

coleção

Coren/SC Orienta

Vol.04 - Parte 1

## **Enfermagem em Cuidados Paliativos**

Florianópolis - SC - 2016



## **GESTÃO PARTICIPAÇÃO 2015-2017**

### **DIRETORIA**

#### **Presidente**

Enf. Msc. Helga Regina Bresciani – Coren/SC 29.525

#### **Secretária**

Enf. Dra. Angela Maria Blatt Ortiga – Coren/SC 33.635

#### **Tesoureira**

Téc. de Enf. Alessandra Junkes Coutinho – Coren/SC 183.306-TE

### **Membros Efetivos**

Enf. Dra. Angela Maria Blatt Ortiga – Coren/SC 33.635

Enf. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos – Coren/SC 9.406

Enf. Msc. Helga Regina Bresciani – Coren/SC 29.525

Enf. Msc. Ioná Vieira Bez Birolo – Coren/SC 58.205

Enf. Msc. Maria do Carmo Vicensi – Coren/SC 61.288

Téc. de Enf. Alessandra Junkes Coutinho – Coren/SC 183.306-TE

Téc. de Enf. Edison Farias Alves – Coren/SC 220.278-TE

Téc. de Enf. Rafaela Serpa – Coren/SC 296.537-TE

Aux. de Enf. Marlene Serafim – Coren/SC 389.236-AE

### **Membros Suplentes**

Enf. Esp. Ana Paula da Silva Maciel – Coren/SC 201.279

Enf. Esp. Elizimara Ferreira Siqueira – Coren/SC 82.888

Enf. Esp. Fabiana dos Santos Marcoski – Coren/SC 111.279

Enf. Msc. Jerry Schmitz – Coren/SC 80.977

Enf. Msc. Otilia Cristina Coelho Rodrigues – Coren/SC 86.891

Téc. de Enf. Márcia Cristina Vicente – Coren/SC 90.411-TE

Téc. de Enf. Missia Mesquita Páscoa – Coren/SC 139.423-TE

Téc. de Enf. Priscila Rodrigues da Cunha – Coren/SC 575.913-TE

Aux. de Enf. Rosângela Borges da Silva – Coren/SC 586.762-AE

## **COMISSÃO DE ÉTICA DO COREN/SC**

### **Membros Efetivos**

Enf. Msc. Maria do Carmo Vicensi – Coren/SC 61.288 – Coordenadora

Enf. Msc. Bernadette Kreutz Erdtmann – Coren/SC 62.472

Enf. Esp. Elizandra Faria de Andrade – Coren/SC 83.641

Enf. Giana Marlize Boeira Poetini – Coren/SC 104.054

Enf. Msc. Maristela Jeci dos Santos – Coren/SC 58.528

### **Membros Suplentes**

Enf. Esp. Ana Paula da Silva Maciel – Coren/SC 201.279

Enf. Esp. Daiane Demetrio Vieira – Coren/SC 220.089

Enf. Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas – Coren/SC 43.949

Enf. Esp. Michele de Souza Andrade – Coren/SC 104.141



**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA**

## **COLEÇÃO COREN/SC ORIENTA**

### **ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS Vol. 4 - Parte 1**

#### **ORGANIZAÇÃO**

*Maria do Carmo Vicensi*

#### **ELABORAÇÃO**

*Ana Paula da Silva Maciel*

*Bernadette Kreutz Erdtmann*

*Dulcinéia Ghizoni Schneider*

*Elizandra Faria Andrade*

*Giana Marlize Boeira Poetini*

*Jerry Schmitz*

*Luciana Martins da Rosa*

*Mara Ambrosina de Oliveira Vargas*

*Maria do Carmo Vicensi*

*Maristela Jeci dos Santos*

*Michele de Souza Andrade*

#### **COLABORAÇÃO**

*Helga Regina Bresciani*

*Sara Caprario*

#### **PROJETO GRÁFICO**

*Karen Nascimento Ramos*



**LETRA**  
editorial

Florianópolis, 2016

## **2016. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina**

### **Conselho Regional de Enfermagem – Santa Catarina**

#### **Elaboração, distribuição e informações:**

#### **Conselho Regional de Enfermagem – SC**

Avenida Mauro Ramos, nº 224, Centro Executivo Mauro Ramos, 6º, 7º, 8º e 9º andares  
88020-300 – Florianópolis – SC

Fone/Fax: (48) 3224 9091

Site: [www.corensc.gov.br](http://www.corensc.gov.br)

#### **Editora Letra Editorial**

E56 Enfermagem em cuidados paliativos / Organização: Maria do Carmo Vicensi ... [et al.]. - Florianópolis : Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina : Letra Editorial, 2016.  
60p. – (COREN/SC orienta; v.4)

ISBN: 978-85-64747-11-1

1. Enfermagem. 2. Cuidados Paliativos. 4. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. I. Vicensi, Maria do Carmo.  
II. Série. III. Título.

CDU 616-083

*Catálogo na fonte: Bibliotecária Bruna Rosa Leal CRB 14/1459*

## Apresentação

O cuidado em Enfermagem é inerente à nossa profissão, pois em qualquer área que estivermos atuando sempre estamos estabelecendo uma relação com as pessoas. Desde a prevenção até a assistência no limiar entre a vida e a morte, são os profissionais de Enfermagem que estão sempre ao lado das pessoas e sabem que cada ser é único e exige diferenciação no atendimento. E nessa etapa complexa, que é cuidar de pessoas no fim da vida, surgem os desafios.

Cuidados paliativos exigem esforços ainda maiores de uma equipe de saúde, pois é preciso ampliar a visão e olhar o entorno que abrange familiares, acompanhantes e demais profissionais envolvidos.

Nessa publicação reunimos alguns artigos de especialistas que demonstram vários aspectos da área, iniciando pelas referências históricas, passando pelas fases da assistência, as políticas de atenção, o controle dos sintomas, a perspectiva bioética e a finitude humana.

Os profissionais que atuam com cuidados paliativos precisam estar sempre almejando a qualidade de vida e o conforto físico e espiritual das pessoas, portanto, o ato de cuidar do cuidador também é uma importante ferramenta nesse contexto. Esse livro da Série Coren/SC Orienta vem cumprir também esse papel, trazendo informações, dados e embasamento para um trabalho eficiente, de qualidade e com muita responsabilidade.

Ao descrever que é preciso refletir sobre o tema, aproximando-se da morte e partindo do princípio que essa fase faz parte da vida, o profissional de Enfermagem pode adquirir habilidades para transformar o modo de encarar esses momentos, permitindo-se ficar mais leve e sereno diante dessa atividade.

Aproveite cada texto a seguir para refletir, aprender, compartilhar com os colegas e utilizar como instrumento de qualificação e, mais do que isso, de cuidado com você mesmo!

*Enf. Msc. Helga Regina Bresciani*

*Presidente do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina, 2015-2017*



# Sumário

1

**Referências Históricas: Definições e princípios em cuidados paliativos.**

Pág. 12

2

**Políticas de atenção de cuidados paliativos – critérios para implantação de um serviço em cuidados paliativos.** Pág. 22

3

**Controle de sintomas em cuidados paliativos.** Pág. 34

4

**Perspectiva bioética no contexto dos cuidados paliativos.** Pág. 44

5

**Finitude humana.** Pág. 54



---

**REFERÊNCIAS HISTÓRICAS: DEFINIÇÕES E  
PRINCÍPIOS EM CUIDADOS PALIATIVOS**

---

## Referências Históricas: Definições e princípios em cuidados paliativos

Ana Paula da Silva Maciel  
Bernadette Kreutz Erdtmann  
Elizandra Faria Andrade  
Giana Marlize Boeira Poetini  
Mara Ambrosina de Oliveira Vargas  
Michele de Souza Andrade

Cuidar de pessoas em fim de vida foi uma prática corrente ao longo da evolução do mundo, muito antes da existência do “cuidado paliativo”.

Para Waldow (2010), o cuidado é visto como um fenômeno existencial porque faz parte do ser e, este ser se difere dos demais por ser humano e relacional. Isto só se dá, porque ocorre na convivência com outras pessoas, assumindo desta forma, inúmeras variações, com intensidades e diferenças que fazem de cada cuidado, um “ser” único, justificando assim, as diversas maneiras de cuidar.

Ao definirmos a Enfermagem, seja em termos de profissão e campo da ciência, seja no sentido de designar uma área da atividade humana, dificilmente conseguiremos fazê-lo, sem citar o ato de cuidar como aspecto inerente ao tema. É fato patente que o cuidado está presente em praticamente todos os momentos que compõem o cotidiano desta profissão, não apenas no processo de prestação de cuidados diretos, na execução de procedimentos, mas em todas as formas pelas quais se estabelece a relação terapêutica junto ao doente, por meio de um olhar atento, da escuta compreensiva ou na expressão de uma palavra de conforto e carinho. Assim, a prática do cuidado se revela de forma simples, quase imperceptível aos olhos de um observador desatento, mas assume um valor incalculável para aquele que recebe o cuidado.

Boff (2000, p 33), provoca a reflexão de que cuidado “é mais do que um ato, é uma atitude. Atitude de ocupação, preocupação, responsabilidade e de desenvolvimento afetivo com o outro”. Reforça tal pensamento, Leininger (1991) em seus pressupostos sobre cuidados de Enfermagem ao afirmar que pode haver cuidado sem ser para cura. Apesar das limitações de conhecimentos científicos e técnicos relativos ao período histórico dos cuidados paliativos, aliviar o sofrimento do outro e ajudá-lo a morrer em paz era essencial para aqueles que prestavam assistência aos então chamados, moribundos. A história da civilidade aponta personagens relevantes pelo desenvolvimento de um cuidado diferenciado com foco específico no fim da vida humana.

Na cultura ocidental, a concepção específica da criação de espaços para acolher um

enfermo, cuidá-lo e dar-lhe dignidade (*hospice*), surgiu durante a Idade Média, com a construção das "casas de hóspedes" nas margens das estradas para cuidar dos peregrinos e viajantes, que adoeciam ao longo do caminho, como o de Santiago de Compostela (MACIEL, 2008).

A palavra francesa "*hospice*" é tradução do vocábulo latino *hospitium*, cujo significado é "hospedagem, hospitalidade" e traduz um sentimento de acolhimento. Naquela época o *hospitium* significava tanto o local, como o vínculo que se estabelecia entre as pessoas. Posteriormente o tema foi relacionado aos hospitais, conventos e asilos. Hoje, *hospice* mais do que um lugar, é uma filosofia de cuidado. É todo um conjunto de ações destinadas a proporcionar conforto e assistência a um paciente com expectativa de vida de semanas ou poucos meses.

No século IV, a romana Fabíola criou abrigos para acolher enfermos e famintos, colocando sua casa à disposição para os carentes, praticando a caridade cristã, oferecendo alimentos, acolhendo os estrangeiros além de visitar os doentes e os prisioneiros dando origem ao movimento "*hospice*". Em 1842, Jeanne Garnier fundou o primeiro *hospice* da Europa para receber pessoas no fim de vida, o *Hospice* de Lyon. Em 1905, na Grã-Bretanha, as Irmãs Irlandesas da Caridade (Irish Sister of Charity) fundaram o St. Joseph. Sua fundadora, Madre Mary Aikenhead, era contemporânea de Florence Nightingale e fundou em Dublin o "Our Lady's Hospice". Neste período outros *hospices* foram abertos na Inglaterra, entre eles o St. Luke's Home (1893), fundado pelo médico Howard Barret (Matsumoto, 2012 e Maciel, 2008).

Unindo os valores humanitários do passado somado aos conhecimentos atuais da medicina moderna, Cicely Saunders, assistente social, enfermeira e posteriormente médica, resgata a prática dos cuidados paliativos ao fundar em 1967, na Inglaterra, o St. Christopher's Hospice, propagando a filosofia dos cuidados paliativos para outros países da Europa e diferentes continentes (MATSUMOTO, 2012 e MACIEL, 2008).

Considerada pioneira nos cuidados paliativos, dedicou a vida laboral em prol da assistência humanizada a doentes oncológicos em fase final de vida, com o objetivo de lhes oferecer uma morte mais digna. O St. Christopher's Hospice "transformou-se em modelo de assistência, ensino e pesquisa no cuidado dos pacientes terminais e de suas famílias" (MENEZES, 2004, p. 53). Essa nova filosofia de cuidado direcionado aos doentes fora de possibilidades terapêuticas influenciou muito os cuidados em saúde em todo o mundo, bem como gerou novas atitudes em relação à morte, ao morrer e ao período de luto.

A história dos cuidados paliativos no Brasil é recente, tendo se iniciado na década de 1980. 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 (PEIXOTO, 2004).

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 fevereiro de 2005, foi criada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).

O Ministério da Saúde vem consolidando formalmente os cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde do país, por meio de portarias e documentos, emitidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e pelo próprio Ministério da Saúde. Ainda que de forma lenta, há um crescimento expressivo dos cuidados paliativos no Brasil, entretanto, muitos profissionais, por desconhecerem a filosofia de cuidados paliativos, sentem-se receosos, tendo em vista que suas ações podem ser interpretadas como abreviar o tempo de vida ou prolongar o tempo da morte (FIGUEIREDO, 2006).

O termo paliativo deriva de *pallium*, do latim, significando capa, manto, o que sugere proteção e acolhimento, ocultando o que está subjacente; no caso, os sintomas decorrentes da progressão da doença (MENEZES, 2004). *Pallium* era o manto usado pelos peregrinos para se proteger das intempéries durante as viagens em direção aos santuários. Em analogia, o cuidado paliativo tem como objetivo proteger os doentes do sofrimento evitável, salvaguardando sua dignidade como pessoa até o fim da vida.

Um marco importante para sua legitimação foi à conceituação pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que ocorreu em 1990, mais de vinte anos após o início do movimento *paliativista* moderno, neste ano, a OMS publicou a primeira definição de cuidados paliativos como os cuidados ativos e totais aos pacientes quando a doença não responde aos tratamentos curativos; o controle da dor e de outros sintomas psicológicos, sociais e espirituais, torna-se prioridade e o objetivo é alcançar a melhor qualidade de vida para pacientes e familiares.

Em 2002, a OMS redefine cuidados paliativos como “um conjunto de medidas que visam à melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares que se deparam com questões relacionadas a uma doença ameaçadora da continuidade existencial, através da prevenção e do alívio do sofrimento possibilitados pela identificação precoce, pela eficiente avaliação e tratamento da dor, bem como pela atenção a outros sintomas físicos, psíquicos e espirituais (WHO, 2006).

Os cuidados paliativos baseiam-se em conhecimento científico inerente a várias especialidades e possibilidades de intervenção clínica, terapêutica e de cuidados nas diversas áreas de conhecimento das equipes de saúde. O trabalho de uma equipe de cuidados paliativos é regido por princípios claros, que podem ser evocados em todas as atividades desenvolvidas, que foram publicados pela OMS em 1986 e reafirmados em 2002 (SANTOS, 2006):

1. aliviar a dor e outros sintomas que geram sofrimento, o que exige uma avaliação detalhada por profissionais capacitados, levando em conta o histórico de cada doente e o acesso às terapêuticas/medicações necessárias, especialmente aos opióides;
2. afirmar a vida e perceber a morte como um processo normal, visando encorajar os

pacientes a viver sua vida de forma útil, produtiva e plena, até o momento de sua morte;

3. não acelerar nem retardar a morte, incorporando o princípio da não maleficência, que significa evitar danos previsíveis decorrentes do estado em que se apresenta o doente;

4. integrar os aspectos psicológicos e espirituais na assistência ao doente, assegurando a melhor qualidade de vida possível;

5. oferecer um sistema de suporte para ajudar o doente a viver de forma mais ativa possível até a morte;

6. oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a suportar a doença e seu próprio luto, considerando que a família é uma unidade de cuidados e seus membros poderão apresentar potencialidades e fragilidades que devem ser identificadas e trabalhadas, é recomendável iniciar o trabalho em relação ao luto antes da morte e continuá-lo após o desenlace;

7. empregar um enfoque de equipe multidisciplinar e interdisciplinar, visando abordar as necessidades de doentes e familiares, incluindo a atenção ao trabalho do luto;

8. melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;

9. aplicar precocemente desde o início da enfermidade todas as investigações e terapias necessárias (incluindo a quimioterapia, a radioterapia e terapias complementares), para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes, não privando-o de recursos diagnósticos e terapêuticos que os serviços de saúde oferecem.

