

Cuidados Paliativos: assistência humanizada a pacientes com câncer em estágio terminal

Camila de Abreu Jorge ¹

Graziela Lonardoni de Paula ²

RESUMO

Avaliar a importância dos cuidados paliativos como a forma mais humanizada de atenção aos doentes com neoplasias malignas em fase terminal constitui o tema deste artigo. Mediante pesquisa bibliográfica, foram descritos os procedimentos de atenção aos doentes, desde a Idade Média até os modernos *hospices*. Seguiu-se uma reflexão sobre o cuidado paliativo integral como forma de humanização e resgate da profissão de enfermeiro face à crescente tecnicidade das modernas instituições hospitalares. De forma especial, o câncer, tido como necessidade prioritária de atendimento pela Organização Mundial de Saúde, é uma enfermidade que, pelas suas características de morbidade e malignidade, vem sendo objeto precípua da atenção de equipes multidisciplinares empenhadas em disponibilizar uma melhor qualidade de vida aos pacientes e aos seus familiares. Finalmente, conceber a proximidade e a inexorabilidade da morte apresenta-se como um processo de aprendizagem no qual o paciente, sua família, os enfermeiros e demais cuidadores qualificam-se a administrar de forma mais produtiva a qualidade de suas próprias vidas.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos. Câncer. *Hospice*. Morte.

¹ Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Estácio de Sá de Juiz de Fora. E-mail: cabreujorge@hotmail.com.

² Enfermeira. Especialista em Saúde Mental pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Estácio de Sá de Juiz de Fora. E-mail: grazilonardoni@gmail.com.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo tem por interesse elucidar questões acerca dos cuidados paliativos prestados a pacientes portadores de neoplasia maligna, enfatizando o valor de tais práticas para que o doente seja acolhido e atendido nas suas necessidades biopsicossociais no momento final de sua vida.

O estudo do tema revela-se oportuno haja vista o quadro de crescimento demográfico negativo observado nas últimas décadas, com um conseqüente envelhecimento progressivo da população, bem como um incremento da incidência do câncer e outras doenças crônicas (CÂNDIDO, 2001).

Paradoxalmente, o notável progresso tecnológico alcançado pela medicina na transição do século XX para o XXI, aliado ao desenvolvimento de terapêuticas inéditas, fez com que muitas doenças letais se convertessem em crônicas, fazendo mais longevos os seus portadores. Contudo, a despeito do imenso trabalho de pesquisa levado a efeito e do enorme conhecimento acumulado, a morte continua sendo uma realidade e também um embaraço ao ideal de cura preconizado pelos manuais médicos (PESSINI, 2007).

Nesse mister, este artigo pretende responder ao questionamento: o que pode ser chamado, dentro do ambiente hospitalar, de doença fora de possibilidade de cura? Pois, conforme o citado autor (PESSINI, 2007), se o tratamento visa somente ao alívio dos sintomas, tem-se que a cura, nesses casos, não faz parte do cotidiano da medicina. Assim, rotular um paciente como 'fora de possibilidade de cura' implica em duas situações extremas, ou universalizar os cuidados paliativos a todos os pacientes, ou somente prestar assistência paliativa ao doente agonizante. Esta última opção, que é a mais comum nos ambulatórios médicos, levanta um sofisma, o de que os cuidados paliativos são devidos tão somente quando não há mais nada a fazer.

Tal assertiva, além de inadequada, é incorreta, visto que sempre existe uma terapêutica possível de ser administrada a qualquer doente. O que ocorre numa fase mais avançada de uma doença com pouca ou nenhuma perspectiva de cura é que, na maioria das vezes, os sintomas físicos vão se tornando progressivamente mais desconfortáveis e dolorosos.

Mesmo para tais sintomas, existem abordagens, medicamentos e terapêuticas capazes de aliviar a dor e proporcionar um bem-estar físico até o momento final (PESSINI, 2002). Tais procedimentos constituem-se em direito do doente e a ele não podem ser negados.

Tem como objetivo o presente estudo lançar uma reflexão sobre a prática dos cuidados paliativos, desde os *hospices* da Idade Média até os pressupostos atuais que buscam estender um olhar e uma atenção holísticos à totalidade dos sintomas causadores de sofrimento físico, psíquico, social e espiritual que, por sua vez, acarretam a perda da qualidade de vida do paciente. Não se constitui em abordagem isolada, mas numa especialidade que compreende, a um só tempo, estratégias diversas, como bioética, comunicação e etiologia da dor.

Dentro deste espaço clínico, funcionando como um catalisador entre uma prática médica altamente especializada e uma assistência humanizada generalista, o enfermeiro, cujo “real trabalho permanece invisível” (CASTANHA, 2004, p. 6), assume para si, às vezes de forma inconsciente, o estigma social do paciente conceituado como ‘terminal’.

Uma vez que as práticas paliativas desses cuidadores, baseadas nas competências clínica e relacional, ainda são pouco difundidas no universo do atendimento à saúde no Brasil, torna-se imprescindível a disseminação de informações adequadas, bem como a formação de equipes profissionais aptas e interessadas, a reafirmação dos princípios básicos dos cuidados paliativos e, principalmente, da demonstração dos resultados exitosos das abordagens terapêuticas. Com isso, o que se busca é a eliminação de barreiras ainda existentes para a efetiva implantação de uma política de cuidados paliativos nas estratégias públicas de saúde em todos os níveis.

