



ONCOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS NO RIO GRANDE DO NORTE: UM DESAFIO PARA ALÉM DO HOSPITAL

Maria de Lourdes Filgueira da Silva¹

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como missão oferecer atenção universal e integral. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 18 milhões de pessoas morrem com dores excruciantes que poderiam ser evitadas pela ausência de um serviço de cuidados paliativos. Por ser uma área que trabalha com terminalidade, com finitude, os serviços de oncologia no Brasil, ainda tem déficit de paliatividade. A nível de Estado os dados do INCA de 2016, mostram que a principal causa de morte no Rio Grande do Norte, está relacionada a Doenças circulatórias em primeiro lugar, seguida de doenças oncológicas em segundo lugar. No ano de 2015 ocorreram no estado cerca de 150.000 internações hospitalares, sendo as neoplasias responsáveis por 10% das internações hospitalares. O Rio Grande do Norte dispõe de 07 serviços habilitados em oncologia. O Plano de ação da linha de Atenção Oncológica do Estado do Rio Grande do Norte encontra-se em construção e contempla a análise situacional do Estado do Rio Grande do Norte, através de sua caracterização demográfica, traça o seu perfil epidemiológico, mostra a sua rede assistencial em todos os seus níveis de atenção e discorre sobre os sistemas logísticos, os sistemas de regulação e a sua Governança. Salienta-se a produção, formação e investimento de profissionais na área.

Palavras-chave: Oncologia. Cuidados Paliativos. Assistência à saúde.

IMPLANTAÇÃO DO SUS, CONTEXTO HISTÓRICO

O Sistema Único de Saúde (SUS) completa 31 anos, tendo como uma de suas missões oferecer atenção universal e integral para os mais de 209 milhões de brasileiros, sendo a cobertura exclusiva de 76% dessa população (MIGOWSKI et al., 2018).

¹ Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e especialista em Controle do Câncer pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA). E-mail: lourdesfil@yahoo.com.br



O SUS E A ONCOLOGIA NO BRASIL, PANORAMA GERAL DA EVOLUÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ONCOLÓGICA AO LONGO DA HISTÓRIA DO SUS

Em 1998, na primeira década de implantação do SUS, foi regulamentada as Portarias GM/MS nº. 3.535 e nº. 3.536, que regulamentava a assistência oncológica no Brasil. Porém ambas não correspondiam a efetividade do atendimento oncológico no SUS, em toda sua complexidade. A primeira apresentava critérios para o cadastramento de centros de atendimento em oncologia, contribuindo na estruturação do acesso ao tratamento de câncer de forma integral, e na definição de parâmetros para o planejamento da assistência oncológica. Tais parâmetros tinham como base a estimativa regional de casos de câncer. Já a Portaria GM/MS nº. 3.536 abordava a autorização e a cobrança de procedimentos ambulatoriais para o tratamento do câncer (MIGOWSKI et al., 2018).

Somente em 2005, por meio da Portaria GM/MS nº. 2.439, foi instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), a percepção da integralidade da assistência e qualificação da rede de atenção à pessoa com câncer foi melhor explicitada nas normativas do SUS, incluindo em seu conjunto de ações – além do diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos – a promoção e a prevenção, buscando, dessa forma, superar as fragmentações das ações e garantir maior integralidade na assistência (MIGOWSKI et al., 2018).

Foi contextualmente um processo evolutivo que dia a dia surgiram leis, portarias que tornaram o atendimento ao paciente oncológico na Rede SUS, uma realidade de resolutividade em todo o território brasileiro, apesar da complexidade geográfica do nosso país. Seguindo como programa de excelência, em 2010 e 2011, fez-se necessária a atualização da PNAO, cuja revisão supera o conceito de ‘atenção oncológica’ para controle do câncer, também adotado pela Organização Mundial da Saúde. Em 2013, foi lançada a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), que conceitua o câncer como uma doença crônica prevenível (MIGOWSKI et al., 2018).

