



**INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA
NEVES**

ALIANA ANTÔNIA NEVES DA COSTA

**CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES EM FASE TERMINAL:
HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

SÃO JOÃO DEL REI

2014

ALIANA ANTÔNIA NEVES DA COSTA

**CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES EM FASE TERMINAL:
HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves –IPTAN – como requisito parcial à obtenção do título de graduação sob orientação da Prof^a Esp. Ângela Pierina Farnese Mazocoli.

SÃO JOÃO DEL REI

2014

ALIANA ANTÔNIA NEVES DA COSTA

**CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES EM FASE TERMINAL:
HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves –IPTAN – como requisito parcial à obtenção do título de graduação sob orientação da Profª Esp. Ângela Pierina Farnese Mazocoli.

COMISSÃO EXAMINADORA

Professora Esp. Ângela Pierina Farnese Mazocoli (orientadora)

Professora Msc. Marcela Nolasco (examinadora)

Professora Esp. Vaneska Ribeiro Perfeito Santos (examinadora)

Dedico este trabalho a todos que depositaram confiança em mim. À minha mãe, ao meu pai (*in memoriam*), às minhas irmãs e ao meu sobrinho. Enfim, a todos os profissionais que, com carinho, apoio e suporte lidam com a dor e o sofrimento humano.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sabedoria ao longo dessa jornada, e por ter me amparado em todos os momentos.

Ao meu pai (*in memoriam*) que mesmo ausente, é a minha inspiração para tudo na vida. À minha mãe, que não mede esforços para que eu tenha sempre o melhor.

Às minhas irmãs "Alina e Viviane" pelo companheirismo.

Ao meu sobrinho "Arthur" pela alegria de viver.

Às irmãs e idosos do "Lar São Camilo" pela compreensão e oração.

Agradeço aos amigos e colegas que, durante a minha trajetória acadêmica, incentivaram-me e apoiaram-me.

Em especial, dedico este trabalho a minha amiga Liliane Melo (LILI), pela compreensão, dedicação e apoio.

Agradeço minha orientadora Prof.^a Ângela Pierina Farnese Mazocoli, pela dedicação e apoio oferecido durante a elaboração desta Monografia.

Ao meu amor "Vitor" por estar presente neste momento tão especial da minha vida.

“Acrescente amor a um olhar generoso, a um toque suave, a um curativo perfeito, a uma solução que alivia, tempere com ciência milenar e profunda, e teremos a enfermagem”.

Marislei Brasileiro

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTE TERMINAL	11
1.1 História	11
1.2 Cuidados paliativos	13
1.3 Paciente terminal	14
1.4 Tratamento paliativo em paciente terminal	15
1.5 A ética nos cuidados paliativos	16
1.6 Eutanásia, ortotanásia, distanásia e obstinação terapêutica relacionadas aos cuidados paliativos	17
2. DOENÇAS QUE DEMANDAM CUIDADOS PALIATIVOS	21
2.1 Câncer	21
2.2 Acidente Vascular Encefálico	22
2.3 Demências	24
2.3.1 Doença De Alzheimer	24
2.3.2 Mal de Parkinson	27
2.4 Tratamento Paliativo	30
3. HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS	33
3.1 O Cuidar em Enfermagem	33
3.2 Humanização da Assistência	34
3.3 A enfermagem em cuidados paliativos	37
3.4 Capacitação da equipe de enfermagem	40
CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	45

LISTA DE ABREVIATURAS

AVE: ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

ECP: ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA

OMS: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

SNC: SISTEMA NERVOSO CENTRAL

RESUMO

O paciente e sua família, perante uma doença terminal e incurável, precisam de apoio psicológico para enfrentar essa fase. Os cuidados paliativos, através de uma equipe de saúde, fornecem o referido apoio através de ações que minimizam a dor e o sofrimento, tanto do paciente quanto da família. Muitas patologias comprometem a vida do paciente, levando-o a fase terminal, dentre elas podem ser citadas o câncer e a demência, que tornam os pacientes dependentes de cuidados. Estes cuidados devem ser prestados de forma humanizada, ou seja, olhar o paciente em sua totalidade, nos aspectos físicos, psíquicos, espirituais e sociais. Os profissionais de enfermagem, envolvidos em prestar cuidados paliativos aos pacientes em fase terminal, devem ser capacitados e possuir conhecimento técnico-científico para garantir uma melhor qualidade no atendimento ao paciente. O trabalho foi realizado mediante revisão de literatura em artigos, livros e sites especializados. Foi dividido em três capítulos, tendo como objetivo geral abordar a assistência de enfermagem mais humanizada nos cuidados paliativos em paciente terminal. Portanto, pode-se dizer que a enfermagem é essencial para garantir ao paciente e à sua família uma melhor qualidade de vida em meio a dor e ao sofrimento. Por derradeiro, o profissional de enfermagem deve ser capacitado e estar sempre atualizado, para prestar uma assistência de forma humanizada ao paciente terminal.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Paciente Terminal; Humanização da Assistência.

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos são de grande importância na terapêutica do paciente que se encontra diante de uma doença sem possibilidades de cura. Através deles, esses pacientes podem usufruir de um final de vida menos sofrido, com mais dignidade. São considerados cuidados paliativos aqueles realizados pela equipe interdisciplinar visando minimizar o sofrimento de um paciente em fase terminal.

Essa forma de cuidar não se restringe apenas ao paciente em fase terminal, mas também à sua família que, devido à realidade que vivencia, está fragilizada, necessitando de apoio para auxiliar o doente a ter mais qualidade de vida e para superar todas as dificuldades e sofrimento que terão que presenciar durante o período de terminalidade e após a morte do seu familiar.

São várias as doenças que necessitam da utilização de cuidados paliativos, dentre elas podem ser citadas o câncer, que proporciona muita dor e sofrimento às pessoas acometidas por ele, as demências que, devido ao aumento da expectativa de vida da população em geral, tem seus números de ocorrência cada vez maiores. Conforme Pessini (2009a, p. 155), em 2050, a população maior de 60 anos passará de 600 milhões para quase dois bilhões.

A enfermagem faz parte da equipe multidisciplinar que irá prestar assistência às pessoas acometidas por essas doenças. O cuidar é uma ação importante da enfermagem e esse cuidado deve ser realizado de forma humanizada, com assistência ao indivíduo em sua totalidade.

O enfermeiro deve atentar para não atender ao paciente apenas de forma tecnicista, havendo uma robotização da assistência. O indivíduo deve ser cuidado como um ser único que ele é, tendo as suas necessidades individuais atendidas.

A enfermagem tem a capacidade de prestar essa assistência humanizada, na qual o paciente é assistido nos aspectos biopsicossociais e espirituais. Quando o paciente possui uma doença incurável e em fase terminal, essa assistência deve ser efetiva e a enfermagem deve, assim, oferecer a ele maior conforto e qualidade de vida.

Para desenvolver os cuidados paliativos com excelência, a enfermagem deve estar apta, passando por uma educação permanente e, de forma contínua, para estar sempre aprimorando o seu trabalho.

Justifica-se este trabalho pela percepção de que não basta apenas prestar cuidados paliativos ao paciente terminal, mas estes cuidados precisam ser exercidos de forma humanizada, através da interação afetiva, espiritual e social.

Este trabalho tem como objetivo ressaltar a importância da assistência de enfermagem mais humanizada nos cuidados paliativos em paciente terminal. Não basta somente prestar cuidados, realizar técnicas, mas sim valorizar a vida de quem está recebendo estes cuidados de forma holística em todos os aspectos físicos, psíquicos, social e espiritual.

O referido trabalho foi dividido em três capítulos. No primeiro capítulo, foi caracterizado o que é cuidado paliativo em paciente terminal. No segundo, foi demonstrado algumas patologias que demandam de tratamento paliativo. O terceiro capítulo mostra como é importante a capacitação da equipe de enfermagem, para que esta venha prestar uma assistência de enfermagem humanizada em cuidados paliativos.

Para o desenvolvimento deste trabalho foi utilizada a metodologia de revisão de literatura em materiais específicos da área, tais como: livros, artigos, periódicos, sites especializados, entre outros. De acordo com resolução 196/96 que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa em seres humanos, a pesquisa de caráter bibliográfico não requer aprovação do comitê de ética.

