

Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde

Palliative care:
an approach based on the professional health categories

Hélida Ribeiro Hermes¹
Isabel Cristina Arruda Lamarca¹

Abstract *Palliative care has emerged as a humanitarian philosophy of caring for terminally ill patients, alleviating their pain and suffering. This care involves the action of an interdisciplinary team, in which all the professional recognize the limits of their performance will help the terminally ill patient to die with dignity. This article deals with the issue of death and dying, both from the traditional and the contemporary standpoint, and how palliative care have been treated in the job categories of medicine, social work, psychology and nursing. The methodology of this study consists of a literature review of articles in the SciELO database, electronic journals and technical books related to the topic. Analysis of the articles revealed a shortage of subjects that deal with the theme of death in professional curricula, as well as few palliative care services in Brazilian society and barriers faced by this new approach to the terminal patient. This research aims to broaden the discussion of palliative care in public health, and provide information for future studies that will address the theme.*

Key words *Death, Palliative care, Humanization, Interdisciplinary team*

Resumo *O Cuidado Paliativo surge como uma filosofia humanitária de cuidar de pacientes em estado terminal, aliviando a sua dor e o sofrimento. Estes cuidados prevêem a ação de uma equipe interdisciplinar, onde cada profissional reconhecendo o limite da sua atuação contribuirá para que o paciente, em estado terminal, tenha dignidade na sua morte. Este artigo trata a questão da morte e do morrer, tanto na visão tradicional como na contemporaneidade, e como o cuidado paliativo tem sido tratado nas categorias de trabalho de medicina, serviço social, psicologia e enfermagem. A metodologia deste trabalho consiste na revisão bibliográfica de artigos localizados na base de dados Scielo, revistas eletrônicas e livros técnicos relacionados com o tema. A análise dos artigos apontou para uma carência de disciplinas que tratem da temática da morte nos currículos profissionais, para poucos serviços de cuidados paliativos na sociedade brasileira e para barreiras que se colocam a esse novo olhar ao paciente terminal. Esta pesquisa visa ampliar a discussão dos cuidados paliativos na saúde pública, e fornecer subsídios a futuros estudos que tratarão da temática.*

Palavras-chave *Morte, Cuidado paliativo, Humanização, Equipe interdisciplinar*

¹ Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480/923, Manguinhos. 21.041-210 Rio de Janeiro RJ. helidaribe@hotmail.com

Introdução

O termo “cuidados paliativos” é utilizado para designar a ação de uma equipe multiprofissional à pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. A palavra “paliativa” é originada do latim *palliun* que significa manto, proteção, ou seja, proteger aqueles em que a medicina curativa já não mais acolhe. Segundo o Manual dos Cuidados Paliativos¹, a origem do mesmo se confunde historicamente com o termo “*hospice*” - abrigos que tinham a função de cuidar dos viajantes e peregrinos doentes. Essas instituições eram mantidas por religiosos cristãos dentro de uma perspectiva caridosa.

O movimento *hospice* contemporâneo foi introduzido pela inglesa Cicely Saunders em 1967, com a fundação do Saint Christopher Hospice, no Reino Unido. Essa instituição prestava assistência integral ao paciente desde o controle dos sintomas até alívio da dor e sofrimento psicológico. A partir de então surge uma nova filosofia no cuidar dos pacientes terminais.

Os Cuidados Paliativos foram definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990, e redefinidos em 2002, *como sendo uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor, e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual*¹.

Seus princípios incluem: reafirmar a importância da vida, considerando a morte como um processo natural; estabelecer um cuidado que não acelere a chegada da morte, nem a prolongue com medidas desproporcionais (obstinação terapêutica); propiciar alívio da dor e de outros sintomas penosos; integrar os aspectos psicológicos e espirituais na estratégia do cuidado; oferecer um sistema de apoio à família para que ela possa enfrentar a doença do paciente e sobreviver ao período de luto².

Devem reunir as habilidades de uma equipe interdisciplinar para ajudar o paciente a adaptar-se às mudanças de vida impostas pela doença, pela dor, e promover a reflexão necessária para o enfrentamento desta condição de ameaça à vida para pacientes e familiares¹.

O processo de viver se prolongou de uma forma exponencial nas últimas décadas, devido às inovações tecnológicas que impactaram no aumento da sobrevida, e isto nos faz perceber

que a morte, na maioria das vezes, já não é um episódio e sim um processo, às vezes até prolongado, demorando anos e até mesmo décadas dependendo da enfermidade³.

Estudos do IBGE⁴ mostram que entre 1901 e 2000, a população brasileira passou de 17,4 para 169,6 milhões de pessoas, e a expectativa de vida de um homem brasileiro subiu dos 33,4 anos em 1910 para os 64,8 anos em 2000. Entretanto, junto com o prolongamento da vida, os profissionais de saúde começaram a perceber que mesmo não havendo cura, há uma possibilidade de atendimento, com ênfase na qualidade de vida e cuidados aos pacientes, por meio de assistência interdisciplinar, e da abordagem aos familiares que compartilham deste processo e do momento final da vida – os cuidados paliativos.

Assim, ao mesmo tempo em que os cuidados paliativos são recentes no país, e desconhecidos por um grande contingente de profissionais que trabalham com pacientes em fase terminal, algumas questões se colocam: como as categorias profissionais de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social estão pensando o cuidado paliativo? Quais os aspectos que estão sendo abordados? Quais as ações desenvolvidas por cada categoria profissional sobre o termo? Há convergência entre os profissionais em relação à utilização do conceito?

