

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

DANA KARINE DE SOUSA

**Ensino de cuidados paliativos:
Uma lacuna ou uma possibilidade na graduação de
enfermagem?**

Porto Alegre

2008

DANA KARINE DE SOUSA

Ensino de cuidados paliativos:

Uma lacuna ou uma possibilidade na graduação de enfermagem?

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção da aprovação na disciplina “Trabalho de Conclusão de Curso II” – TCCII – e para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ida Haunss de Freitas Xavier

Porto Alegre

2008

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Valdir e Neila, que são a base para o que eu sou e que tanto torcem por mim;
A minha irmã, Aline, minha inspiração para seguir nesta carreira;
Ao meu cunhado, André, pelo apoio;
A minha avó, Leza Rodalva, pelos colos e orações tão importantes;
A minha afilhada, Alicinha, minha princesa, pelo amor, carinho e sorrisos de todos os dias, mesmo aqueles mais difíceis;
E ao meu Noivo, Leonardo, meu porto-seguro e meu grande amor, por todo brilho, por toda a luz e por todo o amor que sempre recebo.

Amo vocês mais do que tudo, Dana

***“Cuidar de forma paliativa
não é antecipar a morte nem deixar de brigar pela vida,
mas é dar valor à vida que se acrescenta ao tempo
do que ao tempo que se acrescenta à vida.
Não é abandonar, num diagnóstico de prognóstico
reservado, mas aproximar-se em um momento
em que a vida passa a ter mais significado.”***

Ricardo Caponero & Daniele E. Vieira

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – Historicidade do Movimento <i>Hospice</i>	11
FIGURA 1 – Crescimento dos CsPs Nos Estados Unidos.....	14
FIGURA 2 – Mapeamento dos níveis de CP pelo mundo.....	15
FIGURA 3 – Distribuição dos centros de CsPs no Chile.....	20

RESUMO

Com o envelhecimento da população, aumentam significativamente os casos de doenças crônico-degenerativas. Baseado nesta realidade, o cuidado paliativo faz-se cada vez mais presente e necessário na formação de profissionais. Portanto, o presente estudo tem por objetivo analisar as possibilidades e a importância da inserção do ensino de cuidado paliativo no curso de graduação em enfermagem, contribuindo dessa forma para a construção do conhecimento de futuros profissionais. Para a realização desta pesquisa bibliográfica, foram utilizados livros, artigos, teses e dissertações, datadas entre 1967 a 2008. A consulta à base de dados deu-se em sites científicos, como Google Acadêmico, LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; SciELO - Scientific Electronic Library Online; WHOLIS - Sistema de Informação da Biblioteca da OMS - e no portal da BVS –Biblioteca Virtual em Saúde. A análise do material obtido desenvolveu-se baseada em Marconi e Lakatos (2007). Os resultados evidenciaram que o tema cuidado paliativo é fortemente vinculado a oncologia e aos conceitos de morte/terminalidade. Há também uma lacuna na formação dos profissionais da saúde no que tange aos cuidados paliativos. Nesta perspectiva os dados conclusivos se encaminham para a necessidade de inserir a temática dos cuidados paliativos como disciplina dos cursos de graduação em Enfermagem.

Descritores: Cuidado paliativo. Enfermagem. Educação.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVOS.....	9
2.1 Objetivo Geral.....	9
2.2 Objetivos Específicos.....	9
3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA.....	10
3.1 Cuidado Paliativo: um pouco de história.....	10
3.2 Cuidados Paliativos no Brasil.....	16
3.3 Ensino Superior e Cuidados Paliativos.....	19
4 METODOLOGIA.....	22
4.1 Tipo de estudo.....	22
4.2 Critérios para obtenção dos dados.....	22
4.3 Coleta de dados.....	23
4.4 Análise dos dados.....	23
4.5 Considerações éticas.....	24
5 DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS.....	25
5.1 Cuidado paliativo relacionado ao câncer.....	25
5.2 Cuidado paliativo e terminalidade e morte.....	27
5.3 Cuidado paliativo e o vazio do conhecimento: um caminho a ser percorrido pelos profissionais da saúde.....	29
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICE – Exemplo de ficha de leitura.....	38
ANEXO A – Síntese do <i>Core curriculum for palliative nursing</i>.....	40
ANEXO B – Síntese do Manual de CsPs da IAHPC.....	42
ANEXO C – Modelo de ensino da ANCP de Portugal.....	43

INTRODUÇÃO

O acelerado desenvolvimento tecnológico da saúde tem colaborado notadamente no aumento, não apenas da expectativa de vida, como da sobrevivência da população mundial. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), em 2025 o Brasil terá a sexta população de idosos no mundo, com aproximadamente 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Concomitantemente com o envelhecimento, aumentam, todos os dias, os casos de doenças crônico-degenerativas, como o câncer, o diabetes, a hipertensão arterial sistêmica, entre outros. Face a esta realidade, o cuidado paliativo, que enfoca o cuidar e não o curar, se faz cada vez mais presente e necessário, não só no aspecto da produção de serviços, mas principalmente na formação de profissionais.

Sendo assim, é quase imprescindível trazer para as discussões atuais o tema cuidado paliativo, desmistificando a errônea idéia de “cuidado paliativo como um derradeiro luxo quando tudo mais fracassou” ou “como a cereja em cima do chantilly no topo do bolo de frutas” (DOYLE, 2006, p.19). Somente dessa forma, conseguiremos alterar a visão, tanto de profissionais, quanto de usuários, a respeito deste tema, desvinculando-o à morte iminente e rápida.

Precisamos compreender que a essência desta prática está voltada aos cuidados e ao bem-estar do paciente e de seus familiares, trazendo qualidade de vida a ambos.

Enquanto o cuidado paliativo continuar a ser visto como o tratamento da fase final do câncer, a ser oferecido quando tudo mais falhou, ele não se propagará e a milhões de pessoas será negado um direito humano fundamental. Nós devemos parar de acusar os outros por não entenderem o que é, e quem é elegível para ele. Se nós não o definirmos, se nós não o explicarmos, se nós não o promovermos, então nós devemos aceitar a culpa se o mundo o rejeitar (DOYLE, 2006, p.19).

Portanto, a autora acredita ser de fundamental importância que os estudantes da área da saúde, especialmente da enfermagem, tenham em seus currículos uma disciplina que aborde, de forma concreta, o tema cuidado paliativo. Só poderemos defini-lo, explicá-lo e promovê-lo se o conhecermos profundamente e, para que isso seja possível, precisamos ter uma disciplina que trate a fundo o cuidado paliativo.

E, considerando o cuidado paliativo como inerente à enfermagem, uma vez que essa profissão tem como filosofia fundamental o cuidar em todo o seu contexto, a autora crê que este assunto deveria ser abordado com todos os alunos da graduação e não ficar restrito a um grupo que se interesse por oncologia. Como estudante do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a mesma teve a grata oportunidade de entrar em contato com o universo dos cuidados paliativos quando frequentou a disciplina de Enfermagem no Cuidado ao Adulto II, no ambulatório da Dor, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, na Zona 18. Porém, durante este período, surgiu o seguinte questionamento: como é possível receber a formação de enfermeiro generalista, se nem todos os alunos da Escola de Enfermagem, da UFRGS, têm a oportunidade de estudar, ou mesmo, conhecer este tema?

Além disso, outro fato lhe intrigou: a grande maioria dos textos e livros que discorrem sobre cuidado paliativo trazem que um dos principais empecilhos para se desenvolver ações de cuidado paliativo, seja em instituições públicas ou privadas, é, conforme Melo e Figueiredo (2006, p.20) “a deficiente educação de profissionais da saúde”. Assim sendo, a autora acredita que esta barreira será facilmente transposta pela equipe de enfermagem com a inserção de uma disciplina que aborde esse assunto na grade curricular do curso de Enfermagem. Neste contexto, a questão orientadora deste trabalho questiona: como tem sido abordado, na literatura específica, o ensino dos cuidados paliativos nos cursos de graduação em enfermagem no Brasil?

2 OBJETIVOS

2. 1 Objetivo Geral:

Este estudo pretende analisar, com base na literatura, as possibilidades e a importância da inserção do ensino de cuidado paliativo no curso de graduação em enfermagem, contribuindo para a construção do conhecimento de futuros profissionais.

2. 2 Objetivos Específicos:

Foram quatro os objetivos específicos do trabalho:

- a) contextualizar o desenvolvimento dos cuidados paliativos no mundo, tendo como marco o surgimento do Saint Christopher Hospital;
- b) descrever sobre o cuidado paliativo no Brasil e a legislação em vigor;
- c) analisar a educação em cuidado paliativo na perspectiva do ensino superior;
- d) discutir as possibilidades e a importância da inserção da disciplina de cuidado paliativo no curso de graduação em enfermagem.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

Em seu princípio, a Medicina era puramente paliativa, com tratamentos realizados por diversas figuras, como xamãs, pajés, barbeiros, açougueiros, que nada mais faziam do que tratar ferimentos de guerras, curar machucados e outras lesões, expulsar maus espíritos, aliviar sintomas de resfriados ou pestes, entre outros. Contudo, os enormes avanços alcançados na área da saúde, trouxeram a cura para as mais diversas patologias e conseguiram, inclusive, prolongar a vida, fazendo com esse início fosse deixado de lado.

Atualmente, estamos, aos poucos, resgatando esse princípio da Medicina, através da divulgação de uma nova filosofia, baseada no cuidado integral ao paciente fora da possibilidade de cura, definida como cuidado paliativo (CP). Os cuidados paliativos (CsPs) foram introduzidos de forma sintetizada na década de 60, através da Dr^a. Cicely Saunders, com a fundação do Saint Christopher's Hospice, na Inglaterra, e hoje é difundido e defendido em todo o mundo como um direito dos pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas.

3. 1 Cuidado Paliativo: um pouco de história...

O conceito de cuidado paliativo, definido pela Organização Mundial da Saúde – OMS – (2002), como o “cuidado dirigido a pacientes e familiares quando diante de uma doença ativa e progressiva, que ameace a continuidade da vida, com o objetivo de prevenir e aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida” ganhou força há cerca 40 anos. Nessa época, iniciou-se o moderno movimento *hospice*, após a fundação do Saint Christopher's Hospice, por Saunders, em Londres, em 1967.

Todavia, a palavra francesa *hospice*, que deriva do latim “hospes” e significa anfitrião (MELO; FIGUEIREDO, 2006, p.16) foi utilizada pela primeira vez muito antes da fundação do Saint Christopher's Hospice, em 1842, por Jeanne Garnier em Lyon/França (ALVARENGA, 2005). Historicamente, o movimento *hospice* original teve seu início, no século V, através da matrona Fabíola, discípula de São Jerônimo (ALVARENGA, 2005). Essa mulher acolhia os estrangeiros, os indivíduos carentes e

peças doentes em sua casa, oferecendo, não só moradia, como também comida, religião, roupas e tudo mais que fosse necessário. Abaixo, o Quadro 1 apresenta as origens históricas do Movimento *Hospice*.