2 METODOLOGIA

A escolha do tema se deu após participações em cursos de extensão e seminários acerca do assunto e a curiosidade de pesquisar mais profundamente, uma vez que o tema não foi abordado durante a graduação. Durante a elaboração

do trabalho, a ênfase no cuidado paliativo fez com que a figura do enfermeiro não fosse a única a ser destacada, mas a interdisciplinaridade fez-se importante, agregando ao cuidado todos os profissionais da área da saúde, um trabalho em equipe para uma assistência mais humanizada.

Para o desenvolvimento do presente estudo, a escolha adotada foi a pesquisa bibliográfica do tipo exploratório, por meio da revisão bibliográfica, com a utilização de livros, artigos científicos da área da saúde e oncologia, manuais, teses, dissertações e textos disponibilizados em meio físico e virtual.

Ao buscar inserir o tema dentro de um quadro de referência teórica, há que se cuidar, conforme explica Wazlawick (2009), para o fato de que a revisão bibliográfica não tem a pretensão de produzir novos conhecimentos, mas suprir as insuficiências de conhecimento do pesquisador no exercício da prática de cuidados paliativos, notadamente no campo da enfermagem.

As fontes principais de dados foram a Biblioteca Fernando Pessoa da Faculdade Estácio de Sá de Juiz de Fora, literaturas específicas, a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) que viabilizou acesso a artigos científicos na Scientific Electronic Library Online (*Scielo*), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram também utilizadas informações estatísticas sobre o câncer, publicadas nos portais da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA).

Os descritores consultados para as pesquisas foram câncer, cuidados paliativos, *hospice*, dor e morte. Acessados 32 artigos, optou-se por incluir no trabalho um total de 20, tendo em vista a duplicidade de tema e/ou a inadequação com os objetivos propostos, além de excertos de livros que, após lidos, foram fichados e organizados, o que facilitou sobremaneira a retenção de dados para utilização posterior.

Posteriormente, os elementos foram agrupados em quatro subtítulos para melhor entendimento do tema proposto, um histórico dos cuidados paliativos desde suas origens, avaliação e aplicação nos dias atuais, um panorama sobre o câncer como doença terminal e uma reflexão sobre a morte face à nova postura adotada pelos cuidadores, notadamente enfermeiros.

3 CUIDADOS PALIATIVOS: DO *HOSPICE* À ESPECIALIZAÇÃO

De inspiração religiosa, cuja origem remonta à Idade Média, o termo “paliativo” deriva-se da proteção usada pelos peregrinos como vestimenta, durante as incursões aos locais ditos sagrados, na época das Cruzadas. Essa peça de vestuário, chamada *pallium*, confortável e protetora, converteu-se, segundo Maciel et al. (2006), numa analogia para o exercício assistencial dos profissionais de saúde, que “tem o objetivo de proteger a pessoa doente durante seu último período de vida” (Maciel et al., 2006, p. 9).

Embora o significado remeta aos cruzados, já na Antiguidade eram praticados cuidados aos carentes e enfermos, normalmente viajantes chegados à Europa e originários da Ásia, África e do Leste Europeu. Segundo Twycross (2000), o local onde era oferecida a hospitalidade e também o auxílio médico era chamado de *hospitium*, cujo exemplo mais remoto é o Hospício do Porto de Roma, no século V da era cristã, onde uma discípula de São Jerônimo, Fabíola, acolhia os doentes e miseráveis e, dentro do possível, atendia suas demandas por agasalhos, alimentação e saúde.

Também o auxílio prestado por religiosos aos guerreiros moribundos, provindos das Cruzadas durante a Idade Média Ocidental, tinha igualmente como móvel o propósito de aliviar as dores e sintomas, e assistir a pessoa durante o processo de sua morte (TEIXEIRA e LAVOR, 2006). Esses locais, geralmente hospedarias adaptadas, ao longo do conhecido caminho de Santiago de Compostela, entre a Europa e o Oriente, receberam o nome de *hospices*.

Com o advento da Reforma Protestante, no século XVI, e a posterior dissolução das ordens religiosas, esse movimento assistencial deu lugar ao estabelecimento de instituições de caridade de constituição laica e orientação católica e protestante, cujo foco era a cura das enfermidades. Com essas características semelhantes aos hospitais contemporâneos, foi fundado, em 1842, na cidade francesa de Lyon, o primeiro *hospice* da Era Moderna, sob direção de Madame Jeanne Garnier, que dedicava especial atenção aos pacientes portadores de câncer. Seguiram-se instituições similares na Inglaterra e Irlanda (MILICEVIC, 2002), fundadas pelas Irmãs Irlandesas da Caridade.

Após o fim da Segunda Grande Guerra, foi notável, a partir da segunda metade do século XX, os progressos verificados nas áreas médica, cirúrgica, farmacêutica e de diagnóstico. Além disso, a socialização da medicina fez com que sua prática se tornasse impessoal e abrangente. O prolongamento artificial da vida



converteu-se em um cânone para os médicos, que de tudo faziam pelo aumento da sobrevivência dos pacientes, a despeito da qualidade da mesma. Quando não conseguiam atingir o seu objetivo, sentiam-se ‘derrotados’ e deixavam os moribundos à sua própria sorte, já que nada mais havia a ser feito.