Este artigo tem como objetivo analisar como as categorias profissionais descritas acima, estão abordando os cuidados paliativos. Para isso foi realizada a revisão da literatura de artigos científicos, extraídos nas bases de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online), no período compreendido entre 2000 e 2011. Os descritores utilizados foram: cuidados paliativos; cuidados paliativos e equipe interdisciplinar (médico, assistente social, psicólogo, enfermeiro). Os artigos foram selecionados após análise de título, do resumo e do conteúdo, e classificados em quatro grupos, correspondendo às categorias profissionais escolhidas para a análise, como mostra o Quadro 1.

A escolha das categorias profissionais se justifica por serem as mais próximas à abordagem dos cuidados paliativos, uma vez que estão em contato direto com os pacientes e seus familiares.

Muitos artigos encontrados no levantamento bibliográfico foram descartados, por não conterem as informações necessárias para responder as questões propostas neste trabalho, mesmo tendo os mesmos descritores propostos pela pesquisa.

Quadro 1. Artigos selecionados por categorias profissionais.

Categoria	Título do artigo	Autor	Ano de publicação
Psicologia	Psicologia e ética em Cuidados Paliativos	Castro ⁵	2001
	Psicologia Hospitalar e Cuidados paliativos	Porto e Lustosa ⁶	2010
	Propostas desenvolvidas em um Hospital Amparador - Terapia Ocupacional e Psicologia	Othero e Costa ⁷	2007
	Alunos de Psicologia e educação para a morte	Junqueira e Kovacs ⁸	2008
	O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer	Ferreira et al. ⁹	2001
Serviço Social	Sida e cuidados paliativos	Chaves ¹⁰	2008
	Crianças e adolescentes em cuidados paliativos oncológicos: a intervenção do Serviço Social junto às suas famílias	Silva ¹¹	2010
	A atuação do Serviço Social junto a pacientes terminais: breves considerações	Simão et al. ¹²	2010
	Alta Social: a atuação do assistente social em cuidados paliativos	Sodré ³	2002
	A atuação do serviço social em cuidados paliativos	Andrade ¹³	2009
Medicina	Paciente terminal e médico capacitado: parceria pela qualidade de vida	Souza e Lemonica ¹⁴	2003
	O médico diante da morte	Aleluia e Peixinho ¹⁵	2002
	Morte enfrentamento: Um olhar para a prática médica	Salgado et al. ¹⁶	2009
	A terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas	Figueiredo ¹⁷	2005
	O Papel do médico em cuidados paliativos	Consolim ¹⁸	2009
Enfermagem	Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros	Silva e Moreira ¹⁹	2011
	O enfermeiro frente ao paciente fora de possibilidade terapêutica: dignidade e qualidade no processo de morrer	Furtado et al. ²⁰	2011
	Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados	Mota et al. ²¹	2011
	Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem	Santana et al. ²²	2009
	Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem	Avanci et al. ²³	2009

Fonte: Elaboração própria.

Morte: da visão tradicional à visão contemporânea

Falar sobre a morte sempre foi um tema incômodo para muitas pessoas, tendo em vista os mistérios e tabus que envolvem o assunto. Porém “o morrer” vem se transformando com o decorrer do tempo. Com as tecnologias cada vez mais avançadas é possível retardar, atenuar, diminuir a dor do indivíduo terminal. Ou seja, a

morte tem deixado de ser um episódio para se tornar um processo³. De acordo com Ariès²⁴ a morte na idade média era vista como natural e justa. O doente era o protagonista da cena e, nos momentos que precediam a sua morte, era de fundamental importância que os amigos e familiares, incluindo crianças, estivessem presentes. Dessa forma, poderia pedir perdão aqueles que o rodeava e assim considerava-se preparado para morrer.

Para Ariès²⁴ durante os séculos XVI, XVII e XVIII, a morte foi caracterizada de maneira diferente. O homem começa a pensar mais na morte do outro, em virtude das transformações que ocorrem na concepção de família, a qual passa a ser mais fundada no afeto. A morte passa a ser encarada como inimiga, como uma violação que arranca o indivíduo do seu seio familiar.

Ariès²⁴, em seus estudos sobre a morte no ocidente, afirma que há uma mudança na forma de encarar esse fenômeno. No século XIX a morte era vista como transgressão ao afeto e à união, ao tirar o homem de sua vida cotidiana, o que gerava sentimento de melancolia nos familiares. Já no século XX a morte deve ser escondida a qualquer custo. O luto neste período é cada vez mais discreto, e as formalidades para enterrar o corpo são cumpridas rapidamente, como se houvesse uma ânsia por fazer desaparecer e esquecer tudo o que pode restar do corpo. O indivíduo que antes morria junto aos seus familiares, passa a morrer em centros médicos, compreendidos como os locais mais apropriados.

Se antes o indivíduo morria rodeado de amigos e familiares – um episódio público – agora morre só, internado, em unidades de terapia intensiva, invadido por tubos, cercado por aparelhos. Esse modelo de morte, como afirma Menezes²⁵ é denominado *morte moderna*, que vem acompanhado de um profundo processo de despersonalização dos internados em hospitais, o crescente poder médico e a desumanização dos pacientes.

Menezes²⁵ considera que o processo de medicalização social teria surgido no século XIX, e se desenvolvido no século XX, onde foram criados vários recursos para manutenção da vida. Entre eles estão: os pulmões de aço, respiradores artificiais, desfibriladores, monitores de funções corporais, aparelhos de diálise, afora as estruturas institucionais e arquiteturas hospitalares que passavam por mudanças, com a criação das Unidades de Terapia Intensivas, centro de tratamento para queimados, aparelhagem moderna e equipes altamente especializadas.

