

Cuidados paliativos oncológicos domiciliares como uma nova prática em saúde influenciando no desenvolvimento local

Palliative care on domestic oncology as a new practice in health influencing local development

Soins palliatifs sur l'oncologie internationale comme une nouvelle pratique en santé influine au développement local

Cuidados paliativos oncológicos domiciliares como una nueva práctica en salud influenciando en el desarrollo local

Regina Aparecida Pereira Mazzi¹
Heitor Romero Marques¹

Recebido em 10/10/2017; revisado e aprovado em 13/02/2018; aceito em 13/02/2018
DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/inter.v19i4.17345>

Resumo: O desenvolvimento deve ser entendido como um processo contínuo de melhoria da qualidade de vida, garantindo prosperidade pelo conhecimento e empoderamento da tecnologia e dos saberes, envolvendo o ser humano como o principal beneficiário dessa mudança. Verifica-se que a Atenção Domiciliar (AD) compõe um braço assistencial imprescindível à abordagem dos cuidados paliativos, de forma a permitir o acesso a uma assistência integral ao ser humano.

Palavras-chave: desenvolvimento local; territorialidade; cuidados paliativos domiciliares.

Abstract: Development should be understood as an ongoing process of improving the quality of life, ensuring prosperity through knowledge and empowerment of technology and knowledge, involving the human being as the main beneficiary of this change. It is verified that the Home Care (AD) composes an assistance arm essential to the approach of the palliative care, in order to allow the access to an integral assistance to the human being.

Keywords: local development; territoriality; palliative care domiciliares.

Résumé: Le développement doit être compris comme un processus continu d'amélioration de la qualité de la vie, assurant la prospérité par la connaissance et l'autonomisation de la technologie et des connaissances, impliquant l'être humain comme principal bénéficiaire de ce changement. Il est vérifié que le Home Care (AD) constitue un bras d'assistance essentiel à l'approche des soins palliatifs, afin de permettre l'accès à une aide intégrale à l'être humain

Mots-clés: développement local; territorialité; soins palliatifs à domicile.

Resumen: El desarrollo debe entenderse como un proceso continuo de mejora de la calidad de vida, garantizando la prosperidad por el conocimiento y empoderamiento de la tecnología y los saberes, involucrando al ser humano como el principal beneficiario de ese cambio. Se observa que la Atención Domiciliar (AD) compone un brazo asistencial imprescindible al abordaje de los cuidados paliativos, para permitir el acceso a una asistencia integral al ser humano.

Palavras clave: desarrollo local; territorialidade; cuidados paliativos domiciliários.

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro enfrenta grandes desafios. A singularidade do tema requer uma discussão multissetorial que se assenta no proposto pelo movimento internacional dos cuidados paliativos, que, nas últimas décadas, preconizou uma atitude de total empenho e a valorização do sofrimento e da qualidade de vida como objetos de tratamento e de cuidados ativos organizados.

¹ Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.



Esse cenário indica a necessidade urgente do conhecimento dos conceitos fundamentais em cuidados paliativos, bem como do empreendimento de esforços para se estabelecerem políticas de saúde voltadas para indivíduos em final de vida.

O desenvolvimento local busca integrar as potencialidades do território e os seus interesses, pois entende que a sociedade, na atualidade, necessita cada vez mais adquirir informações sobre o mundo que a cerca. Por isso as relações humanas estabelecidas em uma comunidade são importantes no contexto analisado, a exemplo do vínculo entre os serviços de saúde, o paciente, o cuidador e a família em seu núcleo.

Entender o território de forma diferenciada e estabelecer vínculo com a população possibilita o compromisso e a corresponsabilização. Considerar essas questões implica construir possibilidades de produção de cuidado com maior potência, proporcionando, por meio de ações com equidade e integralidade, um número menor de ações prescritivas e, portanto, fortalecendo atores mais abertos às distintas racionalidades e necessidades que gravitam em torno das equipes.

Embora complexa, a construção desse processo pode resultar na fixação de critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores com objetivo de obter melhora no nível de saúde da população, responder com efetividade às necessidades da população, alcançar eficiência gestora no uso de recursos escassos, entre outros.

Acredita-se que o primeiro princípio do Serviço de Cuidados Paliativos (CP) Atenção Domiciliar Oncológico (SAD), fundamenta-se na ideia de que sua equipe e sua prática devem ser centradas no paciente e dotadas de competências e habilidades, tais como: ter habilidades clínicas a partir de conhecimentos baseados em evidências; ser habilidoso no relacionamento com a equipe de saúde e comunidade; desempenhar o trabalho em equipe e ser capaz de estabelecer alianças e parcerias.

Esse modelo de atenção à saúde tem sido amplamente difundido no mundo e tem como fulcros fundamentais a pessoa em tratamento, a família, o contexto domiciliar, o cuidador e a equipe multiprofissional. Nesse sentido, estudos precisam ser desenvolvidos, principalmente no âmbito estadual, a fim de que as políticas públicas possam avançar na garantia de promoção de saúde da população, melhorando a qualidade de vida do paciente, da família e do cuidador.