Quadro 1 – Historicidade do Movimento *Hospice*

Século	Ano	Local	Tipo de Centro	Pessoas responsáveis
V	400	Ostia	<i>Hospice</i> no Porto de Roma	Fabíola, discípula de São Jerônimo
XII	-	Europa	<i>Hospices</i> e Hospedaria Medieval	Cavaleiros Hospitalares
XVII	1625	França	Isolamentos e <i>Hospices</i>	São Vicente de Paula e as Filhas de Caridade
XIX	1842	Lyon	<i>Hospices</i> o Calvário	Jeanne Garnier e Associação das Mulheres do Calvário
XIX	-	Prússia	Fundação <i>Kaiserwerth</i>	Pastor Flinder
XIX	1879	Dublin	<i>Our Lady's Hospice</i>	Madre Mary Aikenhead e as Irmãs Irlandesas de Caridade
XIX	1893	Londres	<i>The Hostel of God (Trinity Hospice), St. Luke's Homey otras Protestant Homes</i>	Fundação Protestante
XX	1902	Londres	<i>St. Joseph's Hospice</i>	Irmãs Irlandesas de Caridade
XX	1967	Londres	<i>St. Christopher's Hospice</i>	Cicely Saunders

Fonte: Alvarenga (2005, p.47).

Já o termo paliativo, que deriva do latim “*pallium*”, significa manto, capa (RONCARATI *et al.*, 2003); (FLORIANI, 2004); (RODRIGUES, 2004); (ALVARENGA, 2005). Dessa forma, os sintomas relacionados aos CsPs são “encobertos”, “tapados” (PESSINI, 2006), em outras palavras, amenizados, afim de que seja promovido o conforto do paciente.

A expressão CP, por sua vez, surgiu quando Saunders e seus colegas, dentre eles, Elizabeth Kübler-Ross, psiquiatra fundadora da Tanatologia (estudo da morte), passaram a divulgar uma nova maneira de encarar o cuidado, baseada em duas premissas importante: controle efetivo da dor e cuidado com as dimensões psicológicas, sociais e espirituais de pacientes e suas famílias (MELO; FIGUEIREDO, 2006). Essa nova forma de pensar o cuidado a pacientes fora da possibilidade de cura é uma das bases para o que hoje conhecemos por cuidado humanizado.

Os CsPs são comumente ofertados a pacientes oncológicos em fase avançada e a portadores do vírus HIV; contudo, outros casos como insuficiência cardíaca congestiva, renais crônicos, hepatopatas crônicos, pneumopatas crônicos, neuromotores, mal de Parkinson, mal de Alzheimer, idosos portadores de graves seqüelas causadas por diversas doenças, etc. também se beneficiam desta forma

de tratamento. O principal objetivo do CP é alcançar uma melhor e mais ampla qualidade de vida para os pacientes e familiares, estimulando o cuidar na sua mais pura essência.

Para a OMS (2002), os princípios norteadores dos CsPs são, entre outros: prover o controle da dor e de sintomas estressantes; encarar a morte com naturalidade; não utilizar recursos que diminuam o tempo de vida ou realizar procedimentos desnecessários que acarretem no prolongamento do sofrimento do paciente; proporcionar um sistema de apoio que permita ao paciente viver tão ativamente quanto possível até a sua morte.

Além disso, esta Organização preconiza também que é preciso oferecer suporte à família, com o intuito de possibilitar a exata compreensão do processo da doença em todas as fases e a auxiliar no processo do luto; agregar aspectos psicológicos e espirituais ao trabalho; unir esforços de uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, religiosos, fisioterapeutas, assistentes sociais para oferecer o cuidado mais abrangente possível.

A OMS (2002) defende ainda que a melhora da qualidade de vida beneficia o tempo de vida do doente; recomenda também que o cuidado deve ser iniciado o mais cedo possível, junto com as outras terapias de natureza curativa e deve utilizar todos os recursos diagnósticos necessários para a melhor compreensão e manejo dos sintomas. Para que isto ocorra, Figueiredo e Melo (2006) nos trazem que é necessário seguir algumas regras básicas, como escutar o paciente; fazer um diagnóstico antes do tratamento; conhecer muito bem as drogas a serem utilizadas; utilizar drogas que tenham mais que um objetivo de alívio; propor tratamentos mais simples possíveis; não tratar tudo que dói com medicamentos e analgésicos (cuidados paliativos são intensivos); aprender a reconhecer pequenas realizações e desfrutar delas, permitindo que paciente possa viver o melhor possível.

Além disso, é importante também oferecer um esquema álgico de acordo com a realidade do paciente; mantê-lo sempre informados sobre as reais condições de seu estado de saúde; respeitá-lo e ouvi-lo valorizando seus medos, sentimentos, esperanças; incentivá-lo a manter autonomia em suas atividades; apoiar ele e sua família; preparar a família para o luto, sempre que necessário, entre outros. Deve-se continuamente lembrar que qualquer atitude vale à pena, seja aliviar a dor ou permanecer de mãos dadas com o paciente, pois o toque, as lágrimas, o sorriso, o carinho não são proibidos nos CsPs.

Então, o CP se disseminou pelo mundo. Hoje, de acordo com o *The Hospice Information Service*, do St. Christopher's Hospice, em Londres, existem mais de 7.000 *hospices* ou serviços de CsPs em mais de 90 países em todo o mundo. A Inglaterra é o país com maior cobertura de CsPs e a Espanha, o segundo.

Na Europa, os CsPs ampliaram-se com mais intensidade na década de 70, impulsionados por políticas institucionais desenvolvidas pelos governos europeus, o que permitiu o surgimento da Associação Européia de Cuidados Paliativos (EAPC). Na Itália, o modelo dos CsPs apresenta uma peculiaridade própria: incidem em equipes de atenção domiciliária (SECPAL,2000).

A Espanha, por sua vez, vive um desenvolvimento espantoso em relação aos CsPs. Em 1982, surgiu a primeira Unidade de Cuidados Paliativos, contudo somente em 1987 é que ela passou a ser reconhecida oficialmente. Desde então, o número de programas que surgem neste país aumentam expressivamente, cerca de 10 novos programas por ano. Além disso, esse país conta com uma das mais bem organizadas e importantes associações do mundo em CP, a Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos (SECPAL) regulamentada em 22 de março de 2002 (SECPAL, 2002).

Com relação à França, em 1999, foi aprovada a lei nº 99477, que, entre outros, reconhece os CsPs, aperfeiçoa a formação de profissionais da saúde e incentiva a formação de voluntariado. Além disso, essa lei fomenta o desenvolvimento de serviços especializados em CsPs, uma vez que impulsiona políticas públicas de saúde a fim de que ocorra a humanização no atendimento. (RONCARATI *et al.*, 2003). Em outros países, como Bélgica, Noruega, Suécia, os CsPs desenvolvem-se satisfatoriamente, baseados na implantação de Equipes de Consultores Especializados em CsPs que trabalham em hospitais gerais (SECAL, 2000).

Nos países do Leste Europeu, os CsPs também estão bem desenvolvidos. Um dos melhores exemplos é a Polônia, que reconheceu a Medicina Paliativa como especialidade em 1995. Segundo dados da SECPAL (2000), a Polônia conta com, aproximadamente, 30 unidades de hospitalização, 20 equipes de suporte hospitalar, 12 hospitais-dia e mais de 100 equipes de atenção domiciliar, sendo que dois terços destes programas são de responsabilidade do sistema público de saúde.

Em se tratando de América do Norte, o pioneirismo cabe aos Estados Unidos, que seguem os princípios dos CsPs de oferecer uma atenção baseada mais em uma

necessidade de cuidados que na capacidade de se pagar por eles. Além disso, o modelo de CsPs neste país também tem suas próprias características. A maior diferença para o Reino Unido é que os cuidados são realizados basicamente nos domicílios, ao invés de instituições de saúde. Os programas de atenção domiciliar são desenvolvidos principalmente por equipes de enfermeiras, embora necessitem de serviços médicos para serem certificados oficialmente (SECPAL, 2000).

Outra peculiaridade em relação aos Estados Unidos é fato de terem sido os primeiros a empregar os CsPs a outras patologias que não o câncer, como a AIDS. Conforme Costa Filho *et al.* (2008, p.90), os Estados Unidos apresentaram um recorde de 1,3 milhões de pessoas sendo atendidas em seus *hospices*: um aumento de 100 mil pessoas sendo servidas por este sistema que envolve CsPs no período entre 2005 e 2006. A figura abaixo (Figura 1) traz dados referentes ao período entre 1997 e 2006, com relação ao crescimento dos CsPs nos Estados Unidos.

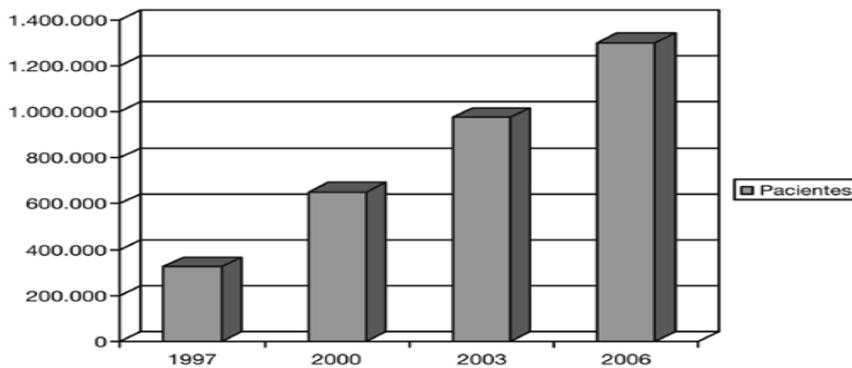


Figura 1 – Crescimento dos CsPs nos Estados Unidos (COSTA FILHO *et al.*, 2008, p.90).

Já na América Latina, existem mais de 100 serviços de CsPs, principalmente na Argentina, Colômbia, Brasil e Chile. A Argentina, por exemplo, passou a tomar importantes medidas de políticas sanitárias com o intuito de proporcionar os CsPs a sua população. No Brasil, embora já tenhamos alcançado um grande avanço no que tange os CsPs, com o surgimento do Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 1989, com sede no Rio de Janeiro, contamos ainda com poucas unidades direcionadas aos CsPs, são apenas cerca de 30 serviços em todo o país.

