiar dessa modalidade de cuidado, aumentando a esperança de vida ao nascer (LAVOR, 2006). Além disso, uma vez que vários países ainda não conseguiram erradicar doenças infecto contagiosas, a sua importância torna-se ainda maior (RONZANI; STRALEN, 2003).

A APS ainda tem seu destaque no aumento da cobertura vacinal para doenças infecciosas, o que leva a uma queda significativa na taxa de mortalidade infantil. Também já foi observada uma maior detecção precoce do câncer de mama e uma menor mortalidade por câncer cervical e colorretal (AGUIAR, 2010).

Abordaremos, a seguir, a inserção da APS no Brasil e a sua principal interface com o SUS: O Programa Saúde da Família (PSF).

3.2 APS e a Saúde da Família no Brasil

A proposta do SUS é garantir aos brasileiros cuidados integrais e necessários a uma vida saudável, incluindo aí a prevenção de doenças, promoção de saúde, tratamentos e reabilitação. Assim sendo, para concretizar esse propósito, o SUS passou progressivamente a investir no desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde.

Esse processo teve início em 1991, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Devido ao relativo êxito dessa iniciativa, o Ministério da Saúde organizou, ao final de 1993, em Brasília, uma reunião sobre o tema “Saúde da Família”. O programa foi efetivamente criado no início de 1994 (AGUIAR, 1998).

Seu principal propósito foi reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros (OLIVEIRA et al., 2009).

A partir da publicação do documento “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, em 1997”, a iniciativa passou a ser

considerada uma estratégia em vez de programa¹, visto que esse termo denota uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF, considerado a partir de então uma estratégia de reorganização da Atenção Primária, não deveria ter um tempo limitado de existência (COSTA et al., 2005).

O PSF veio, ao longo do tempo, consolidando-se como uma estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil (COSTA et al., 2005). Esse processo culminou com a publicação da Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, que estabeleceu claramente que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica (COSTA et al., 2005). Essa modalidade de atenção, por sua vez, tem os seguintes objetivos:

- I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- VI - estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006, p.11).

Além disso, também são princípios do PSF, dentre outros: Substituir as práticas de saúde convencionais por práticas que também levem em conta a promoção à saúde e a prevenção de doenças e promover a hierarquização do cuidado, atuando em um primeiro nível do sistema municipal de saúde que deve estar vinculadas a rede de serviços de forma a garantir atenção integral, assegurando a referência e contra referência para as clínicas e serviços de maior complexidade (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

Ele propõe inovações no modo de cuidar da saúde que abraçam alguns eixos apresentados nas normatizações, como a mudança do objeto de atenção – que

¹ Apesar dessa mudança de termo, a estratégia Saúde da Família continuou a ser chamada de PSF, abreviatura que continuaremos a utilizar neste estudo.

passa a se constituir não apenas em indivíduos, mas também em suas famílias e toda a sua comunidade – e da forma de organização do serviço e de suas ações (MENDES *apud* SANTOS, 2005, p.3). É responsabilidade da equipe conhecer sua clientela e planejar ações de saúde que sejam pertinentes à área de abrangência de cada USF, de forma a atuar preventivamente ou oferecendo assistência a quem já se encontra doente (BRASIL, 1997).

O Programa Saúde da Família é composto por equipes multiprofissionais formadas por um médico, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários. Os profissionais de saúde bucal foram oficialmente inseridos no PSF por meio de equipes de saúde bucal em 28 de dezembro de 2000, através da Portaria 1.444 (ANDRADE; FERREIRA, 2006). Em 2006, visando ao fortalecimento do Programa Saúde da Família, bem como a melhoria da qualidade e da resolutividade da atenção básica, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, que têm, por objetivo,

ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica (CONASS, 2007, p.2).

O PSF está estruturado a partir da Unidade Básica de Saúde, com uma equipe multiprofissional responsável pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (BERNS; RUMOR, 2008).

A equipe multiprofissional citada anteriormente deve atuar em uma perspectiva interdisciplinar, de forma a articular suas práticas e conhecimentos com o intuito de propor soluções e intervenções que levem à melhora do estado de saúde de sua população adscrita. Para isso, a equipe deve atuar de forma integral, efetiva, contínua (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

A equipe de Saúde da Família deve promover a saúde do indivíduo – e da população de uma forma geral – de forma a elevar sua qualidade de vida, atuando em todo o seu contexto biopsicossocial e enxergando-o como um todo, afirmando assim princípios básicos do SUS como a integralidade e a humanização, que – como se verá a seguir, também são diretrizes importantes para a atuação dos profissionais na modalidade dos Cuidados Paliativos.

