

coleção

Coren/SC Orienta

Vol.04 - Parte 2

## **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 2

#### **ORGANIZAÇÃO**

*Maria do Carmo Vicensi*

#### **ELABORAÇÃO**

*Ana Izabel Jatobá de Souza*

*Luciana Martins da Rosa*

*Luiz Eduardo Toledo*

*Mara Ambrosina de Oliveira Vargas*

*Maria do Carmo Vicensi*

*Maristela Jeci dos Santos*

*Vera Radünz*

#### **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.  
57p. – (COREN/SC orienta; v.4)

ISBN: 978-85-64747-12-8

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

Essa publicação traz outros artigos sobre Cuidados Paliativos, dando continuidade à Parte 1 que foi lançada em agosto de 2016, com apresentação de outros enfoques também importantes sobre o tema.

Os avanços tecnológicos para o diagnóstico, tratamento e controle de diversas doenças tem diminuído significativamente as mortes abruptas, fazendo com que as pessoas vivam mais, mas em muitos casos com a necessidade de importantes cuidados para a saúde. O período de tratamento mais longo demanda aos profissionais de Enfermagem uma atuação cada vez mais especializada, tornando imprescindível o desenvolvimento e aperfeiçoamento das habilidades.

Essa edição do Coren/SC Orienta tem esse objetivo, de difundir as informações sobre o tema e levar o conhecimento ao maior número de profissionais, para que os mesmos possam estar preparados para lidar com os desafios que envolvem a qualidade de vida, relacionamento entre paciente e família, além de toda a parte emocional que abrange esse período da vida.

Os artigos aqui escritos por especialistas e experientes profissionais revelam importantes orientações sobre o a essência do cuidado em Enfermagem, o luto dos profissionais, a espiritualidade em cuidado paliativo e a atenção que deve ser dada ao cuidador, ou seja, a necessidade de cuidar do cuidador.

Por fim, inserimos nessa publicação uma importante parte da legislação que rege o exercício profissional. O trabalho do Coren/SC tem sido pautado no fortalecimento e valorização da Enfermagem, oferecendo assim informações fundamentais para o atendimento seguro e de qualidade.

Boa leitura!

*Enf. Msc. Helga Regina Bresciani*

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

## Prefácio

*“Sendo a vez, sendo a hora,  
entende, atende, tornatento,  
avança, peleja e faz.”  
(Guimarães Rosa)*

Fazer do Agora o foco principal de nossa vida. Lidar com a finitude diariamente, o desafio de trabalhar com Cuidados Paliativos, ensina isso também: a vida acontece no presente; quanto mais aproveitamos o Presente, mais momentos maravilhosos farão parte de nossa vida para que possamos... nos despedir em paz.

Conviver e cuidar de pessoas que estão na fase final da vida permite que recordemos nossas escolhas, que nos tornemos conscientes de nossas ações, relações, pensamentos, sentimentos, “observando” o que nossa Alma realmente quer e sonhou/sonha.

Deixar de aprender com os momentos e contextos que as pessoas morrem (ou partem – dependendo da crença filosófica ou espiritual de cada um) é perder a oportunidade de revalorizar a vida e as relações.

A Enfermagem em Cuidados Paliativos apresenta essa oportunidade: você acredita em vida **antes** da morte? Está aproveitando para viver bem a sua? Está conseguindo favorecer ou compartilhar a sua beleza com outras pessoas? Se acredita, entende que oferecer um sorvete para alguém pode qualificar seus momentos finais; colocar uma música de sua preferência; deixá-lo confortável e sem dor, junto das pessoas que ele gosta, pode ser o suficiente para que todos aprendam com o momento/o processo de finitude humana.

Este livro tem como objetivo sensibilizar os profissionais de Enfermagem para os Cuidados Paliativos, despertando o interesse pela temática e apontando o quanto a Enfermagem é importante e necessária nessa tarefa e contexto.

Nele se encontra desde os princípios e definições básicas de CP, os critérios para sua implantação, perspectivas bioéticas e históricas, além de orientações para controle dos sintomas mais comumente encontrados na fase da finitude humana e a atenção ao luto dos familiares e espiritualidade como parte fundamental nesse processo de cuidar. Lembra também o óbvio (tão esquecido por nós!): quem cuida precisa ser cuidado!



A Enfermagem é uma profissão que entende a diferença entre o tempo *cronos* (o tempo do relógio) e o tempo *kairós* (o tempo do coração). Sabe que existem momentos que ficam gravados em nós pela intensidade do seu aprendizado, pelo quanto o cuidar de alguém nos afetou e nos tornou melhor como ser humano. Esses momentos, essa aprendizagem, simplesmente “fica” em nós, independentemente do tempo passado, do tempo do relógio.

Se as pessoas que passam por nós e morrem “ficam” em nós, não será a morte uma ilusão? Uma mudança na forma de perceber o outro? O que morreu não foi apenas seu físico? O cuidar, portanto, não deve ser holístico, abordando todas as dimensões do ser humano? O trabalho em Cuidados Paliativos ensina que querer aliviar o sofrimento dos outros é uma coisa muito nobre, mas que nós fazemos parte do mundo e, se não nos cuidarmos, se não cuidarmos da vida que há em nós, deixando de ter compaixão consigo mesmo é frustrante e desesperador. Enfermagem em CP permite que aprendamos com a morte a viver.

Enfrentar o que nos dá medo, de frente, parece contraditório, mas é verdade, pode nos trazer paz e serenidade.

Boa leitura!

Obrigada, COREN/SC, por essa oportunidade!

Obrigada, colegas autoras, pelo empenho!

*Profa. Dra. Maria Júlia Paes da Silva*

*Profa. Titular pela Escola de Enfermagem da USP*

*Pesquisadora Nivel 1A pelo CNPq.*



# Sumário

1

**Enfermagem, a essência em cuidados paliativos.** Pág. 14

2

**O luto dos profissionais frente aos cuidados paliativos.** Pág. 24

3

**Espiritualidade e Enfermagem em cuidado paliativo.** Pág. 34

4

**Cuidando do cuidador.** Pág. 40

5

**Legislação do Exercício Profissional.** Pág. 48

- Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986 - Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Pág. 48
- Decreto nº 94.406, de 8 de Junho de 1987 - Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências. Pág. 52

(...) somente quando as pessoas que atuam na área da saúde entenderem a morte como parte da existência é que poderão estar com o paciente na sua terminalidade, não se antepondo à morte como um desafio à vida, mas como parte integrante e inalienável da mesma”...

*Dra. Magali R. Boemer*

---

**ENFERMAGEM, A ESSÊNCIA EM  
CUIDADOS PALIATIVOS**

---

# Enfermagem, a essência em cuidados paliativos

Maria do Carmo Vicensi  
Maristela Jeci dos Santos

A vivência cotidiana no trabalho de Enfermagem e com a heterogeneidade de casos de saúde possibilita, entre outras situações, ampliar a compreensão do viver, do adoecer e do morrer. Essa experiência, se por um lado, permite novas práticas, mais adequadas e maior segurança nas ações e atividades laborais, por outro lado, instiga novas investigações e questiona práticas arraigadas e tradicionais que são difíceis de serem transformadas. São exatamente esses questionamentos e os novos elementos que surgem tanto na práxis como nas teorias, muitos deles, frutos da vivência, que permitem a renovação, a busca de novos e mais eficientes meios de trabalho, de cuidado e promoção da saúde.

É nesse contexto, da renovação, da reflexão e dos questionamentos em torno das práticas atuais e de novos modelos de trabalho que se pretende discutir e sensibilizar os profissionais de Enfermagem para cuidados paliativos.

A inquietação entre profissionais da Enfermagem Catarinense no que se refere a filosofia de cuidados paliativos é algo tangível, uma vez que algumas percepções construídas a partir da prática laboral e estudos teóricos instigam à reflexão sobre a temática. Considerando a importância dos cuidados paliativos para um atendimento integral aos usuários em saúde, justifica-se a necessidade de aprofundar os estudos sobre o tema e disseminar informações e conhecimentos estimulando práticas humanísticas e de acolhimento que são os princípios norteadores desta filosofia de cuidado.

O tema cuidados paliativos é um assunto em voga, que ainda necessita de ampla divulgação e reflexão para que a categoria profissional empodere-se, tornando-se agente ativo na transformadora humanização em cuidados de saúde. Assegurando assim, seu papel de protagonista no processo.

Quando se fala em cuidados paliativos há uma tendência, inclusive dos profissionais da saúde, em pensar que o doente neste momento de sua vida não tem mais solução, que se findaram as expectativas, questionando, por vezes, o porquê e o para que cuidar. O termo paliativo é concebido na maioria das vezes como algo pejorativo, de menor valor no cuidado, que não traz resultados efetivos, como se fosse uma “obrigação” para o não abandono total do doente que não tem cura.

Essa percepção, no entanto, dificulta sobremaneira a promoção do bem-estar e da qualidade de vida do doente que, mesmo não tendo possibilidades de cura, tem direito aos cuidados e ao acolhimento pleno da Enfermagem.

Nesse contexto, o tema cuidados paliativos em Enfermagem é relevante na medida em que busca desmistificar conceitos e percepções promovendo a transformação de uma cultura na área da saúde onde, a cura em detrimento ao cuidado e ao acolhimento à pessoa é priorizada. Seja qual for o momento de vida do doente, é fundamental compreender a filosofia de cuidados paliativos, suas características e contextualização, instrumentalizando os profissionais na tomada de decisões precisas, comprometidas e seguras (VICENSI, 2014; SANTOS, 2009).

Historicamente, os relatos sobre cuidado humano são antigos e perpassam as relações humanas na essência mais primitiva. Complementando, Pessini (2006), diz que, cuidar dos doentes sem possibilidades de cura é uma atividade já manifestada na Antiguidade Clássica, porém, a forma como acontecia difere quase que completamente do entendimento atual, especialmente no que tange a cuidados paliativos. O que se realizava nos períodos mais antigos era uma atitude de cidadãos comuns que abrigavam e mantinham certos rituais para amenizar o sofrimento dos doentes e familiares enquanto esperavam a morte.

Por cuidados paliativos compreende-se uma série de ações específicas demandada a partir da fragilidade do ser humano, primando pela integralidade, equidade e universalidade deste cuidado. Os cuidados paliativos são realizados transversalmente ao controle dos sinais e sintomas físicos, psicossociais e espirituais, singulares do doente e seus familiares, que vivenciam, inclusive, a inevitabilidade da morte do seu ente querido (FIRMINO, 2005).

Suas características relacionam-se diretamente com as novas concepções em saúde, direcionadas à humanização, quando a técnica não prevalece sobre a atenção, o acolhimento, a personalização do cuidado e o respeito à autonomia do usuário do sistema de saúde.

O principal aspecto que torna complexo o tratamento curativo e os cuidados paliativos é a questão do viver e morrer. Sabe-se da finitude do viver, para muitos do viver orgânico, para outros do fim completo, mas como explica Pacheco (2004), a pessoa toma consciência de que pode morrer e experimenta diversos sentimentos que se contrapõem e se alimentam, sentimentos de perda, de impotência, ansiedade, incerteza, fé e lembranças. É também, esse conjunto de sensações e emoções que devem nortear as ações cuidadoras da Enfermagem.

Ao tratar da questão da morte e da finitude Kübler-Roos (2008), assinala que:

*A morte constitui ainda um acontecimento medonho, pavoroso, um medo universal, mesmo sabendo que podemos dominá-los em vários níveis. Creio que pensar na própria finitude, trará um posicionamento da percepção real de nós mesmos, de quem somos e o que necessitamos para a obtenção de melhor qualidade de vida. Trará ainda maior possibilidade de vermos o nosso semelhante como um ser único, ímpar.*

Considerando a complexidade desse momento e das situações envolvidas, o processo de cuidado paliativo deverá ser conduzido a partir da construção de relações integrais, interativas, dinâmicas, flexíveis e disponíveis (BETTENCOUT, 2007), sempre envolvendo a família, tanto no

processo de cuidar como no de ser cuidada (CARVALHO, 2007).

Um aspecto parece permear toda a construção dos cuidados paliativos de forma direta, pois fomenta os questionamentos práticos, teóricos e individuais dos profissionais que têm essa função, é a ética em suas características gerais e a bioética de forma particular.

Nunes (2008) aponta que a ética deve ser a condutora principal das decisões desde o momento das definições iniciais do tratamento paliativo até a implementação de ações que priorizam a manutenção da vida até seu fim. É oportuno enfatizar que:

*A finitude determina até onde se pode chegar, pois em momentos anteriores eu sou, eu posso, eu existo e, quando esta se faz presente, eu não sou mais, não posso mais e não existo mais para os efeitos da vida terrena, logo, somos todos condenados à morte, pois somos seres frágeis; mas somos os únicos seres a saber que morreremos (JAPIASSU e MARCONDES, 1996, p. 188).*

O tratamento curativo, mesmo quando realizado a partir da vontade de todos na recuperação da pessoa, também tem seus limites e é a ética que possibilita essa decisão de forma mais coerente. “É fundamental reforçar a idéia de que a dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual decorre os outros princípios e que deve estar presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções” (NUNES, 2008, p. 44).

