

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

DANIELLA SANTANA DE PINHO

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE EM USUÁRIOS DE OXIGÊNIO
DOMICILIAR PROLONGADO - ODP**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL

DEFENDIDO E APROVADO

EM: 19/3/07


Rosana Maria Gaio
Depto de Serviço Social / CSE

Florianópolis

2006/2

DANIELLA SANTANA DE PINHO

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE EM USUÁRIOS DE OXIGÊNIO
DOMICILIAR PROLONGADO - ODP**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Professora Dra. Regina Célia Tamasso Mioto.

Florianópolis

2006/2

DANIELLA SANTANA DE PINHO

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE EM USUÁRIOS DE OXIGÊNIO
DOMICILIAR PROLONGADO - ODP**

Este Trabalho de conclusão de Curso foi submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de Bacharel no Curso de Serviço Social e aprovado às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, curso de Graduação em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA:

Professora Dra. Regina Célia Tamaso Mioto
Departamento de Serviço social – UFSC

Francielle Lopes Alves
Assistente Social

Dra. Mariangela P. Pincelli
Medica Pneumologista

Florianópolis.

2006/2

Se metade do orçamento dos gastos militares no mundo fosse investido na educação, os generais se tornariam jardineiros; os policiais, poetas; os psiquiatras, músicos. A violência, a fome, o medo, o terrorismo e os problemas emocionais estariam nas páginas dos dicionários e não nas páginas da vida...
(Augusto Cury)

AGRADECIMENTOS

A Deus que guiou meus passos nesta jornada, dando-me forças para superar os obstáculos que surgiram.

À minha querida família, fazendo o possível e o impossível para ver-me chegar até aqui. Fui testemunha de suas abnegações, sacrifícios e acima de tudo sua coragem de transpor as barreiras. Obrigada.

Ao meu querido esposo, por sempre estar ao meu lado. Obrigada por todo amor, amizade, carinho e dedicação.

À Assistente Social Luiza Maria Lorenzini Gerber, pela supervisão no estágio curricular obrigatório e participação neste Trabalho de Conclusão de Curso.

À professora Regina Célia, por seu incentivo, disponibilidade e paciência, durante a graduação e a orientação neste trabalho.

A todos os professores do Departamento de Serviço Social e funcionários.

As minhas queridas amigas da turma: Margot e Amanda, desde o início da caminhada compartilhando conquistas e dificuldades.

A minha querida amiga, companheira de estágio: Claudía. Obrigada pelos momentos que vivemos juntas e todas as contribuições.

Aos meus companheiros de trabalho: Hilário, Beta, Cris, Márcia, Kátia e Fernanda. Pelo incentivo, apoio e principalmente compreensão neste período da minha vida.

Aos pacientes usuários de oxigenoterapia, razão deste trabalho, obrigada.

RESUMO

O trabalho realizado traz a proposta de discutir a assistência ao usuário portador de doença crônica (doença pulmonar obstrutiva crônica DPOC), necessitando da utilização de Oxigênio Domiciliar Prolongado ODP, a partir das Políticas de saúde, e sob o paradigma da Promoção da Saúde. A criação do Sistema Único de Saúde SUS, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, vem no sentido de fortalecer o novo modelo implantado pela Reforma Sanitária e, vai se moldando de acordo com as Conferências de Saúde. Nele busca-se superar o modelo centrado na assistência individual à doença, define a promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na sua condição de vida, buscando melhorar a sua qualidade e saúde. Compreendendo esta como um conjunto de medidas que não se dirige a uma doença específica e nem a um único nível de saúde. Onde cada um dos níveis de prevenção e recuperação requer medidas eficazes que visem evitar a ocorrência de doenças e reduzir os danos à saúde. Pensar Promoção da Saúde significa ampliar o padrão de bem estar e a capacidade de autonomia do paciente que durante sua trajetória de vida adquire a doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC. Visando um acesso sistemático às informações desejadas, formulamos um questionário com três questões abertas para a Assistente Social, com o objetivo de alcançar o conhecimento sobre o trabalho profissional, em que a mesma é responsável pelo processo de organizar a documentação e prestar informação aos familiares na aquisição de Oxigênio Domiciliar Prolongado - ODP, perante constatação de alta hospitalar e por meio das ações sócio-educativas favorecendo ao empoderamento desse usuário na obtenção da sua autonomia.

Palavras-chave: Serviço Social ; Promoção da Saúde; Oxigênio Domiciliar Prolongado.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 07 |
| 1 CENÁRIO CONTEMPORANEO DA SAÚDE NO BRASIL..... | 09 |
| 1.1 Sistema único de Saúde Lei 8080..... | 13 |
| 1.2 O paradigma da promoção da saúde como princípio orientador das ações profissionais em saúde..... | 19 |
| 2 A DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA DPOC: CONSIDERAÇÕES SOBRE A DOENÇA E OS CUIDADOS NECESSÁRIOS..... | 25 |
| 2.1 Oxigênio Domiciliar Prolongado ODP..... | 27 |
| 2.2 Cuidado domiciliar ao paciente usuário de oxigenioterapia domiciliar prolongada ODP..... | 30 |
| 2.3 Acesso dos usuários à terapia..... | 33 |
| 2.4 Dificuldades à adesão à terapia do Oxigênio Domiciliar Prolongada (ODP).. | 33 |
| 2.4.1 Custo Econômico do Uso Oxigênio Domiciliar Prolongado..... | 34 |
| 2.4.2 Dependência Química..... | 35 |
| 2.4.3 Higienização do Material de Oxigênio Domiciliar Prolongado..... | 36 |
| 2.5 Dificuldade em relação ao cuidado domiciliar e institucional..... | 37 |
| 2.5.1 Cuidado domiciliar..... | 37 |
| 2.5.2 Dificuldade institucional..... | 39 |
| 3. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM USUÁRIOS QUE NECESSITAM DO PROGRAMA DE OXIGÊNIO DOMICILIAR PROLONGADO: DEPOIMENTO DE UMA ASSISTENTE SOCIAL..... | 41 |
| 3.1 Entrevista com a Assistente Social..... | 41 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 52 |
| REFERÊNCIAS..... | 54 |

INTRODUÇÃO

O presente trabalho traz a proposta de discutir a assistência ao usuário portador de doença crônica (doença pulmonar obstrutiva crônica DPOC), necessitando da utilização de Oxigênio Domiciliar Prolongado ODP, a partir das Políticas de Saúde, e sob o paradigma da Promoção da Saúde.

Este trabalho parte da observação e de algumas indagações realizadas durante a disciplina sétima da fase do curso de Serviço Social intitulada: Estágio Curricular Obrigatório, realizado no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, localizado no campus da Universidade Federal de Santa Catarina, que se realizou no período de março a julho de 2005.

O desenvolvimento de um trabalho acadêmico requer curiosidade, disciplina, dedicação e um forte compromisso com a construção do conhecimento. Para tanto, há de se estar alerta ao cotidiano e aos eventos que se processam no dia-a-dia acadêmico e profissional. Chegou-se assim a este trabalho, inicialmente como uma idéia, idas e vindas nas discussões temáticas para, a partir daí, estruturar um projeto que desse possibilidades de uma investigação pautada em princípios éticos e rigor científico.

De todas as curiosidades acadêmicas com as quais se deparou, optou-se por discutir a assistência aos pacientes usuários de oxigênio domiciliar prolongado, no que diz respeito ao seu processo de aquisição, mediante a alta hospitalar.

Na verdade, o estudo reuniu a ótica da Promoção da Saúde, compreendendo esta como um conjunto de medidas que não se dirige a uma doença específica e nem a um único nível de saúde. Compreendendo desta forma que cada um dos níveis de prevenção e recuperação requer medidas eficazes que visem evitar a ocorrência de doenças e reduzir os danos à saúde. Pensar Promoção da Saúde significa ampliar o padrão de bem estar e a capacidade de autonomia do paciente que durante sua trajetória de vida adquire a doença pulmonar obstrutiva crônica DPOC.

O trabalho está dividido em três capítulos. O primeiro capítulo corresponde ao cenário contemporâneo da Saúde no Brasil, no qual se aborda o Sistema Único de Saúde - SUS, seus princípios doutrinários, organizativos, níveis de atenção e a Promoção da Saúde.

O segundo capítulo apresenta a contextualização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC, aborda uma discussão sobre o cuidado domiciliar ao paciente usuário de oxigênio domiciliar prolongada ODP, acesso ao usuário a terapia, dificuldades à adesão ao

tratamento, custo econômico, dependência Química, higienização do material e dificuldade em relação ao cuidado domiciliar e institucional.

No terceiro capítulo foi realizada uma entrevista que constatou de um questionário respondido por uma Assistente Social, em que foi abordado o trabalho profissional. Essa profissional inserida em uma unidade hospitalar é responsável pelo processo de organizar a documentação e prestar informação aos usuários e famílias que necessitam da inserção no programa Oxigênio Domiciliar Prolongado ODP, junto à Secretaria de Estado da Saúde.

Foram relatadas as dificuldades, angústias e mudanças na dinâmica familiar que usuários e familiares sofrem e as melhorias ocorridas após implantação do programa Oxigênio Domiciliar Prolongado.

Considerando a pluralidade de práticas e intervenções não foi encontrado, neste estudo, nenhum artigo sobre a intervenção do Serviço Social a esta clientela, ou seja, aos usuários de Oxigênio Domiciliar Prolongado e sua família, e o processo de adaptação ao tratamento. A priori, quando se inicia um tratamento, seja ele medicamentoso ou não, este deve ser gerenciado por acompanhamento, através de grupos de apoio ou individualmente, por visitas domiciliares, como forma de evitar falhas terapêuticas, abandono de tratamento, além de impedir gastos públicos desnecessários.

Após os três capítulos, apresentamos as considerações finais, e referências.

1 CENÁRIO CONTEMPORÂNEO DA SAÚDE NO BRASIL

As condições de vida e principalmente de saúde no Brasil, a partir do século XXI, trouxeram novos desafios para o entendimento e enfrentamento da realidade social. Principalmente com o aumento da desigualdade, pobreza e exclusão social no mundo, devido a ajustes econômicos e fiscais das novas políticas da globalização decorrentes do século que se findou.

Originalmente, a chamada questão social constitui-se em torno das grandes transformações econômicas, sociais e políticas, ocorridas na Europa do séc. XIX e desencadeadas pelo processo de industrialização.

O padrão de bem-estar social, iniciado nos fins do século XIX e consolidado nos anos 40 do século XX, entrou em declínio a partir de meados dos anos 70, na trilha do surgimento da nova questão social. O pacto de classe do “welfare state” é desfeito, devido à crise estrutural do Estado e à necessidade de reduzir na formulação e execução de políticas. Esta crise do Estado reflete sua incapacidade de formular e executar políticas, conforme expressa Borón (1996, p. 78 – 79).

O Estado de bem-estar social, ou “welfare state”, caracteriza-se segundo a visão da autora Marta Arretche:

“WELFARE STATE” - locução inglesa que denomina o estado que, mediante o intervencionismo, busca realizar o bem-estar social, considerando este o bem maior do governo”.

Cobrando as mais variadas formas de riscos da vida individual e coletiva, torna-se um direito assegurado pelo Estado a camadas bastante expressivas da população dos países capitalistas desenvolvidos.

O fenômeno do “welfare state” experimentou incontestável expansão e até mesmo institucionalização no período do pós-guerra. É a partir de então que se generaliza e ganha dimensões quase universais nesses países um conjunto articulado de programas de proteção social, assegurando o direito à aposentadoria, habitação, educação e saúde. (1995, p.19).

Na década de 80 o projeto neoliberal foi se consolidando, a ordem no campo das políticas sociais passa a ser a fragilização, caráter restritivo do Estado, privatizações, focalização das políticas para grupos populacionais carentes e excluídos, frágeis em sua capacidade de organização e pressão sobre o próprio Estado.

Nascida da divergência entre o trabalho e o capital, resulta desse conflito a “questão social”, enquanto expressão das desigualdades da sociedade capitalista e manifesta-se no

desemprego, na flexibilização, na diminuição ou no rompimento da proteção social e dos direitos que já tinham sido conquistados e legitimados, na instabilidade de emprego por contrato de tempo determinado, temporário, deixando as pessoas mais frágeis, numa condição ainda mais vulnerável e com isso todas as categorias são atingidas.

Wanderlei (2003, p.48) afirma que:

Porém, para que essas abrangentes situações se transformem efetivamente em questão social, se faz necessário que ela seja percebida e assumida por determinado segmento da sociedade “que tenta, por algum meio, equacioná-la, torná-la pública, transformá-la em demanda política, implicando em tensões e conflitos.

A respeito do Estado, observa-se que o enfrentamento das seqüelas da questão social não se constitui uma prioridade, pelo menos nas últimas décadas.

Hoje, em lugar do compromisso governamental com o pleno emprego, com políticas sociais universais e com o provimento de mínimos sociais como direito de todos, predominam políticas sociais residuais, casuais, seletivas ou focalizadas na pobreza extrema, como forma de amenizar os impactos destrutivos da nova questão social.

Com relação ao papel do Estado na superação da questão social, este intervém de forma pontual, seguindo a lógica neoliberal de ações reducionistas que esvaziam e descaracterizam os mecanismos institucionalizados de proteção social. Por maximizar o mercado e minimizar o seu papel, suas ações são fundadas numa visão de política social apenas para complementar o que não se conseguiu via mercado, família ou comunidade (YAZBECK, 1997).

O incipiente sistema de proteção social brasileiro, e particularmente a Seguridade Social, que afiança direitos a partir da Constituição de 1988, vai sendo duramente afetado pelo sistema econômico vigente através de corte de gastos sociais, privatizações, flexibilização das relações de trabalho, redução do papel do Estado, dentre outras conseqüências. Cada vez mais vinculado ao desempenho geral da economia, sofre os impactos das mudanças em andamento. Novas expressões da questão social surgem. Segundo Pereira (1999, p.47): “(...) apesar de se apresentarem variadas, assumem amplitude global, produzindo efeitos comuns, tais como: desemprego estrutural, aumento da pobreza e da exclusão social, precarização e casualização do trabalho e desmonte de direitos sociais edificados há mais de um século”.