Em 2006, Wright *et al.*, realizaram uma importante pesquisa relativa ao levantamento dos CsPs no mundo. Segundo Costa Filho *et al.* (2008, p.89), esses pesquisadores criaram um sistema de quatro níveis de CP e mapearam todos os continentes do planeta, como pode ser observado na Figura 2. Em 35 países, a maioria no continente europeu, e em outros como Chile, Costa Rica, Argentina,

Austrália e África do Sul, os CsPs se aproximaram e integraram aos serviços convencionais de saúde (nível 4). O Reino Unido destacou-se como a melhor relação de todo o continente europeu, com relação de um serviço de CP para cada 40.000 habitantes.

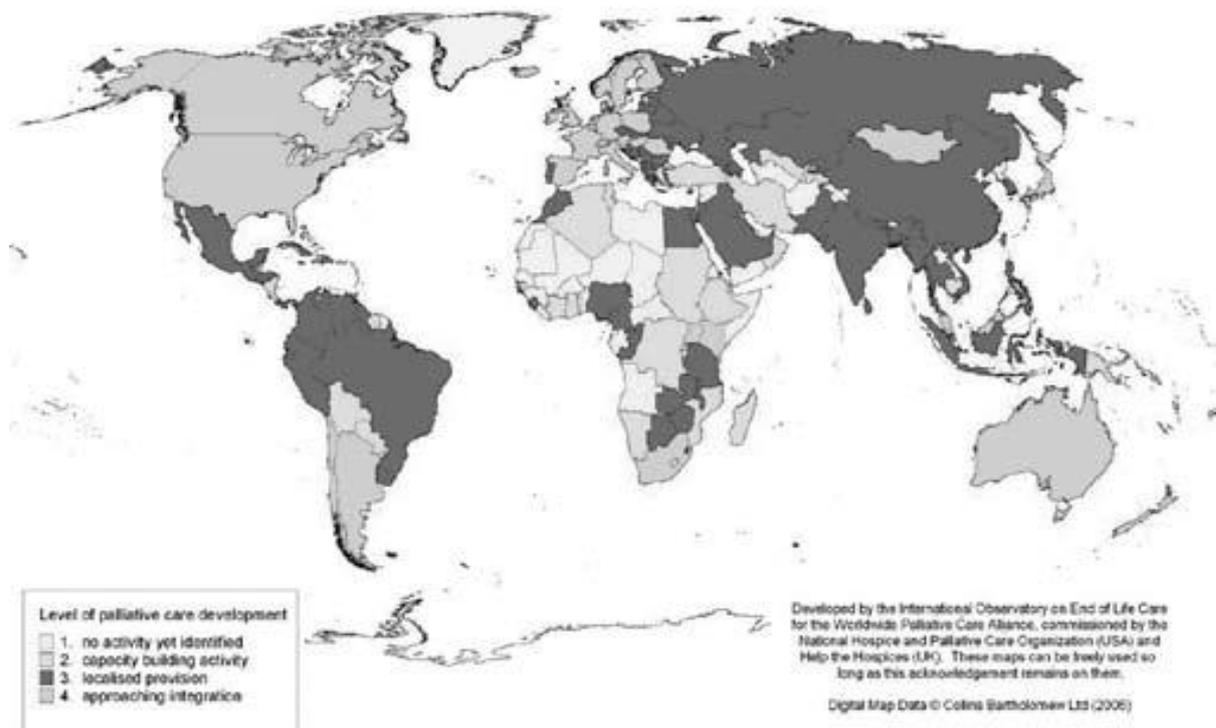


Figura 2: Mapeamento dos níveis de CP pelo mundo (COSTA FILHO *et al.*, 2008, p.89).

Na América Latina, a melhor relação de serviços à população é da Costa Rica: um para cada 166.000 habitantes. De acordo com Costa Silva *et al.*, nosso país apresentou uma das relações mais pobres, um serviço para cada 13.315.000, situando-se entre os 80 países com nível 3. Na classificação nível 1, onde não se obteve qualquer informação relevante sobre CP, foram encontrados 79 países. Este cenário pode ser explicado “não somente pela presença de dificuldades locais, mas também pela má compreensão da filosofia que alimenta os CsPs” (COSTA FILHO *et al.* 2008, p.89).

3. 2 Cuidados Paliativos no Brasil

Começou-se a falar em cuidados paliativos, no Brasil, em meados da década de 80, quando foi instituído o primeiro serviço de CsPs no Rio Grande do Sul, seguido por São Paulo e Santa Catarina (RODRIGUES, 2004); (PIMENTA; MOTA, 2006); (DIAMANTE, 2007). Em 1983, foi criada a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (PIMENTA; MOTA, 2006). No final dessa década, surgiu o Serviço de Suporte Terapêutico Oncológico, no INCA, que atende ao paciente fora da possibilidade de cura no intra-hospitalar e no domicílio (DIAMANTE, 2007).

Porém, apenas no final da década de 90 é que ocorreu a fundação da Sociedade Brasileira de Cuidados Paliativos (SBCP), em 1997, com o intuito de propiciar melhoria do atendimento a pacientes com doenças avançadas e incuráveis. Em 1998, os CsPs foram oficialmente considerados como existentes a partir da divulgação da Portaria n^o 3.535, de 2 de setembro de 1998. Essa portaria estabelece o cadastramento de Centros de Atendimento em Oncologia, enfatiza o trabalho multiprofissional e insere outras modalidades assistenciais, como o serviço de CsPs (BRASIL, 1998). Ainda em 1998, foi organizado o I Seminário de Cuidados Paliativos e, no decorrer dos anos, foi realizado um Fórum Nacional que reuniu todos os serviços do Brasil interessados no tema (MELO; FIGUEIREDO, 2006).

Mais tarde, em 3 de janeiro de 2002, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, através da Portaria GM/MS n^o 19, cujos principais objetivos são:

- a) articular iniciativas governamentais e não governamentais voltadas para a atenção/assistência aos pacientes com dor e CsPs;
- b) estimular a organização de serviços de saúde e de equipes multidisciplinares para a assistência a pacientes com dor e que necessitem CsPs, de maneira a constituir redes assistenciais de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada;
- c) articular/promover iniciativas destinadas a incrementar a cultura assistencial da dor, a educação continuada de profissionais de saúde e de educação comunitária para a assistência à dor e CsPs;
- d) desenvolver esforços no sentido de organizar a captação e disseminação de informações que sejam relevantes, para profissionais de saúde, pacientes,

familiares e população em geral, relativas, dentre outras, à realidade epidemiológica da dor no país, dos recursos assistenciais, CsPs, pesquisas, novos métodos de diagnóstico e tratamento, avanços tecnológicos, aspectos técnicos e éticos;

- e) desenvolver diretrizes assistenciais nacionais, devidamente adaptadas/adequadas à realidade brasileira, de modo a oferecer cuidados adequados a pacientes com dor e/ou sintomas relacionados a doenças fora de alcance curativo e em conformidade com as diretrizes internacionalmente preconizadas pelos órgãos de saúde e sociedades envolvidas com a matéria.

Além disso, formou o Grupo Técnico Assessor composto por representantes do MS, da Associação Médica Brasileira, da Associação Brasileira de Enfermagem, do Conselho Federal de Medicina, da Sociedade Brasileira da Dor e do INCA para operacionalizar a implantação do Programa. A eles coube, entre outros, assessorar o MS e, em especial, a Secretaria de Assistência à Saúde, na implementação do Programa instituído por esta Portaria; estudar, avaliar e emitir pareceres relativos à assistência à dor e CsPs; propor alternativas assistenciais e medidas necessárias ao aprimoramento da assistência à dor e CsPs no âmbito do Sistema Único de Saúde; orientar e assessorar órgãos e entidades federais, estaduais, municipais, públicas ou privadas na organização de serviços e de iniciativas destinadas ao desenvolvimento de políticas assistenciais à dor e CsPs, etc. (BRASIL, 2002a).

Já a Portaria GM/MS nº 1.319, de 23 de julho de 2002 cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS –, os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica. De acordo com o MS, deve-se entender por Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica os hospitais cadastrados pela Secretaria de Assistência à Saúde como Centro de Alta Complexidade em Oncologia de Tipo I, II ou III e ainda aqueles hospitais gerais que, devidamente cadastrados como tal, disponham de ambulatório para tratamento da dor crônica e de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos e adequados para a prestação de assistência aos portadores de dor crônica de forma integral e integrada e tenham capacidade de se constituir em referência para a rede assistencial do estado na área de tratamento da dor crônica (BRASIL, 2002b).

Essa Portaria instituiu também o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Tal Programa estabeleceu a padronização e a distribuição, pelo

SUS, de codeína, morfina e metadona e o quantitativo de Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica por Estado brasileiro e Distrito Federal (BRASIL, 2002b).

Em relação à dispensação dos opiáceos, ela se fará mediante Receita de Controle Especial, em duas vias, ficando a 1ª via retida na Unidade Dispensadora, para fins de controle, e a 2ª via, devolvida ao paciente com o respectivo carimbo que identifique a dispensação. A quantidade de opiáceos dispensada para cada paciente em tratamento ambulatorial deverá ser aquela suficiente para a manutenção do referido tratamento por um período máximo de 30 dias, por lote de medicamentos dispensados (BRASIL, 2002b).

Como complemento à Portaria GM/MS nº 1.319, em 24 de julho de 2002, foi instituída a Portaria nº 472. Esta, por sua vez, aprova, dentre outros, as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica; determina que as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios adotem as providências necessárias à implantação, organização, habilitação e cadastramento dos Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica. Estabelece, ainda, que os estados assumam as providências necessárias a sua integração à rede assistencial do estado, à definição dos fluxos assistenciais, mecanismos de referência e contra-referência e à articulação dos Centros cadastrados com a rede de atenção básica e o programa de saúde da família. Os Centros de Referência serão responsáveis pela assistência integral e integrada aos pacientes portadores de dor crônica (BRASIL, 2002c).

Já em 8 de dezembro de 2005, foi implantada a Portaria Nº 2.439, que cria a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos (BRASIL, 2005). Um ano após a publicação da Portaria Nº 2.439, o MS divulgou a Portaria Nº 3.150, de 12 de dezembro de 2006, que institui a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos (BRASIL, 2006).

Esta Câmara fica responsável por pronunciar-se, segundo o MS, sobre as diretrizes nacionais para o controle da dor e CsPs; as ações de controle da dor e CsPs, levadas a cabo no âmbito coletivo ou individual na assistência pública; as recomendações para o desenvolvimento dessas ações nas entidades públicas e privadas que integram o SUS e, quando solicitado, o sistema de saúde suplementar. Cabe a Câmara ainda a atualização das normas e procedimentos do SUS referentes ao controle da dor e CsPs; a incorporação tecnológica para ações de controle da dor

e CsPs, encaminhando parecer para a Comissão para Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC; projetos de incentivo para ações de controle da dor e CsPs; a estruturação de redes de atenção na área de controle da dor e CsPs; a formação e qualificação de profissionais para atuação em controle da dor e CsPs; e a avaliação de estudos e pesquisas na área de controle da dor e CsPs (BRASIL, 2006).

