

(Em defesa dos) Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde#

(Pleading for) Palliative Care in Primary Health Care

Denise Stefanoni Combinato*
Sueli Terezinha Ferreira Martins**

433

Artigo Original • Original Paper
O Mundo da Saúde, São Paulo - 2012;36(3):433-441

Resumo

Um dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) é a integralidade da assistência, o que significa considerar a integralidade do sujeito, dos serviços e dos cuidados – que deveria incluir necessariamente os cuidados no final da vida. Nosso objetivo foi analisar o processo de trabalho de profissionais da saúde que atuam na Saúde da Família / Atenção Primária e já cuidaram de pessoas em processo de morte, a fim de traçar possíveis contribuições para a área de Saúde Pública no que se refere à implantação dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária. Apresentamos os dados que se referem às seguintes temáticas: Projeto Terapêutico Singular (PTS); qualidade de morte como meta do PTS (finalidade do trabalho); modos de fazer da equipe (o vínculo como condição para a pactuação). Participaram dessa pesquisa onze profissionais da saúde (quatro enfermeiros e sete médicos) vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Campinas-SP. A partir das entrevistas realizadas, a análise de dados foi pautada pelo referencial teórico-metodológico da Psicologia sócio-histórica. Fez-se uma análise da atividade desenvolvida pelos profissionais, articulando-a com as especificidades que envolvem o cuidado das pessoas em processo de morte. Como resultado, teve-se que o planejamento das ações em saúde é orientado pelo Projeto Terapêutico Singular, com ênfase para o diagnóstico social e a necessidade do vínculo para pactuação. Entende-se que a finalidade dessa atividade do profissional da saúde seja promover a dignidade e a qualidade de vida no processo de morte, entretanto, defende-se que o cuidado integral deva incluir, além do cuidado da pessoa e sua família, a defesa do pleno desenvolvimento humano, em todas as fases da vida.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Cuidados Paliativos. Psicologia. Saúde da Família. Saúde Pública.

Abstract

One of the basic principles of the Brazilian Public Health System (SUS) is integral assistance, which considers the integrality of the individual, of service and care, which should necessarily include end of life care. Our aim was to analyze the work process of health professionals at the Family Health Strategy / Primary Care that already cared for people in the dying process to propose viable contributions to the Public Health area as regards the implementation of Palliative Care in Primary Care. We present data referring to the following themes: Singular Therapeutic Project (PTS); death quality as PTS goal (work purpose); the team's ways of doing (bonding as a pact condition). Eleven health professionals (four nurses and seven physicians) linked to the Family Health Strategy (ESF) of Campinas (São Paulo) participated on this research. From the interviews, data analysis followed the Socio-Historical Psychology theoretical and methodological approach. The professionals' activity was analyzed in articulation with the specificities of caring for people in the dying process. We found that action planning in health is oriented by the Singular Therapeutic Project (PTS), with an emphasis in social diagnosis and the need of a bond for attaining a pact. It is understood that the purpose of health professionals' activity is to promote dignity and life quality in the dying process, but integral care should include not only individual and family care, but also the defence of full human development during all phases of life.

Keywords: Primary Health Care. Hospice Care. Psychology. Family Health. Public Health.

Artigo derivado de: Combinato DS. Cuidados no final da vida: análise do processo de trabalho na Atenção Primária [tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2011.

* Doutora em Saúde Coletiva. Analista em Ciência & Tecnologia (psicóloga) do Instituto Tecnológico de Aeronáutica. São José dos Campos-SP, Brasil. E-mail: denisecombinato@hotmail.com

** Doutora em Psicologia Social. Professora do Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. Botucatu-SP, Brasil. E-mail: stfm@fmb.unesp.br

As autoras declaram não haver conflito de interesses.

INTRODUÇÃO

Um dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS)¹ é a integralidade da assistência, o que significa considerar a integralidade do sujeito, dos serviços e dos cuidados – que deveria incluir necessariamente os cuidados no final da vida. No mesmo sentido e em consonância com o SUS, a Atenção Primária orienta-se pelos princípios da “coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (p. 10)². Ainda como marco legal, a Política Nacional de Humanização defende a identificação das necessidades sociais de saúde³. Portanto, a aplicação desses princípios e definições demanda incorporar os Cuidados Paliativos na Atenção Primária.

De acordo com definição proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o Cuidado Paliativo é:

uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares no enfrentamento de problemas relacionados a doenças terminais, através da prevenção e do alívio do sofrimento pelo diagnóstico precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (p. 3, tradução nossa)⁴.

