



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

VALBER FERNANDES DAMASCENO

CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

**NATAL-RN
2012**

VALBER FERNANDES DAMASCENO

Artigo apresentado ao Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte – FARN, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em enfermagem.

Orientador: Prof^a Msc. Eliane Santos Cavalcante

NATAL/RN

2012

O ENFERMEIRO E OS CUIDADOS PALIATIVOS

Valber Fernandes Damasceno¹, Eliane Santos Cavalcante²

RESUMO

Os Cuidados Paliativos foram definidos pela Organização Mundial de Saúde como uma abordagem ou tratamento que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida. Para tanto, é necessário avaliar e controlar de forma impecável não somente a dor, mas, todos os sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual. Os cuidados paliativos em enfermagem, de acordo com a literatura, requerem algumas habilidades do enfermeiro, tais como: vocação para o cuidado; certo altruísmo; empatia e compreensão; capacidade de escuta; sinceridade/honestidade; habilidade na comunicação: equilíbrio e maturidade pessoal, especialmente diante da morte e, respeito aos valores, crenças e cultura do paciente/família. Objetivamos nesse estudo identificar o conhecimento do enfermeiro acerca dos cuidados paliativos. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, desenvolvido através de uma revisão integrativa. Para selecionar os artigos foi realizada uma busca na (BVS), na base de dados LILACS e MEDILINE, utilizando descritores: Cuidados paliativos, Cuidado Paliativo a Doentes Terminais, Enfermagem e Morte, sendo encontrada uma população de 711 pesquisas, com amostra de 66 artigos. Os critérios de inclusão foram: artigos, completos, teses e monografias, textos com páginas em português entre os anos 2007 a 2011, sendo excluído as pesquisas que não abordaram o tema. Também foi utilizado como critério de inclusão, Manual do Ministério da saúde, livros nacionais, dissertações de mestrado que tiveram relevância com o tema. No contexto narrativo o artigo busca aprofundamento no que diz respeito ao comportamento da prática de enfermagem diante da iminência de morte e embora seja necessária uma constante atualização de conhecimentos, o

¹ Acadêmico do oitavo período de graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte- UNI, Natal, RN, Brasil. E-mail:

² Mestre em Enfermagem pela UFRN, Especialista em Educação Profissional em Saúde pela FIOCRUZ. Enfermeira do Pronto Socorro Infantil Sandra Celeste – SMS. Professora da Escola de Enfermagem de Natal-UFRN. Voluntária da cruz Vermelha Brasileira – Sede/RN.

cuidar em cuidados paliativos é, de certa forma uma arte, onde as relações humanas assumem um papel de destaque e permitem a preservação da qualidade de vida da pessoa mesmo numa situação complexa, proporcionam uma morte tranqüila e promovem um processo de luto com dignidade humana.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados paliativos, Cuidado Paliativo a Doentes Terminais, Enfermagem, Morte.

THE NURSE AND PALLIATIVE

ABSTRACT

Palliative care was defined by the World Health Organization as an approach or treatment that improves quality of life of patients and families facing diseases that threaten the continuity of life. Therefore, it is necessary to assess and monitor flawlessly not only the pain, but all the symptoms of a physical, social, emotional and spiritual. Palliative care in nursing, according to the literature, some require professional nursing skills, such as calling for care; certain altruism, empathy and understanding, listening skills, honesty / integrity, communication skills: balance and maturity staff, especially in the face of death, and respect for the values, beliefs and culture of the patient / family. This study we aimed to identify the knowledge of nursing staff about palliative care. This is a study with a qualitative approach, developed through an integrative review. To select items in a search was conducted (BVS), the LILACS database and Mediline using descriptors: Hospice, Palliative Care to Patients Terminals, Nursing and Death, found a population of 711 surveys with a sample of 66 articles . Inclusion criteria were: articles, complete theses and monographs, texts in Portuguese with pages from the years 2007 to 2011, being excluded from the studies that did not address the issue. It was also used as an inclusion criterion, Manual of the Ministry of Health, national books, dissertations that have relevance to the theme. In the narrative context the article seeks depth in relation to the conduct of nursing practice in the face of imminent death, and although it requires a constant updating of knowledge, caring for palliative care is somewhat an art, where human relations take a prominent role and allow the preservation of the quality of life of the same person in a complex situation, provide a peaceful death and promote a grieving process with human dignity.

KEYWORDS: Hospice. Palliative Care to Patients Terminals. Nursing. Death.

1 INTRODUÇÃO

As práticas de saúde vêm enfrentando, desde alguns anos, uma sensível crise de legitimação, ainda que se sirva de um notável desenvolvimento científico e tecnológico. A procura de respostas a essa questão faz surgir diversas propostas para reconstrução do campo da saúde, sob a conformação de integralidade, promoção da saúde, humanização e vigilância da saúde, entre outros. (Schraiber, 1997; Czeresnia & Freitas, 2003) O mundo contemporâneo tem sido palco de grandes e significativas transformações ocasionadas pelos avanços tecnológico-científicos, os quais contribuíram para que a população vivesse mais e, obviamente, o número de idosos fosse ampliado. Com isso, foi ampliada também a quantidade de pessoas com doenças incuráveis que exigem atendimento constante e mais específico.

O aumento da expectativa de vida da população, tornando-a longeva, ampliou o surgimento de doenças degenerativo-terminais que desencadeiam sofrimento físico-emocional tanto aos portadores das referidas patologias quanto a seus familiares.