3.3 Ensino Superior e Cuidados Paliativos

Com a expansão dos CsPs pelo mundo, as instituições de ensino sentiram-se obrigadas a incluir em seus currículos disciplinas que abordem este tema. No Reino Unido, por exemplo, todas as escolas de Enfermagem e Medicina incluem os CsPs como conteúdo de seus currículos, além de serem o eixo norteador de programa de pós-graduação (TWYLCROSS, 2000; RODRIGUES, 2004).

Na Espanha, em 2000, foram elaboradas por reitores de faculdades de medicina, as “Recomendações Básicas sobre Formação em Cuidados Paliativos”. Essas Recomendações versam sobre os princípios e a organização dos CsPs; tratamento da dor e o controle de outros sintomas; aspectos psicológicos e a comunicação; o conceito de sofrimento na fase terminal; a bioética e a morte digna (SECPAL, 2004).

Na América Latina, apesar das restrições econômicas de alguns países, os resultados alcançados com os CsPs têm sido estimulantes e importantes. De acordo com Silva (2004, p.27), “o número de pacientes tratados por grupos de CsPs aumentou em mais de dez vezes em seis anos”, o que fez com que um número cada vez maior de pacientes fora da possibilidade de cura recebam os cuidados necessários. O autor, citando Singer (2004, p.27), ainda nos traz que “programas de educação em CsPs estão sendo realizados nas faculdades de medicina em nível de graduação e pós-graduação”.

Alguns países, como Argentina e Chile, têm CsPs bem desenvolvidos, com legislações e associações nacionais fortes. No Chile, por exemplo, o Ministério da Saúde criou o “Programa Nacional de Alívio da Dor por Câncer e Cuidados Paliativos”, seguindo o Modelo de Continuidade dos Cuidados, proposto pelo

programa de “Luta contra o Câncer”, da Organização Mundial da Saúde. Além disso, a maioria de suas províncias contam com centros de CsPs, como mostra a Figura 3 (CHILE, 2005). Ainda no Chile, algumas de suas principais universidades já contam com disciplinas que abordam o tema CP, como a Pontifícia Universidade Católica de Chile e a Universidade Diego Portales, entre outras.



Figura 3: Distribuição dos centros de CsPs no Chile (CHILE, 2005).

A Argentina, por sua vez, conta com importantes avanços no que tange os CsPs. Além de associações nacionais e internacionais, como a Associação Latino-americana de Cuidados Paliativos, com sede em Buenos Aires, a Associação Argentina de Medicina e Cuidados Paliativos, Associação Pallium Latino-americana, há também uma legislação vigente, datada de 2000, a “Norma de Organização e Funcionamento em Cuidados Paliativos”, que faz parte do “Programa Nacional de Garantia de Qualidade da Atenção Médica”, do Ministério da Saúde (ARGENTINA,

2000). Os argentinos, assim como os chilenos, já contam com universidades que oferecem CsPs em seus currículos, como a Escola de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nacional de Córdoba.

Já no Brasil, embora tenhamos avançado significativamente no que diz respeito ao CP, com uma legislação própria, referente ao tema, a educação brasileira em CsPs ainda é precária. Assim, a deficiência na formação dos profissionais da saúde acaba tornando-se um dos principais obstáculos para a difusão e inserção do CP em instituições de saúde, sejam públicas ou privadas.

Conforme Machado, Pessini e Hossne (2007), existem vários desafios a serem vencidos no Brasil e entre eles está a provável deficiência na educação de profissionais de saúde no que diz respeito à terminalidade e, portanto, em CP. Os mesmos autores, citando Kovács, nos mostram que a:

Grande deficiência na educação dos profissionais da equipe de saúde nesses temas faz com que os mesmos se afastem desses pacientes não possibilitando, portanto, que eles tenham o que mais precisam: muita atenção e cuidados especiais e humanizados (KOVÁCS, 2003; MACHADO, PESSINI e HOSSNE, 2007, p.38).

A má formação dos profissionais, segundo Pimenta e Mota (2006, p.32), “dificulta o cuidado adequado e efetivo com o paciente e sua família”. Portanto, a etapa seguinte, relacionada ao desenvolvimento dos CsPs em nosso país, é a qualificação dos profissionais que atendem a pacientes fora da possibilidade de cura, através da inserção do tema CP nas instituições de ensino superior brasileiras, pois, de acordo com as autoras supracitadas, “cabe à academia o papel de auxiliar nessa formação e participar do desenvolvimento de estudos que otimizem o cuidado e os recursos humanos e financeiros”.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O presente trabalho foi realizado por meio de uma pesquisa bibliográfica. Segundo Marconi e Lakatos (2007), este tipo de pesquisa é realizado a partir de toda a bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico, entre outros, até meios de comunicação oral e audiovisual. A pesquisa bibliográfica tem como objetivo colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito, filmado sobre determinado assunto; ou seja, propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras.

4.2 Critérios para obtenção dos dados

Para a realização desta pesquisa foram utilizados livros, artigos e teses, dissertações, que abordaram a temática relacionada à Educação de profissionais da Saúde/Enfermagem no que se refere aos Cuidados Paliativos. Elegeu-se o espaço temporal que abrange o período de 1967 a junho de 2008. Justifica-se esta delimitação, tendo em vista que o ano de 1967, constitui-se como marco principal para o surgimento dos CsPs a partir da fundação do Saint Christopher's Hospice.

Entretanto, a partir do material analisado pode-se observar que a publicação dos artigos ocorre principalmente na década passada, o que explica a lentidão na divulgação dos CsPs no Brasil. Os descritores utilizados, portanto, foram “cuidado paliativo”, “enfermagem”, “educação”. Além disso, foram considerados os seguintes critérios de inclusão para a seleção do material:

- a) artigos que citassem o tema CP ou relacionados aos cuidados paliativos;
- b) textos completos em idioma português e de livre acesso.

4.3 Coleta de dados

Realizou-se a busca de artigos publicados em revistas indexadas no Brasil, localizadas a partir da pesquisa avançada no portal da Biblioteca Virtual em Saúde e também no site de pesquisa Google Acadêmico. Os artigos pesquisados no portal de acesso da BVS e no site Google Acadêmico contemplaram os descritores já citados.

Assim, no levantamento realizado no LILACS, através da BVS, foram identificadas 53 publicações, das quais 16 foram excluídas, pois quatro eram em inglês e 12 em espanhol. Portanto, foram consideradas na pesquisa 37 publicações, das quais localizei oito, pois não foi permitido o acesso a essas publicações.

Já no levantamento realizado na Scielo, a partir do portal da BVS, surgiram 12 possíveis materiais, dos quais dois eram em espanhol, e quatro em inglês. Dos seis textos possíveis, apenas quatro foram selecionados para a pesquisa; às demais publicações, não foi permitido o acesso.

O levantamento realizado na BDENF, também realizado através da BVS, mostrou 10 publicações. Destas, uma era em espanhol e três em inglês, ficando ainda seis publicações, das quais três artigos foram encontrados. Na WHOLIS, respeitando o idioma, não surgiram textos possíveis de serem utilizados.

Do levantamento realizado no Google Acadêmico, surgiram 82 publicações. Destas, cinco são em inglês, nove em espanhol, nove estavam repetidos. Então, resultaram, para análise, 59 publicações, das quais apenas 15 foram separadas para um possível uso.

Por fim, após leitura, análise e interpretação dos textos, a autora verificou que das 30 publicações encontradas, apenas 17 foram selecionadas para serem utilizadas no texto, pois estas realmente abordavam a temática de cuidados paliativos. Além disso, foram ainda utilizados para a pesquisa dois livros-textos, que abordaram o tema de interesse da pesquisa.

4.4 Análise dos dados

A análise do material desenvolveu-se conforme Marconi e Lakatos (2007), por meio das seguintes fases:

- a) compilação: é uma reunião sistemática do material contido em livros, revistas ou publicações avulsas;
- b) fichamento: é a fase em que o pesquisador deve transcrever os dados levantados em fichas, com o máximo de exatidão e cuidado. A ficha permite a ordenação do assunto, ocupa pouco espaço e pode ser transportada de um lugar para o outro. Possibilita ainda uma seleção constante da documentação e de seu ordenamento. Em Apêndice, encontra-se o exemplo da ficha utilizada para realização deste estudo;
- c) crítica externa: é feita sobre a importância e a significação do documento, abrange a crítica do texto, a crítica da autenticidade e a crítica da proveniência;
- d) crítica interna: que aprecia o sentido e o valor do conteúdo, compreende a crítica da interpretação ou hermenêutica e a crítica do valor interno do conteúdo. A segunda, a terceira e a quarta fases, respectivamente, decomposição dos elementos e sua classificação, generalização e análise críticas, correspondem as três da análise do texto;
- e) redação: a redação da pesquisa bibliográfica varia de acordo com o tipo de trabalho científico que se deseja apresentar. O presente trabalho será redigido no formato de uma monografia.

4.5 Considerações éticas

As questões éticas foram preservadas na medida em que todos os autores consultados foram devidamente referenciados no texto.

6 DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS

Dos conteúdos temáticos encontrados no material analisado, emergiram três categorias a seguir apresentadas.

6.1 Cuidado paliativo relacionado ao câncer

Atualmente, o câncer é a enfermidade mais associada aos CsPs, pois, embora seu tratamento tenha avançado significativamente, muitos pacientes ainda morrerão, uma vez que, infelizmente, nem todo o câncer é curável (INCA, 2008). Segundo dados da OMS (2002), cerca de 10 milhões de novos casos de câncer surgem, anualmente, no mundo, e cerca de 6 milhões de pessoas morrerão vítimas de câncer. Estimativa da própria Organização é de que, nos próximos 20 anos, o número de casos de câncer no mundo aumente em torno de 50%.

No Brasil, as estimativas para os anos de 2008 e 2009, mostram que ocorrerão 466.730 casos novos de câncer. Dentre esses, os tipos mais incidentes serão os cânceres de próstata e de pulmão no sexo masculino e os cânceres de mama e de colo do útero no sexo feminino (INCA, 2008).

Isso explica o fato de que muitos autores, quando referem-se aos CsPs, os relacionam ao câncer. Floriani, (2004, p.3) afirma que “os CsPs estão inseridos em um conflituoso campo de modalidades de assistência ao idoso com câncer avançado”. Além disso, como grande parte dos cânceres diagnosticados no Brasil já se encontram em fase adiantada, os CsPs acabam tornando-se a primeira e, talvez única, opção terapêutica para os pacientes. (KOSEKI, 2002, FLORIANI, 2004). Essa é outra realidade que precisa ser alterada: fazer com que a população seja orientada em relação aos fatores de risco e a realizar exames preventivos, com o intuito de evitar, ou mesmo, de diagnosticar precocemente o tumor.