Os pacientes que se encontram na fase terminal de sua vida e suas famílias necessitam de acolhimento, carinho e meios de amenizar a dor e o sofrimento. Através dos cuidados paliativos, a enfermagem poderá oferecer um maior conforto e força para superar as dificuldades a serem enfrentadas. Portanto, a enfermagem estará oferecendo um final de vida ao paciente com maior dignidade e qualidade, e aos seus familiares serenidade para superar a doença e o período de luto com mais tranquilidade.

1. CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTE TERMINAL

Os cuidados paliativos em pacientes terminais são medidas realizadas com intuito de minimizar o sofrimento do paciente que se encontra com uma doença incurável. Todos os esforços devem ser colocados na prática com o propósito de aliviar e confortar o paciente diante do enfrentamento da doença. A família também sofre com a situação, assim, não podemos tratar somente a patologia, mas também a inserção da família na conduta (TWYGCROSS, 2003, *apud* MISKO, 2012, p. 8).

Ferreira e Pinto (2008, p. 112) descrevem que o objetivo dos cuidados paliativos é proporcionar aos pacientes com doenças crônicas: conforto, dignidade e uma melhor qualidade de vida, no decurso da doença até sua finitude. Esses cuidados se estendem aos cuidadores e aos familiares do portador de uma doença fora da possibilidade de cura.

Neste capítulo, serão descritos os cuidados paliativos em pacientes terminais. A princípio, será descrita a história dos cuidados paliativos. Em seguida, serão demonstrados os conceitos de cuidados paliativos e de paciente terminal. Posteriormente, o foco será mostrar como é o tratamento paliativo em paciente terminal, seguindo com a ética nos cuidados paliativos. Finalizando, serão abordadas eutanásia, ortotanásia, distanásia e obstinação terapêutica relacionadas aos cuidados paliativos.

1.1 História

Para entendermos o que é cuidado paliativo, é necessário que conheçamos a sua história, como se originou, sua evolução e como é atualmente.

Segundo Melo (2008, p. 5), Cicely Saunders e seus colegas fundamentaram o conceito de cuidados paliativos de acordo com o movimento hospice, visando ao controle da dor e dos sintomas das doenças em fase terminal e buscando cuidar do paciente e sua família no aspecto biopsicossocial, não deixando de assisti-los também na parte espiritual.

Os hospices eram abrigos onde peregrinos e viajantes eram acolhidos e cuidados. Os hospices medievais acolhiam também doentes que recebiam cuidados de pessoas não instruídas, que realizavam o cuidar por caridade. Depois surgiram

instituições de caridade na Europa, que cuidavam dos órfãos, pobres e doentes, nos quais a assistência prestada visava minimizar a dor e prestar um cuidado espiritual (MACIEL, 2008, p. 18).

Após intensivos trabalhos em uma instituição com estas características, Cicely procurou se informar mais para prestar um atendimento que minimizasse o sofrimento humano, o que a impulsionou a criar um local que oferecesse este tipo de atendimento.

Como descreve Maciel (2008, p. 18), por estar inconformada com o sofrimento humano, Cicely formou-se em medicina, focando seus estudos no alívio da dor dos pacientes com doença incurável e, em 1967, fundou o Schristhofer Hospice, em Londres, iniciando o Movimento Hospice Moderno. Este local não apenas cuidava dos doentes, mas também se dedicava ao ensino e à pesquisa.

Em 1982, o comitê de Câncer da Organização Mundial de Saúde (OMS) buscava definir políticas com intuito de minimizar a dor e prestar cuidados do tipo hospice. Estes cuidados foram denominados pela OMS como Cuidados Paliativos para os pacientes oncológicos, sendo recomendáveis para todos os países (MACIEL, 2008, p. 18).

A utilização dos cuidados paliativos, no Brasil, é algo recente e tem se expandido cada dia mais, possibilitando a prestação de uma assistência baseada no cuidar e não no curar, visto que os pacientes que recebem este tipo de cuidado são pacientes que se encontram em fase terminal da doença (MELO, 2008, p. 7).

No Brasil, a prática dos cuidados paliativos iniciou-se em 1997, quando foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, em São Paulo. Esta associação tinha por objetivo profissionalizar equipes de saúde para proporcionar cuidados ao indivíduo em fase terminal através do conhecimento técnico científico. Em 2005, foi fundada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos com enfoque principal na divulgação dos cuidados paliativos a profissionais de saúde e leigos (ARAÚJO, 2006, p. 10).

De acordo com o autor supracitado, existe, no Brasil, aproximadamente 30 serviços que oferecem cuidados paliativos, cada um com suas características, podendo ser ambulatorial, internação, domicílio, entre outras.

Para realizar este tipo de cuidado, é primordial a atuação de uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, voluntários e religiosos, cada profissional

trabalhando dentro de sua área, mas todos com um mesmo objetivo: o de acrescentar qualidade de vida ao paciente e não dias à vida (SANTANA *et al*, 2009, p. 78).

Conforme Maciel (2008, p. 18), os cuidados paliativos vêm sendo aplicados na sociedade desde a antiguidade. Eles visam melhorar a qualidade de vida do paciente que possui uma doença incurável. No Brasil, é uma prática recente que vem ganhando força no decorrer da história da enfermagem.

A seguir, serão mostrados os conceitos de cuidados paliativos e de paciente terminal para melhor compreendermos o que são esses cuidados e para quem eles são aplicados.

1.2 Cuidados paliativos

São cuidados paliativos aqueles prestados ao indivíduo que não responde mais ao tratamento, ou seja, à pessoa que tem uma doença incurável, que está fora da possibilidade de cura. Estes cuidados proporcionam uma melhor qualidade de vida tanto para o paciente quanto para sua família.

Em 1986, a OMS *apud* Maciel (2008, p. 19) descreveu cuidados paliativos como sendo cuidados ativos e totais para pacientes com doença incurável, visando controlar a dor, minimizando o sofrimento espiritual e psicossocial, objetivando oferecer melhor qualidade de vida.

No entanto, em 2002, Araújo e Silva (2007, p. 669) descrevem que a OMS passou a conceituá-los como:

Cuidados ativos e totais do paciente cuja doença não responde mais ao tratamento. Trata-se de uma abordagem de cuidado diferenciada que visa melhorar a qualidade de vida do paciente e seus familiares, por meio da adequada avaliação e tratamento para alívio da dor e sintomas, além de proporcionar suporte psicossocial e espiritual.

Desta forma, os cuidados paliativos visam promover um final de vida mais tranquilo e com mais qualidade, além de garantir mais atenção a esse paciente e a seus familiares.

De acordo com Santana *et al* (2009, p. 78), cuidados paliativos são medidas que melhoram a qualidade de vida de pacientes com uma doença terminal, através

da prevenção e alívio do sofrimento. São cuidados promovidos por uma equipe interdisciplinar com capacitação adequada para desenvolvê-los.

Para Silva e Sudigursky (2008, p. 505), esses cuidados tratam o ser humano de forma holística, como um todo, em todos os aspectos, físicos, psíquicos e espirituais, respeitando suas crenças, culturas etc. O tratamento é focado no cuidar, mesmo sabendo que a cura é impossível.

1.3 Paciente terminal

Refere-se como paciente terminal aquele indivíduo que tem uma doença que não responde ao tratamento, ou seja, uma doença incurável. A fase terminal é caracterizada quando a morte torna-se inevitável devido à condição patológica vivida pelo paciente (MENDES *et al*, 2009, p. 154).

O doente fora da possibilidade de cura é denominado terminal, dando falsa impressão de que não há nada a ser feito por ele. Mas este paciente ainda se encontra com vida e tem necessidades especiais, e que podem ser atendidas por profissionais de saúde para proporcionar conforto durante essa fase (SUSAKI *et al* 2006, p. 145).

Nessa etapa, cada paciente, em suas particularidades, passa por algumas fases, cada um apresentando diferentes maneiras no enfrentamento da doença.

Na fase final da vida, o paciente pode vivenciar cinco estágios. Um deles é a fase de negação: o paciente tende a se defender, desconfia da equipe de saúde, da troca de exames, acreditando que não é com ele que está acontecendo a doença. Ao passo que, na fase de raiva, o paciente apresenta-se revoltado, perguntando-se: “por que eu?” Outra fase é a barganha, onde o paciente faz promessas à Deus, com intuito de ter prolongamento de sua vida, ou dia sem dor. Já na fase de depressão, o paciente, devido ao tratamento e hospitalização, tende a se deprimir, ficando triste. Na última fase, que é a de aceitação, o doente passa a aceitar a doença como sendo seu destino (SUSAKI *et al* 2006, p. 145).