A longevidade populacional, consoante Silva et al (2005), contribui para que se reveja a concepção sobre morbidade, adequando-se os cuidados com a saúde a essa realidade. Concorre, também, para o surgimento de novas modalidades de atendimento não hospitalar a pacientes crônicos, dispensando-lhes os cuidados necessários sem negligenciar a qualidade de vida.

Essa particularidade motivou evolução na área de assistência à saúde, não apenas pelo acesso à tecnologia *de ponta* e a instrumentos de alta precisão diagnóstica, mas graças ao maior comprometimento profissional e atendimento humanizado para com os pacientes, o que lhes proporciona conforto e melhor qualidade de vida.

Dentre as mudanças operadas na referida área, enfatiza-se a atenção às pessoas acometidas de doenças graves, sem possibilidade de cura, e em fase terminal, cujo tratamento demanda habilidade e competência profissionais que transpõem o conhecimento científico. O ser humano já não é mais enxergado sob o prisma cartesiano, senão de forma holística.

Tal modelo de atendimento, pela especificidade de que reveste, denomina-se cuidados paliativos, e tem por finalidade aliviar o sofrimento do paciente em estado

terminal, preservando-lhe a dignidade; respeitando-lhe vontades, crenças e emoções. Isto é, constitui-se um tipo de cuidado que contempla dimensões outras que não a exclusivamente curativa.

Em virtude de tratar-se de pacientes na iminência do fim, tal evento impõe ao enfermeiro paliativista cuidados que não se atêm unicamente ao conhecimento técnico-científico. Esses profissionais deverão ter habilidade para cuidar não apenas do paciente, mas da respectiva família que, por não ter condições de minorar a dor do ente querido, normalmente fica vulnerável, sente-se impotente, nervosa a ponto de, por vezes, ser agressiva para com o enfermeiro cuidador.

Assim sendo, como futuro profissional de enfermagem, julga-se indispensável ampliar os conhecimentos a respeito dessa problemática, tencionando-se se apropriar de práticas que contribuam para oferecer um tratamento digno a esses pacientes, sem ignorar os respectivos familiares, o que justifica a escolha do tema e a realização desta atividade.

Quanto aos objetivos da pesquisa, busca-se identificar o conhecimento do enfermeiro acerca dos cuidados paliativos a pacientes terminais, tomando conhecimento das especificidades que envolvem os cuidados paliativos e buscando identificar como se dá o atendimento aos pacientes acometidos de doenças degenerativas, em estado terminal.

Dentre os enunciados, destacamos aqueles que apontam o hospital como um local onde o paciente é despido de sua individualidade e identidade e aqueles que citam esses cuidados como capazes de proporcionar à família e ao paciente a melhor qualidade de vida possível durante o processo de morrer (SILVA, 2009).

De posse dessas informações e, levando-se em conta o aumento da expectativa de vida da população, aspecto que, inevitavelmente, amplia o surgimento de doenças degenerativo-terminais que conseqüentemente desencadeia sofrimento físico-emocional tanto aos portadores das referidas patologias quanto a seus familiares.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Cuidar é o oposto da indiferença, implica comunicação e uma situação de parceria, em que há que dar e receber. (Cidália Frias).

2.1 CUIDADOS PALIATIVOS: DISCUTINDO HISTÓRIA E CONCEITOS

Houaiss; Villar (2004, p. 544) registram várias acepções para o vocábulo paliativo, dentre os quais se destaca: “(remédio ou tratamento) que abrandar temporariamente uma doença; (medida) que atenua ou adia a solução de um problema”. Alicerçando-se no aspecto conceitual, entende-se como paliativo qualquer procedimento que atenua situações conflitantes ou dolorosas. Sob o ângulo etimológico-conceitual, Peixoto ([200-?], p. 2) expõe o seguinte comentário:

O termo ‘paliativo’, no senso comum e também no meio científico, adquiriu um significado pejorativo de abandono, desprezo, onde não há mais nada a ser feito. A filosofia da Medicina Paliativa demonstra que não há mais nada a ser feito na linha da cura, mas há muita coisa a ser feita na linha do cuidado do paciente. O foco principal dos Cuidados Paliativos é, portanto, o cuidado do paciente (palliare, origem inglesa, significa proteger, amparar, cobrir, abrigar).

O vocábulo cuidado exprime atenção, desvelo; acrescido do adjetivo paliativo cujo significado, segundo Peixoto (s.d.), conota proteção, zelo, vigilância, originou a expressão cuidados paliativos que nomeia um tipo específico de assistência dispensada a pacientes no limiar da morte, com a finalidade de minorar-lhe o sofrimento causado pelos males crônico-degenerativos de que são portadores.

Maciel (2008), entende que a prática de cuidados paliativos é um imperativo para, de forma humanizada, controlar as sensações de dor e de sofrimento que atormentam o homem quando na proximidade da sua finitude, isto é, quando se encontra, como popularmente se diz, às portas da morte.

Na fase final da vida, entendida como aquela em que o processo de morte se desencadeia de forma irreversível e o prognóstico de vida pode ser definido em dias a semanas, os Cuidados Paliativos se tornam imprescindíveis e complexos o suficiente para demandar uma atenção específica e contínua ao doente e à sua família, prevenindo uma morte caótica e com grande sofrimento.

Em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) assim definiu Cuidados Paliativos:

O cuidado ativo total de pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. Controle da dor e de outros sintomas e problemas de ordem psicológica, social e espiritual são prioritários. O objetivo dos Cuidados Paliativos é proporcionar a melhor qualidade de vida para os pacientes e seus familiares. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1990).