Esse pensamento fatalista começou a ser mudado a partir do encontro ocorrido em 1948, de uma enfermeira inglesa, Cicely Saunders, que também se graduou como assistente social e médica, com um paciente do *Hospital Saint Thomas* de Londres, David Tasma, judeu polonês sobrevivente do Gueto de Varsóvia que, em estado terminal devido a uma neoplasia, recebeu cuidados paliativos da inglesa e deixou à sua cuidadora uma herança de 500 libras esterlinas para a construção de um local para abrigar pacientes com afecções similares à sua (TWYLCROSS, 2000). A derradeira vontade de Tasma foi realizada em 1967, através da inauguração, pela então doutora em cuidados paliativos Cicely Saunders, do *Saint Christopher’s Hospice*, destinado a prestar assistência e cuidados paliativos a doentes terminais, além de receber bolsistas de vários países do mundo, empenhados em trabalhos de ensino e pesquisa (PESSINI, 2005).

A própria doutora Saunders descreve a experiência como primordial para a disseminação da filosofia dos cuidados médicos no limiar da vida. Essa “liberdade do espírito em face do mistério da morte” (SAUNDERS, 2001, p. 430) torna-se imperiosa em virtude da ausência de fármacos mais eficazes no alívio da dor. Segundo a pioneira, torna-se imprescindível o estabelecimento de um equilíbrio entre o progresso científico e a convivência com o paciente, oferecendo-lhe paz e conforto.

Na década de 1970, a parceria de Cicely Saunders com a psiquiatra suíça Elisabeth Kübler-Ross, nos Estados Unidos, introduziu o movimento *Hospice* naquele país. As principais diretrizes do movimento em solo norte-americano eram a proposta da assistência aos pacientes sem probabilidade de cura diretamente em suas casas, e o repúdio aos procedimentos médicos invasivos com o único intuito de prolongar a agonia dos pacientes.

Desse trabalho multidisciplinar surgem novas e importantes reflexões a respeito da essência e da etiologia da dor. É criada a expressão “dor total”, conceituada por Saunders (1996) como o conjunto de fatores físicos, psíquicos, sociais, religiosos e espirituais que definem o sofrimento do paciente que morre e a sua família. O trabalho de Saunders é sintetizado em uma frase de sua autoria, que

funciona como um hino a todos os cuidadores de doentes terminais: “você é importante porque você é você. Você é importante até o último momento de sua vida, e nós faremos tudo o que pudermos, não só para ajudá-lo a morrer em paz, mas para viver até morrer” (SAUNDERS apud FIGUEIREDO, 2006, p. 29).

Embora o Brasil tenha procurado acompanhar a tendência mundial sobre o assunto, somente na década de 1980, foram criados os primeiros serviços de prestadores de cuidados paliativos, em sua maioria voltados para a geriatria e oncologia (TEIXEIRA e LAVOR, 2006), chamados serviço de dor, cuja origem foram os chamados serviços de dor, cujo maior exemplo, pelo pioneirismo, e também pelo modelo adotado, é a Hospedaria de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo.

A Organização Mundial de Saúde OMS (2002, s/p), cunha uma definição abrangente de cuidado paliativo:

[...] uma abordagem que melhora a qualidade de vida do paciente e seus familiares que enfrentam uma doença que ameaça a vida. Promove o alívio da dor e de outros sintomas e proporciona suporte espiritual e psicossocial desde o diagnóstico até o final da vida e o período de luto [...]. (Tradução nossa).

Já em pleno século XXI, o governo do Brasil edita a Portaria GM/MS n.º 19, de 3 de janeiro de 2002, que institui o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, visando fixar metas e parâmetros para o atendimento às pessoas portadores de doenças excluídas da possibilidade de cura, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na medida em que evoluem os conhecimentos e as práticas sobre a atenção às pessoas demandantes de cuidados paliativos, profissionais, pesquisadores e estudantes do campo da saúde intentam estabelecer o direito dos pacientes poderem morrer no tempo certo, porém de uma forma mais digna. Exemplo disso é a Resolução nº 1.995/2012, de 9 de agosto de 2012, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.

De acordo com a resolução, o próprio paciente poderá registrar em seu prontuário a quais procedimentos médicos deseja ser submetido no fim da vida. O documento, também chamado pelo CFM de “testamento vital”, dará suporte legal e

ético aos profissionais da saúde para suprimir a utilização de tratamentos considerados invasivos ou dolorosos nos casos para os quais não existe possibilidade de recuperação.

Segundo Fornells (2000), para que tais pacientes possam aceitar sua própria morte e para ela preparar-se na forma mais completa possível, surgem os cuidados paliativos, entendidos como uma modalidade interdisciplinar constituída de médico, enfermeiro, assistente espiritual e o voluntário. As principais áreas de atuação são o alívio da dor, atendimento psicológico e espiritual, apoio a uma vida ativa e criativa até o momento final, e promoção da integridade pessoal e autoestima. O pressuposto dessa terapêutica é que o direito a uma morte digna é o direito a viver humanamente a própria morte.

4 AVALIAÇÃO E APLICAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Refletindo sobre a definição de cuidados paliativos cunhada pela Organização Mundial de Saúde em 2002, percebe-se que tal abordagem, ou conjunto de abordagens, só se fazem possíveis mediante o trabalho harmônico e concentrado de uma equipe multidisciplinar.

O alvo de atenção dessa equipe deverá ser o doente e não a doença. Além disso, a OMS (2002) recomenda também atenção especial à família e à constante busca de excelência no controle dos sintomas e prevenção do sofrimento.

