

política

PRIMEIRA POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS
PALIATIVOS DO SUS É VITÓRIA DA DIGNIDADE SOCIAL

Também é sobre vida

Publicada em maio deste ano, a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foi pensada considerando as ações multidisciplinares em saúde necessárias para a dignidade humana, em qualquer fase da vida, local de moradia, cultura ou estratificação social. Diferentemente da associação que boa parcela da população faz, cuidados paliativos não têm a ver – exclusivamente – com a certeza da morte.

“É uma estratégia que visa melhorar a qualidade de vida de quem apresenta doenças ameaçadoras da vida e deve ser ofertada o mais precocemente possível, atentando

“Com muita esperança, vemos a possibilidade de que a PNCP seja uma alavanca para a melhoria de acesso a equipes capacitadas e na qualidade da assistência prestada a pacientes com necessidades assistenciais complexas, seja em virtude da doença oncológica ou pelo próprio tratamento”

RENATA DE FREITAS, diretora do Hospital do Câncer IV



aos aspectos físico, emocional, social e espiritual, cuidando da pessoa e de sua família, até mesmo na fase de luto”, diz a médica paliativista Julieta Carriconde Fripp, idealizadora da Frente Paliativistas – Cuidados Paliativos para o Brasil, movimento social com participação de trabalhadores, usuários e gestores do SUS, que liderou a articulação pela criação e aprovação do documento.

Para a diretora do Hospital do Câncer IV, unidade exclusiva de cuidados paliativos do INCA, Renata de Freitas, a aprovação da política é um avanço. “Com muita esperança, vemos a possibilidade de que a PNCP seja uma alavanca para a melhoria de acesso a equipes capacitadas e na qualidade da assistência prestada a pacientes com necessidades assistenciais complexas, seja em virtude da doença oncológica ou pelo próprio tratamento.”

A PNCP (instituída pela Portaria GM/MS nº 3.681) não só estabelece a oferta de cuidados paliativos em todos os serviços do SUS, para todas as pessoas que tenham indicação, o mais precocemente possível, como também prevê a ampliação do acesso a medicamentos que promovam o controle seguro dos sintomas, principalmente da dor, efetivando o alívio do sofrimento de forma eficaz, integral e em tempo oportuno, em todos os pontos de atenção da rede.

PARA AMPLIAR O CUIDADO

Se hoje, no País, não há profissionais suficientes para que a PNCP se concretize, é preciso movimentação. Os integrantes das equipes habilitadas terão prazo de três anos para concluir curso de aperfeiçoamento ou de especialização em CP, como condição para renovação da habilitação desses grupos. O MS garantiu que promoverá a disponibilidade permanente de capacitação em CP para profissionais do SUS.

Desde julho (mês de conclusão desta reportagem), há, pelo menos, duas ações em andamento: curso de cuidados paliativos para profissionais das equipes de CP em serviços do SUS, por meio do Proadi-SUS, realizado pela equipe do Hospital Sírio-Libanês (SP); e curso de aperfeiçoamento em CP a distância para profissionais de saúde do SUS, ofertado pela plataforma UnaSUS, com duração de 180 horas. Desenvolvido pela Universidade Federal de Minas Gerais, o curso já existia e foi atualizado em conformidade com a PNCP. A previsão é que 10 mil vagas sejam disponibilizadas a partir de 2024.

Mesmo com a resolução de 2022 para que a disciplina de Cuidados Paliativos seja ofertada na grade curricular dos cursos de Medicina, menos de 10% das mais de 300 faculdades do País a seguem. Julieta Fripp explica que as demais áreas contempladas pela PNCP (Serviço Social, Enfermagem e Psicologia) ainda precisam introduzi-la. Em outros campos da saúde importantes para os CP, como Fisioterapia e Terapia Ocupacional, já há discussão nos conselhos para a possível inclusão da disciplina.

“Vamos estimular que os serviços criem residências em Cuidados Paliativos. Hoje, há poucas no Brasil. A área não é reconhecida como uma especialização; é considerada área de atuação [após a residência, pode-se fazer mais dois anos em Medicina Paliativa]. Há uma luta para que se torne uma especialidade pura”, revela.

Rodrigo Castilho, presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, acrescenta que há má distribuição de profissionais de CP nas regiões brasileiras, concentrando-se principalmente no Sudeste. “É preciso estímulo para essa especialização, principalmente para as categorias profissionais previstas na política”, defende.



POTÊNCIA EM REDE

Os cuidados paliativos trazem à vista temas que exigem olhar e atuação profissional diferenciados. Julieta Fripp vê a PNCP como aliada nessa construção, ao capilarizar e habilitar os cuidados paliativos em todas as equipes e serviços de saúde. Em sua primeira diretoria, a política determina que os cuidados paliativos sejam levados às redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado.

