



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

JOSÉ GABRIEL LOPES QUERIDO

CARACTERIZAÇÃO DOS ELEMENTOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADES  
BÁSICAS DE SAÚDE

SÃO PAULO  
2020

JOSÉ GABRIEL LOPES QUERIDO

CARACTERIZAÇÃO DOS ELEMENTOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADES  
BÁSICAS DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: ALINE FIORI DOS SANTOS FELTRIN

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde - OMS, revista em 2002, "Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. Indiferente do prognóstico todos tem direito ao mesmo tratamento, não só de origem preventiva ou curativa mas em condições de terminalidade ou impossibilidade de cura, que compreendem os cuidados paliativos. A melhor alternativa para um adequado suporte do paciente em cuidados paliativos, é a integração de todos os níveis do cuidado, na unidade básica de saúde. Que se inicia desde o agente de saúde comunitario, ao médico da atenção básica até o serviço terciário quando necessário. Fornecer suporte psicologico, para o doente e para seus familiares. Uma realidade presente no meio clínico, em que não somente o paciente necessita de intervenção, mas sim seus familiares e entes queridos.

## **Palavra-chave**

Cuidados Paliativos. Acompanhamento dos Cuidados de Saúde. Acolhimento. Acesso aos Serviços de Saúde.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

Na realidade da prática clínica no atendimento do médico de saúde da família, como parte integrante do Sistema Único de Saúde (S.U.S.) nos deparamos com a magnitude da complexidade da avaliação do paciente, a exemplo disso tomamos os cuidados paliativos, uma condição que se instala degradando a saúde do usuário nos diferentes níveis nos sistemas do corpo humano. Respeitando a promessa básica da Integralidade, devemos nos atentar a fornecer um suporte adequado, lançando mão de uma equipe multidisciplinar e integrada para o devido suporte do paciente.

A visão, componente das características sensoriais, possibilita a autonomia do ser humano, sua ausência gera prejuízos e contribui para o aumento da morbidade correlata a patologia de base. Pacientes em condições paliativas, necessitam de atenção diferenciada, pois existe o comprometimento multissistêmico, estes passarão a depender de familiares para suas atividades básicas de vida, o uso de medicações principalmente analgesia deverá ser supervisionada ou adotados mecanismos para seu efetivo uso, a rede de atenção básica deverá ser ampliada para estes pacientes visando o conforto e o apoio familiar.

A melhor alternativa para um adequado suporte do paciente em cuidados paliativos, é a integração de todos os níveis do cuidado, na unidade básica de saúde. Que se inicia desde o agente de saúde comunitário, ao médico da atenção básica até o serviço terciário quando necessário. Fornecer suporte psicológico, para o doente e para seus familiares. O que vivenciamos na Unidade Básica de Saúde DR. Mario Henrique Timossi Tasso, no município de Caraguatatuba, é uma população extremamente carente, o bairro Olaria, em que a unidade está situada, é de marginalização social. Neste bairro contamos com uma equipe de saúde composta por um médico, 6 agentes de saúde comunitária, dois técnicos de enfermagem, uma enfermeira e uma dentista. Atendendo um total de 1000 famílias cadastradas.

## **ESTUDO DA LITERATURA**

Com a inversão da pirâmide etária e das medidas intervencionistas no curso natural das doenças, propiciado por estudos e desenvolvimento em pesquisa, vivenciamos aumento da expectativa de vida. Porém nem sempre esse crescimento vem acompanhado de maior qualidade de vida. Quando patologias se instalam de modo irreversível comprometendo a integridade vital do paciente, onde as medidas e suporte médico se tornam ineficazes, devem ser adotadas condutas para que haja menos sofrimento e maior conforto ao paciente e seus familiares.

De acordo com dicionário Aurelio (2020), define-se como paliativo, algo que é capaz de acalmar ou abrandar, que pode causar alívio temporário. Neste contexto inserimos os cuidados paliativos (CP), quando as medidas terapêuticas são esgotadas e as condições e o quadro clínico do paciente são decorrentes da terminalidade da doença, citado por Stoneberg (2006), o suporte deve visar aliviar, mesmo que de forma provisória, o sofrimento humano.

