

## CUIDADOS PALIATIVOS NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

\*Enfª **Mestre Neiva Fernanda Chinvelski Duarte**

As mudanças demográficas, epidemiológicas, sociais e culturais que vêm se intensificando em âmbito mundial nas últimas décadas, têm levado diversos países a repensar seu modelo de Atenção à Saúde (AD) e as modalidades de cuidados oferecidas<sup>1</sup>.

A desospitalização passou a ser um conceito a ser dividido com os demais serviços, para a construção de uma conexão positiva e propositora de cultura a favor da saúde e da cidadania do sujeito. Deixou de ser o simples ato de transferir o cuidado do hospital para o domicílio e passou a se organizar de maneira integrada, multidisciplinar e coordenada em rede, do momento da admissão hospitalar até os cuidados de fim da vida<sup>2</sup>.

Sendo um dos caminhos para a evolução da saúde no Brasil e no mundo, a desospitalização possibilita aliviar a carência de leitos hospitalares e melhorar a qualidade de atendimento por meio da personalização e humanização do atendimento. Essa tendência propõe a redução de custos nas despesas dos hospitais e no sistema público, sem prejuízo para os pacientes<sup>3</sup>. A desospitalização está associada à humanização e oferece aos usuários recuperar-se no domicílio<sup>4</sup>.

Desospitalizar, requer iniciativas que busquem proporcionar a alta com mais segurança, portanto, a transição do cuidado a partir da atenção hospitalar busca aproximar as redes de atenção e domicílio, situação que coloca o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) como um serviço de suma importância para este processo.

Com o objetivo de contribuir com a rotina de trabalho desempenhada pelas equipes dos Serviços de Atenção



Domiciliar (SADS), abordaremos a seguir o tema “Cuidados Paliativos”, situação esta que requer atenção especial dentro do processo de desospitalização.

### Referência Bibliográfica

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2014. 184p.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. DESOSPITALIZAÇÃO: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2020. 170p.
3. JESUS. G. M. A. Desospitalização no Âmbito Público: Análise da desospitalização no hospital Pronto Socorro João XXIII. **Monografia (Especialização em Administração Pública, Planejamento e Gestão Governamental), Fundação João Pinheiro**. Belo Horizonte, 2017. 67p.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\* Mestre em ciências Ambientais e Saúde/ Especialista em controle de Infecção Hospitalar/  
Coordenadora Estadual de Serviços de Atenção Domiciliar



# Cuidados Paliativos: um modelo assistencial baseado em princípios com foco no ser humano.

\*Dra. Ana Maria Porto Carvas/ Médica Geriatra

Mitos, preconceitos e controvérsias ainda norteiam a prática dos cuidados paliativos no Brasil. Muitos profissionais de saúde, pacientes e familiares interpretam essa abordagem como sinônimo de abandono de tratamentos e/ou desesperanças.

O Cuidado paliativo pode ser definido como sendo “uma abordagem, que objetiva a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, diante dos problemas associados a doenças que ameaçam a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”<sup>1</sup>. Essa definição, no entanto, deixa dúvidas a respeito de quem seria a responsabilidade dos pacientes elegíveis e quais doenças ameaçadoras da vida deveriam ser contempladas por essa abordagem.

Em 2018, esse conceito foi revisto redefinindo cuidados paliativos como: uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e de suas famílias que

enfrentam problemas associados a doenças com risco de vida. Uma abordagem que previne e que alivia o sofrimento por meio de identificação precoce, da avaliação e do tratamento corretos da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais. A população mundial está envelhecendo, o que gera uma prevalência crescente de doenças não transmissíveis e a persistência de outras doenças crônicas e infecciosas. Estima-se que essa população necessitada de Cuidados Paliativos aumentará significativamente no futuro. Estima-se que 56,8 milhões de pessoas precisam de cuidados paliativos a cada ano, que 25,7 milhões já necessitam de cuidados de fim de vida (últimas horas, dias ou semanas de vida), que aproximadamente 78% dos pacientes que necessitam receber cuidados paliativos vivem em países de baixa e média renda como o Brasil e que apenas 14 % desses pacientes irão receber cuidado paliativo no seu fim de vida<sup>2</sup>.