De acordo com referências internacionais, a maioria dos pacientes (em torno de 65%) pode receber os cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde; e um quarto, na atenção ambulatorial ou domiciliar. “Apenas cerca de 5% dos casos são mais complexos e necessitam de serviços especializados”, completa a representante da Frente.

Renata de Freitas observa que a oferta de cuidados paliativos em todos os serviços das RAS confirma que a prática não se restringe a lugar ou modalidade de atendimento específicos, englobando o cuidado em domicílio, consulta ambulatorial, hospital, unidade especializada e instituição de longa permanência. “O local mais indicado vai depender dos aspectos clínicos e dos objetivos de cuidado, embasados não apenas no momento da doença e em necessidades associadas, mas também nas vontades e valores do paciente”, acrescenta.

O atendimento no próprio território (conjunto de municípios aptos a garantir a integralidade no atendimento) é destacado como uma das principais vantagens no envolvimento da APS, que deve estar habilitada e ter conhecimento para lidar com as demandas e os manejos paliativos. “Em geral, as pessoas são encaminhadas para os serviços especializados para receber cuidados paliativos e não voltam mais para a Atenção

Primária. Existe uma grande dificuldade de o paciente seguir o cuidado quando apresenta piora da evolução da doença, principalmente quando está em situação de finitude da vida. Muitas vezes, a APS não consegue dar conta dessas demandas, e essa pessoa acaba se vinculando mais a serviços secundários e terciários”, ressalta Renata.

ESTRUTURAÇÃO

Dois grupos de profissionais vão apoiar a implementação dos cuidados paliativos e ampliar o acesso nos pontos de atendimento: as equipes matriciais e as equipes assistenciais de Cuidados Paliativos – EMCPs e EACPs, respectivamente.

A EMCP prevê, pelo menos, quatro profissionais – médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social – matriciadores (cada equipe será responsável por um território com 500 mil habitantes) que vão articular a formação em cuidados paliativos para os profissionais que atuam nos municípios em diferentes instituições de saúde. “Essas equipes vão sempre estar num contexto interdisciplinar. Além de criarem vínculo com esses serviços, as EMCPs vão implantar telessaúde para atender os pacientes”, explica Julieta Fripp.

Enquanto as matriciais terão gestão estadual, as EACPs são de responsabilidade municipal. A cada 400 leitos, que podem vir da soma de diferentes instituições, haverá uma equipe assistencial. A EACP vai atuar como consultora para o manejo de sintomas e elo articulador na rede, podendo sugerir manejo farmacológico, alteração de conduta e alta hospitalar para outro cenário, como atenção domiciliar ou ambulatorial, evitando hospitalizações desnecessárias.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), os próximos passos compreendem o “detalhamento operacional da atuação das EMCPs e EACPs; orientações aos gestores sobre os procedimentos de habilitação e gestão das equipes; registros das atividades de cuidados paliativos ofertadas pelos serviços do SUS; e monitoramento e avaliação da PNCP por meio de dados e indicadores”.

Três comitês consultivos – de Acesso a Cuidados Paliativos (CP) nos serviços; de Educação e Informação em CP; e de Acesso a Medicamentos, Insumos e Outras Terapias em CP – vão produzir o *Caderno de Orientação para Implementação da PNCP*. Os trabalhos tiveram início com uma oficina promovida em agosto.



INCLUSÃO



Julieta Fripp frisa que, ao falar em CP, não se pode excluir ninguém. “Se vamos atuar nas comunidades indígenas, não se pode pensar em garantir qualidade de vida se você as tira de seu ambiente e as coloca em um leito, afastando-as da cultura da qual fazem parte. Isso ficar explícito na política foi um grande avanço e fruto de muito debate para que pudéssemos considerar que não é uma política para alguns, e sim para todos”, celebra.

“Já há estudos com essa preocupação, de acordo com as necessidades e individualidades da população, como questões culturais, raciais, habitacionais, regionais, da comunidade LGBTQIA+, entre outras. Em estudos americanos, é sabido, por exemplo, que a população negra tem um controle de dor menor do que a branca; não se cuida tanto do sofrimento dela”, completa Rodrigo Castilho.

No município do Rio de Janeiro, mais especificamente nas comunidades da Rocinha e do Vidigal, um projeto de favela compassiva existe desde 2019, levando CP à população desses locais. A pesquisa Favela Compassiva Rocinha-Vidigal faz parte de um programa de mestrado do INCA. O enfermeiro Alexandre Ernesto Silva, da Universidade Federal de São João del-Rei, em Minas Gerais, é um dos orientadores e líder da iniciativa.