No rastro dessas mudanças, as fronteiras nacionais tendem a desaparecer, impedindo que os governos exerçam controle sobre as políticas econômicas e sociais internas e protejam o emprego e a renda dos cidadãos. Atualmente, um dos pontos mais combatidos pelos investidores privados são os encargos trabalhistas, garantidos por lei, que, segundo eles, encarecem o trabalho e assim, essas empresas vão à procura de lugares onde esses encargos não existem.

Por conseguinte, a época em que o Estado tinha um peso considerável nas decisões econômicas e sociais internas está se esgotando. Em seu lugar, a desregulamentação das relações de trabalho e o desmonte da proteção social ao trabalhador são práticas que vem sendo adotadas rotineiramente.

A novidade desta nova questão não foi tanto o crescimento do desemprego e o surgimento de novas formas de pobreza, mas o desmonte da cidadania social, uma das maiores conquistas democráticas.

Pobreza é destituição, marginalidade e desproteção. Destituição dos meios de sobrevivência física; marginalização no usufruto dos benefícios do progresso e no acesso às oportunidades de emprego e consumo; desproteção por falta de amparo público adequado e inoperância dos direitos básicos de cidadania, que incluem garantias à vida e ao bem-estar (ABRANCHES; SANTOS; COIMBRA, 1997, p. 16).

A "nova ordem mundial" que se instaura na década de oitenta, inspirada no neoliberalismo, provoca uma marcante fragilização dos esforços para o enfrentamento coletivo dos problemas de saúde. Particularmente, nos países de economia capitalista dependente, a opção pelo "estado mínimo" e o corte nos gastos públicos como resposta à chamada "crise fiscal do Estado" em muito comprometem o âmbito institucional conhecido como saúde pública.

De acordo com Madel (2005):

A crise da saúde pode ser vista, em primeiro lugar, como fruto ou efeito do crescimento das desigualdades sociais no mundo, consideradas aqui as sociedades do capitalismo avançado (predominante no Primeiro Mundo), as do capitalismo dito dependente (predominante no Terceiro Mundo), as sociedades oriundas dos destroços do socialismo, e o conjunto de países subdesenvolvidos do Continente africano, às vezes denominados de Quarto Mundo. Este todo forma um conjunto submetido às leis de uma economia capitalista chegada a um estágio de internacionalização e dominância completa sobre o planeta, processo que economistas e cientistas políticos têm chamado de "globalização". Essa crise se torna particularmente aguda nas sociedades onde há desigualdade social profunda, como no continente

latino-americano, com a grande concentração de renda atual gerando problemas graves de natureza sanitária, tais como desnutrição, violência, doenças infecto-contagiosas, crônico-degenerativas, além do ressurgimento de velhas doenças que se acreditava em fase de extinção, tais como a tuberculose, a lepra, a sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis, que se aliam as novas epidemias como a AIDS. Tudo isto, sem mencionar o consumo de drogas como cocaína e crack, que tem crescido em proporção maior entre nós que nos países do Primeiro Mundo. Todas são questões que poderiam ser controladas, ou mesmo prevenidas, com políticas sociais adequadas, se os governos desses países estivessem comprometidos com a saúde da população, e não com a atual onda político-ideológica neoliberal, que tem gerado políticas econômicas e sociais agravadoras do quadro sanitário descrito.

Neste contexto a saúde está inserida e traz reflexos marcantes para o usuário e toda a população, evidenciando a necessidade do país efetivar políticas públicas sérias. Pois é necessário mais do que acesso a serviços médico-assistenciais, é necessário sim, enfrentar os determinante da saúde em toda a sua amplitude com o apoio do poder público e a mobilização popular.

A visão da intrínseca relação entre condições de qualidade de vida e saúde aproxima a discussão que, nos últimos anos, vem se revigorando na área e tem no conceito de promoção da saúde sua estratégia central.

Segundo Escorel (1989, p.189):

A saúde plena, a que não envolve apenas a recuperação da doença, significa, como foi definida na 8ª conferência Nacional de Saúde (1986), “a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”. Esse conceito, de saúde como resultante e como condicionante de um conjunto de fatores, transforma a luta pela saúde numa luta global, por transformação social.

No campo das políticas públicas, o setor saúde tem se destacado muito pelas propostas de mudanças e por algumas conquistas alcançadas ao longo da história. A Reforma Sanitária mostra que essas conquistas foram expressivas, culminando na VIII Conferência Nacional da Saúde, que foi um marco de expressão no sentido de congregar uma concepção ampla de saúde, entendida como resultado das condições de vida dos cidadãos e pela criação do Sistema Único de Saúde- SUS.

O SUS pode ser considerado como um espaço privilegiado de construção de cidadania e conquista da sociedade como instrumento de inclusão social, só podendo exercer esse papel

na sua plenitude quando apoiado por ações de políticas públicas que privilegiem a prevenção de doenças, especialmente as facilmente evitáveis.

Remando contra a corrente hegemônica neoliberal que busca o fim das políticas públicas, pois além de contemplar em seus princípios doutrinários o acesso igualitário e integral de toda a população brasileira aos serviços públicos de saúde, também defende como um dos itens de seus princípios organizativos, a participação e o controle social, através de entidades como os conselhos de saúde, que são instrumentos privilegiados para fazer valer os direitos e necessidades sociais dos usuários do sistema.

1. 1 Sistema Único de Saúde - SUS - Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990.

Em 1988, é sancionada uma nova Constituição Nacional, “Constituição Cidadã”, assim denominada por Ulisses Guimarães, presidente do Congresso Constituinte.

A característica constitucional é o estabelecimento de um sistema de seguridade social em substituição ao de seguros sociais até então vigente. O novo sistema está baseado em um conjunto integrado de ações que asseguram o direito à saúde, à assistência e à previdência social.

Com a nova Constituição Federal foram incorporadas as propostas do movimento sanitário. Surge na cena política brasileira a noção de direito social universal, entendida como um atributo da cidadania sem qualificações, ao que deve corresponder, como direito, não como concessão.

A Constituição Federal dispõem em seus artigos:

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante medidas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197 - São de relevância pública as ações e serviços de saúde cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada, hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para

atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade.

Art. 200 – Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar de produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos [...]. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 2001 p. 167).

A exigência em criar um Sistema Único de Saúde se prende à luta em torno da garantia efetiva de direitos de saúde a todos os cidadãos. Rompendo assim com o sistema anterior que discriminava, previdenciários e não-previdenciários, trabalhadores urbanos e rurais, tanto no acesso aos serviços quanto ao nível de atenção à saúde que recebiam.

O sistema começou a efetivamente viabilizar o pleno direito à saúde quando no campo jurídico foram elaboradas as leis ordinárias, conhecidas por Leis Orgânicas da Saúde – LOS, Lei 8080/90 e Lei 8142/90, e posteriormente pelas Normas Operacionais Básicas – NOB, que representam um roteiro normativo para a organização e gestão do sistema.

Somente com a NOB 96 o sistema consolidou o poder público municipal e do Distrito Federal na função de gestores da atenção à saúde.

Quanto à gestão refere-se às atividades e à responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou federal) mediante o exercício de funções coordenadas, articuladas, negociadas, planejadas, usando de acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. Foram criadas duas formas de gestão para o Estado – avançada e plena do sistema estadual de saúde e duas para os municípios – a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal de saúde¹.

Conforme definido pelo artigo 4º da Lei Federal 8.080/90, o Sistema Único de Saúde “é um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo Poder Público”. E, complementarmente, pela iniciativa Privada.

O Sistema Único de Saúde - SUS é um sistema único porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: Federal, Estadual e Municipal.

O SUS, baseado nos princípios de universalização, integralidade e equidade, constitui-se uma proposta de mudança completa das práticas das políticas setoriais e da própria percepção de saúde, que passou a ser entendida como um direito do cidadão e um dever do Estado.

¹ NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Princípios doutrinários do SUS: universalidade, equidade e integralidade

Fundamentado nos preceitos Constitucionais, a construção do SUS norteia-se pelos seguintes princípios doutrinários:

Universalidade: todas as pessoas têm direito à saúde, independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda, etc. A saúde é direito de cidadania e dever dos governos municipais, estaduais e federal. Deixa de existir com isso a figura do “indigente” para a saúde (brasileiros não incluídos no mercado formal de trabalho).

Equidade: todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido e acolhido conforme as suas necessidades. Os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo ou classe social ou religião tem seus problemas específicos, tem diferenças no seu viver, de adoecer e de ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida. Assim os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes.

Integralidade: ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para a prevenção e cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o leva a adoecer e morrer. O indivíduo deve ser atendido como um ser social, cidadão que biológica, psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida. Desta forma o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não somente para as doenças. Isso exige que o atendimento deva ser feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos. Ou seja, é preciso garantir o acesso às ações de: promoção (que envolve ações também em outras áreas, como habitação, meio ambiente, educação, etc.); proteção (saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância à saúde e sanitária, etc.); recuperação (atendimento médico, tratamento e reabilitação para doentes) (ALMEIDA, CHIORO & ZIONI, 1995, p.35-36).

Princípios Organizativos do SUS

Cunha e Cunha (2001) apontaram que esses princípios configuram-se como diretrizes que orientam a concretização do SUS, as quais se fundamentaram nos princípios doutrinários e nos preceitos constitucionais que definiram as ações do SUS como de “relevância pública” e que colocaram a saúde como pertencente a um sistema mais amplo, ou seja, o da Seguridade Social².

² Art. 194 – a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (CF88)

Quanto à organização, o SUS define os princípios que devem ser cumpridos pelos gestores:

Regionalização e Hierarquização: refere-se à distribuição dos serviços, de modo a atender às necessidades da população, por regiões e em diferentes níveis de complexidade. Isso exige ações articuladas entre Estado e Municípios, sendo-lhes facultada a criação de consórcios;

Resolubilidade – é a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento de saúde ou quando surge um problema de impacto coletivo, o serviço correspondente deve estar capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência;

Descentralização – a gestão do SUS passa a ser de responsabilidade da União, dos Estados e dos Municípios. Compreende a redistribuição de recursos e responsabilidades entre as três esferas do governo, sendo que a União só deverá executar aquilo que os níveis locais e Estaduais, não podem ou não conseguem atender;

Participação do cidadão: é a garantia constitucional que a população por meio de suas entidades representativas, poderá participar de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os três níveis do governo, desde a federal até a local. Esta participação tem no Concelhos de saúde, com representação paritaria de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços, com poder deliberativo;

Complementaridade do Setor Privado: a Constituição definiu que, quando, por insuficiência do setor público, for necessária a contratação de serviços privados, este pode ser realizado.

A Constituição Federal, no cap. II, seção II, art. 198, e a Lei Orgânica da Saúde, no cap. II art. 7º, definem que as ações e serviços de saúde se devem integrar redes regionalizadas e hierarquizadas, e que a assistência à saúde deve organizar em níveis crescentes de complexidade onde o acesso da população à rede, dar-se-á através dos serviços de nível primário de atenção e os demais níveis de maior complexidade tecnológica (secundário e terciário).

• O nível primário ou atenção básica

É representado pelas unidades básicas, postos de saúde, que servem de “porta de entrada” para os usuários. Tem como eixo a ampliação do acesso, através da identificação de um conjunto de responsabilidades e de atividades a serem assumidas e desenvolvidas por todo o município nas seguintes áreas estratégicas: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão, controle da diabetes mellitus, ações de saúde bucal, ações de saúde da criança e ações da saúde da mulher. (PPI 2002)

Segundo a revista de saúde da família:

Programa Saúde da Família (PSF) está inserido em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da atenção básica de Saúde. Pelo espaço político e institucional ocupado, não mais como “Programa” na concepção tradicional, mas como estratégia estruturante da Atenção Básica com capacidade de provocar ou contribuir para a reorganização dos sistemas locais de saúde. (PSF, 2002, p.2-3)

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem como objetivo reordenar o modelo de atenção no SUS. Ocorrendo assim maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes de saúde da família.

Os anos oitenta e noventa trouxeram grandes transformações no que tange às políticas públicas de saúde. Transformações resultantes das lutas travadas pelo movimentos nacionais e internacionais em prol da melhoria dos padrões de vida da população e pela falência dos modelos de saúde hospitalocêntricos implantados no Brasil.

Dessa forma, tanto o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) quanto o Programa Saúde de Família, que foram implantados no Brasil, nos anos de 1991 e 1994, respectivamente, visavam, entre outros objetivos, substituir o modelo de saúde tradicional que privilegiava o complexo médico-industrial; com adoção de medidas de promoção da saúde para toda a população.

O Ministério da Saúde (MS), em publicação do ano de 1997, entendia o Programa Saúde da Família como:

(...) um modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade – e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitude.

Compreendido dessa maneira, o Programa saúde da família - PSF deveria então desenvolver um trabalho voltado para ações coletivas de promoção e proteção à saúde e para colaborar decisivamente na organização do Sistema Único de Saúde – SUS e na descentralização e municipalização da saúde, tornando-se esse seu principal objetivo.

Atualmente, a implantação da estratégia saúde da família, depende da decisão política da administração municipal, com o consentimento do Conselho Municipal de Saúde, do projeto apresentado e, da discussão com as comunidades a serem beneficiadas.