A PNPCC na íntegra, destaca princípios e diretrizes de promoção, prevenção, cuidado integral, vigilância, educação, comunicação e incorporação tecnológica. Importante ressaltar que para garantir a integralidade do atendimento SUS, a lei apresentava as responsabilidades dos entes federados nas ações de controle do câncer, bem como dos pontos de atenção e sistemas de apoio que compõem a rede de atenção à saúde e ainda descrevendo como as ações devem ser planejadas e realizadas, em diferentes níveis de atenção. De acordo com o art. 2 da Portaria GM/MS nº 874/2013, os objetivos da PNPCC são:

- Redução da mortalidade causada pelo câncer;
- Redução dos casos de incapacidade causadas pelo câncer;
- Diminuição da incidência de alguns tipos de câncer
- Melhoria da qualidade de vida dos portadores de câncer

(BRASÍLIA/DISTRITO FEDERAL, 2018).

O quadro a seguir sintetiza algumas das principais responsabilidades e competências na PNPCC definidas na Portaria GM/MS nº 874/2013.



Quadro 1. Competências federativas na Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer.

COMPETÊNCIAS COMUNS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, ESTADOS, DF E MUNICÍPIOS)		
Organizar as redes de atenção oncológica;		
Garantir infraestrutura nos estabelecimentos que prestam atendimento em oncologia pelo SUS;		
Garantir o financiamento das ações em oncologia;		
Monitorar e avaliar os serviços e as ações realizadas;		
Promover a articulação interfederativa;		
Garantir a formação e qualificação dos profissionais;		
Regular o acesso dos pacientes às ações em oncologia.		
COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS		
MINISTÉRIO DA SAÚDE	ESTADOS E DISTRITO FEDERAL	MUNICÍPIOS
Apoiar Estados e Municípios na oferta de ações serviços em oncologia;	Desenvolver e implantar planos regionais em oncologia;	Planejar e programar as ações e os serviços em oncologia;
Planejar e programar as ações e serviços de saúde em nível nacional;	Promover a regulação do acesso em nível regional;	Promover a regulação do acesso em nível local;
Consolidar e divulgar informações sobre a atenção oncológica;	Garantir registros nos sistemas informatizados;	Garantir registros nos sistemas informatizados;
Definir diretrizes, protocolos e incorporar tecnologias;	Gerenciar os estabelecimentos estaduais.	Gerenciar os estabelecimentos municipais.
Habilitar serviços em oncologia.		

Fonte: Relatório de avaliação da Secretaria de Atenção à Saúde, 2017.

O número de casos novos de câncer cresce a cada ano. Para 2016/2017, a estimativa do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é a ocorrência de 596.070 casos novos de câncer no Brasil para cada um desses anos (BRASIL, 2015).

NECESSIDADE DE IMPLANTAR O SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA, UMA REALIDADE NO BRASIL

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS),

"Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace



a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos espirituais.” (BRASIL, 2018).

Ainda segundo a organização, aproximadamente 18 milhões de pessoas morrem com dores excruciantes que poderiam ser evitadas pela ausência de um serviço de cuidados paliativos (MARIZA TAVARES, 2018).

Por ser uma área que trabalha com terminalidade, com finitude, os serviços de oncologia no Brasil, ainda tem déficit de paliatividade.

No Brasil, a prática dos Cuidados Paliativos é relativamente recente. A maioria dos grupos atuais iniciou suas atividades por volta de 2000, com acentuado progresso nos últimos quatro anos. No entanto, a prática ainda carece de regulamentação, definições e inserção nas políticas assistenciais, tanto no setor público como no privado. A medicina paliativa ainda não é reconhecida como especialidade no Brasil, o que impede a formação adequada de profissionais (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

A sociedade brasileira que herda do europeu a tradição cristã, carrega na sua história o pensamento hegemônico sobre a morte como algo terrível, assunto não comentado de maneira corriqueira. Talvez a dificuldade do brasileiro de se abrir para o tema, também passa por esta lente de observação do cotidiano brasileiro (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

Equipes de Cuidados Paliativos habitam-se a considerar sempre que há muito sofrimento (físico, psíquico e existencial) envolvido nos processos de adoecimento e morte (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

Então a oncologia que lida diariamente com vidas em fase final, trouxe para si os cuidados paliativos para poder dar ao paciente dignidade, empoderamento e opções de uma boa morte.