A escassez de material publicado sobre serviços específicos de atendimento domiciliar e cuidados paliativos oncológicos no Sistema Único de Saúde (SUS) é um indicativo de que ainda há muito a ser feito nessa área de atenção à saúde. A distribuição epidemiológica do câncer no Brasil sugere uma transição em andamento, envolvendo um aumento entre os tipos de câncer normalmente associados a melhor *status* socioeconômico e, simultaneamente, também taxas de incidência persistentemente elevadas de tumores geralmente associados à pobreza. O câncer é um problema de saúde pública mundial.

A escolha do tema deveu-se à necessidade de discussão sobre a importância da atenção domiciliar e cuidados paliativos, sabendo que tal prática ainda não é amplamente efetiva pela Saúde Pública Brasileira, e que a abordagem paliativista é a única opção real para a maioria dos pacientes portadores de doença crônica degenerativa.

Para esta pesquisa, foram estudadas experiências de atenção domiciliar oncológica desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul em um hospital de referência. Foi examinado também o processo de trabalho em saúde da equipe. Essas experiências foram selecionadas a partir de uma análise exploratória de um serviço habilitado pelo Ministério da Saúde, a partir de uma dissertação de Mestrado em Desenvolvimento Local.

O presente artigo é fruto de uma pesquisa desenvolvida no Programa de Pós- Graduação – Mestrado em Desenvolvimento Local e apresenta parte dos resultados da dissertação, analisados com subsídio da literatura sobre o objetivo de estudo com intuito de atingir as propostas da investigação.

Alguns autores como Mattos (2004), Mendes (2011) e Feuerwerker e Merhy (2008) descrevem a Atenção Domiciliar como sendo um dispositivo para o fortalecimento da integralidade do cuidado no contexto da Rede de Atenção à Saúde. O termo integralidade expressa uma das bandeiras de luta do chamado movimento sanitário. Ademais, os cuidados paliativos constituem um campo interdisciplinar de *cuidados totais, ativos e integrais*, dispensados aos pacientes oncológicos no âmbito domiciliar.

No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) dispõe de uma estrutura de excelência em cuidados paliativos para pacientes com câncer e para seus familiares, incluindo atendimento ambulatorial, hospitalização e internação domiciliar. Contudo, para o conjunto do País, a oferta de tratamento paliativo domiciliar é pequena e fragmentada, a grande maioria localizada em hospitais (BRASIL, 2007).

Tendo em vista o exposto, indaga-se: de que forma os cuidados paliativos oncológicos domiciliares podem ser considerados como uma nova prática em saúde influenciando no desenvolvimento local? Objetiva-se, portanto, analisar a Atenção Domiciliar como estratégia no fortalecimento da integralidade no contexto da Rede de Atenção à Saúde e descrever as características principais do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) para os pacientes oncológicos, em um hospital de referência no Estado de Mato Grosso do Sul.

2 CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS DOMICILIARES E O DESENVOLVIMENTO LOCAL

Em essência, o Desenvolvimento Local (DL) incorpora a perspectiva humanística de valorização da pessoa humana, a se tornar ela mesma sujeito efetivo do seu próprio destino. Trata-se, pois de um pressuposto lógico, isto é, que as pessoas devem participar ativamente e não apenas serem beneficiárias do desenvolvimento.

De acordo com Raffestin (1993), o território é uma construção conceitual a partir da noção de espaço. Assim, “a produção de um espaço”, o território nacional, espaço físico, balizado, modificado, transformado pelas redes, circuitos e fluxos que aí se instalam: rodovias, canais, estradas de ferro, circuitos comerciais e bancários, autoestradas, e rotas aéreas etc. O território é, assim, a base física de sustentação locacional e ecológica, juridicamente institucionalizado do Estado Nacional. Contém os objetos espaciais, naturais e/ou construídos, na condição de instrumentos exossomáticos, para (re) produção de uma identidade étnico-sócio-cultural.

Destacam-se Merhy e Cecílio (2003) sobre a integralidade do cuidado como tarefa de rede de serviços, por sua natureza, necessariamente interdisciplinar, dependendo da conjugação do trabalho de vários profissionais, por meio de mecanismos instituídos de dominação e de relações assimétricas de poder entre as várias corporações profissionais, que por muitas vezes ocultam a imprescindível colaboração que deve existir entre todas as categorias profissionais, como operadores de tecnologias leves de saúde, para que o cuidado aconteça.

O SAD remete a uma forma mais transversalizada de operar o cuidado, integrada em uma rede mais ampla de serviços, composta de vários pontos, ou várias “estações”, criando “pontes”

ou pontos de contato mais horizontal, mais regular e “institucionalizada” entre a equipe, que deve conversar entre si, para que o cuidado se realize, coordenando em “atos”, o encontro de práticas e saberes, abrindo espaços de escuta, participação e acolhimento (MERHY, CECÍLIO, 2003).

