

Cuidados Paliativos

Dra. Ana Paula Abranches Fernandes Peixoto*

I- CONCEITO E IMPORTÂNCIA

II- REVISÃO HISTÓRICA

III- CUIDADOS PALIATIVOS NO MUNDO

IV- CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

V- CUIDADOS PALIATIVOS EM MINAS GERAIS

VI- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

*Médica generalista, especialista em Medicina de Família e Comunidade, pós graduanda em Geriatria e Gerontologia, médica do Programa de Atenção Domiciliar da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, e do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital Alberto Cavalcanti/FHEMIG. Presidente da Sociedade de Tanatologia de Minas Gerais (SOTAMIG)

e-mail: anabranches@hotmail.com

I. CONCEITO E IMPORTÂNCIA

O termo "paliativo", no senso comum e também no meio científico, adquiriu um significado pejorativo de abandono, desprezo, onde não há mais nada a ser feito.

A filosofia da Medicina Paliativa demonstra que não há mais nada a ser feito na linha da cura, mas há muita coisa a ser feita na linha do cuidado do paciente. O foco principal dos Cuidados Paliativos é, portanto, o cuidado do paciente (*palliare*, origem inglesa, significa proteger, amparar, cobrir, abrigar).

O modelo de atenção que a Medicina Paliativa propõe resgata a "humanização" do cuidado em que há o profundo respeito pela pessoa pelo que ela é e pela sua dignidade como tal.

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu o conceito de Cuidados Paliativos que se segue: conjunto de cuidados ativos e totais que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares frente a uma enfermidade que não responde a terapêuticas curativas que permitem prolongar a vida. Os cuidados paliativos se iniciam desde o diagnóstico da doença incurável até os momentos finais da vida e do período de luto. E a unidade de cuidado se baseia no binômio paciente-família.

Os pilares dessas ações consistem nos princípios básicos dos Cuidados Paliativos que são:

1) aliviar a dor e outros sintomas físicos desconfortáveis ao paciente;

A dor, na Medicina Paliativa, é considerada o 5º sinal vital e considera-se o conceito ampliado de dor ("*total pain*"). A dor total foi um termo proposto pela Dra. Cicely Saunders, referência contemporânea dos Cuidados Paliativos, que enfatiza a importância de se interpretar o fenômeno doloroso não somente na sua dimensão física mas também nas suas dimensões emocionais, sociais e espirituais que influenciam na gênese e na expressão da queixa dolorosa.

A dor repercute globalmente na qualidade de vida dos pacientes: afeta o sono, o apetite, a habilidade de pensar, de se relacionar. A dor mal controlada é um precipitante importante de estresse emocional e, para esses pacientes, é considerada um fator de risco de suicídio.

O profissional que trabalha com Cuidados Paliativos deve saber manejar adequadamente o sintoma doloroso e também os outros sintomas que causam desconforto ao paciente. Esses outros sintomas podem ser: astenia, anorexia, náusea, constipação, confusão mental, delírios, dispnéia etc...

Sabe-se que a proximidade da morte pode ser um momento de grandes descobertas, de reflexões, de reconciliações. O paciente só poderá usufruir disso se estiver com seus sintomas desconfortáveis controlados adequadamente, principalmente a dor.

2) reconhecer a importância da vida, considerando o *morrer* como um processo natural;

A Medicina Paliativa não rejeita a morte, não a encara como fracasso. Há aceitação da morte como um processo que faz parte da trajetória de vida dos indivíduos.

As experiências de análise do processo de luto e morte de pacientes gravemente enfermos e de seus familiares feitas pela médica psiquiatra suíça, radicada nos Estados Unidos, Dra. Elizabeth Kübler-Ross, tiveram uma grande contribuição no desenvolvimento da Tanatologia.

Os trabalhos de Kübler-Ross abriram espaço de discussões sobre a morte e o processo de morrer, temas esses evitados por muitas décadas, além de ter promovido a inclusão nos currículos de Medicina nos Estados Unidos do ensino formal do cuidado na fase final de vida.

3) integrar as diferentes dimensões da estratégia do cuidado: seus aspectos psicossociais e espirituais;

Os pacientes e seus familiares vivenciam uma infinidade de emoções frente à proximidade da morte. Enquanto alguns conseguem contornar essa situação com tranqüilidade, outros necessitam de assistência especializada.