O Cuidado Paliativo, portanto, caracteriza-se como um cuidado integral que visa à qualidade de vida (e não a manutenção sofrida da vida) para pacientes em processo de morte e seus familiares.

Vale ressaltar que os Cuidados Paliativos não se caracterizam pelo espaço físico, mas pela “filosofia de cuidados, que se concretiza no serviço prestado onde quer que o paciente se encontre” (p. 182)⁵.

Nesse sentido, os programas de Cuidados Paliativos podem incluir: assistência domiciliar, assistência ambulatorial, emergência, internação

hospitalar, além de treinamento, pesquisa e ensino⁶, serviços de consultoria e suporte para o luto⁷.

A indicação de cada modalidade (assistência domiciliar, ambulatorial, emergência, internação hospitalar) depende das condições clínicas e sociais dos pacientes⁶, sendo essas condições também vinculadas às características de cada doença⁸.

Estudos destacam as estratégias de assistência ambulatorial e domiciliar como formas de superar o modelo tecnoassistencial em saúde e alcançar a integralidade. Essas estratégias permitem responder às necessidades de saúde da população⁹, utilizar de forma mais eficiente os escassos recursos^a, além de promover a autonomia e atender os desejos de pacientes e familiares de estarem em suas casas⁶.

A importância da Atenção Primária está vinculada ao retorno da pessoa para casa diante da inexistência de tratamento curativo no hospital. No contexto domiciliar, a equipe de Atenção Primária seria responsável pelo suporte ao paciente e à família, de maneira a garantir o controle dos sintomas e a dignidade no processo de morte¹⁰.

Embora a atenção domiciliária possa ser uma das maneiras de intervir diante das necessidades da população em Cuidados Paliativos, é preciso garantir que essa atenção privilegie a proteção dos usuários, o cuidado aos cuidadores e o adequado suporte à equipe profissional (seja em termos quantitativos, como de formação específica para a área e nos diferentes núcleos de saberes)^b. Assim, a articulação da rede de cuidado entre os níveis de atenção e, quiçá, da rede intersetorial, é fundamental para garantir essa atenção.

A continuidade da assistência é um dos principais fatores valorizados por pacientes e familiares acompanhados em Cuidados Paliativos¹².

A necessidade de integralidade dos serviços (referência e contrarreferência) é a grande ênfase dos estudos que consideram a Atenção Primária

a. Na apresentação do Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO) do Instituto Nacional de Câncer (INCA), as autoras afirmam que a assistência domiciliar reduz o custo em um quinto em relação à internação hospitalar⁶.

b. Floriani e Schramm¹¹, em discussão sobre o atendimento domiciliar ao idoso, levantam situações conflituosas envolvendo o paciente, a família, os profissionais e o sistema de saúde. Por exemplo: no domicílio, local de poder do paciente e da família, o paciente pode ter sua autonomia prejudicada em função de um modelo paternalista de cuidado; o cuidador, por sua vez, é sobrecarregado e pode ter sua própria saúde ameaçada – quando não precisa abdicar de seu emprego e ter a renda familiar diminuída; o modelo de formação profissional ainda é centrado no hospital; no entanto, existe uma tendência a buscar alternativas para a internação hospitalar e garantir uma diminuição dos custos no sistema de saúde. Sendo assim, os autores defendem uma análise crítica e a consideração dos princípios éticos para a definição e indicação da atenção domiciliar.

responsável pelos Cuidados Paliativos domiciliares em casos de baixa complexidade^{8,12,13}: “A atenção a pacientes terminais não é um serviço de Atenção Primária ou Atenção Especializada, domicílio, hospital ou residência: todos os níveis assistenciais devem estar implicados” (p. 87)¹².

Considerando o envelhecimento populacional e o aumento de doenças crônico-degenerativas no Brasil; a inexistência de diretrizes específicas sobre Cuidados Paliativos na Atenção Primária que atenda a todas as pessoas com algum tipo de doença ativa, progressiva e em estágio avançado; mas, por outro lado, a existência de princípios que dão suporte à filosofia dos Cuidados Paliativos (SUS, Atenção Primária, Política Nacional de Humanização); o direito e a necessidade dessas pessoas e familiares receberem esse cuidado, o objetivo desta pesquisa foi analisar o processo de trabalho de profissionais da saúde que atuam na Saúde da Família / Atenção Primária e já cuidaram de pessoas em processo de morte, a fim de traçar possíveis contribuições para a área de Saúde Pública no que se refere à implantação dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária. Neste artigo, apresentamos parte dos dados obtidos na pesquisa, fundamentalmente os dados que se referem às seguintes temáticas: Projeto Terapêutico Singular (PTS); qualidade de morte como meta do PTS (finalidade do trabalho); modos de fazer da equipe (o vínculo como condição para a pactuação).