O Ministério da Saúde (1997) recomenda que as equipes de saúde da família contemplem como atividades principais: a visita domiciliar, a internação domiciliar (deve ser utilizada quando as condições clínicas e familiares do paciente permitirem) e os grupos comunitários temáticos (para discutir assuntos relativos ao diagnóstico e alternativas de problemas apontados como prioridade pela comunidade). Das três atividades, a visita domiciliar, embora sejam realizadas apenas por um agente comunitário, estava sendo apontada como a principal estratégia de intervenção para cumprir as metas da estratégia Saúde da Família de proteção, promoção e recuperação da saúde da família e da comunidade.

Segundo Grisotti (1997, p.53-54):

(...) centros de saúde representam o locus de realização de atenção primária e educação em saúde, como é o caso da Saúde da Família. Este objetiva realizar um trabalho no qual o processo saúde-doença passe a ser visto de uma maneira mais abrangente, envolvendo objetos de debate como conflitos decorrente das condições de renda, de saneamento, das condições alimentares e higiênicas, tendo a família como ator central.

A implantação da Saúde da Família é uma estratégia para reorganização da Atenção Básica, independente do porte do município. As equipes de Saúde da Família deverão estar capacitadas para atender às demandas das áreas estratégicas, tendo garantia de referência e contra referência dos casos que ultrapassem seu nível de ação, assumindo o acompanhamento de todos os casos em sua área de abrangência.

• O nível secundário de atenção ou de média complexidade

Corresponde às policlínicas ambulatoriais ou consultórios especializados e a pequenos hospitais (tecnologia intermediária). É composta por procedimentos que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja complexidade da prática demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não são disponibilizados em todos os municípios. Para que se garanta acesso aos mesmos, numa distância de deslocamento compatível com a qualidade desejada, estes municípios deverão alocar suas referências, preferencialmente em um único município sede, regional ou na macrorregião.

• O nível terciário de atenção ou de alta complexidade

É constituído por grandes hospitais gerais e especializados que concentram a tecnologia compatível com as subspecialidades médicas (profissionais e recursos tecnológicos) que atendem aos problemas não resolvidos nos demais níveis e serviços de saúde.

A hierarquização seria uma maneira de organizar os serviços de saúde, viabilizando os princípios preconizados pelo SUS e tendo como finalidade o acesso a todos os tipos de tecnologia e a busca pela total resolubilidade.

Os serviços de alta complexidade não atingem todos os municípios, uma vez que há necessidade de uma infra-estrutura tecnológica altamente especializada e avançada, de recursos humanos também especializados e habilitados para este tipo de atendimento. Diante disso, há a regionalização dos serviços de saúde. As unidades de atendimento de atenção básica e média referenciam o usuário para o atendimento de alta complexidade disponível em sua região, ou até mesmo dentro de seu estado.

1.2 O paradigma da promoção da saúde como princípio orientador das ações profissionais em saúde.

O conceito moderno de promoção da saúde, assim como sua prática, surge e se desenvolve de forma mais vigorosa nos últimos 20 anos, nos países desenvolvidos, particularmente no Canadá, Estados Unidos e nos países da Europa Ocidental (Buss 2003, p. 15). E expandiu-se rapidamente para todo o mundo.

De acordo com Almeida Filho & Andrade (2003, p.97):

Este movimento baseia-se na noção de ‘campo da saúde’ composta por quatro pólos: a ‘biologia humana’, que inclui crescimento, maturidade e envelhecimento, sistemas internos complexos e herança genética; o ‘sistema de organização dos serviços’, contemplando os componentes de recuperação, curativo e preventivo; o ‘ambiente’, que envolve o social, a psicologia e o físico; e, finalmente, o ‘estilo de vida’ no qual podem ser consideradas as participações no emprego e os riscos ocupacionais, os padrões de consumo e os riscos das atividades de lazer.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) convocou, em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a I Conferência Internacional realizada em Alma Ata (URSS), 1978 sobre atenção primária de saúde, tendo como lema “saúde para todos no ano 2000”. (Buss 2000).

A conferência trouxe como proposta de atenção primária de saúde: a reafirmação da saúde como direito humano fundamental; a proposição de que as desigualdades são inaceitáveis; de que os governos têm a responsabilidade pela saúde dos cidadãos; e que a população tem o direito de participar das decisões no campo da saúde (Buss 2000).

A conferência de Alma Ata 1978 (URSS), expressou a necessidade de ações urgentes de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde para todos os povos do mundo e resultou em um importante reforço para os defensores da estratégia da promoção da saúde, que culminou com a realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, em 1986.

A Declaração de Alma-Ata, de acordo com Ferreira & Buss (1998, p. 22):

“Ao ampliar a visão do cuidado à saúde em sua dimensão setorial e de envolvimento da própria população, superava o campo de ação dos responsáveis pela atenção convencional dos serviços de saúde que ainda viam a saúde no sentido clássico de ausência de enfermidade e não como o completo bem-estar físico, mental e social”.

A Conferência Internacional de Ottawa, no Canadá, foi a primeira conferência a ser realizada a partir de Alma-Ata (1978), e sua declaração apresenta a Promoção da Saúde como:

O nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo e que para atingirem um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio-ambiente (OTTAWA, 1986).

A Carta de Ottawa (Brasil/MS, 2001), um dos documentos fundadores da promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (Buss, 2000). Isto demonstra que no entendimento dos conferencistas a Promoção da Saúde não se reduz a estilos de vida e nem é responsabilidade exclusiva do setor saúde. Implica num processo de reformulação das políticas públicas. A saúde nesse documento, considerada o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma dimensão da qualidade de vida que vai à conformidade com o geral.

A Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, contou com a participação de 38 países, principalmente do mundo industrializado. Em vista disto, seus participantes comprometeram-se em atuar no campo das políticas públicas saudáveis e lutar pela equidade em todos os setores, agir contra a produção de produtos prejudiciais à saúde, reconhecer as pessoas como principal recurso para a saúde, reorientar os serviços de saúde para a Promoção da Saúde e compor uma aliança em torno da saúde pública.

Segundo a Carta de Ottawa, as três estratégias fundamentais da promoção da saúde são: defesa da saúde, capacitação e mediação. Determina a promoção da saúde como o processo de capacitação de toda a comunidade para assim intervir na melhora de sua qualidade de vida e também em uma maior participação no controle desse processo (Buss 2000).

Quanto maior a socialização de informações, educação em saúde e acesso a recursos sanitários, maior será a qualidade de vida, obtendo o direito a um tratamento de qualidade, que compreende a informação e o cuidado com dignidade, mais efetivo, eficaz e de assistência integral.

Em síntese, esse documento define a promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na sua condição de vida, buscando melhorar a sua qualidade de vida e saúde. Nesse sentido, reforça a responsabilidade, os direitos individuais e da comunidade pela sua saúde, bem como pressupõe uma maior participação destes no controle do processo.

A idéia de promoção envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multidisciplinaridade de fatores que condicionam a saúde. A promoção vai além da aplicação de técnicas e normas, reconhecendo que não basta saber como as doenças funcionam e encontrar um mecanismo para o seu controle. Há de se fazer o fortalecimento da saúde através da construção de ações interdependentes, cujo alvo da intervenção social é a qualidade de vida como um objetivo básico do ser humano.

A promoção da saúde vem sendo entendida como uma reação à excessiva medicalização da vida social, que não tem tido impacto acentuado sobre as condições de saúde da população. Atualmente ela representa um enfoque político e técnico em torno do processo saúde – doença – cuidado.

Esse caminho aponta para um olhar diferente da Saúde Pública, rompendo os paradigmas tradicionais vigentes nos serviços, pressupondo uma estrutura flexível, centrada na interdisciplinaridade e intersetorial, composta por diversos profissionais e instituições atuando de maneira conjunta e integrada. Acreditando que o protagonismo do cidadão ao

participar efetivamente dos seus problemas de saúde possa propiciar a construção/consolidação de uma consciência social do problema.

A saúde preconizada na constituição está inspirada no debate da Reforma Sanitária Brasileira iniciada na década de 70, com uma grande expressão no resultado do intenso e participativo debate ocorrido na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que propunha um conceito ampliado de saúde.

O movimento da Reforma Sanitária adotou um outro modo de encarar as práticas do setor saúde baseada no conceito de que saúde é qualidade de vida e não apenas assistência à doença, ainda que seja isso também. Proposta essa que vem contra a prática do modelo biomédico e a ênfase na clínica de orientação curativa.

Redirecionar o modo de se fazer saúde no Brasil talvez seja o maior desafio na área de saúde. Herdeiro de um modo de fazer baseado na lógica da reabilitação de procedimentos, centrado nos hospitais e que maximiza a tecnologia.

Durante a década de noventa assistimos à árdua luta pela a implantação do Sistema Único de Saúde SUS. A maior inovação introduzida pela Constituição Federal de 1988 e incorporada pelo SUS foi a ampliação decisiva do processo de formulação e controle da Política Pública de Saúde, envolvendo governo e sociedade.

Nesse sentido, a efetivação do direito à saúde depende do provimento de políticas sociais e econômicas que assegurem desenvolvimento econômico sustentável e distribuição de renda, cabendo especialmente ao SUS a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades de forma equitativa.

Onde a qualidade de vida, como noções de desenvolvimento, democracia, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer, são de fundamental importância e contribuem em muito para a promoção e a efetivação da saúde. Qualidade de vida implica o reconhecimento do humano como integral.

Quando um desses fatores se faz ausente, ocorrem modificações causando assim limitações físicas e psicológicas, trazendo conseqüências negativas sobre a percepção da qualidade de vida por parte do indivíduo acometido e de seus familiares.

Para promover a saúde em pacientes que adquiriram no decorrer de sua trajetória de vida alguma deficiência ou perderam parte de sua capacidade funcional, o objetivo é que a qualidade de vida seja tão satisfatória quanto possível, buscando compensações para os defeitos e deficiências, com dignidade e aumento de sua independência e autonomia.

Quanto mais aprimorada a democracia, mais ampla é a noção de qualidade de vida, o grau de bem-estar da sociedade e o acesso igualitário a bens materiais e culturais (Matos, 1999).

De acordo com Buss, (2003, p. 16):

A concepção atual de Promoção da Saúde está associada a um conjunto de valores (vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento sustentável, participação e parceria), referindo-se a uma “combinação de estratégias que envolvem a ação do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e parcerias interinstitucionais, trabalhando com a noção de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos”.

Sabe-se que a efetivação real das ações de Promoção de Saúde dar-se-á somente se houver políticas públicas saudáveis, condizentes com a realidade do seguimento que beneficiarão, articuladas e criadas pelo governo em conjunto com a sociedade civil mobilizada, através de seus movimentos sociais.

Segundo Buss (2003, p. 27), “as políticas públicas saudáveis se expressam por diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, e por ações coordenadas que apontam para a equidade em saúde, a distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais”.

Isso reforça a necessidade do diálogo entre gestores e pesquisadores da área das políticas sociais e de saúde, bem como a necessidade de investir em processos de capacitação e educação permanente, pois as ações de promoção da saúde incluem um conjunto de medidas que não se dirige a uma doença específica e nem a um único nível de saúde. Devemos pensar a promoção da saúde não somente na prevenção e sim no período em que a doença já existe, visando a impedir sua evolução e complicações, e também na etapa em que a doença já se instalou e o seu desenvolvimento deixou algum tipo de seqüela no indivíduo acometido.

Segundo Buss, (2003):

A promoção da saúde caracteriza-se pela constatação do protagonismo dos determinantes nas condições de saúde da população e tem como objetivo contínuo “um nível ótimo de vida e saúde” [e cuja] ... ausência de doença não é suficiente, já que perante qualquer nível de saúde registrado em um indivíduo sempre haverá algo a ser feito para promover um nível de saúde melhor e condições de vida mais satisfatórias.

O aumento da expectativa de vida da população brasileira nas últimas décadas tem feito com que as causas de deficiência estejam cada vez mais relacionadas a males crônico degenerativos. Esses males apresentam uma alta probabilidade de gerarem incapacidades, na medida em que houve uma doença prévia que deixou uma deficiência, que produziu limitação em várias esferas da vida, tanto social, quanto pessoal.

Portanto, cada um dos níveis de prevenção e recuperação requer medidas eficazes que visem a evitar a ocorrência de doenças e reduzir os danos à saúde. Pensar Promoção da Saúde significa ampliar o padrão de bem estar e a capacidade de autonomia do paciente que durante sua trajetória de vida adquire a doença pulmonar obstrutiva crônica DPOC. Buscando modificar as condições de vida para que sejam mais dignas. Além da prevenção de riscos geradores de doença e morte, é de suma importância a criação de ambientes favoráveis, o acesso à informação e aos bens e serviços sociais, bem como a promoção de habilidades individuais que favoreçam o desenvolvimento das potencialidades destas pessoas.

Nesta perspectiva, no capítulo a seguir abordaremos a doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC, no que diz respeito à manifestação, tratamento, as implicações da mesma e a implementação de políticas públicas sociais e de saúde.

2 A DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA DPOC: CONSIDERAÇÕES SOBRE A DOENÇA E OS CUIDADOS NECESSÁRIOS

Segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2000), a insuficiência respiratória crônica costuma ser a fase final de diversas enfermidades respiratórias como: doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), fibrose pulmonar, graves deformações torácicas e bronquites adquiridas.

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é caracterizada por limitação crônica do fluxo aéreo, freqüentemente progressiva e associada à resposta inflamatória anormal dos pulmões a gases ou partículas tóxicas.

Segundo Smeltzer & Bare:

A obstrução aérea que acontece, reduzindo o fluxo de ar, varia conforme a doença subjacente. Na bronquite crônica, há acúmulo excessivo de muco e secreções brônquicas as vias aéreas. No enfisema, a troca gasosa comprometida (oxigênio, dióxido de carbono) resulta da destruição das paredes do alvéolo superdistendido. Na asma, as vias aéreas inflamadas e constrictas obstruem o fluxo aéreo. Os regimes de tratamento estão relacionados à fisiopatologia subjacente e podem se sobrepor.

