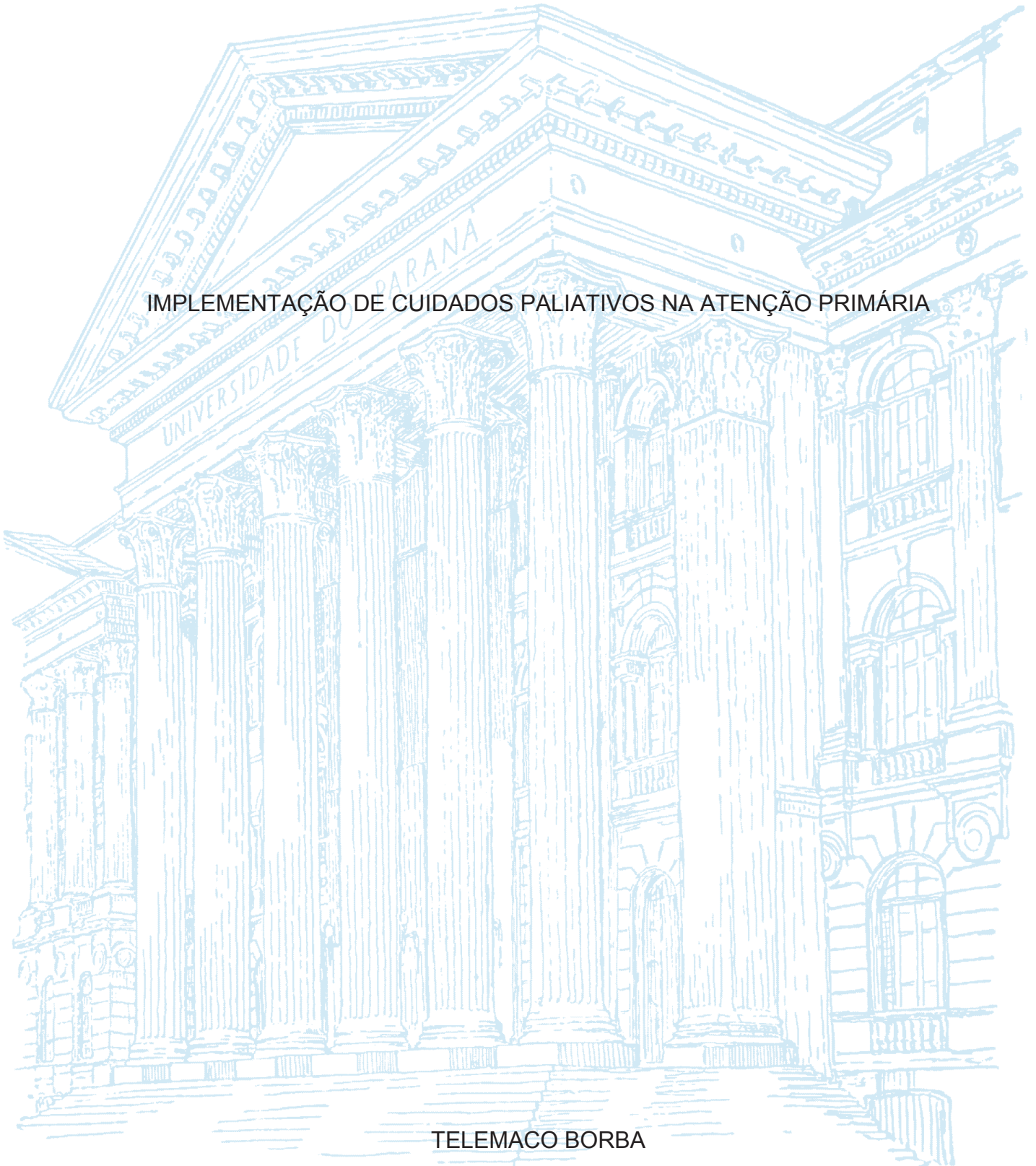


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JULIANA MOMOI PELINSSER

IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA



TELEMACO BORBA

2021

JULIANA MOMOI PELINSSER

## IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Tese/Dissertação/Monografia/TCC apresentada ao curso de Pós-Graduação em Atenção Básica, Setor de Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor/Mestre/Especialista/Bacharel em Atenção Básica.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Edevar Daniel