Um componente essencial da Medicina Paliativa é o trabalho em equipe que deve ser exercido por uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente espiritual, dentre outros. De Simone (2004) acredita que um trabalho em equipe (team work) permite a todos melhores resultados (team = **T**ogether **E**veryone **A**chieves **M**ore).

4) estabelecer um cuidado que não acelere a chegada da morte (eutanásia), nem a prolongue com medidas que não terão impacto positivo sobre a qualidade de vida do paciente (obstinação terapêutica/medicina fútil/distanásia);

Os Cuidados Paliativos não apressam a morte e nem a prolongam com sofrimento. A Medicina Paliativa não é sinônimo de eutanásia, pelo contrário, se preocupa em promover a arte de bem morrer, tornando vivos, todos aqueles momentos que restam ao paciente, garantindo uma qualidade de vida aceitável e confortável.

Não se objetiva também dentro dessa filosofia de cuidado realizar e/ou continuar com procedimentos e/ou terapias que não intentam o benefício direto ao paciente e que se justificam apenas para mantê-lo vivo (distanásia).

A Medicina Paliativa vai de encontro com a ortotanásia, conceito desenvolvido pelos teólogos Marciano Vidal e Javier Gafo, que significa o compromisso com a promoção do bem estar do doente crônico e terminal, permitindo que a morte ocorra no seu tempo natural de acordo com a evolução da doença, amparando os sintomas desconfortáveis durante esse processo, mesmo que seja necessário interromper procedimentos e/ou tratamentos que não trazem benefício ao paciente. ¹⁴

Em 2006, o Conselho Federal de Medicina aprova a Resolução no. 1.805/2006 que regulamenta a ortotanásia, assegurando legalmente a prática dos Cuidados Paliativos:

Art 1º: é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

5) oferecer um sistema de apoio ao paciente para ajudá-lo a manter sua vida ativa o quanto possível enquanto não lhe sobrevinha a morte;

Os cuidados paliativos visam criar espaço para a expressão do sofrimento, numa atmosfera acolhedora, além de promover ações que tragam conforto e mantenham a capacidade funcional dos pacientes enquanto estiverem vivos.

6) oferecer um sistema de apoio também aos familiares durante o processo de enfrentamento da doença do paciente e durante seu luto;

Deve-se criar espaço favorecedor de despedidas, de preparação para a separação e da elaboração adequada do luto.

7) aplicar esses cuidados mesmo na fase precoce do curso da doença, associados à outras terapias que intencionam prolongar a sobrevivência do paciente (tratamento ativo), como quimioterapia ou radioterapia. Assim, o tratamento ativo e o tratamento paliativo não são mutuamente excludentes.

Doyle (1999) diz que a medicina científica não deve ser antagônica da medicina paliativa, mas que devem ser simbióticas.

A importância em se consolidar os Cuidados Paliativos como uma estratégia de cuidado, se justifica por ser um direito do paciente e dever da equipe de saúde oferecê-los, além dos elevados índices de prevalência estimados de doenças crônico-degenerativas e das neoplasias.

Os portadores de câncer representam a maior parcela dos pacientes sob a atenção dos Cuidados Paliativos. Outras doenças foram incorporadas nessa filosofia de cuidado pela OMS, a partir de 2002, que são: HIV/AIDS, demências, casos de falência orgânica (insuficiência cardíaca, renal, hepática), doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças congênitas e doenças degenerativas do sistema nervoso central (por exemplo, esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica etc).

Os avanços tecnológicos, preventivos e terapêuticos aliados à urbanização e à industrialização promoveram um aumento da expectativa de vida em todo o mundo, levando ao envelhecimento progressivo da população e, conseqüentemente, uma maior prevalência das doenças crônicas e neoplasias.