O diagnóstico da DPOC se baseia em elementos obtidos da história clínica, do exame físico e dos exames complementares. Tem como principais sintomas a presença de dispnéia, aumento do trabalho respiratório, tosse, produção de escarro e história de exposição a fatores de risco para o desenvolvimento da doença, como tabagismo, poluição ambiental e exposição ocupacional a gases ou partículas tóxicas.

As pessoas com DPOC comumente tornam-se sintomáticas durante os anos de vida adulta e a incidência aumenta com o envelhecimento. Ela é responsável por uma parte significativa das visitas a médicos e a setores de emergência e das hospitalizações.

A insuficiência e a falência respiratória são as principais complicações fatais da DPOC. Outras complicações da DPOC (pneumonia, atelectasias³, pneumotórax⁴) aumentam o risco de falência respiratória nessa população de pacientes. (Smeltzer & Bare, 2001).

Os portadores da DPOC, geralmente idosos, consomem mais os serviços de saúde, e suas taxas de internação são mais elevadas, quando comparadas a qualquer outro grupo etário.

³ Colapso de segmento, lobo ou todo pulmão

⁴ Presença de ar na cavidade pleural.

O tempo médio de ocupação do leito hospitalar nesses pacientes é bem maior. De acordo com a SBPT (2000), os pacientes que vivem com hipoxemia⁵ e, muitas vezes, hipercapnia⁶, apresentam importante comprometimento físico, psíquico e social, com deterioração da qualidade de vida. Além disso, esses pacientes apresentam repetidas complicações, com numerosas internações hospitalares e conseqüente aumento do custo econômico para todos os sistemas de saúde. Isto quando não há o uso contínuo de oxigênio.

A falta de prevenção e de diagnóstico precoce, além de impossibilitarem um tratamento mais efetivo faz com que o primeiro atendimento se dê em estágio avançado, da doença, aumentando os custos e diminuindo as probabilidades de um prognóstico favorável. Os problemas de saúde nos mais velhos são crônicos e múltiplos, perduram por vários anos, requerendo pessoal qualificado e equipe multidisciplinar (Gordilho *et al.*, 2000).

Apesar do Sistema Único de Saúde privilegiar as ações curativas, o que se vê é um déficit no atendimento ambulatorial. As ações preventivas e educativas limitam-se a breves campanhas que não atendem a critérios de eficiência e eficácia, levando a um resultado negativo da modificação do comportamento da população.

Em razão de a DPOC ser uma classificação ampla das doenças respiratórias, as complicações potenciais podem variar. A insuficiência e a falência respiratória são as principais complicações fatais da DPOC. Em pacientes hipoxêmicos o uso de oxigenoterapia domiciliar prolongada segundo estudos realizados demonstram que essa terapêutica reduz a mortalidade. A hipoxia pode acontecer em razão de uma doença pulmonar grave (inadequado suplemento de oxigênio), podendo produzir fadiga, tonteira, apatia, desatenção. A necessidade de oxigênio é avaliada pela análise da gasometria arterial (exame laboratorial), pela oximetria de pulso (sensor não invasivo de monitorização contínua da saturação do oxigênio), assim como pela evolução clínica do paciente.

Machado (2001) reafirma que a oxigenoterapia domiciliar por tempo prolongado é considerada um dos principais tratamentos não farmacológicos para pacientes com insuficiência respiratória crônica e hipoxemia, devido aos seguintes benefícios: melhora do estado neuropsíquico, da eficiência do sono, aumento da tolerância ao exercício, normalização do hematócrito e da hemoglobina, estabilização da pressão arterial pulmonar e redução do número de internações, resultando em melhora da sobrevida e da qualidade de vida com seu uso.

⁵ Baixa do teor de oxigênio do sangue representada por um valor da P_{aO_2} (pressão parcial de oxigênio medida no sangue arterial) abaixo de 60 mmHg medido na gasometria arterial.

⁶ Excesso de dióxido de carbono no sangue representado por um valor da P_{aCO_2} (pressão parcial do dióxido de carbono medida no sangue arterial) acima de 50 mmHg medido na gasometria arterial.

O controle da doença crônica é um processo de colaboração entre paciente, familiar e outros profissionais de saúde. Segundo os autores da área, pacientes bem informados têm mais condições de cuidarem de sua saúde para mantê-la. Sendo assim o conhecimento e as condições de cuidado adequado são a chave para fazer as escolhas e tomadas de decisões durante qualquer fase da trajetória da doença crônica.

2.1 Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada ODP

Segundo a American Thoracic Society (1995 apud SBPT, 2000) oxigenoterapia é a administração de oxigênio em concentração e pressão maiores que as encontradas no meio ambiente. O objetivo da oxigenoterapia é garantir o transporte adequado de oxigênio no sangue, enquanto diminui o trabalho da respiração e o estresse sobre o miocárdio.

A principal referência para o uso da oxigenoterapia domiciliar é da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia - SBPT, que publicou o consenso para realização da terapêutica no *Jornal de Pneumologia*, em 2000. Desde então, a comunidade científica possui uma diretriz que orienta a indicação e os métodos terapêuticos de que podem usufruir seus usuários, ou seja, um guia para a prática da oxigenoterapia domiciliar prolongada.

De acordo com a SBPT (2000), os pacientes que vivem com hipoxemia e, muitas vezes, hipercapnia, apresentam importante comprometimento físico, psíquico e social, com deterioração de sua qualidade de vida. Além disso, esses pacientes apresentam repetidas complicações, com numerosas internações hospitalares e conseqüente aumento do custo econômico para todos os sistemas de saúde. Isto quando não há o uso contínuo de oxigênio.

A administração de oxigênio (O₂) domiciliar, como conta a SBPT (2000), já existe há aproximadamente 50 anos, a partir das observações do Dr. J. E. Cotes, na Inglaterra. A oxigenioterapia domiciliar prolongada é a administração de oxigênio em uma concentração maior do que a encontrada na atmosfera ambiental. O nível de oxigênio no ar ambiente é de 21%, ao nível do mar.

São duas as metas da oxigenioterapia: o alívio da hipóxia (baixa de teor de oxigênio no sangue), proporcionando um transporte adequado de oxigênio no sangue e a melhora da qualidade de vida com a diminuição da quantidade de hospitalizações, retardando a progressão da doença, prolongando assim a expectativa de vida.

De acordo com o *Jornal de Pneumologia* vol.26 no.6 São Paulo Nov./Dec. 2000

A insuficiência respiratória crônica costuma ser a fase final de diversas enfermidades respiratórias como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), fibrose pulmonar, graves deformidades torácicas e bronquiectasias adquiridas. Os pacientes que vivem com hipoxemia e, muitas vezes, hipercapnia, apresentam importante comprometimento físico, psíquico e social com deterioração da qualidade de vida, freqüentemente de forma importante. Além disso, esses pacientes apresentam repetidas complicações, com numerosas internações hospitalares e conseqüente aumento do custo econômico para todos os sistemas de saúde.

Os estudos sobre oxigenioterapia prolongada domiciliar ODP documentaram que a qualidade de vida se torna melhor. Essa melhora qualitativa é devida ao aumento da capacidade de exercícios respiratórios, provocando progresso da habilidade motora e reabilitação das funções pulmonares. A tolerância ao exercício aumenta em indivíduos hipoxêmicos usando oxigênio portátil durante a deambulação.

A oxigenioterapia a longo prazo pode diminuir a freqüência de internação hospitalar para tratamento de insuficiência respiratória aguda. O bem estar psicossocial do paciente é mais facilmente mantido quando é evitada a experiência agressiva de hospitalização e tratamento intensivo.

Os sistemas de administração de O₂ devem ser cômodos e permitirem o controle de um fluxo constante de oxigênio. Podem ser classificados em: máscaras e cateteres nasais (cânulas).

Em relação ao material utilizado para oxigenoterapia, a SBPT (2000) traz algumas vantagens e desvantagens de artigos como cânula nasal, máscara facial, catéter orofaríngeo e catéter transtraqueal.

Cânula ou prong nasal: Método simples, barato, e o mais comumente usado. Excelente nos casos de acentuação da dispnéia durante a alimentação e tosse, ocasiões em que seria necessário remover a máscara facial, se esta fosse a forma de administração do oxigênio. Pode ocorrer secura ou sangramento da mucosa nasal com a utilização de fluxos altos. A umidificação só se faz necessária para fluxos maiores que 4L/min.

Máscara simples: Não existem modelos e tamanhos variáveis que se adaptem a todos os tipos de face, ocorrendo grande variação da FiO₂, conforme o padrão ventilatório do paciente. Com isto, há desperdício de 2/3 do oxigênio administrado. O fluxo mínimo necessário é de 1 L/min, o que torna seu uso praticamente inviável. Os principais problemas são: úlceras de pressão em face e orelhas, risco de aspiração, desconforto pelo calor e sensação claustrofóbica.


Catéter orofaríngeo: O cateter orofaríngeo, por ser desconfortável, tem seu uso cada vez mais infreqüente. Requer FiO_2 menor, uma vez que, na fase expiratória, o O_2 se acumula nas vias aéreas superiores, sendo aproveitado "em pulso" na inspiração seguinte.

Catéter transtraqueal: Proposto pela primeira vez em 1982, consiste na administração de O_2 diretamente na traquéia, através de um pequeno catéter (1 a 2mm de diâmetro interno), inserido percutaneamente, ao nível do primeiro anel. A maior vantagem desse método é a economia de O_2 , em aproximadamente 50% durante o repouso e 30% durante os esforços. Além disso, esteticamente é o melhor método, pois pode ser totalmente camuflado. Esse método de administração mostra excelentes resultados clínicos, quando comparado com os demais, provavelmente porque o paciente recebe realmente O_2 durante as 24h. As desvantagens são mínimas, como rouquidão passageira, enfisema subcutâneo autolimitado, hemoptise e formação de rolhas mucosas.


Existem três fontes para Oxigênio Domiciliar Prolongado, o cilindro de gás sob pressão, oxigênio portátil líquido ou gasoso e o concentrador de oxigênio, conforme quadro abaixo. Os equipamentos disponibilizados pela empresa licitada, através da Secretaria de Estado da Saúde e do Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar, para os usuários de oxigenoterapia são: concentrador de oxigênio com cilindro de backup (socorro para ser usado na ausência de energia elétrica), cilindro de oxigênio e oxigênio líquido (portátil). Para ilustrar estes dispositivos, a SBPT (2000) elaborou um quadro que identifica as fontes de oxigênio possíveis para esta terapêutica domiciliar (Quadro 1). O concentrador de oxigênio, segundo a Medox Health Care (2006), foi introduzido para uso da população em meados dos anos 70 e tem se tornado uma conveniente e confiável fonte de oxigênio suplementar.

Atualmente existem três fontes de oxigênio disponíveis para fornecimento domiciliar: gasoso comprimido em cilindros, líquido e concentradores.

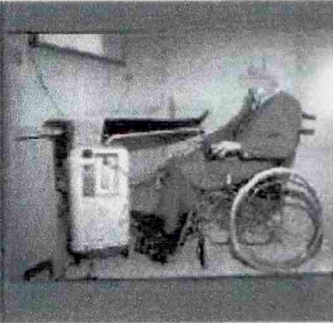
| Tipos | Vantagens | Desvantagens |
|------------------------------|--|---|
| Cilindros de gás sob pressão | Disponíveis em qualquer parte do país; Armazenados por longo tempo sem perdas; Dispostos em pequenos cilindros para deambulação. | Custo elevado; São pesados e grandes; São perigosos, não podendo sofrer quedas; Necessitam de recargas frequentes. |
| Oxigênio líquido | Permite a deambulação; Fornece fluxo de até 6 L/min; Não consome energia elétrica. | Alto custo Risco de queimaduras durante a recarga (armazenado abaixo de zero °C) |
| Concentradores | Volume de gás ilimitado; Não ocupam espaço; Custo de manutenção baixo; Fácil uso. | Fluxo máximo limitado a 5 L/min; Necessitam de energia elétrica para funcionar; Não são portáteis; Há necessidade de um cilindro extra na falta de energia elétrica. |



Cilindro de O₂



Oxigênio líquido



Concentrador de oxigênio

Ilustração 1. Quadro – Fontes de Oxigênio.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2000.

2.2 Cuidado domiciliar ao paciente usuário de oxigenioterapia domiciliar prolongada ODP.

O primeiro contexto do qual o indivíduo faz parte é a família, onde a mesma se apresenta como intermediária entre o indivíduo e a sociedade. Independente das múltiplas formas e estruturas que possa ter, ela constitui a base para o fortalecimento e crescimento tanto psíquico como emocional do indivíduo.

Para Mioto (1996), família constitui:

... um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos. Ele tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente com a estrutura social na qual está inserido.

Quando aparece uma crise em um dos seus membros, a família apresenta um distúrbio, no qual se faz necessário um esforço para lidar com as mudanças e as tensões resultantes desse processo para então haver crescimento dos indivíduos e apoio à pessoa afetada.

A falta de recursos e instabilidade familiar é um agravante para o cuidado de um membro da família incapacitado. Mesmo em uma família estável pode ocorrer uma sobrecarga física, emocional, econômica e de energia decorrentes das tensões provenientes do caso (SMELTZER. BARE, 2002).

A perda da independência ou autonomia de um membro da família pressupõe que, em casa, após a alta hospitalar, alguém assuma a função de cuidador, realizando as tarefas que vão desde a higiene pessoal, até a administração financeira da família.

O cenário domiciliar é menos suscetível a sofrer conseqüências negativas do que o cuidado em ambiente hospitalar, pois a presença da família é fator positivo no processo do cuidado. As intervenções no domicílio oferecem menos riscos de contaminação (GRUNER, 2000). O ambiente domiciliar, por ser integrado ao sujeito cuidado, é fator para amenizar o estresse da doença, proporcionando humanização do processo cuidativo (GRUNER, 2000).