Os cuidados paliativos surgiram para por um lado, preencher essa lacuna na prática em saúde, que se esquece da vida e da pessoa doente e, por outro lado, para fomentar o debate ético em torno das ações em saúde, instigando a transformação e o avanço com base no respeito à dignidade da pessoa humana.

A Enfermagem aparece nesse cenário como uma das principais responsáveis pelas práticas de cuidados paliativos. E, cuidar das pessoas de uma forma sistematizada é seu grande objetivo em qualquer tempo e espaço (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002).

O cuidado na Enfermagem é percebido em seus aspectos científicos, técnicos, administrativos, afetivos e éticos, revelando o modo de ser de cada profissional de Enfermagem que o exerce em concomitância com um poder sociopolítico de transformação, de autoestima forte e positiva da profissão (COSTA; CEOLIM, 2010).

Um dos aspectos importantes em cuidados paliativos e em que a Enfermagem firma suas competências para atuar, é o estabelecimento de uma relação de apoio a pessoa doente e seus familiares, através de uma comunicação clara, próxima e integradora, do controle dos sintomas, medidas para alívio do sofrimento e a conscientização da possibilidade da morte, sem, no entanto, priorizar este aspecto, e sim à vida com qualidade (COSTA; CEOLIM, 2010).

A escuta atenta, cuidadosa e ativa é sempre necessária e função a ser desempenhada pela Enfermagem que desenvolve em sua formação essa competência, estabelecendo assim um diálogo confortante e aberto, em que as pessoas sintam-se acolhidas em seus medos,



inseguranças, dores e sofrimentos (SALTZ; JUVER, 2008), incluindo às famílias, sempre que possível, na tomada de decisões (CARVALHO; PERINA, 2003).

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2009) destaca a importância da Enfermagem nos cuidados a pessoa doente em todas as fases da vida, reforçando a necessidade de habilidades afetivas e do tratamento holístico e humanizado para proporcionar as melhores condições possíveis no enfrentamento das dores, demais sintomas da doença e do próprio processo de morrer.

Percebe-se que há grande interesse e esforço na última década e meia no sentido de refletir sobre a morte, o morrer e os cuidados paliativos no âmbito da Enfermagem. É importante reconhecer esse esforço para se construir um processo de aprendizagem e pesquisa em torno do tema em um momento em que a própria Enfermagem busca sustentabilidade e respeito em sua práxis (NUNES, SILVA E PIRES, 2011).

Tecem-se discussões e reflexões acerca do ambiente hospitalar para pessoas em fim de vida, questionando-se sobre qual o local adequado para que todos os cuidados e o acolhimento necessário neste momento sejam oferecidos; sobre a negação e negligência a morte; a ocultação da verdade sobre a doença; o cuidado humanizado, a qualidade de vida (SILVA, RIBEIRO E KRUSER, 2009).

A equipe de Enfermagem neste contexto tem papel de destaque na prevenção e redução do sofrimento, no fornecimento de conforto e dignidade ao doente e as suas famílias, bem como, na preparação e conscientização das equipes, familiares e do próprio doente (KELLY et al., 2011).

Reitera-se a necessidade de inserção da temática filosofia dos cuidados paliativos, na formação profissional. O ensino da Enfermagem, ainda, no século XXI, está focado no modelo biomédico curativo, desencadeando o despreparo dos profissionais quanto ao entendimento do cuidado às pessoas no processo da morte e do morrer e, gerando sentimento de impotência e frustração ao tratar de questões relacionadas ao fim de vida (GERMANO; MENEGUIM, 2013).

Nunes, Silva e Pires (2011), ao tratar do ensino de Enfermagem enfatizam a essência da práxis da Enfermagem como sendo o cuidado humano que envolve a integralidade da pessoa “corpo, mente e alma”, desenvolvendo a competência profissional do cuidado a partir da transversalidade entre o saber científico e o ser humanístico. Esse sentido profissional/humano deve ser foco de ensino nas escolas de Enfermagem e, para tanto, exige que os docentes também possuam essa competência consciente para produzir o mesmo significado cognitivo entre os alunos.

Kovácz (2008) ao se referir as sensações provocadas pelo processo de morte, diz:

*A morte como limite nos ajuda a crescer, mas a morte vivenciada como limite, também é dor, perda da função, das carnes, do feto. É também solidão, tristeza, pobreza. Uma das imagens*

*mais forte da morte é a da velhice, representada por uma velha encarquilhada, magra, ossuda sem dentes, feia e fedida que nos causa repulsa e terror.*

O profissional de Enfermagem, além de lidar com a própria característica humana, por si só, conflituosa, precisa ainda mostrar-se coerente no trato com os familiares e mesmo com os colegas de trabalho quando da morte de uma pessoa doente. Então, um conjunto complexo de sentimentos e de reações que tentam explicar de uma forma muitas vezes fria, outras vezes desconexa, esse conflito interno se sobressaem ao profissionalismo (VICENSI, 2014).

Portanto, é preciso considerar as características peculiares do trabalho da Enfermagem e dos cuidados paliativos e a partir disso conduzir ações tanto na formação profissional, quanto na execução das atividades laborais, que amenizem os efeitos negativos do trabalho sobre o profissional de Enfermagem.

A comunicação interativa e o diálogo aberto são ferramentas consideradas essenciais para que relações integrais, sólidas, amorosas e empáticas se concretizem. É pelo diálogo que se podem ouvir e acolher as necessidades da pessoa doente e assim, definir ações que realmente influenciem positivamente na sua vida (FRANCA, J.R.F.S. et al, 2013).

O déficit na comunicação entre o Enfermeiro, o doente e a família influencia na percepção da doença, no seu ajustamento psicossocial e qualidade de vida. Quando a comunicação restringe-se a instrumental, sem afetividade, há visivelmente um desequilíbrio maior. A habilidade comunicacional, portanto, é um dos elementos chaves para promover a qualidade do cuidado às pessoas em fim de vida (CHAVES, 2004).

O perfil dos profissionais de Enfermagem para atuar em cuidados paliativos demanda o estabelecimento de um vínculo comunicacional; implica em estar disponível respeitando os silêncios, percebendo a hora apropriada para ouvir, calar e dialogar, saber o momento de buscar uma comunicação mais efetiva ou apenas observar os sinais expressos pelo doente. Este perfil conta com um profissional que vai muito além da técnica, que sabe refletir sobre sua prática de cuidados diuturnamente (VICENSI, 2016).

No que tange a dor, um dos sintomas mais assustadores e prevalentes entre os doentes e seus familiares, ela não deve ser avaliada somente em termos físicos e através instrumentos quantitativos. Os aspectos biopsicossociais e espirituais influenciam diretamente na percepção e manifestação dos sinais dolorosos e é fundamental esse cuidado com doentes em fim de vida (WATERKEMPER; REIBNITZ; MONTICELLI, 2010).

Importante destacar que o cuidado com a dor, através de terapêuticas medicamentosas e outros procedimentos analgésicos não farmacológicos, em fim de vida, é um direito humano básico que não deve ser negligenciado. É uma questão ética e dever de toda a equipe de saúde (BRASIL, 2011).

O Cuidado Paliativo é, sem dúvida, o exercício da arte do cuidar aliado ao conhecimento

científico, em que a associação da ciência à arte proporciona o alívio do sofrimento relacionado com a doença. Por ser parte fundamental da prática clínica, pode ocorrer de forma paralela às terapias destinadas à cura e ao prolongamento da vida (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é um dos processos indispensáveis para efetivação dos cuidados paliativos, sendo cada vez mais difundida no país e, portanto, necessitando que os profissionais de Enfermagem aprimorem suas ações nesta prática. O Enfermeiro deve atentar para as queixas, além do que for exposto diretamente, além do aspecto físico, além das considerações do modelo biomédico/cartesiano (SILVA; MOREIRA, 2011).

A subjetividade, a empatia e o amor são elementos necessários para que as demandas de cuidado do usuário e familiares sejam plenamente atendidas.

Construir uma estrutura coerente em cuidados paliativos requer, portanto, uma gama de ações, muitas delas complexas e que exigem envolvimento de cada profissional individualmente, da equipe multidisciplinar, de ações políticas e de um processo, em geral longo, de quebra de paradigmas, ideologias e hábitos de trabalho. Acima de tudo requer a humanização do serviço e a preparação técnica e psíquica dos profissionais (VARGAS, M.A, et AL., 2013).

Há, no entanto, um movimento legítimo, sólido e consistente para transformar essas concepções exclusivamente burocráticas em construções políticas e ações efetivas de acolhimento, humanização, ética e integralidade, que estabeleçam práticas que visem o bem-estar e a qualidade de vida ao ser morrente.

A Enfermagem está entre as profissões que mais se adequa no contexto dos cuidados paliativos, ainda que também tenha sofrido por muito tempo com a exclusiva preparação tecnicista e curativa, nunca deixou completamente de lado sua atuação cuidadora, gênese da sua origem.

O profissional de Enfermagem deve resgatar o ser humano dentro de si e olhar para o outro: o doente, não como um desafio técnico, mas como um ser com características, sentimentos e sentidos similares aos seus. Assim, poderá compreender que qualidade de vida e bem-estar tem muito mais valor do que uma luta quase insana de vencer a morte, quando ela é inevitável (VICENSI, 2014).

Portanto, para conquistar a excelência em cuidados paliativos, faz-se necessário que se ampliem os estudos, as publicações, as pesquisas, os projetos e programas políticos coletivos, bem como, as ações das instituições individualmente e a inclusão ampla e coerente do tema na formação dos profissionais de Enfermagem, de modo a empoderá-los quanto a filosofia dos cuidados paliativos.

## REFERÊNCIAS

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Ricardo Tavares de Carvalho e Henrique Afonseca Parsons (organizadores). **Manual de cuidado paliativos ANCP**. Revisão Ampliada. 2ª. ed, 2012.
- BETTENCOURT A. Cuidar da família que cuida: o papel do enfermeiro no apoio à família cuidadora após a alta. In: CAMARRO I. **Aprendendo o cuidado de Enfermagem**. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende; 2007. p. 359-81.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011 - 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 .
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer-INCA. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. Rio de Janeiro (RJ); 2008.
- CARVALHO M. Morte, cuidados paliativos e a família do doente terminal. **Nursing** v. 17, n.227, p. 36-44, 2007.
- CARVALHO MVB, PERINA EM. Cuidados paliativos pediátricos: a “essência do cuidar” da criança/adolescente/familiares nas situações limites. **Mundo Saúde**. v. 27, n.1, p.93-7, 2003.
- CHAVES, L.D. O enfermeiro no manejo da dor do câncer. **Prát Hosp** [Internet]. v.19, n. 6, 2004.
- COSTA, T.F.; CEOLIM, M.F. A Enfermagem nos cuidados paliativos à criança e adolescente com câncer: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS) v. 31, n.4, p.776-84, 2010.
- FIRMINO, F. Pacientes portadores de feridas neoplásicas em serviços de cuidados paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenção de Enfermagem. **Rev Bras Cancerol**. v.51, n. 4, p. 347-59, 2005.
- FRANCA, J.R.F.S. et al . The importance of communication in pediatric oncology palliative care: focus on Humanistic Nursing Theory. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 21, n. 3, June 2013.
- GALVAO, C.M.; SAWADA, N.O.; ROSSI, L.A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na Enfermagem perioperatória. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, Oct. 2002.
- GERMANO, K.S.; MENEGUIN, S. Significados atribuídos por graduandos de Enfermagem aos cuidados paliativos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 6, 2013 .
- JAPIASSÚ, H. MARCONDES, M. **Dicionário Básico de Filosofia**. 3. ed. Rev. Ampliada. Rio de Janeiro: Ed.Jorge Zahar, 1996.
- KELLY, K.; THRANE, S.; VIRANI, R. et al. Expanding palliative care nursing education in California: the ELNEC geriatric project. **Int J Palliat Med** [online]. v.17, n. 4, p.188-94, 2011.
- KOVÁCS, M. J. Morte e desenvolvimento humano. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. 274 p.
- 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. 9ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
- NUNES, L. Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. **Revista Bioética**. v.16, n.1, p.41 – 50, 2008.
- NUNES, E.C.D.; SILVA, L.W.S.; PIRES, E.P.O.R. O ensino superior de Enfermagem: implicações da formação Profissional para o cuidado transpessoal. **Rev. Latino-Am.Enfermagem**. v.19, n.2, p. 252-260, 2011.
- PACHECO S. **Cuidar da pessoa em fase terminal: perspectiva ética**. 2. ed. Loures: Lusociência; 2004.
- PESSINI, L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.) **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo; Centro Universitário São Camilo e Edições Loyola, 2006, p. 181-208.
- SANTOS, Maristela J. Dos, GONÇALVES, Lucía 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.

SALTZ, E.; JUVER, J. **Cuidados paliativos em oncologia**. Rio de Janeiro: Senac Rio; 2008.

SILVA, M.M.; MOREIRA, M Chagas. Sistematização da assistência de Enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 24, n. 2, 2011.

SILVA, K.S.; RIBEIRO, R.G.; KRUSE, M.H.L. Discursos de enfermeiras sobre morte e morrer: vontade ou verdade?. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 62, n. 3, June 2009.