No entender de Pessini e Bertachini(2005), embora contemple o paciente de maneira holística e destaque a importância de dar melhor qualidade ao tempo de vida que lhe resta, “o uso do termo ‘curativo’ não ajuda, uma vez que muitas condições crônicas não podem ser curadas, mas podem ser compatíveis com uma expectativa de vida por várias décadas”.

Ainda sob a ótica de Pessini e Bertachini (2005),³ “Em 2002 a OMS redefiniu o conceito de Cuidados Paliativos, colocando ênfase na prevenção do sofrimento”. A mencionada organização estabeleceu princípios norteadores dos cuidados paliativos, considerando:

Promover alívio da dor e outros sintomas que causam sofrimento; Afirmar a vida e considerar a morte um processo natural; Não pretender apressar, nem retardar a morte; Integrar os aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado do paciente; Oferecer sistema de apoio com intuito de ajudar pacientes a viverem ativamente tanto quanto possível até a morte; Oferecer sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e seu próprio luto.

De acordo com Bertolon (2011, s. p.), nas etapas avançadas da doença os “cuidados paliativos fazem a diferença, humanizando a assistência e trazendo conforto, atenção e carinho. Podem não dar mais dias de vida ao paciente. Mas certamente dão mais vida aos seus dias”. Isso porque o paciente em estágio terminal é alvo de atenção constante e intensiva, o que lhe proporciona mais conforto, minimizando-lhe o sofrimento.

Cuidados paliativos, no entender de Benseñor (s. d., s. p., grifo da autora), têm como fim precípua “**diminuir o sofrimento do paciente** e da sua família. O primeiro passo é garantir a melhor qualidade de vida possível para o paciente terminal”. E continua:

³ O documento não é paginado por ter sido consultado via internet.

O processo de morrer faz parte da vida e não pode ser negado. Hoje em dia, há a crença disseminada que se uma pessoa tiver hábitos de vida saudáveis e se passar anualmente por um check up, ela viverá eternamente. Esse é um conceito errado. A medicina tem seus limites e a morte pode ser adiada em alguns momentos, mas é inevitável.

Diferentemente do tratamento alopático, focado mais especificamente no combate à doença do que no cuidado e no bem-estar do paciente, os cuidados paliativos visam a tratar o paciente com mal incurável em fase terminal buscando instrumentos que lhe dêem conforto, respeitando-lhe a dignidade. O cuidar da doença necessariamente não é o mesmo que o cuidar do doente; aquela não é dissociada deste. Portanto, faz-se necessário serem dados outros enfoques, que não exclusivamente o curativo, aos cuidados dispensados aos pacientes em estágio terminal.

Os cuidados paliativos requerem que o cuidador manifeste, de fato, interesse pelo paciente sob sua responsabilidade, respeitando-lhe as limitações e sem negligenciar-lhe a individualidade. O cuidar no entender de Hesbeen (2000, p. 10), “[...] designa essa atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular, com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar, a promover a sua saúde”.

O cuidado é uma atenção particular que se dedica à pessoa. Limitando-se o conceito ao campo da saúde é, também, um ato de reciprocidade para com quem, temporária ou definitivamente no transcurso da vida, sofre limitações quanto à autonomia, carecendo de ajuda para que possa ter atendidas suas necessidades.

Não se trata de antecipação da morte, mas de tratar o paciente com dignidade, razão por que deverá receber assistência psicológica e espiritual para que a morte seja encarada como um processo natural não como um episódio circunstancial. A esse respeito, cita-se Clemente; Santos (2007, p. 232): Em cuidados paliativos (CP), a doença avançada, com seu sofrimento e morte, evoca uma atitude de solidariedade e de bom senso universal para com o paciente e sua família. [...]. A ausência de maquinário tecnológico, de procedimentos altamente especializados usados no tratamento de pacientes pode confundir com a desvalorização desse saber fazer. [...] a valorização está na qualidade da assistência, permeada por atitudes éticas nas decisões de cada tratamento,

respeitando o binômio paciente / família em seu sofrimento. O objetivo maior da assistência em CP não é manter a vida, mas aliviar o sofrimento, respeitando o indivíduo em sua morte, fomentando uma qualidade de vida.

Esse modelo de atendimento não se configura cessação do tratamento de pacientes com doença incurável, tampouco um método de abreviar-lhe a vida. Ao contrário, apresenta-se como recurso bastante significativo na assistência a doentes sem possibilidade de cura, para os quais já não faz sentido a adoção de terapias curativas, concedendo-lhes dignidade.

É um procedimento que não se restringe ao tratamento da doença, de maneira estanque; enxerga o paciente na sua totalidade, tendo-se em vista que

Busca identificar-lhe os pontos afetados, as carências não apenas no plano físico, mas psicológico, espiritual e sociocultural, minimizando-lhes as implicações decorrentes de doenças prolongadas e incuráveis.

São inegáveis os benefícios à saúde das pessoas em decorrência das modernas tecnologias disponíveis às ciências da saúde. Entretanto, há casos em que toda essa parafernália tecnológica pode afetar a dignidade humana, interferindo, inclusive, no controle do processo de morte. Isso porque há situações em que, conforme Borges (2005, p. 1):

Os tratamentos médicos se tornam um fim em si mesmos e o ser humano passa a estar em segundo plano. A atenção tem seu foco no procedimento, na tecnologia, não na pessoa que padece. Nesta situação o paciente sempre está em risco de sofrer medidas desproporcionais, pois os interesses da tecnologia deixam de estar subordinados aos interesses do ser humano.