O cuidado domiciliar vem sendo resgatado em diversos países. “Tal modalidade de cuidado tende a expandir-se devido ao aumento significativo da sobrevida de pessoas com distúrbios crônico - degenerativos e conseqüentemente o número de idosos, dados estes generalizáveis a toda população do planeta, devido ao avanço tecnológico no campo terapêutico e nas possibilidades de diagnóstico precoce” (GRUNER, 2000).

Em relação ao desenvolvimento das habilidades do cuidar, o cuidador familiar deve possuir noções básicas de cuidados e uma estrutura emocional que necessitam ser aprimoradas e fortalecidas para que o mesmo possa exercer um bom relacionamento familiar, contribuindo assim para a integração social do doente, com dignidade.

Segundo Gruner apud (WALDOW, 1998, p. 25):

... oportunizar o crescimento, favorecer as potencialidades. O outro, ser cuidado passa a ser colaborador no processo e com responsabilidades no resultado de cuidar/cuidado. Sua história de vida, sua experiência e cultura são consideradas, bem como sua individualidade e desejos. O ser cuidado passa a ter uma identidade, deixa de ser objeto. A pessoa que cuida, deixa de prestar atendimento no sentido de realizar um procedimento em alguém e

passa a refletir junto e realiza uma ação, interagindo com a pessoa a ser cuidada... Com envolvimento e responsabilidade. Compreende a realidade do outro... E faz do cuidado um instrumento para o crescimento do outro, no entanto o crescimento é de ambos.

Vale salientar que a continuação do cuidado em domicílio por profissionais e familiares requer que se construa uma relação interpessoal a serviço de ações que promovam a prevenção e a recuperação de danos inerentes à situação na qual o indivíduo se encontra (GRUNER, 2000).

A ação completa de cuidar é um exercício que possui elementos fundamentais que se articulam: consciência, confiança e competência .

Para Silva (2000), “a consciência trata do compromisso em assumir algo, refletindo em torno das ações, pensamentos, avaliar conseqüências, obtendo domínio de algo. Praticar esta virtude requer reflexão, prudência, cautela e conhecimento de causa”.

A confiança é um elemento fundamental na arte de cuidar, pois quando o profissional de saúde presta assistência ao ser humano vulnerável, estabelece um vínculo de confiança e fidelidade entre o agente cuidador e o sujeito cuidado. Afirma ainda, quem confia reconhece no outro uma autoridade moral e de competência, nesta relação o cuidador demonstra confiança através de palavras, modo de agir e conduta.

Esta confiança demonstrada pelo doente aos profissionais de saúde é semelhante ao doente que recebe o cuidado de seu familiar, onde os mesmos irão desenvolver a confiança, vínculo, através de palavras, ação e conduta.

Para Mehry:

A construção do vínculo, implica em ter relações tão próximas e tão claras, que nós nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, daquela população. É permitir a construção de um processo de transferência entre o usuário e o trabalhador que possa servir à construção da autonomia do próprio usuário. É ter relação e integrar-se com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos, e se tornar referência para o usuário, individual ou coletivo (1997, p. 138).

Dessa forma o vínculo favorece aos pacientes internados e atendidos em domicílio, socializando informações devido a um dialogo franco, aberto, que permite prestar ao mesmo um atendimento de maior qualidade, assegurando o acesso a serviços e recursos. Os cuidados e orientações durante a hospitalização devem centralizar-se no que o paciente e seus familiares precisam saber para controlar e manter estável os sintomas da doença em casa.

O cuidador familiar é a pessoa do grupo familiar que se dispõe a prestar os cuidados do “ser” dependente de cuidados de saúde, munida de conhecimento empírico, invisível aos olhos do público e ignorado pelas autoridades e pelas organizações que poderiam se responsabilizar por uma rede de atendimento.

2.3 Acesso dos usuários à terapia

O Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar da Secretaria de Estado da Saúde – SES, atualmente está inserido no Centro Catarinense de Reabilitação – CCR. A assistência prestada pela SES, com recursos do Estado, por meio da contratação de empresa terceirizada constitui o fornecimento do serviço de oxigenoterapia no domicílio do paciente dependente de oxigênio. A clientela atendida são portadores de enfermidades respiratórias que residem no Estado de Santa Catarina e que, mediante avaliação médica, são encaminhados para a inclusão no tratamento de oxigenoterapia no domicílio.

Segundo Gehlen (2006):

A SES possui como missão “Assegurar aos catarinenses o acesso aos serviços de saúde, coordenando, planejando e avaliando a política e as ações de saúde no Estado, tendo como referência a resolutividade dos serviços, estímulo a parcerias, regionalização da saúde e o controle social, visando à promoção, à prevenção e à recuperação da saúde para a melhoria da qualidade de vida da população”. Compete a SES desenvolver as atividades relacionadas com o Sistema Único de Saúde, especialmente: saúde pública e medicina preventiva; atividades médicas, para-médicas, odontológicas e sanitárias; educação para a saúde; administração hospitalar e ambulatorial; vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; saneamento básico e atividades de meio ambiente relacionadas com a sua área de atuação; pesquisa, produção e distribuição de medicamentos básicos; formulação de políticas de saúde; e vigilância laboratorial.

2.4 Dificuldades de adesão à terapia do Oxigênio terapia Domiciliar Prolongada (ODP)

Além da problemática da doença crônica enfrentada pelos pacientes em uso da oxigenoterapia, existem condições que influenciam significativamente a adesão ao tratamento. Essas dificuldades abrangem aspectos econômicos, sociais e afetivos da família; os recursos de que dispõem, tanto materiais quanto humanos; a rede social de apoio; as relações que

estabelecem dentro e fora do domicílio; as condições de higiene e segurança que envolvem o doente e seus familiares.

2.4.1 Custo Econômico do Uso Oxigênio Domiciliar Prolongado - ODP

Segundo o *Jornal de Pneumologia* vol.26 nº.6 São Paulo Nov./Dec. 2000.

Sabe-se que a ODP é dispendiosa e sua utilização domiciliar é passível de abuso potencial. A maioria dos candidatos a ODP é portadora de doenças pulmonares graves e seu acompanhamento requer uma série de exames periódicos. Portanto, a literatura especializada recomenda a adoção de um protocolo para a prescrição otimizada da ODP e seu controle adequado. É essencial que existam linhas mestras preestabelecidas para que as indicações sejam precisas e também que os médicos saibam como prescrevê-las. Devemos aqui enfatizar que os médicos devem estar aptos a prescrever o melhor tipo de oxigenoterapia que se adapte às necessidades de cada paciente e que os mesmos saibam de suas responsabilidades.

Os usuários do concentrador de oxigênio, ao utilizarem o mesmo seguindo o fluxo de oxigênio prescrito pelo médico, observam o aumento do consumo e do pagamento da conta de energia elétrica, relacionados ao uso deste equipamento.

Segundo Gehlen (2006):

Não podemos negar os benefícios que este equipamento apresenta quando comparado ao cilindro de O₂, em relação à manutenção (recarga) que o cilindro exige, além de outros benefícios já relatados na revisão de literatura. Entretanto, seu consumo energético não condiz com a realidade financeira de seus usuários [...], em sua grande maioria idosos, de baixa renda, consumidores de medicamentos de alto custo, não disponibilizados pelo sistema público de saúde, tendo muitas vezes que optar pela subutilização da terapia a fim de manter-se dentro do seu escasso orçamento. [...] substituição terapêutica, intercalando-se mensalmente o custeio com medicamentos e, no mês seguinte, o custeio com despesas de energia elétrica relacionada ao uso do equipamento de oxigenoterapia domiciliar. Mostra-se com isto, a prática de alternância de indicações terapêuticas o que, conseqüentemente, conduzirá a resultados desfavoráveis em relação à progressão da doença.

O concentrador de oxigenoterapia é acima de tudo uma garantia de sobrevivência e de qualidade de vida de indivíduos portadores de doença pulmonares crônicas. Mesmo sendo essa terapia fornecida gratuitamente pelo sistema público de saúde, é necessário um suporte financeiro para o custeio da energia elétrica. A utilização do concentrador de oxigênio eleva o

consumo elétrico, tornando o tratamento dispendioso para o usuário e sua família, onde, os mesmos tentam driblar esta situação diminuindo o tempo de uso prescrito pelo médico, ou captando energia elétrica irregularmente.

2.4.2 Dependência Química

A doença pulmonar obstrutiva crônica DPOC é definida como doença respiratória previsível e tratável. Caracteriza-se por obstrução crônica ao fluxo aéreo. A obstrução está relacionada à resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas e/ou gases nocivos, sobretudo a fumaça de cigarro (Miravittles, p. 275).

Segundo Mendes & Achutti (2000):

Nenhum outro fator de risco como o fumo, exceto desnutrição e miséria, foi tão evidenciado, pelo mundo científico, como o causador de milhões de mortes evitáveis e incalculáveis sofrimentos, na história da espécie humana. Frente a esse quadro devastador, entidades como a OMS mobilizam-se e apontam como prioridade o combate ao fumo.

O tabagismo constitui a principal causa evitável de doença e morte prematura, os tabagistas portadores de DPOC caracterizam-se por um consumo maior de tabaco, maior dependência da nicotina e grande parte nunca tentaram para de fumar, só o fazendo devido à sensação de morte iminente causada pelo desconforto respiratório em crise aguda (Mendes & Achutti, 2000).

Considerando todos os efeitos nocivos do fumo tanto para a saúde do homem quanto para o meio ambiente, é de suma importância reduzir o hábito de fumar. Para isso, campanhas de ações devem ser implementadas em todos os níveis, educando o indivíduo na faixa etária de risco (escolares e adolescentes), orientando os indivíduos fumantes a deixarem o vício, limitando propagandas e restringindo o consumo em lugares públicos.

Mas, podemos observar que campanhas anti-tabagismo têm sido limitadas, em virtude das dificuldades passadas pelos fumantes em abandonar o hábito, principalmente decorrentes da síndrome de abstinência, produzida pela dependência à nicotina.

O uso do tabaco é uma doença, é drogadição. E é por se tratar de doença que precisa ser tratada. Aconselhamento, reposição com nicotina (adesivos), aconselhamento psicológico

e terapêutico é de fundamental importância para o paciente, que se encontra totalmente indefeso devido à mudança de hábito para prevenção de sua vida.

Segundo diretrizes para oxigenoterapia domiciliar 2004, a manutenção do hábito de fumar é um fator de exclusão do usuário do serviço, pois, o cigarro pode desencadear a combustão do oxigênio, podendo causar queimaduras graves ao paciente.

2.4.3 Higienização do Material de Oxigênio Domiciliar Prolongado

Além da problemática da doença crônica enfrentada pelos pacientes em uso da oxigenoterapia, encontramos um agravamento a sua saúde, caracterizado pela infecção respiratória decorrente do desconhecimento do processamento ideal de higienização dos artigos utilizados nesta terapêutica. O equipamento de oxigenoterapia também é fonte potencial de infecções bacterianas cruzadas.

Segundo Gehlen (2006), os artigos de oxigenoterapia, [...] são classificados por Spaulding como semicríticos (PEDROSA et al, 2003). A WHO (2003), orienta que artigos de terapia respiratória são considerados artigos semicríticos por fazerem parte da classe de artigos que entram em contato com membranas mucosas do trato respiratório direta ou indiretamente. Tais artigos, em ambiente hospitalar, necessitam de desinfecção de alto nível. Scarpitta (1997) define desinfecção como o processo de destruição de microorganismos patogênicos ou não, na forma vegetativa (não-esporulada), de artigos semicríticos, através de meios físicos e químicos; e esterilização como a completa eliminação ou destruição de todas as formas de vida microbiana, através de processos físicos ou químicos. A autora define que a limpeza consiste na remoção de sujidade visível dos artigos, através da ação mecânica, e conseqüentemente retirada de carga microbiana. Graziano (2005) complementa dizendo que a limpeza é a primeira etapa e o passo fundamental no processamento dos artigos permanentes, sendo que, nenhum processo o substitui. A autora explica que a limpeza pode ser realizada com água, sabão ou detergente, de forma manual ou automatizada.

A falta de adesão é apontada pela SBPT (2000), como uma das causas de falha terapêutica e orienta algumas estratégias que contornem estas falhas, tais como: ter um programa nacional estabelecido para a ODP, custeado pelos órgãos governamentais; instruir melhor os prováveis médicos responsáveis pela prescrição da ODP; orientar adequadamente os pacientes e os seus familiares, verificar no domicílio o uso correto do oxigênio, por meio de

sistemas de visita domiciliar; facilitar e estimular a manutenção do nível habitual de atividades físicas durante o uso da ODP, através da utilização de sistemas portáteis e de todos os equipamentos que possibilitem a movimentação do paciente; otimizar o tratamento global do paciente.(Gehlen, 2006).

2.5 Dificuldade em relação ao cuidado domiciliar e institucional

2.5.1 Cuidado Domiciliar

As doenças crônicas não-transmissíveis representam atualmente um importante problema de saúde pública. Afetando pessoas de todas as idades, entretanto, as condições crônicas aumentam em frequência com a idade, e as pessoas idosas frequentemente apresentam múltiplas doenças crônicas. Um fator que tem grande relevância é que algumas pessoas com problemas crônicos de saúde levam uma vida plena, com apenas um pequeno desconforto, enquanto outras necessitam de cuidados frequentes e rigorosos, ou internação permanente em instituições hospitalares.

Contudo, nem todas as famílias são capazes de realizar e manter o cuidado e a reabilitação do paciente em domicílio, isto inclui tratamento físico, cuidado pessoal, programas de exercícios, nutrição adequada, apoio psicológico, regime terapêutico, entre outros.