Coorientador(a): Prof(a). Dr(a). Marineli Meier

TELEMACO BORBA

2021

## RESUMO

Introdução: O plano de Intervenção que trata da “Implementação de Cuidados Paliativos na Atenção Primária” é um resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. Em decorrência da pandemia pelo covid-19, alguns pacientes tiveram acesso limitado as suas consultas de rotina, sendo perceptível que esses necessitavam de cuidados paliativos. Pela deficiência do atendimento daqueles que estão em tratamento fora da possibilidade de cura, juntamente com seus familiares, a implementação de cuidados paliativos na atenção primária é o foco do plano de intervenção. Objetivo geral: capacitação da equipe de atenção primária para fornecer cuidados paliativos que auxilie no tratamento e no atendimento dos pacientes e seus familiares. Objetivos específicos: o paciente receber atendimento adequado com o objetivo de melhor qualidade de vida, sem seu prolongamento, sem a utilização de equipamentos e medicações fúteis; a família do paciente também receba atendimento, para que entenda o processo do doente, recebendo auxílio para que se evite o estresse do cuidador e outras patologias associada a um cuidado extenuante; a humanização da atenção à saúde, com o fortalecimento da equipe, implementação de estratégias de cuidado que também ampliem a autonomia de seus usuários; reduzir a demanda hospitalar, diminuindo o número de internações e ofertando maiores possibilidade de tratamento em domicílio e a desinstitucionalização e a otimização de recursos financeiros e estruturais da rede de atenção à saúde, para que se tenha insumos adequados, fornecimento de medicações essenciais e a oportunidade de utilização de equipamentos adequados. Método: a pesquisa ação foi o método utilizado neste plano. Foram selecionados pacientes com doenças crônico degenerativas, classificando-os de acordo com a escala PPS, após os dados foram levados para análise pela Secretaria de Saúde do município. Resultados e discussão: dentre os 724 hipertensos, 50 se enquadraram em cuidados paliativos, dentre os 280 diabéticos, 9 se enquadraram em cuidados paliativos e dos 41 acamados, 35 se enquadraram em cuidados paliativos. Com esses dados, a Secretaria de Saúde do Município tem o plano de implementação do programa melhor em casa na cidade de Telêmaco Borba. Considerações finais: o objetivo não foi atingido, porém, com os dados apresentados, esse projeto conseguiu fomentar o plano de implementação do

programa melhor em casa pelo município, que é suporte essencial para que a atenção básica consiga iniciar os cuidados paliativos pela unidade de saúde.

Palavras-chave: 1. Cuidados paliativos 2. Atenção primária à saúde 3. Doença crônica 4. Humanização da assistência

## **ABSTRACT**

Introduction: The Intervention plan that addresses the “Implementation of Palliative Care in Primary Care” is a result of the Specialization Course in Primary Care at UFPR, funded by UNA-SUS. As a result of the covid-19 pandemic, some patients had limited access to their routine consultations, and it was noticeable that they needed palliative care. The implementation of palliative care in primary care is the focus of the intervention plan. General objective: training the primary care team to provide palliative care that assists in the treatment and care of patients and their families. Specific objectives: the patient receives adequate care with the objective of better quality of life, without prolonging it, without using futile equipment and medications; the patient's family also receives care, so that they understand the patient's process, receiving assistance to avoid caregiver stress and other pathologies associated with strenuous care; the humanization of health care, with the strengthening of the team, implementation of care strategies that also expand the autonomy of its users; reduce hospital demand, reducing the number of hospitalizations and offering greater possibilities for treatment at home and the deinstitutionalization and optimization of financial and structural resources of the health care network, so that there are adequate supplies, provision of essential medications and the opportunity of using appropriate equipment. Method: action research was the method used in this plan. Patients with chronic degenerative diseases were selected, classifying them according to the PPS scale, after the data were taken for analysis by the municipality's Health Department. Results and discussion: among the 724 hypertensive patients, 50 were in palliative care, among the 280 diabetics, 9 were in palliative care and of the 41 bedridden, 35 were in palliative care. After that the Municipal Health Department has the plan to implement the best program at home in the city of Telêmaco Borba. Final considerations: the objective was not achieved, however, with the data presented, this project managed

to foster the plan for implementing the best program at home by the municipality, which is essential support for primary care to be able to start palliative care at the health unit.