A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. Deve haver algum grau de integralidade focada, mesmo que não seja o suficiente, quando uma equipe, em um serviço de saúde, por meio de boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender, da melhor forma possível, as necessidades de saúde (MERHY, CECÍLIO, 2003).

A Assistência Domiciliar (AD) promove uma parceria com a família, trabalhando em conjunto com a comunidade, fortalecendo as redes de apoio social e de retaguarda em serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, configurando uma redução na utilização de “tecnologias duras”, como por exemplo, (exames, imagens, procedimentos), pois pressupõe o uso de “tecnologias leves” (dos saberes, da capacidade de decisão do profissional) e da tecnologia “leve-dura” (protocolos que deverão ser adaptados pelo cuidador na singularidade do sujeito). O SAD promove fluxos marcados pela subjetividade, pelo encontro singular entre a equipe e o usuário, que faz esse percurso de forma pessoal, humana e vinculada de sentimentos e impressões (MALTA; MERHY, 2003).

Diante de breve análise, é possível destacar que o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), ao longo de sua prática cotidiana, vem construindo seu modelo de atuação interdisciplinar. Essa atuação não se prende a nenhum modelo conceitual anteriormente criado ou definido, mas se concretiza pela prática diária do trabalho desenvolvido pela equipe.

Nos atendimentos realizados no domicílio, observa-se a existência de um processo de transferência de tecnologia, leve-dura, por parte da equipe, que ensina o cuidador a realizar o cuidado diário com o paciente e até varias vezes ao dia, sem a presença dos profissionais. Sabe-se que o cuidador aprende e reproduz, mas também tem opinião e leva em conta, não somente os aspectos técnicos, mas muitos outros elementos da vida (afetivos, culturais, religiosos, materiais e sociais), acrescentando à sua prática, modos tecnológicos leves de produção do cuidado (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

O impacto da doença, como o câncer, para o paciente e seus familiares, impõe mudanças de atitude, de comportamento, socioeconômicas, culturais, entre outras, exigindo uma reorganização pessoal e coletiva na estrutura sociofamiliar, de forma difícil e muitas vezes sofrida, que não se explica apenas na doença em si (CARVALHO, 1999).

Considerando que os cuidados paliativos com atendimento domiciliar, visa a uma atenção individualizada ao doente e sua família na busca pelo controle de todos os sintomas e prevenção do sofrimento, destaca-se Pessini (2001) quando defende a existência de duas formas de agir sobre a saúde: a busca pela cura e a oferta do cuidado. Partindo por esse prisma, ao buscar a cura, a equipe investe na vida a qualquer custo e, muitas vezes, a humanização no atendimento é deixada de lado, como um segundo plano. Porém, quando o objetivo é oferecer cuidado, leva-se em conta a pessoa doente e não apenas a doença em si.

De acordo com as diretrizes para atenção em cuidados paliativos e controle da dor crônica, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), caberia à Atenção Básica a oferta de cuidados paliativos pela equipe de Saúde da Família através da assistência domiciliar com alto grau de humanização. Essa proposta compreende que os cuidados paliativos na Atenção Básica possibilitam a desospitalização, a redução de complicações de longas internações e a redução dos altos custos que o processo de hospitalização envolve.

Segundo as diretrizes lançadas em 2002, cabe ao poder público, garantir a “ampla cobertura no atendimento aos doentes que precisam de cuidados paliativos no Brasil, garantindo universalidade, equidade, integralidade, controle social e acesso às modalidades de cuidado e terapêutica” bem, como “o amplo acesso às diferentes modalidades de cuidados paliativos: Cuidados Domiciliares, Cuidados Ambulatoriais, Cuidados Hospitalares e Cuidados de Urgência” (BRASIL, 2002).

Feuerwerker e Merhy (2008) defendem que o atendimento domiciliar é capaz de apresentar resultados clínicos positivos, ao promover novas maneiras de cuidar, promovendo a desinstitucionalização dos serviços de saúde. Os autores ainda destacam que é fundamental haver espaço para cuidar dos cuidadores com escuta e apoio dos mesmos e criação de dispositivos para sua educação permanente.

Existe a necessidade pungente de implementação de serviços de cuidados paliativos com atendimento domiciliar, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, cuidadores e familiares. Silva e Hortale (2006) reconhecem que a organização de tais programas é complexa, pois depende da disponibilidade de recursos diversos, mas afirmam que a escassez de recursos não impediria a garantia de padrões mínimo de cuidados, incorporados de forma progressiva em todos os níveis de atenção, garantindo acesso a uma maior cobertura de atendimento domiciliar.

Mattos (2004) defende a potencialidade da Atenção Domiciliar (AD) de forma a contribuir para a integralidade nos três sentidos. No sentido vertical, que pressupõe a busca das necessidades dos usuários a partir de um olhar integral e ampliado, profissionais do SAD de Campo Grande, MS podem contribuir para um olhar holístico e humanizado no cuidado no domicílio, entendido como um “novo” local para realizar assistência à saúde.