O Brasil, vem ampliando o número de serviços de cuidados paliativos. Em 2018, contava com 177 serviços de Cuidados Paliativos, já em 2019 estão em torno de 190 serviços estão registrados. A maior parte desses serviços se concentra preferencialmente na região sudeste, sendo que no estado de São Paulo encontramos o maior número deles. Nosso país registra 789 leitos de cuidados paliativos e estes leitos também se concentram na sua grande maioria na região sudeste. Considerando que nosso país tem cerca de 210 milhões de habitantes, verifica-se que há, em média ,1 serviços de CP para cada 1,1milhão de habitantes, sendo essa proporção de 1 serviço para cada 1,33 milhão de usuários do SUS e de aproximadamente 1 serviço para cada 496 mil usuários do sistema de saúde suplementar<sup>3</sup>.

Esse aumento merece registro, mas é insuficiente para colocar o país no grupo de nações com melhor nível de cobertura em Cuidados Paliativos. O mais recente mapeamento mundial publicado pela OMS, revela o panorama mundial e classifica os países em grupos de acordo com níveis de desenvolvimento em cuidados paliativos.

1. Nenhuma atividade conhecida de cuidados paliativos;
2. Atividades de capacitação;
  - 3a. Oferecimento de serviços de cuidados paliativos de forma isolada;
  - 3b. Oferecimento de serviços cuidados paliativos de forma generalizada;
  - 4a. Serviços de cuidados paliativos em fase preliminar de integração com o sistema de saúde;
  - 4b. Serviços de cuidados paliativos em estágio avançado de integração com o sistema de saúde.

O Brasil atualmente ocupa a categoria 3b, que engloba países como Gâmbia, Albânia, Bulgária, Colômbia e Panamá. Nesse nível, a prestação de Cuidados Paliativos é generalizada, há fontes de financiamento, maior



disponibilidade de morfina, centros de treinamento e mais serviços à disposição da população, mas ainda não se tem a integração encontrada nas categorias (4a) e (4b). Nesses níveis, nos quais estão países como Argentina, Chile e Áustria (4a) e Canadá, Estados Unidos e Japão (4b), os serviços de Cuidados Paliativos estão integrados aos sistemas de saúde, profissionais da saúde têm consciência sobre a área, a sociedade é engajada na temática e há menor dificuldade no acesso à morfina e a outras medicações para alívio da dor.

Para mudar esse cenário e avançar nesses níveis de desenvolvimento, precisamos de políticas públicas e a resolução nº 41 da Comissão de Intergestores Tripartite (CIT), realizado no âmbito das três esferas municipal, estadual e federal, publicada no Diário Oficial da União em 23 de novembro de 2018 foi um grande avanço. Ela estabelece que os Cuidados Paliativos deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados pela Rede de Atenção à Saúde (RAS). A resolução, em vigor desde a data de sua publicação, define também que os Cuidados Paliativos devem ser ofertados em qualquer ponto da RAS, notadamente, Atenção Básica, Atenção Domiciliar, Atenção Ambulatorial, Urgência e Emergência e Atenção Hospitalar, e que os especialistas em Cuidados Paliativos atuantes na RAS poderão ser referência e potenciais meretrizadores dos demais serviços da rede, podendo isso ser feito in loco ou por tecnologias de comunicação a distância.

É importante reconhecer os cuidados paliativos como um modelo de assistência, uma abordagem multidisciplinar com foco no ser humano. Os cuidados paliativos são cuidados simultâneos e complementares e devem ser iniciados o mais precocemente possível, um direito ao cuidado adequado, quando se está diante de uma doença grave que está evoluindo e para o qual o tratamento modificador não mais atinge o resultado esperado.