## **A hospitalização em cuidados paliativos**

A hospitalização se faz necessária quando a família não pode mais cuidar adequadamente do doente, devido à sua dependência total, que pode durar por um período prolongado, ou, na maioria dos casos, quando os familiares não suportam assistir ao sofrimento de seu ente querido. Contudo os hospitais costumam oferecer a prestação de cuidados básicos a esses pacientes e aos seus familiares, não se atentando às suas angústias, ao seu sofrimento, desconsideram que o paciente está à procura de uma boa morte, com dignidade, respeito e sem dor (KRUSE et al, 2007).

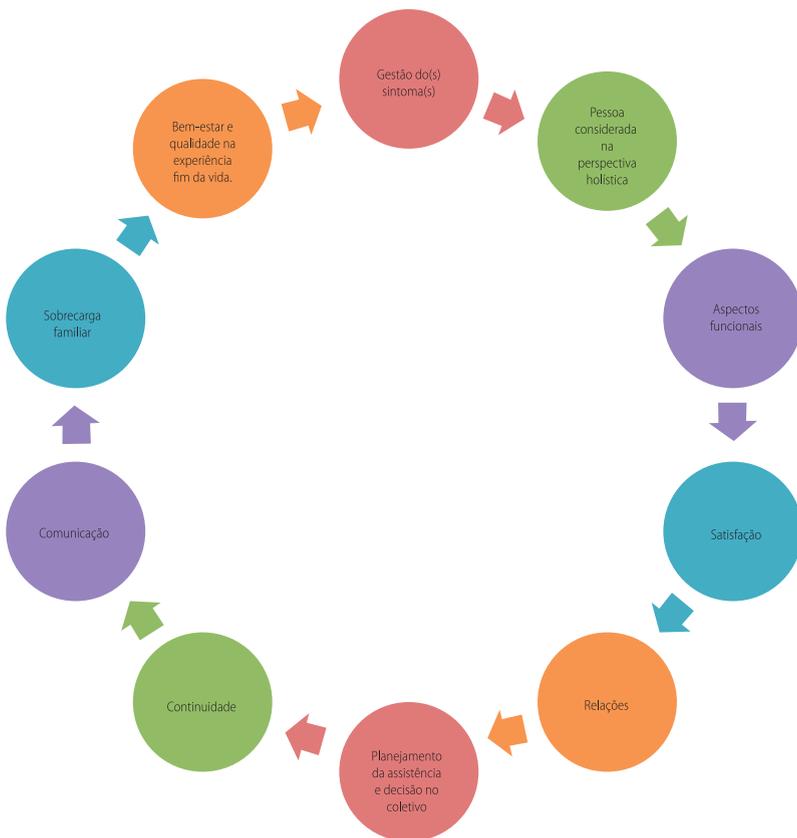
Entende-se que embora tenha havido enorme expansão dos programas relacionados aos cuidados paliativos em unidades hospitalares, nem todos os hospitais têm unidades especializadas nestes cuidados. Além disso, é pressuposto que os profissionais de saúde, de modo geral, desconhecem e não aplicam essa filosofia de cuidado e que as instituições de saúde não constituem estrutura física e equipe multidisciplinar treinada/capacitada para a inserção de cuidados paliativos.

A criação de uma unidade especialmente organizada e preparada para receber pacientes em fase terminal já indica uma lógica diferente daquela que ordena os demais espaços hospitalares, das especialidades médicas e da disponibilidade tecnológica. Esta lógica deve se

expressar em todas as configurações estruturais, organizacionais e, destacadamente, no preparo da equipe (VARGAS, 2013).

Os profissionais de saúde - assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, técnicos de Enfermagem e psicólogos dentre outros, cuidam do doente e da família. Mas, todos devem saber como prestar cuidados paliativos, que segundo estudiosos, reduz significativamente o tempo de internação hospitalar (HIGGINSON et al, 2012). A seguir, são descritos os domínios na avaliação dos cuidados paliativos (PARKER; HODGKINSON, 2011):

### Domínios na avaliação dos Cuidados Paliativos

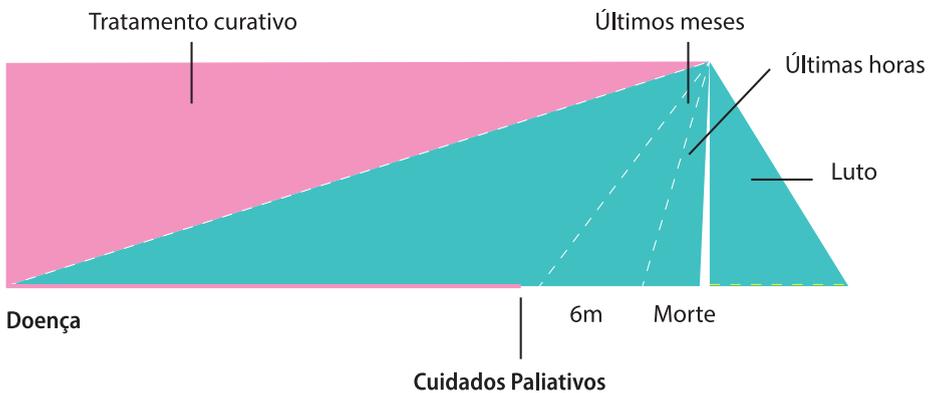


Incorporar as atuais discussões dos cuidados paliativos no processo de cuidar/tratar a pessoa com doença crônica, implica os profissionais de saúde detectarem a pessoa que apresenta uma condição clínica com maior possibilidade para a recuperação (ainda que a cura não faça parte deste contexto de recuperação) do que para o desfecho da morte ou para a condição de irreversibilidade.

Neste caso, a morte é imediatamente pouco provável, logo, os cuidados paliativos visam agregar uma série de medidas que intensificariam a qualidade de vida e a manutenção da vida o mais livre possível das complicações e sofrimentos oriundos do processo de adoecer cronicamente (VARGAS, 2013).

**Figura 1**

### **Evolução dos cuidados paliativos**



[https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=1024&bih=677&q=grafico+de+cuidado+paliativo&oq=grafico+de+cuidado+paliativo&gs\\_l=img,3](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=1024&bih=677&q=grafico+de+cuidado+paliativo&oq=grafico+de+cuidado+paliativo&gs_l=img,3)

### **Fases da assistência em cuidados paliativos**

São descritas na literatura três fases em cuidados paliativos. Independente da fase em que o doente se encontra, as decisões de implantação ou supressão terapêuticas devem ser acordadas entre família, equipe de saúde e sempre que possível o doente. As fases da assistência à pessoa que demanda cuidados paliativos, segundo Moritz *et al* (2011), são:

#### **Primeira fase: Morte não provável**

Condição clínica na qual a equipe de saúde percebe uma maior possibilidade para a recuperação do que para o desfecho da morte. Julga-se, de acordo com a beneficência e a autonomia, que a prioridade é o tratamento que busca o maior equilíbrio das funções orgânicas. Os cuidados paliativos serão prestados para aliviar o desconforto da doença e do tratamento, assim como para a prevenção das complicações da doença crônica.

A ênfase assistencial está focada na sustentação dos sistemas vitais e na recuperação da pessoa (mas não é sinônimo de cura), sem que sejam descuidados os cuidados de conforto psicoemocional do binômio pessoa doente-família.

## **Segunda fase: Morte prevista para meses ou poucos anos**

Condição clínica na qual a equipe de saúde percebe uma falta de respostas ou uma resposta insuficiente aos recursos utilizados, com uma crescente tendência ao desfecho morte ou irreversibilidade de alguns sintomas que manifestam maior desequilíbrio orgânico. Deve ser estabelecido consenso entre a equipe, pessoa doente e família. A prioridade passa a ser melhorar a qualidade de vida, e as terapêuticas que modifiquem a doença podem ser oferecidas quando deliberadas em conjunto.

A ênfase assistencial está focada no oferecimento e na manutenção de um conjunto de cuidados para a promoção de conforto físico e psicoemocional do binômio pessoa doente/família.

Na passagem da segunda para a terceira fase, a assistência à pessoa doente e/ou família no processo de tomada de decisão, é crucial para o estabelecimento do consenso. De acordo com a gravidade, a preferência e os valores destes, o modelo empregado pode ser mais paternalista ou mais compartilhado. O desenvolvimento de habilidades de comunicação é fundamental neste momento.

## **Terceira fase - Morte prevista para dias ou meses**

Condição clínica na qual a equipe de saúde reconhece a irreversibilidade da doença e a morte iminente, aceitando o desfecho para morte. O cuidado paliativo passa a ser exclusivo, e todas as medidas introduzidas buscam a melhor qualidade de vida possível e o conforto do paciente e de seus familiares.

A ênfase assistencial está focada no oferecimento e na manutenção do conjunto de cuidados para conforto físico e psicoemocional do binômio pessoa doente/família. Ressalta-se a importância de que não sejam implantadas e/ou mantidas ações desnecessárias e fúteis e que sejam privilegiadas a comunicação e as melhores condições para que a família acompanhe o doente e se prepare para a morte.

Ainda, devem ser considerados em todas as fases, dois importantes aspectos (MORITZ *et al*, 2011):

1. Oferecer e manter cuidados individualizados, suficientes para garantir o tratamento físico, psicoemocional e sociocultural do binômio pessoa doente/família, respeitadas as perspectivas bioéticas, deontológicas e legais.

2. Verificar a existência de diretivas antecipadas, da avaliação interdisciplinar do diagnóstico, do prognóstico e do tratamento, da verificação do entendimento dos familiares e da identificação de potenciais conflitos.

Por fim, nesta perspectiva ampliada da filosofia de cuidados paliativos, Nelson et al (2010) sugerem dois modelos para a melhoria dos cuidados paliativos na rede de atenção à saúde:

## Modelo Integrativo

Visa incorporar os cuidados e intervenções paliativas na prática diária dos profissionais de saúde.

## Modelo Consultivo

Através de consultas integradas com equipes de cuidados paliativos, incorpora tal prática aos cuidados nas diferentes unidades da rede de atenção (por exemplo, desde a atenção domiciliar à hospitalização em uma UTI).

Neste primeiro capítulo, procurou-se contextualizar historicamente e conceitualmente um modo de cuidar denominado cuidados paliativos. Um modo de cuidar que se constituiu na filosofia dos cuidados paliativos, ressignificado com o passar do tempo, mas sempre almejando a qualidade de vida e o conforto físico e espiritual das pessoas. Inicialmente, relacionada com a proteção de pobres e doentes; depois com a terminalidade e hoje com toda e qualquer pessoa com uma doença que demanda cuidados paliativos, independente da probabilidade de morte. O grande desafio que se apresenta é o de ampliar a possibilidade de implantação dos cuidados paliativos, buscando incorporar esta filosofia na rede de atenção à saúde tanto pelo modelo integrativo como pelo modelo consultivo.

## Referências

BOFF, Leonardo. *Saber Cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2000.

Figueiredo MTA. **Reflexões sobre os Cuidados Paliativos no Brasil**. *Rev Prática Hospitalar* 2006;8(47):36-40.

HIGGINSON, I. J. *et al*. Do Hospital-Based Palliative Teams Improve Care for Patients or Families at the End of Life? **Journal of Pain and Symptom Management** [periódico na internet]. 2002 [acesso em 2012 Jan 30]; 23(2):96–106. Disponível em: <http://download.journals.elsevierhealth.com>

KRUSE, M. H. L. *et al*. Cuidados Paliativos: uma experiência. **Rev HCPA** 2007; 27(2):49-52.

Leninger M. Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing*, Vol. 13 No. 3, July 2002 189-192.

Maciel, MGS. **Definições e Princípios**. In: *Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p.

Matsumoto DY. **Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios**. In: *Manual de Cuidados Paliativos – Organizadores: Ricardo Tavares de Carvalho Henrique Fonseca Parsons*. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2012. 2ª ed.

MENEZES, RA. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond, FIOCRUZ, 2004.

MORITZ, R. D. *et al*. II Fórum do “Grupo de Estudos do Fim da Vida do Conesul”: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. **Rev. bras. ter. intensiva**. v.23, n. 1. SP jan./mar. 2011. Acesso em: 23 agosto 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n1/a05v23n1.pdf>

NELSON, J. E. *et al*. Improve Palliative Care in the Intensive Care Unit Project. Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: a report from the IPAL-ICU Project (Improving Palliative Care in the ICU). **Crit Care Med**. 2010;38(9):1765-72.

PARKER, D.; HODGKINSON, B. Comparison of palliative care outcome measures used to assess the quality of palliative care provided in long-term care facilities: a systematic review. **Palliative Medicine** [periódico na internet]. 2011 Jan [acesso em 2012 Jan 10]; 25(1): 5-20.

Peixoto AP. **Cuidados Paliativos. Sociedade de Tanatologia e Cuidado Paliativo de Minas Gerais**. 2004. [página na Internet].

[acessado em 12/01/16]. Disponível em:<http://www.sotamig.com.br/downloads/Cuidados%20Paliativos%20-20generalidades.pdf>

SANTOS; M. J. Noções Básicas Em Cuidados Paliativos In: Programa De Atualização Em Enfermagem – Saúde Do Adulto. Organizado Pela Aben. Coord. Geral Carmen E. Kalinowski. Artmed Ed: Porto Alegre 2006. P. 90-97.

VARGAS, M. A. de O. Cuidados Paliativos a pessoas em condição crônica de saúde. In: Tecnologias do cuidado em saúde. SILVA, D. M. G.; MEIRELLES B.; ZANETTI M. L.; VARGAS, M. A. O.; ALMEIDA, A. M.; ALVES, L. M. M. UFSC; PEN. (Org.). Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem. 1ed. FLORIANOPOLIS: UFSC, 2013, v. 1, p. 1-126.

VARGAS, M. A. de O. et al. Ressignificando o cuidado em uma unidade especializada em cuidados paliativos: uma realidade possível? **Texto contexto - enferm.** v. 22,n. 3,p. 637-45, Sept. 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300009&lng=en&nrm=iso)>. Access on 19 Mar. 2016.

WALDOW, V.R. Cuidar: expressão humanizadora da Enfermagem. 3a ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2010.

WHO. **Cancer pain relief and Palliative Care: Report of a WHO Expert Committee**, 1990.

World Health Organization. **Better palliative care for older people**. Geneva: WHO; 2004. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. [Acesso em 19/01/16].

---

**POLÍTICAS DE ATENÇÃO DE  
CUIDADOS PALIATIVOS – CRITÉRIOS  
PARA IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO  
EM CUIDADOS PALIATIVOS**

---

## Políticas de atenção de cuidados paliativos – critérios para implantação de um serviço em cuidados paliativos

Maristela Jeci dos Santos

O Sistema Único de Saúde (SUS) teve seus princípios estabelecidos em 1990 com a Lei Orgânica da Saúde (lei nº 8.080). O SUS é pautado em treze princípios e diretrizes que incluem o acesso universal aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. E, um dos princípios básicos deste Sistema é a integralidade desta assistência, o que significa considerar a integralidade do indivíduo, dos serviços e dos cuidados e, que deve incluir necessariamente os cuidados com o manejo adequado de sintomas de sofrimentos (físicos, psíquicos, espirituais e sociais) e com os processos de morte e morrer (FLORIANI; SCHRAMM, 2007).