Com isso, o homem moderno vive como se jamais fosse morrer, e a morte se torna algo distante. Isto acontece devido ao avanço das tecnologias, dos estudos genéticos, da biomedicina, o ideário de culto ao corpo, excesso de atividades físicas, a juventude sendo buscada a qualquer custo, que traz a percepção de que a vida se prolonga e a morte se distancia³.

Enquanto no modelo da *morte moderna*, “a morte é, tanto para o médico como para o hospital, antes de tudo, um fracasso”²⁵, no modelo contemporâneo da *boa morte*, a equipe de saúde a compreende de modo distinto e, conseqüentemente, busca posicionar-se de nova forma. A proposta dos profissionais consiste em assistir o paciente até seus últimos momentos, buscando minimizar, tanto quanto possível, sua dor e desconforto, e dar suporte emocional e espiritual a seus familiares²⁵.

Para Floriani e Schramm²⁶, o conceito de *boa morte* tem sido empregado em cenários que requerem certas características, como a morte sem dor, de acordo com os desejos do paciente, no ambiente familiar, sem sofrimentos e em um ambiente de harmonia. Os autores mencionam que essa pode ser uma situação difícil quando há, por parte da equipe que acompanha o paciente, uma postura mais rígida quanto aos conhecimentos teóricos que baseiam as ações em cuidados paliativos. Para eles, a alta tecnologia e os cuidados paliativos não deveriam ser vistos como práticas contraditórias.

A filosofia da morte contemporânea é marcada pelo empenho dos profissionais em tornar o fim da vida do paciente em um momento digno, em assisti-lo até seu último suspiro, dar voz ao mesmo, permitir escolhas, principalmente do lugar onde deseja morrer.

Menezes²⁵ aponta que a morte contemporânea deve acontecer da maneira mais natural possível. Da mesma forma que o parto, onde a parturiente se prepara para dar à luz e existem exercícios para diminuir a ansiedade, assim também deve ser o paciente diante da morte, e nesses casos a família é de real importância. Quando o indivíduo decide morrer no seu próprio lar, os profissionais de saúde consideram os familiares como membros da equipe de cuidados paliativos, pois os mesmos auxiliarão a equipe nos cuidados com o paciente.

A filosofia da morte contemporânea ainda é recente, e será necessário um bom tempo para se estruturar, não somente na sociedade brasileira, mas no mundo como um todo, tendo em vista a dificuldade para o ser humano lidar com um assunto que, mais cedo ou mais tarde, passará também por ele. Em contrapartida, percebe-se também que já existe uma preocupação do estudo do assunto na sociedade brasileira e no mundo visto que há um envelhecimento da população, assim como um aumento da prevalência do câncer e outras doenças crônicas.

Os Cuidados Paliativos no Brasil

A história dos cuidados paliativos no Brasil é recente, tendo se iniciado na década de 1980. Conforme Peixoto²⁷ o primeiro serviço de cuidados paliativos no Brasil surgiu no Rio Grande do Sul em 1983, seguidos da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em 1986, e logo após em Santa Catarina e Paraná. Um dos serviços que merece destaque é o Instituto Nacional do Câncer – INCA, do Ministério da Saúde, que inaugurou em 1998 o hospital Unidade IV, exclusivamente dedicado aos Cuidados Paliativos.

Segundo Maciel²⁸, a unidade IV oferece cuidados paliativos em 56 leitos de enfermaria, pronto-atendimento, ambulatório e internação domiciliar, com recursos excelentes. Oferece, também, curso de especialização em Medicina Paliativa para médicos com Formação em Oncologia clínica ou cirúrgica, anestesiologia, clínica médica, geriatria, medicina geral e comunitária, formando profissionais capacitados para a prática da Medicina Paliativa. A Medicina Paliativa não tem pretensão de curar, mas busca proporcionar conforto e controle dos sintomas nos aspectos físicos, emocionais, sociais, espirituais do paciente e de seus familiares.

Em 1997, foi criada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), composta por um grupo de profissionais interessados no assunto, que propunham prática de divulgação da filosofia dos cuidados paliativos no Brasil.

Em 2000, surge o Programa do Hospital do Servidor Estadual de São Paulo que a princípio tratou de pacientes com câncer metastático, e posteriormente em 2003, criou uma enfermaria de cuidados paliativos.

Em fevereiro de 2005 foi criada a Academia Nacional de Cuidados paliativos (ANCP). A importância da mesma para o Brasil transcende os benefícios para a medicina brasileira. Para os *“paliativistas”* a fundação da academia é um marco não só para os cuidados paliativos no Brasil como para a medicina que é praticada no país. A academia foi fundada com o objetivo de contribuir para o ensino, pesquisa e otimização dos cuidados paliativos no Brasil¹.

Cabe destacar outras experiências de cuidados paliativos no Brasil, tais como: O Projeto Casa Vida, vinculado ao Hospital do Câncer de Fortaleza, no Ceará; o grupo de Cuidados Paliativos em AIDS do Hospital Emílio Ribas de São Paulo, que se tornou referência para o Brasil; o trabalho da equipe de Londrina no Programa de Internação Domiciliar da Prefeitura, assim como vários

núcleos ligados à assistência domiciliar em prefeituras no Paraná e de várias cidades do Nordeste. Existem grupos atuantes nos Hospitais de Câncer de Salvador, Barretos, Goiânia, Belém, Manaus e São Paulo, ambulatórios em Hospitais Universitários como o ambulatório da UNIFESP, capitaneado pelo Prof. Marco Túlio de Assis Figueiredo, um nome emblemático na luta pelo ensino dos Cuidados Paliativos no Brasil, as escolas de Botucatu e Caxias do Sul; o trabalho do Hospital de Base de Brasília e do Programa de Cuidados Paliativos do Governo do Distrito Federal²⁸.