Em decorrência disso, segundo a OMS, a previsão para 2015 é de 15 milhões de novos casos de câncer a cada ano, contando com quase 9 milhões de mortes, sendo que 6 milhões ocorrerão em países em desenvolvimento. Em relação à Aids, a previsão é de mais de 10 milhões de casos sendo 90% das mortes em países emergentes.¹⁴

II. REVISÃO HISTÓRICA

Ressaltam-se a seguir alguns marcos importantes que são considerados embriões dos Cuidados Paliativos. O cuidado aos pacientes que estavam morrendo remonta a épocas bastante remotas.

No século IV, os viajantes e os carentes que estavam doentes já eram acolhidos em locais específicos.

Na França, havia abrigos de cunho religioso que acolhiam peregrinos que adoeciam. Em 1842, nesse país, Jeanne Garnier, após visitar doentes de câncer, abriu o primeiro estabelecimento para pacientes terminais, que morriam nessas casas.

Na década de 60, na Inglaterra, a enfermeira, assistente social e médica Cicely Saunders disseminou pelo mundo uma nova filosofia sobre o cuidar de pacientes fora

de possibilidade de cura, focando o cuidado no indivíduo e não mais na doença. Fundou, em 1967, o *Saint Christopher's Hospice*, na Inglaterra.

O trabalho de Saunders gerou um movimento pioneiro conhecido até hoje por movimento *hospice* moderno, ampliando o entendimento da palavra *hospice*, não apenas como um local onde se exerce a prática dos Cuidados Paliativos, mas como uma filosofia de trabalho.

A filosofia *hospice* de cuidado caracteriza-se por um programa de cuidados de suporte que ajuda pacientes e familiares durante o período de fase final da doença, servindo-os no seu próprio lar ou em leitos facilitadores, além de oferecer ajuda aos familiares durante toda a fase final de doença até o luto.

Hospice passou a representar um local que combinava a especificidade de um hospital e a hospitalidade de uma casa de repouso. Devido ao desejo de muitos pacientes de morrerem em casa, junto de seus familiares, foram surgindo equipes de Cuidados Domiciliar para o atendimento desses casos.

Saunders foi pioneira na abordagem holística e centrada no paciente, objetivando não mais a medicina curativa, mas a medicina de apoio e alívio dos sofrimentos físicos e emocionais durante a vivência de sua doença.

Na década de 1970, os Cuidados Paliativos foram incorporados aos hospitais. Equipes de Cuidados Paliativos começaram a se formar no Reino Unido. Daí em diante, os *hospices* foram se multiplicando na Europa, Austrália e nos Estados Unidos, chegando a mais de 3000 unidades somente na América do Norte.

Inicia-se uma busca de um atendimento adequado e humanizado dos pacientes fora de possibilidade de cura que eram excluídos do sistema de saúde devido à idéia de que nada mais poderia ser feito.

III. CUIDADOS PALIATIVOS NO MUNDO

Atualmente, a Inglaterra é o país com maior cobertura de Cuidados Paliativos no mundo, sendo a Medicina Paliativa reconhecida como especialidade médica desde 1987, nesse país. Em segundo lugar, cita-se a Espanha.

Nos Estados Unidos (EUA), o movimento *hospice* começa em 1974 e, a partir daí, surgem várias equipes de Cuidados Paliativos na modalidade em maior escala de atendimento domiciliar. Inicialmente, os médicos não eram envolvidos nesse cuidado domiciliar, devido à resistência da categoria e pelo fato de que a assistência médica domiciliar não era coberta pelas seguradoras de saúde.

Atualmente, os cuidados paliativos são legalmente cobertos por seguros de saúde que garantem assistência a pacientes e familiares com prognóstico de morte previsível de seis meses. Além do prazo de seis meses, os custos do cuidado fica a cargo dos familiares.

A França implantou o modelo de cuidados paliativos na década de 80, inicialmente para os idosos e, em seguida, incorporando os pacientes fora de possibilidade de cura.

Na década de 90, houve o desenvolvimento de programa de Cuidados Paliativos em vários locais: África do Sul, Austrália, Ásia, Japão, Taiwan, China e Coréia do Sul.

Na América do Sul, os Cuidados Paliativos surgiram na década de 80 em Buenos Aires e Bogotá.