Keywords: 1. Palliative care

2. Primary health care 3. Chronic disease 4. Humanization of care

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>OBJETIVO .....</b>	<b>10</b>
Objetivo Geral .....	10
Objetivo Específico.....	10
<b>MÉTODO.....</b>	<b>11</b>
<b>PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>13</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>16</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>19</b>

## INTRODUÇÃO

O município Telêmaco Borba é composto por 78974 pessoas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2019). Pelo último censo de 2010 eram 34386 homens e 35486 mulheres, já em relação à faixa etária, pessoas de 0 a 14 anos eram 17951, de 15 a 19 anos eram 5949, de 20 a 59 anos eram 38888 e, 7084 idosos, acima de 60 anos (IBGE, 2010). Essa população, segundo dados do censo demográfico de 2010 do Paraná, é distribuída em 68440 morando na zona urbana e 1432 morando na zona rural.

Em relação aos indicadores de mortalidade segundo dados da Secretaria de Saúde de Telêmaco Borba, a taxa de mortalidade geral da população de Telêmaco Borba é de 23,42 mortes por mil habitantes, no segundo quadrimestre de 2019. Sendo que as principais causas de mortalidade na comunidade no ano de 2019 são: doenças do aparelho circulatório; doenças do aparelho respiratório; neoplasias; doenças endócrinas nutricionais e metabólicas e; doenças do aparelho digestivo. Já a taxa de mortalidade infantil, em 2019 é de 12,95 e o coeficiente de razão de mortalidade materna é de 259,06 para cada 100 mil nascidos vivos, sendo 1 óbito materno para 386 nascidos vivos. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2019)

De acordo com os dados mencionados acima, pode-se dizer que a cidade de Telêmaco Borba possui mais mulheres do que homens, é uma população jovem, pois o número de adultos é superior ao de idosos e, tem predominantemente moradores em área urbana. Se tratando de mortalidade, a taxa da cidade é muito superior à taxa brasileira do ano de 2017, que foi de 6,15 mortes por mil habitantes. Em relação à mortalidade infantil de 2019 se equipara a taxa brasileira do ano de 2018, que foi de 12,35. Já sobre a mortalidade materna relacionada à gestação, o município tem um número maior que o brasileiro, que é de 64,5 até 2030 e ainda maior que a meta da Organização das Nações Unidas (ONU), que é de 30 óbitos para cada 100 mil habitantes até o ano de 2030.

A respeito da educação, a cidade de Telêmaco Borba é sede do Núcleo Regional de Educação criado no município em 1992. O núcleo atende sete municípios, entre eles: Curiúva, Imbaú, Ortigueira, Reserva, Sapopema, Telêmaco Borba e Ventania. A secretaria municipal de educação é responsável por mais de 7,5 mil alunos, em 23 escolas municipais e 15 Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI).

Já as informações relacionadas aos serviços de saúde, em que a porta de entrada é a UBS (unidade básica de saúde) e, tem como apoio outros centros como o centro de especialidade, onde são encaminhados casos que não são resolvidos pela atenção primária, CAPS (Centro de apoio psicossocial), NASF (Núcleo de apoio a saúde da família), CREAS (Centro de referência de assistência social), UPA (unidade de pronto atendimento) para urgências e emergências e o Hospital Secundário Instituto Dr. Feitosa. Pode se dizer que a cobertura vacinal de rotina de crianças menores de 1 ano em Telêmaco Borba é de 80,83. A proporção de gestantes que tiveram 7 ou mais consultas durante o pré natal no ano de 2019 é de 90,67. As 5 queixas mais comuns que levaram a população a procurar a UBS Área 2, no último mês de registro, foram: descontrole pressórico, descontrole glicêmico, tratamento pós acidente vascular cerebral (AVC), tratamento pós infecção por covid-19, diagnóstico e tratamento de doença terminal, como por exemplo câncer. Devido a pandemia pelo covid-19 houve uma mudança do perfil de queixas para atendimento médico. Os pacientes sintomáticos respiratórios são atendidos somente no Centro de Especialidade da cidade e, na UBS são atendidos casos agudos ou crônicos, com agravos que não podem aguardar um melhor cenário da saúde. É perceptível também que o atendimento domiciliar está aumentando, pois esses pacientes não estão conseguindo retornos nas especialidades, muitas vezes não são aceitos para internação hospitalar e, tem de receber avaliação médica e cuidados em casa pela equipe de medicina de família e comunidade.

Com a pandemia, principalmente os pacientes idosos, em quadros de doenças crônicas como sequela de AVC, câncer em estágio final, acamados com úlcera por pressão, alzheimer avançado, são impedidos de realizarem coleta de exames no laboratório, não conseguem vaga para internação hospitalar, pois os leitos estão sempre lotados pelo covid-19 e por terem altas chances de se infectarem no ambiente hospitalar, caso internados, além de possuírem menor prognóstico quando comparados a um adulto jovem. Diante disso, é possível dizer que esses pacientes se enquadram no perfil de pacientes em cuidados paliativos e precisam urgentemente serem avaliados e integrados a uma assistência de cuidado, incluindo também seus familiares.