De acordo com Figueiredo¹⁷, ainda que de forma lenta, há um crescimento expressivo dos cuidados paliativos no Brasil. De acordo com o mesmo autor, universidades, cursos de graduação e de pós-graduação deveriam ter em suas grades disciplinas que tratem a temática dos cuidados paliativos. No entanto, isso não acontece, e na maioria das vezes a experiência se dará apenas na prática, o que dificulta o trabalho das equipes de uma maneira geral. Muitos médicos ainda se sentem receosos ao tratar do assunto, tendo em vista que podem ser mal interpretados, ou confundidos com praticantes de eutanásia.

Dessa forma, é fundamental ampliar a discussão e a formação sobre os cuidados paliativos, aprimorando o currículo dos cursos de graduação, com disciplinas que tratem da morte e dos cuidados, e na conscientização da própria população que pouco discute a temática.

Ainda não há no Brasil uma Política Nacional de Cuidados Paliativos. O Ministério da Saúde vem consolidando formalmente os cuidados paliativos no âmbito do sistema de saúde do país, por meio de portarias e documentos, emitidos pela Agência Nacional de vigilância Sanitária e pelo próprio Ministério da Saúde. De acordo com Rabello e Rodrigues²⁹ há apenas um instrumento legal (Portaria GM/MS nº 2.439/2005) que inclui os cuidados paliativos na Política Nacional de Atenção Oncológica. Dessa forma, exclui as demais doenças e pacientes que também necessitam desses cuidados, em uma linha que contemple todos os níveis de atenção.

As principais dificuldades apresentadas para o trabalho de cuidados paliativos no Brasil, conforme notícia veiculada pela Fundação do Câncer em 2010, são: a inclusão dos Cuidados Paliativos na atenção básica; o atestado de óbito em domicílio; a “cesta básica” de medicamentos, que é muito cara; e, o armazenamento, a distribuição e o descarte de remédios opiáceos que aliviam a dor³⁰.

O Reino Unido fica com o primeiro lugar em qualidade de morte, e é um exemplo da impor-

tância de se reconhecer os Cuidados Paliativos na medicina. Lá, desde 1987, a medicina paliativa é considerada uma especialidade médica. No Brasil, somente em agosto de 2011 é que a medicina paliativa veio se tornar uma área de atuação médica, segundo resolução 1973/2011 do Conselho Federal de Medicina³¹.

As abordagens das categorias profissionais de saúde nos cuidados paliativos

Os cuidados paliativos pressupõem a ação de uma equipe multiprofissional, já que a proposta consiste em cuidar do indivíduo em todos os aspectos: físico, mental, espiritual e social. O paciente em estado terminal deve ser assistido integralmente, e isto requer complementação de saberes, partilha de responsabilidades, onde demandas diferenciadas se resolvem em conjunto.

A compreensão multideterminada do adoecimento proporciona à equipe uma atuação ampla e diversificada que se dá através da observação, análise, orientação, visando identificar os aspectos positivos e negativos, relevantes para a evolução de cada caso³². Além disso, os saberes são inacabados, limitados, sempre precisando ser complementados. O paciente não é só biológico ou social, ele é também espiritual, psicológico, devendo ser cuidado em todas as esferas, e quando uma funciona mal, todas as outras são afetadas.

É de fundamental importância para o paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura que a equipe esteja bastante familiarizada com o seu problema, podendo assim ajudá-lo e contribuir para uma melhora.

Serão descritas, a seguir, as abordagens que as categorias profissionais de serviço social, psicologia, enfermagem e medicina trazem sobre o cuidado paliativo nos vinte artigos selecionados para esta pesquisa, apontando para três situações: principais aspectos abordados; despreparo profissional e ações desenvolvidas.

Serviço Social

O assistente social desempenha dois papéis importantes em cuidados paliativos: o primeiro é o de informar a equipe, quem é o paciente do ponto de vista biográfico: onde ele vive, em que condições o paciente se encontra pra receber o atendimento da equipe, que, com as informações dos demais profissionais poderá ser planejado como vai ser o tratamento do paciente. O segundo papel consiste no elo que este profissional faz entre o paciente-família e a equipe³³.

O acolhimento e a escuta são características do trabalho deste profissional, que quando se depara com paciente em processo de morte, deve saber colher as informações no tempo certo, dar voz ao indivíduo e seus familiares, deixando-os extravasar suas tristezas e insatisfações com o problema. Conhecer a situação socioeconômica do paciente, os serviços disponíveis, as redes de suporte e canais para atender a demanda dos usuários, são outras atribuições do assistente social.

Os artigos selecionados mostram uma insatisfação dos profissionais de serviço social quanto ao próprio currículo, que não abrange essa temática.

Os temas mais abordados nos artigos que tratam do serviço social e cuidados paliativos foram: o trabalho do serviço social com as famílias dos pacientes terminais, a importância de uma equipe multiprofissional no cuidado a este paciente, e a comunicação do óbito aos familiares. Embora esta seja responsabilidade do médico, há a necessidade do assistente social ficar em alerta neste evento, pois precisará oferecer suporte e orientações quanto ao sepultamento, principalmente aos familiares que não têm condições de provê-lo. O conceito de cuidado paliativo utilizado pelos assistentes sociais nos artigos é o formulado pela Organização Mundial da Saúde.

Os assistentes sociais em cuidados paliativos contribuem para o fortalecimento das relações entre os pacientes e seus entes queridos, providenciam os recursos necessários aos cuidados básicos dos indivíduos para que o mesmo tenha uma morte digna.