3.3 Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos na assistência à saúde têm um papel significativo para as sociedades atuais, visto que se vivencia um momento de grandes transformações físicas, psicológicas e espirituais que geram problemas e questões relacionadas à qualidade de vida dos indivíduos em todos os setores da sociedade (SILVA, 2004).

Os cuidados paliativos são uma área de atuação interdisciplinar que tem, como objetivo, a melhora da qualidade de vida dos pacientes em fase de terminalidade. Devido a vários fatores, como a transição demográfica, a sua importância é crescente e com amplo reconhecimento.

Essa transição é uma realidade nos dias atuais. Pode-se perceber que o envelhecimento da população levou a uma mudança no perfil epidemiológico de várias doenças, aumentando a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, alterando assim o processo de morte. O aumento das doenças crônicas e suas complicações resultam em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e no aumento de gastos, o que leva a necessidade de incorporação de tecnologia para o tratamento das mesmas (SCHRAMM et al., 2004). Para Lavor, (2006) este processo acontece em decorrência da redução de óbitos por doenças infecciosas. Com essa mudança, os cuidados paliativos ocupam uma posição crescente em importância dentro das práticas de Saúde e constituem hoje uma prioridade para OMS (FERNANDES, 2009).

Outro aspecto importante é a dor e o desconforto que o câncer traz para o indivíduo além do impacto de ordem psíquica, social e econômica que a doença traz tanto para o indivíduo quanto a família, o que torna ainda mais necessário a criação de políticas voltados para os cuidados paliativos (SILVA, 2004).

A OMS, em 1990, definiu cuidados paliativos como “o cuidado ativo total de pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo”. Em 2002, essa organização redefiniu esse conceito como:

uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (OMS *apud* PESSINI; BERTACHINI, 2005, p.2).

Segundo Floriani (2009) a primeira definição, de 1990, é mais cautelosa ao propor que o objetivo do cuidado paliativo é “alcançar a melhor qualidade de vida possível”. Por outro lado, a OMS foi mais afirmativa na sua segunda definição, afirmando que o cuidado paliativo melhora a qualidade de vida dos pacientes. Outro aspecto relevante sobre a diferença das duas definições é que a primeira está centrada apenas nas doenças oncológicas, enquanto que a de 2002 é mais ampla, ainda que não responda a todos os questionamentos sobre quais sejam estas doenças.

De acordo com a definição mais recente da OMS, em 2002, os objetivos dos cuidados paliativos são prevenir e aliviar o sofrimento. Dessa forma, espera-se que esses cuidados ofereçam aos pacientes e seus familiares a melhor qualidade de vida possível, seja qual for o estágio da doença (MACIEL, 2008; MORRISON, 2006; NATIONAL CONSENSUS PROJECT, 2009 *apud* FERNANDES, 2009).

A OMS, em 2002, criou os princípios dos cuidados paliativos com intuito de aplicá-los tanto na etapa inicial da doença quanto em fases mais avançadas, combinando-os com terapêuticas específicas ao processo patológico de cada paciente. Podem-se enumerar esses princípios da seguinte forma:

- Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis ou estressantes;
- Afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da mesma;
- Não acelerar nem adiar a morte;
- Integrar aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado;
- Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento de sua morte;
- Oferecer um sistema de suporte que auxilie a família e entes queridos a se sentirem amparados durante o processo da doença;
- Iniciar o mais precocemente a quimioterapia e a radioterapia em caso de neoplasias;
- Incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

Os princípios definidos pela OMS podem ser aplicados a qualquer paciente independentemente do tipo de diagnóstico, não se restringindo apenas a um tipo de doença. Além disso, o foco da atenção em cuidados paliativos não está apenas na

doença a ser curada: e sim no doente como um ser biográfico que tem direito a participar de forma ativa sobre as decisões que dizem respeito ao seu tratamento. O cuidado paliativo preconiza atenção individualizada ao doente e de sua família de forma encontrar a melhor forma de controlar os sintomas indesejáveis e evitar o sofrimento (MACIEL, 2008).