A crescente demanda por cuidados paliativos no Brasil se intensifica em virtude do aumento epidemiológico no País das doenças crônicas degenerativas não transmissíveis (cardiocirculatórias, câncer, entre outras) e o envelhecimento populacional.

A implantação de cuidados paliativos em todos os níveis assistenciais é justificada, entre outras razões, pela necessidade de estruturar serviços de saúde capazes de ofertar cuidados integrais e integrados que visam minimizar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, através do acesso ao atendimento sistemático, humanizado e resolutivo, pela necessidade de qualificar a gestão pública nessa área no País e aprimorar suas regulamentações técnicas (COMBINATO; MARTINS, 2012).

Em cuidados paliativos, a cadeia de atenção global ao doente e família deve estar garantida. Isto é, o fluxo de doentes para internação numa unidade de cuidados paliativos, as necessidades de investigação diagnóstica, o seguimento do doente em consultas ambulatoriais e o acompanhamento durante sua permanência no domicílio deve fazer parte de uma rede integrada e articulada, oferecendo segurança ao doente e sua família em todas as etapas de sua vida e respeitando sua autonomia.

Cabe ao poder público proporcionar a cobertura no atendimento aos doentes que precisam de cuidados paliativos no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às modalidades de cuidado e terapêutica, bem como promover o acesso qualificado e seguro dos doentes e seus familiares às diferentes modalidades de atenção do SUS (FLORIANI; SCHRAMM, 2007).

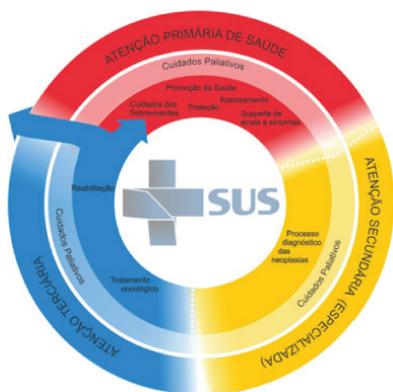
A filosofia dos cuidados paliativos deve estar presente em todos os níveis de atenção à saúde. Na Atenção Básica, é desenvolvida pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família, cuidando do indivíduo e sua família no domicílio. Na Atenção de Média Complexidade desenvolvem-se cuidados paliativos na assistência ambulatorial, nas internações por

intercorrências, nas internações de longa permanência e no atendimento clínico ou cirúrgico de doentes em cuidados paliativos. Na Atenção de Alta Complexidade a assistência ambulatorial, internações por intercorrências, internações de longa permanência e, também, assistência domiciliar são as modalidades de ação. (PESSINI; BERTACHINE,2004).

Fazer cuidado paliativo demanda conhecimentos apropriados, com objetivos bem determinados e com foco na vida, até seu último momento. Demanda, também, o reconhecimento da morte como algo que acontecerá e parte de um processo do cuidado. Considerando essa realidade para que a oferta de cuidados paliativos seja plenamente realizada e humanizada, as diretrizes para a atenção em cuidados paliativos propõem a capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os níveis de Atenção.

Particularmente, a prática de Enfermagem e sua atuação nos modelos de atenção em cuidados paliativos ainda são escassos em nosso País, mas a recomendação é que se desenvolva uma assistência responsável e acolhedora, pautada em conceitos e princípios preexistentes e adaptados à realidade de cada região, embasada em evidências já identificadas. (FREITAS; MENEGHEL,2008).

O diagrama abaixo demonstra como cuidados paliativos (Modelo desenvolvido para pessoas com câncer) podem ser inseridos nos níveis de Atenção do SUS, considerando a definição da OMS (2002). Independentemente do nível de atenção exigida pelo usuário ele estará resguardado pelos princípios de cuidados paliativos nas peculiaridades de seu estado de saúde e das características do nível de atenção. Neste modelo, o usuário de acordo com sua demanda circula nos níveis de atenção ou tem sua saída por óbito.



Modelo de inserção de cuidados paliativos nos níveis de Atenção à Saúde do SUS

\*Diagrama adaptado pela Enf<sup>a</sup>. Maristela J. dos Santos, a partir de modelo desenvolvido pela Dra. Senen Hauff e apresentado em aula no curso Além do ABC do Câncer, 2015.

No planejamento da estruturação de um serviço de cuidados paliativos algumas questões devem ser respondidas, como:

- **Que serviço pretende-se estruturar?**

É um serviço que oferecerá exclusivamente cuidados de internação hospitalar? Atenção domiciliar? Atendimento ambulatorial? Clínica privadas? Consultoria? Hospital dia? Instituições de longa permanência ou um serviço que associará estas modalidades?

- **Quais os objetivos do serviço?**

O serviço tem como objetivo atender crianças e/ou adolescente, adultos e/ou idosos? De que patologias? Em que fases do adoecimento? Quais as estratégias de parcerias que se estabelecem com as Unidades Básicas de Saúde?

- **Qual a demanda de necessidades de cuidados paliativos?**

Quantos doentes se beneficiarão com esse cuidado e de que forma? Existem outros serviços na região?

- **Que recursos materiais e humanos já existem?**

Que estrutura física, como enfermarias e ambulatórios existem? Há carros disponíveis para as visitas no domicílio? Equipamentos, como camas, cadeiras de rodas, etc. A equipe técnica, multiprofissional, é exclusiva para o serviço? Quem são os profissionais da equipe multiprofissional e que formação têm?

- **Qual o investimento proposto para este projeto?**

Qual a fonte pagadora para esse investimento? De onde obter recursos financeiros?

- **Quais os obstáculos e resistências que envolvem as equipes profissionais?**

O que impede a equipe no desenvolvimento de cuidados paliativos? Qual o nível de envolvimento/ integração dos profissionais?

- **Qual a necessidade de treinamento das equipes locais?**

A partir da demanda de atendimento (patologias, faixa etária e número de doentes) e da modalidade de cuidados paliativos desenvolvidos há de se investigar o quanto os profissionais sabem sobre cuidados paliativos, como filosofia de cuidados e programarem capacitações e treinamentos técnicos específicos, especializados e permanentes. No programa de capacitação algumas questões são indispensáveis, tais como: identificação e manejo dos sintomas de ordem físicos, psicossocial, espiritual e cultural; o estudo das dinâmicas de relacionamentos familiares; a identificação e controle dos sintomas, especialmente a dor; farmacologia dos principais

medicamentos utilizados e suas vias de administração; abordagens não farmacológicas para controle de sintomas e o conhecimento e uso das escalas uni e multidimensionais de avaliação destes sintomas. Os processos de comunicação entre equipe, o doente e o familiar são parte relevante nos programas de treinamento e capacitação dos profissionais, especialmente no que tange a comunicação das “más notícias”.

**• Qual o comprometimento dos gestores com essa proposta?**

Por maior e melhor que sejam as intenções de se iniciar um serviço de cuidados paliativos o compromisso dos gestores com o processo deve existir desde o início da criação do serviço.

**• Quem é o doente que se beneficia de cuidados paliativos?**

Todos as pessoas com doenças graves, que ameacem a continuidade da vida e que apresentem sintomas de sofrimento se beneficiam do atendimento de uma equipe de cuidados paliativos. As famílias também recebem orientação e cuidados e apresentam melhor qualidade de relacionamento com seu ente querido.

**• Quais rotinas e/ou protocolos de cuidados devo desenvolver?**

A elaboração de rotinas e protocolos de ações baseadas em evidências científicas e na demanda da população atendida é uma ferramenta de extrema importância na implantação de um serviço de cuidados paliativos, considerando a flexibilidade e especificidade do indivíduo e famílias atendidos.

**• Quais as regulamentações disponíveis para amparo legal na abertura de um serviço de cuidados paliativos?**

Desde o início da estruturação de cuidados paliativos no Brasil, como no mundo, as legislações estão relacionadas às políticas de saúde do câncer. Por exemplo:

- Resolução COFEN nº 267/2001 - Dispõe sobre as Atividades de Enfermagem em Home Care.
- Portaria Nº 19/GM/MS, 03 de janeiro de 2002 - Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos.
- Portaria nº 249/GM/MS, de 16 de abril de 2002 - Estabelece a Assistência Domiciliar como uma modalidade assistencial que seria desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso.
- Resolução nº 202/ ANVISA, de 18 de julho de 2002 - Determina que a Notificação de Receita "A" não será exigida para dispensação de medicamentos à base das substâncias morfina, medatona e codeína, ou de seus sais, a pacientes em tratamento ambulatorial, cadastrados no Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, do Sistema Único de Saúde.

Os medicamentos narcóticos codeína, morfina e metadona podem passar a ser prescritos em receituário comum, em duas vias.

- Resolução COFEN nº270/2002 - Dispõe sobre a regulamentação das empresas que prestam Serviços de Enfermagem Domiciliar (Home Care).

- Portaria no 2439, de 8 de dezembro de 2005 - institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos.

- Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006 - aprova a Política de Promoção da Saúde.

- Portaria nº 2.529/GM/MS, de 19 de outubro de 2006 - Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS.

- Portaria nº. 3.150/GM/MS, de 12 de dezembro de 2006 - Institui a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos.

- Projeto de Lei do Senado 524/09 - dispõe sobre os direitos da pessoa em fase terminal e à tomada de decisões sobre limitação ou suspensão de procedimentos terapêuticos.

- Portaria nº 2.981 /GM/MS, de 26 de novembro de 2009 - Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

- Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010 - Estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

- Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011 - Altera a Lei Orgânica da Saúde para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS.

- Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 - Regulamenta a Lei Orgânica da Saúde para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

- Portaria nº 2.029/GM/MS, de 24 de agosto de 2011 - institui a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS.

- Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

- Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011 - Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo SUS.

- Plano de Ações Estratégicas para o Enfretamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.

- Portaria nº 1.533 GM/MS, de 16 de julho de 2012 - Dispõe sobre as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) atendendo pacientes em casa.

- Portaria nº 252/GM/MS, de 20 de fevereiro de 2013 - institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS.

- Portaria Nº 874, de 16 de maio de 2013 - Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Portaria nº 963/GM/MS, de 27 de maio de 2013 - Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Portaria Nº 140/GM/MS, de 27 de fevereiro de 2014 - Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Portaria nº 483 GM/MS, de 1º de abril de 2014 - Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

Dependendo da característica da pessoa doente e família, identificada a partir da avaliação multidisciplinar, disponibiliza-se as seguintes modalidades de atendimento em cuidados paliativos que devem estar interligadas e terem protocolos de referência e contra referência bem claros e descritos.

#### • **Unidades de internação em cuidados paliativos**

Consiste numa ala de um hospital que opera em leitos próprios com equipe própria e especializada em Cuidados Paliativos. A equipe deve ser composta por médicos, enfermeiros e equipe de Enfermagem, psicólogo, assistente social, capelão de caráter ecumênico, fisioterapeuta, farmacêutico, nutricionista e terapeuta ocupacional, além da ação intermitente de outros profissionais e clínicas do hospital (MATZO; SHERMAN, 2010).

#### • **Consultoria em cuidados paliativos**

Consiste de uma equipe profissional especializada que está à disposição das equipes de diferentes especialidades no hospital, para a elaboração de um plano de cuidados dirigido ao doente e sua família. A equipe não assume o doente de forma integral. Neste modelo de assistência, a maior necessidade é de formação de uma equipe mínima de cuidados paliativos capacitada e disponível no hospital.

#### • **Ambulatório de cuidados paliativos**

Esta modalidade de assistência está baseada no modelo de consultas com um especialista em cuidados paliativos, destinada ao atendimento de pessoas com doenças avançadas, progressivas, ameaçadoras da vida e com poucas chances de cura.

O objetivo da assistência ambulatorial em cuidados paliativos é proporcionar ao doente

o controle de seus sintomas, a comunicação adequada de informações sobre a sua situação de saúde/doença, suas perspectivas de tratamento e a oportunidade de elaborar as dificuldades pessoais de ser uma pessoa com uma doença ameaçadora da vida. (SANTOS; GONÇALVES, 2009).

### • **Atenção domiciliar em cuidados paliativos**

O cuidado domiciliar é uma modalidade de assistência em expansão no Brasil, a exemplo de outros países. Com o aumento da longevidade, da incidência das doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, da emergência de limites econômicos, há um apelo para esta prática de cuidado, principalmente, com o intuito do resgate de um cuidado humanizado. (SANTOS, 2006).

As visitas podem ser realizadas por médico ou enfermeiro devidamente capacitados para este fim e atentos às especificidades dos cuidados paliativos no domicílio. E, sempre que necessário o doente deve ser referenciado para a unidade de internação em cuidados paliativos que elabora o seu Plano de Cuidados (ações determinadas de forma individualizada para aquele doente).

Essa abordagem de cuidar em saúde é capaz de romper os limites da internação hospitalar, permitindo que sua estrutura convencional se transfira para um ambiente no qual o doente provavelmente se sinta melhor: sua casa.

A experiência brasileira no âmbito da Atenção Domiciliar (AD) é centralizada em situações específicas e desenvolvida de acordo com as necessidades da população. Pode ser dividida em quatro modalidades: atendimento domiciliar; assistência domiciliar; internação domiciliar e visita domiciliar.

O Atendimento Domiciliar pressupõe ações mais complexas da equipe de saúde no domicílio do usuário exigindo técnica e periodicidade de atendimento, que variam conforme a complexidade do cuidado requerido, de acordo com as necessidades evidenciadas.

A Assistência Domiciliar à Saúde caracteriza-se pela provisão de serviços de saúde às pessoas de qualquer idade, na sua residência.

A Internação Domiciliar demanda recursos mais sofisticados, incluindo os equipamentos, medicamentos, pessoal, ou seja, mínimos recursos hospitalares, exigindo baixa densidade tecnológica. Porém, independente da modalidade oferecida, o doente deve receber suporte de uma equipe de saúde nas 24 horas do dia para atendimentos de urgência e emergência, ou, até mesmo, um serviço de transporte para eventuais deslocamentos. (FABRÍCIO; WEHB; NASSUR; ANDRADE, 2004).

A Visita Domiciliar caracteriza-se como o atendimento realizado por um profissional ou uma equipe de saúde na residência do doente, com o objetivo de avaliar suas necessidades e as de sua família, considerando a disponibilidade do serviço, constando de plano assistencial e

orientações para a reabilitação e/ou recuperação das necessidades afetadas.

Praticar a atenção domiciliar à saúde é possibilitar que o domicílio seja um espaço mais eficiente e humano para a prática do cuidado, principalmente, quando este cuidado se realiza em momento de fim de vida. Pode funcionar como uma saída à obstinação terapêutica, sendo então um lugar de bem morrer, respeitando a autonomia do doente, o direito de não ser abandonado, o direito de ter amenizado seu sofrimento e dor; o direito de ser cuidado como um ser humano único (SANTOS, 2006).

#### • Qual o papel da equipe de Enfermagem na atenção aos cuidados paliativos domiciliar?

Geralmente, quando se reconhecem na fase de fim de vida, os doentes preferem ir para suas casas, às vezes esse querer ir para casa representa a possibilidade de se despedirem do seu ambiente, de pessoas ou situações que lhes são particularmente importantes. Os familiares, às vezes, são mais resistentes a essa estadia no domicílio nessa fase, especialmente porque temem serem abandonados pelo serviço de saúde; não poderem retornar ao hospital na impossibilidade de manter seu familiar no domicílio ou sentem-se relegados a cuidados considerados menores. Considerando a dinâmica familiar, todos os mitos e os conceitos ao redor da morte, atualmente incorporada por nossa sociedade é possível observarmos que se não oferecemos um suporte seguro para esses doentes, seus familiares não têm como recebê-los nem os manter no domicílio. O suporte domiciliar, em cuidados paliativos, é representado por uma rede de cuidados disponível e flexível, que oferece controle efetivo dos sintomas e busca um viver com dignidade no processo de morte e morrer. Entretanto, é importante lembrar que a presença do paciente com pouco tempo de vida no domicílio traz, em geral, intenso estresse à família (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

A permanência do doente no domicílio não segue um curso linear, necessitando de reavaliações, com a possibilidade de repetidas internações hospitalares e de idas e vindas ao domicílio pela equipe de saúde, o que aumenta ainda mais o estresse de todos os envolvidos. Este período do tratamento paliativo expandido para o domicílio, pode transferir para o núcleo familiar, significativas responsabilidades (SANTOS; GONÇALVES, 2009).