Na legislação da implantação dos Cuidados Paliativos no mundo, destacam-se:

- Publicação da Recomendação no. 1418 relacionada à "Proteção dos Direitos Humanos e da Dignidade dos Direitos dos Pacientes Incuráveis e Terminais através da Declaração da Assembléia Parlamentar do Conselho Europeu em 1999;
- Lei Francesa de Cuidados Paliativos: lei que ampara os pacientes terminais de 1999.

Pesquisas e expansão dos serviços de Cuidados Paliativos no mundo inteiro, assim como os grandes eventos científicos na área e a criação de associações em muitos países, trouxeram grandes contribuições à Medicina Paliativa. Em 1984, foi fundada a Associação Internacional de *Hospice* e Cuidados Paliativos (IAHPC) que desenvolve trabalho de divulgação dos Cuidados Paliativos e incentivo à formação de profissionais na área.

Comemora-se o dia mundial de Cuidados Paliativos e *Hospice* no segundo sábado de outubro anualmente desde 2005.

IV. CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

Nos países em desenvolvimento, onde as prioridades ainda giram em torno das necessidades básicas para a sobrevivência das pessoas (ter comida, água e segurança), nesse contexto, os Cuidados Paliativos são vistos por muitos como mero luxo.

Mesmo assim, o modelo de Cuidados Paliativos chegou ao Brasil no início da década de 80. O cenário da saúde nesse período se caracterizava pela modalidade hospitalocêntrica, curativa, em que o paciente era fragmentado pela atenção não integrada das várias especialidades.

Havia um manejo inadequado da dor crônica e uma "conspiração do silêncio" em que os profissionais do cuidado não discutiam sobre a doença e morte com o paciente e/ou com os seus familiares.

O primeiro serviço de Cuidados Paliativos no Brasil surgiu no Rio Grande do Sul, em meados de 1983. Em 1986, amplia-se para São Paulo e, em 1989, para Santa Catarina.

Um outro marco foi a inauguração da Hospedaria (termo aportuguesado para *hospice*) de Cuidados Especiais do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo em 2004.

O Ministério da Saúde vem consolidando formalmente os Cuidados Paliativos no âmbito do sistema de saúde do país através de Portarias:

Portaria	Data	Resolução
No. 881	19 de julho de 2001	Institui o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
No. 3.535	02 de setembro de 1998	Inserir várias modalidades assistenciais como o serviço de cuidados paliativos nos centros de atendimento em Oncologia de alta complexidade (CACON I); ITEM 4-1
No. 19	03 de janeiro de 2002	Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o Programa Nacional de Assistência a Dor e Cuidados Paliativos
No. 1319	23 de julho de 2002	Criou no âmbito do SUS os Centros de Referência em Tratamento da Dor

Com o objetivo de agregar profissionais atuantes em Cuidados Paliativos e a fim de consolidar essa área do cuidado no sistema de saúde brasileiro, foram fundados em outubro de 1997, a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), na cidade de São Paulo, e, em fevereiro de 2005, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), também na cidade de São Paulo. Esta última visa estabelecer a Medicina Paliativa como especialidade médica, em articulação com a Associação Médica Brasileira (AMB).

Um levantamento feito pela ABCP identificou que, no Brasil, existem 31 serviços que se cadastraram como prestando Cuidados Paliativos. A maioria desses serviços é um desdobramento das clínicas de dor. ¹⁴

Segundo Figueredo (2006), o crescimento das unidades ou grupos de Cuidados Paliativos em todo o Brasil é ainda lento e é urgente implantar nas universidades, ao nível da graduação, cursos ou disciplinas de Cuidados Paliativos.

Cabem aos governantes reconhecerem e serem persuadidos da importância da Medicina Paliativa como direito do cidadão, e se esforçarem para incluí-la nas políticas e nos serviços de saúde. Para isso, é importante elevar a consciência pública a respeito da filosofia paliativa do cuidado, envolvendo a mídia no debate dessa temática já instalado nesse país.

V. CUIDADOS PALIATIVOS EM MINAS GERAIS

A Clínica Nossa Senhora da Conceição, instituição filantrópica, mantida pela Arquidiocese de Belo Horizonte, funcionava como um *hospice* que acolhia pacientes portadores de câncer e portadores de HIV/AIDS em estágio avançado.

Inaugurada em 1992, por iniciativa do Padre Helmuth Zimliski que trouxe o modelo europeu de *hospice*, a clínica se situava no Bairro Lagoinha.