A seguir será descrito o desenvolvimento dos cuidados paliativos no Brasil, desde o seu surgimento até a publicação de suas normatizações mais recentes.

3.3.1 Visão Geral de Cuidados Paliativos no Brasil

O primeiro serviço de cuidados paliativos no Brasil foi instituído no Rio Grande do Sul em 1983, e em seguida, em São Paulo e Santa Catarina respectivamente. O serviço de suporte terapêutico oncológico do Instituto Nacional do Câncer - INCA funciona desde 1989, oferecendo tanto assistência domiciliar como hospitalar, sendo reconhecido como referência no suporte terapêutico oncológico (TEIXEIRA et al. *apud* RODRIGUES, 2004).

As normatizações relativas a esse tipo de cuidado começaram a surgir em 2001, com a formalização dos cuidados paliativos no âmbito do SUS, por meio das Portarias nº 19/GM, de 03 de janeiro de 2002 e a de nº 1.319, de 23 de julho de 2002. A primeira, em seu primeiro artigo, propõe "...Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, cujos objetivos gerais são:

- a- Articular iniciativas governamentais e não governamentais voltadas para a atenção/assistência aos pacientes com dor e cuidados paliativos;
- b- Estimular a organização de serviços de saúde e de equipes multidisciplinares para a assistência a pacientes com dor e que necessitem cuidados paliativos, de maneira a constituir redes assistenciais que ordenem esta assistência de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada;
- c- Articular/promover iniciativas destinadas a incrementar a cultura assistencial da dor, a educação continuada de profissionais de saúde e de educação comunitária para a assistência à dor e cuidados paliativos;
- d- Desenvolver esforços no sentido de organizar a captação e disseminação de informações que sejam relevantes, para profissionais de saúde, pacientes, familiares e população em geral, relativas, dentre outras, à realidade epidemiológica da dor no país, dos recursos assistenciais, cuidados paliativos, pesquisas, novos métodos de diagnóstico e tratamento, avanços tecnológicos, aspectos técnicos e éticos;
- e- Desenvolver diretrizes assistenciais nacionais, devidamente adaptadas/adequadas à realidade brasileira, de modo a oferecer cuidados adequados a pacientes com dor e/ou sintomas relacionados a doenças fora de alcance curativo e em conformidade com as diretrizes

internacionalmente a preconizadas pelos órgãos de saúde e sociedades envolvidas com a matéria (BRASIL, 2002, p.1).

Já a Portaria GM/MS nº 1.319, de 23 de julho de 2002, assegura, aos portadores de dor crônica, “...todos os direitos de cidadania, de defesa de sua dignidade, seu bem estar, direito à vida e acesso ao tratamento e, em especial, acesso ao uso de opiáceos” (BRASIL, 2002, p.1).

Em 2005, o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Atenção Oncológica por meio da Portaria nº 2.439/GM, segundo a qual fica determinado que os cuidados paliativos devem contemplar desde a atenção básica até a atenção especializada (média e alta complexidade).

Essa portaria estabelece

que unidades básicas de saúde e equipes da saúde da família realizem ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e ações clínicas para o seguimento de doentes tratados (BRASIL, 2005, p.1).

O Ministério da Saúde, por meio da portaria citada acima, enfatiza a necessidade de investir na educação e capacitação das equipes de saúde que estão envolvidas com a implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica.

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica é criada com o objetivo de consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica.

3.3.2 Cuidados Paliativos e Atenção Básica: uma integração necessária

A Atenção Básica se caracteriza por desenvolver um conjunto de ações que abrangem desde a promoção da saúde até a reabilitação do indivíduo. A partir do processo de trabalho das equipes de saúde da família que está inserida nesse nível de atenção, pode-se desenvolver um importante papel no acompanhamento dos indivíduos que estão sob os cuidados paliativos.

O cuidado paliativo, caso exercido na atenção básica, teria impacto positivo na qualidade de vida de seus pacientes e familiares, além de reduzir custos com saúde. Para que isso aconteça, os profissionais da atenção básica deveriam orientar

os pacientes com doenças avançadas e detectar precocemente alguns tipos de câncer (ALBERTA CANCER BOARD, 2001 *apud* FERNANDES, 2009).