Silva (2004, p.22) acrescenta ainda que “apesar das boas respostas aos tratamentos curativos (sobrevida de 5 anos em torno de 50%), a maioria dos pacientes com câncer precisará dos CsPs cedo ou tarde”. Para Zaroni *et al.* (2006, p.48), os CsPs tornaram-se uma “abordagem altamente especializada para ajudar

as pessoas com câncer e sua família a viver e enfrentar o morrer da melhor forma possível”. Todos os autores supracitados relacionam o tema CP à oncologia, contudo não mencionam o fato de que este tipo de cuidado não é exclusivo a pacientes com câncer.

A associação entre CP e câncer, não é totalmente errônea, uma vez que o conceito de CP pode ser entendido, de uma forma geral, como os cuidados direcionados, não só a pacientes, como também as famílias, que se vêem diante de uma doença ativa e progressiva e que não responde mais ao tratamento curativo. Entretanto, não podemos esquecer que muitos outros agravos, no campo dos danos crônico-degenerativos, são merecedores dessa forma de cuidado.

Conforme referem Costa Filho *et al.* (2008, p.90), “todos os pacientes, independente de suas idades, com diagnóstico de uma doença ameaçadora à vida, ou enfrentando uma condição debilitante são candidatos aos CP”. Assim, pacientes portadores de doenças neurodegenerativas como o Alzheimer, doenças pulmonares crônico-degenerativas, insuficiência cardíaca grave progressiva, falência hepática e/ou renal, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS –, entre outros, são beneficiados também por essa filosofia, baseada no cuidar.

Precisamos, então, desvincular essa associação para que cada vez mais pessoas com doenças fora da possibilidade de cura tenham a oportunidade de receber esse cuidado mais humanizado, pautado no respeito, no diálogo, na afirmação da autonomia e da vida do paciente. Os profissionais da saúde devem sempre lembrar que qualquer um é elegível aos CsPs. Não podemos esquecer que:

A mensagem dos cuidados paliativos é que independente de qualquer doença, de qualquer tratamento efetuado até então, não importando o quão avançada possa estar a doença, existe sempre algo que pode ser feito para melhorar a qualidade de vida (SILVA, 2004, p.23).

A despeito da amplitude do tema CP, tanto a literatura, quanto a prática incidem predominantemente sobre sua aplicação em pacientes oncológicos. Tal realidade faz com que muitos pacientes em CsPs acabem sendo atendidos em unidades comuns, deixando de receber os cuidados adequados e imprescindíveis as suas reais necessidades.

Portanto, torna-se imperioso, em nossos dias, a extensão do conceito dos CsPs aos diferentes danos crônico-degenerativos para que os pacientes possam ser

atendidos de forma digna, merecedores que são de um cuidado humano fundamentado em sua filosofia. Assim sendo, os profissionais da saúde poderão contribuir significativamente na qualificação dos serviços, bem como na produção de conhecimentos, diminuindo o vazio existente na literatura pertinente.

6.2 Cuidado paliativo e terminalidade e morte

Outro fato importante a ser destacado é a recorrente relação do conceito de CP com terminalidade e morte. Essa associação, provavelmente, confunde-se com a própria história dos CsPs, uma vez que a idealizadora e divulgadora dessa filosofia, Cecily Saunders, trabalhava, em um *hospice*, com pacientes em fase terminal. Anos mais tarde, em 1985, deu-se a fundação da Associação de Medicina Paliativa da Grã Bretanha e Irlanda, que conceituou os CsPs como: “O estudo e controle de pacientes com doença ativa e progressiva em fase avançada, para os quais o prognóstico é limitado e o foco dos cuidados é a qualidade de vida” (PESSINI, 2003; SILVA; FERNANDES, 2006, p.319).

Dessa forma, assim como ocorre com o câncer, inúmeros autores, quando discorrerem a respeito de CsPs, os associam à terminalidade ou à morte. Rodrigues (2004, p.6), por exemplo, diz que “os CsPs são cuidados que atendem à necessidade dos pacientes terminais, que já não aguardam a cura da doença, mas o conforto e a serenidade diante da morte”.

Floriani (2004, p.31) conceitua os CsPs como sendo uma “concepção multiprofissional de cuidados totais, ativos e continuados, dispensados ao paciente com doença terminal e a sua família”. O autor supracitado afirma ainda que, hoje em dia, não é mais possível se falar em cuidados no final da vida, sem que se pense em cuidados paliativos.

Para Silva (2004, p.58), o CP deve ser “entendido como os cuidados ao final da vida”. Kruse *et al.* (2007, p.49), definem CP como “um termo adotado na modernidade para os cuidados necessários em fim de vida que representam alternativa contemporânea à ritualização da morte”. Já Simoni e Santos (2003, p.170), afirmam que CP é “um termo vinculado à morte ritualizada nos hospitais dos

grandes centros urbanos”, não mencionando, porém, o fato dos CsPs afirmarem e defenderem a vida.

Durante o período em que a autora esteve diretamente em contato com os pacientes do Ambulatório da Dor Crônica, do HCPA, realizando consultas de enfermagem, tanto como aluna, quanto na condição de monitora da disciplina, foi possível verificar que esses conceitos eram transmitidos aos pacientes de forma equivocada. Alguns deles chegavam até nós desesperançados, considerando que não poderíamos fazer nada a seu favor, a não ser conversar para fazer o tempo passar, uma vez que haviam escutado de alguns profissionais a célebre frase “não há mais nada a se fazer”. Outros, referiam medo em admitir estar em CsPs, pois acreditavam que ao serem incluídos nesse grupo, estariam admitindo a morte iminente.

Portanto, a afirmação de que os CsPs são vinculados necessariamente à morte e ao morrer é questionável. A Associação Canadense de Cuidados Paliativos, em 1995, afirmou que os CsPs são uma “filosofia de cuidar que combina terapias ativas e visa ao conforto e ao suporte individual e familiar para quem está vivendo com doenças crônico-evolutivas” (SILVA; FERNANDES, 2006, p.320).

Para a OMS (2002), conforme já fora mencionado anteriormente, CP é definido como o “cuidado dirigido a pacientes e familiares quando diante de uma doença ativa e progressiva, que ameaça a continuidade da vida, com o objetivo de prevenir e aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida”. Essa Organização afirma que um dos mais importantes princípios dos CsPs é valorizar a vida e considerar a morte como um processo natural, não abreviando ou prolongando a vida. Inclui reabilitação, isto é, ajudar o paciente a manter o máximo do seu potencial físico com limite na progressão da doença (TWYXCROSS, 1986; MATOS e MORAES, 2006).

Assim sendo, os CsPs não podem continuar a ser considerados apenas como cuidados destinados a pacientes terminais, quando a medicina curativa não pode fazer mais nada. Como diz Doyle (2006, p.19), “nós estamos errados se considerarmos o CP como um derradeiro luxo quando tudo mais fracassou”. Esse autor ainda acrescenta que, em sua concepção, “um serviço de CP é sobre qualidade de vida, valor da vida e significado da vida. Estas três coisas são direitos humanos básicos”.

Os profissionais da saúde precisam entender que a terminalidade faz parte do CP, mas não é somente a pacientes que estão morrendo que essa filosofia do cuidar se destina. Oliveira, Sá e Silva (2007, p.287) complementam trazendo que “o paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura está dizendo que já não quer mais viver sofrendo” e não que ele está, necessariamente, morrendo. Além disso:

Cuidados paliativos são um direito do paciente, um dever dos profissionais de saúde e não um luxo. Não são indicados apenas no final da vida e devem ser oferecidos durante a evolução da doença, de modo individualizado, contínuo e intensivo (MELO; FIGUEIREDO, 2006, p.28).

Em sua vivência em consultório, a autora entrou em contato com muitos pacientes e, pode observar que a maioria não recebia cuidados com o objetivo de preparo para a finitude, e sim cuidados categorizados como restauradores, ou de apoio. Ressalta-se que esta questão se constituiu como um dos pilares na motivação para o presente estudo, ou seja, a necessidade urgente de desvincular CP necessariamente à terminalidade e à morte.

Certamente esta questão não se esgota no trabalho ora realizado. Entendesse que para tanto, estudos subseqüentes, com aprofundamento da temática, se fazem necessários. Entretanto, esta é uma tentativa que inquieta a autora para futuros desafios.

6.3 Cuidado paliativo e o vazio do conhecimento: um caminho a ser percorrido pelos profissionais da saúde

Uma importante observação acerca dos CsPs encontrada nos artigos analisados até o momento é a lacuna existente na formação dos profissionais de saúde no que tange aos CsPs. Tal lacuna faz com que o cliente portador de doença crônica e degenerativa não possa ter o atendimento diferenciado, preconizado por essa forma de cuidar, uma vez que os profissionais não estão recebendo, durante a sua formação, o preparo adequado para lidar com clientes nessa situação.

Pimenta e Mota (2006, p.32) referem que “a formação dos profissionais de saúde em dor e CsPs é restrita, apesar de o cuidado, fora de possibilidade de cura,

com o doente estar presente em muitas situações de atendimento a pacientes com doenças crônicas”. Complementam assegurando que “é rara a inclusão dos temas dor e CsPs nos currículos de formação de profissionais da área da saúde”.

A afirmação das autoras supracitadas confirma o que fora observado pela autora ao longo do estudo e durante o seu período de graduação, pois, como traz Rodrigues (2004), tanto nos cursos de Enfermagem, quanto nos de Medicina, a literatura é limitada. A maioria das instituições formadoras destes profissionais não inclui, em seus currículos, temas como dor e CsPs, e aquelas que os trazem em suas grades curriculares, os abordam de forma superficial.

A deficiência na educação faz com que os trabalhadores da área da saúde ignorem, não só o conceito de CP, mas a maneira correta de tratar os pacientes fora da possibilidade de cura terapêutica. Com relação à enfermagem, o que existe, para Rodrigues e Zago, citadas por Roncarati *et al.* (2003, p.44), não é apenas o desconhecimento das ações de enfermagem em CsPs, mas também o limitado entendimento da filosofia e da ética inerentes aos CsPs.

Essa dificuldade seria facilmente sanada com a adoção, por parte das instituições de ensino superior em saúde, de uma disciplina que aborde o tema de maneira adequada, abrangente e o mais precocemente possível, uma vez que uma das grandes barreiras para a implantação de serviços específicos de CsPs em nosso país é a desinformação dos profissionais. Além disso:

A falta de conhecimento e clareza do real significado dos CsPs pelos profissionais, faz com que o termo seja utilizado de forma pejorativa, impedindo que os profissionais promovam cuidados efetivos e que os pacientes tenham qualidade de vida e dignidade na morte (RODRIGUES, 2004, p.10).