Os membros da equipe precisam desenvolver as habilidades de ouvir o doente e sua família, bem como de comunicar as notícias (“boas” e, “más”), numa linguagem acessível a todos, considerando que as ações, nesta fase do tratamento, têm o caráter de conforto, de busca de qualidade de vida independente do tempo de sua duração. É necessário, também desenvolver a habilidade de “escutar” o que não é dito e respeitar o direito do doente de não querer falar sobre sua doença. É praticamente consenso entre os profissionais que transitam no campo dos cuidados paliativos, que é possível implementar a filosofia de cuidados paliativos a partir da sinalização do doente, do que e do quanto ele quer saber de sua verdadeira condição. Cabe ao profissional manter a esperança do doente e família, dentro de metas realistas, com uma postura

ativa de acolhimento e com sensibilidade. A comunicação realizada com “falsas esperanças”, por mais que tenham a intenção de protegê-los, rompem a confiança e desestruturam qualquer possibilidade de cuidado. Esta é uma questão crucial e que necessita ser exercitada (SANTOS, 2006).

### • O ser cuidador e o seu papel no cuidado domiciliar

Outro aspecto relevante é o cuidador. Hoje não podemos mais associar a figura do cuidador somente ao familiar, mesmo porque os conceitos de família estão em constante elaboração na sociedade dinâmica em que vivemos. Nem sempre é um familiar que está à frente do cuidado. Este papel pode estar sendo desenvolvido por qualquer pessoa que o paciente considere significativa, por exemplo, um vizinho, um amigo ou até mesmo um conhecido remunerado especificamente para desenvolver esta atividade.

Desta forma, independente da familiaridade, o cuidador atualmente, é o responsável por todos os cuidados do doente no domicílio. Estes cuidadores costumam conviver com significativo aumento de sua sobrecarga física, emocional, social, material, financeira e existencial, especialmente quando a doença está com seu curso avançado. Apresentam, portanto, necessidades específicas, que devem ser, também, o foco do cuidado da equipe responsável pela atenção domiciliar, a qual deve encaminhar os problemas evidenciados de modo adequado, inclusive considerando as condições referentes às situações de luto (SANTOS, 2006).

### • Cuidados de Enfermagem no domicílio para a promoção da dignidade da vida na sua terminalidade

Um questionamento frequente de familiares e às vezes dos doentes tem a ver com “como será o final?”. Sabe-se que devemos individualizar cada situação, no entanto, algumas características devem ser observadas, valorizadas e compartilhadas:

- Quando a morte acontece após um período longo da doença, os últimos dias se caracterizam por um torpor, uma desconexão progressiva do doente com o ambiente, as pessoas e circunstâncias que o rodeiam, bem como uma sonolência progressiva e profunda. Diante desta situação alguns profissionais acreditam que o doente não sente mais dor e racionam as medicações analgésicas da prescrição. No entanto, a analgesia deve ser mantida sistematicamente. Por outro lado, há também doentes que apresentam períodos de agitação e solicitação de companhia constante.

- Quando, apesar de um longo período de deterioração física, o doente se mantém consciente até o fim. Para famílias e cuidadores esta situação é bastante delicada e requer apoio e sensibilidade extremos da equipe de saúde.

- São menos frequentes, mas vivenciamos também, situações agudas consequentes a uma complicação específica, por exemplo, embolias ou hemorragias. São situações estressantes

e desestruturam os cuidadores, que devem estar cientes das suas possibilidades de acontecerem e de como atuarem, para onde ligarem e para que serviços se dirigirem (SANTOS, 2006).

No momento da morte a reação dos profissionais deve ser de apoio à família e busca de soluções ou encaminhamento às situações objetivas que emergem, primando pelo respeito às manifestações de pesar e luto dos familiares e cuidadores no domicílio.

A morte é um momento único e íntimo. É importante que os doentes e familiares tenham o tempo e as condições necessárias para expressarem suas despedidas. Deve-se procurar manter a dignidade e o respeito ao indivíduo até o fim, e isso se estende ao cuidado com o corpo sem vida e seu preparo adequado para os trâmites posteriores como velório e sepultamento.

Quando se desenvolve um processo de comunicação transparente, sincera, objetiva, afetiva e humana durante o cuidar, as etapas, inclusive no morrer, tornam-se um terreno mais seguro, e por que não dizer, conhecido para o doente, os familiares e a equipe de saúde (SANTOS, 2006).

## Referências

- COMBINATO, DF; MARTINS, STF. (Em defesa dos) Cuidados Paliativos na Atenção Primária a Saúde. *O Mundo da Saúde*. São Paulo. 2012, 36 (3): 433-441.
- Cuidados Paliativos na Rede de Atenção Básica. *Cad. Saúde Pública*, Rio De Janeiro, 23(9):2072-2080, Set, 2007
- FABRÍCIO, SCC; WEHB, G; NASSUR, FB; ANDRADE, JL. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior Paulista. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2004 Setembro-Outubro; 12(5):721-6.
- FLORIANI, CA; SCHRAMM, FR. Desafios Morais E Operacionais da Inclusão dos Cuidados Paliativos na Rede de Atenção Básica. *Cad. Saúde Pública*, Rio De Janeiro, 23(9):2072-2080, Set, 2007
- FREITAS, IB Almeida, MENEGHEL, NS. Artefatos de cuidado como expressão de poder. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008 Abr-Jun; 17(2): 358-64.
- MATZO, M; SHERMAN, D.W. *Palliative Care Nursing: Quality care to the end of life*. New York: Springer, 2010.
- PESSINI, L.; BERTACHINE, L. (Orgs.). *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo: EDUNISC- Edições Loyola, 2004. 319 p.
- SANTOS, MJ; GONÇALVES, LHT. A Enfermagem em Cuidados Paliativos In: *Enfermagem Oncológica: conceitos e práticas*.
- FIGUEIREDO, NMA; LEITE, JL; MACHADO, WCA; MOREIRA, MC; TONINI, TE (org). São Paulo: Yendis. 2009. P. 359-467.
- SANTOS; M. J. Noções Básicas Em Cuidados Paliativos In: *Programa De Atualização Em Enfermagem – Saúde Do Adulto*. Organizado Pela Aben. Coord. Geral Carmen E. Kalinowski. Artmed Ed: Porto Alegre 2006. P. 90-97.
- SCHUTZ, V; LEITE, J L; FIGUEIREDO, NMA. Como administrar cuidados domiciliares: custo e o preço do preparo e do trabalho da Enfermagem – uma experiência. *Esc Anna Nery R Enferm* 2007 Jun; 11 (2): 358 - 64.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2 ed. Geneva: World Health Organization; 2002.



---

**CONTROLE DE SINTOMAS EM  
CUIDADOS PALIATIVOS**

---

## Controle de sintomas em cuidados paliativos

Maristela Jeci dos Santos

Na prática dos cuidados paliativos é comum que os doentes apresentem um ou mais sintomas e muitas vezes ao mesmo tempo. Estes sintomas refletem problemas de origem física, espiritual, social e psicológicas decorrentes dos enfrentamentos da evolução da doença, independentes do seu estágio e torna-se importante poder preveni-los, identificá-los e avaliá-los para o adequado controle das necessidades dos doentes e para que os cuidados planejados sejam os mais assertivos e eficazes. Tendo como foco, a manutenção da qualidade de vida dessas pessoas e a necessidade de ação interdisciplinar, como preconiza a OMS (SANTOS; GONÇALVES, 2009).

Existem instrumentos, escalas desenvolvidas especificamente para essa população, buscando oferecer aos profissionais parâmetros validados para a identificação, condutas preventivas e terapêuticas de alguns sintomas como, por exemplo, a dor, níveis de cognição e consciência, identificação de risco de desenvolvimento de lesões na pele (especialmente as úlceras por pressão) e estado geral do indivíduo avaliado. (CONCOR; ARANDA, 2008) Um número considerável dessas escalas está validado na língua portuguesa e são utilizadas nos serviços que desenvolvem atividades com pessoas em cuidados paliativos, confirmando seu importante papel no planejamento dos cuidados pelo enfermeiro.

Alguns dos sintomas encontrados em maior prevalência são abordados a seguir quanto as suas causas e possibilidade terapêuticas, medicamentosas ou não, bem como as escalas mais utilizadas nos serviços de cuidados paliativos para a avaliação fidedigna de sintomas. A etapa principal para um adequado manejo desses sintomas é a correta identificação dos mesmos:

**Alteração do sono/vigília:** suas causas são várias, como a dor não ou mal controlada; os quadros de depressão ou ansiedade; a inatividade e/ou cochiladas diurnas; os efeitos colaterais dos fármacos e o abuso de álcool e cafeína. O “terror noturno”, isto é, o medo da noite é relatado pelos pacientes e observado pelos familiares e equipes de saúde. Os pacientes referem receio de dormirem e não acordarem e/ou de passarem mal e não serem socorridos, pois acreditam que os cuidadores, profissionais ou não, estarão menos atentos neste período (SANTOS; GONÇALVES, 2009).

Há diversas formas de corrigir esse sintoma, que abala não só o paciente, mas seus cuidadores que não conseguem descansar adequadamente e chegam a uma exaustão rapidamente, após várias noites de intensa vigília. Há uma série de fármacos que são prescritos e trazem alívio do sintoma. Há também, medidas não farmacológicas, que implicam em mudanças de comportamentos e que podem ser empregadas isoladamente ou de forma concomitante aos

fármacos prescritos.

**Fadiga:** ocorre em cerca de 75% a 95% dos pacientes podendo debilitar e comprometer as atividades da vida diária. De uma forma geral pode ser definida como uma sensação subjetiva de cansaço, fraqueza ou perda de energia. Seu conceito pode ser aprimorado considerando-se: verbalização de cansaço, cansaço e/ou exaustão; diminuição da capacidade de realizar tarefas habituais; e falta de alívio para essas manifestações com a aplicação de estratégias usuais de recuperação de energia. A sua causa ainda é desconhecida, mas sabe-se que estão envolvidos múltiplos fatores. Apesar da fadiga ser um sintoma frequente nos cuidados paliativos, é o que possui menos soluções satisfatórias, sendo importante tentar identificar e reverter a causa base para proporcionar uma melhora da qualidade de vida do doente (CONCOR; ARANDA, 2008).

A partir da avaliação física e anamnese do doente, o enfermeiro avalia a presença de características definidoras que asseguram o diagnóstico. E por não se conhecer elementos fisiológicos que retratem objetivamente a fadiga, os instrumentos de auto relato devem ser utilizados, pois são a melhor maneira de se avaliar sintomas subjetivos. Eles permitem que o doente analise suas sensações e sentimentos com menor interferência externa e dão segurança para a equipe de Enfermagem planejar e executar cuidados (ABCP, 2010).

**Náusea e Vômitos:** são sintomas encontrados em cerca de 40% a 70% dos doentes em cuidados paliativos. A náusea é a sensação desagradável da necessidade de vomitar, habitualmente acompanhada de sintomas autonômicos como sudorese fria, sialorréia, hipotonia gástrica, refluxo do conteúdo intestinal para o estômago, entre outros. O vômito ou êmese é a expulsão rápida e forçada do conteúdo gástrico através da boca, causada por uma contração forte e sustentada da musculatura da parede torácica e abdominal (ABCP, 20011).

As náuseas e vômitos possuem várias etiologias como:

1. Gastrointestinais: candidíase orofaríngea, gastroparesia, constipação e obstrução intestinal.
2. Drogas: opióides, antibióticos, anti-inflamatórios não esteroidais, digoxina e ferro.
3. Toxicidade: quimioterapia, radioterapia, infecções e síndromes paraneoplásicas.
4. Psicossomáticas: ansiedade e medo
5. Metabólicas: hipercalcemia e insuficiência renal.
6. Neurológicas: metástases no sistema nervoso central.

Entre outras causas que, se não tratadas, podem causar grande impacto na qualidade de vida dos doentes, pois levam a inapetência, anorexia, prejuízos nas atividades e dificuldade na adesão a outros tratamentos.

É fundamental que o profissional de saúde questione especificamente os sintomas no momento da avaliação, pois o doente com náusea crônica pode não se queixar. Os vômitos são facilmente identificados, e assim diagnosticados e tratados. Para uma adequada investigação faz-se necessário conhecer o doente e a evolução de sua doença, os tratamentos realizados e os

medicamentos em uso, bem como a presença de outros sintomas (SBCP, 2011).

A avaliação das náuseas e vômitos envolve a investigação da frequência, duração, intensidade, aspecto, volume, fatores causadores ou agravantes (como o uso de medicamentos, movimento, ansiedade), desconforto físico, social, emocional, financeiro, efetividade e satisfação em relação ao tratamento proposto. A avaliação contínua e sistemática possibilita o acompanhamento da evolução do quadro, sendo fundamental seu registro. A partir da avaliação é possível planejar os cuidados de Enfermagem visando o conforto e qualidade de vida do doente.

Há métodos farmacológicos bastante efetivos no tratamento da náusea e vômitos, mas também pode-se dispor de condutas não farmacológicas, como as relacionadas a frequência, quantidade e tipos de alimentos mais indicados, técnicas de relaxamento, higiene pré e pós-prandial, entre outras (ALMEIDA, 2012).

**Dispneia:** é a sensação de respiração desconfortável, sufocante, provocada pela falta de ar. É um sintoma subjetivo bastante comum em pacientes na fase final de vida. A dispneia ocorre em torno de 30% a 75% dos doentes em cuidados paliativos. Sua origem é multifatorial. Embora a causa da dispneia possa ser identificada e tratada, a escolha para os cuidados depende da avaliação clínica e do estágio da doença, geralmente tendo como objetivo aliviar o sintoma e promover o conforto do doente sem o intuito de promover a cura da doença base. (ALMEIDA, 2012).

As possibilidades de terapias farmacológicas são muitas, considerando sempre o fator desencadeante. Concomitante aos fármacos, há medidas de cuidados e conforto, muito importantes como a elevação do decúbito, o reposicionamento no leito, a abertura de janelas, a colocação de ventiladores direto no doente, o estímulo a respiração tranquila e pausada e uso de oxigênio suplementar. No entanto, há quadros de dispnéias refratárias as medidas farmacológicas e não farmacológicas, levando muitas vezes a equipe de saúde a instalação de medidas como a sedação.

**Constipação:** é um sintoma bastante frequente nos doentes em cuidados paliativos, especialmente quando usando analgésicos opióides. Constipação intestinal, obstipação intestinal ou prisão de ventre são sinônimos. Há diversos fatores desencadeantes e agravantes das constipações intestinais, como a inatividade, a fraqueza, a menor ingesta alimentar e hidratação e as obstruções intestinais por tumores malignos ou outras massas benignas. Desenvolveram-se protocolos farmacológicos específicos considerando o fator desencadeante da constipação. (CORREA; SHIBUYA, 2007). Em se tratando das medidas não farmacológicas podemos implementar a realização de manobras abdominais, estimulação da ingesta hídrica, oferecimento de dieta rica em fibras e o encorajamento das atividades físicas. Todas essas medidas demandam conhecimento do quadro clínico do doente, bem como dos seus hábitos intestinais anteriores e da etiologia da constipação, para evitarem que ações contra-indicadas

piorem o quadro geral do doente.