É importante que esses profissionais também se responsabilizem pela comunicação das más notícias à família e ao paciente, ajudando-os a tomar decisões (BACK, 2001 *apud* FERNANDES, 2009). Além disso, eles devem orientar e monitorar a saúde de familiares do paciente terminal (ALBERTA CANCER BOARD, 2001 *apud* FERNANDES, 2009).

A prática de cuidados paliativos no âmbito da atenção básica, além de preconizada de uma forma geral pela Política Nacional de Atenção Oncológica, reveste-se também de especial importância em áreas onde não existem centros especializados em cuidados paliativos como os centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), que preveem equipe especializada para atuar nesta área (FLORIANI; SCHRAMM, 2007). Assim sendo, a única forma de os pacientes terminais receberem cuidados paliativos nessas áreas é por meio da equipe de Saúde da Família – o que reforça a importância de esses profissionais serem devidamente capacitados para o exercício de atividades relacionadas a esse cuidado. Além disso, como lembram Rodrigues (2004) e Fernandes (2009), a inserção do tema *Cuidados Paliativos* nos currículos das universidades, assim como em cursos de especialização, seria uma forma de se contribuir para a inserção dos Cuidados Paliativos na Atenção Básica. Já Lavor (2006), acredita que é responsabilidade das universidades capacitar os profissionais para lidar com a saúde desses pacientes.

Dessa forma, os cuidados paliativos no PSF tem se estruturado com grandes esforços por meio das visitas de profissionais ao domicílio. Conforme afirmam Floriani e Sharamm (2007, p.4), “mesmo não sendo originalmente desenvolvidos para ações em cuidados paliativos, tanto o PACS quanto o PSF podem ser estruturados para incorporar este modelo, assumindo importantes atribuições”.

Portanto, a Atenção Básica deve estar preparada para absorver essa demanda de pacientes que tanto necessitam de cuidado humanizado e integral – cuidado esse caro tanto à atenção básica como aos cuidados paliativos.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo consiste em uma análise documental que tem a *Política Nacional de Atenção Básica* (Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006) e a *Política Nacional de Atenção Oncológica* (Portaria 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005) como objetos (BRASIL, 2005, 2006). Justifica-se a eleição desses documentos devido ao seu caráter oficial – isto é, ao fato de se constituírem em documentos de referência para as políticas delineadas pelo Ministério da Saúde para ambas as áreas, inseridos em um contexto sócio histórico e, por esse motivo, passíveis de análise como quaisquer outros documentos.

A análise documental é uma modalidade de pesquisa qualitativa caracterizada pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico (OLIVEIRA, 2007 *apud* SÁ-SILVA et al., 2009). Pode ser conceituada como o processo de atribuir, a um documento, um significado relevante a um problema de investigação. O seu objetivo é identificar, em documentos primários – ou originais, segundo Coll-Vinent e Bernal Cruz (1990) *apud* Guimarães e Sales (2010) –, informações que sirvam de subsídio para responder alguma questão da pesquisa.

Foi realizada uma leitura minuciosa de ambas as portarias a fim de se identificarem menções diretas ou possíveis conexões entre a Atenção Primária e os Cuidados Paliativos, especialmente no que se refere às atribuições oficiais dos profissionais inseridos na equipe de PSF. Referências explícitas à integração entre APS e cuidados paliativos, quando encontradas, foram registradas para posterior análise deste trabalho.

A revisão de literatura foi realizada a partir da busca de artigos, teses e monografias sobre o assunto, a partir dos descritores previamente catalogados no DeCS como: Atenção Primária, Cuidados Paliativos e Programa Saúde da Família, em bases de dados online como LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), pertencente ao site da Biblioteca Virtual em Saúde BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) e pelo sistema da biblioteca UFMG. Também foi realizada uma busca manual de publicações não indexadas, tais como capítulos de livros sobre o tema. Por fim, realizou-se uma busca no banco de teses da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG e por documentos oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde, por meio do

site *Google Acadêmico*. Nesse caso específico, foram usados os termos “Política Nacional de Atenção Básica e “Política de Atenção Oncológica.”

Após ter selecionado todo o material, foi realizada uma leitura de todos os textos cujos títulos e resumos remetiam diretamente ao tema delimitado para este trabalho. Em seguida, foi redigida a revisão da literatura e realizada a análise das portarias citadas.