Os referidos autores ressaltam que estas fases são como medidas de defesa do paciente para enfrentar o processo de morte. O doente pode vivenciar mais de uma fase simultaneamente na mesma época, como também não vivenciar nenhuma delas.

De acordo com Santana *et al* (2009, p. 81) o indivíduo, diante de uma doença incurável, procura reagir de várias formas, devido às questões familiares, emocionais, culturais, sociais e religiosas que podem o afligir, tornando-o mais vulnerável à não adesão ao tratamento e à revolta, por estar doente .

1.4 Tratamento paliativo em paciente terminal

Todo paciente, independente de seu diagnóstico, encontra-se sensível e fragilizado. Estes sentimentos não se diferem nos pacientes em fase terminal, tornando-os ainda mais vulneráveis aos sentimentos de fraqueza, incapacidade e impotência diante da doença.

Independente da raça, sexo ou religião, o doente terminal tem pensamentos e sentimentos de preocupação com os familiares, e o medo da morte e do sofrimento que a doença pode causar, geram intensa angústia psíquico para este doente.

Apesar de ser uma doença incurável, o paciente deve ser tratado como um ser humano e não apenas como uma patologia. Mesmo tendo poucas chances de sobrevivência, este paciente ainda tem vida e esta tem que ser respeitada com dignidade até sua finitude (OKON, 2005, *apud* PERES, 2007, p. 83).

Na fase final da vida, deve-se considerar a qualidade de vida, que deve ser permanente até o fim, e não a quantidade de vida que resta ao indivíduo (BURLÁ; PY, 2004, p. 127).

Portanto, a pessoa, perante uma doença, deve ser assistida nos aspectos físicos, psíquicos e espirituais, devendo ser respeitada em suas crenças, valores culturais e sociais.

Sousa *et al* (2010, p. 119) descreve que os cuidados paliativos priorizam o alívio do sofrimento biopsicossocial e espiritual deste paciente, diminuindo o desconforto e melhorando a qualidade de vida do doente e seus familiares.

Desta forma, os cuidados paliativos em pacientes terminais devem lhes proporcionar uma melhor qualidade de vida, através do alívio da dor e de outros sintomas, garantindo para paciente e família conforto e apoio nessa fase tão difícil de ser aceita (MONTEIRO *et al*, 2010, p. 243).

1.5 A ética nos cuidados paliativos

A maioria das patologias que consideramos tornar um paciente em fase terminal deixa os pacientes com deformidades físicas ou cognitivas. Esta situação, na maioria das vezes, traz um desconforto para os pacientes tornando-os, muitas vezes, arredios ao convívio e levando-os ao isolamento social. Esta atitude na individualidade leva o paciente ao desaparecimento social e interferem na sua qualidade de vida (KURITA; PIMENTA, 2008, p. 18).

O paciente fragilizado por uma patologia necessita ser assistido, sendo valorizado como pessoa, para poder sentir-se confiante no tratamento e para que este venha surtir resultados mais favoráveis (SILVA; GUIMARÃES, 2012, p. 385). Todo ser humano tem direito de receber tratamento quando se encontra com uma patologia, sem julgamento de valores, sendo respeitado em suas crenças (KRUSE *et al*, 2007, p. 52).

Em se tratando de um paciente em fase terminal, Benarroz *et al* (2009, p. 1876) descreve que se torna necessário uma maior atenção para esta pessoa que se encontra em processo de morte e esta deve ocorrer de forma digna e respeitosa. É nesse cenário que são desenvolvidos os cuidados paliativos.

O código de ética médica enfoca os cuidados paliativos nos pacientes terminais e com quadros irreversíveis, cabendo ao médico evitar procedimentos ou qualquer conduta terapêutica que não serão necessárias, oferecendo assim, aos pacientes sob sua atenção, os cuidados paliativos necessários (CHAVES *et al*, 2011, p. 252)

Sobre a visão de cuidados paliativos e bioética, os autores supracitados descrevem o termo bioética como: “estudo sistemático das dimensões morais, incluindo visão, decisão, conduta e normas, das ciências da vida e dos cuidados de saúde.” A bioética é dividida em quatro princípios éticos que são: beneficência, autonomia, justiça e a não maleficência. São nesses princípios que se deve basear a tomada de decisões no âmbito da saúde.

A beneficência enfoca em fazer o bem, ou seja, o melhor para o paciente, promovendo o bem e não o mal. Autonomia é regida pela liberdade de escolha do paciente, deve ser respeitada e valorizada, não podendo ser julgada. Quanto ao princípio da justiça, este defende que cada um deve receber o que necessita

observando suas particularidades e individualidades. A não maleficência, às vezes, é associada à beneficência, destacando-se em não fazer o mal, avaliando os riscos e benefícios (CHAVES *et al*, 2011, p. 254).

Os princípios da bioética estão interligados com a atuação de uma equipe multidisciplinar, que irão atuar conforme as necessidades do paciente, sempre o respeitando nas suas escolhas e decisões, sem deixar de prestar os devidos cuidados que lhe beneficiarão no tratamento. Enquanto que os princípios da medicina paliativa tratam o doente diante de evidências e não da patologia.

Para Marta *et al* (2010, p. 58), esses princípios envolvem a veracidade: sempre falar a verdade para o paciente e sua família, possibilitando a participação deles na tomada de decisões. A proporcionalidade terapêutica: julgar as intervenções médicas em relação aos riscos e benefícios da ação, considerando o prognóstico e os aspectos físicos, psicossociais e econômicos. O ato terapêutico que pode ser duplo efeito e quando negativo pode ser fatal. É preciso ainda citar a questão da prevenção, que diz respeito às ações necessárias para evitar complicações à evolução clínica do paciente, evitando sofrimentos desnecessários; a questão do não abandono e tratamento da dor: é condenável abandonar um paciente que se recusa a tratamento e o tratamento da dor é um direito do paciente em receber tratamento álgico quando necessário.

A medicina paliativa está inserida nesses princípios que vão oferecer ao paciente qualidade de vida, olhando-o de forma holística em sua terminalidade.

1.6 Eutanásia, ortotanásia, distanásia e obstinação terapêutica relacionadas aos cuidados paliativos

Os cuidados paliativos em pacientes terminais geram várias discussões, principalmente quanto à ética, que é um assunto polêmico em relação à saúde. Quando se tem um indivíduo em estágio avançado de doença, muitas vezes o procedimento ou tratamento a ser utilizado é contestado pela equipe de saúde, paciente e família.

Mesmo diante dos avanços tecnológicos que hoje são inúmeros, o contato com o doente e o ato de cuidar de forma holística são prioridades dos cuidados paliativos. Não é que se deixará de utilizar os recursos médicos, mas estes deverão ser analisados para saber o que é melhor para o paciente, utilizando os recursos

tecnológicos disponíveis ou a medicina paliativa, que se fundamenta em afirmar a vida e encarar a morte como um processo natural do viver (BENARROZ *et al*, 2009, p. 1876).

Para Twycross (2000) *apud* Pessini (2004, p. 189): “a medicina paliativa é dita com baixa tecnologia e alto contato humano, ela não se opõe à tecnologia médica, mas busca assegurar que seja o amor e não a ciência que oriente o cuidado do paciente”.

Quando se fala em cuidados paliativos, alguns assuntos são levantados, como a eutanásia, ortotanásia, distanásia e obstinação terapêutica. A eutanásia pode ser vista como forma de oferecer uma boa morte, por acabar com sofrimento físico de um paciente em fase terminal; porém, no Brasil, essa prática é considerada crime, por envolver vários fatores religiosos, médicos, familiares, entre outros. A questão envolve a ética, pois até quando se deve prolongar a vida de um paciente terminal, ou até quando dizer sim à dor e ao sofrimento do paciente.

Pessini (2009a, p. 177) descreve que:

De um lado, não abreviar a vida. De outro, não prolongar a agonia, o sofrimento, ou, simplesmente, adiar a morte. A opção é pelo cuidado com o sofrimento humano nas suas dimensões física, psíquica, social e espiritual, garantindo a dignidade no momento final.

Para os religiosos, Deus deu a vida e somente ele pode tirá-la, já para alguns membros da família, por não aguentarem ver o ente querido sofrer, preferem que seja cessada a vida deste paciente. É muito questionável que decisão deverá se tomar em relação à vida de um paciente gravemente enfermo. Mas para os pacientes sob cuidados paliativos, o que realmente importa é que ele seja cuidado de forma holística, em que seu bem estar deva ser observado sempre.