Foi sancionada pelo Ministério da Saúde, em outubro de 2018 uma resolução que dá diretrizes para melhor funcionabilidade dos cuidados paliativos na Rede SUS a nível de Atenção Básica, Domiciliar, Ambulatorial, Hospitalar, Urgência e Emergência (BRASIL, 2018).

Devido à natureza complexa, multidimensional e dinâmica da doença, o Cuidado Paliativo avança como um modelo terapêutico que endereça olhar e proposta terapêutica aos diversos sintomas responsáveis pelos sofrimentos físico, psíquico, espiritual e social, responsáveis por diminuir a qualidade de vida do paciente. Trata-se de uma área em crescimento e cujo progresso compreende estratégias diversas que englobam bioética, comunicação e natureza do sofrimento (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

Na fase terminal, em que o paciente tem pouco tempo de vida, o tratamento paliativo se torna prioritário para garantir qualidade de vida, conforto e dignidade.

A transição do cuidado com objetivo de cura para o cuidado com intenção paliativa é um processo contínuo e sua dinâmica difere para cada paciente.



É necessária uma abordagem ao paciente e família por uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos, em atividades diretamente ligadas às necessidades biopsicossociais. Ainda existe a equipe de apoio que pode ser, motoristas, voluntários e cuidadores que também acompanham e apoiam os membros da família e da equipe em prol do bem-estar do paciente.

Que serviço se pretende construir?

Na estruturação de um serviço de Cuidados Paliativos, as questões fundamentais a serem respondidas nesse período inicial de planejamento são as seguintes:

Quais os objetivos do serviço? A organização dos cuidados paliativos deverá ter como objetivos:

I - integrar os cuidados paliativos na rede de atenção à saúde;

II - promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes;

III - incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar;

IV - fomentar a instituição de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos no ensino de graduação e especialização dos profissionais de saúde;

V - ofertar educação permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS;

VI - promover a disseminação de informação sobre os cuidados paliativos na sociedade;

VII - ofertar medicamentos que promovam o controle dos sintomas dos pacientes em cuidados paliativos;

VIII - pugnar pelo desenvolvimento de uma atenção à saúde humanizada, baseada em evidências, com acesso equitativo e custo efetivo, abrangendo toda a linha de cuidado e todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, domiciliar e integração com os serviços especializados (BRASIL, 2018).

Qual a demanda de necessidades de Cuidados Paliativos?

O Cuidado Paliativo nunca pode estar isolado da cadeia de serviços de saúde que caracterizam a atenção global ao paciente. O fluxo de pacientes para internação numa unidade de Cuidados Paliativos, as necessidades de investigação diagnóstica e o seguimento do doente durante sua estadia no domicílio devem ser parte de uma rede integrada e muito bem articulada, de modo a oferecer segurança ao doente e a sua família em todas as etapas do adoecimento e no respeito às decisões previamente acordadas para o final da vida (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

Quadro 2. Caracterização das vantagens e desvantagens dos serviços em saúde em cuidados paliativos.