VARGAS, M.A. et al. Ressignificando o cuidado em uma unidade especializada em cuidados paliativos: uma realidade possível? **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, Sept. 2013.

VICENSI, MC. **Cuidados paliativos em urgências e emergências. Revisão Integrativa**. Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Pós Graduação Latu Senso em Enfermagens em Urgências e Emergências da AVM – Faculdade Integrada, como requisito parcial à obtenção ao título de Especialista em Urgências e Emergências. Orientador: Jaqueline Castilho de Oliveira. Brasília, 2014.

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.

WATERKEMPER, R.; REIBNITZ, K.S.; MONTICELLI, M. Dialogando com enfermeiras sobre a avaliação da dor oncológica do paciente sob cuidados paliativos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 2, Apr. 2010.



---

**O LUTO DOS PROFISSIONAIS FRENTE AOS  
CUIDADOS PALIATIVOS**

---

# Oluto dos profissionais frente aos cuidados paliativos

Luciana Martins da Rosa

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

Os últimos tempos têm sido marcados por muitas transformações, dentre elas, as transformações demográfica e epidemiológica, acompanhadas pelo desenvolvimento tecnológico das grandes conquistas para o diagnóstico, tratamento e controle de diversas doenças, que antes ocasionavam mortes abruptas.

Essas transformações permitiram que as doenças ameaçadoras de vida se tornassem uma constante nos dias atuais, ou seja, vive-se mais, mas para grande parte da população, este viver está atrelado às necessidades de cuidados para a saúde e, no futuro, esta demanda será ainda maior do que nos tempos atuais.

Na população adulta brasileira, 40% das pessoas (cerca de 60 milhões de brasileiros) têm alguma doença crônica não transmissível (DCNT), sendo que, as DCNTs são responsáveis por aproximadamente 75% das causas de mortes no Brasil e pelo comprometimento da capacidade dos indivíduos e da qualidade de vida (PORTAL DO BRASIL, 2014; BRASIL, 2011), muitas destas pessoas vivem em condição paliativa de vida.

No mundo, no ano de 2011, mais de 29 milhões de pessoas morreram de doenças exigindo cuidados paliativos e o número estimado de pessoas que estão necessitando de cuidados paliativos no final da vida é de 20,4 milhões. A maior proporção (94%) corresponde aos adultos, dos quais 69% têm mais de 60 anos de idade e 25% estão entre 15 e 59 anos de idade. Apenas 6% de todas as pessoas que necessitam de cuidados paliativos são crianças. Dos adultos com necessidades de cuidados paliativos 38,5% foram a óbito por doenças cardiovasculares, 34% por câncer, 10,3% por doenças respiratórias crônicas, 5,7% por HIV e aids e 4,5% por Diabetes Mellitus (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Anualmente e globalmente, cerca de 380 adultos em cada 100.000 habitantes, com mais de 15 anos de idade, e 63 crianças em cada 100.000 habitantes, com menos de 15 anos de idade, vão exigir cuidados paliativos no fim da vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). O número de idosos atualmente é aproximadamente 1,2 bilhões e são estimados que no ano de 2050 serão 2 bilhões de idosos, sendo que cerca de 50 a 70% deles necessitarão de cuidados paliativos (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Frente ao adocimento e à necessidade de cuidados paliativos, a atuação dos profissionais da área da saúde torna-se essencial, mas a formação atual, ainda exalta o cuidado à cura. A atenção à saúde, aos pacientes com doenças ameaçadoras de vida, pautada nos princípios dos cuidados paliativos, apesar de já ser largamente discutida, ainda é pouco compreendida e



ou executada com limitações na maioria das instituições de saúde do território nacional. Essa condição repercute sobre os pacientes, familiares e profissionais, na limitação do cuidado recebido ou no diagnóstico de despreparo, identificado pelos próprios profissionais atuantes em cuidados paliativos.

O diagnóstico de despreparo é observado na prática da atenção à saúde, pois o paciente em cuidados paliativos é atendido por todos os profissionais e serviços da Rede de Atenção à Saúde. O número de casos existentes, de pessoas em condição paliativa, como já citado, não permite que este tipo de atendimento se limite às unidades especializadas.

Assim, profissionais sem a formação necessária se deparam com situações de difícil enfrentamento, por exemplo, qual profissional da área da saúde, com o mínimo de experiência possível, não presenciou as idas e vindas de doentes crônicos e observou a progressão da doença e se sentiu impotente? Qual profissional não foi questionado por um paciente com doença avançada se ele vai ficar bom? Qual profissional não precisou cuidar de um paciente com uma dor de difícil controle? Qual profissional não ficou ao lado de um paciente com depressão respiratória? E qual profissional diante do sufocamento desse paciente não se sentiu angustiado? Qual profissional não teve dúvida se a sedação realmente deveria ser realizada ou não? Qual profissional não se deparou com uma morte 'prematura' e não soube o que dizer aos familiares? Qual profissional, após ter mantido vínculo com um paciente e seus familiares, não se sentiu sem forças para fazer o tamponamento do corpo pós-óbito? Qual profissional não ficou sem palavras, diante de um paciente com uma lesão vegetante ou necrosante, desfiguradora, incapacitante e com odor fétido? Qual profissional não questionou a vida e a morte frente ao sofrimento do outro?

Muitos são os questionamentos, dúvidas, medos, sofrimentos, angústias, conflitos, dilemas, vividos pelos diversos profissionais nos cuidados paliativos e, o luto não é uma condição vivida apenas por familiares, mas também pelos profissionais. Luto do latim, *luctus*, significa sentimento, pesar pela morte de alguém, processo que o indivíduo consegue desligar-se progressivamente da perda de um ente querido, sofrimento ou desgosto, ou *lutum*, lama, lodo, massa argilosa para tapar hermeticamente fendas (DICIONARIO PRIBERAM, 2016).

O luto profissional relaciona-se à morte, às perdas e ao sofrimento psíquico. As perdas envolvem as derrotas e fracassos do dia a dia e as frustrações profissionais (D'ASSUMPÇÃO, 2010; TAVERNA; SOUZA, 2014; LIMA et al, 2014). Não conseguir evitar a morte ou aliviar o sofrimento traz ao profissional a vivência da própria morte e finitude, o que pode ser extremamente doloroso (KOVÁCS, 2008). E assim, o luto ocorre por meio de um processo desencadeado pelo vínculo com um paciente (KOVÁCS, 2010) e pelo enfrentamento de si próprio.

A relação interpessoal e o envolvimento entre alguns profissionais e pacientes é tão grande, que alguns deles relatam que sentem que o paciente é um integrante de sua família e que sentem a morte dele como se fosse a de um ente querido (COSTA; LIMA, 2005).

Nesse contexto de sofrimento do profissional, de percepção do sofrimento, dor dos pacientes e familiares e de morte, somada a responsabilidade pela manutenção da vida de outrem, pode levar o profissional, além de vivenciar o luto, ao adoecimento físico ou psíquico, chegando até a síndrome do estresse crônico (Síndrome de Burnout) (BENEVIDES-PEREIRA, 2008).

Os motivos que levam determinados profissionais ao luto e ao sofrimento psíquico dependem de como cada um enfrenta e vive as dificuldades dos cuidados paliativos, e isto se manifesta muito particularmente, pois somos seres diferentes, com experiências diferentes, com mecanismos de enfrentamentos distintos que se pautam na soma das nossas vivências, aprendizados formais e não formais e da forma como entendemos a vida, a morte e os sofrimentos.

Fatos que aproximam o profissional do paciente, numa relação de vínculo, e que corroboram para o surgimento do luto, são os procedimentos técnicos, as intervenções para atendimentos das necessidades básicas e alívio dos sofrimentos. Pedidos dos pacientes de diversas ordens, alguns pedidos difíceis de serem atendidos (até em termos legais, como, por exemplo, 'faz alguma coisa para eu poder morrer') que podem gerar nos membros da equipe de saúde um estresse adicional (HENNEZEL, 2001; KOVÁCS, 2010).

Além destes, existem os procedimentos com os quais os profissionais não concordam, principalmente quando causam sofrimento adicional ao paciente, configurando a distanásia (HENNEZEL, 2001). A priorização da cultura da saúde de salvar o paciente a qualquer custo, o enfrentamento da doença incurável e a morte que lhe segue (a curto ou longo prazo) podem fazer com que o trabalho dos profissionais de saúde seja percebido como frustrante, sem motivação e significado. Essa percepção agrava-se quando não há compartilhamento do plano de cuidados e terapêutico entre os integrantes da equipe de saúde, fato que também aumenta o estresse (KOVÁCS, 2010).

E ainda, o profissional de saúde precisa envolver-se emocionalmente com o paciente e familiares, se deseja manter uma relação autêntica com eles. Isso porque o envolvimento é vital na relação terapêutica, uma vez que permite que o profissional conheça melhor o paciente e atenda suas reais necessidades e problemas (LUNARDI et al., 2001). Arelado a isso, o processo de morte causa grande sofrimento na equipe de saúde, principalmente pelo caráter humano desse trabalho, cujo envolvimento afetivo com o paciente e sua família torna-se algo inevitável. Mas, o limite entre técnica e o envolvimento é difícil de ser realizado e, normalmente, é aprendido somente no dia a dia do trabalho, pois essas questões, em geral, não são abordadas na formação acadêmica dos profissionais de saúde. A literatura aponta uma grande defasagem desta área dentro da grade curricular (SANTOS; CORRAL-MULATO; BUENO, 2014).

Dentre os profissionais de saúde, a equipe de Enfermagem tem alto risco de colapso, de vínculo e de luto, pela sua função de cuidado diário aos doentes, portanto em contato mais intenso com a dor e o sofrimento. São também estes profissionais, que o paciente busca

para falar de suas questões mais íntimas, levando-os a situações constrangedoras, pelo fato de não terem respostas a todas as questões e pela eclosão de sentimentos intensos. Assim, a Enfermagem, em contato com o sofrimento, nas suas diversas dimensões, vive conflitos sobre como se posicionar frente à dor (dor crônica e/ou dor total), que nem sempre consegue aliviar. Este convívio com a dor, a perda e a morte traz ao profissional a vivência de seus processos internos, sua fragilidade, vulnerabilidade, medos e incertezas, que nem sempre tem autorização para compartilhar (KOVÁCS, 2010).

O sentimento de impotência faz com que o profissional se questione sobre o que deixou de fazer ou o que poderia ter sido feito para recuperar e manter a vida do paciente. É a angústia associada às situações de irreversibilidade (COSTA; LIMA, 2005; AGUIAR et al., 2006), sendo que, a perda do controle da situação, a iminência da morte, apesar de todos os recursos tecnológicos, faz com que os profissionais encarem suas limitações (SANTOS; CORRAL-MULATO; BUENO, 2014).

Profissionais de saúde vivem lutos cotidianos em sua prática profissional e a grande maioria não tem direito de expressar sua dor. Muitos não reconhecem o próprio luto ou seu luto não é reconhecido pelos colegas de trabalho, perdendo desta forma, o direito de expressar seus sentimentos, o que pode ocasionar danos à própria saúde (DOKA, 1989; KOVÁCS, 2010).

Então, mais uma vez afirma-se que o modo de lidar com as perdas, morte e luto dependerá da história pessoal de perdas vividas por cada profissional, experiências e elaboração dos processos de luto; da cultura em que está (ou já esteve) inserido, da capacitação em serviço, porque estas características influenciam as representações de morte, a possibilidade de expressão da dor e como o luto é vivenciado (KOVÁCS, 2010).

Cabe ainda dizer que, os profissionais de saúde que vivem o processo de luto, experimentam a ambivalência entre sensibilização, aproximação, empatia e o distanciamento como defesa. Há conflitos entre fugir da morte, que não se pode vencer, com sentimento de derrota e de aprendizado, através do acompanhamento do processo de morte de seus pacientes (PARKES; MARKUS, 1998).

Outro aspecto que contribui para o sofrimento profissional e luto refere-se à rotina acelerada e as múltiplas demandas de cuidado que dificultam a criação de momento de troca entre os profissionais, que se sentem imersos em um fazer sistemático e cansativo. Porém, acredita-se que para esses profissionais que lidam sistematicamente com a dor e com a morte, é necessário melhor e maior elaboração desses sentimentos, para que o luto deles também possa ser trabalhado de maneira sadia e respeitosa (SILVA et al., 2015).

O luto deve ser vivido, elaborado e autorizado, caso contrário, estabelece-se uma relação de intenso estresse, colapso e luto não reconhecido. É importante termos em mente que a desconsideração do luto é reforçada pelo aprendizado na formação para o não envolvimento dos profissionais com as pessoas doentes. Surgem então mecanismos de defesa que podem ser

inconscientes, sintomas psicossomáticos, que se exacerbados culminam no colapso psíquico (LIBERATO; CARVALHO, 2008; CARVALHO, 2004).

Repressão das emoções provoca esgotamento psíquico, diminuindo a concentração, aumentando o consumo de substâncias químicas, levando à depressão, afastamentos laborais e tentativas de suicídios. Sem contato com suas emoções e intuição, os profissionais não podem acessar recursos criativos e espirituais e sem contato com sua alma o adoecimento pode acontecer (LIBERATO; CARVALHO, 2008; CARVALHO, 2004).