Além disso, a taxa de envelhecimento populacional no Brasil é significativa. De acordo com IBGE no ano de 1991, a população com 65 anos ou mais representava 4,8% da população, em 2000 passou a 5,9% e em 2010 chegando a

7,4%, ou seja, 14.081.480 habitantes. Esse aumento é bastante expressivo quando comparado ao grupo de 0 a 15 anos, que em 1991 representava 34,7% da população e em 2010 caiu para 24,1%, podendo inferir que a pirâmide etária está estreitando sua base e alargando seu ápice. (IBGE, 2010)

As principais causas dessa transição demográfica no Brasil são a redução da taxa de fecundidade, associada à redução da taxa de mortalidade infantil e ao aumento da expectativa de vida. Calcula-se que em 2025 o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais e, em 2050, os idosos serão cerca de 22% da população total brasileira. (IBGE, 2010)

Dessa forma, é perceptível que o Brasil caminha rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, onde as doenças crônico-degenerativas ocupam lugar de destaque, necessitando de adequações de políticas sociais, particularmente aquelas voltadas a atender a crescente demanda nas áreas de saúde, previdência e assistência social, além de se intensificar os cuidados para um envelhecimento saudável e os cuidados de final de vida.

Pode-se inferir também que os cuidados paliativos são necessários entre 40% a 60% no processo de morte. A cada ano, cerca de 20 milhões de pessoas precisam de cuidados paliativos no último ano de suas vidas. Além disso, a maioria dos adultos que precisam de atendimento de cuidados paliativos tem doenças crônicas, em que 38,5% são doenças cardiovasculares, 34% câncer, 10,3% doenças respiratórias, 5,7% AIDS e 4,6% diabetes. Contudo, de todos esses que necessitam de cuidados paliativos apenas 14% recebem efetivamente o cuidado. (WHO, 2016)

Cuidados Paliativos é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, encarando os problemas associados com doenças ameaçadoras da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, além da avaliação, identificação precoce e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicológicos e espirituais (OMS, 2002). Ele é realizado por uma equipe multiprofissional, cujo trabalho é harmônico e convergente, para abranger o indivíduo como um todo. Tem como objetivo o controle de sintomas e prevenção do sofrimento, além de promover melhor entendimento sobre o final da vida, o que pode garantir melhor qualidade de morte, sem o prolongamento desnecessário, muitas vezes ocasionado por uso de medidas invasivas que buscam somente continuar a vida sem nenhuma melhora significativa.

Assim, pela deficiência do atendimento daqueles que estão em tratamento fora da possibilidade de cura, juntamente com seus familiares, está o foco do meu plano de intervenção, que é ofertar cuidados paliativos, pois mesmo no final da vida, é necessário que o paciente e seu cuidador receba atendimento, para promover o alívio, prevenir algum sintoma ou situação de crise. Para isso, há a necessidade da de uma equipe de profissionais adequadamente treinados e experientes no controle de sintomas de natureza não apenas biológica, que possuam excelente comunicação, para que o paciente e seu entorno afetivo entendam o processo evolutivo que atravessam.

## **OBJETIVO**

O objetivo geral do plano é a capacitação da equipe de atenção primária para fornecer cuidados paliativos que auxilie no tratamento e no atendimento dos pacientes e seus familiares, principalmente daqueles que necessitam de visita domiciliar, que não conseguem atendimento adequado e suficiente nos hospitais e nas unidades de pronto atendimento da cidade. Já os objetivos específicos são:

- 1) O paciente receber atendimento adequado com o objetivo de melhor qualidade de vida, sem seu prolongamento, sem a utilização de equipamentos e medicações fúteis.
- 2) A família do paciente também receba atendimento, para que entenda o processo do doente, recebendo auxílio para que se evite o estresse do cuidador e outras patologias associada a um cuidado extenuante.
- 3) A humanização da atenção à saúde, com o fortalecimento da equipe, implementação de estratégias de cuidado que também ampliem a autonomia de seus usuários.
- 4) Reduzir a demanda hospitalar, diminuindo o número de internações e ofertando maiores possibilidade de tratamento em domicílio.
- 5) Desinstitucionalização e a otimização de recursos financeiros e estruturais da rede de atenção a saúde, para que se tenha insumos adequados, fornecimento de medicações essenciais e a oportunidade de utilização de equipamentos adequados.