Não se trata de deixar o tratamento dito “ativo” pelo tratamento paliativo. A proposta não é a interrupção de um tratamento para se considerar outro, mas sim de promover o cuidado com foco na pessoa, de forma proporcional pois a medida que a doença evolui, que o prognóstico piora e que a possibilidade de tratamento modificador da doença se tornam limitados ou sem efeito, os cuidados paliativos serão prioritários e irão se tornar exclusivos na proximidade da morte reforçando que não se trata de uma escolha, mas de um direito pautado em princípios e boas práticas.

São princípios dos cuidados paliativos:

- Respeitar a dignidade e autonomia dos pacientes.
- Honrar o direito do paciente de escolher entre os tratamentos, incluindo aqueles que podem ou não prolongar a vida.
- Comunicar-se de maneira clara e cuidadosa com os pacientes, suas famílias e seus cuidadores.
- Identificar os principais objetivos dos cuidados de saúde a partir do ponto de vista do paciente.
- Prover o controle impecável da dor e de outros sintomas de sofrimento físico.
- Reconhecer, avaliar, discutir e oferecer acesso a serviços para o atendimento psicológico, social e questões espirituais.
- Proporcionar o acesso ao apoio terapêutico, abrangendo o espectro de vida através de tratamentos de final de vida que proporcionem melhora na qualidade de vida percebida pelo paciente, por sua família e seus cuidadores.
- Organizar os cuidados de modo a promover a continuidade dos cuidados oferecidos ao paciente e sua família, sejam estes cuidados realizados no hospital, no consultório, em casa ou em outra instituição de saúde.
- Manter uma atitude de suporte educacional a todos os envolvidos nos cuidados diretos com o paciente.

Em suma, destacamos que é importante refletir que os avanços tecnológicos não irão beneficiar todas as pessoas e que a morte segue e seguirá fazendo parte da vida. É preciso conhecer as fases da vida e ter bem estabelecido os objetivos do tratamento. Conhecimento técnico, condições adequadas para manejo dos sintomas, entender o ser humano em todas as suas dimensões, sua biografia e suas diretivas de vontade, poderia nos fazer entender que muitos pacientes desejam e podem passar seus últimos dias ou horas em casa ao invés de hospitais, que as melhores companhias sempre serão as pessoas e não as máquinas.

#### Referências bibliográficas:

1. WHO. World Health Organization. 10 facts on palliative care. Disponível em <https://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/en> . Acesso: 28 nov. 2019.
2. WORLDWIDE. Hospice Palliative Care. **Global Atlas of Palliative Care**. 2nd Edition. London, UK 2020. Disponível em <http://www.thewhpc.org/resources/item/global-atlas-of-palliative-care-2nd-ed-2020>. Acesso: 28 nov. 2019.
3. ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Análise Situacional e Recomendações da ANCP para Estruturação de Programas de Cuidados Paliativos no Brasil**. Disponível em [https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL\\_ANCP-18122018.pdf](https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL_ANCP-18122018.pdf) . Acesso: 28 nov. 2019.

#### Textos relacionados:

ANCP. Academia Nacional de cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rodrigo Kappel Castilho, Vitor Carlos Santos da Silva, Cristhiane da Silva Pinto - 3.ed.- Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.

André Filipe Junqueira dos Santos, Esther Angélica Luiz Ferreira, Úrsula Bueno do Prado Guirro ; organização Luciana Messa; coordenação Stefhanie Piovezan. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019 [livro eletrônico]. 1º ed. São Paulo: **ANCP**, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741\\_19\\_12\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html). Acesso: 12 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140\\_27\\_02\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html). Acesso: 12 nov. 2019.

BGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas de população enviadas ao TCU. Disponível em [ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2019/estimativa\\_TCU\\_2019\\_20191031.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2019/estimativa_TCU_2019_20191031.pdf). Acesso: 21 nov. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de Cuidados Paliativos. – São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde; 2020.175p.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805/06. Disponível em <https://portal.cfm.org.br> . Acesso: 12 nov. 2019.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica, 2018: Resolução CFM nº 2.217/2018. Disponível em <https://portal.cfm.org.br>. Acesso: 12 nov. 2019.