“O projeto nasceu de forma orgânica, a partir do meu desejo de ver como as pessoas adoeciam e seguiam com uma doença ameaçadora da vida morando em favela.” A favela compassiva funciona a partir de equipes profissionais – seis na Rocinha e três no Vidigal, cada uma com, no mínimo, enfermeiro, médico e assistente social. As demais áreas da saúde atuam de forma transversal. São oferecidos cursos básicos de CP para os leigos e, durante os treinamentos, observam-se as pessoas que têm perfil de cuidador. Cada voluntário é padrinho de um paciente. Um plano de cuidado compartilhado, com visitas mensais, é traçado, unindo Clínica da Família, família do paciente e o respectivo voluntário/cuidador.

Com apoio de doações vindas de todo o Brasil e do exterior, a Favela Compassiva Rocinha-Vidigal ainda enfrenta os desafios geográficos locais e a necessidade de fazer a comunidade entender o projeto: uma rede comunitária que leva assistência a pacientes com doenças que ameaçam a vida e apoia familiares e cuidadores. “Queríamos que fosse um projeto permanente, que pudéssemos ajudar as pessoas que moram naquele lugar a se capacitarem a ajudar umas às outras, melhorar a potência que aquelas pessoas já tinham. São grupos de pessoas que se organizam para dar formação e apoio à própria comunidade, para cuidar dos seus, no seu dia a dia e no seu território.”



Integrantes do Favela Compassiva na etapa de coleta de dados na comunidade



(RE)CONSTRUÇÃO DO ENFOQUE



Além da formação, é também importante a educação em cuidados paliativos, envolvendo sociedade e profissionais. Para Castilho, esse aspecto é fundamental na construção de um novo olhar sobre os CP, principalmente na APS. “Precisamos falar sobre a educação da população, por meio da comunicação e da informação, e sobre o que são os cuidados paliativos. Desmistificar e ressignificar, trazendo a ideia verdadeira de que se trata de prevenção e controle do sofrimento relacionado à saúde.”

Ele reforça que a informação de qualidade, abordando como os CP e a melhor experiência do paciente aumentam o tempo de vida e reduzem angústias, sintomas e sofrimento espiritual e emocional, é o que vai fazer as pessoas compreenderem e aceitarem quando estiverem nessa condição.

Para Renata de Freitas, a mudança começa com a comunicação empática para discutir a condição clínica do paciente, indo além do diagnóstico e do tratamento. Isso envolve desde o local e o momento adequados para essa conversa até o uso de linguagem acessível e objetiva, sanando dúvidas imediatas e posteriores. “A comunicação de más notícias, entre elas o próprio planejamento sobre a interrupção do tratamento com propósito curativo e a transição para cuidados paliativos, envolve uma preparação do receptor. É preciso certificar-se de quanto o paciente compreende da situação, bem como ter noção do limite de informação a ser repassada. A PNCP, no âmbito do enfoque da educação à sociedade e aos profissionais de saúde, certamente trará benefícios e avanços nessa questão”, diz.

Para apoiar a implementação da PNCP, o MS destinará recursos financeiros aos fundos de saúde estaduais, municipais e distrital. O repasse, via Fundo Nacional de Saúde, será aos entes federativos que possuem equipes de CP habilitadas e homologadas. Os valores mensais de custeio serão de R\$ 65 mil para as EMCPs (R\$ 78 mil para as equipes com pediatra) e R\$ 44,2 mil para as EACPs. Cada equipe habilitada nos municípios e estados da Amazônia Legal terá acréscimo de 30% aos valores mensais.

O MS informa que “ações e serviços em CP serão ampliados e melhorados por meio de adequação aos requisitos da PNCP”. Processo que já está em curso, de acordo com relatos recebidos pela Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. Gestores do Distrito Federal e dos estados da Bahia, Rio Grande do Norte, Espírito Santo, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro já deram início a essa adequação. A estimativa é que se tenha de 100 a 200 equipes habilitadas até o final do ano em todo o Brasil.

TRANSIÇÕES

Invertendo a pirâmide etária no Brasil, estima-se que, em 2033, o número de pessoas acima de 65 anos ultrapassará o de menores de 15 anos.

“Essas equipes vão sempre estar num contexto interdisciplinar. Além de criarem vínculo com esses serviços, as EMCPs vão implantar telessaúde para atender os pacientes”

JULIETA FRIPP, médica e idealizadora da Frente Paliativistas

Já em 2060, um quarto da população deverá ter mais de 65 anos. “O prolongamento da vida é um desejo de qualquer sociedade e deve ser comemorado. No entanto, só pode ser considerado uma real conquista na medida em que se agrega qualidade aos anos adicionais. Apesar de o envelhecimento populacional ter acarretado transformações na incidência e prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, isso não fez com que fossem formuladas políticas públicas que atendessem essas novas necessidades na sua integralidade”, pondera Renata de Freitas. ■