## **MÉTODO**

Em relação ao planejamento em saúde, o problema é a não existência de cuidados paliativos na cidade de Telêmaco Borba, as ações a serem feitas é a divulgação do que é o cuidado paliativo para comunidade, comunicação e acordos com os gestores municipais para facilitação da inclusão dos cuidados paliativos no município, treinamento da equipe de saúde para um olhar minucioso sobre o quadro atual de determinados pacientes, oferta de treinamento de manejo sobre via de administração de drogas, como por exemplo a hipodermóclise, fornecimento de determinadas drogas pela farmácia central para melhor agilidade do cuidado do paciente no processo de morte, como por exemplo: analgésicos (morfina), sedativos/ ansiolíticos (midazolam), anticolinérgicos (escopolamina) e antieméticos (metoclopramida) e a criação de protocolo para o atendimento domiciliar do paciente com doenças ameaçadora de vida e oferta de internação domiciliar. Os indicadores que determinam essas ações são determinação do percentual de pessoas na comunidade que conhecem o que é cuidados paliativos, avaliar quantas pessoas desejam saber sobre cuidados paliativos, quais profissionais desejam ter um conhecimento teórico e prático sobre cuidados paliativos, avaliar a respostas dos gestores frente às propostas de mudança, avaliar recursos ofertados pelos gestores para mudanças, avaliar a eficácia e a efetividade de implantação de internação domiciliar do paciente. Já em relação aos parâmetros, se 50% das pessoas tiverem conhecimento sobre cuidados paliativos é ótimo, 30% satisfatório e 10% regular e 5% ruim. Se 30% da comunidade da área 2 tiver interesse no tema é satisfatório, 10% regular e 1% ruim. Se 30% dos profissionais que atuam na cidade desejarem ter mais conhecimento sobre cuidados paliativos é satisfatório, 10% regular e 1% ruim. Se 90% da resposta dos gestores for a favor a implantação de cuidados paliativos é ótimo, 70% satisfatório, 50% regular e 20% ruim. Se 90% dos gestores angariar recursos para implantação de cuidados paliativos é ótimo, 70% satisfatório, 50% regular e 20% ruim. Se a possibilidade de implantação de internação hospitalar for 90% é ótimo, 70% satisfatório, 50% regular e 20% ruim. Em relação a finalidade, as quatro primeiras ações são para conhecimento e as duas últimas para gerência. Se tratando do momento da realização, todas as ações são ex-ante. Em relação a natureza, todas as ações são normativas.

A partir disso, o tema de pesquisa é o planejamento adequado para se fazer cuidados paliativos na atenção primária, com posterior possibilidade de colocar em prática o que foi pesquisado, apresentando para os gestores municipais a realidade

em que nossos pacientes se encontram e a necessidade deles receberem cuidados paliativos.

Esse tema é justificável pois, a população está envelhecendo, as doenças crônicas degenerativas, que são as maiores causas de morte no município, estão em ascensão, o cuidado paliativo não é ofertado pela cidade, nem ao menos no setor secundário, hospital Doutor Feitosa, o que aumenta os custos com a saúde e, o ponto principal é que os pacientes necessitam de um cuidado mais humanizado, uma abordagem global incluindo uma visão do paciente em seu aspecto biológico, psicológico, social e espiritual, realizado por uma equipe multi profissional.

A partir dessas definições do trabalho, é necessário uma revisão da literatura para levantar dados que já foram investigados e publicados, para se ter um ponto de partida de todas as pesquisas e, assim, nortear o trabalho a ser realizado. Com a revisão de literatura posso angariar experiências de outros serviços que tiveram sucesso com a implementação de cuidados paliativos em seus serviços, verificando no que eles melhoraram, o que mudaram, o que fizeram para melhorar. Todos esses dados são relevantes ao levar a proposta para os gestores, para que eles entendam a relevância do problema e como ele pode ser solucionado.

Os envolvidos são os profissionais de saúde, gestores e a comunidade. Como público alvo dessa ação se tem os pacientes elegíveis a cuidados paliativos, ou seja, aqueles que possuem doenças crônicas ameaçadora de vida, não necessariamente na sua terminalidade, mas também incluindo esses pacientes.

Para isso, os recursos educacionais utilizados são os dados da Organização Mundial de Saúde, recursos fornecidos pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos, além de materiais encontrados em outras plataformas como google acadêmico, scielo, pubmed, bireme e etc. A partir do trabalho concluído, é objetivo a entrega para os gestores municipais para possível implementação da ação.