MASON, Stephen et al. Palliative care for all: An international health education challenge. Palliative & Supportive Care, v. 18, n. 6, p. 760-762, 2020.

\* Médica, Especialista em Cuidados Paliativos.



# PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO ATENDIMENTO DOMICILIAR E CUIDADOS PALIATIVOS

\*Sueli Marques Rosa



As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2006, totalizando atualmente 29 práticas. Em Goiás, a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares foi criada em 2009 e segue as diretrizes da PNPI<sup>1, 2, 3</sup>.

As PICS são abordagens de cuidado transversais, que podem ser desenvolvidas nos três níveis da atenção, sendo prioritariamente recomendadas na Atenção Primária. Visam a prevenção de agravos e a promoção e recuperação da saúde, na perspectiva do cuidado continuado, humanizado e integral, e do autocuidado. Essas abordagens podem ser complementares ou integradas à abordagem da biomedicina, como no modelo da *Medicina Integrativa*, que propõe a combinação, de forma horizontal, das medicinas convencional, tradicional e complementar<sup>4</sup>.



As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) compartilham a ideia de equilíbrio entre corpo e espírito, a noção de saúde como bem-estar ampliado, e uma visão de mundo vitalista, tendo a espiritualidade como parte de suas cosmologias. As PIC podem ser agrupadas, de acordo com alguns atributos, em: práticas baseadas na biologia (dietas, medicamentos fitoterápicos,...); práticas mente-corpo (yoga, meditação, dança, arteterapia, musicoterapia,...); práticas de manipulação corporal (reflexologia, massagens,...); terapias energéticas (reiki, toque terapêutico, qigong,...); e sistemas médicos tradicionais (Medicinas Tradicional Chinesa, Ayurvédica,...)<sup>5</sup>.



Os profissionais da saúde devem seguir as normativas dos seus conselhos profissionais para o exercício das PIC, e a formação específica nas práticas, caso não seja regulamentada pelo Ministério da Educação, deverá observar os critérios mínimos de formação recomendados por documentos técnicos, institutos, associações, ou órgãos competentes<sup>6</sup>.

A Atenção domiciliar, modalidade de atenção prestada em domicílio para usuários em restrição ao leito ou ao lar, ou em situação de vulnerabilidade, inclui os cuidados paliativos, definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a assistência integral a pacientes e familiares que se encontrem diante de uma doença grave que ameace a continuidade da vida, tendo por objetivo melhorar a qualidade de vida, prevenir e aliviar o sofrimento, e tratar a dor e os

demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais<sup>7, 8, 9</sup>.



Por sua perspectiva de cuidado continuado e humanizado e do autocuidado, as PIC são especialmente indicadas nas condições crônico-degenerativas, nas condições complexas ou de fragilização e no tratamento da dor. Atuando nos níveis físico, mental, emocional e energético, as PIC incluem práticas que utilizam os benefícios sistêmicos da alimentação saudável e equilibrada, de acordo com os sinais e sintomas clínicos de cada indivíduo. Empregando tecnologias leves e menos invasivas, as PIC buscam fortalecer o sistema imunológico (essencial à manutenção da saúde e aos processos de combate às infecções) e atuam na prevenção e no tratamento das doenças crônicas que apresentam processos inflamatórios<sup>10, 11</sup>.



A eficácia terapêutica e a segurança das PIC são demonstradas e pesquisadas nas diferentes culturas, sendo comprovados os efeitos positivos da acupuntura, auriculoterapia, meditação, plantas medicinais/fitoterapia, reiki e demais práticas, no tratamento de condições tais como: dor (cefaleia, dor cervical e lombar, dor pós-operatória); distúrbios alimentares, sobrepeso e obesidade, hipertensão, transtorno gastrointestinal, náusea e vômito; efeitos da quimioterapia; úlceras e feridas; baixa imunidade; infecções do trato respiratório superior, distúrbios do sono, estresse, transtorno depressivo e transtorno de ansiedade generalizada; tabagismo e sintomas de abstinência de drogas, dentre outros<sup>10, 11; 12; 13; 14; 15; 16</sup>.