MÉTODO

Esta pesquisa foi desenvolvida no município de Campinas-SP, que tem uma população de aproximadamente um milhão de pessoas. Desde a década de 1970, existem no município programas comunitários de atenção em saúde^c.

Alguns critérios de seleção do município foram ter a Saúde da Família / Atenção Primária como ação consolidada no município e ter indicativo de realizar a atenção aos cuidados no final da vida ou Cuidados Paliativos como uma de suas ações.

Para selecionar os participantes para a prin-

cipal etapa da coleta de dados (entrevista), foram aplicados dois questionários com o objetivo de identificar, além dos interessados em participar voluntariamente da pesquisa, os profissionais (enfermeiros, médicos generalistas e psicólogos) que atendiam aos critérios: ter cuidado de pelo menos uma pessoa no final da vida ou durante processo de morte após inserção na Saúde da Família.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo município e pelo Comitê de Ética em Pesquisa, atendendo à Resolução n. 196/96¹⁵.

Após a realização e transcrição das entrevistas, fez-se a análise qualitativa do material, pautada pelo referencial teórico-metodológico da psicologia sócio-histórica, com princípios de análise definidos por Vygotsky:

A análise do processo, e não da coisa; a análise que descobre a ligação e relação dinâmico-causal real, e não a análise que decompõe os traços externos do processo, portanto uma análise explicativa e não descritiva; e, por fim, a análise genética, que regressa ao ponto de partida e restabelece todos os processos de desenvolvimento de uma determinada forma, que, em seu aspecto presente, já aparece como uma fossilização psicológica (p. 113)¹⁶.

Assim como foi selecionado um município avaliado como referência na Saúde da Família / Atenção Primária e com indicativos de exercer o cuidado a pessoas no final da vida, acredita-se que os participantes selecionados para a entrevista, em função dos critérios de inclusão e procedimentos de coleta de dados, também sejam referência no tipo de atividade que desempenham.

O motivo para a busca de município e profissionais que sejam referência na área está relacionado à compreensão de que a análise de determinado fenômeno deve partir da sua forma mais desenvolvida: “A anatomia do homem é a chave da anatomia do macaco. O que nas espécies animais inferiores indica uma forma superior não pode, ao contrário, ser compreendido senão quando se conhece a forma superior” (p. 120)¹⁷.

Em função disso, a discussão dos resultados

c. Mais informações sobre o Projeto Paideia, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 2001, que tem como pressupostos o desenvolvimento integral do ser humano; conceito ampliado de família, envolvendo as pessoas e todo seu contexto de vida; realização de uma clínica ampliada, com ampliação do objeto, do objetivo e dos meios de trabalho; e ampliação das ações de saúde; pode ser obtido em Campos¹⁴.

centrou-se nas formas mais desenvolvidas das atividades dos profissionais vinculados à Saúde da Família no cuidado com pessoas em processo de morte, sem perder de vista os princípios de análise postulados por Vygotsky para a compreensão do fenômeno na sua totalidade. Isso significa que algumas ações foram citadas por um ou outro profissional, mas não por todos. E, se a ação é coerente com os princípios da Atenção Primária e dos Cuidados Paliativos, então ela foi incluída na discussão como sugestão para o aperfeiçoamento do cuidado no processo de morte.

Considerando a finalidade desta pesquisa (contribuir com a implantação dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária), entende-se que a análise da forma mais desenvolvida pode favorecer a melhor compreensão do fenômeno em estudo e das contribuições a serem feitas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 350 questionários encaminhados, 151 retornaram respondidos, sendo 96 com resposta afirmativa em relação a já terem cuidado de pessoas em processo de morte durante atuação na Saúde da Família. Considerando o número de questionários respondidos (151), percebe-se que a maioria (63%) já cuidou de pessoas em processo de morte na Saúde da Família. Isso mostra a demanda existente nesse campo de atuação e, portanto, deve ser objeto de atenção dos profissionais da saúde, educadores e gestores.

Foram selecionados para a entrevista os profissionais que afirmaram ter participado durante todo o processo de morte (adoecimento e morte do paciente) e luto (da família após a morte do paciente).

A análise apresentada a seguir refere-se às entrevistas realizadas com 11 profissionais, sendo sete médicos e quatro enfermeiros, de oito unidades de saúde.