Isto é, tal modelo de assistência à saúde se revela como cuidados de caráter humanista e que respeitam o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. Nesse sentido, Borges (2005, p. 1) manifesta a seguinte opinião: O artigo 5º da Constituição Federal de 1988 garante a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade e à segurança, dentre outros. Ocorre que tais direitos não são absolutos. E, principalmente, não são deveres. O artigo 5º não estabelece deveres de vida, liberdade e segurança. Os incisos do artigo 5º estabelecem os termos nos quais estes direitos são garantidos: II – ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei; III – ninguém será submetido a tortura nem a

tratamento degradante; IV – é livre a manifestação de pensamento...; VI – é inviolável a liberdade de consciência e de crença...; VIII – ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei; X – são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação; XXXV – a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito".

Partindo-se desses pressupostos, entende-se que cuidados paliativos são um procedimento que têm por objetivo principal conceder uma morte digna ao paciente com um quadro de saúde irreversível, em que as medicações não mais surtem efeito. A defesa de morte digna requer cuidados especiais; quer dizer, repudia toda e qualquer ação que cause a morte do paciente, mas de reconhece sua liberdade e autodeterminação.

Para melhor se compreender a importância dos cuidados paliativos nos casos de doenças crônico-degenerativas, é importante reiterar que não se trata de interrupção do processo vital, tampouco do seu prolongamento, causando mais aflição ao paciente e a seus familiares. É um procedimento que busca atenuar a dor, o sofrimento de pacientes sem possibilidade de cura, sem interferir no processo natural da vida.

Em outros termos, cuidado paliativo não é sinônimo de eutanásia nem de distanásia, ambas alteram sobremaneira o curso natural da vida. É uma prática que evita ambas as possibilidades, pois adota a ortotanásia que ao invés de prolongar artificialmente o processo de morte (distanásia) ou antecipá-lo (eutanásia), permite que este se desenvolva de maneira natural.

Distanásia e ortotanásia são definidas por Houaiss; Villar (2004, p. 254-537), respectivamente, como "morte lenta com grande sofrimento" e "morte natural, normal; boa morte, supostamente sem sofrimento". Quanto à eutanásia, de acordo com Ferreira (2001, p. 301), refere-se à "morte serena, sem sofrimento. Prática, sem amparo legal, pela qual se busca abreviar sem dor ou sofrimento a vida dum enfermo incurável e terminal".

Eutanásia é a morte provocada, em doente com doença incurável, em estado terminal e que passa por fortes sofrimentos, movida por compaixão ou piedade em relação ao doente; isto é, age sobre a morte, antecipando-a. Constitui-se crime, à luz

da legislação. Quanto à distanásia, diz respeito ao prolongamento artificial do processo de morte, com sofrimento do doente, mesmo que não seja prevista probabilidade de cura ou de melhora.

Assim sendo, ao contrário do que se pensa, o objetivo dos cuidados paliativos não é reduzir o tempo de vida do paciente, mas proporcionar-lhe conforto, tornar menos dolorosa uma fase que é bastante delicada e, por isso, requer equipe multidisciplinar envolvida, humana e cientificamente habilitada.

Os cuidados paliativos foram instituídos objetivando atenuar os sintomas psicológicos, físicos e espirituais de portadores de doenças crônicas sem prognóstico de cura e, conforme Silva; Kruse (2009, p. 187), ao afirmarem:

[...] surgem com a finalidade de produzir uma 'boa morte', na qual o objeto de cuidado dos profissionais não é apenas o paciente e sua doença, mas também sua família e a busca de uma melhor qualidade de vida, por meio de cuidados que permanecem durante o período de luto da família, construindo uma nova administração da morte.

O conceito de Cuidados Paliativos não é estanque, definitivo. Ao contrário, amplia-se à proporção em que vai sendo praticado nas diversas partes do mundo, conforme afirmam Pessini e Bertachini (2005, p. 494):

O conceito de "cuidados paliativos" evoluiu ao longo do tempo à medida que essa filosofia de cuidados de saúde foi se desenvolvendo em diferentes regiões do mundo. Os cuidados paliativos foram definidos tendo como referência não um órgão, idade, tipo de doença ou patologia, mas antes de tudo a avaliação de um provável diagnóstico e possíveis necessidades especiais da pessoa doente e sua família.

Apesar de revestida por uma pluralidade conceitual, nota-se predomínio de convergências. Unanimemente, estudiosos e pesquisadores do assunto ressaltam não se constituírem uma especialidade das ciências da saúde, mas uma filosofia, um modo diferenciado de assistir pacientes acometidos de doenças crônico-degenerativas que não mais respondem aos tratamentos curativos.

Os Cuidados Paliativos se distinguem das demais formas de assistência ao doente porque conta com uma equipe multiprofissional, em que cada componente busca dar o melhor de si objetivando apoiar, confortar o paciente em um momento tão crítico. Nesse modelo de assistência prevalecem o zelo pela qualidade de vida

do paciente, e respectivos familiares, com o objetivo de tornar essa fase menos dolorosa.