A implementação das PIC no rol de procedimentos das equipes da Atenção Domiciliar e nos cuidados paliativos ampliam os recursos e possibilidades terapêuticas das equipes, ofertando abordagens eficazes e seguras que podem proporcionar a redução do uso de medicamentos e da farmacodependência, reduzir a demanda por procedimentos invasivos e contribuir para a qualidade de vida dos usuários e suas famílias.





## Referências Bibliográficas

1 - Brasil. Portaria n. 971, de 3 de maio de 2006. **Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971\\_03\\_05\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html) Acesso em: 01 fev. 21.

2 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2015**. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_praticas\\_integrativas\\_complementares\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf) Acesso em: 03 fev. 21.

3 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/12/glossario-tematico.pdf> Acesso em: 08 fev. 21.

4 - SIEGEL, Pamela; BARROS, Nelson Filice de. O que é a Oncologia Integrativa? Cad. saúde colet., Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 348-354, set., 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2013000300018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000300018&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 18 fev. 2021.

5 – BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas – MTCI. Entendendo as MTCI. Disponível em: <https://mtci.bvsalud.org/pt/entendendo-as-mtci/> Acesso em: 05 fev. 21.

6 - BRASIL. Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual\\_implantacao\\_servicos\\_pics.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf) Acesso em: 02 fev. 21.

7 - BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, DF: Ministério da saúde; 2016 [acesso em 2019 mar 16]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html) Acesso em: 20 fev. 21.

8 - WORLD HEALTH ORGANIZATION. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

9 – BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. As MTCI na saúde espiritual: Perspectivas da MTCI na saúde espiritual. Disponível em: <https://mtci.bvsalud.org/pt/fortalecendo-a-saude/as-mtci-na-saude-espiritual/> .Acesso em: 22 fev. 21.

10 - Nutrición desde las MTCI: Alimentación saludable desde las MTCI para fortalecer la salud. Disponível em: <https://mtci.bvsalud.org/fortaleciendo-la-salud/nutricio-n-desde-las-mtci/> .Acesso em: 18 fev. 21.

11 - Las MTCI en el fortalecimiento del sistema inmune: Bienestar físico y fortalecimiento del sistema inmune. Disponível em: <https://mtci.bvsalud.org/fortaleciendo-la-salud/las-mtci-en-el-fortalecimiento-del-sistema-inmune/> .Acesso em: 18 fev. 21.

12 - BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. MTCI Américas. Mapas de Evidência. Disponível em: <https://mtci.bvsalud.org/mapas-de-evidencia/> .Acesso em: 08 fev. 21.

13 - BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família, Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Informe sobre evidências clínicas das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nº 02/2020. Hipertensão e Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. Disponível em: [http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Informe-evidencia\\_depressao-e-ansiedade.pdf](http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Informe-evidencia_depressao-e-ansiedade.pdf) .Acesso em: 11 fev. 21.

14 – BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família; Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Informe sobre evidências clínicas das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nº 01/2020. Obesidade e Diabetes Mellitus. Disponível em: [http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Informe-evidencia\\_obesidade-e-DM.pdf](http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Informe-evidencia_obesidade-e-DM.pdf) Acesso em: 20 fev. 21.

15 - BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção Primária à Saúde; Departamento de Saúde da Família; Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Informe sobre evidências clínicas das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nº 03/2020. Depressão e Ansiedade. Disponível em: [http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Informe-evidencia\\_depressao-e-ansiedade.pdf](http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Informe-evidencia_depressao-e-ansiedade.pdf) Acesso em: 22 fev. 21.