A ortotanásia está relacionada com o fato de morrer dignamente e respeitando a vida, sendo um processo que se contrapõe à eutanásia e à distanásia. Ela permite ao paciente que se encontra em fase terminal, assim como àqueles que estão ao seu redor, a possibilidade de enfrentar naturalmente a realidade que os cerca, encarando o processo de morte da forma mais natural possível (PESSINI, 2009a, p. 179).

Para Dreher (2009, p. 89), ortotanásia significa “morte digna, sem abreviações desnecessárias e sem sofrimento adicionais, é a morte no seu tempo certo”.

Ou seja, o paciente morrerá quando chegar a hora, não serão utilizadas medidas terapêuticas para prolongar a vida, nem retirados aparatos tecnológicos para abreviar seus dias. O doente morrerá naturalmente, terminando o seu ciclo vital.

Para Pessini (2004, p. 204):

Fundamentalmente, a filosofia dos cuidados paliativos procura operacionalizar na prática esta visão da ortotanásia, ou seja, do morrer com dignidade e em paz, cercado de amor e ternura, sem abreviações de vida ou prolongamento artificial dela.

A distanásia é sinônimo de obstinação terapêutica, pois busca manter a vida do paciente terminal o maior tempo possível, sem se preocupar com a qualidade de vida do paciente, retardando a morte em seu curso natural (DREHER, 2009, p. 88).

Para Pessini (2009b, p. 319), distanásia consiste em intervenções médicas que não beneficiam o doente terminal e que aumentam inutilmente o sofrimento do processo de morrer, distanciando a morte.

Segundo este autor, tanto a distanásia quanto a eutanásia provocam a morte fora da hora. A distanásia não traz benefícios ao paciente quando as intervenções médicas são inúteis e a morte deve ser aceita como processo natural da vida.

A distanásia difere dos cuidados paliativos, devido a estes buscarem aumentar a qualidade de vida dos pacientes terminais e não dar dias à vida; enquanto aquela objetiva aumentar dias à vida desses pacientes.

Em conformidade com a distanásia, temos a obstinação terapêutica que consiste em medidas persistentes para manter a vida de pessoas com doenças incuráveis, prolongando os sinais vitais e sistema biológico, retardando assim a morte. Também é considerada fútil por não ter utilidade comprovada e ser em vão, por não alcançar os objetivos desejados (FLORIANI; SCHRAMN, 2008, p. 2125).

As futilidades médicas, segundo os autores supracitados, muitas das vezes resumem a órgãos e determinadas patologias e não visam benefícios à pessoa como um todo e, sim, reduzem o indivíduo a alguns de seus componentes.

Portanto, para Inocenti *et al* (2009, p. 859) os cuidados paliativos buscam diminuir o sofrimento humano na sua terminalidade de vida, através do alívio da dor e de outros sintomas, proporcionando ao paciente ser cuidado com amor, ternura e dedicação, preparando ele e sua família para encarar a morte como um processo natural da vida.

Conforme Pessini (2004, p. 204), a filosofia dos cuidados paliativos presta cuidados às pessoas no fim de suas vidas, olhando-os em sua totalidade, proporcionando ao paciente terminal uma morte digna, respeitando a autonomia do paciente, não o abandonando em seu individualismo, mantendo o paciente informado sobre sua condição de saúde e mantendo-o participante no processo de decisão. Isso permite que se cuide de sua dor, de forma que ele não seja tratado como objeto que pode ter sua vida abreviada ou prolongada.

A partir do que foi exposto neste capítulo, podemos diferenciar um tratamento médico convencional de um tratamento paliativo. O primeiro foca a patologia, o órgão. O segundo prioriza o paciente, o cuidar e não o curar, buscando sempre oferecer ao doente terminal qualidade de vida, aceitação da morte como um processo natural e aporte emocional para a família deste paciente, que também precisa de cuidados especiais para poder enfrentar a terminalidade da vida de um ente querido.

No próximo capítulo, serão descritas algumas patologias que demandam tratamento paliativo, demonstrando como essas patologias surgem e evoluem, quais os sinais, sintomas e tratamento. Será abordada a utilização do tratamento paliativo para aliviar a dor e outros sintomas que podem acometer os pacientes, lhes proporcionando maior conforto e melhor qualidade de vida, nos dias de vida que lhes restam.

2. DOENÇAS QUE DEMANDAM CUIDADOS PALIATIVOS

As doenças incuráveis, além de causar problemas fisiológicos, alteram psicologicamente o paciente e sua família, sendo então importante a utilização de cuidados paliativos para propiciar uma melhor qualidade de vida para estes indivíduos. A doença não tem cura, mas o paciente requer cuidados que aliviem seu sofrimento, através do conforto de seus sintomas.

Na fase terminal de uma doença, o paciente e sua família devem ser preparados para lidar com esta etapa da vida, oferecendo a ele o tratamento paliativo que não visa a busca da cura, mas sim a tornar essa fase da vida menos dolorosa e traumática (GIROND; WATERKEMPER, 2006, p. 261).

Entre as doenças que demandam cuidados paliativos, serão descritas, neste capítulo, o câncer, o acidente vascular encefálico – AVE, algumas doenças neurológicas degenerativas, esclarecendo o conceito, fisiopatologia, sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento convencional e tratamento paliativo para essas doenças.

2.1 Câncer

O câncer é uma patologia que envolve várias doenças, nas quais as células normais do organismo passam por um processo de mutação denominado oncogênese. Esse processo ocorre devido à atuação de diferentes agentes no organismo do indivíduo (BRASIL, 2011, p. 22).

Para o mesmo autor, o câncer pode acometer qualquer indivíduo, independente de raça, sexo, idade, etc. Ele é caracterizado pelo crescimento acelerado das células, que invade tecido e órgãos vizinhos. Esta patologia engloba vários tipos de doenças.

As células do organismo sofrem alterações ou mutações, levando a carcinogênese, que é responsável pela conversão das células normais em células tumorais. Essa pode ser espontânea ou provocada por agentes físicos, químicos e radioativos, dependendo da exposição a esses agentes (KING, 2007, p. 137).

Os tumores podem ser benignos ou malignos, dependendo das características das células, e podem se desenvolver de acordo com fatores passíveis de serem modificados ou não.

Os tumores são benignos quando há um crescimento desordenado das células sem causar danos ao organismo. Já no tumor maligno, as células crescem de forma desordenada, atingindo tecidos vizinhos ou distantes, no processo denominado metástase, causando dano ao funcionamento normal do organismo (KUMAR *et al*, 2013, p. 162).

Os riscos não modificáveis são fatores genéticos, idade, raça, sexo, etc. que não dependem da prática do comportamento da pessoa. Porém, os riscos modificáveis são aqueles que podem ser alterados, reduzindo assim as chances de desenvolver um câncer. Entre eles, podem ser citados o tabaco, alimentação inadequada, radiação, obesidade, alcoolismo, entre outros (BRASIL, 2011, p. 53-56).

O diagnóstico, feito para confirmação da patologia, de acordo com Brasil (2011, p. 65), é realizado de diferentes formas, nas quais, através de diagnóstico apropriado, será instituído um tratamento adequado para se obter melhor qualidade de vida e até mesmo a cura.

Através da realização de anamnese, de exames laboratoriais, de imagem e radiológico, pode-se obter o diagnóstico do câncer. Após o diagnóstico, a pessoa será submetida ao tratamento, que pode ser feito por radioterapia, quimioterapia e cirurgia, que podem ser usados isoladamente ou em conjunto (BRASIL, 2011, p. 67).

O câncer, então, é uma patologia que pode ter cura, mas caso essa cura não seja possível, é necessário que se instituem os cuidados paliativos, que serão descritos no decorrer desse capítulo.

2.2 Acidente Vascular Encefálico

Sabe-se que as doenças do sistema circulatório são as principais causas de óbito no Brasil. Estas doenças acarretam danos funcionais aos indivíduos acometidos por elas e requerem maior atenção em seus cuidados.

Dentre estas doenças, destaca-se o acidente vascular encefálico – AVE ou AVC, que, de acordo com Gomes e Senna (2008, p. 221), acomete mais comumente pessoas com mais de 50 anos e, desde 1960, tem sido considerada uma das

principais causas de “internações, mortalidade e disfuncionalidade” na população brasileira.