2.1.1 Cuidados Paliativos *Versus* Hospice

De acordo com Floriani (2009), a terminologia cuidado paliativo tem sido usada em conjunto ou alternativamente à denominação *hospice*, de origem latina, normalmente relacionada à casa ou ao lugar onde são atendidos os pacientes fora dos recursos de cura. Os doentes podem ser atendidos com internação (hospitalar ou em casas ambientadas para tal), em ambulatório ou em domicílio.

Observa-se, assim, que o hospice não se refere a um espaço físico, mas a uma filosofia. Independentemente do local em que é feito o atendimento, a equipe de saúde trabalha de maneira informal, inclusive sem o clássico uniforme. O profissional que trabalha nessa linha tem comportamento distinto dos que atuam em hospitais convencionais. A assistência prestada em um espaço que não o hospitalar, aproxima o cuidador do paciente que se sente apoiado, protegido, dignificado.

Sobre os hospices, Souza (2011) afirma estarem vinculados a uma senhora romana que no século IV da era cristã abrigava, na própria casa, os necessitados, alimentando-os e prestando-lhes a assistência de que precisavam. Informação sustentada por Matsumoto (2009, p. 14-15) nos seguintes termos:

O Cuidado Paliativo se confunde historicamente com o termo *hospice*, que definia abrigos (hospedarias) destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes. O relato mais antigo remonta ao século V, quando Fabíola, discípula de São Jerônimo, cuidava de viajantes vindos da Ásia, da África e dos países do leste no Hospício do Porto de Roma (Várias instituições de caridade surgiram na Europa no século XVII, abrigando pobres, órfãos e doentes. Essa prática se propagou com organizações religiosas católicas e protestantes que, no século XIX, passaram a ter características de hospitais. O Movimento Hospice Moderno foi introduzido pela inglesa Cicely Saunders, com formação humanista e médica, que em 1967 fundou o St. Christopher's Hospice, cuja estrutura não só permitiu a assistência aos doentes, mas o desenvolvimento de ensino e pesquisa, recebendo bolsistas de vários países.

Atendo-se ao exposto, infere-se que o trabalho de Saunders contribuiu para que se entendesse o hospice não apenas como um local onde se exerce a prática dos cuidados paliativos, mas como uma filosofia de trabalho. Quer dizer, trata-se de

um programa que visa à melhoria da qualidade de vida de pacientes sem possibilidade terapêutica, além de oferecer ajuda aos familiares desses pacientes durante a fase terminal até o luto.

2.2 CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

Como informa Bushatsky (2010), no Brasil, a assistência paliativa foi motivada pelas inquietações de um grupo de alguns profissionais do Instituto Nacional do Câncer devido ao aumento da demanda de atendimento e em virtude do abandono institucional dos pacientes fora de possibilidade terapêutica. No intuito de prestarem uma assistência digna a esses pacientes, buscaram ajuda de profissionais voluntários, o que fez entender a necessidade de uma equipe especializada.

Em 1997, foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos e, no mesmo ano, o Ministério da Saúde institui o Programa Nacional de Educação Continuada em Dor e Cuidados Paliativos para os Profissionais da Saúde. Tais iniciativas favoreceram a construção do Hospital de Cuidados Paliativos, em 1998, para o qual foram contratados profissionais especialmente para a prestação de assistência paliativa. O trabalho desse hospital, para Zoboli (2009, apud BUSHATSKY, 2010, p. 53):

Deixou perceber que os modos de ser profissional, aprendidos na formação acadêmica, não permitiam o despertar da identidade do profissional da saúde, como também a reflexão bioética sobre as múltiplas conexões, pontos ou cruzamentos com os processos políticos e tecnológicos que permeiam os cuidados paliativos. Significa dizer que o modelo educacional tradicional, hegemônico, não permitia que a ética sobrepujasse conteúdos e experiências tradicionalmente padronizadas.

Os cuidados paliativos tiveram início num período em que o atendimento à saúde era caracterizado pelo modelo hospitalocêntrico, curativo; ou seja, uma modalidade assistencial que seccionava o paciente, em virtude da falta de integração das várias especialidades.

No entender de Peixoto ([200-?], p. 9-10), o estado do Rio Grande do Sul foi pioneiro em Cuidados Paliativos, adotando-os desde meados de 1983. “Em 1986, amplia-se para São Paulo e, em 1989, para Santa Catarina. Um outro marco foi a

inauguração da Hospedaria (termo aportuguesado para hospice) de Cuidados Especiais do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo em 2004”.

Apesar desse suposto avanço, Figueiredo (2006, p. 39) afirma ser morosa a implantação de “unidades ou grupos de CP, em todo o Brasil, [...], perdendo a corrida para o aumento da população e, *ipso facto*, das enfermidades”. Por essa razão, defende a ideia de as instituições de nível superior implantarem, em regime de urgência:

[...] ao nível da graduação, cursos e/ou disciplinas de CP. Faz-se premente a cultura de uma atitude humanitária na formação cultural e profissional dos futuros profissionais da área da saúde, de tal maneira que essa característica humana venha a ser incorporada ao padrão ético dos mesmos.

Como se falou exaustivamente, a assistência paliativa é direcionada a pacientes com prognóstico de vida limitado, que dizer, em fase em fase terminal; atende mais especificamente aqueles que têm doença ativa, progressiva, com sintomas intensos e variados, acima do habitual, nos domínios físico, psicológico, social ou espiritual.