Ainda comentando sobre as lacunas na formação, como contribuintes para o luto profissional, aponta-se a ausência de disciplinas que discutam aspectos cognitivos e afetivos relacionados ao processo da morte e do morrer (KOVÁCS, 2010). Este tipo de intervenção contribuiria para a prevenção do luto e abriria caminhos para o reconhecimento do luto e da necessidade de expressão das emoções e da dor nos cuidados paliativos (PARKES; MARKUS, 1998; DOKA, 1989).

Portanto, as propostas de melhoria da prática em cuidados paliativos devem estar voltadas para as instituições formadoras. As mudanças necessitam ocorrer simultaneamente nas escolas e nas instituições de saúde. Isso significa que as escolas deveriam preparar seus alunos para atuarem frente à vida e à morte. Enquanto isso, as instituições de saúde poderiam, por meio da educação permanente, auxiliar os profissionais a realizarem reflexões sobre os cuidados paliativos, o que o tornaria menos penoso (KOVÁCS, 2010), e ampliariam o conhecimento e habilidades para este tipo de cuidados pela problematização da prática e educação em serviço.

Outro caminho para enfrentamento do luto profissional em cuidados paliativos refere-se à necessidade de acompanhamento desses profissionais, porque nem todas conseguem vencer os desafios com suas próprias forças, desta forma, existe a necessidade de apoio (TAVERNA; SOUZA, 2014).

Apesar da morte ser um encontro pessoal, onde estaremos a sós, não necessariamente devemos estar desamparados. O sentido da boa morte é estarmos em paz conosco, amparados por aqueles que nos são próximos. Morrer bem faz parte da dignidade do ser humano e a atitude mais viável é acompanhar, pacientes, familiares e profissionais de saúde (TAVERNA; SOUZA, 2014) que apóiam os que vivenciam a morte e se preparam para a própria finitude.

Precisa-se também atenção para as implicações do luto mal vivido, uma vez que não é considerado uma doença até o momento atual e porque os sintomas manifestados pelos enlutados, nem sempre interferem na realização das suas atividades diárias, o que pode tornar o luto ainda mais intenso. Quando isso acontece é necessário que o profissional reconheça essas alterações e busque ajuda de profissionais especializados e preparados para atuar nessa situação (COSTA; LIMA, 2005). Mas, para que isto aconteça, de forma espontânea, é preciso cultura institucional e para a cultura existir (um conjunto de valores, crenças, rituais e normas) é preciso organização e competência (conhecimento, habilidade e atitude).

Para tanto, gestores e equipe de saúde precisam unir forças para construir uma prática pautada nos princípios dos cuidados paliativos e somente a formação, o trabalho multidisciplinar e a comunicação eficaz poderão permitir tal conquista.

Estudos publicados nos últimos anos apresentam algumas estratégias que devem ser adotadas para prevenção do luto e cuidado do cuidador profissional (AOUN et al, 2012; BREEN; O'CONOOR, 2013; BREEN et al, 2014; BREEN; O'CONOOR; HEWITT, 2014; SINCLAIR, 2010; LOBB et al, 2010; GRANEK et al, 2012a; GRANEK et al, 2016; CHAN et al, 2016), tais como:

- Apoio institucional para formação (incluindo formação continuada), informação e educação; supervisão e desenvolvimento profissional técnico e científico em cuidados paliativos;
- Apoio psicológico para que o profissional possa lidar com a perda, podendo este apoio ocorrer de forma individual ou em grupos;
- Desenvolvimento de visitas técnicas para reconhecimento de outras realidades e orientação de *experts*;
- Registros institucionais sobre os dados relacionados aos profissionais no processo de cuidar, pois eles permitem avaliações sobre os enfrentamentos e/ou sofrimentos psíquicos;
- Adoção de estratégias institucionais para o reconhecimento do sofrimento profissional;
- Incentivo às férias, licença e lazer;
- Educação profissional para aprendizado, aceitação e gerenciamento das emoções pessoais e de enfrentamento existencial, envolvendo a reconstrução e atualização das crenças relacionadas à vida e à morte;
- Desenvolvimento de estudos sobre a temática morte e luto em cuidados paliativos, compartilhamento dos resultados entre a equipe de trabalho, num processo de colaboração para o alcance da auto competência profissional para o enfrentamento da morte, luto e todas as dificuldades associadas aos cuidados paliativos;
- Educação para o estabelecimento de limites no compartilhamento das emoções, pois, apesar da dificuldade para este fazer é importante o aprendizado para que as emoções de trabalho não se insiram na vida pessoal dos profissionais;
- Educação para o cuidar de si e para o autocuidado. Entende-se autocuidado como o desenvolvimento de ações aprendidas e voltadas para manutenção da vida e bem-estar, enquanto, o cuidar de si são ações de cuidado adotadas a partir do momento que as pessoas tomam consciência do seu direito de viver e do estilo de vida que têm e do estilo de vida necessário para melhor qualidade de vida (SILVA et al., 2009).
- Oferta de formação e *workshops* para melhorar a comunicação dos profissionais, para ampliar as habilidades para trabalhar com os paciente em cuidados paliativos e suas

famílias;

- Fórum para compartilhamento de experiências relacionadas aos cuidados paliativos;
- Aconselhamento profissional;
- Reconhecimento e validação do luto, incluindo a normalização do luto pelos profissionais e o encorajamento para superação;
- Uso de protocolos padronizados nas práticas de cuidados para evitar-se intervenção desnecessária, dispendiosa e geradoras de conflito.

Um dos principais desafios para a saúde dos profissionais, em nível individual, coletivo ou organizacional, é encontrar um equilíbrio entre cuidar de pacientes, familiares e o cuidar dos seus cuidadores profissionais, por meio de ações institucionais e por meio, incentivo e educação para o cuidar de si (BREEN et al., 2014).

As estratégias apontadas anteriormente contribuem para uma prática de cuidado mais saudável e eficaz e o aprendizado sobre cuidados paliativos pode ser aprendido por qualquer profissional, mas é crucial que os gestores do cuidado e gestores institucionais tenham atenção ao perfil profissional para atuar em tal contexto, pois cabe a esses gestores avaliar qual profissional apresenta características pessoais ou perfil para o aprendizado em cuidados paliativos.

Essa avaliação não é algo fácil de ser realizada, psicólogos podem auxiliar nesta difícil, mas essencial tarefa e, caso não seja possível essa avaliação inicial, sugere-se que diante do sofrimento e lutos frequentes, seja dado o suporte adequado ao profissional e que suas funções sejam remanejadas para ações que não o exponham, constantemente, aos mesmos enfrentamentos.

Cuidado paliativo preconiza ações para o conforto e redução dos sofrimentos, sendo o luto uma forma de manifestação de sofrimento, deve-se CUIDAR SEMPRE, dos pacientes, familiares, profissionais e de si mesmo.

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Ricardo Tavares de Carvalho e Henrique Afonseca Parsons (organizadores). **Manual de cuidado paliativos ANCP**. Revisão Ampliada. 2ª. ed, 2012.

AGUIAR, I. R. et al. Nurses experiences with death in the neonatal intensive care unit. **Acta Paul Enferm.**, v. 19, n. 2, p.131-137, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a02v19n2.pdf> Acesso em: 23 mar 2016.

AOUN, S. M. et al. A public health approach to bereavement support services in palliative care. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**, v. 36, n. 1, p. 14–16, 2012.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. (organizador). **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. 2ª. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. 282 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BREEN, L. J.; O'CONNOR, M.. Rural health professionals' perspectives on providing grief and loss support in cancer care. **Eur J Cancer Care (Engl)**, v. 22, n. 6, p. 765-772, 2013.

- BREEN, L. J. et al. Bridging the gap in palliative care bereavement support: An international perspective. **Death Stud.** v. 38, n. 1-5, p.54-61, 2014.
- BREEN, L. J.; O'CONNOR, M.; HEWITT, L. Y. The "Specter" of Cancer: Exploring Secondary Trauma for Health Professionals Providing Cancer Support and Counseling. **Psychological Services**, v. 11, n. 1, p. 60-67, 2014.
- CARVALHO VA. Cuidando do cuidador profissional In: Pessini L, Bertanchini L, organizadores. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, Centro Universitário São Camilo; 2004.p.305-19.
- CHAN, W. C. et al. Impact of Death Work on Self: Existential and Emotional Challenges and Coping of Palliative Care Professionals. **Health Soc Work**, v. 41, n. 1, p. 33-41, 2016.
- COSTA, J. C.; LIMA, R. A. G. Team mourning: revelations of nursing professionals on the care provided to children/adolescents in the process of death/dying. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 13, n. 2, p.151-157, 2005.
- D'ASSUPÇÃO, E. A. **Sobre o viver e o morrer: Manual de Tanatologia e Biotanatologia para os que partem e os que ficam**. Petrópolis: Vozes, 2010.
- DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA 2008-2013. **Luto**. 2016. Disponível em: 20162016].<https://www.priberam.pt/DLPO/luto>. Acesso em 17 mar 2016.
- DOKA, K. **Disenfranchised grief** – recognizing hidden sorrow. Nova York: Lexington Books; 1989.
- GRANEK, L. et al. What do oncologists want? Suggestions from oncologists on how their institutions can support them in dealing with patient loss. **Supportive Care in Cancer**, v. 20, n 10, p. 2627-2632, 2012.a
- GRANEK, L. et al. Nature and impact of grief over patient loss on oncologists'personal and professional lives. **Archives of Internal Medicine**, v. 172, n. 12 964-966, 2012.b
- HENNEZEL, M. **Nós não nos despedimos**. Lisboa: Editorial Notícias; 2001.
- KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. 274 p.
- KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 4, p.420-429, 2010.
- LIBERATO, R. P.; CARVALHO, V. A. Estresse e Síndrome de Burnout em equipes que cuidam de pacientes com câncer. Cuidando do cuidador profissional. In: Carvalho VA et al,organizadores. **Temas em Psico-Oncologia**. São Paulo: Summus; 2008. p.556-571.
- LIMA, M. S. et al. Sofrimento psíquico do enfermeiro assistencial em hospital geral: desafios e possibilidades. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 2, p. 286-293, 2014. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaEnfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3420/pdf\\_4537](http://www.revista.ufpe.br/revistaEnfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3420/pdf_4537) Acesso em: 17 mar 2016.
- LOBB, E. A. et al. Frontline grief: the workplace support needs of community palliative care nurses after the death of a patient. **Journal of Hospice & Palliative Nursing**, v. 12, n. 4, p. 225-233, 2010.
- LUNARDI, W. D. F. et al. Percepções e condutas dos profissionais de Enfermagem frente ao processo de morte e morrer. **Texto Contexto Enferm**, v. 10, n. 3, p. 60-81, 2001.
- PARKES, C. M.; MARKUS, A. (editores). **Coping with loss**. London: BMJ Books; 1998.
- PORTAL BRASIL [site internet]. **Pesquisa revela que 57,4 milhões de brasileiros têm doença crônica**. Publicado em: 10/12/2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/12/pesquisa-revela-que-57-4-milhoes-de-brasileiros-tem-doenca-chronica>. Acesso em: 18 mar 2016.
- SANTOS, J. L. dos; CORRAL-MULATO, S.; BUENO, S. M. V. Morte e luto: a importância da educação para o profissional de saúde. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 18, n. 3, p. 199-203, set./dez. 2014.
- SILVA, A. F. et al. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. **Rev Gaúcha Enferm**, 2015 jun;36(2):56-62.
- SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de Enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 43, n. 3, p. 697-703, Sept. 2009.

SINCLAIR, S. Impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals. **Canadian Medical Association Journal**, v. 183, n. 2, p. 180–187, 2010.

TAVERNA, Gelson, SOUZA, Waldir. O luto e suas realidades humanas diante da perda e do sofrimento. **Caderno Teológico da PUCPR**, Curitiba, v.2, n.1, p.38 - 55, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Connor S. R.; Bermedo M. C. S. (editoras). **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. London: WHO, 2014.



---

**ESPIRITUALIDADE E ENFERMAGEM EM  
CUIDADO PALIATIVO**

---

# Espiritualidade e Enfermagem em cuidado paliativo

Luiz Eduardo Toledo  
Maristela Jeci dos Santos

Quando falamos em cuidados de saúde, um dos aspectos que tem sido deixado a margem pelos profissionais é a questão do cuidado espiritual. Em se tratando, no entanto, da proposta de cuidado pleno, integral e humanizado com foco no binômio doente/família e suas demandas esse aspecto precisa ser suscitado, estudado e facilitado em suas peculiaridades nas nossas avaliações e prescrições de cuidados.

Segundo Aitken (2008), adoecer é o evento da vida que nos faz questionar a nós mesmos, nossos propósitos, valores e o sentido da nossa vida. A doença interrompe, abruptamente, nossos planos, projetos, cotidiano, abala nossas vidas e a de nossos familiares. Nos traz sensações desconhecidas e, por isso, de temor com a possibilidade de perda do controle sobre circunstâncias, por vezes básicas da vida, como o controle das funções motoras e cognitivas que nos caracterizam e identificam no mundo.