O cuidado domiciliar é uma modalidade assistencial que tem como objetivo a prevenção e a reparação de danos à saúde. O contexto onde se realiza o cuidado é importante, pois o processo de cuidar pode tornar-se frustrante, em decorrência das alterações inevitáveis, que envolvem afeto, finanças, relações de poder onde desenvolve um processo de reorganização familiar para suprir certas tarefas domésticas e sociais.

Fragilizada pelos processos e pelas mudanças que marcam a atual realidade, a família, vê crescer, suas responsabilidades. Desta maneira, a família como o espaço do cuidar, da solidariedade e da proteção se reorganiza para enfrentar esta nova situação. Estas reorganizações são permeadas de conflitos nem sempre bem resolvidos e o espaço organizacional sobre o qual a família se movimenta é marcado profundamente por conflitos e desacordos entre as expectativas que a sociedade têm e, as possibilidades objetivas de

realização do cuidado, tanto pela organização econômica e social dos recursos, como pelos modelos culturais da família.

Floriani e Schramm (2004) referem que diante do crescimento significativo do atendimento domiciliar na última década, é preciso distinguir programas que simplesmente aumentam a carga de cuidados nos domicílios, daqueles que se preocupam com a qualidade de tais cuidados e com as conseqüências que podem resultar desse tipo de abordagem. Por isso torna-se necessária a construção de uma melhor agenda de políticas de fiscalização do atendimento domiciliar, que esteja voltada para nossa realidade, com dados mais consistentes sobre sua segurança, eficácia e efetividade, além de maiores estudos relacionados à qualidade de vida de seus usuários e aos aspectos bioéticos envolvidos.

Atualmente o atendimento domiciliar, vem ampliando a sua ação e obtendo maior impulso com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e do Programa de Saúde da Família, em 1994. As ações deste seguimento objetivam melhorar a assistência à saúde nos níveis de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua.

De acordo com Ribeiro, Moreira e Nunes (2005) há um crescente investimento do Sistema Único de Saúde (SUS) nas modalidades assistenciais reforçando o papel da família enquanto unidade básica de saúde. Recentemente houve a oficialização da modalidade Assistência Domiciliar pelo Ministério da Saúde através da Lei 10.424 de 15 de abril de 2002.

A ANVISA define assistência domiciliar através da Consulta Pública nº 81 de 10 de outubro de 2003, como a assistência desenvolvida no domicílio por meio das diversas modalidades de atenção à saúde: atendimento e a internação domiciliar. A atenção domiciliar envolve ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e complicações, abrangendo a assistência e reabilitação, desenvolvidas no domicílio (BRASIL, 2003). Este documento normatiza todas as atribuições do Serviço de Assistência Domiciliar desde a captação do paciente, de recursos humanos habilitados, estrutura física (domicílio do paciente, sede do serviço), cuidados com equipamentos assistenciais, medicamentos e materiais, assim como desinfecção e esterilização de materiais, e o gerenciamento de resíduos sólidos (FEIJÓ, 2004).

Quanto maior a socialização de informações, educação em saúde e acesso a recursos sanitários, maior será a qualidade de vida, obtendo o direito a um tratamento de qualidade, que compreende a informação e o cuidado com dignidade, mais efetivo, eficaz e de assistência integral. O cuidador familiar devidamente informado participa da promoção da saúde e é parceiro no tratamento, assistindo o paciente com a supervisão e as informações dos profissionais de saúde.

Segundo Salgado (1980), “não é razoável que tantos esforços sejam feitos para prolongar a vida humana, se não forem dadas condições adequadas para vivê-la”.

2.5.2 Dificuldade institucional

O Brasil possui um sistema de saúde que não supre as necessidades desse segmento populacional, com baixa resolubilidade, pouco adequado para enfrentar os problemas de saúde e ainda agravado pela dificuldade de acesso aos serviços, pelo preconceito e pela desinformação da sociedade e dos profissionais da saúde em lidar com as situações inerentes ao processo de tratamento e reabilitação desse usuário. Faltam leitos hospitalares, ambulatórios especializados e principalmente medicamentos gratuitos.

Ainda se faz necessário afirmar que a maioria dos usuários do Sistema Únicas de Saúde SUS, não consegue ver satisfeitas suas necessidades básicas de alimentação, saneamento, habitação, trabalho e lazer. Todo esse contexto leva-os a um estado físico e psicológico que os tornam mais vulneráveis.

O processo de internação hospitalar gera mudanças no cotidiano do paciente. As mais sentidas são: a separação familiar, adaptação à realidade hospitalar, expectativa relacionada ao diagnóstico e tratamento. A maioria dos pacientes que internam em uma clínica médica. No caso dos pacientes com DPOC, a hospitalização é uma constante em sua vida, e seus efeitos negativos estendem-se da privação de sua intimidade ao dividir o quarto com outros doentes à manipulação do seu corpo por médicos, enfermeiros e fisioterapeutas. Trazendo uma sensação de culpa, punição, limitação de atividades e sofrimento físico. A necessidade do uso de oxigênio continuamente produz impacto negativo, o desconforto do cateter e do equipamento e a perspectiva de isolamento social são fatores fundamentais que pesam na sua decisão de aderir ao tratamento.

Além de todos esses fatores, o paciente apresenta também outras necessidades e expectativas, que estão além do contexto institucional como: condições habitacionais inadequadas, renda familiar insuficiente, sub-emprego, analfabetismos. É importante que estas condições sejam refletidas com a equipe numa busca conjunta de alternativas para possíveis intervenções.

O impacto causado pelas manifestações da doença estende-se do mal-estar físico, isolamento, perda de auto-estima, depressão, até mesmo a ruptura do convívio familiar e social. Contribuindo dessa forma para a falta de adesão ao tratamento.

A falta de adesão pode ser causada por diversos fatores como: a falta de orientação quanto à finalidade e aos benefícios terapêuticos, a falta de continuidade assistencial na comunidade após egresso hospitalar que enfatize múltiplas ações de saúde, inclusive as orientações do Guia do Usuário de Oxigenoterapia Domiciliar devido ao baixo nível de instrução e conseqüente déficit de compreensão com relação a rotinas escritas (Gehlen 2006). Outro fator é a dependência para determinados cuidados inerentes a pessoas portadoras de doenças crônicas e idosas; o alto custo do tratamento repassado para o usuário; restrição do uso pelo paciente por razões estéticas, sociais, principalmente quando não se associa a ODP a equipamentos portáteis, evitando-se a limitação muitas vezes imposta por alguns dos sistemas de fornecimento de O₂ (SBPT, 2000).

3 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM USUÁRIOS QUE NECESSITAM DO PROGRAMA DE OXIGÊNIO DOMICILIAR PROLONGADO ODP: DEPOIMENTO DE UMA ASSISTENTE SOCIAL.

Visando a um acesso sistemático às informações desejadas, formulamos um questionário com três questões abertas para a Assistente Social, que trabalhou no Hospital Universitário, como responsável pela Clínica Médica 1, no período da realização de meu estágio obrigatório em 2005/1.

Conforme Gil (1999, p.128):

Pode-se definir questionário como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc.

Escolhemos utilizar o questionário, aplicado à com a Assistente Social como instrumento para obtermos informações sobre a sua dinâmica profissional, e na qual a mesma tivesse a liberdade de responder em um momento onde julgasse mais conveniente as três perguntas e logo após o seu recebimento, as respostas seriam transcritas, na íntegra, com o objetivo de alcançar o conhecimento sobre o assunto.

Na busca ao acesso à informação, a Assistente social Luiza Maria Lorenzini Gerber, foi escolhida, devido a sua experiência profissional, ética e pelo vínculo acadêmico.

3.1. Entrevista com a Assistente Social

Pergunta nº1:

Na sua trajetória profissional, quais os grandes benefícios instaurados pela organização do programa Oxigênio domiciliar prolongada e quais as grandes dificuldades no atendimento ao usuário?

Resposta: “Iniciei as minhas atividades profissionais na Política de Saúde nos HU/UFSC em 1995. Na ocasião a SES – Secretaria de Estado da Saúde já fornecia oxigênio para uso domiciliar, o SUS estava sendo organizado com o processo de municipalização. O Programa

de Atendimento Domiciliar – PAD, oferecido pela Policlínica Regional da Rua Esteve Júnior – Florianópolis, centralizava este atendimento junto com outros que visavam assistência domiciliar (Distribuição de material para curativos, fraldas descartáveis para idosos e acamados entre outros). Não havia, na época uma sistematização definida para o programa, além da distribuição do gás. Nas unidades hospitalares, era diagnosticada pela equipe a necessidade do uso contínuo de O₂; a família recebia algumas orientações iniciais por parte do médico/enfermeira e eram encaminhados ao Serviço Social para as orientações sobre acesso e documentação necessária. Tendo em vista o processo de trabalho do SS no HU, os AS são divididos por clínicas/serviços; os pacientes DPOC internam na grande maioria na Clínica Médicas (o HU conta com 3), eu atuava em duas. Desta forma, os pacientes internados nos leitos de pneumologia eram acompanhados, como os demais, pelo SS desde sua internação na clínica. Assim, quando da solicitação do O₂, já conhecíamos o paciente, já havíamos sistematizado sua história de vida, a partir da entrevista inicial do SS à qual é realizada com todos os pacientes e familiares quando da internação. Quando a família era encaminhada ao Serviço Social para “organizar o processo” junto à SES já possuíamos os dados sociais e econômicos do mesmo para compor o estudo social (tínhamos inclusive uma sistematização para o estudo-social, com roteiro e texto sobre a temática para utilização no processo de supervisão dos estagiários curriculares de SS). O estudo social, solicitado pela SES se caracteriza com o estudo sócio econômico sendo denominado “Ficha de Cadastro do Paciente” com dados da identificação do paciente e seu responsável, composição familiar, renda per capita, situação de saúde (se está hospitalizado, nº cartão SUS, Unidade de Saúde, se é fumante? Média de cigarros/dia? Condições da residência (água, rede elétrica) e parecer da situação. Além do estudo social, eram necessários: comprovante de renda, de endereço, documentos pessoais do paciente responsável (RG, CPF), laudo médico acompanhado de exames, prescrição do uso do O₂ com a quantidade de litros/hora. Ao chegar ao PAD de posse dos documentos era cadastrada e orientada a “conseguir” o fluxômetro; uma espécie de relógio/registo que controla/marca a emissão do O₂ e é acoplado ao torpedo de gás. Esta, a meu ver, era a grande dificuldade, o custo significativo do aparelho (algo em torno de um salário mínimo). Algumas famílias adquiriam, outras o “emprestavam” de algumas unidades de saúde, recorriam a políticos, a lista de adesão entre amigos que doavam dinheiro; no HU tivemos um caso em que os residentes fizeram uma cota entre si para juntarem o valor necessário para a compra, visto o desespero da família. Tal situação além de constrangedora para a família era motivo de stress para o paciente que recebia a informação da alta, queria ir embora e não podia, pois a alta estava condicionada ao fornecimento do O₂ e sua instalação

no domicílio. Ressalta-se que, via de regra, as internações na pneumologia são longas, o paciente fica restrito ao leito, pois depende do gás que chega até ele por equipamento individual instalado à cabeceira da cama. Um paciente dependente de O₂ deve recebê-lo continuamente. No HU não era possível emprestar o fluxômetro, pois os utilizados pelo hospital são fixos nas paredes dos quartos; os móveis que o hospital dispõe são destinados às ambulâncias e atendimentos de emergência e na remoção dos pacientes. Vários encontros /reuniões foram organizados pela SES, pela Comissão de Saúde do Cress 12 Região para discutir as dificuldades dos profissionais, sem um resultado efetivo imediato, nas conferências de saúde que participávamos, levávamos sempre a demanda para a discussão. A situação começou a melhorar com o apoio do Ministério da Saúde a partir de 2001 com o programa REFORSUS que permitiu aporte financeiro aos estados para que estes organizassem os serviços de assistência domiciliar. A SES de Santa Catarina reuniu profissionais, técnicos das Gerências Regionais de Saúde em novembro de 2004 para discutir o tema, posteriormente foram sistematizadas as diretrizes do Serviço de Oxigenoterapia Prolongada, articulada a municipalização; do HU, uma AS participou do grupo de trabalho que culminou com a publicação de folders e cartilhas de orientação aos profissionais e usuários. O Programa foi vinculado à Diretoria de Ações de Saúde e na Gerência de Programas Assistenciais, tem a conotação de serviço, sob a denominação de Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar. Retomando á pergunta inicial, **o benefício maior** é a oportunidade de tratamento, de aumento da sobrevida esta, com melhor qualidade. A organização do serviço tornou o acesso mais rápido e eficaz; há menos stress para a família e paciente. O Estado responde com a organização do serviço a um direito do cidadão. Como **dificuldades que** elenco: **profissional** - a pouca ênfase de ações de educação em saúde para preparar a família e paciente para viver esta nova realidade que é a de possuir um familiar com doença crônica; a tendência à culpabilização do indivíduo pela escolha de seu estilo de vida. Os serviços de saúde atualmente condenam o uso do cigarro, na mídia há inúmeras citações do malefício do fumo, contudo, há cerca de trinta anos passados havia o oposto; a mídia veiculava intensas propagandas apregoando o uso do cigarro associando-o aos esportes, ao glamour, à juventude. Via de regra o DPOC dos dias atuais sofreu influência dessa propaganda. **Para as famílias**, uma grande dificuldade além da mudança da rotina familiar é o custo elevado de energia elétrica, visto que os aparelhos dependem desta forma de energia”.

Podemos observar através de sua resposta que o maior benefício para o usuário e os profissionais de saúde foi a própria implementação do Programa de Oxigênio Domiciliar

Prolongado. Dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde SUS, a Secretaria do Estado da Saúde implantou o Serviço de Oxigênio Domiciliar Prolongado ODP e por meio da contratação da empresa terceirizada, é fornecido o serviço no domicílio do paciente dependente de oxigênio. Falo em profissionais, pois através da implementação do programa o fazer profissional de toda uma equipe de saúde como assistentes sociais, médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, tem uma continuidade ao re-inserir este paciente em seu domicílio, e transportar a terapêutica do meio hospitalar para o domiciliar, diminuindo o stress e o assistencialismo, que anteriormente imperava e forjando assim, uma prática profissional voltada ao direito e cidadania do usuário e sua família.