Serviço de saúde	Vantagens	Desvantagens
Unidade de internação em cuidados paliativos	Dispor de um local que será indicado quando a internação domiciliar	Quando a enfermaria é superpopulosa, a internação causa



	não corresponder a que foi proposto para tratamento na residência do paciente.	rebaixamento do humor na maioria das vezes.
Hospital de cuidados paliativos	Facilidade de contato com toda a equipe, acesso aos vários tipos de terapia em um mesmo espaço.	A internação na maioria das vezes limita o paciente ao leito, ausência ou distanciamento da rotina e costumes de sua casa.
Unidade externa de cuidados paliativos	Resoluções rápidas e rápido retorno para casa.	Quando há indicação de internação hospitalar e não há vagas disponíveis.
Unidade-dia de Cuidados Paliativos	Facilidade de atendimento enquanto doença não progride para internação.	Quando há indicação de internação hospitalar e não há vagas disponíveis.
Atendimento domiciliar de Cuidados Paliativos	Permanência do doente em sua residência e ao lado de sua família é, sem dúvida, a condição ideal que lhe assegura a melhor qualidade de vida; seja como for, a casa do doente é seu local de maior identidade e onde as suas relações de vida se mostram mais presentes.	Quando há necessidade de intervenções bem específicas, que só é permitido em ambiente hospitalar.

Fonte: Manual de Cuidados Paliativos, 2009.

ONCOLOGIA E O SUS NO RN, DESAFIOS DIÁRIOS

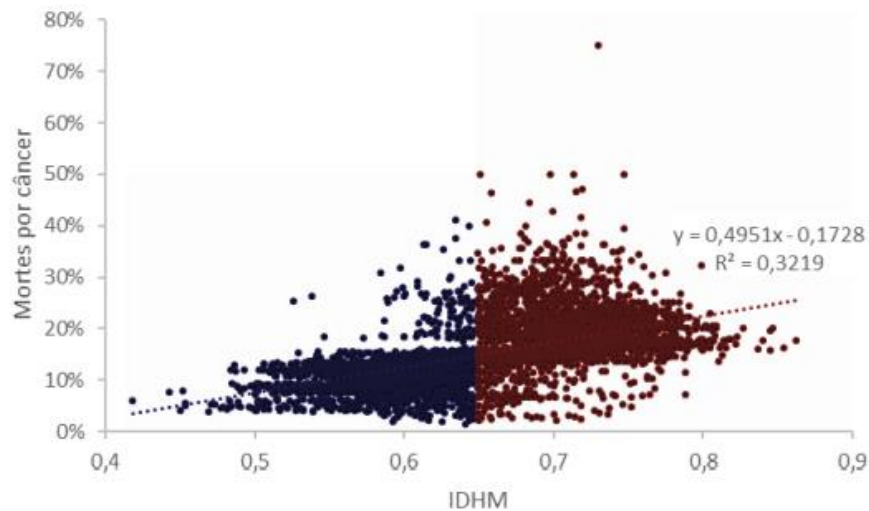
A nível de Estado os dados do INCA de 2016, mostram que a principal causa de morte no Rio Grande do Norte, está relacionada a Doenças circulatórias em primeiro lugar, seguida de doenças oncológicas em segundo lugar (BRASIL, 2017).

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que representa a principal fonte de dados para a análise sobre a mortalidade no Brasil indica que mais de 200 mil pessoas morrem em decorrência do câncer a cada ano. Em 2016, esse quantitativo representou cerca de 16% do total de mortes registradas no país. Nos estados do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina e no Distrito Federal, essa proporção foi superior a 20% em 2016. Se compararmos os dados sobre mortalidade entre 2006 e 2016, percebe-se que somente nos estados de Roraima e do Rio Grande do Norte a proporção de mortes causadas pelo câncer em comparação ao total de



13 morte foi inferior em 2006 em comparação a 2016. Em termos absolutos, a quantidade de mortes causadas pelo câncer aumentou em todos os estados brasileiros nesse período (BRASÍLIA/DISTRITO FEDERAL, 2018).

Gráfico 1. Relação entre mortes causadas pelo câncer pelo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).