16 - Depressão e ansiedade sob a ótica ampliada das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Consórcio Brasileiro de Saúde Integrativa, Disponível

em:

[https://cabsin.org.br/membros/wp-content/uploads/2020/09/3-Depressao\\_ansiedade-PICS.pdf](https://cabsin.org.br/membros/wp-content/uploads/2020/09/3-Depressao_ansiedade-PICS.pdf) Acesso em: 11

\* Coordenação de Práticas Integrativas e Complementares/Gerência de Atenção

## Relato de Experiência

# Relato de experiência Serviço de Atenção Domiciliar, programa Melhor em Casa município de Formosa-GO

Formosa, 07/12/2021

### Equipe:

Coordenadora: Lúcia Teresinha Fernandes Rodrigues da Costa

Eliane Francisco Regis, Valdomira Costa Dias Barbosa, Janaina Francisca da Conceição, Marcos Vinícius Pereira Rodrigues, Daniella Marques Netto, Aristeia da Silva Oliveira, Jemima de Oliveira Sousa, Michelle Dourado da Mota, Juliana Rodrigues da Silva, Daniela Teixeira Gomes, Maria Rita Schenatz, Francisco José Sousa de Almeida, Ailton Lopes Pereira, Juliano Felix Fernandes, Luzaira José de Almeida, Jessica Silva Xavier Macedo.

### Perfil do Paciente

“A assistência é focada na pessoa e não na doença. Por esse motivo não se pode cuidar bem de alguém que não se conheça bem como pessoa.”(Carvalho, 2018)

Ao adentrarmos no lar do paciente, conhecemos seus familiares, suas histórias e todo o contexto social em que está inserido. Dessa forma, conseguimos realizar uma abordagem de qualidade que visa melhorar a qualidade de vida tanto do paciente quanto dos familiares no contexto de doença grave e ameaçadora a vida.

Atualmente nós temos mais de 40 pacientes atendidos semanalmente pelo programa Melhor em Casa (PMC), destes 13 em cuidados paliativos, entre câncer metastático, doenças genéticas e doenças neurodegenerativas. Temos paciente de todas as faixas etárias, dos 4 anos aos 103 anos. Além disso, contamos com pacientes inseridos em diversos contextos sociais, muitos com grande apoio e suporte familiar, e outros em questão de vulnerabilidade social, visto assim a importância de uma equipe multidisciplinar. Desta maneira, compreender isso tudo possibilita que a equipe monte um plano para capacitar o familiar/cuidador com relação ao manejo de dispositivos, uso de medicações para o controle dos sintomas.

### Elo entre o PMC e a rede:

Atualmente, a maioria dos nossos pacientes são encaminhados via UBS – Atenção primária. No entanto, em relação aos cuidados paliativos temos três hospitais de referência, devido à proximidade de Brasília: Hospital

Universitário de Brasília HUB, e também o Hospital de Base de Brasília; além da nossa referência no Estado: Hospital Araujo Jorge. Desse modo, conseguimos realizar, na maioria das vezes, um elo linear do diagnóstico ao cuidado paliativo e um elo paralelo com o tratamento modificador da doença.

### Distribuição de medicamento:

A Secretária Municipal de Saúde disponibiliza uma relação mensal com nomes de medicamentos disponíveis via SMS. Felizmente, tais medicamentos contemplam a maior dos pacientes atendidos pelo PMC, porém, há casos de medicações que não fazem parte da relação, principalmente, medicações de alto custo. Sendo assim, é realizado um relatório médico com prescrição e justificativa do uso medicação e encaminhamos para farmácia de alto custo estadual.



## Organização:

Daniele Jaques Modesto - Superintendente SAIS/SES-GO

Márcia Ribeiro de Souza - Gerente de Atenção Terciária GERAT/SAIS/SES-GO

Neiva Fernanda Chinvetski Duarte - Coordenadora de Atenção Domiciliar GERAT/SAIS/SES-GO

Marli Alves de Oliveira Barbosa - Técnico em Saúde GERAT/SAIS/SES-GO

Sebastiana Maria de Paulo Nunes - Técnico em Saúde GERAT/SAIS/SES-GO