O ser humano por si só é um ser que traz arraigado em seu cerne as questões de busca continua da significância da sua existência. E, esses questionamentos geralmente vêm à tona em situações de confronto e enfrentamento com a fragilidade da vida. Especialmente, quando a situação vivenciada carrega um estigma de fim de vida com sofrimento e dor, característico de ocorrências como, por exemplo, o câncer (CHOCHINOV, 2007).

Durante séculos e, considerando a história relacionada à espiritualidade e religiosidade, esse cuidado tem sido relegado pelos profissionais que buscam fortalecer suas profissões em alicerces científicos, construído um saber baseado em evidências, com aspecto mensuráveis, fenômenos controláveis e reproduzíveis em laboratórios, na vida das pessoas e na sociedade. Logo, situações que fogem desse padrão são abandonadas e deixadas à margem das ações de saúde. Para muitos profissionais, com mais intensidade neste século de informações e ciências, o cuidado espiritual caracteriza-se como um valor de intelectualidade menor (CONWAY, 2010).

Na área da saúde, em pleno Século XXI a espiritualidade e a religiosidade são reconhecidas como sinônimos e rechaçadas por profissionais sérios, especialmente os que tem histórico de acuidade científica e desejo de desviar sua imagem profissional do charlatanismo, curandeirismos e outro aspectos marginalizados. No entanto, desde meados do século XX temos nos deparado com estudos que comprovam a necessidade e o papel do cuidado espiritual para os indivíduos, para as famílias, os profissionais de saúde e para a sociedade (SILVA, CS et al).

Inúmeros estudos apontam que pessoas que desenvolvem aspectos de religiosidade

e espiritualidade são fisicamente mais saudáveis, mais resilientes, têm estilos de vida mais equilibrados e usam menos os serviços de saúde. Evidenciam ainda que, pessoas com câncer avançado e que têm crenças espirituais mostram-se mais satisfeitos com suas vidas, são mais felizes e sentem menos dor, aderem mais aos tratamentos propostos e desenvolvem mecanismos de recursos internos que promovem o enfrentamento nas doenças graves, comparados àqueles sem crenças espirituais (AITKEN, 2008).

A discussão de espiritualidade e religiosidade é uma necessidade contemporânea, reemergido nessa época tecnológica. A etimologia da palavra religiosidade vem do verbo religar. Neste sentido traz a interpretação de religar os seres humanos entre si e a um Deus, conforme sua concepção. Nesta perspectiva Bauman (2007), diz que estamos vivendo a era dos tempos líquidos onde as certezas estão cada vez mais incertas e as relações mais tênues, menos presenciais e as dificuldades de ligação são cada vez mais reais.

A morte e o morrer, nesse contexto, institucionalizada, arrancam do indivíduo a única certeza que durante séculos o ser humano garantia ter: todos morreremos. Pois, vivemos a era de negligências das relações. Cada vez mais próximos de resposta que durante séculos nos assombram em se tratando de vida e morte. Mas, ao mesmo tempo mais distante uns dos outros e estabelecendo abismos em relação a nós mesmos.

A espiritualidade é, por outro lado, intrínseca às relações do eu com o ser. E, parece ser um aspecto mais desafiador quando traz o indivíduo para uma reflexão do verdadeiro sentido da vida e do viver para ele. Na tentativa de diminuir o hiato entre a demanda e a implementação de cuidados espirituais às pessoas nas situações de saúde e adoecimento, vários estudos têm sido desenvolvidos e profissionais interessados em desmitificar esse tema se concentram neles.

Entre as dificuldades para abordar as questões de espiritualidade está o próprio desconhecimento dos profissionais e doentes, as certezas conflituosas da equipe de saúde a respeito da sua espiritualidade e religiosidade e a ignorância do paciente à sua finitude (KOENIG, 2001).

Ainda definindo espiritualidade e religiosidade, Aitken (2008), diz que a religião é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos que servem como canal de aproximação com o sagrado, com o transcendente. E, a espiritualidade é a forma pessoal de encontrar as respostas aos questionamentos sobre a vida, seu significado e sobre as relações com o sagrado, com o transcendente, e que pode ou não nos levar a rituais de religiosidade e a formação de comunidade.

A Enfermagem, profissão jovem, no processo de fortalecimento de seu conteúdo científico mantém a mesma trajetória no que tange a espiritualidade nas demais profissões da saúde. No entanto, devido as suas peculiaridades e proximidade com o ser cuidado, tem observado, identificado e buscado respostas para essa necessidade humana. Acreditando que é um aspecto tão importante quanto qualquer outro que envolva o cuidar de seres humano. E,

portanto, não pode ser deixado de lado quando do planejamento de ações cuidadoras (KOENIG, 2001).

O desafio, no entanto, é identificar, promover e permitir que essa necessidade seja atendida sem conotação piegas, mas com as evidências que demonstram que o ser humano é um ser espiritual e que esse aspecto precisa ser reconhecido e abordado de forma a trazer ao ser cuidado o alívio de suas fragilidades e sofrimentos (SILVA, CS et al).

Do ponto de vista legal alguns movimentos já foram garantidos como o que consta no Capítulo I, Art.5º e incisos I, VI, VII e VIII da Constituição Brasileira de 1988, Lei 6923, que evidencia e assegura o direito à liberdade de culto e prestação de assistência espiritual aos Serviços Militares e Civis.

Para muitos dos profissionais de saúde o cuidado espiritual é uma questão delicada na metodologia de cuidado em saúde e doença e consideram que as instituições e seus profissionais não deveriam se envolver com essa nuance do ser humano.

Assumem que essa questão deve permanecer dentro dos espaços constituídos para elas. Neste discurso evidencia-se, na maioria das vezes, a confusão entre espiritualidade e religiosidade. Não são raras as experiências negativas com manifestações de cunho religioso às situações de fragilidade. Geralmente nestas situações de conflito estamos lidando com extremismos religiosos. São rituais e ações que separam os indivíduos, classificando-os em grupos. Isso não caracteriza a espiritualidade. Quando nos propomos a cuidar do ser humano na sua totalidade urge a busca de instrumentos para o pleno exercício desse cuidado (KOENIG, 2001).

Compreendendo, no entanto, que existem pessoas que, capacitadas, desenvolvem esse aspecto do cuidado com muita pertinência e valor. Entra em cena um novo membro à equipe multiprofissional de saúde: o capelão. Elemento que tem ganhado destaque e ampliado suas ações nos serviços de saúde, pois é o indivíduo devidamente capacitado para ajudar, conduzir e acompanhar a pessoa a um encontro com o significado da vida e seu propósito em meio aos eventos adversos vivenciados.

Ele concebe o suporte espiritual para o doente, a família e os profissionais de saúde. A presença de uma capelania estruturada e capacitada numa unidade de saúde proporciona um cuidado integral especializado que protegerá doentes e instituição dos extremismos religiosos (AITKEN, 2008).

A espiritualidade associada ao cuidado de saúde é algo relativamente novo, porém vem ganhando espaço nas práticas destes profissionais e, na Enfermagem, o atendimento a esta necessidade vem permeando o processo de trabalho.

Entre os aspectos a serem identificados durante a avaliação de Enfermagem, destacam-se situações como a importância da religiosidade e espiritualidade na vida do paciente e de sua família, os possíveis conflitos com o criador, conflitos religiosos familiares, pendências com

relação a ritos, sacramentos, obrigações e promessas, perda do significado maior da existência, podem ser identificados e compartilhados com a capelania na busca do cuidado integral (AITKEN, 2008).

Corroborando com essa busca de informações para melhor planejar o cuidado, estudos evidenciam que quando confrontados com o fim de vida, os doentes relatam as seguintes necessidades (AITKEN, 2008):

- Ser considerado como pessoa.
- Rer sua própria vida.
- Busca o sentido para sua existência.
- Livrar-se da culpa.
- Reconciliar-se.
- Abrir-se à transparência.
- Descobrir algo além da sua própria existência.
- Ser amado, apesar de seu aspecto.
- Estabelecer uma nova relação com o tempo.
- Ter/ser continuidade.

Com essas informações e reconhecendo nossas concepções sobre finitude, religião e espiritualidade, temos o ponto de partida para desenvolvermos um processo de cuidado do outro com mais propriedade e empoderando-o de seus sentidos e significados para sua vida. A equipe precisa ter discernimento quanto aos diversos aspectos que perpassam as questões referentes a religiosidade e espiritualidade, não impondo seus valores e crenças. Ressalta-se a importância da Enfermagem em sua prática laboral, tratar desta temática o mais precocemente possível, especialmente em cuidados paliativos e de forma mais incisiva em cuidados paliativos **em fim de vida**, para que as tomadas de decisões conduzam em direção a resolução de possíveis demandas do paciente, família e equipes de saúde precocemente prevenindo sofrimentos futuros.

O sistema de crenças do indivíduo, família e comunidade tem uma influência se não direta, muito forte na tomada de decisões dos doentes. Os valores envolvidos nesse processo terão impacto no cotidiano das ações de saúde (KOENIG, 2001).

Sem dúvida, é imprescindível a identificação dos aspectos religiosos e espirituais nos cuidados as pessoas doentes, os grandes questionamentos perpassam ainda em como acessar a dimensão espiritual do ser humano e no que consiste cuidado espiritual.

Certamente, quando nos propomos a cuidar em cuidado paliativo, precisamos expandir nossa compreensão do ser humano, nos despir de nossas certezas e conceitos pré-definidos e acolher o outro na proporção que ele se apresenta compartilhando o foco do cuidado biopsicossocial com o ser espiritual.

Em cuidados paliativos o aspecto espiritual tem tamanha relevância que alguns autores

apontam como um indicador de cuidado do doente, especialmente no fim de vida e também como elemento de fortalecimento profissional (KOENIG, 2001).

O desafio da Enfermagem e de profissionais que trabalham com foco no cuidado integral, que é a essência do cuidado paliativo, é promover aspectos de cuidados que permitam o ser humano viver, independentemente do tempo que lhe é próprio com dignidade, o que deriva de viver plenamente e ter suas questões de vida, inclusive espirituais, atendidas.

Ressaltando que o papel do profissional de Enfermagem é facilitar essa abordagem e suas manifestações, hoje com mais segurança considerando o que a ciência nos traz de evidências. A busca da Enfermagem, como em todo processo do cuidado está em ser empático, permitindo ao outro a possibilidade de ser pleno no momento do viver.

## REFERÊNCIAS

- AITKEN, EVP. Espiritualidade e o paciente terminal In: OLIVEIRA, R. A. (org.) Cuidados paliativos. Conselho Federal de Medicina do Estado de São Paulo: SP p. 533-546.
- BAUMAN, Z. Tempos líquidos. Jorge Zahard ed: rio de Janeiro. 2007. 116 p.
- CHOCHINOV, HM. Dignity and the essence of medicine: the a, B, C, and D of dignity conserving care. BMJ. 28 July 2007. Volume 334. p. 184 a 187.
- CONWAY, J. Integrating spiritual care as part of comprehensive cancer treatment. Oncology Nurse Advisor. November/December 2010. p. 24-27.
- KOENIG, H. G. The healing power of faith. New York: Simon &Schuster. 2001.
- SILVA, CS et al. Coping espiritual e cuidados paliativos In: SANTOS, FS. Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas. Atheneu: SP. 2011. p. 175-181.

---

## **CUIDANDO DO CUIDADOR**

---

## INTRODUÇÃO:

A área de cuidados paliativos tem suscitado inúmeros debates nas mais diversas esferas da atuação dos profissionais de saúde. Dada a especificidade de lidar com problemáticas que envolvem a qualidade de vida, a rede de apoio para o paciente e família, técnicas e tecnologias a serem empregadas, é imprescindível igualmente discutir sobre o preparo de quem cuida, seja este o profissional de saúde, seja o cuidador familiar. Entretanto, atenção especial deve ser dada não apenas para a formação de quem cuida, mas também para *quem cuida de quem cuida*.

Estamos imersos no mundo do cuidado desde que existimos. Contudo, as dimensões do cuidado se ampliam, quando a este atrelamos um fazer profissional. E no âmbito deste fazer profissional, encontramos a Enfermagem, cuja maior ênfase é “cuidar”. Neste contexto, podemos nos perguntar: *por que cuidar de quem cuida?* Sabemos que o cuidado não é prerrogativa da Enfermagem, mas precisa ser o enfoque central de suas ações. O profissional precisa ser instrumentalizado para o cuidado ao ser humano. Esta função cabe às escolas e para tanto, leis e diretrizes desenham o perfil do profissional a ser alcançado. Desde o início de nossa formação profissional somos instrumentalizados nas mais diversas áreas que vão desde a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças, da concepção até a fase final de vida. Em cada período do ciclo vital aprendemos a fazer, como fazer o que é necessário para preservar e manter a vida, mesmo que em vários destes períodos a finitude nos seja apresentada sob diversas roupagens. Ao longo dessa caminhada, reconhecemos o quanto o processo da morte e do morrer, mesmo fazendo parte do ciclo vital de todos os seres, ainda nos rouba o sono e nos mostra o quanto precisamos aprender para enfrentá-lo.