Na definição anterior sobre os cuidados paliativos, o referido organismo internacional referia-se ao paciente elegível para a terapêutica como 'paciente fora de possibilidade de cura'. Tal definição trazia, em seu bojo, duas questões éticas fundamentais, primeiramente, o dilema, tornado subjetivo, sobre o melhor momento para decidir interromper o tratamento.

A segunda questão diz respeito à definição 'fora da possibilidade de cura' que pode sugerir, erroneamente, que atendimento paliativo e cura são excludentes, quando o que ocorre é:

a relação médico-paciente, nesse contexto de final de vida, é marcada pela impossibilidade de curar. Mas o que a situação terminal traz de novo é precisamente a relativização da função de curar e sua inserção numa visão mais global da interação médico-paciente. O limite da possibilidade terapêutica não significa o fim da relação médico-paciente. Esta situação traz à tona a essência da ética da relação (PESSINI, 2004,p. 197).

Portanto, como, *a priori*, para o paciente com prognóstico de vida supostamente reduzido, a cura raras vezes é uma realidade da medicina, a espera para que tal paciente se enquadre no conceito de ‘fora de possibilidades de cura’ vai gerar duas situações conflitantes e do tipo tudo ou nada, ou bem se administram cuidados paliativos a todos os pacientes, ou, de forma subjetiva, só se encaminha para cuidados paliativos aquele paciente em suas horas finais de vida.

Na verdade, essa não é uma questão relevante, visto que a abordagem paliativa é passível de aplicação simultânea aos procedimentos curativos. Ou seja, ações paliativas podem ser desenvolvidas em outras fases do tratamento, inclusive na do diagnóstico. Além disso, tais ações não dependem de nenhum tipo de uma alta especialização, podendo ser aplicadas por outros profissionais da área da saúde, notadamente os enfermeiros.

Com o passar do tempo, o tratamento curativo acaba perdendo sua razão de ser, e, “[...] à medida que a doença progride, maior é a necessidade de cuidados paliativos, o que os torna quase que exclusivos ao final da vida [...]” (SILVA e HORTALE, 2006, p. 2059). Consequência disso é que os médicos deixam de protagonizar a cena terapêutica, dividindo a tarefa de cuidar com os enfermeiros e demais profissionais de saúde que, devidamente treinados e experientes no controle dos sintomas, passam a interagir com o paciente e seus familiares, buscando esclarecer o processo transformador que experienciam, e também, de forma didática, a etiologia e o prognóstico da doença em curso.

É um momento em que, mais do que habilidades e conhecimentos, a comunicação interpessoal desempenha um papel fundamental, pois a interação com o paciente e familiares implica na correta percepção, compreensão e transmissão de mensagens. Para SILVA (2008), esse processo apresenta duas fases, uma verbal, representada pela expressão de palavras faladas ou escritas; e a dimensão não verbal, constituída pela forma e pelo tom com os quais as palavras são ditas, pelos gestos que acompanham o discurso, pelos olhares e pela expressão facial, bem como a postura corporal e a distância que as pessoas mantêm entre si.

Agir preventivamente, proporcionando ao paciente uma sensação de amparo e de pertencimento ao longo do tratamento, desde o diagnóstico da doença até a

morte, pode reduzir substancialmente a necessidade de tratamentos invasivos e sedações entorpecentes.

Um conceito que deve ser descartado é o do paciente que está 'sem possibilidades de cura' pois, existindo vida, sempre existirá a necessidade de cuidados de enfermagem. A equipe de cuidadores torna-se fundamental para prover o máximo de alívio aos pacientes sob cuidados paliativos, auxiliando-os a vivenciar o processo de morrer com integridade, utilizando os seus momentos finais de vida da melhor forma possível (ARAÚJO; SILVA, 2004).

A inclusão do paciente em cuidados paliativos não quer dizer que este deixará de receber os recursos diagnósticos e terapêuticos disponibilizados pela medicina. Há que se ponderar, apenas, a forma de usá-los tendo em vista os possíveis benefícios e também os possíveis danos a serem evitados (PIVA; CARVALHO, 1993). Quando mais cedo se iniciarem os cuidados paliativos, maior a possibilidade de sucesso na prevenção de sintomas indesejados.

Para que seja propriamente constituída, uma unidade de cuidados paliativos deve contar com recursos clínicos e terapias complementares destinados a minimizar a dor. Além de procedimentos anestésicos e cirúrgicos para alívio dos sintomas, deverão estar disponíveis outros recursos, como psicoterapia, terapia ocupacional, massagens, relaxamento corporal, acupuntura, musicoterapia e fisioterapia. Segundo Saunders (1996), o cuidado paliativo não é somente uma dessas alternativas de tratamento, ou um conjunto delas, mas uma parte importante e indispensável do acompanhamento do paciente como um todo.

No entanto, cuidados paliativos não se baseiam apenas em prática e improvisação, constituem-se num conjunto de saberes científicos inerentes a diversas áreas de conhecimento e a inúmeros protocolos de intervenção clínica e terapêutica da ciência médica. Embora tenham que se amoldar à situação do paciente e às circunstâncias do momento terapêutico, possuem princípios claros, disponíveis em todo o repertório de atividades desenvolvidas, definidos desde 1986 pela OMS e reafirmados pela organização em 2002.