Os cuidados paliativos são determinados pela Organização Mundial de Saúde – OMS. Essa instituição, segundo Martins (2004, p. 1):

Preconizou o efetivo controle da dor e dos sintomas comuns em cuidados paliativos como das mais importantes prioridades no sistema de saúde pública, estimulando que cada governo o inclua no seu sistema de saúde, de modo a aliviar a dor e outros sintomas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, sendo a humanização uma ferramenta mestre para a obtenção do tratamento adequado. .

Embora contemplados pela OMS, os cuidados paliativos ainda não fazem parte da rotina dos procedimentos oferecidos pelo sistema brasileiro de saúde pública, apesar de essa rede, por meio do Sistema Único de Saúde – SUS, contar com programas voltados à humanização da assistência ao paciente.

Essa proposta de humanização está contida na Política Nacional de Humanização – PNH, programa instituído em 2004 pelo Ministério da Saúde – MS, cuja finalidade é consolidar redes, vínculos e a co-responsabilização entre usuários, trabalhadores, e gestores. Por política de humanização, de acordo com a Cartilha do PNH (2008, p. 7) entende tratar-se de:

Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a cor-responsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.

O fato de um paciente se encontrar em fase terminal, não é condição para que cuidados lhe sejam negados. Ao contrário, esses pacientes necessitam receber assistência diferenciada, para que os dias que lhes restam sejam vividos com dignidade.

3 O ENFERMEIRO E OS CUIDADOS PALIATIVOS

No passado, a assistência aos enfermos consistia em tratar e curar, de onde se originou a classificação em curáveis e não curáveis, deixando estes últimos sem possibilidade de assistência. Recentemente, estes pacientes são considerados cuidáveis, porque estão fora de possibilidade terapêutica e vivenciam a proximidade e a certeza da morte iminente.

Assistir pacientes terminais constitui-se grande desafio tanto para os familiares quanto para a equipe multiprofissional, particularmente para os profissionais de enfermagem, cuja maioria não recebeu formação específica para tal fim, tendo-se em vista que, salvo raras exceções, as entidades formadoras não contemplam os cuidados paliativos em seu currículo regular.

Presume-se assim que tal evento, conforme pensamento de Alves (1991, apud OLIVEIRA; SÁ; SILVA, 2007, p. 286-287) é resquício da fantasia onipotente, que permitiu que a sociedade moderna acreditasse que seu poder sobre a morte aumentara consideravelmente, foi decorrente das modificações sociais e tecnológicas que culminaram, na área da saúde, com o domínio de sofisticadas tecnologias diagnósticas e terapêuticas. Essas tecnologias fizeram aumentar as expectativas tanto dos pacientes/clientes quanto dos profissionais da saúde, na medida em que tornaram possível intervir e modificar o corpo e, até mesmo, adiar questões que se relacionam com o final da vida.

Entende-se que cuidar de pacientes impossibilitados de cura não se constitui atribuição das mais fáceis. Por isso, os enfermeiros que trabalham com Cuidados Paliativos devem ser preparados técnica e profissionalmente para lidar com a proximidade da morte, a ver o paciente de maneira holística.

Esse procedimento, na concepção de Siqueira et al (s. d. , p. 3) se mostra bastante pertinente “[...] por envolver a valorização do ser humano no processo saúde-doença, no intuito de sempre beneficiar o paciente, preservando sua autonomia e capacidade de tomar decisões.

Segundo O'Connor; Aranda (2008), a ação de cuidar é inerente à prática profissional do enfermeiro, o qual deve interagir com os demais componentes da equipe de saúde, com a família, com a comunidade e também com o ambiente onde ele executa seu trabalho.

Os enfermeiros envolvidos no modelo de atendimento proposto pelos cuidados paliativos não dissociam o biológico do emocional, o social do espiritual. Em outros termos, percebem o paciente de maneira íntegra, como um todo, não fracionada e têm como principal objetivo o controle afetivo de sintomas e manutenção da qualidade de vida.

Por conviverem com a iminência da morte do paciente terminal sob seus cuidados, o enfermeiro terá de ter habilidade para lidar não apenas com este, mas com os familiares que, via de regra, não se encontram emocionalmente preparados para enfrentar essa etapa da vida, mesmo sabendo que o morrer é um processo tão natural quanto o viver. A esse respeito, Oliveira; Sá; Silva (2007, p. 287) manifestam o seguinte pensamento:

Essa a relação paciente-cuidador deve ser norteadada por princípios éticos que se tornaram relevantes no cuidado de pacientes terminais, uma vez que devem ser assegurados a verdade sobre a condição do doente, o respeito à autonomia da pessoa, bem como ao processo de tomada de decisão, além do não abandono que não deve ser ignorado.

Carvalho (2003, apud DIAMANTE; TEIXEIRA, [200-?], p. 2) recomenda que os enfermeiros deverão desenvolver “outras dimensões como a emocional, espiritual e ainda a de suporte familiar, para compreender as várias formas de expressão de sentimentos e apoiar no enfrentamento da terminalidade”.

Observa-se que Carvalho destacou a atuação do profissional enfermeiro não por julgá-lo mais importante nesse processo, mas por ser esse profissional que se mantém mais presente e mais próximo do paciente. Sabe-se que esse tipo de cuidado exige participação de uma equipe multiprofissional, que deverá atuar

conjuntamente no sentido de proporcionar um atendimento digno e humanizado aos pacientes em estado terminal.