5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

O presente estudo, conforme descrito anteriormente, foi baseado nas Políticas Nacionais de Atenção Básica e de Atenção Oncológica, com o objetivo de identificar as atribuições oficiais da equipe de Saúde da Família em relação aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas. Porém, após uma leitura minuciosa do primeiro documento, não foi encontrada nenhuma menção direta ou indireta sobre cuidados paliativos.

No segundo documento, foram encontradas duas citações diretas sobre cuidados paliativos e Atenção Básica: de acordo com a primeira e a segunda, a linha de cuidados proposta pela Política de Atenção Oncológica deve conter ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento reabilitação e cuidados paliativos, perpassando todos os níveis de atenção – incluindo-se, aí, a Atenção Básica. O Ministério da Saúde, nessa política, estabelece diretrizes para atenção oncológica e resolve:

Art.1º Instituir a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. II Organizar uma linha de cuidados que perpassasse todos os níveis de atenção (atenção básica e atenção especializada de média e alta complexidades) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos) (BRASIL, 2005).

A segunda citação se refere à inclusão dos cuidados paliativos na atenção básica, mais especificamente no Programa Saúde da Família, na qual as ações estão voltadas para promoção e prevenção do câncer:

III -... realizar, na Rede de Serviços Básicos de saúde (Unidades Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família), ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados (BRASIL, 2005).

Sabe-se que a Atenção Básica considera o indivíduo em sua singularidade, na sua integralidade, na sua complexidade e na sua inserção sociocultural, além de buscar reduzir danos ou sofrimento que possam comprometer o seu modo saudável de viver (BRASIL, 2006). Isso não é diferente no que se refere aos cuidados paliativos, que também partilham dos princípios citados acima. Em se tratando do

princípio da integralidade, as pessoas que prestam os cuidados paliativos devem “cuidar integralmente da pessoa, levando em conta os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais” (PESSINI; BERTACHINI, 2005, p.8). Entende-se que considerar o indivíduo em sua complexidade é assistir não só o paciente, mas também a sua família, inserida involuntariamente nesse processo.

A Atenção Básica e os cuidados paliativos estão embasados nos princípios da integralidade, responsabilização, interdisciplinaridade e humanização, o que mostra consonância entre as bases preconizadas para a prática de ambos os conceitos (BRASIL, 2005, 2006).

Como se pode constatar, não há, na Política Nacional de Atenção Básica, uma integração explícita entre Atenção Básica e Cuidados Paliativos. Por outro lado, entende-se que há espaço para os Cuidados Paliativos dentro da Atenção Básica, uma vez que se pressupõe que ela deva ser humanizada e integral – ou seja, deve proporcionar conforto e cuidados na medida necessária a todos os indivíduos. E não se pode esquecer que é na comunidade – no *locus* de trabalho da equipe de Saúde da Família, portanto – que vivem as pessoas que necessitam de cuidados paliativos, o que pressupõe a naturalidade dessa integração.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado paliativo é uma prática de assistência à saúde pouco difundida ou conhecida por vários profissionais – incluindo-se, entre eles, trabalhadores da Atenção Básica. Talvez isso ocorra pelo fato de as políticas de Atenção Básica e Assistência Oncológica estarem mal relacionadas entre si, o que não deveria acontecer, uma vez que os cuidados paliativos tem um significado importante na sociedade atual. Vivemos um momento de mudança no perfil epidemiológico, no qual os processos neoplásicos e as afecções crônico-degenerativas estão mais frequentes. Conseqüentemente, os indivíduos acometidos por tais doenças necessitam cada vez mais de atendimento especializado e com qualidade para que não haja grandes impactos na sua vida.

O objetivo do estudo foi buscar relações entre a Atenção Básica e os Cuidados Paliativos nas Políticas pesquisadas. Entretanto, percebemos que a integração entre os dois temas está imatura ou pouco documentada na literatura. O fato de não se encontrar nenhuma menção sobre os cuidados paliativos no texto da PNAB não significa que a Atenção Básica não deva ter nenhuma responsabilização sobre os pacientes com câncer ou em fase terminal, já que estes estão sob cobertura do Programa Saúde da Família, pois é nesse âmbito da atenção, mais especificamente nessa estratégia, que se podem realizar ações destinadas a pacientes que se encontram fragilizados e necessitados de cuidados especiais para reduzir o sofrimento e proporcionar conforto no momento de sua morte. E uma vez que o Programa Saúde da família faz parte da Atenção Básica, evidenciamos de forma clara a extrema necessidade e importância de estreitar os laços entre os Cuidados Paliativos e a Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, D.S. **A saúde da família no sistema de saúde: um novo paradigma?** 1998. 175f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1998.