Psicologia

O psicólogo diante da terminalidade humana, busca a qualidade de vida do paciente, amenizando o sofrimento, ansiedade e depressão do mesmo diante da morte. A atuação do psicólogo é importante tanto no nível de prevenção, quanto nas diversas etapas do tratamento.

Pode ajudar os familiares e os pacientes a quebrarem o silêncio e falarem sobre a doença, fornecendo aos mesmos as informações necessárias ao tratamento, que muitas vezes é negado pela própria família, pois consideram melhor manter o paciente sem a informação. Esse posicionamento da família é denominado em cuidados paliativos como a *conspiração do silêncio*. Assim o psicólogo contribui para que os doentes e familiares falem sobre o problema, favorecendo a elaboração de um processo de trabalho que ajudará o paciente a enfrentar a doença, cons-

truindo experiências de adoecimento, processo de morte e luto³⁴.

O trabalho do psicólogo em cuidados paliativos consiste em atuar nas desordens psíquicas que geram estresse, depressão, sofrimento, fornecendo um suporte emocional à família, que permita a ela conhecer e compreender o processo da doença nas suas diferentes fases, além de buscar a todo tempo, maneiras do paciente ter sua autonomia respeitada.

Ferreira et al.⁹ aponta que o psicólogo deve ter a percepção do fundamento religioso que envolve o paciente, como alternativa para reforçar o suporte emocional, proporcionando ao mesmo, entender o sentido da sua vida, do seu sofrimento e do seu adoecimento, o que é considerado por alguns autores como a psicologia da religião.

A escuta e o acolhimento são instrumentos indispensáveis ao trabalho do psicólogo para conhecer a real demanda do paciente, além de ter que possuir uma boa comunicação interpessoal seja em linguagem verbal ou não, firmando assim uma relação de confiança com o paciente.

Os temas mais comentados nos artigos referentes à psicologia foram: a apresentação da morte no tempo e no espaço, a importância da equipe multiprofissional no trabalho em cuidados paliativos, bioética, ansiedade, depressão, eutanásia, mistanásia, ortotanásia e distanásia. O conceito de cuidados paliativos utilizado também é o formulado pela OMS.

Da mesma forma, é necessária uma proposta de mudança curricular, que atenda a carência dos alunos em relação à tanatologia (estudo da morte) oportunizando aos mesmos uma atuação profissional mais completa, tornando-os mais eficientes na atuação para cumprir um dos principais objetivos do atendimento psicológico aos pacientes terminais, que é passar aos mesmos que o momento crítico da doença pode ser compartilhado, estimulando e buscando recursos internos para assim atenuar sentimentos de derrota e solidão, favorecendo a ressignificação desta experiência de adoecer⁹.

Enfermagem

A enfermagem é uma das categorias desta pesquisa que mais publicam sobre o cuidado paliativo. Segundo Matos e Moraes³⁵ a enfermagem pode ser definida como a arte e a ciência de se assistir o doente nas suas necessidades básicas e, em se tratando de cuidados paliativos, pode-se acrescentar que busca contribuir para uma sobrevivência mais digna e uma morte tranquila.

Nos artigos de enfermagem selecionados para esta pesquisa, os enfermeiros relatam que o currículo profissional da categoria carece de disciplinas voltadas para a finitude humana, e que se sentem despreparados para lidar com os pacientes que estão à morte. Fogem, por vezes, da discussão, dando desculpas e promessas de recuperação ao paciente, quando a morte é praticamente inevitável.

Há convergências das outras categorias profissionais com a enfermagem no trato ao cuidado paliativo. Os artigos de enfermagem selecionados para elaboração deste trabalho utilizam o mesmo conceito da OMS, para definir os cuidados paliativos, e unem a temática a uma proposta de cuidado mais humanizada, não como uma obrigação, mas sim como um ato de respeito e solidariedade²².

Segundo Matos e Moraes³⁵ os requisitos básicos para atuação da enfermagem paliativa consiste no conhecimento da fisiopatologia das doenças malignas degenerativas, anatomia e fisiologia humana, farmacologia dos medicamentos utilizados no controle dos sintomas, técnicas de conforto bem como a capacidade de estabelecer boa comunicação.

O enfermeiro que atua em cuidados paliativos do paciente com câncer, precisa saber orientar tanto o paciente quanto a família nos cuidados a serem realizados, esclarecendo a medicação, e os procedimentos a serem realizados. Portanto, o enfermeiro deve saber educar em saúde de maneira clara e objetiva, sendo prático em suas ações, visando sempre o bem estar dos seus pacientes.

A enfermagem é uma das categorias que mais se desgastam emocionalmente devido à constante interação com os pacientes enfermos, as constantes internações, muitas vezes acompanhando o sofrimento, como a dor, a doença e a morte do ser cuidado.

Em busca do bem estar do paciente terminal, o enfermeiro busca realizar ações de confortar o mesmo, além dos cuidados básicos e fisiopatológicos que o paciente necessitar, realizando quando possível seus anseios, desejos e vontades.

Assim, o profissional de enfermagem é fundamental para equipe de cuidados paliativos, pela essência de sua formação que se baseia na arte do cuidar. A importância da categoria a esses cuidados ficou evidente desde os primórdios da ideologia, partindo do princípio que essa maneira de cuidar do paciente oferecendo qualidade de vida nos seus últimos dias partiu do conhecimento de uma enfermeira, Cicely Saunders, que depois cursou medicina e serviço social.

Medicina

O médico tem a sua formação voltada para o tratamento e o diagnóstico das doenças. No entanto, em cuidado paliativo, o foco não é a doença e sim o doente, tendo o médico que rever os seus conceitos, conhecer o limite do seu fazer e saber trabalhar em equipe, pois as demandas do paciente estão para além do aparato físico devendo, também, ser trabalhado o lado psicológico, social e espiritual.