## **PLANO DE INTERVENÇÃO**

O plano de intervenção tem como objetivo fomentar indicadores que sustentem o plano de ação. Para isso, estratégia é fazer uma busca nos prontuários manuais e eletrônico, com auxílio dos Agente Comunitários de Saúde (ACS) e as técnicas de enfermagem, avaliando os pacientes elegíveis para cuidados paliativos. Aqueles que possuem alguma doença crônica, como hipertensão arterial e diabetes,

doenças neuro degenerativas, como alzheimer, doenças ameaçadoras de vida, como o câncer e, pacientes acamados por outro motivo. A partir da seleção desses pacientes, será aplicado a escala de performance paliativa (PPS).

A PPS foi desenvolvida em 1996 e revisada em 2001, é um instrumento de grande utilidade para tomada de decisão terapêutica, uma vez que pacientes com PPS igual ou inferior a 50% (aqueles que permanecem a maior parte do tempo sentados ou deitados e, portanto, necessitam de uma assistência considerável).

Após a aplicação da escala, serão selecionados aqueles pacientes que possuem PPS igual ou menor que 50%, a partir disso, é possível inferir que esses são elegíveis a cuidados paliativos. Levantando esses dados será possível definir quantos pacientes necessitam de atendimento mais adequado. Assim, será mais uma motivação para implementação dos cuidados paliativos no Município de Telêmaco Borba.

Para seleção dos prontuários será necessário 1 mês. Para aplicação do PPS, a partir dos pacientes selecionados serão necessários 15 dias. Quem fará a seleção dos prontuários serão os ACSs e as técnicas de enfermagem. Quem aplicará a escala serão a médica e a enfermeira da unidade, que também informará a secretaria de saúde sobre os dados encontrados.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) cuidado paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

O cuidado paliativo foi muito confundido com o termo hospice, espécie de abrigo ou hospedaria destinado a receber e cuidar de peregrinos e viajantes na Europa em meados do século XVII, associado a organizações religiosas católicas e protestantes no século XIX. Em 1947 o termo hospice moderno foi introduzido por uma médica, também enfermeira e assistente social chamada Cicely Saunders. Ela, em 1967, fundou o "St. Christopher's Hospice", em que fazia a assistência aos doentes, desenvolvimento de ensino e pesquisa, recebendo bolsistas de vários países. (MATSUMOTO, 2012)

Cicely Saunders relata que o conceito de cuidado paliativo surgiu a partir do primeiro estudo sistemático com 1100 pacientes com câncer avançado cuidados no St. Joseph's Hospice entre 1958 e 1965. Foi um estudo descritivo, qualitativo, que mostrou o alívio da dor dos pacientes submetidos a analgésicos com administração regular era muito melhor, quando comparados a outros pacientes que recebiam analgesia "se necessário". Esse trabalho foi publicado por Robert Twyecross em 1970. A partir dessa publicação, profissionais de outros países, passaram por experiências no St. Christopher's Hospice e, levaram a prática dos cuidados paliativos para seus países de origem. No mesmo ano de 1970 Cicely Saunders conheceu a médica psiquiatra Elisabeth Kluber-Ross nos Estados Unidos, fazendo com que os cuidados paliativos também crescessem naquele país. (MATSUMOTO, 2012)

Em 1982, o comitê de câncer da Organização Mundial de Saúde criou um grupo de trabalho para definir política para o alívio da dor e cuidados do tipo Hospice para pacientes com câncer. O nome cuidados paliativos, que já era usado no Canadá, foi adotado pela Organização Mundial de Saúde e, em 1990, publicou a primeira definição sobre o termo, que em 2002 foi atualizada. (MATSUMOTO, 2012)

O cuidado paliativo no Brasil teve seu início da década de 1980 e teve um potencial crescimento a partir do ano 2000, com a consolidação dos serviços já existentes e a criação de outros novos. (MATSUMOTO, 2012). Em 2002 foi publicada a portaria a portaria GM/MS nº19 instituindo o Programa Nacional de Assistência a Dor e Cuidados Paliativos, que deu mais notoriedade ao tema e ampliou as discussões no país. (BRASIL, 2002)

Em 2018 foi aprovada a Política Nacional de Cuidados Paliativos para o SUS (sistema único saúde), realizada na oitava reunião ordinária da comissão de intergestores tripartite (CIT). A resolução da CIT pactua uma meta para o SUS de oferecer cuidados paliativos de qualidade e baseado em evidências para toda rede de atenção à saúde (BRASIL, 2018). A partir disso, se dá a possibilidade de formação de portarias com exemplo de estruturação de serviços, especificações sobre quais dados devem ser monitorados e o financiamento do programa, a serem elaboradas e assinadas para que se tenham estratégias que oriente os gestores para que atendam o objetivo da resolução.