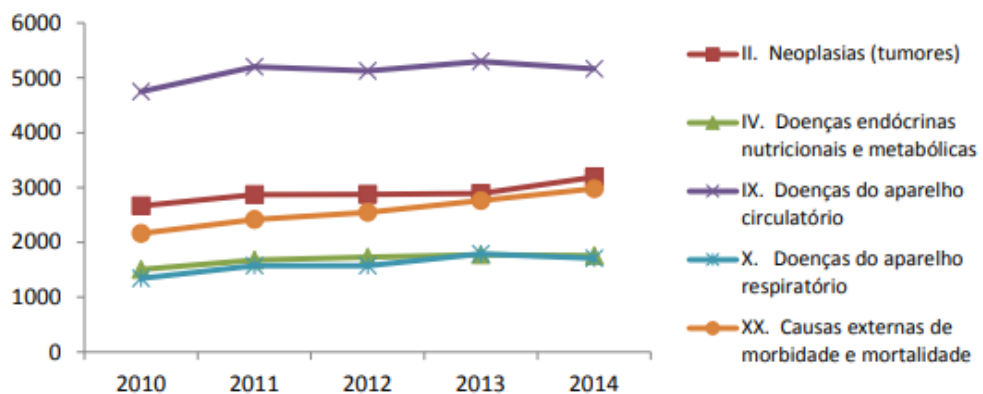


Fonte: Relatório de avaliação da Secretaria de Atenção à Saúde, 2017.

ONCOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS NO RN, UM DESAFIO PARA ALÉM DO HOSPITAL

No ano de 2015 ocorreram no estado cerca de 150.000 internações hospitalares, sendo as neoplasias responsáveis por 10% das internações hospitalares (RIO GRANDE DO NORTE, 2016).

Gráfico 2. Principais causas de óbitos (Cap. Cid-10) Rio Grande do Norte - 2010 A 2014.



Fonte: Plano Estadual de Saúde: PES 2016 a 2019; MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.



A análise da Mortalidade por Causas (Capítulo CID-10) no período 2010 a 2014 no estado do Rio Grande do Norte revela que as três principais causas de óbito somam aproximadamente 59% do total, ano de 2014. São elas, as Doenças do Aparelho Circulatório (27%), as Neoplasias (17%) e as Causas Externas de Morbidade e Mortalidade (16%) tem gráfico (RIO GRANDE DO NORTE, 2016).

O Rio Grande do Norte dispõe de 07 serviços habilitados em oncologia. Esses serviços habilitados são centralizados em sua maioria na 7ª RS (Natal) e apenas dois serviços são regionalizados no município de Mossoró (2ª RS), segunda maior cidade em termos populacionais do Estado, ficando os vazios assistenciais nas demais regiões de saúde. A habilitação desses serviços conforme registro no Ministério da Saúde é de: 04 UNACONS (Hospital Universitário Onofre Lopes, Hospital do Coração, Natal Hospital Center e o Hospital Wilson Rosado), 01 UNACON exclusiva de Oncologia Pediátrica (Hospital Infantil Varela Santiago), 01 UNACON com Serviço de Radioterapia (Liga Mossoroense de Estudo e combate ao Câncer) e 01 CACON com Serviço de Oncologia Pediátrica (Liga Norte-Rio-Grandense contra o câncer).

Até o final deste ano, o Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), vai concluir a capacitação básica da sua equipe assistencial em cuidados paliativos, com meta de promover treinamentos mais complexos já a partir de 2018 (BRASIL, 2017).

O Plano de ação da linha de Atenção Oncológica do Estado do Rio Grande do Norte encontra-se em construção e contempla a análise situacional do Estado do Rio Grande do Norte, através de sua caracterização demográfica, traça o seu perfil epidemiológico, mostra a sua rede assistencial em todos os seus níveis de atenção e discorre sobre os sistemas logísticos, os sistemas de regulação e a sua Governança. Nesse trajeto, foram apontadas as dificuldades encontradas para operacionalizar todo esse processo e foram propostas ações para que se possa melhorar a assistência oncológica no nosso estado e dessa forma se possa prestar atendimento aos seus usuários conforme preconiza as diretrizes do Sistema único de Saúde, garantindo a integralidade do cuidado à saúde (RIO GRANDE DO NORTE, 2016).