De acordo com Silva e Fernandes (2006, p.323), é necessário que os profissionais da saúde tenham “um perfil adequado para o enfrentamento dessas situações que envolvem os pacientes com doenças crônico-degenerativas”. Para esses autores, é importante a adequação dos trabalhadores da saúde com relação aos CsPs, pois, para tratarem os pacientes da melhor maneira possível, é preciso que os profissionais estejam amadurecidos e saibam posicionar-se em relação ao significado da vida e da morte, da saúde e da doença com presença e respeito. Miceli (2002, p.371) acrescenta que, infelizmente, “parece que o profissional ‘esquece’ ou ‘não acredita’ no caráter paliativo do tratamento”.

Floriani e Schramm (2007, p.2077) levantam o seguinte questionamento: “como ofertar bons cuidados paliativos se os melhores interesses do paciente são muitas vezes desconhecidos e desconsiderados?”. Os mesmos autores afirmam, ainda, que a maioria dos problemas relacionados aos CsPs ocorrem, em parte, pela “formação técnica defeituosa, tanto de médicos quanto da equipe de enfermagem, provenientes da ausência da disciplina ‘cuidados paliativos’ no ensino de graduação dos profissionais de saúde em nosso meio”.

Outra dificuldade percebida é que a educação brasileira em saúde está quase toda centrada no preparo técnico do profissional. Machado, Pessini e Hossne (2007, p.35) defendem que “o conhecimento técnico nos cursos da área de saúde tem sido muito enfatizado em detrimento de uma formação mais humanista”.

Durante a graduação, ensinam-nos a realizar procedimentos diversos; a conhecermos o funcionamento dos mais sofisticados instrumentos; a operarmos maquinários de tecnologia avançada; preconizam que devemos estar atentos a todas as novidades que possam promover a cura e nos sentirmos realizados se contribuirmos para tal. Dizem-nos que é nossa obrigação chamar o paciente pelo nome e que devemos conhecer sua história; contudo, não nos preparam para encarar o paciente quando diante de um prognóstico ruim; a sentar ao seu lado; a segurar sua mão; a chorarmos e dividirmos com eles suas aflições, seus medos, suas angústias, como diversas vezes a autora se viu fazendo e não apenas durante as consultas.

Muitas vezes, a mesma saía dos estágios sentindo-se despreparada a tratar, não o paciente, mas o ser humano que conversava com ela, que precisava do seu cuidado. Por vezes, indagava-se se estava na área certa, pois era inconcebível para ela atender uma pessoa sem dialogar, sem dar carinho, sem dar atenção, como algumas vezes era recomendado que nós, futuros enfermeiros, fizéssemos.

Fala-se muito, durante a graduação, em cuidado humanizado; porém, na prática, não é isso que ocorre, pois:

O preparo e a formação dos profissionais, seja durante a graduação ou em educação continuada, estão em geral voltados para formar profissionais técnicos, criando uma lacuna na formação humanística, da qual o profissional sente falta ao se deparar com dilemas que requerem tomadas de decisão no seu dia-a-dia (MACHADO, PESSINI e HOSSNE, 2007, p.41).

Além disso, ainda há muito preconceito, por parte dos profissionais, em relação ao CP. Em determinados lugares, as pessoas que trabalham com CP são consideradas, por alguns de seus colegas, como “colaboradores de agentes funerários” (FIGUEIREDO, 2001, p.2). Assim sendo, uma das formas de sanar esta dificuldade é através da educação, pois como traz Figueiredo (2001, p.3), “a solução para esta atitude preconceituosa, que a bem da verdade é universal e não só brasileira, comporta necessariamente a realização de um programa educativo em nível de graduação universitária”, pois “todo preconceito nasce da ignorância, e o antídoto da ignorância chama-se educação”.

Machado, Pessini e Hossne (2007) ainda vão mais longe. Sugerem que cursos de humanização, cuidados paliativos e bioética sejam inseridos como disciplina fundamental durante a graduação, pós-graduação e treinamento dos profissionais da área da saúde. Mas salientam que somente a teoria não é suficiente, há a necessidade de instigar o profissional a reflexões bioéticas acerca do tema.

Como o enfermeiro é o profissional que mais tempo permanece ao lado do paciente, é fundamental que saiba cuidar de forma integral e humanizada, compreendendo e respeitando as necessidades do paciente. Além disso, o cuidar é inerente à enfermagem, e cabe, portanto, ao enfermeiro resgatar a verdadeira essência do cuidado, pois, conforme nos traz Diamante (2007, p.1) “o cuidar sempre esteve e continua presente como foco da assistência da enfermagem, não devendo haver distinções entre cuidar de pacientes com bom ou mau prognóstico”. Então, para que possamos cuidar de forma adequada:

Precisamos de um número suficiente de pessoas de modos antiquados para trabalhar sem pensar em recompensas financeiras ou honraria internacional. Nós precisamos de pessoas dispostas a compartilhar e a sacrificar-se; pessoas com visão clara, mas desinteressadas em construir um império. Nós precisamos de pessoas que compartilham a nossa visão de cuidado paliativo re-instalado no centro, bem no coração da medicina e da enfermagem, onde era o seu lugar bem antes de nós sonharmos de curas (DOYLE, 2006, p.20).

Portanto, fica-nos evidente que a inserção de uma disciplina que aborde cuidado paliativo torna-se cada vez mais necessária e indispensável à formação de profissionais da saúde, para que um número maior de pacientes com doenças crônico-degenerativas possam receber essa forma de cuidar, fundamentada no

toque, no afeto, no carinho, no respeito, entre outros. De acordo com Oliveira, Sá e Silva (2007, p.90), é “urgente e imprescindível que as instituições de ensino, formadoras desses profissionais, ofereçam disciplinas que enfoquem a assistência, bem como a filosofia dos cuidados paliativos”.

Entendemos que a implantação dos cuidados paliativos nos cursos de graduação na área da saúde deva ser fortemente encorajada, pois, com isto, será possível favorecer o surgimento de um número cada vez maior de profissionais que percebam que há “algo mais para ser feito” para esses pacientes, amparando-os de um modo mais adequado (FLORIANI; SCHRAMM, 2007, p.2077).

Enfim, para que saibamos compreender corretamente a filosofia dos CsPs é imprescindível que entremos em contato com este tema o mais precocemente possível. Profissionais, pesquisadores, acadêmicos, docentes, todos concordam que isso ocorrerá quando as instituições de ensino incluirão tivermos uma disciplina, ainda que eletiva, nos cursos de graduação da área da saúde mais especificamente na Enfermagem que aborde o tema Cuidados Paliativos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, conclui-se que:

- a) a bibliografia consultada demonstra claramente a necessidade da inclusão de uma disciplina de cuidados paliativos nos cursos de graduação na área da saúde e, de forma peculiar, na enfermagem;
- b) claras evidências na literatura em estudo, conduzem a constatação de possíveis interpretações equivocadas no conceito de cuidados paliativos e sua aplicação na prática;
- c) verificou-se também a freqüente relação, nos textos avaliados, quanto ao conceito de cuidado paliativo e terminalidade utilizados como sinônimos;
- d) por fim constatou-se, na análise do material, a hegemonia no uso de cuidados paliativos vinculados ao câncer.

Considerando a grandiosidade e contemporaneidade do tema, a autora sente-se motivada a dar continuidade, através da realização de um mestrado, à difusão da filosofia humanista, presente nos cuidados paliativos. Dessa forma, um número cada vez maior de pacientes com doenças fora da possibilidade de cura terão a oportunidade de receber o atendimento adequado, preconizado por esse modo de cuidar. Além disso, esses clientes não precisarão mais ouvir a célebre frase “não há mais nada o que se possa fazer” e poderão viver com qualidade e sem sofrimento até a sua morte.

A autora acredita ainda ser de suma importância que o conceito dos cuidados paliativos seja transmitido de forma correta, evitando, entre outros, interpretações e usos equivocados por parte, não só dos profissionais da saúde, mas também da população por eles atendida. Para tanto, é necessário que os alunos de graduações da área da saúde entrem em contato o mais precocemente possível com o universo dos cuidados paliativos.

Assim, ao final dos cursos, os graduandos se sentirão preparados para acolher a todos os pacientes, independente do estágio em que suas patologias se encontrem. Eles compreenderão também que a terminalidade e a morte fazem parte da vida e, portanto, são elementos integrantes dessa filosofia, baseada no carinho, respeito e no amor ao próximo.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, R. E. **Cuidados paliativos domiciliares:** percepções do paciente oncológico e de seu cuidador. Porto Alegre: Moriá, 2005. p. 42-54.

Associação Nacional de Cuidados Paliativos. **Formação de enfermeiros em cuidados paliativos:** recomendações da ANCP. Porto, 2008. Disponível em: <<http://www.ancp.pt>>. Acesso em: 15 Março 2008.

ARGENTINA. Ministério da Saúde. **Resolução nº 643**, Buenos Aires. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.535**, Brasília. set. 1998.

_____ ; BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 19**, Brasília. jan. 2002a.

_____ ; BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.319**, Brasília. jul. 2002b.

_____ ; BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 472**, Brasília. jul. 2002c.

_____ ; BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.439**, Brasília. dez. 2005.

_____ ; BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.150**, Brasília. dez. 2006.

_____ ; BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa:** manual de preenchimento. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____ ; BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2008:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

CHILE. Ministério da Saúde. **Guia Clínica:** Alívio da dor por Câncer Avançado e Cuidados Paliativos. Santiago: Editora Minsal, 2005.

DIAMANTE, L. M. **Cuidados paliativos:** conhecimentos e sentimentos do enfermeiro que atua nas unidades de clínica médica e moléstia infecto-contagiosa de um hospital geral. 2007. 78f. Dissertação de Mestrado – Universidade Guarulhos, Guarulhos, 2007.

DOYLE, D. Até logo. In: FIGUEIREDO, M. T. A. **Coletânea de textos sobre cuidado paliativo e tanatologia.** International Association for Hospice & Palliative Care News On-line. Regional News Brazil. Disponível na web www.hospicecare.com acesso em abril de 2008.

FIGUEIREDO, M. T. A. Educação em cuidados paliativos: uma experiência brasileira. **Prática Hospitalar** – São Paulo, ano 3, n. 17, set./out. 2001.

_____; FIGUEIREDO, M. T. A. **Coletânea de textos sobre Cuidados Paliativos e Tanatologia**. International Association for Hospice & Palliative Care News On-line. Regional News Brazil. Disponível na web www.hospicecare.com acesso em abril de 2008.