O Serviço Social atua como profissional responsável pelo processo de organizar a documentação e prestar informação aos familiares na aquisição de Oxigênio Domiciliar Prolongado ODP, perante constatação de alta hospitalar, pois é papel do assistente social esclarecer dúvidas e amenizar angústias do paciente em relação ao tratamento, visando à prevenção e à solução de problemas de natureza social que venham a interferir na terapêutica.

Diante disso, em uma instituição de saúde o Serviço Social tem a responsabilidade de acompanhar o paciente desde a sua entrada na Instituição, diagnosticando as necessidades a serem supridas e colaborando para o processo de comunicação entre o usuário e a instituição. São identificadas as necessidades sociais, a situação em que se encontra o paciente e sua família, bem como o ambiente em que vivem e as dificuldades sócio-econômicas a que estão submetidos, buscando a visualização do usuário como um todo, como também a identificação das vulnerabilidades sociais que possibilitam o processo de intervenção. Tais ações são realizadas com a utilização de instrumentos como: entrevistas, visitas diárias e domiciliares, reuniões e encaminhamentos.

Assim, observa-se pela resposta que o usuário, recebendo informações e reconhecendo sua cidadania, terá autonomia suficiente para acessar os espaços públicos, em especial os serviços de saúde, dos quais necessitam. Yamamoto (1997, p. 11) coloca que: “[...] “o Serviço Social, se reproduz como um trabalho especializado na sociedade por ser socialmente necessário: produz serviços que atendem às necessidades sociais, isto é, tem um valor de uso, uma utilidade social”.

O Assistente Social busca reconhecer os indivíduos enquanto sujeitos de direitos, cercados de valores, interesses e necessidades. No caso das pessoas portadoras de doença crônica e dependente de oxigênio domiciliar prolongado, onde essa modalidade terapêutica é, acima de tudo, uma garantia de sobrevivência, a busca pela efetivação de seus direitos é ainda mais necessária, pois constitui um segmento social vulnerável, apresentando como perfil,

aposentados, grande número de pessoas com um nível sócio econômico precário, desempregados, desinformados de seus direitos previdenciários. Ou seja, um conjunto de indivíduos desfavorecidos dentro da sociedade, passível de sofrer preconceitos e discriminações das mais diversas ordens, devido a sua capacidade limitada de acompanhar a dinâmica da sociedade em que vivem, pois são segregados, por sua condição, em ambiente domiciliar e muitas vezes sem condição para o próprio cuidado.

Assim sendo, é de suma importância a visualização desse usuário e sua família pela sociedade, na qual, através de políticas públicas, as angústias sofridas possam ser amenizadas, pois apesar da terapia ser gratuita, financiada pelo sistema público de saúde, é necessário um suporte financeiro para o custeio da energia elétrica, onde os usuários tentam driblar esta situação captando energia elétrica irregularmente, ou ainda subutilizando o equipamento (baixa energia), sem alcançar o resultado esperado.

Para Vasconcelos (apud Reuter, 2004, p. 67):

O assistente social, inserido na área da saúde, tem a contribuir na direção da objetivação dos direitos sociais e na construção de novos sujeitos coletivos que realizem seus direitos. Também no trabalho com os usuários pode contribuir para o acesso à saúde como direito social. Para tanto, cabe ao assistente social “captar o que há de social relacionado à questão de saúde, para além da dor, do sofrimento, da informação pontual para resolver problemas emergenciais, mínimos para a sobrevivência.

Com base no atual projeto político, o profissional de serviço social enfrenta cotidianamente o importante desafio de trabalhar na ótica do direito, criando um espaço legal e legítimo com vistas ao resgate da cidadania, à garantia imprescindível dos direitos, através de instrumentos que possibilitem objetivar e acessar benefícios à população, de maneira efetiva.

Vale ressaltar que o processo de intervenção está balizado nos princípios do Código de Ética da categoria e preconiza a autonomia, a efetivação dos direitos e a formação de um cidadão consciente do papel do Estado.

A competência e a ética profissional nas suas ações práticas possibilitam ao profissional criar respeitabilidade no campo das profissões. Este profissional torna-se cada vez mais um referencial para a população, que depende destes serviços, tendo o assistente social como um viabilizador e mediador entre instituição-sociedade, canalizando ações que vão ao encontro das demandas sociais. (IAMAMOTO, 1998).

Pergunta nº 2:

Como você analisa a interferência da doença na vida cotidiana do usuário e sua família?

Resposta: “A doença em cada família interfere e se manifesta de forma diferente, via de regra é fonte de stress, de conflito e de desavenças entre os membros o que ocasiona sofrimento para todos e principalmente para o paciente que se sente culpado pela situação. O **stress** como causa natural, o fato de um familiar estar doente é muito ruim, causa ansiedade à família que é obrigada a mudar seu ritmo, se adaptar às novas exigências. **Conflitos e desavenças** surgem muitas vezes em decorrência do modelo de família atual, na nossa sociedade as famílias são reduzidas, todos os seus membros estão ocupados com a sobrevivência, a DPOC incide mais entre idosos; o conflito surge, pois os filhos muitas vezes já possuem suas próprias famílias suas vidas organizadas em um determinado ritmo. A dependência do pai/mãe/sogro (a) ao O2 implica no fato de que deverão cuidá-los ou assisti-los mais diretamente, pois o paciente DPOC não tem autonomia total, necessita de cuidados constantes de terceiros, é dependente para atividades de vida diária; o uso inadequado do gás pode provocar narcose, há os medicamentos, a necessidade conforto emocional, pois o paciente fica fragilizado com a situação. Há o conflito entre os membros para decidir quem vai cuidar do pai/mãe/sogro/sogra/avô? Quem vai deixar o trabalho para ficar em casa com o doente? Há uma tendência em deixar esta responsabilidade ao cônjuge, mas este pode ser idoso e não apresentar condições físicas para tal; os filhos mais jovens e solteiros que em tese podem se ocupar melhor do doente muitas vezes não aceitam a incumbência; as filhas, se revoltam pois, muitas são casadas e têm seus filhos pequenos e também dependentes; as noras/genros tendem a delegar a responsabilidade aos cunhados(as)... Houve ocasiões em que antes de “organizarmos” a documentação do processo para o recebimento de O2, realizávamos reuniões familiares para discussão dos conflitos, para decisões coletivas de como agir frente à nova realidade, algumas vezes com aporte da enfermagem, da psicologia, da psiquiatria. Cada família reage de uma forma, não há um padrão de família por assim dizer. Há as famílias cuidadoras em que tudo é assimilado naturalmente, outras não, há filhos que no passado foram vítimas de negligência/violência dos pais e que no presente não sentem afeto, trazem à tona os traumas sofridos... Razão disto é que penso ser importante a intervenção do AS em todas as esferas de complexidade do sistema de saúde. Se o AS está na atenção básica intervindo junto às famílias mais vulneráveis, atendidas na Unidade Local, pode iniciar um trabalho de educação em saúde, de forma preventiva com as famílias que possuem doentes

crônicos. No caso do paciente DPOC, a doença não se instala de pronto, ela vem complicando aos poucos. Há tempo para a família ser abordada pelos profissionais de saúde”.

Temos como resposta a Interferência diante da doença nas relações familiares e mudanças na reorganização da família para o cuidado e conflitos advindos. Com relação ao cuidar. Observamos que existem várias formas e sentimentos, que vão desde o compromisso moral e ético assumidos nas relações de vínculos familiares, os cuidados sinalizados como dever e obrigação por quem cuida e os conflitos na organização familiar.

Tendo em vista essas implicações, o cuidador familiar demonstra sinais de angústia, solidão, e sofrimento, diante da frustração por não conseguir colocar em prática seus próprios projetos de vida. A disposição por períodos prolongados para o cuidado, faz com que o tempo próprio de cada um não seja respeitado, noites sem sono, exaustão no cotidiano de uma atividade, que é desenvolvida em espaços pequenos, sem recursos. E o tempo fica estagnado ao sofrimento de viver a sua vida e a do seu familiar doente em meio a poucos recursos, tanto humanos como materiais.

Albiero (2003) corrobora as observações da entrevistada ao afirmar que:

O cuidado vai consolidando-se e, com o passar do tempo, define-se claramente quem vai exercer a função de cuidador, com quem este vai ficar e quem vai assumir os vários custos do cuidado. A partir das nossas observações, constatamos que a pessoa que fica responsável, depois de alguns meses começa a apresentar sinais de cansaço, estresse, isolamento, e os conflitos familiares vão aflorando, pois, outros membros do núcleo familiar não aceitam dividir ou até mesmo assumir tais atividades diante de suas próprias condições de vida.

Para amenizar essa realidade, a família deve favorecer o diálogo, aceitar mudanças no âmbito domiciliar, desenvolver um processo de reorganização familiar, socializando tarefas, domésticas e sociais. Favorecendo, desta forma, o bem estar e a qualidade de vida não só do “ser” doente, mas do “ser” cuidador.

Nesta direção Albiero (2003) considera que:

Uma das formas de solucionar esta questão é a contratação de uma pessoa para desenvolver a atividade de cuidar, quando isso é possível. Não sendo possível, a família se organiza, acontece um rearranjo no cuidado, e a definição muitas vezes passa pelo abandono de emprego de algum membro familiar mais próximo ao doente, ou pela mudança de domicílio do próprio doente. Este passa a morar com outros familiares, ou, com todos os recursos

esgotados, opta-se por abrigá-lo em instituições filantrópicas ou privadas – asilamento – que cuidam de pessoas doentes ou idosas.

A falta de recursos e instabilidade familiar é um agravante para o cuidado de um membro da família fragilizado. Mesmo numa família estável pode ocorrer uma sobrecarga física, emocional, econômica e de energia decorrentes das tensões provenientes da situação.

E ao mesmo tempo em que o cuidador familiar busca se capacitar no cuidado, pela adaptação de seu contexto, o vínculo que se forma entre o ser cuidado e o cuidador, a relação de confiança e sentimentos, apesar de todos os desafios dessa relação só haverá sucesso se o cuidar estiver inserido no seu cotidiano de forma inteira. Portanto, aquele que assume esse papel deverá redefinir projetos no âmbito social que deverão ser compartilhados entre os membros da família, favorecendo, dessa forma, o bem estar e a harmonia do ser cuidado.

De acordo com a resposta, a educação em saúde implica em estimular, desenvolver e orientar as aptidões do indivíduo e compartilhar conhecimentos, a fim de interagir de forma a melhorar as condições de saúde de um indivíduo, comunidade ou meio em que vivem, dando condições a estes de maneira reflexiva a descobrir-se e conquistar-se como sujeito da sua própria destinação histórica. Faz-se necessária à interação de profissionais com familiares neste processo, a fim de compartilhar conhecimentos que visam à melhoria da qualidade de vida destes indivíduos acometidos, e que necessitam de apoio integral (FREIRE, 1992).

Entendemos, aqui, a cidadania como um exercício e uma forma constante de educação que abrange o desenvolvimento de um processo de aprendizagem social na perspectiva de novas formas de relações, contribuindo para o progresso e emancipação de pessoas que venham incorporar e usufruir da noção de cidadania e sujeitos sociais ativos.(Bruno, 2003).

Pergunta nº 3

Quais as modificações no trabalho profissional, tendo como perspectiva a promoção da saúde como ampliação do padrão de bem estar e padrão de autonomia, quais medidas você pensa serem viáveis na intervenção profissional?

Resposta: “Como expus anteriormente, defendo a intervenção do SS em todas as esferas de complexidade do sistema de saúde. Na política de Saúde a intervenção do AS é ampla, em cada esfera de complexidade há uma gama variada de demandas. Na atenção básica, por exemplo, há a possibilidade de atuar junto à promoção e educação em saúde, em atividades socio-educativas junto aos usuários no seu próprio local de moradia, atuação na perspectiva interdisciplinar com outros profissionais da equipe em programas pensados coletivamente. Podem ser desenvolvidas no âmbito dos **Processos Sócio-Assistenciais** e suas quatro ações: **Ações sócio educativas** - Esclarecer o usuário quanto aos direitos sociais, mobilizando-os ao exercício da cidadania; encaminhamentos e orientações sociais, junto a indivíduos, grupos, populações relacionados a fenômenos sociais junto à área da saúde; **Ações sócio emergenciais**; **Ações sócio terapêuticas**; **Ações periciais** - Realizar perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre matéria específica de Serviço social; Realizar estudo sócio-econômico para fins de elegibilidade dos usuários aos serviços assistenciais oferecidos pelas instituições. A intervenção se dará de acordo com a demanda apresentada à esfera de complexidade em que o AS está inserido. Nos **Processos Político-Organizativos** a intervenção pode ocorrer junto aos Conselhos de Saúde, aos grupos de pacientes (gestantes, idoso, hipertensos.....), junto às instâncias comunitárias (associação de moradores, grupos de proteção ao meio ambiente, sindicatos, escolas, igrejas, na interface com as outras políticas sociais...) Nos **Processos de Planejamento e Gestão**, na capacitação de RH, no planejamento da organização dos serviços de saúde a partir das demandas dos usuários, dos programas propostos pela esfera federal e que vem aos municípios/estados para serem operacionalizados.....”

Em sua resposta podemos verificar que a manutenção da saúde ou sua Promoção não deve ser somente responsabilidade do setor saúde, mas resultados de ações intersetoriais e multidisciplinares que se constituem da construção compartilhada e democrática de saberes e de práticas que visem à melhoria da qualidade de vida da população, de modo que sujeitos e coletividade sejam participantes e protagonistas no processo (Buss, 2003).