**Dor:** A dor é uma das razões mais comuns da busca por cuidados médicos, e quando não controlada, é responsável pelo aumento de complicações pós-operatórias, pós-traumáticas, prolongamento das internações, aumento dos custos hospitalares e sofrimento do paciente com os tratamentos. Sua prevalência, nos hospitais, varia em torno de 45% a 80% (NAIME, 2013). Argumenta-se que a dor, em especial a crônica, não é corretamente tratada e documentada por causa da inadequada avaliação inicial por parte da equipe de saúde que cuida do doente.

O tratamento da dor baseia-se em evidências preconizadas pela Organização Mundial de Saúde. De acordo com a avaliação da dor, considerando a intensidade da mesma, mensurada através de instrumentos unidimensional e/ou multidimensional adotado pelo serviço é possível identificar e tratar um dos sintomas que mais sofrimento físico, psicossocial e espiritual causa na população, independentemente de sua origem relacionada as doenças crônicas benignas ou às doenças malignas, como o câncer.

A dor é considerada uma das consequências mais temidas por doentes, pois se manifesta de diferentes formas e intensidades, variando entre dor leve, moderada e intensa. É encontrada em 50% a 70% dos doentes. (IASP, 2016).

Em alguns casos, o doente pode ser incapaz de comunicar sua dor e o profissional de saúde deve estar atento aos sinais demonstrados, pois os doentes em fase final de vida são os que mais sofrem com este problema quando não realizada uma avaliação efetiva. Existem muitos cuidados a serem realizados para o tratamento da dor em cuidados paliativos como intervenções farmacológicas e não farmacológicas, sendo a relação terapêutica entre o doente e o profissional da saúde um importante elo para o tratamento efetivo.

Com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência, a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) estabeleceram diretrizes para que a mensuração e o registro da dor sejam realizados com o mesmo rigor e seriedade que a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura, denominando assim a dor como “5º Sinal Vital” (IASP, 2016).

A implantação da dor como “5º Sinal Vital”, oferece para a equipe de Enfermagem parâmetros para um adequado processo de cuidado dos pacientes com dor, a partir da aplicação das suas etapas: **identificação da dor** (tipo, localização e características); **quantificação/mensuração** da dor (através das Escalas, específicas e validadas); **implementação** da terapêutica farmacológica ou não farmacológica; **registro** adequado dos dados coletados e das ações implementadas e a **reavaliação** do paciente (KRAUSE, 2012).

No que tange a adoção de uma Escala para mensuração da intensidade da dor algumas características precisam ser observadas como a idade, o nível de consciência e cognitivo da população avaliada, bem como a adesão e respaldo legal do profissional técnico de Enfermagem ou enfermeiro que fará a aplicação da mesma. A partir dos dados coletados há de se desenvolver

condutas de ação, previamente, protocoladas (MENDES; BOAVENTURA; MENDONÇA, 2014).

Existem várias escalas de avaliação da intensidade de dor validadas no Brasil, ao escolher a que padronizará no seu serviço o enfermeiro e equipe de saúde deve optar pela que mais se adequa as peculiaridades da população atendida, o serviço desenvolvido e a competência dos profissionais que a aplicarão.

**Depressão e ansiedade:** são sintomas psicológicos encontrados em muitos doentes em Cuidados Paliativos, sendo essencial a avaliação constante de seu comportamento e reações frente aos acontecimentos. A ansiedade é caracterizada por uma sensação de mal-estar ou sentimento de tristeza, sendo a etiologia proveniente de vários fatores. Geralmente, doentes em cuidados paliativos apresentam este sintoma quando relacionam sua doença à morte ou ao morrer. A depressão é considerada mais grave que a ansiedade, pois é caracterizada por um distúrbio complexo de emoções, associado à perda de interesse pela vida e a problemas cognitivos, podendo trazer alterações como a insônia e cefaléia. É provável que uma parcela significativa dos doentes em cuidados paliativos venha a experimentar um episódio de ansiedade ou depressão durante algum período do seu processo de adoecimento. O trabalho psicológico seja de apoio, aconselhamento, reabilitação ou psicoterapia individual e em grupo, tem facilitado a transmissão do diagnóstico, a aceitação dos tratamentos, o alívio dos efeitos secundários e a obtenção de uma melhor qualidade de vida (PRADO; ALMEIDA; GARBELINI, 2013).

**Confusão mental (delírio ou demência):** a confusão mental é muito comum em doenças graves e há muitas causas possíveis desencadeantes, como as encefalopatias, as metástases cerebrais, os distúrbios metabólicos e eletrolíticos, as desidratações e efeitos colaterais dos fármacos.

O delirium é a confusão mental que se manifesta de forma aguda, em um curto período de tempo. Pode ser desencadeado por uma infecção, pela proximidade da morte ou pela introdução de um novo fármaco. Classifica-se como hipoativo (caracterizado por confusão, agitação, alucinações, mioclonias e hiperalgesia); hiperativo (caracterizado por confusão, sonolência e estado de alerta diminuído) ou misto (apresenta ambas as características) (PRADO; ALMEIDA; GARBELINI 2013).

Alguns cuidados não farmacológicos podem ser implementados como, manter o doente num ambiente seguro e que lhe seja familiar, mantê-lo longe de objetos perigos, comunicar-se com frase diretas e simples e eliminar ou diminuir estímulos sonoros e visuais. A utilização de fármacos tem como objetivos corrigir, se possível o fator desencadeante e/ou tratar o sintoma, diminuído ou eliminando o risco que o doente impõe a si mesmo ou as que estão ao seu redor.

**Disfunção urinária:** são vários os mecanismos que desencadeiam as disfunções urinárias, como progressão da doença (no câncer), alterações do nível de consciência e efeitos colaterais de medicamentos, como os opióides que reduzem o tônus do músculo detrusor e

sua força de contração, reduzindo também a sensação de plenitude vesical, urgência e reflexo miccional. A prioridade do cuidado é aliviar o desconforto deste sintoma. O uso de dispositivos urinários não invasivos, sondas vesicais de demora e de alívio e o uso de fraldas podem ser usados com esse objetivo. Em alguns casos faz-se necessário ações farmacológicas e/ou cirúrgicas (PRADO; ALMEIDA; GARBELINI, 2013).

**Anorexia/caquexia:** sintomas alimentares como a síndrome anorexia/caquexia, são geradores de grande sofrimento nos pacientes e seus cuidadores familiares ou não, pelo desconforto, pelas alterações físicas que provocam e pelo impacto psicológico que causam. A avaliação destes sintomas torna-se fundamental na medida em que o tratamento dos mesmos pode atenuar o impacto negativo que acarretam à vida destas pessoas. Tradicionalmente, a caquexia é relacionada ao emagrecimento excessivo e claramente aparente associado a determinadas enfermidades. Os tratamentos farmacológicos são bastante polêmicos. Algumas medidas não farmacológicas trazem conforto aos pacientes e familiares, como o fracionamento das dietas, aumento de sua periodicidade e oferta de pratos mais atrativos (CORREA; SHIBUYA, 2007).

**Prurido:** pode ser um sintoma de várias condições, apresentando-se com ou sem uma erupção cutânea, como por exemplo, doenças hepáticas, insuficiência renal, certos tipos de câncer, alergias, dermatites, infecções fúngicas e escabiose. Evitar fatores que se saibam desencadeantes do prurido e banhos com água quente e com sabonetes com pH incompatível com o pH da pele são medidas eficazes. O uso de hidratantes, tem um papel importante no seu alívio. Farmacologicamente, há de se identificar o fator causal e direcionar o tratamento (PINTO, 2005).

**Soluços:** Podem ser penosos e desgastantes para o paciente, se forem frequentes ou se não se resolverem rapidamente. São geralmente causadas por distensão (estiramento) do estômago, mas também podem resultar de qualquer pressão sobre o diafragma, ou de insuficiência renal (DUCCI; PIMENTA, 2003).

**Ronco da morte (Sororoca ou chocalho da morte):** esse é um termo comum usado nos hospitais para descrever o som feito por um indivíduo muito próximo da morte. Isso ocorre após a perda do reflexo da tosse e da habilidade de engolir, causando uma acumulação de saliva na garganta e nos pulmões. Apesar de raramente causar dor ao paciente, o som pode ser assustador, seu aspecto é de “água em ebulição”. Incomoda as pessoas ao redor do paciente, pois dá a sensação de que o paciente está sufocando. As aspirações não são eficazes e são pouco toleradas. Medidas de conforto, como umedecimento dos lábios com óleo mineral e o posicionamento mais elevado no leito é indicado. Farmacologicamente, pode-se utilizar, entre outros, a hiosina que tem como efeito colateral o ressecamento das vias respiratórias superiores. Esse efeito colateral que causa desconforto na maioria dos pacientes, traz para o paciente com “ronco da morte” conforto, diminuindo os ruídos (SANTOS; GONÇALVES,

2009).

**Lesões de pele:** Os pacientes no fim da vida são propensos ao desenvolvimento ou agravamento das lesões cutâneas. A escassa mobilidade, o estar acamado ou sentado durante muito tempo, a presença de incontinência urinária ou fecal e a deficiente nutrição aumentam os riscos de desenvolvimento das úlceras por pressão, uma das lesões mais comuns neste período da vida.

Existem Escalas apropriadas para identificação de risco de desenvolvimento destas úlceras por pressão, como as escalas de Braden, Norton e Waterlow.

As causas das lesões podem ser internas ou externas ao paciente e são as mais variadas, desde questões pertinentes às doenças de base, até as relacionadas à fragilidade tecidual. A fragilidade tecidual está relacionada à faixa etária, às questões nutricionais e, refletem também, a falência do maior órgão do corpo humano, quando da proximidade morte: a pele. As úlceras terminais de Kenedy, que surgem dias antes da morte são muitas vezes consideradas úlceras de pressão comuns, quando estudo já indicam seu surgimento como um indicador de proximidade do óbito. O reconhecimento deste indicador funciona como um elemento para o direcionamento/planejamento do cuidado da Enfermagem. A pele deve ser avaliada diariamente e medidas de prevenção e tratamentos adequados implantados precocemente. As úlceras por pressão podem ser evitadas com algumas ações básicas da Enfermagem como: incentivo à mobilização dos doentes; o reposicionamento periódico no leito; a utilização das superfícies de apoio apropriadas como os colchões de espuma caixa de ovo e os colchões dinâmicos; o uso de travesseiros entre as pernas, se o doente estiver deitado de lado; não arrastar o doente; manter a cama limpa e seca e os lençóis sem dobras; manter a pele hidratada; não realizar massagens; proteger estruturas de apoio (sacro, ísquio, nádegas, ombros, cotovelos, calcanhar e pavilhão auricular). Em áreas de umidade usar tecnologias de barreiras como cremes disponíveis no mercado (SANTOS; GONÇALVES, 2009).

### **O papel do Enfermeiro no controle de sintomas**

O papel do enfermeiro no tratamento dos sintomas mais prevalentes em Cuidados Paliativos, diferentemente do que muitos profissionais assumem, está indicado desde a identificação do sintoma e sua devida classificação, até a mensuração da sua intensidade, localização, fatores desencadeantes e de alívio; reconhecimento de suas características multifatoriais e a interferência dos elementos culturais, sociais e espirituais na sua percepção pelo doente, gerando a necessidade de ações interdisciplinares. É competência do enfermeiro o conhecimento das terapêuticas medicamentosas ou não, suas indicações, ações, dosagens, posologias, farmacodinâmica, farmacocinética, efeitos adversos, suas formas de prevenção e, inclusive de tratamento dos mesmos.

É essencial o controle dos sintomas e isso demanda ações planejadas e, muitas vezes

concomitantes de toda equipe de saúde envolvida nos cuidados dos doentes em cuidados paliativos. Essas ações podem ser farmacológicas e/ou não farmacológicas.

Os sintomas mudam frequentemente e, devemos estar atentos, realizando as reavaliações periodicamente, conforme mostrar-se necessário. As reavaliações podem desencadear mudanças de condutas, a partir das novas situações que se apresentem, mas também subsidiam ações preventivas de sofrimento para doentes e seus cuidadores familiares ou não. (SANTOS; GONÇALVES, 2009).

O conhecimento faz com que o enfermeiro empodere o doente no processo de autocuidado e aumente a adesão às terapêuticas propostas, implementando a qualidade de vida dessas pessoas. O raciocínio clínico desenvolvido pelos enfermeiros lhes dá a segurança necessária para o contínuo e seguro cuidado de pessoas com sintomas em cuidados paliativos.

## Referências

- ALMEIDA, C.B. et al. **Uso do Protocolo de Analgesia (OMS) e da Escala de Dor no Manejo do Paciente com Dor Oncológica**. Londrina: Congresso Multiprofissional em Saúde. Junho. 2012.
- ARAUJO, T. M. de. Acurácia de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em paciente crítico. 2009. 149 p. Dissertação de mestrado – Universidade Federal do Ceará. Fortaleza.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS (ABCP). Consenso Brasileiro de Fadiga. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos* 2010; 3 (2) - Suplemento 1.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS (ABCP). Consenso Brasileiro de Náuseas e Vômitos. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos* 2011; 3 (3) – Suplemento 2.
- BRASIL. Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz. Anexo 2 – Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. 2013. 21 p.
- CARDOSO, A.I.C.R. Controlo da dor em pacientes oncológicos. 2014. 33 pg. (Dissertação de Mestrado) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar/Universidade do Porto. Porto.
- CONCOR, Margaret O; ARANDA, Sanchia. **Guia Prático de Cuidados Paliativos em Enfermagem**. São Paulo: Andrei, 2008.
- CORREA, Hiromi Priscilla; SHIBUYA, Edna. Administração da Terapia Nutricional em Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 53, n.03, p. 317-323, março. 2007.
- DUCCI, J. Adriana; PIMENTA, Cibele A. de M. **Programas Educativos e a Dor Oncológica**. *Revista Brasileira de Cancerologia*, São Paulo, v.3, n.49, p. 185-192, junho 2003.
- IASP. **Associação Internacional para o Estudo da Dor**. Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org/index.aspx>>. Acesso em: 04 fev. 2016.
- KRAUSE, H. Lillian. Aspectos práticos da prescrição de analgésicos na dor no câncer. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 02, p.38-49, abril/junho. 2012.
- MENDES, T.R.; BOAVENTURA, R.P. CASTRO, M.C. MENDONÇA, M.A. Ocorrência da dor nos pacientes oncológicos em cuidado paliativo. **ACTA Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.27, n. 4, p. 356-361, ago. 2014.
- NAIME, Fauzia F. **Manual de Tratamento da Dor: Dor Aguda e Dor de Origem Oncológica**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2013
- OLIVEIRA, Reinaldo A. de. **Cuidado Paliativo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Bioética**, 2008.
- PINTO, Luciana S; Sistematização da Assistência de Enfermagem no tratamento da dor oncológica. *Revista Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 06, p. 64-69, 2005
- PRADO, A. S. Maria. ALMEIDA, M. Ana. GARBELINI dos S. Adriana. **Cuidados Paliativos em Oncologia**. In: GOZZO, O. Thais. *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Oncológico*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. p.72.

SANTOS, Maristela J. Dos, GONÇALVES, Lucia H. Takase. **A Enfermagem em Cuidados Paliativos**. In: FIGUEIREDO, Nebia M. A. et al. *Enfermagem Oncológica Conceitos e Práticas*. São Caetano do Sul, SP: Editora Yendis, 2009.

---

**PERSPECTIVA BIOÉTICA NO CONTEXTO  
DOS CUIDADOS PALIATIVOS**

---

# Perspectiva bioética no contexto dos cuidados paliativos

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

Dulcinéia Ghizoni Schneider

Luciana Martins da Rosa

## Da Bioética Principlista à Bioética da Proteção e de Intervenção

A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem sinaliza que os profissionais da Enfermagem têm o dever de participar constantemente do planejamento e das ações em saúde no intuito de melhorar as condições de saúde da população em geral (SCHNEIDER, 2010). Sabe-se que o ato de cuidar é complexo e requer responsabilidades, compreensão acerca do contexto das políticas públicas de saúde e dos direitos da população. Diante disso cabe ao profissional reconhecer suas potencialidades e suas limitações em seu engajamento social no processo de atenção à saúde, para que o cuidado de Enfermagem seja adequado e satisfatório para a população. (MARQUES et al, 2014). Logo, considera-se pertinente, aqui, articular à temática dos Cuidados Paliativos (CP), uma discussão que contemple a perspectiva da Bioética.