A Arquidiocese de Belo Horizonte ofereceu o espaço e contratou os profissionais de uma equipe multidisciplinar para condução dos trabalhos de assistência (áreas de Fisioterapia, Serviço Social, Psicologia, Nutrição, Medicina).

Para sua manutenção, a Clínica contava ainda com doações feitas por familiares de pacientes, algumas empresas e pessoas da sociedade para manutenção da clínica.

Trabalhadores voluntários também estavam presentes na contribuição do trabalho de melhora de qualidade de vida dos pacientes terminais.

A Clínica possuía 27 leitos para internação de pacientes; realizava atendimento ambulatorial e visitas domiciliares. Sua clientela consistia em pacientes e familiares extremamente carentes, muitos com baixa escolaridade ou analfabetos.

Vários hospitais e ambulatórios encaminhavam seus pacientes confiando no trabalho da Clínica Nossa Senhora da Conceição.

Entretanto, no dia 07 de junho de 2006, o presidente da Providência Nossa Senhora da Conceição ordena a suspensão das internações a partir daquela data por alegação de custos excessivos e pouco retorno à sociedade.

Em relação ao estudo do processo de morte, a Associação Médica de Minas Gerais conta com o departamento científico de Tanatologia (Sociedade de Tanatologia de Minas Gerais - SOTAMIG) fundado em maio de 1998 pela ação pioneira do médico tanatólogo Evaldo Alves D'Assumpção juntamente com outros colegas.

Suas ações têm promovido a educação para a morte de diversos profissionais interessados, aprendendo uma nova forma de cuidar do ser humano que se depara com perdas, lutos e com a sua própria impermanência e finitude.

A Tanatologia visa humanizar o atendimento aos que estão sofrendo perdas graves, podendo contribuir dessa forma na melhor qualificação dos profissionais que se interessam pelos Cuidados Paliativos.

"Eu me importo pelo fato de você ser você,
me importo até o último momento de sua vida e
faremos tudo o que está ao nosso alcance,
não somente para ajudar você a morrer em paz,
mas também para você viver até o dia da morte."

Dame Cicely Saunders

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRANDÃO, C. Câncer e cuidados paliativos: definições. **Rev. Prática Hospitalar**, São Paulo, n.42, p.54-56, nov-dez, 2005.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 3.535**, Brasília. Set, 1998.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 881**, Brasília. Jun, 2001.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no.19**, Brasília. Jan, 2002.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 1.319**, Brasília. Jul, 2002.
6. CAPONERO, R. Muito além da cura de uma doença, profissionais lutam para humanizar o sofrimento humano. **Rev. Prática Hospitalar**, São Paulo, no. 21, p.29-34, maio-jun, 2002.
7. D'ASSUMPÇÃO, E. A . Tanatologia - ciência da vida e da morte. In: **Anais do 1º Congresso Brasileiro de Tanatologia e Bioética**. Belo Horizonte: 2003. Capítulo 2, p.21-36.
8. DE SIMONE, G; TRIPODORO, V. **Fundamentos de cuidados paliativos y control de sintomas** - manual para estudantes de la Carrera de Medicina.1ª edição; Buenos Aires: Pallium Latinoamérica, 2004. 96p.
9. DOYLE, D. et al. **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. Nova York: Oxford University Press, 2004. 3ªed.
10. FIGUEREDO, M. T. A . Reflexões sobre os Cuidados Paliativos no Brasil. **Rev. Prática Hospitalar**, São Paulo, no. 47, p,36-40, set-out, 2006.
11. KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1981. 290p.
12. MACIEL, M. G. S. A terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. **Rev. Prática Hospitalar**, São Paulo, no. 47, p.46-49, set-out, 2006.
13. PESSINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.
14. PIMENTA, C. A . M. et al. **Dor e Cuidados Paliativos - enfermagem**, medicina e psicologia. São Paulo: Manole, 2006.
15. RODRIGUES, I. G. **Cuidados Paliativos**: análise de conceito. 2004. 230fl. Dissertação (Mestrado) - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
16. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer pain relief and palliative care report**. Geneva: WHO, 1990.