A maioria dos participantes^d tinha acima de 40 anos de idade e estavam na Saúde da Família e/ou Saúde Pública há mais de oito anos. Quatro tinham especialização em Saúde Pública, Medicina da Família ou Saúde da Família; e quatro participantes estavam cursando no momento da entrevista a especialização em Saúde da Família, oferecida pela Universidade Estadual de Campi-

nas (UNICAMP), em cogestão com o município de Campinas e com financiamento do Ministério da Saúde. Percebeu-se uma forte ênfase na formação dos profissionais, já que a maioria dos entrevistados possuía ou estava cursando especialização na área específica de atuação. Isso se deve, em grande parte, pela política de gestão em saúde do município, que tem como uma das diretrizes da Atenção Primária a capacitação profissional¹⁴.

Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Na organização do processo de trabalho da Saúde de Família desse município, o planejamento das ações em saúde é realizado por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Se o caso é muito complicado, se demanda muita coisa, a gente traça na reunião o Projeto Terapêutico, quem vai fazer o que, já determina qual é o objetivo, ou levar o psicólogo na casa, ou precisa de muito material, demanda muito material, que material é esse, mais ou menos isso. Traçar um Projeto Terapêutico e verificar redes de apoio, de ajuda, conversar com a pastoral da saúde ou com outros serviços que acompanhe essa pessoa. (E)^e

O PTS foi desenvolvido na área de Saúde Mental com o objetivo de definir propostas de ações para o cuidado integral da pessoa, com base em diferentes olhares dos profissionais da equipe, sobre os diversos aspectos da vida da pessoa. A partir de um diagnóstico (avaliação orgânica e psicossocial), a equipe estabelece metas de curto, médio e longo prazo, e o membro da equipe com melhor vínculo com a pessoa negocia e pactua essas metas. De tempos em tempos, esse projeto é reavaliado e as metas são redefinidas¹⁸.

Embora nem todos os profissionais entrevistados tenham citado o termo “Projeto Terapêutico Singular”, ou, em alguns casos, tenham se referido à atuação com pacientes em processo de morte como “uma coisa muito doméstica”, as ações descritas por eles revelam características do PTS.

A gente tenta montar um pouco desse projeto e ver o que vamos oferecer pra esse paciente, a nível de assistência, a nível de cuidado e, nesses casos específicos, a gente

d. A partir daqui, a terminologia “participante” referir-se-á aos participantes da entrevista.

e. Os relatos dos profissionais serão identificados por E (enfermeira) e M (médico / médica).

tenta conversar com a equipe toda, quando eventualmente alguém for demandar algum cuidado pra esse paciente, a gente sabe como a gente se portar, o que oferecer, como lidar. (M)

Quando foram questionados se existia uma diretriz ou protocolo para o atendimento desse tipo de demanda (atendimento de pessoas em processo de morte), vários profissionais responderam que não existia. Se considerássemos apenas essa resposta, restringiríamos essa análise à aparência do fenômeno. De acordo com Vygotsky¹⁶, é preciso buscar a essência do objeto em questão, e não restringir a análise à mera aparência.

Uma enfermeira, por exemplo, afirmou durante a entrevista que não existia nenhuma diretriz ou protocolo para essa atividade. Por outro lado, ela relatou que a experiência de acompanhar pessoas em processo de morte era de casos que já vinham sendo acompanhados por meio do Projeto Terapêutico. Ou seja, existe sim uma diretriz para *todo* o processo de trabalho, que não diferencia o cuidado em processo de morte de outros, mas pessoas e/ou famílias em situações mais graves, de risco ou de vulnerabilidade.

No diagnóstico do PTS, fica evidente a riqueza e a valorização dada pelos profissionais sobre a análise social e familiar:

Esse entendimento da dinâmica social e familiar eu acho importante (...) do que molda aquela situação e a possibilidade de intervenção. Não é só pra falar sociólogos, pra falar bonito não, é pra você identificar aquele poder: traçar estratégia, planejar formas de superação daquilo. (M)

Em um caso citado por uma enfermeira, sobre um jovem usuário de álcool e drogas, ela explica: *“No fundo, são pessoas que têm qualidade, são pessoas bacanas, a vida o levou àquilo (...) (Ele – o paciente) não tinha mais ninguém na vida, né, aí foi assim... A mãe dele morreu em dezembro, ele morreu seis meses depois”* (E). Ou seja, as condições objetivas da vida determinaram sua existência (e morte).