A perspectiva da **Bioética Principlista** é usualmente melhor difundida entre profissionais da saúde, dentre esses enfermeiros/as, técnicos/as e auxiliares de Enfermagem. O principlismo é uma corrente particular, com origem nos Estados Unidos de América e hoje com difusão mundial, que forneceu um modelo bioético fortalecido, especialmente no espaço da área da saúde. Emergiu na década de 1980, na proposta contida no famoso livro *Principles of Biomedical Ethics* de Tom L. Beauchamp. (KOERICH et al, 2005).

Esse modelo é composto por quatro princípios: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

## Princípios da ética bioética

**Princípio da beneficência:** em seu sentido filosófico moral, quer dizer fazer o bem e seu princípio tem como regra norteadora da prática da Enfermagem, da medicina, da odontologia, e da psicológica entre outras. A noção primeira é primar pelo bem do paciente – o seu bem-estar e os seus interesses –, de acordo com os critérios do bem fornecidos por estas áreas de conhecimento. O princípio da beneficência é limitado, no que diz respeito a não aceitação do paternalismo, ao surgimento da autonomia, às novas dimensões da justiça e a definição do que é o bem do paciente. É claro que o problema imediatamente apresentado aqui é a variedade de idéias sobre o que podemos entender por benefício ou prejuízos. Deste

princípio, derivam regras que exigem o estabelecimento de riscos da pesquisa humana levando em consideração os benefícios a serem obtidos.

**Princípio da não maleficência:** no sentido de não causar danos. Faz-se necessário, nos diversos casos, examinar conjuntamente os princípios da beneficência e da não maleficência. A dor ou dano causado a uma vida humana só poderia ser justificado, pelo profissional de saúde, no caso de ser o próprio paciente a primeira pessoa a ser beneficiada. Princípio da não-maleficência: obriga-nos a não prejudicar os outros. Classicamente conhecido como *primum non nocere*, este é um princípio que tem que tornar-se prioridade no agir profissional.

**Princípio da autonomia:** no campo da saúde significa que os valores, critérios e preferências do paciente tem prioridade na tomada de decisão, em virtude de sua dignidade como pessoa. Este princípio está intimamente ligado com a questão do consentimento informado da pessoa doente ou potencialmente doente. Esse princípio pode ser definido como a obrigação de respeitar os valores e escolhas de cada pessoa nas decisões que dizem respeito vital básica. Considera dois fatores fundamentais: a) o respeito pela capacidade das pessoas à autodeterminação em relação com as opções individuais. b) A proteção das pessoas com autonomia diminuída contra qualquer intenção de prejudicar ou abusar; logo, entende-se que nem todas as pessoas estão em condições de exercer este autogoverno, por restrições intrínsecas ou extrínsecas.

**Princípio da justiça:** procura dar a cada pessoa o que é seu, de maneira que a pessoa receba o que merece e o que tem sido legitimamente reclamado. Coloca a saúde como direito equitativo, igualitário e universal. E, com relação ao Estado, insere a prerrogativa da distribuição equitativa dos recursos para a saúde (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005).

A partir dos anos 1990, surgiram novas teorias que passaram a criticar a hegemonia do modelo Princípioalista, apesar de ser, ainda, hoje conhecido, valorizado e muito utilizado na área da Bioética. A globalização econômica, os problemas de exclusão social, característicos dos países periféricos, a inacessibilidade de grupos vulneráveis ao desenvolvimento científico-tecnológico e a desigualdade de acesso das pessoas pobres aos bens de consumo indispensáveis à sobrevivência, passaram a fazer parte da reflexão dos pesquisadores engajados em uma bioética transformadora. Nesse sentido, uma ética baseada em princípios universais não pode ser aplicada num contexto de desigualdade. As críticas foram motivadas pela sua falta de utilidade para analisar conflitos que exigissem flexibilidade e adequação cultural, bem como, o enfrentamento de macroproblemas bioéticos, persistentes ou cotidianos, vivenciados por grande parte das populações de países como o Brasil, marcados pela exclusão social (VARGAS, 2013a).

As pessoas que necessitam de CP mostram-se vulnerados em relação a sua condição de saúde. Pessoa vulnerada é aquela que não está capacitada a se defender sozinha, por alguma razão independente de sua vontade, pelas condições desfavoráveis em que vive ou devido ao

abandono das instituições vigentes que não lhe oferece o suporte necessário para enfrentar sua condição de afetada e tentar sair dela (SCHRAMM, 2008).

Seguindo esse pensamento, a **Bioética de Proteção** tem em seu escopo a proposta de defender os direitos daqueles considerados vulnerados (BERNARDES et al, 2009). Como aliado, o Estado tem o dever de oferecer condições de saúde à população com qualidade. A Bioética de Proteção envolve situações epidemiológicas, sanitárias, das quais condiz a vulnerabilidade daqueles que requerem uma atenção especial (HELLMANN, 2009). Dessa forma, considera-se que a proteção também está relacionada às boas condições de trabalho daqueles que prestam cuidados, a qual resulta no gerenciamento de questões éticas que surgem no decorrer da prática e, conseqüentemente, desencadeia um raciocínio lógico que resulta em tomada de decisões diante dos conflitos (MARQUES, et al, 2014).

A bioética de proteção tem seu foco naqueles que são “excluídos” do meio ambiente onde sempre estiveram inseridos. Logo, torna-se essencial para o estabelecimento da justiça social (SCHRAMM, 2008). Nesta perspectiva, a proteção está em possibilitar condições de vida em que as pessoas vulneradas possam desenvolver a capacidade de tomar suas próprias decisões, considerando-se que elas possuem capacidade para pensar e refletir diante de suas ações.

Ao abordarmos direitos humanos nos remetemos a **Bioética de Intervenção**, a qual está relacionada ao direito do ser humano de igualdade e equidade com autonomia, além dos benefícios individuais e ou coletivos (GARRAFA, 2012). Na perspectiva da bioética de intervenção, destaca-se a inclusão social como parte da ação cotidiana das pessoas, afinal são elas que articulam suas decisões e atitudes (GARRAFA, 2005). Dessa forma, tornou-se evidente a necessidade de incorporar no campo de reflexão e atuação da bioética, temas sociopolíticos da atualidade, como: as iniquidades sociais e econômicas existentes no mundo; a análise das responsabilidades sanitárias; a interpretação mais precisa dos quadros epidemiológicos; a determinação das formas de intervenção a serem programadas; as questões ambientais; a formação de pessoal sanitário e a responsabilidade dos estados frente aos cidadãos (GONÇALVES; RAMOS; GARRAFA, 2010).

É nesse contexto que a Bioética de Intervenção se constrói, com base na realidade brasileira e latino-americana em todos os seus contrastes e necessidades. Esse ponto de vista incorpora as questões éticas impostas pelo desenvolvimento biotecnocientífico e a assimetria da relação profissional-paciente, mas também situações relacionadas às políticas de saúde e às desigualdades sociais. As reflexões feitas sob essa perspectiva criticam a incorporação vertical de conteúdos éticos de países desenvolvidos, buscando contextualizar argumentações a temas locais. (GONÇALVES; RAMOS; GARRAFA, 2010).

A seguir, discorreremos acerca de alguns aspectos que envolvem a questão dos CP que, pertinentemente, podem ser olhados na perspectiva da Bioética Principlista, Bioética de Proteção e Bioética de Intervenção. Dentre esses destacam-se as questões da autonomia do

paciente, da distanásia e da ortotanásia, do direito à qualidade de vida. Há, ainda, a questão emergente atual que trata das diretivas antecipadas de vontade. Todas estas questões se mesclam, quando o assunto é CP. Na verdade, todas as temáticas abordadas ao longo deste livro de CP se articulam, mesmo que não anunciadas assim de modo explícito, às questões bioéticas. Logo, focalizamos nesse capítulo, o que ainda não foi contemplado nos demais capítulos.

### **Diretivas Antecipadas de Vontade e a Autonomia do Paciente**

O respeito à autonomia implica conhecer o direito de ter opiniões, fazer escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais. Considerando esses aspectos, surgem as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), que tem recebido diferenciadas denominações, entre elas: testamento biológico, testamento vital, diretrizes antecipadas de tratamento, declaração antecipada de vontade, declaração antecipada de tratamento, declaração previa de vontade do paciente terminal (COGO; LUNARDI, 2015).

As DAV abrangem duas espécies: o testamento vital (também denominado declaração previa de vontade do paciente terminal) e o mandato duradouro (COGO; LUNARDI, 2015). O testamento vital é um documento pelo qual uma pessoa capaz pode registrar, de acordo com sua vontade, quais tratamentos deseja em caso de enfermidade incurável, visando a assegurar o seu direito de morrer com dignidade, de acordo com suas concepções pessoais (RAJÃO, 2013). O mandato duradouro refere-se à nomeação de um ou mais procuradores, com conhecimento profundo do paciente, com capacidade de identificar sua vontade (DADALTO, 2013) quando ele estiver incapacitado de manifestar sua vontade. Esse documento é válido inclusive em situações de incapacidade temporária, diferentemente do testamento vital, que apenas tem validade em situações de terminalidade (RAJÃO, 2013).

No Brasil, o termo utilizado e aprovado recentemente pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução 1.995/12, é o das DAV entendidas como o conjunto de desejos manifestados previamente pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. A Resolução reconhece o direito do paciente de recusar tratamentos fúteis, ou seja, aqueles tratamentos que visam apenas a prolongar sua vida biológica, sem garantir sua qualidade (COGO; LUNARDI, 2015).

A prática das DAV acontece de maneira efetiva quando existe adequada comunicação entre os profissionais da saúde e o paciente. Estudo sinaliza a importância da manifestação das DAV na inibição da distanásia (STOLZ et al, 2011), ou seja, as pessoas optariam pela morte sem sofrimento e sem impor a futilidade terapêutica, logo, pela ortotanásia. Os pacientes desejam que a família, amigos e profissionais da saúde sejam honestos e discutam o processo da doença e as opções de tratamento.

As motivações dos pacientes para completar as DAV relacionam-se à ampliação de

sua autonomia, melhoria da comunicação com os cuidadores, medo do tratamento, não ser considerado um fardo e certificar-se que suas preferências serão respeitadas. E, os principais motivos para não completar as DAV relacionam-se às dificuldades de antecipar suas vontades e ao aparecimento rápido de um delírio ou a piora da condição de saúde (PAUTEX; HERRMANN; ZULIAN, 2008).

Dentre os aspectos que podem ser articulados à discussão da Bioética da Proteção é a possibilidade do uso de DAV, não considerando a intensidade da compreensão das pessoas quanto às opções de tratamento e de CP. A adequada compreensão pode apontar para duas direções: 1) instrumentalizar as pessoas doentes e seus respectivos familiares e ou amigos, acerca dos direitos a uma qualidade de vida em seu processo de estar doente – por exemplo, minimizando ou eliminando a dor, o desconforto respiratório, o prolongamento de complicações evitáveis, fortalecendo as redes de proteção; 2) reforçar a importância da orientação detalhada, responsável e coerente com as opções ou não de tratamento. (COGO; LUNARDI, 2015). Nesse sentido, as DAV trazem à tona que a enfermidade e o morrer não devem ficar nas mãos somente dos profissionais da saúde, reduzindo o paciente a um incapaz, sem dignidade, alheio às decisões tomadas a seu respeito (COGO; LUNARDI, 2015). Familiares de doentes terminais experimentam conflito emocional entre o desejo de agir conforme os valores do seu ente querido, não querendo se sentir responsáveis pela sua morte, o desejo de perseguir qualquer chance de recuperação e a necessidade de preservar o bem-estar da família (SCHENKER et al, 2012).

## **A Distanásia e a Ortotanásia nos Cuidados Paliativos**

A distanásia é uma palavra de origem grega que designa o prolongamento exagerado do processo de morte. É sinônimo de tratamento fútil ou inútil, sem benefícios para a pessoa no final da vida. É o processo pelo qual se prolonga meramente o processo de morrer, e não a vida propriamente dita, tendo como consequência morte prolongada, lenta e, com frequência, acompanhada de sofrimento, dor e agonia. Os europeus chamam a distanásia de obstinação terapêutica e os norte-americanos de tratamento fútil e inútil (SOUZA; PESSINI; HOSSNE, 2012).

Diante de um caso de incurabilidade, a busca pela cura trata-se de agressão à dignidade dessa pessoa. As medidas avançadas e seus limites devem ser ponderados visando à beneficência para o paciente e não a ciência vista como um fim em si mesma (CARVALHO, 2008). A distanásia decorre do abuso na utilização de recursos de maneira desproporcional mesmo quando causa maior sofrimento para a pessoa, ao retardar sem reverter o processo de morrer já em curso.

A ortotanásia é uma palavra que, também, origina-se dos radicais gregos, orthos (certo, reto, correto) e thanatos (morte). É o não-prolongamento artificial do processo de morrer, além do que seria o processo natural. Essa prática é considerada como morte boa ou desejável, não

ocorrendo prolongamento da vida por meios que implicariam aumento do sofrimento (PESSINI, 2006).

Neste caso, ao refletirmos na perspectiva da Bioética Principlista, a beneficência se manifestaria por meio do estabelecimento da confiança entre os profissionais e os pacientes, que por sua vez, possibilitaria a sua participação ativa na tomada de decisões (autonomia). Outro aspecto importante, seria a obrigação moral dos profissionais e instituições de saúde, amparadas pelas políticas públicas de saúde, de implementar todas as medidas terapêuticas que tenham uma relação entre os meios empregados e o resultado previsível, com a responsabilidade de preservar a vida sem sofrimento (PESSINI, 2006).

É muito frequente no cuidado a pessoas no fim da vida, lidarmos com atitudes que tem duplo efeito, um bom e outro mau. Principalmente na presença de dor intensa, dificuldade respiratória, ansiedade, agitação, confusão mental. Para se manejar esses sintomas são necessários utilizar drogas que podem produzir efeitos colaterais, inclusive, perda da consciência (PESSINI, 2006). Sabe-se que os protocolos atuais e os princípios dos CP (isto é discutido em outro capítulo deste livro), têm aprimorado os modos de manejar adequadamente a dor intensa, o desconforto, entre outros sintomas, sem provocar efeitos colaterais negativos no paciente.

Pensarmos a partir da autonomia conduz a ressaltar que a autodeterminação pessoal é a base para a suspensão de esforços terapêuticos para os usuários dos serviços de saúde. Esses esforços são compreendidos como não iniciar uma terapia ou suspendê-la uma vez iniciada, não ressuscitar nos casos de parada cardiorrespiratória, não submeter o doente à ventilação mecânica, alimentação e hidratação artificial contra a sua vontade, devendo o médico e demais profissionais respeitar a autonomia do usuário, inclusive deixando que a morte ocorra no local, no tempo e em companhia de quem o doente quiser. Logo, o respeito à autonomia do usuário dos serviços de saúde considera a maneira própria dele de fazer suas escolhas fundamentadas em valores e princípios próprios e suas crenças. Saber ouvir é uma necessidade que favorece a relação entre o profissional e o usuário, reforçando a confiança entre eles, permitindo acompanhá-lo em sua trajetória de decisão, ouvindo-o, esclarecendo-o e, acima de tudo, respeitando-o (VICENTIN; LABRONICI; LENART, 2007).