O AVE é uma doença causada por uma lesão cerebral, caracterizado por um déficit neurológico, afetando o sistema nervoso central, como resultado de um distúrbio na circulação sanguínea cerebral (CANCELA, 2008, p.1).

Esta patologia pode ser classificada de duas formas, hemorrágico ou isquêmico, de acordo com o mecanismo que o deu origem. Ambos afetam a qualidade de vida do indivíduo.

Conforme Benvegnu (2008, p. 72):

O acidente vascular encefálico (AVE) é causado por uma interrupção do fluxo de sangue para o cérebro devido à obstrução de uma artéria (origem isquêmica) ou ruptura de vasos sanguíneos cerebrais (origem hemorrágica), sendo considerado a doença vascular que mais acomete o sistema nervoso central (SNC).

Se ocorrer a interrupção de fluxo sanguíneo numa determinada área do cérebro, como descreve Cancela (2008, p. 3), ocorrerá a diminuição funcional desta área. Se a interrupção for inferior a 3 minutos, a alteração é reversível. Se for acima de 3 minutos, a alteração funcional poderá ser irreversível, dando origem à necrose do tecido nervoso, o que resultará em sequelas à pessoa.

São vários os fatores de risco para o AVE, uns podem ser modificados pelos indivíduos, através de mudanças no estilo de vida, que muitas vezes este é o grande responsável pela predisposição de uma pessoa a ter um AVE, e outros fatores não são passíveis de serem alterados pelo indivíduo.

Como descreve Castro *et al* (2009, p. 172), os fatores de riscos não modificáveis são aqueles de origem genética como idade, sexo, raça, história familiar, entre outros, destacando-se que o sexo masculino e a raça negra estão mais propensos ao AVE.

De acordo com o mesmo autor, os modificáveis são o tabaco, etilismo, obesidade, uso de anticoncepcionais orais, hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, entre outros que podem ser alterados de acordo com a vida do indivíduo.

O paciente que sofre o AVE deve ser submetido a um tratamento que visa à melhoria da qualidade de vida do mesmo, podendo levar a retomada de execução de atividades perdidas com a doença.

Stokes (2000) *apud* Carvalho *et al* (2013, p. 199) aponta que o tratamento realizado após o AVE deve envolver uma equipe multiprofissional, utilizando-se de medicamentos, apoio psicológico ao paciente e aos envolvidos no seu cuidado, além de intervenção fisioterapêutica que busca a melhoria da capacidade funcional do paciente.

Quando o quadro acarretado pelo AVE, não for reversível, torna-se importante instituir cuidados paliativos para esse paciente, garantindo-lhe uma melhor qualidade de vida.

2.3 Demências

Devido aos muitos recursos e tecnologias existentes na área da saúde, a expectativa de vida vem aumentando e, conseqüentemente, a população de idosos também. Os idosos estão mais propensos a desenvolver determinadas patologias e, entre elas as demências podem ser citadas (MARRA *et al*, 2007, p. 268).

Ainda de acordo com os autores supracitados, com o aumento significativo do número de idosos, a prevalência e a incidência de doenças crônico-degenerativas aumentam, destacando a demência, como causa importante de morbimortalidade, gerando um impacto na funcionalidade e na mortalidade dessa população.

A demência, segundo Oliveira *et al* (2005, p. 1), causa perda da funcionalidade do indivíduo, devido à perda de memória e outras deficiências na fala, locomoção, entre outras que acabam por prejudicar suas atividades diárias.

Para Neto *et al* (2005, p. 119) “as síndromes demenciais são caracterizadas pela presença de déficit progressivo na função cognitiva, com maior ênfase na perda de memória, e interferência nas atividades sociais e ocupacionais”.

Dois tipos de demências serão abordadas, a doença de Alzheimer e de Parkinson, destacando os impactos que causam na vida dos indivíduos acometidos por elas.

2.3.1 Doença De Alzheimer

A doença de Alzheimer é uma patologia neurológica degenerativa que prejudica o indivíduo em suas atividades cotidianas, provocando alterações em seu

comportamento. Trata-se de uma doença irreversível e progressiva que está relacionada à idade.

Essa patologia acomete pessoas acima de 65 anos, raramente indivíduos antes dessa faixa etária desenvolvem esta doença. É uma doença neurológica e irreversível, causando perdas da função cognitiva e distúrbios no comportamento (SMELTZER *et al*, 2009, p. 202).

Sereniki e Vital (2008, s.p.) destacam que:

A doença de Alzheimer caracteriza-se hispatologicamente pela maciça perda sináptica e pela morte neural observada nas regiões cerebrais responsáveis pelas funções cognitivas, incluindo o córtex cerebral, o hipocampo, o córtex entorrinal e o estriado ventral.

Para Lucas *et al* (2013, p. 2), as alterações causadas no cérebro levam o indivíduo a perder suas funções cognitivas e prejudicam suas atividades, principalmente pela perda de memória, que é um dos principais sintomas dessa patologia.

No início da doença, o indivíduo tende a se esquecer de fatos recentes e a se lembrar de coisas do passado. Com a evolução da doença, a pessoa tem dificuldades para desenvolver suas atividades diárias (ABREU *et al*, 2005, p. 132).

Não é somente a perda de memória que afeta o indivíduo com Alzheimer. Ocorrem também prejuízos cognitivos, o que diminui a atenção em realizar certas atividades.

Para Neto *et al* (2005, p. 120), o estágio inicial da doença caracteriza-se pela perda de memória e dificuldades para desenvolver novas habilidades, evoluindo para perda das funções cognitivas. Na fase intermediária, eventualmente ocorre afasia¹ e apraxia² e, nos estágios terminais, alterações do ciclo sono-vigília, irritabilidade, agressividade, dificuldades de deambular, falar e realizar cuidados pessoais.

A doença pode acometer qualquer pessoa independente de raça, sexo, nível social, porém algumas estão mais propensas a desenvolver esta patologia.

¹Afasia: Perda do poder de expressão pela fala, pela escrita ou pela sinalização, ou da capacidade de compreensão da palavra escrita ou falada, por lesão cerebral e sem alteração dos órgãos vocais (GUIMARÃES, 2002, p. 17).

²Apraxia: Desordem articulatória resultante de prejuízo da capacidade de programar a posição da musculatura da fala e sequencialização dos movimentos musculares na produção voluntária dos fonemas, devido a lesão cerebral (LIMA, 2009, p. 13).

Geralmente acomete pessoas acima de 65 anos de idade. Estudos sugerem que as mulheres desenvolvem mais esta patologia, mas existe controvérsia a este respeito. Fatores genéticos são responsáveis pelo desenvolvimento da doença, traumatismo craniano pode resultar em Alzheimer e existem dados que indicam que o nível de escolaridade está relacionado ao desenvolvimento da doença, quanto maior o nível de escolaridade menor a propensão para desenvolver a doença (OLIVEIRA *et al*, 2005, p. 3-4).

Os mesmos autores supracitados descrevem que o diagnóstico da doença é feito por exclusão, eliminando a hipótese de outras doenças, por meio de exames físicos e anamnese, além de exames de imagem, que servirão para identificar características próprias da doença, podendo assim chegar ao seu diagnóstico.

De acordo com Abreu *et al* (2005, p. 132):

Dentre os critérios clínicos mais utilizados para o seu diagnóstico incluem-se o comprometimento da memória e, ao menos, um outro distúrbio como apraxia, agnosia³ e afasia. Tal declínio interfere nas atividades da vida diária e, portanto, na autonomia do indivíduo.

É diagnosticada através de um processo de eliminação, assim com um exame minucioso do estado físico e mental da pessoa, pois existem patologias que podem confundir o diagnóstico. Também se utiliza a ressonância magnética, que possibilita uma imagem detalhada da estrutura do cérebro. A tomografia computadorizada mede a espessura de uma parte do cérebro que é mais delgado em pessoas com a doença de Alzheimer (OLIVEIRA *et al*, 2005, p. 5-6).

Não existe cura para o Alzheimer: o tratamento deve estar voltado para o bem estar do paciente, estimulando sua memória, atividade física, fazendo com que ele se movimente e ocupe sua mente, e também são utilizados medicamentos específicos que auxiliam no tratamento.