FILHO, R. C. C. *et al.* Como implementar cuidados paliativos de qualidade na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva** – Rio de Janeiro, vol. 20, n.1, jan./mar. 2008.

FLORIANI, C. A. **Cuidador do idoso com câncer avançado**: uma abordagem bioética. 2004. 131f. Dissertação de Mestrado – Escola de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

KOSEKI, N. M. **Descentralização do tratamento a pacientes com câncer avançado sem possibilidade de cura**. 2002. 133f. Tese de Doutorado – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

MACHADO, K. D. G.; PESSINI, L.; HOSSNE, W. S. **A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em uma unidade de terapia intensiva**: um olhar da bioética. *Bioethikos* – São Paulo, v.1, n.1, jan./jun.2007.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MATOS, F. A.; MORAES, T. M. A enfermagem nos cuidados paliativos. In: FIGUEIREDO, M. T. A. **Coletânea de textos sobre cuidado paliativo e tanatologia**. International Association for Hospice & Palliative Care News On-line. Regional News Brazil. Disponível em: <<http://www.hospicecare.com>>. Acesso em: 03 Março de 2008.

MELO, A. G. C.; FIGUEIREDO, M. T. A. Cuidados paliativos: conceitos básicos, histórico e realizações da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos e da Associação Internacional de Hospice e Cuidados Paliativos. In: PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M. **Dor e cuidados paliativos**: enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole, 2006. p.16-28.

MICELI, A. V. P. Dor crônica e subjetividade em oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.48, n.3, p.363-373, 2002.

OLIVEIRA, A. C.; SÁ, L.; SILVA, M. J. P. O posicionamento do enfermeiro frente à autonomia do paciente terminal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.3, p.286-290, maio/jun.2007.

PESSINI, L. Bioética e cuidados paliativos: componentes essenciais. In: PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M. **Dor e cuidados paliativos**: enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole, 2006. p. 45-67.

PIMENTA, C. A. M. *et al.* Proposta de conteúdo mínimo sobre dor e cuidados paliativos nos cursos de graduação da área da saúde. **Simbidor**, São Paulo, v2, n.1, p. 23-35, 2001.

_____; PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F. Educação em cuidados paliativos: componentes essenciais. In: PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M. **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. São Paulo: Manole, 2006. p. 29-44.

RODRIGUES, I. G. **Cuidados paliativos: análise de conceitos**. 2004. 231f. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

RONCARATI, R. *et al.* Cuidados paliativos num hospital universitário de assistência terciária: uma necessidade? **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v.24, p. 37-48, jan./dez.2003.

SILVA, M. F.; FERNANDES, M. F. P. A ética do processo ante o gerenciamento de enfermagem em cuidado paliativo. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.30, n.2, p.318-325, abr./jun.2006.

SILVA, R. C. F. **Cuidados paliativos oncológicos: reflexões sobre uma proposta inovadora na atenção à saúde**. 2004. 94f. Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2004.

Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). **Historia de los cuidados paliativos**. Granada, 2008. Disponível em: <<http://www.secpal.com/presentacion>>. Acesso em: 28 Março 2008.

Organização Mundial da Saúde. **Palliative care**. Genebra, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 17 Março 2008.

ZANONI, A. C. N. *et al.* O cuidado hospitalar e o cuidado domiciliar: vivência expressa pelos doentes portadores de neoplasia maligna. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.48-53, jan./mar.2006.

APÊNDICE – Exemplo de ficha de leitura

<p>OBRA: FILHO, R. C. C. <i>et al.</i> Como implementar cuidados paliativos de qualidade na Unidade de Terapia Intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva – Rio de Janeiro, vol. 20, n.1, jan./mar. 2008. AUTOR(ES): FILHO, R. C. C. <i>et al.</i></p>	<p>Ano: 2008</p>
<p>Páginas: 89,90.</p>	<p>Indicação do texto:</p> <p>Os CP, nos Estados Unidos, também vêm apresentando mudanças importantes com crescimento significativo nas últimas décadas (FILHO <i>et al.</i>, 2008, p.89).</p> <p>Wright e col. realizaram uma pesquisa em 2006, relativa ao levantamento mundial dos CP no mundo (FILHO <i>et al.</i>, 2008, p.89).</p> <p>Os autores utilizaram um sistema de 4 níveis de CP e mapearam todos os continentes do planeta. Em 35 países, a maioria no continente europeu, e em outros como Chile, Costa Rica, Argentina, Austrália e África do Sul, os CP se aproximaram e integraram aos serviços convencionais de saúde (nível 4). O Reino Unido destacou-se como a melhor relação de todo o continente europeu, com relação de 1 serviço de CP para cada 40.000 habitantes (1:40.000) (FILHO <i>et al.</i>, 2008, p.89).</p> <p>Na América Latina a melhor relação de serviços à população é da Costa Rica (1:166.000). O Brasil teve uma das relações mais pobres (1:13.315.000) situando-se entre os 80 países com nível 3. Nosso país ainda não demonstrou possuir medidas de integração dos CP nos principais sistemas de saúde. Na classificação nível 1, onde não se obteve qualquer informação relevante sobre CP, foram encontrados 79 países. Este cenário pode ser explicado não somente pela presença de dificuldades locais, mas também pela má compreensão da filosofia que alimenta os CP (FILHO <i>et al.</i>, 2008, p.89).</p> <p>O CP complementa-se ao já tradicional cuidado</p>

	<p>curativo, incluindo objetivos de bem-estar e de qualidade de vida aos pacientes e seus familiares, ajudando-os nas tomadas de decisões, e promovendo oportunidades de crescimento e evolução pessoal. Esta filosofia de cuidar completa os tratamentos curativos da Medicina moderna, mas principalmente proporciona aos profissionais da área, dignidade e significado aos tratamentos escolhidos (FILHO <i>et al.</i>, 2008, p.89).</p> <p>Todos os pacientes, independente de suas idades, com diagnóstico de uma doença ameaçadora à vida, ou enfrentando uma condição debilitante são candidatos aos CP (FILHO <i>et al.</i>, 2008, p.90).</p>
<p>RESUMO:</p> <p>Idéia central: Apesar de ainda estar se desenvolvendo em todo o mundo, os cuidados paliativos estão progressivamente integrando-se aos cuidados curativos, inclusive nos ambientes de terapia intensiva. Entretanto, várias evidências têm demonstrado que esta abordagem médica ainda precisa melhorar, seja para os pacientes com sintomas de desconforto significativos ou dores físicas, nas unidades de terapia intensiva, ou na percepção dos familiares, que também é falha, sobretudo no que cerne às recomendações básicas como as intervenções diagnósticas, prognósticas e terapêuticas.</p> <p>Metodologia: pesquisa bibliográfica.</p> <p>Conclusões/resultados: Este artigo destaca a importância da medicina paliativa e propõe alternativas e planos para promoção de uma abordagem paliativa em tempo apropriado, no sentido de tornar a medicina geral mais próxima dos valores e dignidade humana.</p> <p>Principais enfoques: cuidados paliativos. Filosofia dos cuidados paliativos. Valores do paciente. Terminalidade.</p> <p>Aspectos relacionados aos Cuidados Paliativos: cuidados paliativos. Filosofia do tratamento paliativo.</p>	

ANEXO A – Síntese do *Core curriculum for palliative nursing*

MÓDULO	OBJETIVO	CONTEÚDO
1. Morte, sociedade e cuidados paliativos: uma perspectiva global	Introduzir conceitos básicos sobre morte, sociedade e papel dos cuidados paliativos	-Sociologia do morrer e da morte; -Movimento <i>hospice</i> ; -Políticas e recursos na prestação de cuidados paliativos; -A prática de cuidados paliativos: nacional e internacional
2. Experiência do doente e de seus familiares/cuidadores	Explorar as experiências das pessoas que recebem CsPs	-Modelos teóricos sobre a experiência da doença e qualidade de vida; - Espiritualidade e significado da vida; - Conceitos que medeiam a experiência: culpa, esperança, raiva, solidão e isolamento, incerteza, ansiedade e depressão, medo - Avaliação do bem-estar, da situação social, do sistema de suporte; - Teoria do estresse, enfrentamento e adaptação aplicados à enfermagem paliativa; - Experiência, impacto e necessidades de cuidados das famílias; - Intervenções de enfermagem para promover o bem-estar.
3. Enfermagem em CsPs	Explorar as dimensões profissionais e pessoais da enfermagem paliativa	- A natureza da enfermagem paliativa; - Modelos de prática – prática flexível; - Enfermagem no contexto multidisciplinar; - Cuidar de si mesma e trabalhar em CsPs.
4. Manejo de sintomas clínicos: a. Dor	Promover estrutura teórica para manejo da dor	- Conceitos, significado pessoal e epidemiologia da dor; - Fisiopatologia da dor; - Tipos da dor; - Avaliação da dor; - Princípio do manejo da dor; - Dor em populações específicas; - Técnicas inovadoras.
5. Manejo de sintomas clínicos: b. anasarca, anorexia, ansiedade, boca seca, ascite, caquexia, confusão e delírio, constipação, depressão, desidratação, diarreia, dispnéia, fadiga, impactação fecal, incontinência fecal, infecção oral, lesões vegetantes malignas, linfedema, náusea e vômito, prurido, rachaduras de pele, sangramento, úlceras por pressão	Promover estrutura teórica para manejo desses sintomas	- Distresse, impacto e prevalência dos sintomas; - Etiologia dos sintomas e manifestação clínica; - Prevenção e detecção precoce; - Avaliação dos sintomas; - Intervenções para o manejo dos sintomas.
6. Emergência em CsPs	Promover guia para o manejo de emergências	- Definição de emergência; - Fisiopatologia e etiologia da condição;

	clínicas	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos pacientes de risco; - Intervenções para o controle da situação; - Aspectos psicossociais das emergências; - Reabilitação em CsPs.
7. Comunicação terapêutica	Desenvolver habilidades para prover conforto verbal quando estiver interagindo com doentes em fase final de vida e com seus familiares	<ul style="list-style-type: none"> - Conceitos de comunicação terapêutica; - Habilidades de comunicação; - Barreiras para a boa comunicação; - Dar más notícias; - Formas alternativas de comunicação.
8. Cuidados na última hora de vida	Discutir assuntos que aparecem nas horas finais e logo após a morte	<ul style="list-style-type: none"> - Sinais de morte eminente; - Cuidados clínicos nas últimas horas; - Comunicação na morte eminente; - Cuidados com o corpo após a morte; - Funerais; - Impacto pessoal de dar cuidados após a morte.
9. Perda, pesar e luto	Discutir a experiência da perda, tristeza e luto entre pessoas que recebem CsPs	<ul style="list-style-type: none"> - Definições de perda, tristeza e luto; - Teorias de perdas e luto; - Luto antecipado, fases do luto, luto "complicado"; - Avaliação do risco de luto "complicado"; - Princípios sobre aconselhamento no luto.
10. Ética e o fim da vida	Discutir os aspectos éticos com os quais se depara a enfermeira envolvida em CsPs	<ul style="list-style-type: none"> - Dizer a verdade e fazer a revelação de informações médicas; - Confidencialidade e privacidade das informações; - Regulamentação da analgesia com morfínicos; - Tomada de decisão no final da vida; - Eutanásia e suicídio assistido; - Recursos em CsPs.