E, ao incluir a perspectiva da Bioética da Proteção, considera-se relevante, promover estratégias de empoderamento da pessoa vulnerada. Neste ínterim, é importante que seja conduzida uma discussão dentro da equipe e, depois, com o paciente e/ou familiares, sempre considerando os pressupostos éticos e morais, sem perder de vista a particularidade de cada situação e a possível vulnerabilidade dos sujeitos, capaz de comprometer seu adequado processo de decisão.

## **O Direito à Qualidade de Vida**

Proporcionar CP com qualidade significa implementar ações inovadoras, dentre elas mudanças de atitudes e educação de todos os profissionais envolvidos com a pessoa portadora

de uma doença crônica e ou com expectativa de morte próxima. Logo, para atuar na perspectivas dos CP é pertinente investir na qualificação dos profissionais. Educar não só os enfermeiros, mas toda a equipe de Enfermagem é fundamental para proporcionar bons cuidados. Nessa direção, estudo evidencia que na comparação entre CP prestados em ambientes institucionais e domiciliares, os membros da família ficam significativamente mais satisfeitos com o fim da vida de entes queridos acompanhados em unidades especializadas em CP (VARGAS et al, 2013). Os profissionais que atuam em unidades especializadas em CP tendem a buscar subsídios, capacitando-se para desenvolver o melhor cuidado.

Por sua vez, refletir sob a perspectiva da Bioética da Intervenção, destacar-se-ia a necessária intervenção mais “dura” do Estado na promoção do rearranjo dos modos de lidar com as pessoas que evoluem com doenças crônicas e que, também, demandariam CP, concomitante ao adequado tratamento. O Estado, precisa se responsabilizar pelas intervenções que atendam às demandas atuais da população; ainda, no Brasil, não estamos em tempos de viver a atenção à saúde numa perspectiva liberal ou neoliberal, onde cada cidadão tornar-se-ia responsável por sua condição de saúde; para isto, precisaríamos previamente, uma sociedade que priorizasse: as responsabilidades sanitárias, as condições socioeconômicas da população, a inclusão das pessoas ao conhecimento das inúmeras e possíveis alternativas de tratamento, de cuidado que fomentariam a qualidade de vida de muitos, em detrimento dos poucos privilegiados.

Nessa direção, apresentamos no Quadro 1 as sugestões propostas por Vargas (2013b) para Ações Paliativas Integradas em toda a Rede de Atenção à Saúde.

### **Quadro 1: Ações Paliativas Integradas na Rede de Atenção à Saúde.**

1. Providenciar o treinamento de habilidades em comunicação da equipe interdisciplinar.
2. Diferenciar conferências planejadas (informação e verificação do entendimento sobre diagnóstico, prognóstico, tratamento; avaliação de potenciais conflitos/satisfação/confiança) de informação sobre a evolução clínica da pessoa doente.
3. Verificar o desejo dos envolvidos quanto à participação nas decisões.
4. Desenvolver protocolos para a abordagem de conflitos.
5. Estabelecer protocolos de controle de qualidade e de adesão às ações paliativas.

Fonte: VARGAS, 2013b.

### **Uma importante conclusão**

A Enfermagem precisa ser protagonista neste processo de inserir a nova filosofia dos CP. É uma demanda da população e ela se manifesta na tentativa de compactuarmos e firmarmos adequadas e coerentes políticas públicas.

Enquanto princípio ético, a responsabilidade profissional localiza a equipe de Enfermagem atuando em todas as esferas de atenção à saúde. Ações de Enfermagem nas instâncias de decisão do que precisa ser implementado e do que é prioridade para a população, na cobrança e supervisão da funcionabilidade de adequadas estruturas física e de equipamentos, no fomento a discussões e a formação entre seus pares e com os demais integrantes da equipe de saúde acerca da resignificação do cuidar em CP.

## Referências

- BERNARDES, L. C. G.; MAIOR, I. M. M. L.; SPEZIA, C. H. ARAÚJO, T. C. C. F. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 31-38, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a08v14n1.pdf>>
- CARVALHO, R. T. Legislação em cuidados paliativos. In: **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**. Cuidado paliativo. São Paulo; 2008. p. 613-29.
- COGO, S. B.; LUNARDI, V. L. Anticipated directives and living will for terminal patients: an integrative review. **Rev Bras Enferm**. v. 68, n. 3; 2015. p.464-74.
- DADALTO, L. Distortion on living will in Brazil (or why it is necessary to talk about a prior declaration of will of terminal patient). **Rev Bioet Derecho**. 2013; 28:61-71. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n28/articulo5.pdf> Portuguese
- GARRAFA, V. Proteção e acesso à saúde com um bem social. In: HELLMANN, F.; VERDI, M.; GABRIELLI, R.; CAPONI, S. **Bioética e Saúde Coletiva**: Perspectivas e desafios contemporâneos. Florianópolis: DIOESC, 2012. p. 36-51.
- GONÇALVES, E., RAMOS, F., GARRAFA, V.. O olhar da Bioética de Intervenção no trabalho do cirurgião-dentista do Programa Saúde da Família. **Revista Bioética**. v.18, n.1. 2010. Disponível em:[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/547](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/547).
- HELLMANN, F. Reflexões sobre os referenciais de análise bioética no ensino da naturologia no Brasil à luz da bioética social. [Dissertação Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – UFSC, 2009.
- KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto contexto enferm**. v. 14, n. 1. 2005. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072005000100014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000100014&lng=pt&nrm=iso).
- MARQUES, A. M. F. B. et al. O cuidado à saúde à pessoa com amputação: análise na perspectiva da bioética. **Texto contexto - enferm**. v. 23, n. 4, p. 898-906. Dec. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072014000400898&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000400898&lng=en&nrm=iso)>.
- PAUTEX, S.; HERRMANN, F. R.; ZULIAN, G. B. Role of advance directives in palliative care units: a prospective study. **J Palliat Med** [Internet]. 2008; v. 22, n. 7:835-41. Disponível em: <http://pmj.sagepub.com/content/22/7/835.long>
- PESSINI L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In. PESSINI L, BERTACHINOI L. (Org) **Humanização e cuidados paliativos**. 3ª Ed. São Paulo: Loyola, 2006, 319 p.
- RAJÃO, R. B. D. **Diretivas antecipadas de vontade e a eutanásia**. In: DADALTO L. Diretivas antecipadas de vontade: ensaios sobre o direito a autodeterminação. Belo Horizonte: Letramento; 2013.
- SCHRAMM, F. R. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 11-23, 2008. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/52/55](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/52/55)>.
- SCHENKER, Y.; CROWLEY-MATOKA, M.; DOHAN D, et al. I don't want to be the one saying 'we should just let him die': intrapersonal tensions experienced by surrogate decision makers in the ICU. **J Gen Intern Med**. 2012; v. 27, n. 12:1657-65. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2F11606-012-2129-y>.
- SCHNEIDER, D. G. **Discursos profissionais e deliberação moral**: análise a partir de processos éticos de Enfermagem. [Tese de Doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2010.
- SOUZA, V. C. T. de; PESSINI, L.; HOSSNE, W. S. Bioética, religião, espiritualidade e a arte do cuidar na relação médico-paciente. **Revista Bioethikos**. v.6 n. 2. 2012. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/94/a7.pdf>.
- STOLZ C, GEHLEN G, BONAMIGO EL, BORTOLUZZI MC. Manifestacao das vontades antecipadas do paciente como fator inibidor da

distanasia. Rev Bioet. 2011; v. 19, n. 3:833-45. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm>

VARGAS, M. A. de O. et al. Ressignificando o cuidado em uma unidade especializada em cuidados paliativos: uma realidade possível? **Texto contexto - enferm.** v. 22, n. 3, p. 637-45. 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300009&lng=en&nrm=iso)>.

VARGAS, M. A. O. Ética, bioética e biopolítica: conceitos implicados na assistência à saúde. In: GUERREIRO, D. et al. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem. **Módulo V: Doenças crônicas não transmissíveis.** 2013a Disponível em: [https://uniasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/11071/mod\\_resource/content/3/Modulo5\\_DoencasCronicas.pdf](https://uniasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/11071/mod_resource/content/3/Modulo5_DoencasCronicas.pdf)

VARGAS, M. A. O. Ética em saúde: autonomia do usuário com DCNT. In: GUERREIRO, D. ET al. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem **Módulo VII: Doenças Crônicas Não Transmissíveis,** 2013b. Disponível em: [https://uniasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/12091/mod\\_resource/content/3/Modulo7\\_DoencasCronicas.pdf](https://uniasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/12091/mod_resource/content/3/Modulo7_DoencasCronicas.pdf)

VICENTIN, A.; LABRONICI, L.; LENARDT, M.H. Autonomia do paciente idoso com câncer: o direito de saber o diagnóstico. **Acta Paul Enferm** 2007; v. 20, n. 4: 509-13.

---

**FINITUDE HUMANA**

---

## Finitude humana

Maria do Carmo Vicensi  
Jerry Schmitz

Ainda que a espécie humana tenha evoluído nos mais diversos aspectos (científicos, tecnológicos e relacionais), transformado a forma como vive, aumentando a expectativa de vida e expandido as possibilidades no espaço e no tempo, a finitude humana permanece inalterada. A morte e o morrer são partes da vida e como define SÊNECA, 2008 “deve-se aprender a viver por toda a vida e, por mais que te admire, durante toda a vida, se deve aprender a morrer”. A morte é inevitável, independente de quem somos ou em que acreditamos, o tempo de vida biológica tem, incondicionalmente, o seu fim (ALVES; SELLI, 2007).

Em termos gerais, a humanidade tende a esperar viver até a velhice e quanto mais se vive, menos sobressaltos e revoltas a morte causa, ainda que perturbe e provoque uma trama de emoções e sentimentos em qualquer tempo.

Os jovens planejam e esperam a vida adulta, desejam formar-se, casar, ter filhos, construir uma história perpetuando-se nela. E, mesmo sabendo da existência da morte que pode acontecer a qualquer momento, não fazem uma projeção consciente sobre ela. Neste sentido, quando a morte atinge uma criança ou uma pessoa jovem, há, em geral, um sentimento de frustração e quase uma reflexão forçada sobre a possibilidade de isso acontecer consigo mesmo ou com alguém muito próximo antes da velhice e todos os planos e sonhos perdem, por momentos, o sentido.

A percepção sobre a morte congrega um paradoxo que se por um lado dá a idéia de permanência, por outro, indica ausência. Pode ser percebida como finitude, ou de acordo com a concepção particular, pode indicar eternidade.

Ao se analisar a fenomenologia da morte, percebe-se que o processo de morrer não é sempre igual. Ao longo da história são empregadas diferentes maneiras para acompanhar o processo de morrer de acordo com a época e a cultura de cada região.

O homem passou a ocupar-se mais, deixando de ter tempo disponível para acompanhar os processos da vida, como o fazia antigamente, repassando a responsabilidade de assistir a morte aos hospitais, que hoje se encontram equipados com sofisticados recursos tecnológicos capazes de recuperar doenças e até recuperar vidas, porém, não são capazes de evitar a morte.

### **O medo e a negação no processo de morrer e da morte**

A sociedade contemporânea tende a rejeitar a 'fala sobre a morte' apesar de ser algo presente em seu cotidiano e cuja experiência passará, seja ao enfrentar a morte de um

amigo, de um familiar, de um desconhecido, ou da própria morte. E, mesmo que a maioria dos seres humanos omita a idéia da ocorrência da morte, ela acontece desde o momento da concepção e consiste numa certeza para cada indivíduo vivo que inevitavelmente, permeia nosso inconsciente, nossos objetivos e desejos na vida.

Ariés (2003) entende que a filosofia e o modo de viver contemporâneo cultivam atitudes que tentam esquecer, ignorar ou mesmo matar a morte, numa tentativa de vencê-la em busca da imortalidade. Para tanto, sobressaem às diversas possibilidades de ocultamento, que são representadas como mecanismos de defesa: negação, repressão, intelectualização e deslocamento.

O medo e a negação da inevitabilidade da morte são constantes e representam fortes influências socioculturais (VICENSI; FORMAGGIO, 2010). A sensação de sermos eternos e a recusa em contemplar a possibilidade da própria morte nos causam medo, especialmente quando associadas a fatos que nos aproximam dela.

As diferentes maneiras de encarar e enfrentar a morte e o processo de morrer estão relacionadas às crenças e à formação cultural de cada um, assim como pela vivência com a morte, o processo de morte e morrer e ainda conforme o tempo e o espaço em que se vive (VICENSI; FORMAGGIO, 2010).

### **O paradoxo vivenciado pelos profissionais de saúde**

Na tela da vida, observa-se que ela se compõe de um jogo voraz que busca adiar a morte, combatendo todos os tipos de situações que podem conduzir ao processo de morrer. A luta é contínua, amarga e paradoxal: se de um lado se intervém de todas as formas protocolais que a ciência oferece para adiar a morte, por outro lado, o adiamento da morte por meio de técnicas e medicamentos sem, no entanto, impedir o sofrimento do doente e dos familiares, instiga questionamentos e reflexões sobre a validade desses processos diante da certeza da finitude (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2007).

Afinal, como tratar a morte e o morrer no cotidiano dos profissionais da Enfermagem, especialmente nos espaços onde ela acontece com maior frequência?

O desenvolvimento da ciência e da tecnologia, influenciando na alimentação, na medicação e nos mais diversos aspectos da vida, alteraram a forma como se trata a morte e o morrer, sem nunca conseguir evitá-la, senão adia-la.

Historicamente, o processo de morte durava em torno de cinco dias, hoje dura em média cinco anos; era um acontecimento presenciado por familiares, parentes, amigos e até mesmo estranhos que participavam dos ritos derradeiros. A morte era considerada familiar, um elemento da vida, inevitável e, portanto, deveria ser tratada como tal, embora, efetivada a morte, os rituais eram conduzidos a impedir que os defuntos perturbassem os vivos (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2007). O medo, portanto, era dos mortos e não da morte. Segundo Ariés

(2003), a filosofia e o modo de viver contemporâneo cultivam atitudes que tentam esquecer, ignorar ou mesmo matar a morte, numa tentativa de vencê-la em busca da imortalidade.

A pouca perspectiva de adiar ou vencer a morte aproximava as pessoas do processo de morrer e, quando ela acontecia, seguiam-se ritos que confortavam os envolvidos neste contexto.

Contemporaneamente, o período que compreende a terminalidade da vida não somente é mais longo, como mais distante, tanto em termos de consciência da finitude da vida, como propriamente da morte e do processo de morrer (ALLES, 2014). A pessoa doente, em processo terminal, geralmente fica em ambiente hospitalar, com presença controlada de familiares, até que a morte ocorra, e o ritual de despedida acontece em espaços próprios e não na casa do familiar, como se dava no passado.

A morte nos hospitais precisa ser encarada como parte da profissão, porém, diante desta certeza, há que se pensar que os sentimentos a ela relacionados devem ser tratados de modo a facilitar a convivência daqueles que lidam diretamente com ela, tornando-os mais amenos, pois, a sensação de perda, de tristeza, de ausência, por mais que seja sufocada, persiste em tomar a mente do profissional e, então, o medo que está ligado à necessidade de sobrevivência acorda as emoções do ser humano que vive no profissional de saúde (VICENSI, 2016).

Por outro lado, o morrer nos hospitais pode ser encarado pelos profissionais de saúde como fracasso, como a incapacidade de alcançar a excelência no trabalho, afinal, a manutenção da saúde e da vida seria em tese, sua função. Neste sentido, o hospital tornou-se o espaço em que os acontecimentos da vida como a dor, o sofrimento e a morte, sempre presentes, muitas vezes são tratados como algo a ser combatido a qualquer custo e, como nunca foi possível evitar a finitude, passou a ser ignorada, através do distanciamento da vida social, emocional, espiritual e psíquica do doente sem perspectiva de cura e de seus familiares (KLÜBER-ROSS, 2008).

É necessário compreender que o profissional de saúde busca incessantemente pela cura, porém, pouco se lembra do antagonismo da profissão, já que a cura não representa a inexistência da morte e dessa forma, não se concebe claramente o limite entre as funções profissionais de cura e a impotência diante da morte inevitável.