Segundo aquele organismo internacional, cuidados paliativos apresentam alguns princípios basilares, sendo o primeiro deles a busca do alívio da dor e outros sintomas estressores para o doente. Outro princípio fundamental é o trabalho cotidiano com o conceito de terminalidade da vida, sem permitir a banalização da morte. Nos tratamentos, os cuidadores, utilizam-se de ações ativas e reabilitadoras,

desde que não causem mais desalento ao paciente do que sua própria enfermidade. Tais cuidadores possuem conhecimentos de diversas áreas, e reúnem-se em uma equipe multidisciplinar, na qual cada integrante desempenha seu papel específico, e a ação é integrada.

Exceto na ocorrência de situações de sofrimento intratáveis e incontroladas, a equipe evita, a todo custo, o uso de sedação pesada. Para que os familiares possam participar solidariamente dos cuidados, os profissionais da saúde devem considerá-los como objetos de cuidados similares ao paciente e passíveis de receber informação adequada. Finalmente, com vistas a um melhor gerenciamento e prevenção de complicações clínicas estressoras, os cuidados paliativos devem ser aplicados no início da enfermidade, sem descartar as terapias destinadas a prolongar a vida existentes, nem os processos de investigação diagnóstica.

A estruturação desses conhecimentos e princípios sob forma de uma disciplina representa importante avanço na formatação da profissão de enfermeiro. Técnicos, auxiliares ou graduados, esses profissionais passaram a ter guias e manuais norteadores da execução de seu trabalho humanitário. Deverão também estar aptos a conhecer e adotar os princípios da bioética, aprimorar a sua escuta, e exercitar a comunicação com o paciente, familiares e demais integrantes da equipe de saúde.

A filosofia do cuidado paliativo integral pelos profissionais de enfermagem promove um resgate do patrimônio original da categoria, muitas vezes relegada a um papel meramente coadjuvante dentro de um quadro de médicos alta e complexamente especializados. “A alta tecnicidade de alguns centros hospitalares é necessária e segura. O sorriso da enfermeira, entretanto, e sua delicadeza são outros fatores de humanização” (LEPARGNEUR, 2004, p. 58). Sendo o hospital, por mais evoluído que seja, um ambiente asséptico por natureza, o aspecto de humanização vai depender essencialmente da humanidade da enfermagem para definir a qualidade do relacionamento entre pacientes, familiares e equipe hospitalar.

5 CÂNCER, DOR E PERGUNTAS SEM RESPOSTA

Embora os avanços na área da oncologia tenham mudado, ao longo dos anos, esse aspecto imaginário, observa-se, segundo Ayoub et al. (2000), que

cinquenta por cento dos pacientes, ao serem diagnosticados, já apresentam um estado avançado da enfermidade e destes, metade estará fora das possibilidades de cura. Tal perspectiva implica numa grave situação de terminalidade em que, face ao caráter prescindível dos tratamentos, a espera da morte parece ser a única opção para o paciente.

A palavra câncer é um termo genérico usado para definir um grupo extenso de patologias diferentes, cuja característica comum é o crescimento rápido e desordenado de células anormais em diversas partes do corpo. Tais células experimentam alterações genéticas, causadas por agentes químicos, físicos ou biológicos externos ou internos, que modificam a produção de proteínas e enzimas responsáveis pela composição e pelo funcionamento celular.

O resultado desse crescimento, aliado com a facilidade da irrigação sanguínea, é a formação de aglomerados que ultrapassam as fronteiras dos órgãos hospedeiros e invadem tecidos adjacentes, espalhando os chamados tumores neoplásicos para outros órgãos (CAMPONERO, 2008). Este processo, chamado de metástase, é a causa principal de mortes por câncer.

Depois das doenças cardiovasculares, o câncer é a segunda causa de morte por doenças não-transmissíveis em todo o mundo. Dados publicados na página da OMS na Internet informam que esta morbidade responde pelo óbito de 7,6 milhões de pessoas no ano de 2008, com um incremento projetado de 45% entre 2007 e 2030. Ou seja, influenciadas em parte pelo envelhecimento global da população mundial, o número de mortes se elevaria de 7,9 milhões para 11,5 milhões, mesmo levando-se em conta o declínio nas taxas de mortalidade observado nos países mais ricos (WHO, 2012).

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA) estima a ocorrência de 518.510 novos casos de câncer no ano de 2012, sendo 260.640 manifestações no sexo feminino e 257.870 no sexo masculino, com predominância do câncer de pele não melanoma, próstata, mama feminina, cólon/reto, traqueia/brônquio/pulmão, estômago e colo de útero (INCA, 2011).

Segundo o referido instituto, esse número tão elevado de óbitos por câncer está diretamente associado a uma maior exposição das pessoas a vários fatores de risco cancerígenos, como o tabagismo, e agentes físico-químicos provenientes de um processo de industrialização cada vez mais intenso. Como a industrialização migrou maciçamente para os países em desenvolvimento e emergentes, esses

locais têm sido apontados como mais propensos às novas ocorrências da enfermidade. Aliado ao envelhecimento da população global, que delineia um crescimento exponencial dos idosos, o que se projeta é um incremento expressivo na prevalência do câncer no Brasil e no mundo.

Uma característica perversa do câncer é que, tanto o adoecimento em si, como o tratamento, envolvem processos dolorosos e complexos, demandando modernos recursos terapêuticos, mas também um olhar sobre os aspectos sociais e psicológicos do paciente. A situação adquire uma maior dramaticidade nos casos de doentes sem expectativa de cura que se aproximam da fase final da evolução do câncer. Nesta fase, torna-se fundamental a atenção total à pessoa e seus familiares por cuidadores orientados e organizados em equipe multidisciplinar com vistas à promoção da qualidade da vida que ainda resta ao paciente.