Por outro lado, grande ênfase é dada à questão técnica

A partir da primeira avaliação, faz o plano de

cuidado (...) É a necessidade de tratamento que a pessoa precisa, entenda-se suporte medicamentoso, é... Necessidade de ter algum exame, (...) se tem algum procedimento de enfermagem que ela precisa, é... de manutenção tipo sonda, alimentação...” (M)

Enquanto que a técnica desejável para os Cuidados Paliativos é mencionada como desconhecida: *“nem todo mundo conhece medidas de alívio da dor, por exemplo. Alguns sabem, outros não. Então é bem heterogênea a questão do conhecimento”* (E).

Qualidade de morte como meta do PTS (finalidade do trabalho)

Embora alguns relatos ainda relacionem meta à cura, *“Quando você faz Medicina, você acha que vai resolver tudo (...) É um pouco frustrante, mas a gente reconhece que talvez não tenha jeito mesmo”* (M)^f, em outros, já são destacados como meta do cuidado de pessoas em processo de morte a qualidade de vida:

Eu gosto de usar muito o termo de qualidade de morte (...) da mesma forma como a gente tem que valorizar a questão da qualidade da vida. Então a gente tenta discutir essa ideia de qualidade de morte pra permitir uma morte mais digna do paciente quando ela é inevitável. (M)

Promover qualidade de vida durante o processo de morte exige dos profissionais algum desprendimento das próprias convicções e valores para atender os valores e desejos dos pacientes e familiares. Ainda que se tenha uma ideia geral sobre características que compõem a “boa morte” (morte sem dor, respeito aos desejos do paciente, morte em casa, junto com familiares e amigos, etc.), o importante é que o profissional esteja sensível aos desejos e valores do paciente e sua família¹⁹, em cada momento, respeitando-os, já que os desejos podem mudar com o agravamento da doença²⁰. Uma sugestão é “perguntar, ao próprio paciente, se suas necessidades foram atendidas e ficar atento a como ele fala de sua própria dor e sofrimento” (p. 463)²¹.

Com base na análise das entrevistas, percebeu-se que a compreensão sobre o papel do profissional da saúde (de cura para cuidado) dá

f. Este profissional foi o único participante da entrevista que mencionou ter um consultório particular e sentir mais satisfação pelo tipo de atividade desenvolvida no consultório.

indicativos de transformação. De acordo com Vygotsky¹⁶, entender um fenômeno implica captar seu movimento e suas contradições, convertendo o objeto em movimento e o fóssil em processo⁸.

Modos de fazer da equipe: o vínculo como condição para a pactuação

A negociação e pactuação das metas no PTS devem necessariamente envolver o sujeito: “somente o próprio Sujeito ou um determinado agrupamento podem opinar sobre o que é ou não qualidade de vida para si mesmos” (p. 32)¹⁴.

Da mesma maneira, a inclusão dos Cuidados Paliativos na Saúde Pública relaciona-os com o papel da comunidade na promoção da saúde, na medida em que as políticas e ações não devem ser feitas *para* a comunidade, mas *com* ela²².

Nesse sentido, não estamos defendendo uma “concepção normativa de bem morrer” a respeito dos Cuidados Paliativos²³. De fato, não se pode correr o risco de substituir o abandono ou a obstinação terapêutica por uma normatização de um comportamento idealizado de aceitação diante da morte.

Considerando o papel ativo do sujeito, as metas do PTS são negociadas e pactuadas com o paciente. Para tanto, a condução do PTS fica sob responsabilidade do profissional da equipe que tem melhor vínculo com a pessoa: “*Aqui [na equipe] a gente chama aquela pessoa que tem o maior vínculo com aquela familiar.*” (E)

O trabalho na Saúde da Família deve ser assentado na equipe e não no médico. A equipe é responsável pela atenção integral de um conjunto de pessoas que vivem num mesmo território^{2,14}. Trabalhar em equipe: “pressupõe mais do que diferentes categorias profissionais atuando no mesmo espaço, ou no mesmo ‘objeto’ / alvo da intervenção: pressupõe a tessitura de um saber-fazer comum, um fazer com” (p. 56)²⁴.

Isso implica romper / superar o processo de fragmentação existente no processo de trabalho

e entender que o cuidado, por integrar diferentes saberes, é responsabilidade de toda a equipe. Portanto, qualquer profissional pode ser responsável pelo PTS.

Escolher o profissional com maior vínculo com o paciente para conduzir o PTS (sabendo que vínculo implica conhecimento e afeto) significa considerar que os aspectos subjetivos compõem o modo de fazer o trabalho em saúde.

O *modo* de fazer integra, juntamente com a ação e a finalidade, uma característica do trabalho. No caso do processo de trabalho em saúde e, especificamente, da atividade objeto de atenção desta pesquisa (cuidado da pessoa em processo de morte), como o vínculo é uma necessidade de saúde e condição para o trabalho^h; e como não existe possibilidade de cura da pessoa, sendo preciso conviver com a angústia da proximidade da morte, provavelmente o *modo de fazer* seja tão ou mais importante que o próprio fazer.