Em relação a importância dos cuidados paliativos, pode se dizer que esses são necessários entre 40% a 60% no processo de morte. A cada ano, cerca de 20

milhões de pessoas precisam de cuidados paliativos no último ano de suas vidas. Além disso, a maioria dos adultos que precisam de atendimento de cuidados paliativos tem doenças crônicas, em que 38,5% são doenças cardiovasculares, 34% câncer, 10,3% doenças respiratórias, 5,7% AIDS e 4,6% diabetes. Contudo, de todos esses que necessitam de cuidados paliativos apenas 14% recebem efetivamente o cuidado. (WHO, 2016) De acordo com a Aliança Mundial de Cuidados Paliativos, ainda que mais de 100 milhões de pessoas tenham algum benefício com o cuidado paliativo anualmente, entre o próprio paciente e seus cuidadores, menos de 8% que precisam desse tipo de assistências tem seu acesso de fato garantido. Lamentavelmente, a formação em cuidados paliativos é deficiente, é rara a inclusão dessa matéria nas grades curriculares dos profissionais de saúde. Além disso, a disponibilidade de drogas para controle algico do paciente, um dos princípios básicos para aliviar o sofrimento, é, infelizmente, inadequada na maior parte do mundo (WPCA, 2014).

Devido a essa carência da atuação dos cuidados paliativos, o índice de qualidade de morte de alguns países é muito ruim. Para essa avaliação, o Economist Intelligence Unit, comissionado pela Lien Foundation, uma organização filantrópica de Singapura, elaborou um índice de qualidade de morte, escalando cada país em relação a sua posição de cuidados no final de vida, a partir de dos escores obtidos. Em 2010 foi publicado o primeiro relatório, que mediu o desenvolvimento atual da assistência prestada nos cuidados de final de vida em 40 países. Nesse primeiro relatório o Brasil ocupou o 38º lugar em qualidade de morte (THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2010). Em 2015, o The Economist publicou um segundo relatório, incluindo 80 países e, o Brasil passou a ocupar a 42ª posição (THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2015).

Em um estudo de 2015 publicado por Othero et al, feito com 68 serviços brasileiros de cuidados paliativos, desses 50% se localizavam no estado de São Paulo. Além disso, o estudo mostrou que 53% do atendimento é ambulatorial, variando entre pacientes oncológicos e não oncológicos, para adultos e idosos. Outro ponto mencionado é o modelo de financiamento, o qual o mais comum é o público.

Outro estudo realizado por Rocha entre 2017 e 2018, contou com a resposta de 140 instituições Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)

alocados em diferentes regiões do país. Esse estudo buscou descrever o percurso da inserção dos cuidados paliativos e o desenvolvimento desse no Brasil nas políticas públicas voltadas aos pacientes crônicos, especificamente os oncológicos. Como resultado, perceberam que existe uma discrepância efetiva da oferta de serviço de cuidados paliativos entre as regiões do Brasil, além disso, as unidades de assistência, bem como os centros de assistência não ofertam adequadamente o atendimento de cuidados paliativos, em relação a obrigatoriedade regulamentada em normativas infralegais e a da carência de formação adequada dos profissionais que atuam nessa área. Por outro lado, a pesquisa apontou que os estabelecimentos possuem composição mínima adequada da equipe com 4 integrantes: médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo. No entanto, o estudo evidenciou que a legitimação da inserção da prática paliativa no SUS, através de políticas públicas, ainda demanda de ações mais efetivas do Ministério da Saúde. Relata que as normativas infralegais que regulamentam os cuidados paliativos na saúde não discutem ou garantam minimamente questões como direitos e deveres dos pacientes e seus cuidadores, bem como a responsabilidade do Estado no atendimento a esses cuidados. Destacam que ao avaliar a atuação do Ministério da Saúde no que diz respeito ao tratamento oncológico as carências e insuficiências da oferta de cuidados paliativos, como exemplo a ausência de prestação de serviço em cuidados paliativos, falta de profissionais e a falta de profissionais com formação específica (ROCHA, 2018).