[...] nossa maior satisfação é poder contribuir com paciente e familiar, nesse momento tão difícil e doloroso do diagnóstico e tratamento do câncer... conseguimos manter o paciente em casa, contribuindo para o fortalecimento dessa pessoa, no enfrentamento de problemas, não só relacionados à doença, como às vezes da convivência familiar, da autonomia e da autoestima. (Regina Mazzi – Coordenadora do SAD).

A integralidade no sentido horizontal, na qual se evidencia a necessidade de articulação entre demanda programada e demanda espontânea, identifica situações de risco para a saúde, assim como o desenvolvimento de conjuntos de atividades coletivas junto à comunidade.

[...] realizamos com frequência reuniões com a equipe de saúde da família e unidades básicas de saúde, dos Bairros onde o SAD possui paciente inserido no programa, buscando desta forma articular uma integração das redes de serviço, em benefício do paciente e comunidade. (Regina Mazzi – Coordenadora do SAD).

O terceiro sentido remete à incorporação da transversalidade, especialmente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional.

[...] temos como objetivo, tornar o processo da doença mais leve; compartilhar a responsabilidade pelo cuidado, para os familiares que deverão desenvolvê-lo em casa; contribuir para o resgate da autonomia e autoestima do paciente e cuidador; mostrar que ele dentro de algumas possíveis limitações, pode ser produtivo e continua sendo importante. [...] nossa satisfação é poder dar alta para o paciente, na certeza de ter minimizado seus problemas, proporcionando maior qualidade de vida e controle da dor e dos sintomas da doença e do tratamento. (Regina Mazzi – Coordenadora do SAD).

Na busca de se concretizar o objetivo de oferecer cuidados paliativos com assistência domiciliar de qualidade a todos os que assim necessitem, faz-se necessária uma estratégia pública de implementação de políticas na área da saúde, especificamente em oncologia, disponibilizando recursos financeiros, inclusive, disponibilizando a melhor abordagem com base no mais elevado conhecimento científico, cuidados de saúde baseados em evidência, com elevado grau de efetividade e eficiência (STJERNWARD; FOLEY; FERRIS, 2007).

Essa eficiência, sem dúvida, exige maior integração e adequada articulação entre as redes de assistência saúde (RAS), também entre o setor público e o privado, promovendo o envolvimento da comunidade/sociedade, com vistas à implementação de um programa nacional de cuidados paliativos, de forma a obter avanços na melhoria da qualidade de vida dos doentes e suas famílias (STJERNWARD; FOLEY; FERRIS, 2007).

Uma assistência holística e humanizada oferecida aos pacientes, cuidadores e familiares, por meio de uma equipe multidisciplinar, consiste em uma função essencial dos cuidados paliativos domiciliares. O cuidado domiciliar à saúde é uma prática que remonta à própria existência das famílias como unidade de organização social, organizadas pelo sistema de saúde (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Hospital de Câncer de Campo Grande, MS – Alfredo Abrão (HCAA), é um serviço complementar à internação hospitalar e ao atendimento ambulatorial, integrado à rede pública de saúde. Os pacientes contam com um serviço humanizado e acolhedor, sem afastamento da sua família e com os riscos de contaminação e infecção hospitalar minimizado (HCAA, 2014). O SAD do HCAA é responsável pelo matriciamento de todos os pacientes oncológicos do município de Campo Grande, desde que dentro dos critérios de elegibilidade. O serviço é composto pelas seguintes etapas, que caracterizam seu funcionamento, como segue:

- 1ª Solicitação de inclusão do paciente no Programa, a ser realizado pelo médico ou enfermeiro, responsável pela unidade em que o paciente está sendo atendido, seja internado ou acompanhado em ambulatório;
- 2ª Solicitação de inclusão do paciente no Programa, a ser realizado pelo médico, pelo enfermeiro ou pelo serviço social, de outros hospitais que atendam pacientes oncológicos no município de Campo Grande;
- 3ª Avaliação da solicitação para inserção do paciente;
- 4ª Agendamento de visita domiciliar para avaliação dos critérios de inclusão no serviço, para determinar se o paciente contempla os critérios de elegibilidade;
- 5ª Inclusão do paciente no SAD, uma vez que o paciente é elegível dentro dos critérios estabelecidos;
- 6ª Visitas de rotina, após a inclusão do paciente no atendimento domiciliar.

As ações realizadas no domicílio, por seu caráter interdisciplinar, garantem ao paciente um atendimento de forma holística, com visitas sistemáticas e agendadas, da equipe multiprofissional, de acordo com a necessidade de cada paciente e família. Assim, são feitas todas as avaliações necessárias, dadas as orientações compatíveis e oferecidas a atenção e terapêutica adequadas. Nesse contexto, são considerados aspectos fundamentais:

1. A Unidade de Tratamento compreende o paciente e sua família;
2. Os sintomas do paciente são avaliados rotineiramente e gerenciados de forma eficaz por meio de consultas frequentes e intervenções ativas;

3. Os cuidados são fornecidos por uma equipe multiprofissional, que avalia os sintomas e toda a sua dimensão, na definição e condução dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos imprescindíveis para o controle de todo e qualquer sintoma; e
4. A equipe também oferece atividades em grupo, denominadas Rodas de Conversa, para familiares e cuidadores, com o objetivo de possibilitar troca de experiências e informações, por meio da interação com outras pessoas que vivenciam as mesmas questões, além de garantir educação continuada.