Fonte: Pimenta; Mota (2006).

ANEXO B – Síntese do Manual de CsPs da IAHP

MÓDULO	CONTEÚDO
1. Princípios e prática dos CsPs	<ul style="list-style-type: none"> - Definição, importância e metas dos CsPs; - Princípios do CP; - CsPs e sofrimento: cuidado interpessoal; - Modelos de cuidados; - Equipes multidisciplinares e interprofissionais; - Planejamento de cuidados avançados; - Integração de CP na clínica; - Comunicação com pacientes; - Barreiras para CsPs.
2. Aspectos éticos	<ul style="list-style-type: none"> - Princípios de ética médica; - Manutenção ou descarte de tratamentos; - Nutrição artificial; - Hidratação artificial; - Eutanásia e suicídio assistido pelo médico; - Ética em pesquisa; - Justiça e alocação de recursos.
3. Dor	<ul style="list-style-type: none"> - Tipos e causas da dor; - Fatores que modificam a percepção da dor; - Avaliação da dor; - Princípios gerais do tratamento; - Princípios do uso de analgésicos para dor crônica; - Analgésicos não-morfínicos (paracetamol, aspirina e outros antiinflamatórios não-esteroidais); - Analgésicos morfínicos (classificação, doses equianalgésicas, superdosagem, efeitos adversos, tolerância, dependência física e psicológica, opiofobia, opióides fracos – codeína e tramadol – e opióides fortes – buprenorfina, dimorf, fentanil, hidromorfona, metadona, morfina, oxicodona, meperidina); - Drogas adjuvantes: corticoesteróides, benzodiazepínicos, baclofeno, dantroleno e * * para dor neuropática: antidepressivos, anticonvulsivantes, agentes anestésicos locais orais, antagonistas de receptores NMDA * para dor óssea: bisfosfonato, radioisótopos, relaxante musculares, drogas psicotrópicas; - Anestesia local e bloqueio neural; - Fisioterapias para dor; - Aspectos psicossociais no controle da dor; - Terapia anticâncer para dor.
4. Controle de sintomas	<ul style="list-style-type: none"> - Respiratórias (dispnéia, tosse e congestão respiratória terminal); - Gastrointestinais (anorexia, perda de peso, fraqueza e fadiga); - Neurológicos (confusão aguda e delírio, agitação terminal).
5. Aspectos psicossociais	<ul style="list-style-type: none"> - Angústia psicológica; - Depressão; - Ansiedade; - Angústia espiritual e existencial.
6. Aspectos organizacionais dos CsPs	<ul style="list-style-type: none"> - Como iniciar um serviço de cuidados paliativos; - Regulamentação e confiança nos CsPs; - Educação e treinamento da equipe; - Educação e treinamento externo; - Informando pessoas sobre CsPs; - Estresse em CsPs.

Fonte: Pimenta e Mota (2006).

ANEXO C – Modelo de ensino da ANCP de Portugal

CONTEÚDOS	NÍVEL A (básico)	NÍVEL B (avançado)	NÍVEL C (especialista)
DOENTE			
Observação, avaliação e controle de sintomas.			
Avaliação: abordagem multimodal, exame clínico, uso de Escalas de Medida, diagnóstico diferencial, etiologia da doença, perfil clínico, registro.		X	X
Sintomas comuns: dor, sistema digestivo (constipação, incontinência fecal), sintomas respiratórios (dispnéia, tosse), anorexia, caquexia, confusão, depressão, fístulas, úlceras, etc.	X	X	X
Medidas farmacológicas no tratamento dos diferentes sintomas: farmacocinética, interação entre medicamentos, efeitos colaterais, observação contínua e reavaliação.		X	X
Vias e modos de administração.	X	X	X
Emergências em cuidados paliativos: hemorragia, síndrome da veia cava, hipercalemia.		X	X
Intervenção psiquiatra ou psicológica.		X	X
Intervenção do fisioterapeuta.		X	X
Cuidados espirituais.	X	X	X
Avaliação de enfermagem			
Medidas de higiene e conforto, cuidados orais, impacto da dor, posicionamento, terapias completares, massagens, relaxamento, etc.	X	X	X
Dor			
Aspectos multidimensionais da Dor.	X	X	X
Escala para avaliação da dor.	X	X	X
Abordagem da dor: etiologia e tipos de dor.		X	X
Controle da dor: Escala Analgésica da OMS: fármacos adjuvantes, opióides, efeitos secundários, titulação, toxicidade.	X	X	X
Rotação de opióides.		X	X
Educação do doente e família sobre o uso de opióides.	X	X	X
Manejo da dor no caso particular de crianças e idosos.		X	X
Fase terminal, agonia e morte			
Preparar antecipadamente a fase terminal de vida.	X	X	X
Manejo e controle de sintomas no fim da vida, atender as necessidades específicas do fim da vida.	X	X	X
Debater sedação no fim da vida.		X	X
Cuidados de suporte ao doente e família.	X	X	X
Certidão de óbito, cuidados pós-morte, formalidades administrativas, apoio ao luto imediato.	X	X	X
Apoio espiritual, rituais e costumes (atender à cultura).		X	X
DOENTE E FAMÍLIA			
Impacto da doença grave			
Impacto da doença grave no doente (imagem			

corporal, sexualidade,...), na família (incluindo crianças), sofrimento psicológico e espiritual, modificação de papéis sociais, intervenções face à crise na família, mecanismos de coping.	X	X	X
Conseqüências sociais da doença grave (trabalho, econômicas) e ativar mecanismos de suporte.	X	X	X
Comunicação e abordagem sistêmica			
Técnica das más notícias: comunicação verbal e não-verbal; distinguir e responder às diferentes respostas emocionais, adaptar de modo inteligível o nível de informação de acordo com o nível de compreensão, cultura e necessidades particulares de cada paciente e sua família; antecipar e informar mudanças previsíveis no plano de cuidados.	X	X	X
Conhecimento da abordagem sistêmica; educação do doente, família e cuidadores.	X	X	X
Conferência familiar.	X	X	X
Suporte e apoio em situações complexas: processo de negociação, conspiração do silêncio, prevenção de conflitos.		X	X
Fase terminal, agonia, morte e luto			
Processo de perda e luto.	X	X	X
Cuidados específicos no sofrimento e luto na criança.			X
Rituais religiosos e costumes.		X	X
Desenvolver sistemas de apoio individual e em grupo, no luto.			X
EQUIPE INTERDISCIPLINAR			
Funções, responsabilidades, liderança e relações de trabalho			
Funções, responsabilidades, liderança e relações dos membros da equipe, incluindo voluntários e família.	X	X	X
Liderança e dinâmicas de grupo.		X	X
Influência do doente e família na dinâmica de equipe.		X	X
Gestão de conflitos na equipe.		X	X
Métodos para introduzir mudanças na equipe.		X	X
Trabalhar com outros especialistas e outras equipes, consultores externos, etc.			X
AUTO-CUIDADO E ASPECTOS ÉTICOS			
Reflexões e desenvolvimento pessoal: valores relacionados com a trajetória da vida, o final da vida e a morte.	X	X	X
Mecanismos de coping, limites pessoais, burn-out, cuidar dos cuidadores.		X	X
Limites da intervenção médica e o cuidar; respeito pela debilidade e vulnerabilidade física e psicológica do outro.	X	X	X
Princípios éticos: respeito pelos direitos do doente, autonomia, beneficência e não maleficência.	X	X	X
Abordagem e decisão sobre situações de dilemas: informação, pedido de eutanásia, etc.		X	X
Analisar e ponderar respostas a pedidos de eutanásia.			X

CUIDADOS PALIATIVOS NO SISTEMA DE SAÚDE			
Visão geral			
Definição de cuidados paliativos e suas implicações na prática clínica, valores e fundamentos.	X	X	X
Epidemiologia de doenças crônicas.	X	X	X
Qualidade de vida; modelo bio-psico-social de cuidados.	X	X	X
A morte e o morrer; medicalização da morte; medos e tabus relativos à morte.	X	X	X
Consentimento informado	X	X	X
Aspectos culturais e espirituais sobre doença, morte e luto.	X	X	X
Aspectos legais sobre cuidados em final de vida.			X
Aspectos organizacionais			
Organização atual do sistema de saúde, modelos de gestão dos sistemas.		X	X
Fatores de resistência à mudança nas instituições.		X	X
Modelos de organização de cuidados paliativos nacionais e internacionais			
Estrutura e modelos de serviços em cuidados paliativos.	X	X	X
Função das organizações nacionais e internacionais de cuidados paliativos.		X	X
O desenvolvimento dos cuidados paliativos no atual sistema de saúde.		X	X
Gestão econômica de cuidados paliativos			X
Cuidados paliativos e a qualidade			
Quantidade e qualidade da metodologia de Investigação.			X
Controle de qualidade nos sistemas de saúde.			X
Auditoria e avaliação dos Serviços de cuidados paliativos.			X
FORMAÇÃO DE FORMADORES EM CUIDADOS PALIATIVOS			
Princípios fundamentais no ensino de adultos			
Estilos de aprendizagem de adultos.			X
Métodos e técnicas pedagógicas.		X	X
Educação especificamente aplicada a cuidados paliativos			
Capacidades pedagógicas.	X	X	X
Ensino uni e multiprofissional.		X	X
Ensino Nacional e Internacional de CsPs.		X	X
Conhecimento sobre Sistema de Educação do país.		X	X
Avaliação de ensino e treino			
Avaliação em função das necessidades de cada grupo.			X
Avaliação dos programas de formação.			X
Avaliação da prática clínica.			X
Compreender o conceito de pesquisa baseada na prática.			X
INVESTIGAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS			
Princípios éticos e metodológicos em CsPs			
Competência de análise crítica e escrita acadêmica.		X	X
Limites e aplicação da investigação em CsPs.		X	X
Compreender a investigação no Sistema de Saúde, dentro das estruturas de investigação			X

e comitês éticos.			
Desenvolver e usar escalas de medidas e outras ferramentas de investigação.			X
Técnicas de recolhimento e análise da informação.			X
Investigação em equipe multidisciplinar.			X

Fonte: ANCP (2004).