A pressuposição de morrer com dignidade implica em transparência na prestação de informação ao paciente, que consiste em confirmar o que ele já sabe ou responder objetivamente às perguntas feitas pelo mesmo, cuidando-se para acolher os sentimentos que aflorarem. “O pior não é o conteúdo da notícia e sim a expectativa do que vai acontecer depois, principalmente quando se trata do abandono e solidão a que o paciente gravemente enfermo é submetido frequentemente” (KOVÁCS, 1996, p. 269).

Dos integrantes da equipe de cuidados paliativos, a equipe de enfermagem, pela característica da função, acaba por ter um contato mais estreito com o entorno afetivo do paciente. Esses parentes e afins encontram-se, na maioria das vezes, numa situação de extrema angústia e desespero em face da iminência da perda de seu ente querido. Os enfermeiros, em contato com essas pessoas, têm conflitos sobre a forma de se posicionar frente à dor e o sofrimento que, na maioria das vezes, não conseguem aliviar, e também sobre como lidar com a perda inevitável de pacientes com os quais estabeleceram vínculos mais profundos.

O cuidado de clientes oncológicos em fase terminal acrescenta outra questão à forma pela qual os enfermeiros administram sua carreira profissional: como conciliar seus ideais de saúde plena e qualidade de vida com o dia a dia em uma unidade hospitalar na qual, em face da onipresença da morte, deve reformular suas concepções de assistência e seu conceito pessoal de bem-estar? Um primeiro passo pode ser uma alteração do olhar e da avaliação pessoal sobre o que é e o que representa o fenômeno ‘morte’.



6 RESSIGNIFICAÇÃO DA MORTE

Ao optar por atuar como profissional de cuidados paliativos aplicados à oncologia, o indivíduo tem que encarar situações explícitas de dor, sofrimento e morte. É inevitável para toda a equipe de cuidadores o contato com o fim da existência humana, ocorrência que passará a ser corriqueira em seu trabalho. Do diagnóstico à apresentação do mesmo ao paciente, do início do tratamento à sua interrupção, e da incerteza da cura à iminência da morte, os cuidadores deparam-se com situações de forte carga emocional. Ramalho (2002) afirma que as características da doença oncológica, com inúmeras internações e diversos atendimentos ambulatoriais, fazem com que seja maior a aproximação entre a equipe de profissionais, os paciente e seus familiares.

O enfermeiro que for para esse setor com a expectativa de que as diligências com o paciente e a atenção à sua família sejam suficientes para cumprir seu desempenho profissional pode se frustrar, visto que os cuidados nos últimos dias de vida revestem-se de uma forma especial de comunicar, onde não basta verbalizar que morrer faz parte do processo de viver, mas implica na interação com as emoções suscitadas e altos níveis de estresse e ansiedade (DOYLE, HANKS, CHERNY, 2004).

O medo de morrer não representa o medo intrínseco da morte, mas os reflexos da mesma na vida de cada pessoa. Segundo Kübler-Ross (1977), dentro do conceito de morte podem estar implícitos o medo de danos que possam causar ameaça à integridade física, o medo da finitude, o medo de abandono e rejeição pelos entes queridos, o medo do desconhecido e o medo de submeter-se.

A situação de terminalidade é também um momento propício para que o paciente busque a solução de conflitos anteriormente negligenciados, o que implica numa maior aproximação com os familiares e entes queridos. Essa fase de familiaridade deve ser reconhecida e aproveitada, principalmente pela equipe de enfermagem, para, dentro do possível, predispor paciente e família para os acontecimentos futuros, antever potenciais demandas e organizar-se para atendê-las.

Familiares que tenham sido apropriadamente preparados para a experiência de morte de um parente demonstram uma vivência e uma recordação distintas das pessoas que não receberam tais instruções. Doyle, Hanks e Cherny (2004) esclarecem que os referidos preparos, embora não diminuam a dor da perda, aumentam o grau de empatia entre a equipe de cuidadores e a família, privilegiam melhores lembranças e reduzem o nível de ansiedade e o medo.

Conscientizar-se da proximidade da própria morte leva o homem a rever suas prioridades e valores materiais, revelando, conforme Kastenbaun e Aisenberg (1983), a inutilidade do acúmulo de posses e a necessidade de cuidados diários muitas vezes negligenciados pelas pessoas. O que torna a morte um evento tão aversivo é a contingência do sofrimento.

É por esse motivo que a abordagem interdisciplinar deve estar atenta às medicações prioritárias, ou seja, aquelas que visam controlar os sintomas de dor, dispneia, delírio, secreção excessiva e convulsões, além de dar ênfase às medidas higiênicas e de conforto. O doente vai se tornando mais exausto, mais enfraquecido e sonolento, desinteressa-se em deixar o leito e receber visitas, e tem preocupação menor com as ocorrências à sua volta. Em muitas ocasiões, apresenta confusão mental e agitação psicomotora (DOYLE; HANKS; CHERNY, 2004), mas existem alguns que mantêm a consciência e a lucidez até o momento derradeiro, sendo capazes até de ingerir remédios.

Segundo Kovács (1998), a autonomia do paciente é um valor que deve ser cuidadosamente preservado e representa o direito que qualquer ser humano tem de assumir o controle sobre sua própria vida, decidindo, em conjunto com os familiares e a equipe de cuidadores, os rumos de seu tratamento, o estilo de vida, o local onde quer permanecer e até mesmo o planejamento da própria morte. Somente a prática do livre arbítrio e da liberdade de escolha, que podem não ser possíveis com o agravamento da enfermidade, são as garantias da dignidade do ser humano adoecido.