O trabalho desenvolvido pela equipe visa oferecer suporte adequado, promovendo a segurança do cuidador nos cuidados domiciliares, não só no sentido de ensinar o cuidador, mas na compreensão das mudanças que ocorrem em sua vida e do impacto do cuidado, planejando estratégias facilitadoras da rotina e que permitam minimizar a sobrecarga, aumentando a autonomia do paciente (HCAA, 2014).

[...] Quando falamos em ambiente domiciliar, não podemos pensar em rotinas engessadas. Apesar de sempre planejados os atendimentos, é ao adentrar nas residências que decidimos quais serão os manejos apropriados naquele momento e, a cada visita, encontramos um cenário diferente. E essas diversidades proporcionam um crescimento pessoal e profissional tanto quanto a união da equipe [...]. (Laís Sampaio Goulart – Enfermeira).

[...] Acredito que gozamos do privilégio de ter uma boa equipe de trabalho, pois nos fundamentamos em cinco princípios: o desejo em fazer o bem, a confiança, a compreensão, a reciprocidade e a gratidão. Trabalhar em equipe é compreender que somos imperfeitos e limitados, mas que, apesar disso, podemos criar algo melhor em nós [...]. (Fernanda Delmondes Gimenez – Psicóloga).

Nesse sentido, Martins (2016) destaca que a atual tendência em se pensar e planejar o desenvolvimento é dotá-lo de um caráter mais humano, no sentido de considerar o ser humano simultaneamente como sujeito e beneficiário, isto é, que as pessoas devem participar ativamente e não apenas serem beneficiárias do desenvolvimento. Por fim, é preciso salientar que a inclusão do sujeito em um contexto social mais amplo e participativo, de identificação de sua própria imagem ao espaço em que habita, consiste na efetivação de novos modos de produção de cuidado e de intervenção em diferentes pontos da Rede Atenção Saúde (RAS).

[...] A palavra que define o meu trabalho, no processo do cuidar, é gratidão. É um trabalho que me enriquece a cada dia, que me realiza e me dá prazer, e o fato da convivência com uma equipe multiprofissional, de trabalharmos simultaneamente com saberes e visões diferentes são engrandecedoras [...]. (Lívia de Almeida Heberle – Nutricionista).

[...] Pra mim, realização profissional é gostar de gente! Trabalhar com o que se ama e respeitar o próximo, esperando como retorno apenas a dignidade e satisfação do usuário atendido [...]. (Greice Kelly da Silva Guimarães Paiva – Assistente Social).

A qualidade de vida de uma população é um fator importantíssimo para o desenvolvimento local. Tal desenvolvimento só poderá ser considerado efetivo, se este constituir-se em desenvolvimento humano, social, sustentável, visando sempre à melhoria da vida das pessoas e da sociedade como um todo, caracterizando dessa forma o humano e o social, sempre com a preocupação com o presente e com o futuro, contribuindo assim com o desenvolvimento sustentável (MARTINELLI; JOYAL, 2004).

Levando em consideração que a qualidade de vida de uma população é um fator essencial para o Desenvolvimento Local, uma vez que, para se desenvolver com qualidade, os serviços

de saúde, dentre outros fatores, devem estar de maneira sólida presentes na vida de todos os membros de uma comunidade. Dessa forma, o presente estudo permite inferir que os cuidados paliativos domiciliares ainda é um processo em construção, apresentando lacunas importantes, no que se refere a uma estratégia organizacional que ainda não está consolidada no cotidiano dos serviços. Contudo está evidente, a respeito da Atenção Domiciliar, que podem possibilitar elevado grau de humanização, envolvendo a família nos cuidados, bem como no amparo efetivo ao paciente, trazendo inúmeros benefícios como a autonomia, melhora da autoestima, redução de complicações decorrentes de longas internações hospitalares, sentimento de pertence ao local onde se está inserido, promoção de saúde, conforto e qualidade de vida, a partir do local.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

No município de Campo Grande, no Estado de Mato Grosso do Sul, todos os cuidados domiciliares oncológicos são de responsabilidade de uma equipe multiprofissional específica para a atenção domiciliar matricial de suporte, constituída por enfermeira coordenadora, enfermeira assistencial, médico, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, técnico de enfermagem e administrativo, com importante papel na logística da equipe e agendamento dos pacientes, organizados há três anos.

A atual estrutura do programa comporta até sessenta pacientes concomitantemente, que recebem visitas semanais, quinzenais ou mensais, de acordo com o Plano Terapêutico Singular (PTS) discutido e planejado pela equipe.