Diante dos inúmeros desafios a que nos expomos no cotidiano de nossa profissão, temos a certeza de que para cuidar do outro, é necessário que os profissionais igualmente saibam cuidar de si. Portanto, este texto tem como objetivo refletir sobre o “cuidado ao cuidador”, aqui representado pelos profissionais que cuidam profissionalmente em Enfermagem em Cuidados Paliativos.

## POR QUE A NECESSIDADE DO CUIDADO DE SI?

Ao nos perguntarmos “por que cuidar de quem cuida” encontramos a resposta nas palavras de Wanda de Aguiar Horta quando ela nos diz que “Enfermagem é gente cuidando de gente” (HORTA, 1979, p.3). A magnitude desta afirmação está na certeza de que a nossa profissão trabalha com seres humanos, que trazem consigo crenças, valores, histórias de vida,



conhecimentos, entre outras dimensões, e que ao ser cuidado, encontra outro ser humano, investido profissionalmente de conhecimentos, habilidades, mas que inevitavelmente traz consigo outro tanto de crenças, valores e histórias alinhavadas e somadas ao seu fazer profissional (RADÜNZ, SOUZA, 1998). Então o encontro, representado pelo momento do cuidado, significa a intersecção destes dois seres em um momento existencial. Aliado às especificidades de um e de outro ser humano envolvido no cuidado, é importante destacar dimensões como a cultura organizacional onde o cuidado se desenvolve, o ambiente onde estão inseridos e igualmente o momento existencial de ambos. São, portanto, muitas as variáveis que compõem o momento do cuidado e que precisam ser consideradas. *Como pode então um ser cuidar do outro se não sabe, ou não consegue cuidar de si mesmo? Por que a necessidade de cuidar de si?*

Acreditamos que a resposta a estas questões é a que se resume na constatação de que é preciso evitar que o profissional se desgaste ao cuidar dos outros. É preciso haver um equilíbrio entre o cuidado de si e o cuidado do outro. Aquele que apenas cuida, sem estar atento a sua própria condição de ser humano, termina por esgotar-se no movimento do cuidado.

É importante enfatizar que a dimensão do “cuidado de si” abordado neste texto se refere a uma concepção existencial que concebe o cuidar de si por gostar de si, sendo este um dos principais aspectos do amor e do respeito por si mesmo, tratando-se, principalmente, de uma condição para cuidar do outro (RADÜNZ, 2001). Condição esta que nos capacita a enfatizar aspectos que devem ser dimensionados pela pessoa que necessita de cuidados e que nos habilita a ajustarmos condutas e nos dá energia para enfrentarmos os desafios que a nossa profissão nos traz. Enfatizamos aqui, como já dizia Wells-Federmann (1996) que “cuidar” não é a causa da síndrome de desgaste do cuidador – *o Burnout* – mas sim a falta de cuidado, começando com a falta de cuidado consigo.

## **O BURNOUT E O DESGASTE DO CUIDADOR**

Além dos aspectos já levantados e que estão presentes no encontro do cuidado, a Enfermagem ainda carrega consigo a realidade de uma rotina habitualmente carregada de alto grau de tensão, com pessoas transitando de forma ininterrupta com demandas constantes, presença de sons dos mais variadas tipos, queixas, ansiedade, tristeza, dor, morte e a prevalência de longas jornadas de trabalho. A somatória constante destes fatores e a falta de cuidado conseguem levar o cuidador a desenvolver a síndrome do desgaste. Esta, teoricamente, vem sendo mencionada desde a década de 70 por Herbert Freudenberg (USA - 1980). Carlotto (2002) a caracterizou como uma síndrome que traz consigo a desesperança, a perda da capacidade de mudar as coisas e a sensação de impotência diante do que parece irresistível e imutável.

Autores como Maslach e Jackson (1985) a definiram como a síndrome de exaustão emocional e despersonalização decorrente do burnout, reduzindo a realização profissional que pode ocorrer entre indivíduos que trabalham com pessoas. Estes autores reafirmam que

esta é decorrente de uma reação cumulativa a estressores ocupacionais de forma contínua caracterizando-se pela cronicidade, a ruptura dos padrões de adaptação já utilizados e a prevalência de atitudes negativas e comportamentos de redução da realização pessoal no trabalho. Ao longo do tempo o termo passou a ser usado como metáfora, para explicar o sofrimento do homem em seu ambiente de trabalho, associado a uma perda de motivação e alto grau de insatisfação decorrentes dessa exaustão.

Codo (1999), Benevides-Pereira (2002) e Gil-Monte (2002) caracterizam o *burnout* como uma resposta ao estresse laboral crônico, desencadeada pela falha ou insuficiência dos métodos de enfrentamento utilizados para lidar com os agentes estressores. Para estes autores, os profissionais da saúde e da educação são os mais vulneráveis para o desenvolvimento desta síndrome.

Na exaustão emocional decorrente do *burnout*, encontra-se a redução dos recursos emocionais internos, causada por demandas interpessoais. De forma intensa pode levar à despersonalização do indivíduo, que pode ser evidenciada pelo desenvolvimento de atitudes frias, negativas e insensíveis direcionadas aos receptores de um serviço prestado, traduzindo a desumanização, a hostilidade, a intolerância e o tratamento impessoal dos clientes, colegas e superiores (CODO, 1999).

É importante destacar os **fatores que contribuem** para esta síndrome e que, pela falta de cuidado consigo, determinam o aparecimento da síndrome de exaustão do cuidador. Entre estes fatores podemos citar a alta sobrecarga de trabalho, os conflitos nos papéis exercidos na instituição, a sensação de diminuição de poder, conflitos entre o real e o ideal, expectativas irreais de si mesmo e dos outros, acúmulo de feedback negativos, estresse gerado pelo trabalho, convivência continuada com situações de morte e sofrimento e o fato de ser o recebedor de sentimentos negativos dos outros o que termina por conduzir o profissional ao *Burnout* (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; GIL-MONTE, 2002, LIMA, BUUNK, ARAÚJO, CHAVES, QUEIROZ, 2004).

Os **sinais e sintomas** que começam a aparecer afeta todas as dimensões do ser humano e se expressam com maior evidência em suas relações interpessoais e o seu comportamento no trabalho. Pessoas em situação de esgotamento físico e mental podem apresentar: episódios recorrentes de dor lombar; epigastralgia, cefaleia, fadiga, distúrbios do sono, perda do apetite, desesperança, frieza e distanciamento em seus relacionamentos no trabalho e com colegas; ineficiência, perda da autoconfiança, dificuldades no relacionamento com familiares e amigos, consumo excessivo de álcool e o uso de drogas, baixa autoestima, conflito entre as equipes de trabalho, erros clínicos junto aos pacientes, negligência, cuidado desumanizado, absenteísmo, até culminar com o abandono da profissão (CODO, VASQUES-MENEZES, 1999).

É importante prevenir que tais situações ocorram. Para tanto, são necessárias medidas de prevenção, sejam estas individuais e/ou institucionais. Gostaríamos de destacar que a instituição na qual o cuidador trabalha, pode desenvolver estratégias que objetivem o cuidado ao cuidador.

Dentre estas, recomenda-se o levantamento das necessidades da equipe, para conhecer melhor a natureza da atividade desempenhada por cada profissional, pensando inclusive no ambiente físico. O levantamento das necessidades tem como objetivo conhecer melhor as situações que geram frustrações, conflitos, fadiga física e mental, situações que apontam como sendo potencialmente geradoras de doenças psicossomáticas no exercício da atividade profissional. Estes mesmos autores enfatizam que o levantamento destas necessidades deveria ser feito de forma multidimensional e interdisciplinar, considerando os seguintes aspectos: as necessidades de reconhecimento e de valorização que todo profissional sente no exercício de suas atividades e as situações geradoras de estresse (CODO, VASQUES-MENEZES, 1999).

## COMO CUIDAR DO CUIDADOR?

Então, poderemos nos perguntar *como cuidar de quem cuida?* Trazemos aqui algumas medidas que podem contribuir positivamente para o cuidado do cuidador e que, individual ou institucionalmente, podem ser desenvolvidas. Dentre os fatores de prevenção citaremos algumas dimensões que precisam ser consideradas:

**- Prevenção na dimensão emocional:** prestar atenção ao lado emocional e aprender técnicas de autocontrole; evitar situações que gerem irritabilidade; procurar terapia pessoal ou conjugal, se for necessário; ter alguém para desabafar; cuidar do lado amoroso e sentimental, aprender técnicas de relacionamento interpessoal; ajudar alguém; evitar a tirania do “devo” e ser menos exigente consigo e com os outros.

**- Prevenção na dimensão existencial e social:** reservar algumas horas ou momentos do dia, para diversão, longe de preocupações; reservar alguns minutos para ficar a sós, fazer introspecção, meditar, orar; organizar o tempo, não pegar muitas coisas para fazer ao mesmo tempo; ter contatos sociais e familiares regulares; ter alguém, parente ou amigo, em que possa confiar; planejar o seu futuro imediato e também em longo prazo.

**- Prevenção na dimensão física:** fazer pausas frequentes no trabalho; fazer exercícios de relaxamento; ter hábitos regulares e saudáveis no que se refere à alimentação, repouso e sono; evitar o fumo, ingerir bebidas alcoólicas e café, moderadamente; evitar açúcar, sal e gordura em excesso; tratar e estabilizar problemas de saúde; fazer exercícios físicos regularmente; tirar férias regularmente.

Para cuidar de si é necessário respeitar os seus limites, conhecendo o seu próprio corpo para diminuir a tensão vivida no trabalho. Citaremos aqui algumas estratégias que precisamos desenvolver enquanto cuidadores se não quisermos alimentar as estatísticas de depressão, de *burnout* e outros agravos físicos e mentais. Dentre estas estratégias, destacamos: estabelecer metas reais; libertar-se de pensamentos e situações que nos aprisionam dentro de nós mesmos, levando a sofrimento e amarguras; não levar todas as coisas para o nível pessoal; acentuar os aspectos e aptidões pessoais de forma positiva; acreditar que seja possível enfrentar e resolver

os problemas que se apresentam; buscar feedback positivo a fim de fortalecer a potencialidade que carrega dentro de si; não estar focado unicamente no trabalho; manter relacionamentos com amigos e familiares; fazer exercícios regularmente; ter um “hobby”, ou seja, algo que lhe faça bem; constantemente avaliar o próprio estilo de vida, a fim de identificar possibilidades que diminuam as tensões e acima de tudo, buscar e aceitar ajuda, sempre que necessário.

É importante lembrar que independente de a instituição na qual o profissional trabalhe oferecer suporte e estrutura para o desenvolvimento do cuidado de si, esta é uma responsabilidade da própria pessoa. Responsabilidade esta que se expressa por suas atitudes, comportamentos e hábitos positivos ou negativos, saudáveis ou não (RADÜNZ, 2001). Segundo esta autora, tais práticas estão atreladas às crenças e valores da pessoa e ao sentimento de gostar de si, evidenciando a autoestima e o respeito para consigo. Tudo isso se traduz e está imerso na ética pela vida sua e a dos outros, levando não somente à prevenção de doenças, mas também, à promoção da saúde. Portanto, é necessário superar as dificuldades impostas pelo trabalho cotidiano e buscar formas e estratégias para cuidar de si e do outro (RADÜNZ, 2001).

## **PARA FINALIZAR, ALGUMAS CONSIDERAÇÕES.**

Acreditamos que o profissional, pode e deve valorizar o cuidado de si em circunstâncias nas quais a vulnerabilidade do outro é evidente como as que se apresentam em cuidados paliativos e em situações de finitude. Em situações como essas é imprescindível que o profissional da Enfermagem reconheça a sua própria condição de ser finito, vulnerável e limitado, trabalhando tal condição consigo mesmo e enfocando o cuidado ao ser humano na sua finitude e “não na inevitabilidade da morte” (RADÜNZ, 2001, p. 107). O cuidado na finitude significa “vivenciar expectativas e temores do ser lidando com a sensibilidade humana no momento do despedir-se, carregado de emoções e dúvidas, superando com suas forças e crenças os desafios da vulnerabilidade da vida” (RADÜNZ, 2001, p. 107).

Ao cuidar de pessoas mesmo que estejam fora de possibilidades terapêuticas de cura é preciso lembrar que as mesmas jamais estarão fora de possibilidades de cuidados e que, portanto, têm direito a um cuidado de Enfermagem que promova e preserve a qualidade de vida durante todo o processo de viver e morrer. Igualmente, o profissional é merecedor do cuidado de si, devendo considerar todas as possibilidades para este cuidado.

As instituições de saúde são corresponsáveis no que se refere às ações vinculadas à saúde e estas não se restringem apenas aos usuários, mas também à equipe que nela trabalha. Ao se pensar nos enormes prejuízos causados pelo estresse laboral, podendo levar a inúmeros comprometimentos da saúde dos seus profissionais entre eles o *burnout*, é imprescindível que as instituições desenvolvam estratégias que propiciem o cuidado ao cuidador, configurando-se em um investimento que traz benefícios para a instituição, para o usuário e para quem cuida profissionalmente (RADÜNZ, 2001).

Como últimas palavras, trazemos aqui a analogia com a vela e a lamparina a fim de que possamos pensar acerca do que o cuidado nos traz e para que possamos despertar em nós o estímulo para o cuidado de si.