## **RESULTADOS**

A partir das informações coletadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, 724 pacientes possuem hipertensão arterial, 280 pacientes possuem diabetes e 41 pacientes são acamados. Não foram coletado o dado de quantos pacientes estão em tratamento para câncer ou doença neurológica como Alzheimer. Esses dados também não são fidedignos a realidade, pois duas agentes comunitárias de saúde estavam afastadas do trabalho devido questões de saúde, não sendo possível definir quantos pacientes hipertensos, diabéticos e acamados são moradores das respectivas microáreas por elas acompanhadas.

Foram analisados os prontuários dos 724 pacientes hipertensos 280 pacientes diabéticos e os 41 pacientes acamados, sendo aplicada a escala PPS.

Dentre os pacientes com hipertensão arterial sistêmica que são elegíveis para cuidados paliativos, por apresentarem o escore igual ou abaixo de 50%, são 50 pacientes. Dentre os pacientes diabéticos, apenas 9 pacientes são elegíveis para cuidados paliativos. Outra discrepância é que na lista dos pacientes diabéticos 23 pacientes não possuem nenhuma informação nos seus prontuários e, 6 pacientes já faleceram, o que gera a dúvida se os agentes comunitários de saúde estão com seus pacientes cadastrados e atualizados. Dentre os 41 pacientes acamados 35 deles são elegíveis para cuidados paliativos. Não foi quantificado quanto dos pacientes possui mais de uma alteração das avaliadas, podendo estar duplamente classificado.

A partir das informações parciais coletadas, pode-se inferir que 3,5% dos pacientes que possuem diabetes mellitus são elegíveis para cuidados paliativos 6,9% dos pacientes que possuem hipertensão arterial são elegíveis para cuidados paliativos e 85% dos pacientes acamados são elegíveis para cuidados paliativos. Dessa forma é imprescindível que haja políticas públicas para que esses pacientes recebam medidas que diminuam ou evitem sofrimento e dor total. Para tanto, é de suma importância que se realize cuidados paliativos na atenção primária.

Com essas informações, os dados foram mostrados para Secretaria de Saúde do Município, sendo posteriormente informado que, um dos objetivos do mandato do prefeito da cidade é a implementação do programa “melhor em casa”. Com a implantação do programa, a atenção primária já terá um melhor suporte, principalmente em relação aos atendimentos domiciliares, o que já é um grande passo para se fazer cuidados paliativos ofertados principalmente pelas equipes da unidade básica de saúde e do próprio programa melhor em casa.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O trabalho não atingiu o objetivo geral que é a capacitação da equipe de atenção primária para fornecer cuidados paliativos que auxilie no tratamento e no atendimento dos pacientes e de seus familiares. Também não atingiu os objetivos específicos, pois estão vinculados ao objetivo geral. A limitação para o alcance dos objetivos foi a pandemia pelo covid-19, toda secretaria está na linha de frente para o combate da disseminação do vírus, sendo deixado para um momento posterior o treinamento da equipe e a alocação dos recursos para um novo projeto. No entanto,

com os dados apresentados, esse projeto conseguiu fomentar o plano de implementação do programa melhor em casa pelo município. O programa melhor em casa é um suporte essencial para que a atenção básica consiga iniciar os cuidados paliativos pela unidade de saúde. Dessa forma, o projeto não teve contribuições imediatas, no entanto gerará frutos importantes que modificarão o olhar dos profissionais de saúde com o paciente, bem como, a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria GM/MS nº 19, de 03 de Janeiro de 2002. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o programa nacional de assistência à dor e cuidados paliativos 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite. Resolução MS/CIT nº41 de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde [internet]. Diário Oficial da União. 23 Nov 2018.

BRASIL. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico do Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. **Manual de cuidados paliativos ANCP**, v. 2, p. 23-24, 2012.

OTHERO, M. B. et al. Profiles of palliative care services and teams composition in Brazil: First steps to the Brazilian Atlas of Palliative Care. *European Journal of Palliative Care*. 14th World Congress of the European Association of Palliative Care. Copenhagen, Denmark. May. 2015. p.113.

ROCHA, Julliana Morgado. Serviços Públicos de Cuidados Paliativos no Brasil: A Realidade das UNANCON e CACON. 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Índices do segundo quadrimestre**. Telêmaco Borba, 2019.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. *The quality of death*. Ranking end-of-life care across the world. London, 2010. 38p.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. *The 2015 quality of death index*. Ranking palliative care around the world. London, 2015. 68p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Definition of palliative care. 2002**. Disponível em: <[www.who.int/cancer/palliative/definition/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/)>. Acessado em: 05/10/2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers**. World Health Organization. 2016.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. WHO. England. 2014.