Diariamente um ou dois membros da equipe realizam busca ativa na unidade de internação do Hospital em referência, através da visita beira leito aos pacientes internados com prognóstico favorável para alta hospitalar.

Semanalmente, os membros da equipe se reúnem para discutir o plano terapêutico de cada paciente. Mensalmente, os usuários cuidadores participam de reuniões de grupo, organizadas pela enfermeira, apresentando um tema específico por um dos membros da equipe, contemplando todas as áreas do cuidado, de acordo com as necessidades detectadas durante as visitas. Familiares e cuidadores enlutados também recebem a assistência adequada para esse momento, por meio de acompanhamento psicológico e visita pós-óbito.

Além da educação permanente dos profissionais, pacientes, familiares e cuidadores, a equipe em consonância com a coordenação do SAD define e estabelece protocolos e rotinas, realizando anualmente um encontro interdisciplinar (aniversário de implantação do SAD), para apresentar os resultados dos indicadores monitorados no período e promover maior integração entre profissionais e usuários.

O que a AD proporciona não é uma redução de custos, e sim o uso mais adequado dos recursos, pois o leito, ao ser desocupado devido à possibilidade de o paciente ser cuidado no domicílio, não é desativado, sendo imediatamente ocupado por outro que realmente necessita dessa modalidade de atenção. Em última análise, pode-se afirmar que, com a AD, se gasta menos para fazer o mesmo pelo paciente com certas características. Assim, trata-se de uma otimização dos recursos, e não de usar menos recursos, fato verdadeiro só se houvesse desativação de leitos hospitalares por uma redução da demanda, o que, hoje, não é uma realidade. Os achados também remetem à compreensão da interdependência e complementaridade da Atenção Domiciliar (AD) e Cuidados Paliativos (CP), com vistas a garantir a integralidade, sendo reconhecida como “início, meio e fim” para contribuir de forma efetiva com o desenvolvimento

do local e no local. A integralidade se concretiza mediante reconhecimento da interdependência dos atores e organizações em objetivos, informações, compromissos e resultados.

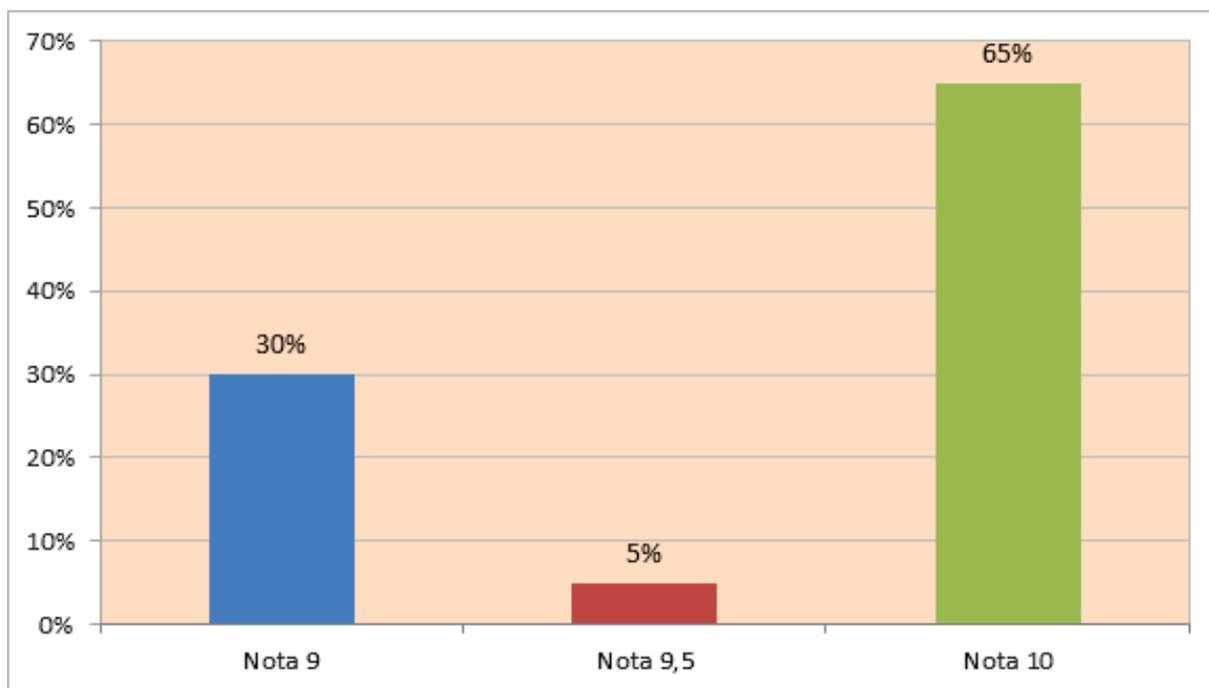
Este estudo demonstrou que o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e Cuidados Paliativos (CP) no contexto do Desenvolvimento Local propicia felicidade, satisfação e conforto às pessoas por meio do conhecimento que conduz à melhoria da qualidade de vida, que, por sua vez, deve ser traduzida em serviço à disposição da comunidade.