Segundo o Manual dos Cuidados Paliativos¹, as equipes de saúde trabalham de maneira hierarquizada, onde cada profissional tem seu papel reconhecido socialmente de forma diferente, dentro da equipe. O médico tem o papel determinante dentro do grupo, e se ele não aceitar determinada situação todo o trabalho da equipe pode se perder. O Manual também aponta a principal atuação do médico em cuidados paliativos, que seria o de coordenar a comunicação entre os profissionais envolvidos, o paciente e a família, que esperam ouvir do médico informações do diagnóstico e prognóstico da doença. É de extrema relevância que o médico tenha uma boa comunicação com a equipe, para que todos tenham a mesma postura.

Apesar do Manual dos Cuidados Paliativos tratar a categoria de medicina como determinante e de liderança dentro da equipe de cuidados paliativos, considero que este argumento deve ser debatido, tendo em vista que a filosofia preconiza a ação de uma equipe multidisciplinar, onde cada um tem a sua importância. Haverá momentos do trabalho em que uma categoria pode sobressair, mas isso não significa que esta categoria tenha um papel determinante dentro do grupo.

O médico deve atuar em conjunto com o paciente, orientando sem coagir, mostrando-lhe os benefícios e as desvantagens de cada tratamento, de forma inteligível a seu entendimento. Agindo assim o médico se torna um facilitador para toda a equipe trabalhando de maneira a ajudar os familiares e o paciente terminal a exercer sua autonomia¹⁸.

Como as demais categorias em debate, o médico também passa por dificuldades ao tratar o paciente terminal, pois são aqueles que desafiam a capacidade e os limites destes profissionais, carecendo de apoio físico e emocional.

Quando a morte é inevitável a sensação que aparece é o de fragilidade deste “poder de curar”, causando em muitos profissionais a sensação de fracasso profissional.

Diante desta dificuldade em lidar com a finitude humana, muitos médicos se distanciam do moribundo e até mesmo o tratam não como uma pessoa, mas como um objeto que necessita da sua intervenção.

A partir desta afirmação podemos perceber que cada médico formará a sua própria percepção de morte baseado em suas vivências e experiências anteriores. No entanto, a morte desencadeia sentimentos que não somente marcam a pessoa que está morrendo, mas também médicos e profissionais de saúde e, como aponta Salgado et al.¹⁶, o posicionamento ideal do médico deve ser compreender o que o paciente sente, identificar-se parcialmente com ele, mas não sofrer como se fosse ele, atitude difícil de se manter, como menciona o autor.

A partir da leitura dos artigos selecionados para a realização desta pesquisa, percebe-se que os médicos estão lutando para fazer a filosofia dos cuidados paliativos ser mais conhecida e difundida no Brasil. A medicina paliativa tornou-se uma área de atuação médica no país em agosto de 2011. Os médicos que ingressarem em programas de residências de clínica médica, oncologia, geriatria e gerontologia, medicina de família e comunidade, pediatria e anesthesiologia, podem receber treinamento adicional específico na área de medicina paliativa. Segundo resolução 1973/2011 do Conselho Federal de Medicina (CFM), os médicos interessados devem cursar mais um ano para receber o título de paliativista que será oferecido pela Associação Médica Brasileira (AMB)³¹.

Os artigos de medicina selecionados para elaboração desta pesquisa se baseiam no conceito da OMS para os cuidados paliativos. A visão dos médicos sobre a ideologia e em relação ao conceito é a mesma das demais categorias estudadas. Os médicos valorizam a qualidade de vida, o princípio da beneficência, não maleficência e da justiça aos pacientes terminais.

O currículo do médico, como os dos demais profissionais de saúde, também carece de disciplinas que tratem mais de tanatologia. Conforme sinalizam Souza e Lemônica¹⁴ a universidade é pouco preocupada com a formação humana de seus alunos, primando pela informação técnica, ou seja, o futuro profissional sairá da academia prejudicado, pois se sentirá despreparado para assumir e resolver situações que estão para além da técnica, e o trato aos pacientes terminais é um desses casos.

Segundo a ANCP¹, ainda hoje, no Brasil, a graduação em medicina não ensina ao médico

como lidar com o paciente em fase terminal, como reconhecer os sintomas e como administrar esta situação de maneira humanizada e ativa. No entanto, o médico nos cuidados paliativos é um profissional importante. Ele contribuirá para fornecer esclarecimentos sobre diagnósticos e prognósticos para o paciente cuja morte é inevitável, orientando a equipe, mantendo sempre uma boa comunicação com os demais profissionais, para que o paciente tenha dignidade nos últimos de sua vida. Portanto quando não se pode mais curar, ainda se pode cuidar e se ter uma boa relação entre médicos e pacientes.

Considerações finais

Os artigos selecionados mostram que as categorias trabalhadas utilizam o conceito da OMS acerca dos cuidados paliativos. Trazem em predominância experiências de pacientes com câncer em estágio terminal. Apenas um artigo vem tratando de cuidados paliativos em portadores do HIV. O que pode explicar tal fato é que os cuidados paliativos na sua origem eram direcionados aos pacientes com câncer, e só depois agregados a outras comorbidades.

No processo de revisão da literatura para a elaboração deste artigo, constatou-se que a categoria que mais publica na temática é a enfermagem, devido à própria essência da formação baseada na arte do cuidar. A categoria com menor número de publicações é o serviço social, embora tenha um papel importante dentro da equipe, e representação nas maiores instituições que tratam de cuidado paliativo no Brasil.