AGUIAR, R.A.T. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil.** 2003. 136f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ECJS-76RHW7>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

AGUIAR, R.A.T. **A universidade e as políticas de educação permanente para a estratégia saúde da família: um estudo de caso.** 2010. 216f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação, Belo Horizonte, 2010.

ANDRADE, K.I.; FERREIRA, E.F. Avaliação da inserção da odontologia no programa saúde da família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.12-130, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29456.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2011.

BERNS, I.; RUMOR, P.C.F. **As ações de promoção da saúde nos grupos desenvolvidos pelas equipes da estratégia saúde da família de um centro de saúde no município de Florianópolis.** 2008. 85f. Monografia (Conclusão de Curso de Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.019 de 03 de janeiro de 2002.** Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/dor-cronica/portaria_019.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica, 2006.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 01 de dez. 2010.

BRASIL. **Portaria n. 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/legislacao>>. Acesso em: 15 jan. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Nota técnica 20/2007**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT20-07.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2010.

COSTA, F.B.; TRINDADE, M.A.N.; PEREIRA, M.L.T. A inserção do biomédico no programa de saúde dos paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.29, n.4, 2005. Disponível em: <http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/32/03_Novas%20pers.ectivas%20cuid a.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2010.

FERNANDES, C.A. **O cuidado paliativo pelo médico de família e comunidade em serviços de atenção primária**. 2009. 72f. Monografia (Especialização em Medicina de Família e Comunidade). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

FLORIANI, C.A. **Moderno movimento hospice: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte**. 2009. 192f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

FLORIANI, C.A.; SCHRAMM, F.R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.9, p.2072-2080, 2007.

GUIMARÃES, J.A.C.; SALES, R. Análise documental: concepções do universo acadêmico brasileiro em ciência da informação. **Revista de Ciência da Informação**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, 2010. Disponível em: <http://www.dgz.org.br/fev10/Art_02.htm>. Acesso em: 01 fev. 2011.

LAVOR, M.F.S. **Cuidados paliativos na atenção básica: visão dos enfermeiros do programa saúde da família**. 2006. 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

MACIEL, M.G.S. Definições e princípios. In: OLIVEIRA, R.A. (Coord.). **Cuidado paliativo**. São Paulo: CREMESP, 2008. p.15-32. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf>. Acesso em: 10 maio 2011.

OLIVEIRA, E.; ANDRADE, I.M.; RIBEIRO, R.S. **Educação em Saúde**: uma estratégia da enfermagem para mudanças de comportamento; conceitos e reflexões. 2009. 16f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2009. Disponível em: <<http://www.cpgls.ucg.br/ArquivosUpload/1/File/CPGLS/IV%20MOSTRA/SADE/SAUDE/Uma%20Estrategia%20da%20Enfermagem%20para%20Mudanas%20de%20Comportamento.%20Conceitos%20e%20Reflexes.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2011.

OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. Programa saúde da família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.4, p.727-733, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40n4/25.pdf>>. Acesso em: 15 de Jan. 2011.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v.29, n.4, p.491-509, 2005.

RODRIGUES, I.G. **Cuidados paliativos**: análise de conceitos. 2004. 247f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-17082004-101459/pt-br.php>>. Acesso em: 5 jan. 2011.

RONZANI, T.M.; STRALEN, C.J.V. Dificuldades de implantação do Programa Saúde da Família como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileiro. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v.6, n.2, p.99-107, 2003. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Gerencia2.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2011.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.6, p.107-134, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2010.

SANTANA, M.L.; CARMAGNANI, M.I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionais e vantagens. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.10, n.1, p.33-53, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/04.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2011.

SANTOS, N.T.V. **Programa Saúde da Família**: uma contribuição à análise de seus princípios e prática. 2005.180f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=527791&indexSearch=ID>> Acesso em: 15 dez. 2010.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, São Leopoldo, v.1, n.1, p.1-15, 2009.

SCHRAMM, J.M.A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p.897-908, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n4/a11v9n4.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2011.

SILVA, R.C.F. **Cuidados paliativos oncológicos**: reflexões sobre uma proposta inovadora na atenção a saúde. 2004. 94f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/silvarcfm.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2010.