Um dos principais benefícios desse serviço para o paciente é que ele se encontra dentro de um ambiente conhecido, mantendo sua intimidade; podendo realizar algumas tarefas laborais, manter alguns hábitos e atividades de lazer. A alimentação é mais variada e os horários não são rígidos, contribuindo para a satisfação das “vontades” do indivíduo acometido pelo câncer. Isso fortalece a autonomia do usuário e sua integridade como pessoa. A maioria dos familiares tem maior satisfação por estar participando ativamente do cuidado. Sentem que respeitam a vontade do paciente de permanecer no domicílio.

Destaca-se o alto índice de satisfação dos usuários pelos serviços prestados pela equipe multiprofissional do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), em que 100% dos participantes demonstraram satisfação plena com a equipe.

Os entrevistados (100%) consideram efetivas as soluções apresentadas pela equipe multiprofissional buscando a resolução dos problemas do paciente e dificuldades da família.

Gráfico 1 – Nota aplicada ao desempenho da Equipe, de 1 a 10



Fonte: Elaboração própria (2017).

De acordo com os dados coletados, 65% dos entrevistados deram nota dez ao atendimento realizado pela equipe do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), e 5% atribuíram a nota 9,5 (Gráfico 1).

Quadro 1 – Análise de alguns destaques nossos

DEPOIMENTO		ANÁLISE	
E1	“Senti mais leveza para a vida e para fazer as coisas”. “Diminuíram nossas idas ao Hospital”.	E1	A questão econômica e social precária, também é minimizada pela atuação eficiente e eficaz da Equipe do SAD.
E2	“O SAD dá sentido à minha vida, me cuida e, da mesma forma que a vida é importante pra mim, o SAD é na mesma proporção”. “Dá segurança e apoio, por isso se torna tão essencial. A orientação é muito importante”.	E2	A humanização é vista como a ampliação do processo cuidado e como a capacidade de oferecer atendimento de qualidade.
E3	“A convivência com ele melhorou e ficou mais alegre”. “Teve melhora em todos os sentidos”.	E3	O SAD representa um grande avanço no tocante às políticas de saúde, no tocante aos princípios de equidade, integralidade da assistência e a resolutividade das ações.
E4	“Eu agradeço ao SAD por ser sempre disponíveis e atenciosos”. “Tenho uma sugestão, que vocês venham todos os dias”.	E4	Compreendemos que a saúde não é um fim em si mesmo; o sistema deve trabalhar com setores e atores diferentes para impactar os determinantes sociais.
O SAD também atua como instrumento de produção, acúmulo e transmissão de saber sobre os seres humanos e a sua saúde. Promover qualidade de vida implica a adoção de práticas transformadoras que, sejam elas exercidas por meio de ações individuais de estilo de vida ou por meio de projetos coletivos, que certamente afetam a saúde.			

Fonte: Elaboração própria (2017).

Atualmente o Serviço de Atenção Domiciliar Oncológico mostra-se como uma vertente mais sólida da proposta de um modelo plural de edificação, que traz meios efetivos de praticar promoção da saúde. De um lado, o setor saúde chega à população de maneira mais rápida, integral, humana e no território em que se encontram; de outro, a equipe se vê mais integrada e interagente dentro de uma lógica multifacetada, multiprofissional e sustentável.

A família, no centro da comunidade, tem mais autoridade para priorizar, decidir e agir, porque usa a vida e as relações sociais como referência. A família faz valer táticas que usam as potencialidades locais com vistas à promoção humana. Essas potencialidades para transformação implicam em fatores culturais, sociais, educacionais, ambientais e no estado de saúde da família, sendo agente de sustentabilidade e desenvolvimento local.

A proposta do SAD é de promover qualidade de vida, contribuindo para a adoção de práticas transformadoras que sejam exercidas por meio de ações individuais de estilo de vida ou por meio de projetos coletivos, que certamente afetam a saúde. Vale destacar que essa mobilização vem trazendo mudanças, particularmente no processo da construção do desenvolvimento local.

O SAD compartilha ideias, colocando ênfase na socialização das ações humanas para estabelecer um melhor convívio entre equipe, paciente, familiar, cuidador e comunidade. A Atenção Domiciliar (AD) revela sua importância no cenário da saúde ao propiciar novos modelos de produção de cuidado e de intervenção e, sobretudo, ao transformar o domicílio em mais um espaço de cuidado. Assim, a AD pode contribuir para a superação do modelo de atenção à saúde, ainda hegemônico.

Destaca-se, neste estudo, a construção do usuário como participante ativo do processo de saúde, pois os profissionais, por meio do Plano Terapêutico Singular (PTS), discutem e decidem em conjunto com o paciente e cuidador qual caminho seguir, reconhecendo a importância de percepções, crenças, valores adotados por profissionais e usuários. Reconhecem, portanto, a importância de fatores humanos.