Como afirmam Oliveira et al. (2006, SOUZA, 2010, p. 28), “nenhum outro profissional da saúde convive tão de perto e tão freqüentemente com a morte do que o Enfermeiro, pois é ele quem passa a maior parte do tempo com o indivíduo hospitalizado”, motivo pelo qual a busca pela melhoria desse tipo de envolvimento motivará condições adequadas para que enfermeiro conquiste a confiança do paciente em fase terminal e da respectiva família. A respeito do cuidar da família do paciente em fase terminal, Lima (2006, p. 1) faz a seguinte observação:

Cuidar da família do doente em fase terminal, passa por saber ouvi-la, mostrando disponibilidade e compreensão. É importante reconhecer que, muitas vezes, a sua revolta e agressividade não é dirigida pessoalmente aos enfermeiros; mas é uma demonstração de dor e desespero perante a incapacidade de ajudar a pessoa que amam.

Mediante as peculiaridades que envolvem os cuidados paliativos, o enfermeiro carece de percepção mais ampla sobre a natureza humana; deve entender que suas ações deverão ter como alvo o atendimento às necessidades gerais do paciente. Portanto, faz-se necessário que o referido profissional, como já se falou, não se limite à realização de procedimentos técnicos, mas executar tarefas mais amplas como, por exemplo, a habilidade comunicativa para, assim, tornar mais eficaz as relações interpessoais.

4 MATERIAL E MÉTODO

Quanto à metodologia, optou-se pela de caráter exploratório-descritivo, por meio de pesquisa bibliográfica, porque o instrumento de coleta de dados foram fontes diversas de informações escritas e, conforme Gil (1996 p. 48), “[...] desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.

Referente à pesquisa descritiva, Gil (2002) afirma caracterizar-se pelo estudo profundo e exaustivo de diversos escritos científicos sobre um determinado assunto de maneira a permitir o conhecimento amplo e detalhado do tema em análise. Quanto ao método exploratório, no entender de Ferrão (2003, p. 80), constitui-se:

É o primeiro passo do trabalho científico. Geralmente é bibliográfica, pois avalia-se a possibilidade de desenvolver uma pesquisa sobre determinado assunto. Estabelece critérios, métodos, técnicas para a elaboração de uma pesquisa. Visa oferecer informações sobre o assunto, definir os objetivos da pesquisa e orientar a formulação da hipótese.

Concernente à pesquisa documental, trata-se de uma atividade desenvolvida a partir de materiais que não receberam tratamento analítico como, por exemplo, jornais impressos, revistas. Na concepção de Helder (2006, p. 1-2), é uma técnica que se vale de “documentos originais, que ainda não receberam tratamento analítico por nenhum autor. [...] é uma das técnicas decisivas para a pesquisa em ciências sociais e humanas”.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observa-se, pois, que os cuidados paliativos não visam a interferir no curso natural da doença, tampouco abreviar ou retardar a morte. É uma assistência sem finalidade curativa, contudo, centra-se na diminuição da dor do paciente, buscando sempre confortá-lo física, emocional e psicologicamente. O principal objetivo é o controle adequado dos sintomas que surgem durante a evolução da doença incurável, avançada, terminal; sintomas que causem qualquer tipo de sofrimento irão influenciar a qualidade de vida e a dignidade da morte.

Por meio de cuidados específicos, a qualidade de vida dos pacientes pode ser mantida em níveis satisfatórios, utilizando-se adequadamente as técnicas da palição, pois sempre haverá alguma medida, por menor que seja, até mesmo um toque, que aliviará e confortará o paciente em sua fase final. Para Matsumoto (2009, p. 16): O Cuidado Paliativo não se baseia em protocolos, mas em princípios.

Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida. Indica-se o cuidado desde o diagnóstico, expandindo nosso campo de atuação. Não falaremos também em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, afastando dessa forma a ideia de “não ter mais nada a fazer”. Pela primeira vez, uma abordagem inclui a espiritualidade entre as dimensões do ser humano. A família é lembrada, portanto assistida, também após a morte do paciente, no período de luto.

Pelo exposto, entende-se que cuidado paliativo é uma modalidade de cuidar que melhora a qualidade de vida de pacientes e suas famílias diante dos problemas associados às doenças que ameaçam a vida, por meio de prevenção e alívio do sofrimento. Trata-se de uma abordagem que não apenas melhora a condição do paciente terminal, como ajuda aos familiares conviverem com a iminência da morte.

O trabalho proporcionou, por meio da pesquisa bibliográfica, reflexão mais apurada sobre o papel do profissional enfermeiro no cuidado de portadores de doenças crônico-degenerativas, os quais necessitam de assistência que contemplem métodos que vão além do clínico.

Sabendo-se que a formação profissional do enfermeiro concentra-se basicamente no aprendizado de técnicas que visam à cura física do paciente, entende-se que os cuidados dispensados a pacientes sem possibilidade terapêutica revelam-se desafiadores para o referido profissional.

Constatou-se, sobretudo, ser imprescindível que o enfermeiro, conjuntamente com os demais profissionais que compõem a equipe multiprofissional, despenda esforços no sentido de prestar assistência mais humanizada ao paciente em fase terminal, bem como a seus familiares, os quais também se sentem fragilizados com o sofrimento do ente querido.

6 CONCLUSÃO

É possível que aqueles que compreendem que a vida é frágil sejam os únicos a saber até que ponto ela é preciosa. (Sogyal Rinpoche).

Neste trabalho, discutiu-se, ainda que sucintamente, aspectos relacionados aos cuidados paliativos, tendo-se em vista que, não obstante os avanços por que tem passado as ciências da saúde, ainda há muito a ser feito no que se refere à assistência à saúde de pessoas portadoras de patologias crônico-degenerativas em fase terminal, para quem as terapias meramente curativas já não surtem quaisquer efeitos.