Esse modo de fazer na saúde deve considerar, muito mais que a doença, o sujeito e o seu contexto. Especificamente na clínica ampliada, uma das diretrizes do Projeto Paideia e da Política Nacional de Humanização, esse modo de fazer significa considerar “elementos orgânicos (biológicos), subjetivos e sociais do processo saúde e doença” (p. 157)¹⁴.

É impossível fragmentar esses três elementos porque, embora o biológico não determine o desenvolvimento humano, é ele que dá, concretamente, condição para o desenvolvimento do indivíduo singular (subjetividade), que, por sua vez, é constituído na relação com a universalidade (gênero humano), síntese de múltiplas determinações sociais, pela mediação do contexto particular²⁵.

De acordo com a IAHP²⁶, o modo de fazer nos Cuidados Paliativos inclui as seguintes atitudes: sensibilidade, empatia, compaixão e demonstração de interesse pela pessoa; preocupação por todos os aspectos do sofrimento do

g. Vygotsky explica que a fossilização da conduta em psicologia acontece principalmente em processos psíquicos automatizados ou mecanizados. São processos que, por terem sido repetidos muitas vezes, automatizam-se, perdem seu aspecto primitivo e não conseguem revelar a natureza interna por meio da aparência externa. Ele cita o exemplo da atenção voluntária e involuntária: embora exista em algum momento certa similaridade fenotípica, uma é superior a outra. E, para analisar essa diferença, não existe outro caminho se não a análise do desdobramento dinâmico do processo, ou seja, a indicação de sua origem¹⁶.

h. Refere-se aqui ao vínculo como “condição para o trabalho” porque a produção do trabalho em saúde dá-se imediatamente no momento do consumo e não como objeto externo a ser adquirido (diferente do consumo de procedimentos técnicos como, por exemplo, exames). Portanto, se consumo e produção ocorrem simultaneamente, a relação entre profissional (quem produz) e paciente / família (quem consome) influencia o processo de trabalho, seja na produção ou no consumo.

paciente (não apenas os problemas físicos); não julgamento do outro, seja pela formação intelectual, étnica ou religiosa, pelo contrário, considerar e respeitar esses aspectos socioculturais, sabendo que tais fatores compõem a identidade e influenciam no enfrentamento da pessoa.

Isso implica considerar o outro como sujeito, portador de direitos, desejos e interesses, criando, assim, condições para a sua efetiva participação no tratamento, desde a decisão conjunta até a corresponsabilização dos resultados³.

Além disso, “ter e exercitar a capacidade para o diálogo significa também reconhecer a alteridade do outro e aprender a lidar com este outro, que pensa, sente e deseja diferente” (p. 301)²⁷.

A alteridade é um dos referenciais da Bio-ética²⁸, e é caracterizada como a capacidade de ver, perceber e sentir o outro em profundidade²⁹.

A gente parte do pressuposto que tudo que a gente [profissional da saúde] está passando é a verdade, é o mais certo, é o mais... Indicado. E, às vezes, a família, ela tem um outro significado, um outro simbolismo pra aquilo que está acontecendo. (M)

A relação interpessoal como forma de cuidado aparece com destaque nos relatos. Uma enfermeira define como uma de suas ações a *visitoterapia*:

Tem visita que é visitoterapia, porque não tem necessidade de sonda, não tem nenhuma necessidade de cuidado específico e a gente vai... O nível terciário está dando atenção médica, está dando remédio pra dor, tudo, e a gente vai uma vez, tudo, saber como está, conversar um pouco... Então é isso: visitoterapia. (E)

Poderíamos definir a “*visitoterapia*” como uma categoria do vínculo que, por sua vez, compõe um recurso terapêutico. *Therapeutike* significa, em grego, “eu curo”. Portanto, a construção de vínculo é uma “técnica” que qualifica o trabalho em saúde (p. 68)¹⁴, e não apenas uma preocupação humanizadora.