A morte é um tabu a ser desconstruído por todas as categorias. Alguns artigos mencionam a mesma como um fracasso para o profissional, ao invés de um episódio que faz parte da vida. A dificuldade em lidar com a morte é mencionada nos textos, o que faz com que muitos profissionais encontrem alternativas para não se deparar com a situação: mascaram a morte, fogem dos pacientes terminais, não falam com o paciente sobre o assunto, não criam vínculos e dispensam um tratamento pouco individualizado.

Outro ponto que merece destaque na pesquisa é a carência de disciplinas que envolvam os cuidados paliativos e o tema da morte na academia. Em todos os artigos aparece a insatisfação

dos profissionais quanto à problemática. É necessária a reformulação dos currículos que permita ao profissional realizar ações mais eficazes, quando acionados a tratar de pacientes que estão à morte. Vale ressaltar que a academia não vai preparar o profissional para a atuação no campo, mas pode contribuir promovendo o debate. Assim, o profissional encontrará maior segurança quando se deparar com a temática da morte e no trato a pacientes fora de possibilidades de cura.

De acordo com o Quadro 2, os aspectos mais comuns levantados pelas categorias em cuidados paliativos foram: humanização do atendimento, despreparo profissional em relação à morte, eutanásia, distanásia, ortotanásia, mistanásia, currículos que carecem de disciplinas voltadas para a tanatologia.

Como já mencionado anteriormente, a categoria de enfermagem é a que mais se desgasta emocionalmente com a morte do paciente, devido à interação com ele, às constantes internações, acompanhando a dor e o sofrimento dos mesmos. Embora a categoria nos artigos enfatize a importância do atendimento humanizado, os próprios profissionais referem que falham neste aspecto, que ainda há muita carência desse tipo de atendimento aos pacientes terminais, mas que muitos buscam fazer o que podem para que o paciente viva os seus últimos dias com qualidade, seja ouvindo o seus lamentos, histórias ou realizando seus últimos desejos, tornando assim o atendimento mais humanizado.

Os Cuidados Paliativos preconizam humanizar a relação equipe de saúde-paciente-família, e proporcionar uma resposta razoável para as pessoas portadoras de doenças que ameaçam a continuidade da vida, desde o diagnóstico dessa doença até seus momentos finais³⁶.

A medicina paliativa busca o seu espaço, para que não somente o paciente com possibilidades de cura seja atendido, mas os que sofrem com doenças em que a morte é inevitável também, pois a medicina científica não deve ser antagônica da medicina paliativa, mas devem ser simbióticas¹⁷. A morte digna é de grande significado para o doente e também para o profissional que é compreensivo e solidário.

Assim, muito se tem a caminhar quando se trata de cuidados paliativos, e os profissionais de saúde em geral precisam conhecer e explorar essa temática que é tão rica, porém pouco discutida.

Quadro 2. Resultados alcançados na pesquisa.

Categoria profissional	Aspectos abordados	Ações desenvolvidas	Pontos de convergência das categorias profissionais
Psicologia	Sofrimento, depressão, ansiedade diante da morte, conspiração do silêncio; apresentação da morte no tempo e no espaço.	Atua nas desordens psíquicas que geram estresse, depressão, sofrimento; fornecer suporte emocional; acolher, escutar.	- Carência de disciplinas que tratem da morte na academia; - Utilizam o conceito da OMS para os cuidados paliativos;
Serviço Social	Trabalho com famílias dos pacientes terminais, comunicação do óbito, importância da equipe multiprofissional na abordagem ao paciente.	Fortalecer as relações entre pacientes e seus entes queridos e a equipe; orientar e prestar suporte quanto a sepultamentos; informar a equipe quem é o paciente no ponto de vista biográfico (em que situação vive e quais condições em que vive); acolher, escutar.	- Acolhimento, escuta, respeito à autonomia do paciente; - Reconhecem a importância de uma equipe multiprofissional no trato ao paciente fora de possibilidades terapêuticas;
Medicina	Princípios básicos da bioética; dificuldade do profissional lidar com a morte; honestidade na relação médico-paciente, boa comunicação com o paciente-família e equipe.	Fornecer esclarecimentos sobre e diagnósticos e prognósticos; acolher; escutar.	- Humanização do atendimento; - Eutanásia, distanásia, Ortotanásia e mistanásia
Enfermagem	Humanização do atendimento; despreparo profissional para lidar com a morte; qualidade de vida.	Orientar tanto o paciente quanto a família nos cuidados a serem realizados, esclarecendo a medicação, e os procedimentos a serem realizados; acolher, escutar	- Despreparo profissional para lidar com a morte. - Acolhimento, escuta.

Fonte: Elaboração própria.

Colaboradores

HR Hermes foi a responsável pela concepção do artigo e revisão bibliográfica, participando da elaboração dos conceitos. ICA Lamarca participou da elaboração dos conceitos e fez a revisão do texto.