CONCLUSÃO

Diante disso, é possível concluir que a assistência à saúde em cuidados paliativos não encontra dificuldades somente no Rio Grande do Norte, mas em todo o país. O estado potiguar, por sua vez, se torna destaque devido aos seus serviços voltados a prestação de serviços em oncologia.

Destaca-se ainda a ausência de estudos no estado, ainda que esse tenha um serviço de referência em oncologia.

Salienta-se assim, a adoção por parte das instâncias e autoridade de saúde, os cuidados paliativos nos planos de ações de atenção oncológica, sobretudo, um programa eficaz para cuidados paliativos domiciliar. Não obstante, chama-se a atenção para a produção, formação e investimento de profissionais na área.



REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (Brasil). **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320 p. Disponível em: <https://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Por qualidade de vida aos pacientes, HUOL capacita equipe em cuidados paliativos**. 2017. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/huol-ufrn/noticia-destaque/-/asset_publisher/mUhqpXBVQ6gZ/content/id/2494904/2017-10-por-qualidade-de-vida-aos-pacientes-huol-capacita-equipe-em-cuidados-paliativos>. Acesso em: 21 ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **ABC do Câncer: Abordanges básicas para o controle do câncer**. 3. ed. Rio de Janeiro: Organização Mario Jorge Sobreira da Silva, 2017. 217 p. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/arquivos/comunicacao/livro_abc_3ed_8a_prova_fi nal.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados Paliativos**. 2018. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/acoes-de-controle/cuidados-paliativos>>. Acesso em: 23 ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **INCA estima que haverá 596.070 novos casos de câncer em 2016**. 2015. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/noticias/inca-estima-que-havera-596070-novos-casos-cancer-em-2016>>. Acesso em: 12 ago. 2019.

_____. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. 225. ed. Brasília, DF, 23 nov. 2018. Seção 1, p. 276. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710>. Acesso em: 21 ago. 2019.



BRASÍLIA/DISTRITO FEDERAL. Ministério da Transparência e Controladoria-geral da União. Secretaria Federal de Controle Interno. **Relatório de avaliação:** Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2018. 38 p. Disponível em: <<https://auditoria.cgu.gov.br/download/11709.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2019.

MARIZA TAVARES (Rio de Janeiro). Globo. **Brasil ainda engatinha na área dos cuidados paliativos.** 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/blog/longevidade-modo-de-usar/post/2018/10/02/brasil-ainda-engatinha-na-area-dos-cuidados-paliativos.ghtml>>. Acesso em: 13 ago. 2019.

MIGOWSKI, Arn et al. A Atenção Oncológica e os 30 Anos do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 64, p.247-250, nov. 2018. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_64/v02/pdf/14-artigo-de-opinio-a-atencao-oncologica-e-os-30-anos-do-sistema-unico-de-saude.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2019.

RIO GRANDE DO NORTE. Governo Estadual do Estado do Rio Grande do Norte. Secretaria de Saúde Pública. **Plano Estadual de Saúde: PES 2016 a 2019.** Natal, 2016. 135 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/RN_PES%202016-2019%20VERSAO%20FINAL.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2019.



ANEXO

TERMO DE COMPROMISSO DE APRESENTAÇÃO 13º Congresso de Gestão Pública do Rio Grande do Norte

“Comprometo-me, caso meu Trabalho seja aprovado pelo Comitê Científico, a comparecer ou nomear um representante para sua apresentação, no dia e hora previamente comunicados.

Autorizo a publicação do material utilizado em minha apresentação no site do evento, assim como o uso de sons e imagens. Autorizo também o recebimento de mensagens SMS através de meu celular com informações relativas ao meu trabalho científico e minha participação no congresso.”

Maria de Lourdes Filgueira da Silva

Maria de Lourdes Filgueira da Silva