*O constante contato com a dor, o sofrimento e a finitude humana incidente de modo intenso e contínuo sobre os Enfermeiros, funciona como um estímulo de desgaste, como se eles estivessem perdendo a energia, autoconsumindo-se, o que os leva ao Burnout. Isso os identifica com uma vela de cera que, ao irradiar luz e calor, consome-se, num constante Burnout.*

*Cuidar, cuidando de si e deixando-se cuidar, identifica os Enfermeiros com a lamparina – símbolo da Enfermagem – também irradia calor e luz. A lamparina, contudo, apresenta um reservatório para reabastecimento, o que pode ser traduzido num cuidar dos outros sem consumir, cuidando de si mesmo (RADÚNZ, 2001, p. 110).*

Portanto, sejamos a lamparina que aquece, ilumina e se renova a cada combustível que lhe é acrescentado. Assim, conseguiremos cuidar dos outros sem nos autoconsumir na escuridão que acompanha o apagar da vela.

## REFERÊNCIAS

- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T.; MORENO-JIMONEZ, B. (2002). O *burnout* em um grupo de psicólogos brasileiros. In: A. M. T. BENEVIDES-PEREIRA (Org.). **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 213-225.
- CARLOTTO, M. S. A síndrome de *burnout* e o trabalho docente. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 21-29, jan./jun. 2002.
- CODO, W. (Org.). (1999). **Educação: carinho e trabalho**. Petrópolis: Vozes.
- CODO, W.; VASQUES-MENEZES, I. O que é Burnout? In: CODO, W. (Org.). (1999). **Educação: carinho e trabalho**. Petrópolis: Vozes, p. 237 – 254.
- FREUDENBERGER, H. J., RICHENSON, G. **Burn out: How to beat the high cost of success**. New York: Bantam Books, 1980.
- GIL-MONTE, P. R. (2002). Processo de queimar-se no trabalho. In: I. **Seminário Internacional de Stress e Burnout**, ago. 2002, Curitiba. Anais, Curitiba: Pontifícia Universidade Católica, p. 30-31.
- HORTA, W.A. CASTELLANOS, B. E. P. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979, 99p.
- LIMA, F. D; BUUNK, A. P.; ARAÚJO, M. B; CHAVES, J. J. G. M.; MUNIZ, D. L. O.; QUEIROZ, L. B. Síndrome de Burnout em Residentes da Universidade Federal de Uberlândia **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro. 31 (2): 137 – 146; 2004.
- MASLACH, C; JACKSON, S. E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. **Sex Roles**, 12(7/8), 837– 851.
- RADÚNZ, V.; SOUZA, A. I. J. Cuidando e confortando o cuidador. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 180-194, 1998.
- RADÚNZ, V. **Cuidando e se cuidando: fortalecendo do cliente oncológico e o self da enfermeira**. 2. ed. Goiânia: AB Editora, 1999. 63 p.
- RADÚNZ, V. **Uma filosofia para enfermeiros: o cuidar de si, a convivência com a finitude e a evitabilidade do Burnout**. Editora da UFSC/ Florianópolis, 2001. p. 120p.
- WELLS-FEDERMAN, C.L. Awakening the nurse healer within. **Holistic Nursing Practice**, Maryland, v. 10, n.2, p. 13-29, jan. 1996.



---

## LEGISLAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

---

# Legislação do Exercício Profissional

**Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986**

**Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.**

O Presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**Art. 1º** É livre o exercício da Enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta Lei.

**Art. 2º** A Enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

**Parágrafo único.** A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

**Art. 3º** O planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de Enfermagem.

**Art. 4º** A programação de Enfermagem inclui a prescrição da assistência de Enfermagem.

**Art. 5º** (vetado)

**§ 1º** (vetado)

**§ 2º** (vetado)

**Art. 6º** São Enfermeiros:

- I** - o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;
- II** - o titular do diploma ou certificado de Obstetritz ou de Enfermeira Obstétrica, conferidos nos termos da lei;
- III** - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetritz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetritz;
- IV** - aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiverem título de Enfermeiro conforme o disposto na alínea "d" do art. 3º do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.



**Art. 7º** São Técnicos de Enfermagem:

- I** - o titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado pelo órgão competente;
- II** - o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

**Art. 8º** São Auxiliares de Enfermagem:

- I** - o titular do certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da Lei e registrado no órgão competente;
- II** - o titular do diploma a que se refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;
- III** - o titular do diploma ou certificado a que se refere o inciso III do art. 2º da Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961;
- IV** - o titular de certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto-Lei nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-Lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;
- V** - o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-Lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967;
- VI** - o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

**Art. 9º** São Parteiras:

- I** - a titular de certificado previsto no art. 1º do Decreto-Lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;
- II** - a titular do diploma ou certificado de Parteira, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 2 (dois) anos após a publicação desta Lei, como certificado de Parteira.

**Art. 10.** (vetado)**Art. 11.** O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe:**I - privativamente:**

- a)** direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
- b)** organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e

auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

**c)** planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem;

**d)** (vetado);

**e)** (vetado);

**f)** (vetado);

**g)** (vetado);

**h)** consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;

**i)** consulta de Enfermagem;

**j)** prescrição da assistência de Enfermagem;

**l)** cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

**m)** cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

### **II - como integrante da equipe de saúde:**

**a)** participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

**b)** participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;

**c)** prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

**d)** participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;

**e)** prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;

**f)** prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de Enfermagem;

**g)** assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;

**h)** acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

**i)** execução do parto sem distocia;

**j)** educação visando à melhoria de saúde da população.

**Parágrafo único.** Às profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta lei incumbe, ainda:

**a)** assistência à parturiente e ao parto normal;

**b)** identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

**c)** realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

**Art. 12.** O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de Enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

**a)** participar da programação da assistência de Enfermagem;

**b)** executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no Parágrafo único do art. 11 desta Lei;

**c)** participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar;

**d)** participar da equipe de saúde.

**Art. 13.** O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- a)** observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- b)** executar ações de tratamento simples;
- c)** prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
- d)** participar da equipe de saúde.

**Art. 14.** (vetado)

**Art. 15.** As atividades referidas nos artigos 12 e 13 desta Lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro.

**Art. 16.** (vetado)

**Art. 17.** (vetado)

**Art. 18.** (vetado)

**Parágrafo único.** (vetado)

**Art. 19.** (vetado)

**Art. 20.** Os órgãos de pessoal da administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal, do Distrito Federal e dos Territórios observarão, no provimento de cargos e funções e na contratação de pessoal de Enfermagem, de todos os graus, os preceitos desta Lei.

**Parágrafo único.** Os órgãos a que se refere este artigo promoverão as medidas necessárias à harmonização das situações já existentes com as disposições desta Lei, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

**Art. 21.** (vetado)

**Art. 22.** (vetado)

**Art. 23.** O pessoal que se encontra executando tarefas de Enfermagem, em virtude de carência de recursos humanos de nível médio nesta área, sem possuir formação específica regulada em

lei, será autorizado, pelo Conselho Federal de Enfermagem, a exercer atividades elementares de Enfermagem, observado o disposto no art. 15 desta Lei.

**Parágrafo único.** A autorização referida neste artigo, que obedecerá aos critérios baixados pelo Conselho Federal de Enfermagem, somente poderá ser concedida durante o prazo de 10 (dez) anos, a contar da promulgação desta Lei.

**Art. 24.** (vetado)

**Parágrafo único.** (vetado)

**Art. 25.** O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 120 (cento e vinte) dias a contar da data de sua publicação.

**Art. 26.** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 27.** Revogam-se (vetado) as demais disposições em contrário.

*Brasília, em 25 de junho de 1986, 165º da Independência e 98º da República*

*José Sarney  
Almir Pazzianotto Pinto*

*Lei nº 7.498, de 25.06.86. Publicada no DOU de 26.06.86 Seção I - Fls. 9.273 a 9.275  
Observação: O parágrafo único do Art. 23 desta Lei foi alterado pela Lei nº 8.967, de 28 de dezembro de 1994.*

*A Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1995, que regulamenta o exercício da Enfermagem Profissional, está em vigor nos aspectos não revogados por esta Lei.*

---

**Decreto nº 94.406, de 8 de Junho de 1987**  
**Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências.**

O Presidente da República, usando das atribuições que lhe confere o Art. 81, item III, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 25 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986,

**DECRETA:**

**Art. 1º** O exercício da atividade de Enfermagem, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e respeitados os graus de habilitação, é privativo de Enfermeiro, Técnico de

Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteiro e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região.

**Art. 2º** As instituições e serviços de saúde incluirão a atividade de Enfermagem no seu planejamento e programação.

**Art. 3º** A prescrição da assistência de Enfermagem é parte integrante do programa de Enfermagem.

**Art. 4º** São Enfermeiros:

- I - o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;
- II - o titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, conferidos nos termos da lei;
- III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as respectivas leis, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz;
- IV - aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiveram título de Enfermeiro conforme o disposto na letra "d" do art. 3º. do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

**Art. 5º** São Técnicos de Enfermagem:

- I - o titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado no órgão competente;
- II - o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

**Art. 6º** São Auxiliares de Enfermagem:

- I - o titular do certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da Lei e registrado no órgão competente;
- II - o titular do diploma a que se refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;
- III - o titular do diploma ou certificado a que se refere o item III do art. 2º. da Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961;
- IV - o titular de certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênera da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-Lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;
- V - o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-Lei nº

299, de 28 de fevereiro de 1967;

**VI** - o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

**Art. 7º** São Parteiros:

**I** - o titular de certificado previsto no art. 1º do Decreto-Lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

**II** - o titular do diploma ou certificado de Parteiro, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as respectivas leis, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 26 de junho de 1988, como certificado de Parteiro.

**Art. 8º** Ao Enfermeiro incumbe:

**I - privativamente:**

**a)** direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;

**b)** organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

**c)** planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem;

**d)** consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;

**e)** consulta de Enfermagem;

**f)** prescrição da assistência de Enfermagem;

**g)** cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

**h)** cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

**II - como integrante da equipe de saúde:**

**a)** participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

**b)** participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;

**c)** prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

**d)** participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;

**e)** prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões;

**f)** participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de Enfermagem;

**g)** participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;

**h)** prestação de assistência de Enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;

- i)** participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
- j)** acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- l)** execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia;
- m)** participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;
- n)** participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;
- o)** participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;
- p)** participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde;
- q)** participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;
- r)** participação em bancas examinadoras, em matérias específicas de Enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

**Art. 9º** Às profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetrix ou de Enfermeira Obstétrica, além das atividades de que trata o artigo precedente, incumbe:

- I** - prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;
- II** - identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- III** - realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessária.

**Art. 10.** O Técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:

- I** - assistir ao Enfermeiro:
  - a)** no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem;
  - b)** na prestação de cuidados diretos de Enfermagem a pacientes em estado grav;
  - c)** na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;
  - d)** na prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar;
  - e)** na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;
  - f)** na execução dos programas referidos nas letras "i" e "o" do item II do art. 8º;
- II** - executar atividades de assistência de Enfermagem, excetuadas as privativas do Enfermeiro e as referidas no art. 9º deste Decreto;
- III** - integrar a equipe de saúde.

**Art. 11.** O Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:

- I** - preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;
- II** - observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;
- III** - executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de Enfermagem, tais como:
  - a)** administrar medicamentos por via oral e parenteral;
  - b)** realizar controle hídrico;
  - c)** fazer curativos;
  - d)** aplicar oxigenioterapia, nebulização, enteroclisma, enema e calor ou frio;
  - e)** executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;
  - f)** efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;
  - g)** realizar testes e proceder a sua leitura, para subsídio de diagnóstico;
  - h)** colher material para exames laboratoriais;
  - i)** prestar cuidados de Enfermagem pré e pós-operatórios;
  - j)** circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;
  - l)** executar atividades de desinfecção e esterilização;
- IV** - prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:
  - a)** alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;
  - b)** zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências de unidades de saúde;
- V** - integrar a equipe de saúde;
- VI** - participar de atividades de educação em saúde, inclusive:
  - a)** orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de Enfermagem e médicas;
  - b)** auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;
- VII** - executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes;
- VIII** - participar dos procedimentos pós-morte.

**Art. 12.** Ao Parteiro incumbe:

- I** - prestar cuidados à gestante e à parturiente;
- II** - assistir ao parto normal, inclusive em domicílio; e
- III** - cuidar da puérpera e do recém-nascido.

**Parágrafo único.** As atividades de que trata este artigo são exercidas sob supervisão de Enfermeiro Obstetra, quando realizadas em instituições de saúde, e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde, quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias.



**Art. 13.** As atividades relacionadas nos artigos 10 e 11 somente poderão ser exercidas sob supervisão, orientação e direção de Enfermeiro.

**Art. 14.** Incumbe a todo o pessoal de Enfermagem:

- I - cumprir e fazer cumprir o Código de Deontologia da Enfermagem;
- II - quando for o caso, anotar no prontuário do paciente as atividades da assistência de Enfermagem, para fins estatísticos.

**Art. 15.** Na administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal, do Distrito Federal e dos Territórios será exigida como condição essencial para provimento de cargos e funções e contratação de pessoal de Enfermagem, de todos os graus, a prova de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região.