Para Smeltzer *et al* (2009, p. 203-204), o tratamento consiste em tratar os sintomas cognitivos e comportamentais, visto que esta patologia não tem cura e não existem meios para lentificar a progressão da doença. Alguns medicamentos do tipo inibidores da colinesterase estimulam o cérebro, mantendo as habilidades de memória por certo intervalo de tempo. Outros medicamentos, tipo memantina e

³Agnosia: Perda da capacidade de reconhecer as características dos objetos, por meio dos sentidos (GUIMARÃES, 2002, p.18).

donepezila, melhoram a capacidade cognitiva. Problemas comportamentais, como agitação e psicose, devem ser tratados com terapias, e a depressão, com antidepressivos e neurolépticos.

O Alzheimer é uma patologia que requer muitos cuidados, pois o indivíduo acometido por esta patologia, se torna dependente, sendo necessário que o cuidador deste paciente seja orientado para prestar os devidos cuidados a este paciente.

2.3.2 Mal de Parkinson

Devido à idade e consequentes alterações funcionais, os idosos tendem a sofrer certas doenças que os tornam mais dependentes. Nesse aspecto, como já foi descrito anteriormente, as demências afetam muito essa população e o Mal de Parkinson, como qualquer outra demência, faz com que se torne necessário uma atenção especial aos indivíduos acometidos por essa patologia.

Gonçalves *et al* (2007, p. 63) apontam que o Mal de Parkinson é uma doença neurológica progressiva do sistema nervoso central que acomete mais comumente indivíduos a partir de 50 anos de idade, podendo também afetar pessoas mais jovens, embora isso raramente ocorra.

Galhardo *et al* (2009, p. 251) relata que:

Do ponto de vista patológico, a doença se caracteriza pela degeneração da substância negra, com perda progressiva de neurônios dopaminérgicos pigmentados e pela presença de neurônios contendo os corpos Lewy.

Essa degeneração provoca no indivíduo vários sintomas, gerando uma série de situações desconfortáveis e que também afetam o desenvolvimento funcional e a capacidade cognitiva de uma pessoa acometida por esta patologia.

A doença é caracterizada por distúrbios motores, entre eles destacam-se a bradicinesia⁴, disfunções posturais, tremor, rigidez, déficits no equilíbrio, na marcha e de memória. Também é comum o indivíduo apresentar escrita diminuída, complicações na fala e na deglutição (SANT *et al*, 2008, p. 80-81).

⁴Bradicinesia: Movimentos lentos e incompletos, com paragens durante os mesmos. (FONTES, 2011, p. 14).

Portanto, devido a esses sintomas, os mesmos autores relatados acima descrevem que a qualidade de vida de uma pessoa acometida por Parkinson é diminuída, pois ela fica impossibilitada de exercer certas atividades, podendo levá-la a uma depressão, em razão de sentir-se inútil em determinadas funções.

De acordo com Silberman *et al* (2004, p. 52), a depressão pode surgir com a Doença de Parkinson, trazendo sérias conseqüências na evolução da doença, pois ela influencia na qualidade de vida do paciente, aumentando o custo do tratamento e sobrecarregando o cuidador do mesmo.

O diagnóstico da Doença de Parkinson é realizado através dos achados clínicos, não havendo exames que confirmem a existência da doença, sendo então caracterizado como portador de Parkson “progressivo na ausência de etiologia conhecida associado à resposta positiva após introdução da Levodopa” (HOEHN; YAHR, 1967 *apud* SAITO, 2011, p. 10).

De acordo com Gonçalves *et al* (2007, p. 63), o tratamento visa controlar os sintomas, pois não existem medicamentos capazes de interromper o curso da doença. O objetivo do tratamento é manter o paciente com autonomia, independência funcional e equilíbrio psicológico, através da reposição de dopamina⁵. A levodopa é o medicamento mais viável no controle dos sintomas. Saito (2011, p. 11) descreve que também podem ser utilizadas no tratamento a fisioterapia e cirurgias, visando minimizar os sintomas relacionados à doença.

Apesar da levodopa ser um fármaco potente no tratamento da doença de Parkinson, com o passar do tempo de uso podem surgir algumas limitações ao seu emprego, devido a perda de sua eficácia, alterações motoras e mentais. Surgem também alguns efeitos colaterais como náuseas, vômitos e arritmias cardíacas (GONÇALVES *et al*, 2007, p. 63).

Outros tipos de medicamentos também são utilizados no tratamento da doença de Parkinson, podendo ser citadas a bromocriptina, a amantadina e a nomifensina, que são os agonistas dopaminérgicos e causam efeitos similares ao da dopamina sobre as membranas pós-sináptica (SAITO, 2011, p. 24).

De acordo com o autor supracitado, esses medicamentos podem causar alguns efeitos adversos como hipotensão arterial, náuseas, vômitos, psicose persistente mesmo com a interrupção da terapia e confusão mental. Outro

⁵Dopamina: É um neurotransmissor que atua como alvo terapêutico para alguns dos distúrbios importantes do sistema nervoso central, incluindo a doença de Parkinson e a esquizofrenia (BIGAL *et al*, 2007, p. 215).

medicamento que pode ser usado é o deprenil, este não apresenta efeitos colaterais significativos.

Outro método que pode ser utilizado no tratamento da Doença de Parkinson é a intervenção cirúrgica que pode proporcionar benefícios ao indivíduo portador da doença.

O tratamento cirúrgico é indicado em decorrência às complicações e limitações do tratamento farmacológico. Porém, existem critérios para selecionar os doentes para a cirurgia, priorizando aqueles que irão obter maior benefício com a intervenção. Esses critérios baseiam-se na idade, incapacidade causada pela doença, resposta ao uso de levodopa e na avaliação neuropsicológica (FONTES, 2011, p. 21).

Para Rowland (2002), Greenberg *et al* (2005) *apud* Sant *et al* (2008, p. 86):

A cirurgia algumas vezes é útil em pacientes relativamente jovens, com tremor e rigidez predominantemente unilateral e que não respondem à medicação. A talatomia (o alvo é o núcleo ventral intermediário) é mais útil para o tremor, e a palidotomia (o alvo é a parte póstero-lateral do globo pálido interno), mais eficaz no tratamento da distonia⁶ e coréia⁷.

Outra modalidade no tratamento neurocirúrgico foi a introdução da técnica de Estimulação Cerebral Profunda (ECP), utilizada em estágios mais avançados da doença. Esta técnica não impede a evolução da doença, mas reduz sintomas como tremor, rigidez e bradicinesia. Também reduz a utilização de fármacos, alivia os sintomas de discinesias⁸ e flutuações motoras (FONTES, 2011, p. 21).

Fontes (2011, p. 21) continua relatando que:

[...] Esta técnica consiste na implementação cirúrgica de um eléctrodo, numa parte do cérebro, estando este ligado a um aparelho electrónico, designado de gerador de impulsos, que se encontra

⁶Distonia: Distúrbio do movimento caracterizado por contração muscular que causam movimentos repetitivos de torção com velocidades variáveis, levando a uma postura anormal (ALMEIDA *et al*, 2013, p. 68).

⁷Coréia: Síndrome aguda ou crônica caracterizada por contrações involuntárias dos músculos, especialmente na base dos membros, como no ombro e quadril (GUIMARÃES, 2002, p.80).

⁸Bradicinesia: Movimentos lentos e incompletos, com paragens durante os mesmos. (FONTES, 2011, p.14).

implantado no tórax. Este gerador emite impulsos de frequência de aproximadamente 13 Hz, tendo de ser substituído a cada cinco anos.

O autor supracitado destaca que a técnica ECP apresenta desvantagens, como custo elevado, necessidade de ajustes periódicos, podendo desencadear hemorragias, enfartes, risco de infecção associado à mortalidade. Este procedimento só é utilizado em casos específicos, por causar riscos ao paciente.

Devido ao fato desta patologia alterar a funcionalidade do indivíduo em suas atividades diárias, é fundamental que ele seja assistido por pessoas que possam ajudá-lo a enfrentar a situação e incentivá-lo a procurar apoio tanto médico quanto psicológico, para que assim, o paciente possa superar as dificuldades desencadeadas pela doença.

2.4 Tratamento Paliativo

O cuidar no tratamento paliativo significa olhar o paciente como um todo, de forma holística, não somente tratar o paciente de forma tecnicista, realizando os devidos procedimentos de enfermagem. Deve ser dada uma maior atenção a este paciente que se encontra fragilizado devido à patologia, lembrando que este indivíduo tem sentimentos, sonhos, medos, angustias, etc. Sendo assim, o tratamento paliativo vai além de um tratamento convencional e assistencial, proporcionando uma melhor qualidade de vida com maior dignidade a esse paciente.