Outro aspecto importante é a necessidade de o paciente se apresentar ativo nesse processo do adoecer, pois os cuidados paliativos não são indicados apenas ao final da vida, devendo ser oferecidos durante a vida, contínuos e intensivos e podem durar muitos anos.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e Cuidados Paliativos (CP) no seu funcionamento cotidiano, e a partir das interações que criam no espaço do local e do processo de trabalho, entre profissionais, pacientes, familiares, cuidadores e toda a rede que se forma em torno dessa proposta de melhoria de qualidade de vida, são dispositivos desse processo de Reestruturação Produtiva. Isso se dá em diferentes graus, às vezes incipiente, sutil e, muitas vezes, sofrendo atravessamentos de lógicas normativas que demarcam o campo institucional, mas ele está presente e pode ser verificado na singularidade das práticas assistenciais, nos fluxos de conexão dos processos de trabalho, nas redes que se formam, buscando sustentar um processo diferente de produção do cuidado.

4 CONCLUSÃO

Concluindo essa breve reflexão, o atendimento domiciliar oncológico pautado nos cuidados paliativos apresenta ações terapêuticas baseadas ao menos em três tipos de tecnologias: duras (equipamentos, medicamentos), leve-duras (conhecimentos estruturados, como clínica e epidemiologia) e leves do cuidado (tecnologias relacionais que possibilitam a produção de relações subjetivas entre trabalhadores e usuários), criando-se assim um ambiente facilitador do momento extremamente frágil e delicado em que vive o paciente, dando-lhes amparo na dor, estendido à fase do luto.

Observa-se que outro aspecto importante refere-se à autonomia do paciente, baseada em uma harmonia social e familiar adequada, diminuindo, dessa forma, as internações prolongadas e minimizando os riscos de infecção hospitalar.

Acredita-se que uma reorganização do sistema de saúde, por meio da abordagem dos cuidados paliativos domiciliares, aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de avaliação e identificação precoce e correta e de tratamento da dor e outras situações que impactem na ordem física, psicossocial e espiritual.

Todavia é possível afirmar que o principal agente multiplicador nesse processo de empoderamento é o profissional de saúde que compõe a equipe do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), pela sua atuação com uma visão interdisciplinar, isto é, uma visão holística, na qual o ser é considerado biopsicossocial e espiritual, em que juntos é possível determinar estratégias adequadas e exequíveis para o paciente e para o cuidador, levando em consideração os limites e as possibilidades para o cuidar, o enfrentamento da doença, garantindo um cuidado humanizado e horizontal ao paciente.

Concluindo a análise dos aspectos que o estudo apresenta, entende-se que a prioridade deverá ser para a ampliação de uma rede de cuidados paliativos domiciliares oncológicos, com o objetivo de apoiar a rede de saúde pública, incluindo capacitação profissional para as equipes de saúde do município de Campo Grande e de todo o Estado do Mato Grosso do Sul, bem como

a criação de um Núcleo de Assistência Domiciliar que propicie encontros entre os sujeitos, contribuindo para interação entre usuários, profissionais de saúde e gestores.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. *Dados populacionais de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 19*, de 3 de janeiro de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002>>. Acesso em: 20 set. 2017.

CARVALHO C. S. U. A família e o paciente oncológico. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, n. 16, p. 147-58, 1999.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação da prática. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 24, n. 3, p. 180-8, 2008.

HOSPITAL DE CÂNCER DE CAMPO GRANDE – ALFREDO ABRÃO (HCAA). *Manual do serviço de atenção domiciliar do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)*. Campo Grande, MS, n. 1, 2014.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde-revendo alguns conceitos. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 61-6, jan./jul. 2003.

MARTINELLI, D. P.; JOYAL, A. *Desenvolvimento local e o papel das pequenas e médias empresas*. Barueri, SP: Manole, 2004.

MARTINS, S. R. O. Desenvolvimento local: questões conceituais e metodológicas. *Interações*, Campo Grande, MS, v. 3, n. 5, set. 2016.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-6, set./out. 2004.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Comitê Nacional de Secretários da Saúde, 2011.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas, SP: Unicamp, 2003 (mimeo.).

PESSINI, L. *Distanásia*. Até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola, 2001.

RAFFESTIN, C. *Por uma geografia do poder*. São Paulo: Ática, 1993.

SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2055-66, out. 2006.

STJERNESWARD, J.; FOLEY K. M.; FERRIS F. D. Estratégia de saúde pública para cuidados paliativos. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 33, n. 5, p. 486-93, 2007.

Sobre os autores:

Regina Aparecida Pereira Mazzi: Mestranda em Desenvolvimento Local (UCDB). Bolsista Capes.
E-mail: nurse.regina.775@gmail.com

Heitor Romero Marques: Doutor em Desarrollo Local em Contexto Territorial. Mestre em Educação – formação de professores. Especialista em Filosofia e História da Educação. Licenciado em Ciências Naturais e Pedagogia. Professor no Programa de Mestrado e Doutorado em Desenvolvimento Local (UCDB), MS. **E-mail:** heiroma@ucdb.br