Na perspectiva da integralidade em saúde, Mioto (2003, apud LIMA, 2003) analisando as ações profissionais dos Assistentes Sociais vem apontar para três eixos articuladores das ações interventivas distribuídas em diferentes espaços sócio-ocupacionais, com uma nova contribuição junto ao Serviço Social, que são: Processos político-organizativo, Processos de planejamento e gestão, Processos sócio-assistenciais. Integram este eixo quatro categorias de ações: sócio-educativas, sócio-emergenciais, sócio-terapêuticas e periciais.

As autoras destacam que as ações sócio-educativas aplicadas nos três níveis de atenção venham a investir na produção e na divulgação de informações que possibilitem o empoderamento da população, promovendo a melhoria da sua condição de vida e saúde. O que Possibilita, dessa forma, a redução das desigualdades sociais e a superação das práticas marcadas pela culpabilização e estigmatização, favorecendo iniciativas que promovam autonomia dos sujeitos e da coletividade.

Nesta vertente, o Serviço Social busca promover a saúde através de Ações Sócio-educativas, possibilitando informações sobre o acesso e a garantia de direitos como forma de gerar autonomia, favorecendo um movimento de reflexão e a formação do pensamento crítico, por meio do diálogo e do vínculo que é formado através do acolhimento realizado ao usuário, quando o mesmo se encontra numa unidade de saúde de qualquer nível de atenção.

Pode-se ressaltar a grande importância do profissional Assistente Social no trabalho de garantia dos direitos, tendo em vista que este profissional tem preconizado em seu Código de Ética Profissional (1993), os seguintes princípios fundamentais:

- Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;

- Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física.

As ações sócio-educativas contribuem para um movimento de reflexão entre os profissionais de Serviço Social e os usuários que, por meio da informação e do diálogo, buscam alternativas para a resolução de problemas demandados. O usuário, recebendo informações e reconhecendo sua cidadania, por si próprio, terá autonomia suficiente para acessar os espaços públicos, em especial os serviços de saúde, dos quais necessitam. Esta é uma das finalidades que caracterizam as ações sócio-educativas.

Desta forma, torna-se necessária a execução de ações sócio-educativas que atendam às demandas deste processo de intervenção, uma vez que:

“... podemos pensar as ações sócio-educativas como tecnologia leve que opera em situações nas quais o assistente social é chamado a intervir como no acolhimento inicial dos usuários, na viabilização de recursos e serviços materiais e institucionais, ou seja, na viabilização de tecnologia leve-dura e dura, ou em situações onde se pretende a transformação da atitude do usuário no contexto das relações sociais.” (LIMA, 2004, P. 68)

Para Cardoso e Maciel (apud Lima, 2002) no serviço social, as ações sócio-educativas são necessárias na intervenção já que dentro da sociedade capitalista imprime um conteúdo sócio-educativo, embasado num pensamento político-ideológico, nos espaços institucionais das políticas sociais tanto públicas como privadas. Há um conteúdo informativo que contribui para a viabilização dos Direitos Sociais e no potencial de alteração das relações sociais que este usuário detém, este processo adquire um conteúdo de fortalecimento e reconhecimento da cidadania.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletindo sobre saúde, e tendo como centro de análise o processo histórico da relação da sociedade com pessoas portadoras de doenças crônicas que utilizam Oxigênio Domiciliar Prolongado ODP, percebeu-se que o estado de segregação e de exclusão a que estas foram submetidas tem determinado limites claros para seu desenvolvimento, praticamente impossibilitando a construção de uma identidade e do exercício da cidadania.

Nesse contexto, não há verdadeiro direito quando o cidadão não consegue provocar, obter e executar sua autonomia e conquistar sua emancipação.

‘Telles (1999, p. 91/92), comenta:

No ângulo da dinâmica societária, os direitos dizem respeito, antes de mais nada, ao modo como as relações se estruturam. Seria possível dizer que, na medida em que são reconhecidos, os direitos estabelecem uma forma de sociedade regida pelo reconhecimento do outro como sujeito de interesses válidos, valores pertinentes e demandas legítimas. Para colocar em termos mais precisos, os direitos operam como princípios regulares e práticas sociais, definindo regras de reciprocidade esperadas na vida em sociedade, através da atribuição mutuamente acordada (e negociada) das obrigações e responsabilidades, garantias e prerrogativas de cada um. Como forma de sociabilidade e regras de reciprocidade, os direitos constroem vínculos propriamente civis entre indivíduos, grupos e classes.

O acesso do usuário aos direitos sociais é um dos fatores que contribui para a sua emancipação, visto que é através das informações, da participação, do acesso aos direitos, que novos caminhos se abrem.

O Serviço Social atua com intervenção direta aos usuários e familiares, visando integração da família e da comunidade no processo de melhoria da qualidade de vida destas pessoas. Além de orientar suas ações na busca da equidade e da justiça social, utiliza-se de abordagem individual ou grupal, cooperando assim para o trabalho de resgate da cidadania e inclusão social que se efetiva através da realização de atividades que visam à socialização, a integração e à conscientização.

Os usuários que necessitam de oxigênio domiciliar prolongado, em sua maioria são indivíduos idosos, portadores de doença crônica, o que os torna dependentes, em sua maioria, de terapias para estabilização de sua doença, muitas vezes sem perspectiva de cura. O isolamento é comum entre estes indivíduos, decorrente do desconforto e do embaraço de aparecer em público utilizando todo o aparato de cilindros, concentradores de oxigênio e catéteres nasais.

Encontram-se, em sua grande maioria, restritos pelo fato de que o equipamento utilizado necessita de energia elétrica para funcionar ou, no caso da utilização do cilindro portátil este possui um tempo para consumo do oxigênio de no máximo, seis horas. Estas circunstâncias fazem deste ser humano um dependente das limitações que o equipamento e a própria doença crônica lhes impõem, obrigando que este se adapte para melhor conviver com estas restrições, programando suas atividades. Não somente as limitações que o equipamento traz influenciam a vida deste ser humano, mas as relacionadas à doença crônica, como a hipoxemia. Este então se relaciona ao ambiente, numa busca e adaptação com o meio, para que desta maneira consiga obter mais qualidade de vida, dentro do tempo estimado de sobrevida.

Os resultados obtidos possibilitam uma visão da atual situação das ações de Pensar que, estudos dessa natureza podem contribuir para a reflexão da prática do Serviço Social na questão de preocupações com a continuidade do cuidado pós-alta hospitalar. Garantindo assistência posterior, com vistas à melhoria da assistência prestada ao indivíduo e sua família. A partir da compreensão de que se faz necessário repensar o papel da(o) Assistente Social como articulador(a) em todas as questões que são pertinentes ao cuidado, seja ele no nível de alta complexidade ou de atenção básica.

REFERENCIAS:

ABRANCHES, S. H.; SANTOS, W. G. dos; COIMBRA, M. **A política social e combate à pobreza**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

ALBIEIRO, Cleci Elisa. **Assistência Domiciliar como modalidade de Atendimento à Saúde no Contexto da Família e das Políticas Sociais**. UFSC. Departamento de Serviço Social. Mestrado em Serviço Social. Dez. 2003.

ALMEIDA, E. S.; CHIORO, ; ZIONE, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M. F. e ALMEIDA, E. S. (ORGS). **Gestão de serviços de saúde descentralização/municipalização do SUS**. São Paulo: HUCITEC – ABRASCO, 1995 (P.1-31).

ARRETCHE, Marta T. S. **Emergência e desenvolvimento do welfare state: teorias explicativas**. In: BBI, Rio de Janeiro, nº 39, 1º. Semestre, 1995 p. 3-40.

Assistência Domiciliar. In: OLIVEIRA, Adriana Cristina. Infecções Hospitalares:

Assistência médica extra-hospitalar: ambulatórios, serviços diagnósticos, assistência
Atualização em Pneumologia. 19 a 21 de abril de 2001.

BORÓN, A. A. **Sociedade civil depois do dilúvio neoliberal. Pós neoliberalismo – as Políticas Sociais e o Estado Democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

BRASIL, 1990. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. <[http:// www. saúde.gov. br/ doc/ lei 8080 htm](http://www.saude.gov.br/doc/lei_8080.htm)>.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1º Ed. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 2001.

BRASIL. Ministério da saúde. Promoção da saúde, declaração de Alma-Atta, carta de Ottawa, declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede dos Megapaises, Declaração do México. Brasília, DF, 2001. p.54.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: **Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**, 1997.

BRUNO, Regina Pastor. **Cidadania não tem idade**. In: Serviço Social e Sociedade, nº 75, São Paulo: Cortez, 2003, p. 83.

BUSS, P.M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, V. 5, n. 1,

CASTAMANN, D. **Os caminhos da alta complexidade no Sistema Único de Saúde – SUS**. UFSC. Departamento de Serviço Social. Trabalho de Conclusão de Curso, 2003/1.

CUNHA, João Pulo P. da e CUNHA, Rosani Evangelista. Sistema Único de Saúde: Princípios. Em: BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. GESTÃO Municipal de saúde: textos básicos. Rio de Janeiro, 2001, (p.193-200)

DRAIBE, Sonia Miriam. **O Welfare State no Brasil:** Caderno de Pesquisa n. 8, NEPP/UNICAMP. Disponível em <<http://www.neppunicamp.br>>

Escorel, S. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, S. F. (ORGS). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro : Associação Brasileira de Pós-graduação em saúde coletiva, 1989. – (pensamento social e saúde ; 3).

FEIJÓ, Regina Damous Fontanele. **Assistência Domiciliar no Brasil: historia e regulamentação.** In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – APECIH. **Prevenção e Controle de Infecções Associadas Assistência médica extra-hospitalar: ambulatórios, serviços diagnósticos, assistência domiciliar e serviços de longa permanência.** São Paulo: APECIH, 2004

FLORIANI E, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. **Atendimento Domiciliar ao**

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia** – saberes necessários à pratica educativa. São Paulo: Paz e terra, 1996.

GEHLEN, Kellyn D.V. **Praticas de Higienização de Artigos de Oxigenoterapia em ambiente Domiciliar: Uma Interface do Cuidado de Enfermagem no Controle de Infecção e na Prevenção de Doenças.** Trabalho de conclusão de curso. Palhoça, 2006.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GORDILHO, Adriano. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso.** Rio de Janeiro, UnATI/UERJ. 2000. 90 p.

GRISOTTI, Márcia. **Políticas de saúde e sistema médicos no Brasil.** Revista Katálysis. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço social. – n. 1 (junho 1997) – Florianópolis: Editora da UFSC, 1997.

GRUNER, M, F. **O cuidado Domiciliar Terapêutico como modalidade de deshospitalização do Sujeito com AIDS: construindo alguns critérios.** Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo, Editora Cortez, 1998.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Dimensões Históricas, Teóricas e Ético-Políticas.** Debate CRESS, Fortaleza, n. 6, 1997.

idoso: problema ou solução? Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, 2004.

INFECÇÃO HOSPITALAR – APECIH. **Prevenção e Controle de Infecções Associadas** J. Pneumologia vol.26 no.6 São Paulo Nov./Dec. 2000

LIMA, Telma Cristiane Sasso. **A intervenção profissional do Serviço Social no contexto da cidadania e dos direitos: pensando as ações sócio-educativas.** UFSC. Departamento de Serviço Social. Trabalho de Conclusão de Curso, 2003/2.

MACHADO, Maria Christina Lombardi. Oxigenoterapia Domiciliar a Longo Prazo. In: MADEL T. Luz **Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX** Revista de Saúde Coletiva vol.15 suppl.0 Rio de Janeiro 2005.

MATOS O. **As formas modernas do atraso.** Folha de S. Paulo, Primeiro Caderno, n.27 de setembro, p. 3. 1998.

MATOS, M. C. de. **O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. Serviço social & Sociedade.** São Paulo: Cortez, p. 85 -117. v. 24n. 74 (jul 2003), p. 85-117.

MENDES, Eugenio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceara, 2002.

MENEZES, Ana Maria B; ACHUTTI, Aloysio. **Fumo ou saúde / direitos ou deveres?** J. Pneumologia, v. 26, n. 6, Nov/Dez. 2000.

MIOTO, R. C. T. e TAKASHIMA,G. **Crises familiares e separação conjugal.** Rio de Janeiro: anais do V ENPESS, 1996.

PEREIRA, Potyara A .P. **A metamorfose da questão social e a reestruturação das políticas sociais.** In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social.** Módulo 1. Brasília, 1999. **regulamentação.** In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE

REUTER, Eliane Cristina da Silva Pereira. **O papel do serviço social na efetivação do direito ao atendimento público de saúde aos adolescentes:**experiência do centro de referencia em saúde do adolescente. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

RIBEIRO, M. R.; MOREIRA, L.R.; NUNES, A.A. **Prevenção e Controle de Infecção na Assistência Domiciliar.** In: OLIVEIRA, Adriana Cristina. Infecções Hospitalares: epidemiologia, prevenção e controle. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SALGADO, Marcelo Antônio. **Velhice, uma nova questão social.** São Paulo: Biblioteca Científica SESC, 1980. p. 48-49.

SENADO FEDERAL. Lei n. 8080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e fundamentos dos serviços correspondentes e dá outras providencias. Brasília, 1990.

SILVA, MJP. **Cuidando com qualidade, consciência e confiança – reflexões teóricas.** Revista Paulista de Enfermagem, v.21, n.1, p. 05 –11, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. II Curso Nacional de Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Oxigenoterapia domiciliar Prolongada (ODP).** J. Pneumologia, v. 26, n. 6, Nov/Dez. 2000.

TELLES, Vera. **Direitos Sociais: afinal do que se trata?**. Belo Horizonte:UFMG, 1999.

VASCONCELOS, M. de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

WANDERLEI, E. L. W. **A particularidade da questão social na América Latina. Serviço social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, p. 37 -57. n. 76 (nov. 2003).