Benarroz *et al* (2009, p. 1876) descreve que os cuidados paliativos transcendem o modelo assistencial, pois olham o paciente de forma holística, pautados na humanização e em cuidados preventivos na dor, no controle de sinais e sintomas e nas perdas psicossociais.

Os cuidados paliativos buscam aliviar o sofrimento humano, através de medidas que controlam o desconforto causado pela patologia, permitindo ao paciente, quando possível, opinar nas decisões referentes ao tratamento.

Para Floriani e Schramm (2007, p. 2074):

Os cuidados paliativos buscam, por meio de medidas vigorosas, combater os sintomas mais estressores que acometem o paciente

com doença avançada e em fase terminal para, a partir deste controle, tentar melhorar a qualidade de seu cotidiano, ou minimizar sofrimento, e oferecer os meios cabíveis para que o processo possa ser considerado mais digno, acordando com o paciente os passos a do processo decisório acerca de sua vida, se assim o desejar ou estiver em condições de fazê-lo.

Para Moraes *et al* (2009, p. 326) a comunicação entre paciente e profissional de saúde é essencial, para que o tratamento surta resultados satisfatórios, pois, através da comunicação, o paciente poderá se sentir mais seguro e adquirir confiança no profissional, facilitando assim o tratamento.

Mohallem e Rodrigues (2007) *apud* Santos *et al* (2011, p. 79) ressaltam que:

É importante que haja qualidade no cuidar, atendendo melhor às necessidades do paciente, com maior ênfase no ouvir do que no falar, lembrando de ajudar o paciente nas dificuldades de expressar seus sentimentos, para melhor compreendê-lo.

Segundo Pires *et al* (2013, p. 56), a questão religiosa é outro fator relevante para qualquer tratamento e, no paliativo, não é diferente. Pacientes que têm qualquer tipo de crença conseguem, através da fé, adquirir mais segurança e confiança no tratamento, portanto, é necessário que se respeite o paciente em sua religiosidade.

Para Peres *et al* (2007, p. 86), “é muito importante para a melhora na qualidade de vida de pacientes com dor crônica integrar aspectos da espiritualidade, fé e religiosidade com seu atendimento em diversos aspectos.”

A dor é o principal sintoma que afeta os indivíduos em cuidados paliativos. Ela pode ser de caráter físico, emocional, social e espiritual e afeta tanto o doente quanto a sua família e aos profissionais de saúde (SILVA; SUDIGURSKY, 2008, p. 506).

Corroborando com os autores supracitados, Silva e Guimarães (2012, p. 383) relatam que são vários os sintomas que acometem os pacientes em cuidados paliativos, mas a dor, se não tratada corretamente, é que vai desencadear outros desconfortos a este indivíduo.

Os outros sintomas que podem acometer esses pacientes, independentes da doença de base são: anorexia, astenia⁹, confusão mental, constipação, boca

⁹Astenia: Falta de forças musculares que aparecem em várias doenças, principalmente nas crônicas. Pode referir-se apenas ao enfraquecimento das funções de um órgão ou sistema,

seca, dispnéia, náuseas e vômitos, delírio, sudorese, alteração do sono e depressão (KIRA, 2006, p. 48).

Além de olhar o paciente como um todo, de escutá-lo e oferecer aporte espiritual, físico e emocional, algumas medidas são fundamentais dentro dos cuidados paliativos para proporcionar ao doente mais conforto e alívio de dores e situações desconfortáveis.

Para Kira (2006, p. 50-51), algumas intervenções aliadas ao tratamento farmacológico são feitas para garantir conforto e alívio para o doente, entre elas: higiene, curativo quando necessário, relaxamento, ouvir o paciente, incentivar atividades físicas quando possível, oferecer dieta conforme necessidade do paciente, umedecer os lábios, realizar massagens de conforto, ventilar o paciente, reposicioná-lo na cama ou na cadeira, suporte emocional, presença de familiares, ambiente tranquilo, música suave, etc.

É fundamental que o paciente receba esses e outros cuidados para que possa viver com um pouco mais de conforto e alívio do estresse que é causado pela doença e o tratamento. Nesse aspecto, o enfermeiro, juntamente com uma equipe multiprofissional, é responsável por proporcionar este conforto ao paciente, desenvolvendo ações indispensáveis para a melhoria da qualidade de vida de um paciente terminal.

No próximo capítulo, abordaremos a assistência humanizada nos cuidados paliativos.

3. HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS

Todo indivíduo, diante uma doença, seja ele o acometido por ela ou um ente querido, torna-se um ser mais frágil. Independente da origem da patologia, ela causa desconforto, ansiedade, medo e insegurança, entre outros sentimentos.

então, teremos miastemia (astenia muscular), neurastenia (astenia nervosa) (GUIMARÃES, 2002, p. 39).

Quando essa doença é considerada incurável, esses sentimentos tornam-se mais intensos. Portanto, Ferreira *et al* (2008, p. 37) relatam que o medo do que vai acontecer acomete tanto paciente quanto sua família, pois a maioria dessas pessoas não estão preparadas para lidar com o sofrimento e, conseqüente, com a morte.

De acordo com Silva e Sudigursky (2008, p. 505):

O paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura, não somente em sua fase terminal, mas durante todo o percurso da doença, apresenta fragilidades e limitações bastante específicas de naturezas física, psicológica, social e espiritual.

Nesse cenário de doença, fragilidade, medo e angústia é que entra a assistência de enfermagem, que é essencial que seja realizada de forma humanizada, ou seja, olhar o paciente e a família deste como um todo e não somente prestar cuidados de forma robotizada.

Neste capítulo, será enfatizada a importância de se prestar um cuidado diferenciado, que não seja de forma tecnicista e sim um cuidado afetuoso, com qualidade, de forma humana, olhando o paciente como um ser holístico. Será abordado o cuidar em enfermagem, humanização da assistência de enfermagem, sua atuação em cuidados paliativos e a capacitação da equipe que irá prestar essa assistência.

3.1 O Cuidar em Enfermagem

O principal instrumento de trabalho da enfermagem é o ser humano, e este necessita ser cuidado, principalmente quando é acometido por uma doença. Estes cuidados devem ser voltados para a parte física como também para a psicológica, espiritual, social enfim, envolvendo todos os aspectos relacionados ao ser humano.

Para Ferraz *et al* (2005, p. 608), "a enfermagem é caracterizada pelo cuidado, assim, cabe a esta pensar/agir que tipo de cuidado, serão dispensados aos sujeitos-cidadãos do seu cuidado". Esta autora ainda ressalta que a "terminologia cuidar encontra sentido e dá sentido ao exercício da enfermagem".

A enfermagem lida com a dor e o sofrimento humano, estando presente em diversas situações que acometem pacientes e famílias. O paciente fora da

possibilidade de cura necessita de cuidados que vão aliviar o seu sofrimento e permitir uma melhor qualidade de vida.

De acordo com Brum *et al* (2005, p. 1021) o cuidar é:

A verdadeira atenção à saúde da pessoa humana, enquanto conceituada como estado de bem-estar físico, psíquico e social, compreende não apenas a busca da cura das doenças, mas apoio e a palição quando a cura já não é possível, e, finalmente, o apoio para um fim de vida sem dores e sem sofrimentos desnecessários, preservada a dignidade da pessoa humana, derivada de sua condição de ser biológico e biográfico.

A arte de cuidar faz da enfermagem percussora de uma melhor qualidade de vida a indivíduos fragilizados por diferentes patologias. Essa ação deve ser desenvolvida de forma humanizada, ou seja, proporcionar ao paciente atendimento com amor, carinho, sendo necessário o toque, um sorriso, estabelecer um vínculo de confiança. É essencial que haja comunicação, o que, aliado com os aspectos acima citados, são fatores fundamentais para quem está recebendo cuidados por parte da enfermagem. E esta deve valorizar a pessoa humana e não focar somente a patologia e os procedimentos.

Brum *et al* (2005, p. 1021) acreditam no cuidado de forma humanística, valorizando a ação de cuidar, centrada no indivíduo e no meio que este está inserido e não somente em procedimentos, patologias ou problemas.