A morte do doente torna-se algo qualificado tecnicamente: ele não morre, vai a óbito, ou de forma mais elaborada tem um prognóstico negativo, ou está fora das possibilidades terapêuticas, isso ocorre porque não se interna uma pessoa, mas pacientes ou casos.

E assim estes profissionais vão efetivamente descontextualizando e descaracterizando a morte e o processo de morrer, impedindo a pessoa e familiares de viver a vida até o último momento e perceber a morte como um processo ou parte da vida.

A racionalização da morte parece ser acima de tudo a busca da autodefesa, a fim de equilibrar emoções e de não afetar as atividades profissionais. Essa racionalização é o reflexo da própria atividade, onde se procura estabelecer uma relação mais distante. Para suportar essa vivência cotidiana com a morte e o processo de morrer o que se pode observar no dia a

dia profissional é a negação da morte em todos os níveis, independentemente do campo de atuação (SANCHES; CARVALHO, 2009).

A Enfermagem merece destaque quando se discute acerca de cuidados paliativos, pois ainda que o atendimento seja multidisciplinar e assim deva ser, tendo equidade na atenção integral ao paciente, é a Enfermagem que participa mais assídua e proximamente do cotidiano dos familiares e seres humanos no leito da morte (VICENSI, 2016).

É a Enfermagem o elo que vai intermediar a interação entre todos os envolvidos no processo, bem como é a responsável direta por implementar a busca de recursos que viabilizam à pessoa doente melhor qualidade de vida e a adequada preparação para o processo de morrer quando for inevitável (BARROS; OLIVEIRA; ALVES; FRANÇA; NASCIMENTO; FREIRE, 2012).

É missão da Enfermagem o ato de cuidar, especialmente quando o protocolo define o tratamento como paliativo, em casos em que a terminalidade da vida já está definida (VICENSI, 2016).

Cuidar não é um ato associado intrinsecamente à cura e à salvação da vida, mas especialmente ao tratamento digno e respeitoso a toda pessoa, independentemente da sua situação, tomando proporções mais significativas quando associado a situações terminais (BARROS; OLIVEIRA; ALVES; FRANÇA; NASCIMENTO; FREIRE, 2012).

É o profissional de Enfermagem que faz a ponte entre a pessoa doente, os familiares e a equipe de saúde. É ele o indicado para estar ao lado da pessoa com perda de vitalidade, dor, depressão, medo e insegurança em função da fragilidade de sua saúde e da própria vida.

Ainda que toda a formação da Enfermagem esteja baseada em cuidados em saúde, cuidados paliativos exigem preparação específica, especialmente no campo humanístico, emocional e de comportamento e, portanto, ênfase maior deve ser dada a este aspecto na formação desses profissionais (SILVA; ARAÚJO; FIRMINO, 2008).

O cuidado é ético na medida em que respeita a presença reservada, evitando os excessos de presença e de fazeres do cuidador. Tão importante quanto às ações de cuidador e a sua presença junto ao doente e familiar, é o respeito à privacidade e aos momentos de silêncio e solidão que todo o ser humano, em especial os seres morrentes necessitam (FIGUEIREDO, 2009).

Ao se referir a este sublime momento, destaca-se que tanto o profissional quanto o doente procuram o cuidar de si e ainda o deixar-se cuidar “pois a mutualidade nos cuidados é um dos mais fundamentais princípios éticos a ser exercido e transmitido”. É compartilhando que se é solidário, que se ajuda e colabora, promovendo a interação e a percepção sobre a fragilidade da sua vida e do outro. Assim, doente e profissional aproximam-se nas suas virtudes (a arte de cuidar) e suas fragilidades (limites, emoções e necessidade de cuidados), pois “reconhecer a finitude e o limite deixará aquele que cuida muito mais sensível aos objetos de seu cuidado e muito menos inclinado a exercer tiranicamente seus cuidados” (FIGUEIREDO, 2009).

A função de cuidar, primordial aos profissionais de Enfermagem, exige preparação

adequada tanto técnica quanto psicológica e um sentir a morte e a vida de forma interligada, tendo a atenção, a ética e o respeito àquele ser que está em processo de finitude inevitável, mas que nem por isso deve ser distante, penoso ou amargurado.

Portanto, há que se considerar a desordem que a morte causa na vida das pessoas, em especial dos profissionais de Enfermagem, pois a morte supera todas as tentativas humanas de vencê-la, podemos até adiá-la, mas eliminá-la é impossível (VICENSI; FORMAGGIO, 2010).

O morrer do outro é tão provocativo à nossa capacidade de equilíbrio psíquico e emocional, quanto à percepção da nossa própria morte (ARIÉS, 2003).

A morte representa uma transição vivenciada de acordo com a cultura de cada um, rompendo os diversos segmentos da vida, e esconder-se atrás do mascaramento da morte, parece ser uma tentativa de adiar uma experiência, que mais cedo ou mais tarde virá à tona e terá que ser vivenciada.

A morte e o processo de morrer por gerar conflitos entre os profissionais de saúde precisam permear discussões e reflexões no processo de formação profissional com o objetivo de compreendê-la enquanto parte integrante da vida não apenas em relação aos aspectos técnicos e de conhecimento científico, mas também no âmbito emocional e ético envolvidos nesse contexto, transformando o modo como a encaramos, tornando-nos mais leves e serenos diante desse ofício.

Destaca-se o que postula Kübler-Ross (2008), pensar na própria finitude, adquirir consciência da inevitabilidade da morte e do morrer, o que promove a capacidade de percepção real de nós mesmos, de quem somos e o que necessitamos, assim termos melhores possibilidades de olhar para o outro como um ser único, ímpar e com especificidades a serem respeitadas.

Deve ser compreensível que profissionais de saúde especialmente aqueles que trabalham em locais onde a morte acontece com maior frequência a encarem com naturalidade, até porque não seria possível alguém que trabalha nesse meio sofrer demasiadamente a cada perda. De qualquer forma, lidar com a morte é sempre, em maior ou menor grau, causador de sentimentos ambíguos.

Essa naturalidade é também prospectada por Santoro e Oliveira (2003), ao definirem que a morte não pode ser encarada como uma situação assustadora já que é uma fase imutável da vida, e é aceitando a morte que se poderá ter uma vida mais íntegra.

No dia a dia da equipe de Enfermagem, a morte torna-se sua companheira de trabalho, portanto, é necessário ressaltar que considerar a morte como natural não significa não ter sentimentos em relação a ela, ou a pessoa em fim de vida.

Neste sentido, Kübler-Ross (2008), entende que os profissionais de saúde perdem muito quando evitam o doente terminal, pois é elemento indispensável da profissão compreender o comportamento humano, suas formas de adaptação, as defesas utilizadas em situações de risco e de impotência, e não há lugar mais adequado que o leito do paciente em fim de vida para se

aprender.

As visitas frequentes, a abertura para conversas e, especialmente para ouvir suas histórias, seus anseios, suas decisões e, quando a conversa não é possível dada às limitações que a doença impõe, o contato tátil, o olhar, a observação dos sinais e signos expressados é um dos caminhos mais interessantes da aprendizagem.

Não se espera, nem se deseja uma relação afetiva familiar ou tão próxima a ponto de inviabilizar o profissional, sobrepondo-se a pessoa que sofre e chora, mas um ser humano, que atua profissionalmente no cuidado de pessoas em seu leito da morte, segundo as indicações da ciência e o respeito e dignidade que o ser humano merece. (VICENSI, 2016).

Assim, poder-se-á encontrar profissionais capacitados para aplicar as técnicas e protocolos necessários a cada caso, mas sem negar, ignorar ou oprimir as crenças pessoais ou os sentimentos e emoções advindo da singularidade de cada pessoa, respeitando a si próprio enquanto ser em igualdade com os demais em pelo menos um aspecto: a finitude humana. Há pois que se considerar a vital necessidade de se valorizar o último evento importante da vida: a morte (VICENSI, 2016).

Esse é um caminho para se conceber a morte como parte imponderável da vida e fomentar a coragem necessária para aceitá-la quando inevitável, provocando a quebra de paradigmas e contribuindo para mudar a mentalidade antimorte fixada na nossa cultura e na conduta dos profissionais de saúde (STANISCIÁ; PEREIRA; GUIMARÃES; MEKLER; REZENDE, 2016).

Resta então reconhecer que estudar e refletir acerca da morte e do processo de morrer é o caminho para agir com eficiência e dignidade na área da saúde, bem como recuperar a cultura da morte como natural/normal, enquanto parte da vida.

Como referem Sêneca (2008) e Klüber-Roos (2008), o foco principal para tornar a morte menos perigosa e danosa aos nossos pensamentos é valorizar a vida e o tempo que temos.

Quando tomamos consciência de que o essencial não é prolongar a existência, mas ampliar a vida, toda a áurea negativa que permeia o morrer e a morte se esvai. Assim, passar-se-á a viver plenamente. Potencializar nossas experiências de vida permite tornar a morte um elemento da vida, não a ser combatido, mas a ser experimentado quando o tempo se esgotar, sem vazios, mas carregado de vida, não sendo mais preciso desviar os olhos da morte, mas recebê-la como o prêmio pelo esgotamento da vida vivida intensamente.

## Referências

- ALLES, AA. Bioética e processos de religiosidade entre os pacientes com doenças terminais no Brasil. *Rev. Bioét.* 2014; 22(3):397-406.
- ALVES, JS; SELLI, L. Cuidado espiritual ao paciente terminal: uma abordagem a partir da bioética. **Revista Bras. Bioética.** 2007;3(1):65-85.
- ARIÉS, P. **História da Morte no Ocidente.** Rio de Janeiro: Ediouro; 2003.
- BARROS, NCB; OLIVEIRA, CDB; ALVES, ERP; FRANÇA, ISX; NASCIMENTO, RM; FREIRE, MEM. Cuidados Paliativos na Uti: compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros. **Rev. Enferm.** UFSM. 2012 set-dez;2(3):630-40.

BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. **Ações de Enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço** [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2008[citado em Jan 2016]. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/Enfermagem/docs/ficha\\_tecnica.pdf](http://www.inca.gov.br/Enfermagem/docs/ficha_tecnica.pdf)> acesso em: 19 mar 2015.

FIGUEIREDO, LC. As diversas faces do cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura. In: MAIA, M.S. (org). **Por uma ética do cuidado**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009, p. 130-132.

KLÜBER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes**. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008.

PESSINI, L; BARCHIFONTAINE, CP. **Problemas atuais de bioética**. 8. ed. rev. ampl. São Paulo: Loyola/Cusc; 2007.

SANCHES, PG; CARVALHO, MDB. Vivência dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva frente à morte e o morrer. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre: 2009;30(2):289-96.

SANTORO, DC; OLIVEIRA, CM. Considerações sobre a morte súbita no contexto do cuidado. **Revista Enfermagem Brasil**. 2003, 2(5):309-313.

SÊNECA. **Sobre a brevidade da vida**. Tradução: Lúcia Sá Rebello, Ellen Itanajara Neves Vranas e Gabriel Nocchi Macedo. Porto Alegre: L&PM, 2008, p. 41.

SILVA, MJP; ARAÚJO, MT; FIRMINO, F. Enfermagem. In: **Cuidado Paliativo**. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p.

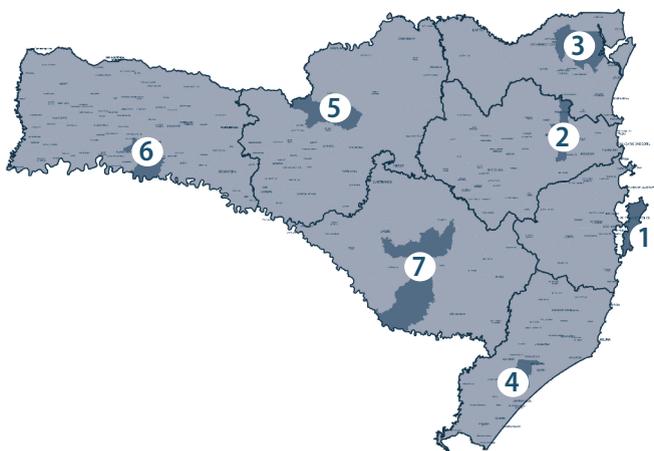
STANISCIÁ, ACM; PEREIRA, L; GUIMARÃES, CPA; MEKLER, TL; REZENDE, F. [Internet]. Dificuldades emocionais vivenciadas pelos médicos intensivistas da unidade de terapia - adulto de um hospital geral privado. *Rev. SBPH*. 2011; [acesso 11 jan. 2016];14(1):41-73. Disponível: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000100004&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100004&lng=pt).

VICENSI, MC; FORMAGGIO, MF. Ordem e Desordem: A morte na perspectiva da equipe multidisciplinar da unidade de terapia intensiva. In: I Encontro Internacional de Ciências Eco-Espirituais, 2010, Itajaí - SC. **I Encontro Internacional de Ciências Eco-Espirituais**. Itajaí: UNIVALLI, 2010. v. 2. p. 13-13.

VICENSI, MC; Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. *Revista Bioética*. Vol. 24, no 1 – 2016 . Brasília/DF, Brasil, Conselho Federal de Medicina, 2016.



## SUBSEÇÕES E ENDEREÇOS



1. Florianópolis	Av. Mauro Ramos, nº 224 - Centro Executivo Mauro Ramos - 6º, 7º, 8º e 9º andares - Centro - Florianópolis - SC - CEP: 88020-300	(48) 3224-9091
2. Subseção de Blumenau	Rua XV de Novembro, nº 1336 - Edifício Brasília - 4º andar - Sala 47 - Centro - Blumenau - SC - CEP: 89010-903	(47) 3222-3524 (47) 3222-3525
3. Subseção de Joinville	Rua Dona Francisca, nº 260 - Edifício Deville - 9º andar - Sala 910 - Centro - Joinville - SC - CEP: 89201-250	(47) 3423-4132 (47) 3422-9878
4. Subseção de Criciúma	Av. Getúlio Vargas, nº 440 - Centro Comercial Empresarial Euclides Crevanzi - Sala 202 - Centro - Criciúma - SC - CEP: 88801-500	(48) 3439-5274 (48) 3437-3779
5. Subseção de Caçador	Av. Barão do Rio Branco, nº 1260 - Edifício Caraguatá - Sala 23 - Centro - Caçador - SC - CEP: 89500-000	(49) 3563-8545 (49) 3563-8544
6. Subseção de Chapecó	Rua Marechal Deodoro, nº 400E - Edifício Piemonte Executivo - Sala 508 - Centro - Chapecó - SC - CEP: 89802-140	(49) 3323-6470 (49) 3323-7163
7. Subseção de Lages	Rua Benjamin Constant, nº 28 - Edifício Executivo CEPAR - Sala 100 - Centro - Lages - SC - CEP: 88501-110	(49) 3224-7818 (49) 3227-1583

**Horário de funcionamento: das 8h às 17h**

## LEMBRE-SE: É OBRIGAÇÃO DE CADA PROFISSIONAL MANTER O SEU ENDEREÇO RESIDENCIAL E PROFISSIONAL ATUALIZADO NO COREN/SC

- **Decreto nº 94.406/1987** – Regulamenta a Lei nº 7.498/1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências.
- **Resolução Cofen nº 139/1992** – Institui a obrigatoriedade de comunicação, por escrito, de todos os dados de identificação do pessoal de Enfermagem.
- **Resolução Cofen nº 311/2007, art. 53** – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

**Poderão ocorrer eventuais alterações nas normas, acompanhe os sites:**

**[www.cofen.gov.br](http://www.cofen.gov.br)  
[www.corensc.gov.br](http://www.corensc.gov.br)**

Realização:



Agência Brasileira do ISBN  
ISBN 978-85-64747-11-1