Atento aos ditames bioéticos, o CFM publicou a Resolução n.º 1.995/2012, que confere, expressamente, ao paciente o direito de decidir “[...] sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de

expressar, livre e autonomamente, sua vontade.”³ Na prática, aquele conselho de medicina implanta, baseado na ‘inexistência de regulamentação’, a prática da ortotanásia, ou seja, a morte natural, no momento certo, sem ser abreviada, como ocorre na eutanásia, nem inutilmente postergada, a chamada distanásia.

Pelas suas características, a ortotanásia tornou-se a grande missão dos programas de cuidados paliativos, motivo pelo qual os diversos conselhos regionais e escolas de enfermagem vêm promovendo painéis e simpósios em todo o país com o objetivo de discutir o chamado “testamento vital” pelos profissionais que mantêm maior contato com os pacientes e questões inéditas surgidas face às novas diretivas, como, por exemplo, a postura do enfermeiro prestador de cuidados paliativos em domicílio.

Para Menezes (2004), os programas de cuidados paliativos ressignificam socialmente a morte, ao conceder ao paciente o direito de administrar o final de sua vida. Os enfermeiros paliativistas, segundo a autora, retiram o doente terminal do fundo das enfermarias e trazem-nos para morrer, de forma mais digna, num evento socialmente planejado, compartilhado com a família e, principalmente, às vistas dos profissionais de saúde.

Morrer com dignidade representa, segundo Breitbart (2004), o anseio final de qualquer existência humana. Saber quais são os princípios e valores de uma pessoa, à beira da morte, é imprescindível dentro de uma sociedade que ainda estigmatiza o tema como tabu, para trazê-lo para o discurso, lidar com os preconceitos, comunicar, educar para a morte.

³ Artigo 1.º da Resolução 1.995/2012, de 09 de agosto de 2012, do CFM – Conselho Federal de Medicina, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.

CONCLUSÃO

Uma pesquisa sobre a morte pode suscitar temores inconscientes, provocar angústia e até mesmo evitar que algumas pessoas se disponham a lê-la. A morte, através dos tempos, é significada como tabu e maldita, evocando a intenção de ser evitada a todo custo, visto ser a mesma sinônimo de derrota e vergonha.

Sob a influência desse paradigma, podem ocorrer muitos problemas de comunicação dentro dos hospitais, entre pacientes em fase terminal, seus familiares e a equipe de cuidados paliativos, da qual os enfermeiros, na qualidade de prepostos precípuos, carecem de programas de capacitação que os habilite a substituir o modelo eminentemente curativo por uma abordagem de cuidados e acompanhamento.

O que se busca é uma nova maneira de gerenciar eficientemente as ocorrências de estresse de forma a que todos envolvidos no processo, aí incluída a equipe de cuidadores, se beneficiem da melhoria da qualidade de vida.

No entanto, o que se nota, pela observação e também pela consulta à bibliografia, é que muitos enfermeiros que trabalham nos dias de hoje com pacientes que experienciam uma doença terminal não estão aptos, por não terem sido treinados, a exercitar o relacionamento interpessoal e o manejo da comunicação no exercício do cuidado paliativo. Faz-se mister que as instituições formadoras estejam preparadas para fornecer aos seus alunos uma capacitação que os qualifique a prestar um atendimento integral às pessoas em situação de doença e, mais notadamente, aquelas em situação de morte anunciada.

Do enfermeiro do século XXI, espera-se não somente que domine técnicas de cuidados higiênicos e saiba manejar os instrumentos à sua disposição. Urge, principalmente, ser educado, na acepção de polidez, saber quando e como ouvir e quando e o quê falar, desenvolver uma postura corporal que denote percepção, aprovação e empatia. Acrescentar à proximidade, a intimidade; e, ao convívio, o afeto.

PALLIATIVE CARE: HUMANIZED CARE TO CANCER PATIENTS IN TERMINAL STAGE

ABSTRACT:

Assess the importance of palliative care on medical attention to patients with end-stage malignancies is the focus of this article. Through literature review, we describe the procedures of care to patients, from the middle ages to the modern hospices. This was followed by a discussion about palliative care as integral form of humanization and rescue the nursing profession in the face of increasing technicality of modern hospitals. In a special way, cancer, considered in priority need of care by the World Health Organization, is a disease that, due to its characteristics of morbidity and malignancy, has been the precipitous object of attention of multidisciplinary teams engaged in providing a better quality of life for patients and their families. Finally, to design the proximity and inevitability of death presents itself as a learning process in which the patient, family, nurses and other caregivers are eligible to manage in a more productively way the quality of their own lives.

Keywords: Palliative Care. Cancer. Hospice. Death.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ARAÚJO Mônica Martins Trovo de; SILVA, Maria Júlia Paes da. Communication with dying patients: perception of ICU nurses in Brazil. **J Clin Nurs**. 2004;13(2):143-9.
- AYOUB, Andréa Cotait; FONTES, Ana Lúcia Caetano; SILVA, Maria Aparecida Abreu da; ALVES, Nádia Rodrigues Chagas; GIGLIOTTE, Patrícia; SILVA, Yara Boaventura da. **Planejando o cuidar na enfermagem oncológica**. São Paulo: Lemar 2000.
- BREITBART, William. (2004). Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos. In: PESSINI, Leocir; BERTACHINI, Luciana (Orgs.), **Humanização e cuidados paliativos**, p. 209-227. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2004.