Em síntese, os principais modos de fazer para cuidar identificados nas entrevistas foram expressos por meio da(o): a) empatia: “*Acho que isso facilita muito, você se colocar no lugar... Não sentir a dor, mas ser solidária à dor do paciente, ou da família do paciente que está falecendo. Isso*

facilita bastante (o atendimento de pacientes e familiares).” (E); b) respeito e anseio de entender o sentido atribuído pelo paciente e sua família sobre morte: “*Eu acho que é só estar mais sensível a escutar mais o paciente, escutar mais o familiar, é respeitar o... Este momento, tentar entender o significado que ele dá pra aquela condição de doença ou morte.*” (M); c) comunicação como estratégia para estabelecimento do vínculo:

Eu gosto de falar, gosto bastante de conversar com o paciente e de fazer com que ele confie em mim (...). Acho que isso me ajuda bastante, até pra conseguir criar um vínculo adequado que muitos têm comigo (...). Não corto o paciente quando [ele] está falando. Às vezes, pode estar falando uma ladainha, um absurdo qualquer. A gente ouve, depois tenta corrigir. (M);

d) escuta sensível ao outro, a ponto de perceber se ele quer e o que quer falar e ouvir:

Eu acho que a gente tem que ter sensibilidade e intuição, muita intuição, porque é... E saber ouvir, principalmente saber ouvir. Porque, às vezes, a pessoa não quer ouvir nada, ela quer falar, só falar. E a intuição eu acho que é pra saber o momento de abordar, momento de chegar e falar ‘você quer falar sobre isso?’ Então assim... E sensibilidade ah... Pra entender as angústias das pessoas, pra gente não achar que é uma coisa natural da vida. Eu acho que sensibilidade, saber ouvir... é isso aí. (M);

e) não julgamento ou abandono do paciente: *O importante é que todos são pacientes. Eu falo assim: independente de você ter sido uma pessoa boa, pessoa honesta, trabalhadeira, você ter sido um criminoso, uma vagabunda, uma sem-vergonha, não é isso que conta pra mim (...). Eu encaro você como paciente (...). Quem somos nós para julgar?!* (E);

f) manutenção da esperança, ainda que seja num tratamento para alívio da dor: “*(Eu) mostrava pra ele que tinha um... Tinha um tratamento pra gente tentar amenizar um pouco as coisas.*” (M).

Fica claro, a partir dos relatos citados, que o modo de fazer no cuidado de pessoas em processo de morte valoriza as dimensões ética e interpessoal presentes na relação profissional-paciente-família.

Essa consolidação dos dispositivos técnico-assistenciais na Atenção Primária não extingue alguns problemas identificados no município: a articulação entre os níveis de atenção em saúde, considerada essencial para a implantação dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária; e a formação dos profissionais da saúde no que se refere à especificidade dos Cuidados Paliativos. Por outro lado, a expectativa de aperfeiçoamento revelada pelos profissionais demonstra que a superação (do indivíduo, do conhecimento e do produto do trabalho) não se esgota – o que não significa negar os avanços constituídos neste município até o presente momento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho na rede básica, embora tenha uma conotação de fácil, simples; na verdade, caracteriza-se como fundamental, essencial: “ao mesmo tempo em que uns entendem ‘básica’ vindo de base, fundamental, e não de básico, simples; outros interpretam ‘primário’ como primeiro, principal, e não como elementar ou rudimentar” (p. 205)³⁰.

Nessa amplitude da Atenção Primária, a equipe de Saúde da Família depara-se com necessidades de pessoas em processo de morte, que não são específicas do momento de vida – proximidade da morte; mas também, ou principal-

mente, relacionadas ao contexto de vida.

Como a intervenção no processo saúde-doença extrapola a competência do profissional da saúde, uma vez que depende do acesso a fatores determinantes e condicionantes da saúde, as necessidades das pessoas em processo de morte podem ser mais bem atendidas se forem constituídos esforços intersetoriais.

O acúmulo profissional e institucional, resultado do investimento desse município na capacitação dos profissionais vinculados à Atenção Primária, facilita a atuação consciente, mesmo diante de dilemas éticos inerentes ao processo de morte. Esse acúmulo promove a utilização e generalização de dispositivo técnico na produção da saúde (por exemplo: PTS) que permite planejar, avaliar e aperfeiçoar a atividade de cuidado no final da vida.

Considerando os princípios do SUS, da Atenção Primária e da Política Nacional de Humanização, avalia-se como essencial a sistematização de diretrizes e ações para implantação dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária em função da demanda existente para a Saúde da Família; da dimensão epidemiológica da população no País; da possibilidade de proporcionar melhores condições de cuidado ao paciente e sua família no ambiente domiciliar; e, principalmente, porque os cuidados no processo de morte caracterizam-se por cuidados *na* e *da* vida.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 68p. (Série Pactos pela Saúde, v. 4)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 40p. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf
4. World Health Organization. Palliative care. Cancer control: knowledge into action – WHO guide for effective programmes. Module 5. Geneva: WHO; 2007. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf>
5. Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004. p. 181-208.
6. Teixeira M, Lavor M. Assistência no modelo *hospice*: a experiência do INCA. In: Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM, organizadores. Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. Barueri: Manole; 2006. p. 360-83.
7. Melo AGC, Figueiredo MTA. Cuidados paliativos: conceitos básicos, histórico e realizações da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos e da Associação Internacional de Hospice e Cuidados Paliativos. In: Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM, organizadores. Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. Barueri: Manole; 2006. p. 16-28.