Constatou-se a necessidade de mais empenho no sentido de formar e capacitar profissionais para esse fim, considerando-se ser um procedimento que

exige o empenho não somente de pessoas com formação na área de saúde; mas o trabalho de uma equipe multidisciplinar composta, por exemplo, médicos generalistas, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, objetivando aliviar, nas mais distintas dimensões, o sofrimento vivenciado pelos doentes e respectivos familiares.

Nesse cenário destaca-se o enfermeiro que, por se manter mais próximo aos doentes, passa a conhecê-los melhor e, conseqüentemente, poderá ajudá-los a suprir as necessidades por eles manifestadas e a conviver, sem maior aflição, com a proximidade do fim. Essa proximidade faz brotar laços de afeto e confiança, o que contribui para minorar a dor, a angústia que se instala no paciente acometido de doença sem possibilidade de cura.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Mônica Martins Trovo de; SILVA, Maria Júlia Paes da. **Psiquiatria e Psicologia: comunicando-se com o paciente terminal**. Disponível em: <<http://www.rsbcancer.com.br>>. Acesso em: 26 maio 2011.

BENSEÑOR, Isabel. **Como funcionam os cuidados com pacientes terminais**. Disponível em: <<http://saude.hsw.uol.com.br>>. Acesso em: 02 jun. 2011.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. Eutanásia, ortotanásia e distanásia: breves considerações a partir do biodireito brasileiro. **Jus Navigandi**. Teresina, ano 10, n. 871, 21 nov. 2005. Disponível em: <<http://www.jus.uol.com.br>>. Acesso em: 02 jun. 2011.

BRANDÃO, Císio. **Câncer e cuidados paliativos: definições**. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br>>. Acesso em: 30 maio 2010.

BRASIL. **Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006**: Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BURLÁ Claudia. **Terminalidade da vida: novo código muda realidade em hospitais**. Disponível em: <<http://ahseb.com.br>>. Acesso em: 08 jun. 2010.

_____. **Cuidados paliativos e fim de vida.** Disponível em: <<http://www.zemoleza.com.br>>. Acesso em: 10 jun. 2010.

CLEMENTE, Rosenice Perkins Dias da Silva; SANTOS, Elaine da Hora dos. A não-ressuscitação, do ponto de vista da enfermagem, em uma Unidade de Cuidados Paliativos Oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia.** Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 03 maio 2011.

DAMENTE, Loraine Martins; TEIXEIRA, Marina Borges. **Cuidados paliativos:** conhecimentos e sentimentos do enfermeiro que atua nas unidades de clínica médica e moléstia infecto-contagiosa de um hospital geral. Disponível em: <<http://www.unesco.org.uy>>. Acesso em: 13 maio 2011.

FERRÃO, Romário Gava. **Metodologia científica para iniciantes em pesquisa.** Linhares, ES: Unilinhares/Incaper, 2003.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio século XXI escolar:** o minidicionário da língua portuguesa. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

GIL, Antônio Carlos. **Projetos de pesquisa**, 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, Antônio Carlos; SCHRAMM, Firmin Roland. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2072-80, set, 2007.

HELDER, R. R. **Como fazer análise documental.** Porto: Universidade de Algarve, 2006.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa.** 2. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

HESBEEN, Walter. **Cuidar no hospital:** enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Trad. Maria Isabel Batista Ferreira. Loures: Lusociência. 2000.

LIMA, Maria Elizabete, **O Enfermeiro e o doente em fase terminal.** Disponível em: <<http://www.ordemdosenfermeiros.pt>>. Acesso em: 18 maio 2011.

MACIEL, Maria Goretti Sales. Definições e princípios. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. **Cuidados paliativos**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina, 2008.

MARTINS, Maurílio Arthur de O. **Humanização em cuidados paliativos e na dor**. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br>>. Acesso em: 20 maio 2011.

O'CONNOR, Margaret; ARANDA, Sanchia. **Guia prático de cuidados paliativos em enfermagem**. São Paulo: Andrei, 2008.

OLIVEIRA, Aline Cristine; SÁ, Lilian; SILVA, Maria Júlia Paes da. O posicionamento do enfermeiro frente a autonomia do paciente terminal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, ano 3, n. 60, maio-jun. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Programas nacionais de controle do câncer: políticas e princípios de gerenciamento**. 2. ed. Genebra, 2002. Disponível em: <<http://www.ufpel.tche.br>>. Acesso em: 29 abr. 2010.

PEIXOTO, Ana Paula Abranches Fernandes. **Cuidados Paliativos**. Disponível em: <<http://www.sotamig.com.br>>. Acesso em: 29 maio 2010.

PESSINI, Leocir Leo; BERTACHINI, Luciana. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. In: **O mundo da saúde**. São Paulo, ano 29, v. 29, n. 4, p. 491-509, out./dez. 2005.

_____. **Cuidados Paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos**. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br>>. Acesso em: 25 maio 2011.

SILVA, Kênia Lara et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 391-97, jun. 2005.

_____; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. As sementes dos cuidados paliativos: ordem do discurso de enfermeiras. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 183-89, jun. 2009.

SOUZA, Gerson de. **História dos cuidados paliativos**. Disponível em: <<http://enfermeiropsf.blogspot.com>>. Acesso em: 29 maio 2011.