**Parágrafo único.** Os órgãos e entidades compreendidos neste artigo promoverão, em articulação com o Conselho Federal de Enfermagem, as medidas necessárias à adaptação das situações já existentes com as disposições deste Decreto, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

**Art. 16.** Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 17.** Revogam-se as disposições em contrário.

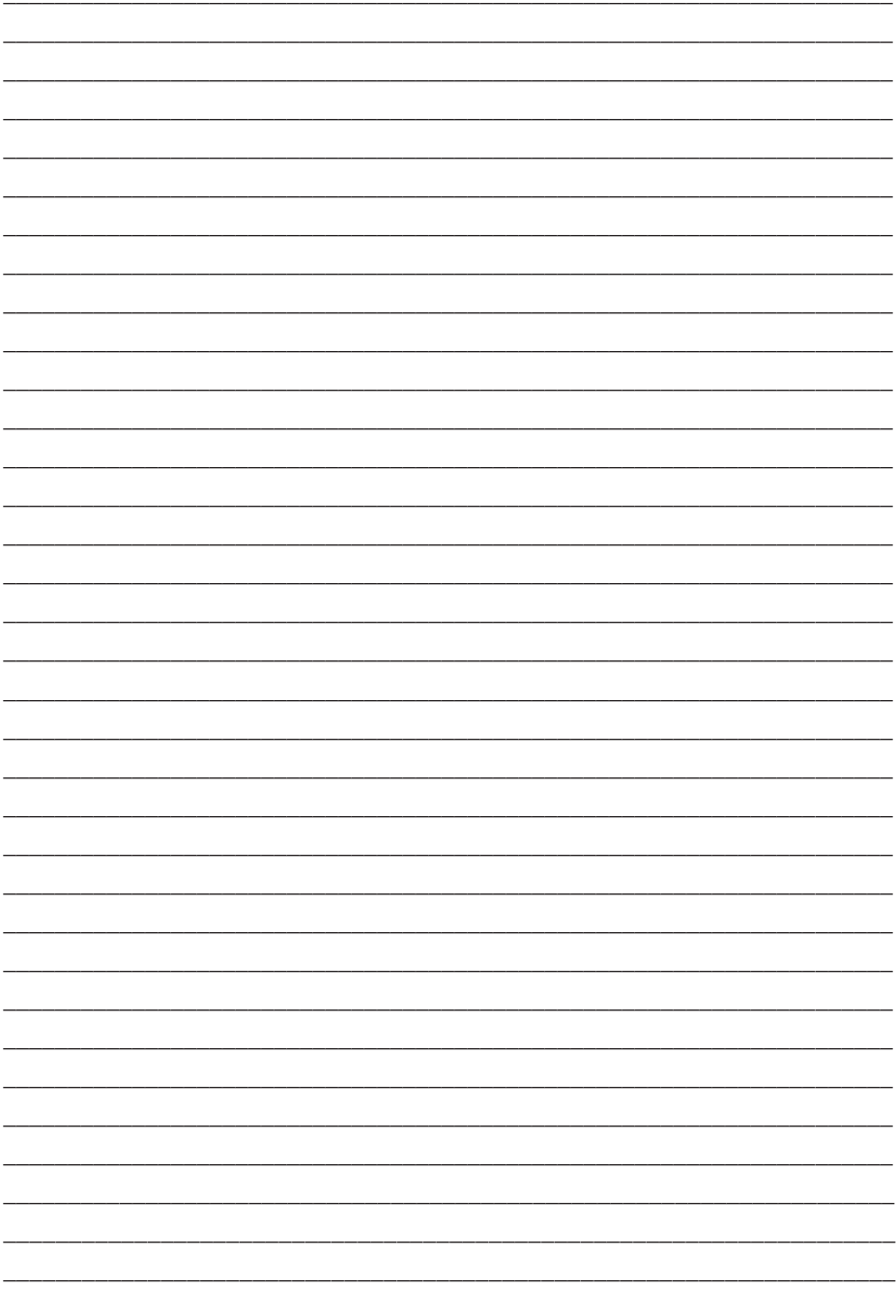
*Brasília, 08 de junho de 1987, 166º da Independência e 99º da República.*

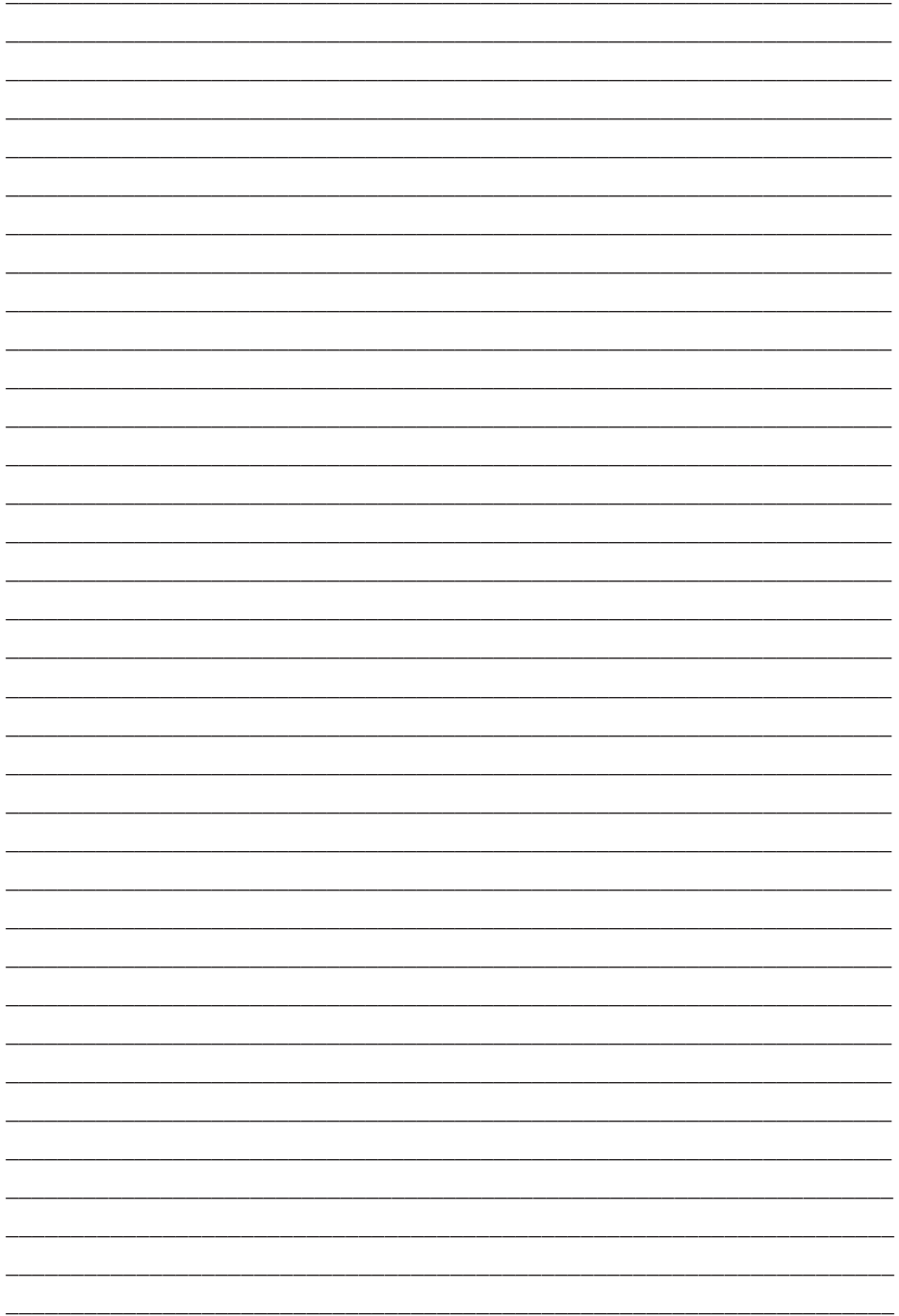
*José Sarney  
Eros Antonio de Almeida*

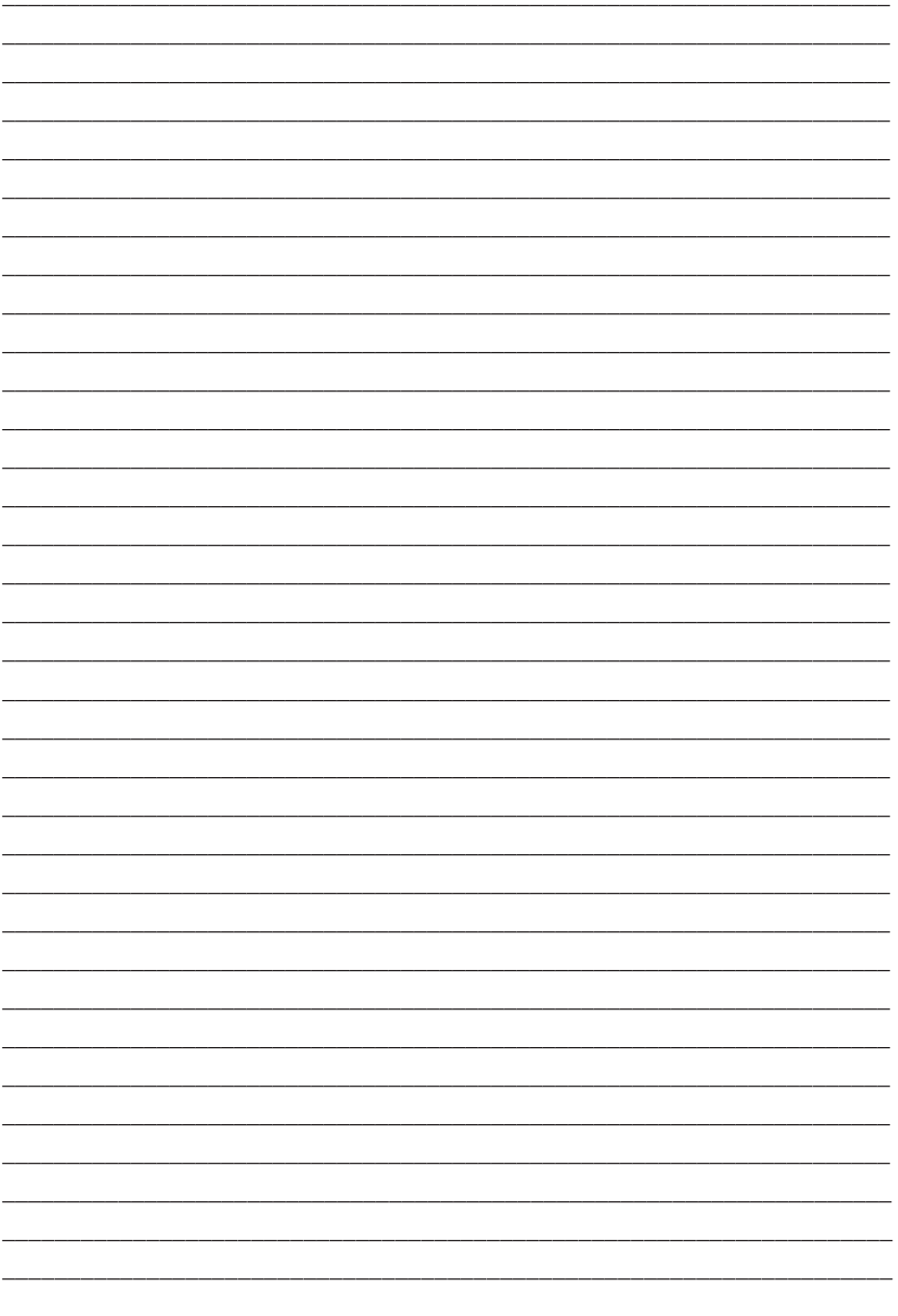
*Dec. nº 94.406, de 08.06.87 publicado no DOU de 09.06.87 seção I - fls. 8.853 a 8.855  
Observação: O Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961, anterior ao presente está em vigor nos aspectos não revogados por este Decreto.*

---

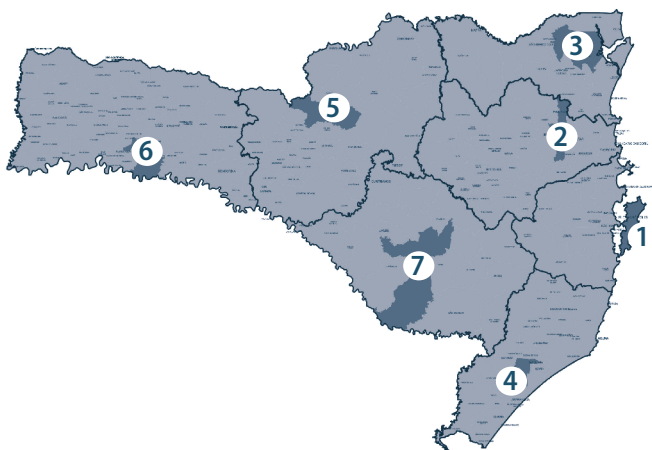








## SUBSEÇÕES E ENDEREÇOS



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 978-85-64747-12-8



9 788564 747128