8. Maganto VV, González MM, Pascual DR, Cayuela PP. Cuidados continuos. Un modelo de atención integral. *Rev Adm Sanit.* 2005;3(4):647-68. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13085591&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=261&ty=158&accion=L&origen=elsevier&web=w.elsevier.es&lan=es&fichero=261v3n4a13085591pdf001.pdf
9. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Public.* 2008;24(3):180-8. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n3/a04v24n3.pdf>
10. Floriani CA, Schramm FR. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(9):2072-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/08.pdf>
11. Floriani CA, Schramm FR. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? *Cad Saúde Pública.* 2004;20(4):986-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/13.pdf>
12. Molina EH, Gil JR, Pinna MAC, Moralo MJR. Primer nivel asistencial en cuidados paliativos: evolución del contenido de la cartera de servicios de atención primaria y criterios de derivación al nivel de soporte. *Atención Primaria.* 2006;38(supl 2):85-92. Disponible en: http://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13094780&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=113&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v38nSupl.2a13094780pdf001.pdf
13. García-Martínez FL, Aguiar J, Barranco E, Royo JL. La Atención Primaria en los programas de cuidados paliativos. Análisis de una serie de 34 pacientes. *Semergen.* 2009;35(3):115-21. Disponible en: http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&ip=201.42.150.81&articuloid=13135235&revistaid=40
14. Campos GWS. Saúde Paideia. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 185 p.
15. Brasil. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Implementa as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 1996.
16. Vygotsky LS. Análisis de las funciones psíquicas superiores. In: Vygotsky LS. *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores.* Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1987. p. 104-28. (Texto original publicado em 1930)
17. Marx K. Introdução [À crítica da economia política]. In: Gianotti JA, organizador. *Marx.* 2a ed. São Paulo: Abril Cultural; 1978. p. 103-25. (Os pensadores). (Texto original publicado em 1859)
18. Carvalho SR, Cunha GT. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Andrade LOM, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva.* São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 837-68.
19. Floriani CA, Schramm FR. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Ciênc Saúde Col.* 2008;13(supl 2):2123-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a17.pdf>
20. Lago PM, Lopes MHI. Cuidados com o final da vida: como abordar este difícil tema? *Scientia Médica.* 2005;15(1):47-51. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/1543/1146>
21. Kovács MJ. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paideia.* 2008;18(41):457-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n41/v18n41a04.pdf>
22. Kellehear A. Public Health and Palliative Care: an historical overview. In: 1ª International Conference on Public Health and Palliative Care; 2009. Kozhikode, Índia. p. 18-27. Disponível em: <http://www.pubhealthpallcare.in/Palliative%20care%20for%20conference.pdf>
23. Marinho S, Arán M. As práticas de cuidado e a normalização das condutas: algumas considerações sobre a gestão sociomédica da “boa morte” em cuidados paliativos. *Interface Comun Saúde Educ.* 2011;15(36):7-19.
24. Bonaldi C, Gomes RS, Louzada APF, Pinheiro R. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ / CEPESC / ABRASCO; 2007. p. 53-72.
25. Oliveira BA dialética do singular-particular-universal. In: Abrantes AA, Silva NR, Martins STF, organizadores. *Método histórico-social na psicologia social.* Petrópolis: Vozes; 2005. p. 25-51.
26. International Association for Hospice & Palliative Care – IAHP. *Manual of Palliative Care.* 2nd ed. Houston: IAHP; 2008. Available from: <http://hospicecare.com/uploads/2011/9/iahpc-manual-08.pdf>
27. Pinto CAG. Diagnóstico compartilhado no trabalho das equipes de saúde da família. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.* São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 298-322.
28. Hossne WS. Bioética – princípios e referenciais. *Mundo Saúde.* 2006;30(4):673-6.
29. Hossne WS, Segre M. Dos referenciais da Bioética – a alteridade. *Rev Bioethikos.* 2001;5(1):35-40.
30. Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. *Rev APS.* 2009;12(2):204-13.

Recebido em: 15 de fevereiro de 2012
Versão atualizada em: 28 de março de 2012
Aprovado em: 10 de abril de 2012