Após instituído a condição de terminalidade, Rose (2007), orienta que o paciente e seus familiares devem estar cientes, para que a interrupção da terapêutica não cause conflitos e que as decisões sejam de comum acordo. O nível de funcionalidade e entendimento do paciente deve ser avaliado pelo mini exame do estado mental (MEEM), (Almeida, 1998, p.12). Em 2010 o conselho federal de medicina, CFM, reconhece o enfermo como apto para tomada de decisões, quando competente mental, através do termo de conhecimento livre e esclarecido (TCLE), assegurando a total informação quanto ao quadro clínico diagnóstico e prognóstico da enfermidade e corrobora com a tomada de decisões por parte da equipe. (Diário Oficial da União, 2013)

No ano de 2006 os CP foram categorizados por White e col. de acordo com pesquisa de distribuição global, e agrupando em quatro níveis: (1) nenhuma atividade de cuidados paliativos identificada, (2) atividade de capacitação mas nenhum serviço, (3) prestação de cuidados paliativos localizado e (4) países onde as atividades de cuidados paliativos estão se aproximando da integração com prestadores de serviços tradicionais. O Brasil foi enquadrado como nível 3, com a relação de 1 serviço de CP para cada 13.315.000 de habitantes, demonstrando a ausência de medidas de integração dos CP ao serviço convencional de saúde. Dada a insuficiência dos serviços de saúde aliado a características culturais e sociais, muitos dos pacientes são submetidos a internações hospitalares de maneira compulsória apenas para que o óbito do paciente seja institucionalizado.

De acordo com a organização mundial de saúde OMS, de todos os pacientes no mundo enquadrados como paliativos, apenas 14% foram submetidos a esta atenção. Em pacientes internados, muitas das vezes, os CP são instituídos em UTI em razão da ampla diversidade de terapias para suporte de vida. (Nelson, 2011, p.94).

Um fator preocupante que dificulta a instituição dos cuidados paliativos é a má instrução dos profissionais da saúde, estudo publicado no ano de 2005 com alunos cursando o 5 e 6 ano de medicina de instituições de São Paulo, demonstrou que 83% dos estudantes não receberam formação sobre cuidados a pacientes terminais. 63% destes mesmos alunos não se sentiram instruídos como prestar informações de prognóstico ruim. 76% não tinham conhecimento de medidas de analgesia e conforto para pacientes oncológicos. (Pinheiro, 2010, p.6).

Segundo resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM) , tratamentos fúteis para doenças terminais incuráveis podem ser suspensos, se aceito pelo paciente ou por seu representante legal.<sup>12</sup> Neste cenário se tornam medidas fúteis drogas vaso-ativas, dispositivos invasivos de longa permanência, nutrição enteral e parenteral, hemotransfusão, terapia renal substitutiva, dentre outras medidas de suporte avançado, ate mesmo a permanência em ambiente de terapia intensiva.

Diante de todos os impasses, se torna indispensável a elaboração de estratégias de ação que contemplem o doente terminal em sua totalidade, do acesso ao serviço básico de saúde, alem do suporte hospitalar com equipes integradas, com atendimento domiciliar de suporte alem de manejo psicológico do paciente e da família. (Maciel, 2016)

Para uma maior compreensão do tema, a academia nacional de cuidados paliativos, orientado por Doyle (2005). definiu alguns conceitos para elucidação da condição do doente.

- Palição, diz-se de toda ação que resulte em alivio do sofrimento.
- Ação paliativa: medida terapêutica, sem intenção curativa. Apenas propiciar bem estar e conforto ao paciente. Independente da doença ou do estagio de evolução, prestadas inclusive, a nível de atenção básica.
- Cuidados paliativos: cuidados de forma ativa, prestado aos pacientes em estagio final de doença, onde esta instalado a irreversibilidade do quadro, com desfecho esperado, óbito. Sendo fundamental o controle da dor e conforto. Abrangendo esse suporte aos familiares e entes queridos.
- Futilidade terapêutica: são todas as medidas de intervenção com proposta curativa, sem benefícios ao paciente ou alteração do desfecho da patologia, que não aumente a sobrevida e não melhore a qualidade de vida do doente.
- Cuidados de fim de vida: cuidados prestados a pacientes e familiares na evolução final de uma doença cronica terminal, em período que precede o óbito.

## **AÇÕES**

Os CP dependem de equipe multi profissional que abranja não só as necessidades terapêuticas do paciente , assim como sua integridade psíquica e espiritual e de seus familiares. Na assembleia medica mundial de Lisboa, em 1981 já recomendava que o medico e os profissionais da saúde devem ter ciência que a condição de terminalidade possuem implicações não somente técnicas, mas éticas e humanistas

Ainda conforme Maciel (2016), paciente deve ser incluído em um programa de CP quando a percepção de que alem do tratamento curativo, existem sintomas e desconfortos que comprometem sua qualidade de vida. São esperados aderência a este programa hospitais de grande porte que oferecem suporte para doenças crônicas, assim com o a equipe de saúde da familia, quando existe determinada estabilidade hemodinamica e condições para o acompanhamento domiciliar. Se enquadram como potenciais beneficiários da terapia de cuidados paliativos pacientes com câncer, sida, síndromes demenciais, doenças neurológicas progressivas, insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva cronica, insuficiência renal, sequelas neurológicas e outras situações incuráveis em progressão.