CAMPONERO, Ricardo. Biologia do câncer. In: CARVALHO, Vicente Augusto de; FRANCO, Maria Helena Pereira; KOVÁCS, Maria Júlia; LIBERATO, Regina Pacholucci; MACIEIRA, Rita de Cássia; VEIT, Maria Teresa; GOMES, Maria Jacinta Benites; BARROS, Luciana Holtz de Camargo (Orgs.), **Temas em psico-oncologia**, p. 32-39. São Paulo: Summus, 2008.

CÂNDIDO, Luiz Cláudio. **Nova abordagem no tratamento de feridas**. São Paulo: Editora SENAC-SP, 2001.

CASTANHA, Maria de Lourdes. **A (in)visibilidade da prática de cuidar do ser enfermeiro sob o olhar da equipe de saúde**. 2004. 161 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná. Disponível em <<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oCastanha.pdf>> Acesso em: 15 out. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1.995/2012 de 9 ago. 2012. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf>. Acesso em: 25 set. 2012.

DOYLE, Derek; HANKS, Geoffrey; CHERNY, Natan. **Oxford textbook of palliative medicine**. 3. ed. Oxford: Oxford University Press, 2004. Trad. Google.

ESTIMATIVA 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância, 2011 – Anual. 118 p.

FIGUEIREDO, Marco Tullio de Assis. Cuidado paliativo: MTAF. In FIGUEIREDO, Marco Tullio de Assis (Org.), **Coletânea de textos sobre cuidados paliativos e tanatologia**, p. 28-29. São Paulo: Unifesp, 2006.

FORNELLS, Hugo Antonio. Cuidados paliativos en el domicilio. **Acta Bioethica**, Buenos Aires (Argentina), n. 1, p. 65-75, 2000. Trad. Google.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Educação para a morte**. Temas e reflexões. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2003.

_____. Autonomia e o direito de morrer com dignidade. **Revista Bioética**, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v.6, n. 1, p. 61-69, mai. 1998.

_____. Morrer com dignidade. In: CARVALHO, Maria Margarida Moreira Jorge de (org.). **Introdução à psicooncologia**, p. 263-275. Campinas: Editorial Psy, 1996.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. Trad. Levin Kipnis. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

LEPARGNEUR, Hubert. Procurando fundamentação para a humanização hospitalar. In: PESSINI, Leocir; BERTACHINI, Luciana (Orgs.), **Humanização e cuidados paliativos**, p. 51-70. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2004.

MACIEL, Maria Goretti Sales; RODRIGUES, Luís Fernando; NAYLOR, Cláudia; BETTEGA, Roberto; BARBOSA, Sílvia Maria de Macedo; BURLÁ, Cláudia; MELO, Inês Tavares Vale e. **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.

MENEZES, Rachel Aisengart. **Em busca da boa morte**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

MILICEVIC, Natasha. The hospice movement: history and current worldwide situation. **Archive of Oncology**, Vojvodina (Serbia), n. 10, p. 29-32, 2002. Trad. Google.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 19/GM de 3 jan. 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-19.htm>>. Acesso em: 26 set. 2012.

PESSINI, Leocir. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** 2. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2007.

_____. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. **Prática Hospitalar**. São Paulo, n. 41, p. 107-112, 2005.

_____. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: PESSINI, Leocir; BERTACHINI, Luciana (Orgs.), **Humanização e cuidados paliativos**, p. 181-208. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2004.

_____. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Revista Bioética**, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 10, n. 2, p. 51-72, nov. 2002.

_____. **Distanásia**. Até quando prolongar a vida? São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2001.

PIVA, Jefferson Pedro, CARVALHO, Paulo Roberto Antonacci. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. **Revista Bioética**, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 1, n. 2, p. 129-139, nov. 1993.

RAMALHO, Mirian Aydar Nascimento. Psico-oncologia e luto: crianças com câncer. In: FRANCO, Maria Helena Pereira (Org.). **Uma jornada sobre o luto**, p. 71-81. Campinas: Livro Pleno, 2002.

SAUNDERS, Cicely. Into the valley of the shadows of death: a personal therapeutic journey. **British Medical Journal**. London (England), n. 313, p. 1599-1601, 1996. Trad. Google.

_____. **Hospice and palliative care: an interdisciplinary approach**. London: Edward Arnold, 1991. Trad. Google.

SILVA, Maria Júlia Paes da. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Loyola, 2008.

SILVA, Ronaldo Corrêa Ferreira da, HORTALE, Virgínia Alonso. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2055-66, out. 2006.

TEIXEIRA, Mírian; LAVOR, Mariângela Freitas. Assistência no modelo hospice: a experiência do INCA. In: PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; MOTA Dalete Delalibera Corrêa de Faria; CRUZ, Dina de Almeida Lopes da (Orgs.), **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. São Paulo: Manole, 2006.

TWYLCROSS, Robert. Medicina paliativa: filosofia y consideraciones éticas. **Acta Bioethica**, Santiago (Chile), n. 1, p. 31-46, 2000. Trad. Google.

WAZLAWICK, Raul Sidnei. **Metodologia de Pesquisa para Ciência da Computação**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Programmes and projects. WHO definition of palliative care. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>> Acesso em: 29 set. 2012.