Referências

1. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *Manual de cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Diagramic; 2009.
2. Rodrigues IG. *Cuidados Paliativos: Análise de conceito* [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2004.
3. Sodré F. Alta Social: a atuação do Serviço social em cuidados paliativos. *Serviço Social e Sociedade* 2002; 82:131-147.
4. IBGE. *Estatísticas do Século XX*. 2003. [página da Internet]. [acessado 2013 jan 23]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/29092003estatisticasecxhtml.shtm>
5. Castro DA. Psicologia e ética em cuidados paliativos. *Psicol. cienc. Prof.* 2001; 4(21):44-51.
6. Porto G, Lustosa MA. Psicologia Hospitalar e cuidados paliativos. *Rev. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar* 2010; 1(13):76-93.
7. Othero M, Costa D. Propostas desenvolvidas em cuidados paliativos em um Hospital Amparador-Terapia Ocupacional e Psicologia. *Revista Prática Hospitalar* 2007; 9(52):157-160.
8. Junqueira MH, Kovacs MJ. Alunos de Psicologia e Educação para a morte. *Revista Psicologia ciência e profissão* 2008; 28(3):506-519.
9. Ferreira APQ, Lopes LQF, Melo MCB. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. *Rev. SBPH* 2011; 14(2):85-98.
10. Chaves I. *SIDA e Cuidados Paliativos*. [página na internet] 2008. Lisboa. [acessado 2013 jun 6]. Disponível em: <http://www.cpihts.com/PDF02/In%20C3%AA%20Chaves.pdf>
11. Silva TC. Crianças e adolescentes em cuidados paliativos oncológicos: a intervenção do Serviço Social junto às suas famílias. *Revista Pol. Públ. São Luís* 2010; 14(1):139-146.
12. Simão AB, Santos F, Oliveira LF, Santos RA, Hilário RC, Caetano SC. A atuação do Serviço Social junto a pacientes terminais: breves considerações. *Revista Serviço Social & Sociedade* 2010; 102:352-364.
13. Andrade L. A Atuação do Serviço Social em Cuidados Paliativos. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). *Manual de cuidados paliativos*. São Paulo: ANCP; 2009. p. 221-223.
14. Souza MTM, LEMONICA L. Paciente terminal e médico capacitado: Parceria pela qualidade de vida. *Rev. Bioética* 2003; 11(1):83-100.
15. Aleluia LM, Peixinho AL. O médico diante da morte: Aspectos da relação médico-paciente terminal. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 2002; 14(3):99-102.
16. Salgado CL, Malheiros ESA, Porto RR, Neto JAF, Chein MBC, Brito LMO, Vasconcelos CB. Morte e enfrentamento: Um olhar para a prática médica. *Revista prática Hospitalar* 2009; (66):116-119.
17. Figueiredo MTA. Reflexões sobre os Cuidados Paliativos no Brasil. *Rev Prática Hospitalar* 2006; 8(47):36-40.
18. Consolim L. O papel do Médico na equipe de Cuidados Paliativos. *Manual de Cuidados Paliativos*. São Paulo: ANCP; 2009. p. 214-215.
19. Silva MM, Moreira MC. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. *Acta Paul Enferm* 2011; 24(2):172-178.
20. Furtado AM, Souza SRO, Ramos JS, Ferreira MCA. O enfermeiro frente ao paciente fora de possibilidade terapêutica: dignidade e qualidade no processo do morrer. *Rev Enferm. Global* 2011; 10(22):1-8.
21. Mota MS, Gomes GC, Coelho MF, Lunardi WD, Souza, LD. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Rev Gaúcha Enferm* 2011; 32(1):129-135.
22. Santana JCB, Campos ACV, Rezende MAE, Barbosa BDG, Dutra BS, Baldessari CEF. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. *Bioethikós* 2009; 3(1):77-86.
23. Avanci BS, Góes FGB, Carolindo FM, Netto NPC. Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. *Esc. Anna Nery* 2009; 13(4):708-716.
24. Ariès P. *Sobre a história da morte no ocidente desde a idade média*. Lisboa: Teorema; 1981.
25. Menezes RA. Tecnologia e "Morte Natural": o morrer na contemporaneidade. *Physis* 2003; 13(2):367-385.
26. Floriani CA, Schramm FR. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Cien Saude Colet* 2008; 13(Supl. 2):2123-2132.
27. Peixoto AP. Cuidados Paliativos. *Sociedade de Tanatologia e Cuidado Paliativo de Minas Gerais*. 2004. [página na Internet]. [acessado 2013 Junho 06]. Disponível em: <http://www.sotamig.com.br/downloads/Cuidados%20Paliativos%20-%20generalidades.pdf>
28. Maciel MG. A terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. *Rev Prática Hospitalar* 2006; (47):46-49.
29. Rabello CAFG, Rodrigues PHA. Saúde da família e cuidados paliativos infantis: ouvindo os familiares de crianças dependentes de tecnologia. *Cien Saude Colet* 2010; 15(2):379-388.
30. Fundação do Câncer. *Expansão dos cuidados paliativos*. [página na Internet]. 2010. Rio de Janeiro. [acessado 2013 jul 11]. Disponível em: <http://www.cancer.org.br/noticia/275/expansao-dos-cuidadospaliativos>
31. Brasil. Resolução CFM Nº 1973, de 14 de julho de 2011. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM Nº 1.845/08, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). *Diário Oficial da União* 2001; 1 ago.
32. Juber J, Riba JP. Equipe multidisciplinar em cuidados paliativos. *Rev Prática Hospitalar* 2009; 62(11):135-137.
33. Santos CF. A atuação de assistente social em cuidados paliativos. In: Figueiredo MTA, organizadores. *Coletânea de textos sobre cuidados paliativos e Tanatologia*. São Paulo: Unifesp; 2006. p. 62-65.

34. Nunes L. O papel do psicólogo na equipe de Cuidados Paliativos. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). *Manual de Cuidados Paliativos*. São Paulo: ANCP; 2009. p. 218-220.
35. Matos FA, Moraes TM. A Enfermagem nos cuidados paliativos. In: Figueiredo MTA, organizadores. *Coletânea de textos sobre cuidados paliativos e Tanatologia*. São Paulo: Unifesp; 2006. p. 49-62.
36. Araújo C. Fundada a Academia de cuidados paliativos. *Revista prática Hospitalar* 2005; 7(38). [página na internet]. [acessado 2013 jun 11] Disponível em: <http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=historia>

Artigo apresentado em 30/04/2013

Aprovado em 22/05/2013

Versão final apresentada em 17/06/2013