Estima-se no mundo que para cada grupo de um milhão de habitantes mil pacientes durante o ano irão necessitar da unidades de cuidados paliativos. No Brasil com 209 milhoes de habitantes, deveria possuir um programa capaz de assistir a 209mil pacientes por ano para inclusão de cuidados paliativos, diferente da realidade atual do país.

Apesar do modelo educacional, a expansão das possibilidades de desenvolvimento em pesquisa e informação, a comunidade médica, mesmo que sem unidade especifica para CP, adota medidas visando o qualidade de vida do doente, preterindo a maleficência ou a eutanásia. Impedir praticas de desnecessárias, terapias fúteis, agregar equipe multidisciplinar para conforto do paciente e da família, são estratégias simples que diminuem os gastos hospitalares. O paciente que é beneficiado com a possibilidade de gozar de uma qualidade de vida em sua pouca expectativa de vida, em seu seio familiar, ajuda com a família a aceitar e entender ,o que constitui em aspecto educacional, como forma de compreender o processo natural da vida.

Esperamos desenvolver ações para elucidar a identificação no que tangência o paciente de cuidados paliativos. Estas ações serão de caráter pedagógico, em 3 encontros presenciais na sala de reuniões da unidade, e envolveria, todos os membros da equipe de saúde, alem da gerente da unidade. Para isso será necessário a avaliação dados de prontuarios medicos, além de resumos de alta, para obter maior controle dos dados avaliados, sera proposto o armazenamento de dados em planilha digital. para o matriciamento serão utilizados slides, videos, além de orientações diversas em encontros informais, com exemplos cotidianos, visando buscar a identificação, alem da integração da rede de cuidado ao paciente paliativo.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Com a integração dos serviços fornecidos na atenção primária, espera-se manter uma rede de cuidado visando a integralidade do paciente é necessário que a engrenagem do serviço básico esteja funcionando e ativa. espera-se que os prontuários estejam, atualizados. que o paciente paliativo seja mapeado, não só para o adequado fornecimento de opioides, benzodiazepínicos e analgésicos, mas para que visitas domiciliares sejam rotineiras, com a finalidade de manter ideal suporte. O agente de saúde comunitário deve se fazer presente, trazendo informações e levando orientações ao paciente e familiares. O serviço de enfermagem ativo, com consultas de enfermagem intercaladas com consultas médicas, auxiliando na administração de medicações com intuito de não sobrecarregar o serviço terciário. serviço odontológico a fim de amenizar e controlar agravos. Atendimento psicológico, para que haja um melhor entendimento familiar e do próprio paciente sobre sua condição e as decorrências implícitas, além do suporte familiar. e do médico para avaliação do estado geral e coordenação do cuidado.

## REFERÊNCIAS

AURÉLIO – Dicio, Dicionário Online de Português

STONEBERG JN, von Gunten CF et al - Assessment of palliative care needs. *Anesthesiol Clin*, 2006;24:1-17.

ROSE N - Beyond medicalisation. *Lancet*, 2007;369:700-702.

ALMEIDA OP. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 1998;56(3B):605-12.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. *Diário Oficial da União*. 2013.

WRIGHT M, Wood J, Lynch T et al - Mapping levels of palliative care development: Associação Latino Americana de Cuidados Paliativos. Circular Nº 32 de 2007.

KELLEY AS, Morrison RS. Palliative care for the seriously ill. *N Engl J Med*. 2015;373(8):747-55.

NELSON JE, Cortez TB, Curtis JR, Lustbader DR, Mosenthal AC, Mulkerin C, Ray DE, Bassett R, Boss RD, Brasel KJ, Campbell ML, Weissman DE, Puntillo KA; The IPAL-ICU Project™. Integrating palliative care in the ICU: the nurse in a leading role. *J Hosp Palliat Nurs*. 2011;13(2):89-94.

PINHEIRO TRSP. Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto anos. *O Mundo da Saúde* [Internet]. 2010;34(3):320-6.

D.O.U.Resolução CFM Nº 1.805/2006, 2006, Seção I,169

MORITZ RD, PM LAGO, RP Souza, NB Silva et al.Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista brasileira de terapia intensiva*. 2008;20(4):422-428.

MACIEL MGS, RODRIGUES LF, Neylor C et al. criterios de Qualidade para cuidados paliativos no Brasil. Academia Nacional para cuidados paliativos. Diagraphic editora; 2016, 60.

DOYLE D, et al.Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2005.

GOYC A et al.El Cuidado del enfermo terminal. *Rev Méd Chile* 1997; 125: 1517-1525.