O enfermeiro trabalha, juntamente com sua equipe, engajado em proporcionar aos pacientes um cuidado digno que lhes garantam enfrentar a doença com menos sofrimento.

3.2 Humanização da Assistência

O ser humano, quando se torna um paciente, passa por uma série de transformações, podendo ser físicas, psicológicas, espirituais, sociais, ambientais, entre outras. O indivíduo que antes controlava seus horários e suas escolhas passa a ser um instrumento de trabalho de outras pessoas, que passam a conduzir a vida deste doente (LAZZARI *et al*, 2012, p. 119).

Sendo assim, o indivíduo que é acometido por uma doença, na maioria das vezes, tem seus desejos alterados, não somente pelo cursor fisiopatológico da doença, mas também pelo contexto que o cerca, principalmente se estiver

hospitalizado. O horário de banho, a alimentação, deixam de ser realizados quando se tem vontade e passam a ser feito de acordo com as normas da instituição. Neste contexto, *Morais et al* (2009, p. 324) relata que a pessoa deixa de ser um indivíduo doente e se torna apenas mais uma patologia.

É neste momento que a enfermagem entra com seus cuidados, e estes quase sempre são feitos de forma robotizada. É pensando na fragilidade do doente neste momento, que se pensa em humanização da assistência de enfermagem, para rever esta assistência feita tão mecânica.

Lazzari et al (2012, p. 119) relatam que essa assistência mecanizada, em que o cuidado deixa de ser algo feito com intuito de valorizar o ser humano, observando suas individualidades, sendo apenas uma prática despersonalizada, a humanização vem para resgatar a valorização do ser humano.

Conforme esses autores, o cuidado humanizado baseia-se no acolhimento e compreensão do ser humano como um ser único, integral, valorizando sua história e de sua família, com olhar voltado para as necessidades biopsicossociais e espirituais do paciente.

Porém, não é tão fácil para a enfermagem desenvolver este atendimento de forma humanizada, pois, na maioria das vezes, as condições físicas e ambientais com as quais o profissional de enfermagem tem que lidar no seu dia a dia fazem com que a assistência seja prejudicada, e conseqüentemente quem sofre é o paciente que é visto como um objeto de trabalho (*AMESTOY et al*, 2006, p. 445).

Corroborando com o que foi acima descrito, os mesmos autores, enfatizam que a maioria dos profissionais de enfermagem enfrenta dificuldades em prestar um atendimento de forma humanizada, devido às más condições de recursos e materiais, baixa renumeração, pouca valorização da profissão, entre outros .

Quando se fala em humanização da assistência de enfermagem, subentende-se que toda assistência seja humanizada, já que é feita por humano, mas não é isso que acontece de fato. Na realidade, o ser humano presta os devidos cuidados, mas esses nem sempre valorizam o doente, somente são feitos como uma rotina em que, às vezes, o profissional não se apresenta ao paciente, não relatando sobre o procedimento que será realizado. Chega e o executa, sem que haja comunicação, isso é desumano com a pessoa que está doente.

Morais et al (2009, p. 324) comentam que:

Fazem-se necessários profissionais que desenvolvam as habilidades emocionais, e que sejam capazes de sensibilizar-se com as situações vivenciadas em seu cotidiano, evitando prestar um cuidado tecnicista, mas preparados para oferecer um cuidado humanizado ao cliente, sem exploração, domínio ou desconfiança.

É fundamental que o profissional que assiste o paciente crie um laço de afeto, estabeleça um vínculo de confiança através da comunicação e que olhe este doente com carinho e respeito, se coloque no lugar dele podendo, assim, se sentir sensibilizado com a dor e o sofrimento humano. Dessa forma, irá tornar seu atendimento humanizado.

Para Santana *et al* (2012, p. 50), a humanização é a capacidade de se colocar no lugar do outro, oferecendo-lhe um cuidado digno e com respeito, proporcionando serviços de saúde, estabelecendo vínculo entre paciente e profissional, reconhecendo que este paciente tem desejos, necessidades e direitos.

A enfermagem proporciona aos doentes cuidados que vão além da tecnologia, pois, apesar de ser fundamental no diagnóstico, tratamento e até mesmo a cura quando possível, ela não oferece afeto. Fica a cargo da equipe de enfermagem estabelecer ações e prioridades que vão proporcionar a este doente uma assistência digna e, por sua vez, humanizada.

As ações de enfermagem devem estar voltadas para um cuidado que vise à totalidade do indivíduo, ou seja, uma pessoa com família, sentimentos, que está vivenciando um momento de sua vida que precisa de atenção e cuidados (DUARTE; NORO, 2010, p. 688).

Outro fator de extrema importância para efetivar a qualidade do cuidado, de acordo com Moraes *et al* (2009, p. 326), é a comunicação entre a equipe de enfermagem com pacientes e familiares, pois através desta comunicação, surgirá um vínculo de confiança, o que facilitará a adesão do paciente ao tratamento e este, por sua vez, surtirá maiores resultados.

De acordo com Inaba *et al* (2005, p. 424), a efetiva comunicação entre o profissional e paciente é capaz de facilitar o processo de tratamento no qual o paciente poderá conhecer e enfrentar seus problemas e, conseqüentemente, irá participar das escolhas a serem feitas acerca do seu tratamento.

Este mesmo autor descreve que a comunicação se faz não somente através da fala, como também de gestos, expressão facial, etc. Esse tipo de comunicação é a não verbal, muito utilizado em se tratando de humanização da assistência, pois o

toque, um gesto, dizem muito mais que certas palavras, e a pessoa fragilizada pela doença nem sempre quer ouvir o outro, somente espera receber um carinho, um sorriso, um gesto que mostre que ele é uma pessoa que tem sentimentos.

Inaba *et al* (2005, p. 424) ressalta que:

A atenção à comunicação não-verbal é essencial ao cuidado humano, por resgatar a capacidade do profissional de saúde de perceber, com maior precisão, os sentimentos do paciente, suas dúvidas e dificuldades de verbalização, além de ajudar a potencializar sua própria comunicação.

O ser humano, em especial o doente, em meio a tantos conflitos, necessita ser olhado e assistido de forma holística, como um todo, em sua individualidade, sendo respeitado e recebendo um tratamento digno de uma pessoa fragilizada pela doença.

O paciente portador de uma patologia em estágio terminal, quando tem uma assistência humanizada, ao receber os cuidados paliativos que lhe são disponibilizados, poderá usufruir de um final de vida mais digno, sendo valorizado como ser humano.

3.3 A enfermagem em cuidados paliativos

Dentre as várias atribuições importantes na atuação de enfermagem, encontra-se o cuidado paliativo, que deve ser desenvolvido visando a proporcionar ao paciente sem possibilidades de cura um final de vida com mais qualidade. Para desenvolver bem esse papel, o enfermeiro deve ser conhecedor de tudo que envolve esse paciente.

Para desenvolver o cuidado paliativo, é necessário obter o diagnóstico precoce, realizar a avaliação e o tratamento da dor e de outros problemas que envolvem esse paciente, além do reconhecimento e a aceitação da proximidade da finitude de sua vida. Os trabalhadores de enfermagem devem conhecer os sintomas clínicos de doenças terminais, como realizar o manejo da dor, a administração adequada de medicamentos analgésicos e como interagir com esses pacientes e seus familiares (VASQUES *et al*, 2013, p. 773).

Portanto, de acordo com os autores citados acima, os pacientes que se encontram diante de uma doença em fase terminal e os seus familiares muitas

vezes se sentem desamparados e envolvidos em um misto de sentimentos que lhes tornam mais frágeis e inseguros. A enfermagem é capaz de desenvolver ações capazes de amenizar esses sentimentos.

Costa e Ceolim (2010, p. 777) descrevem que, ao desenvolver assistência integral ao paciente e seus familiares, a enfermagem deve buscar diminuir o medo que esses vivenciam através da escuta atenta, oferecendo, por meio da comunicação efetiva, alívio do sofrimento e controle dos sintomas em relação de ajuda ao paciente e seu familiar.

Também é de grande importância que os pacientes desenvolvam sentimentos de confiança e amizade para, assim, enfrentarem de forma menos estressante e deprimente a realidade vivenciada por ele nessa fase terminal de sua vida (SILVA; GUIMARÃES, 2012, p. 385).

O enfermeiro em cuidados paliativos atua, então, proporcionando ao paciente e sua família uma melhor aceitação do seu estado atual, procurando fazer com que ele tenha diminuído os sintomas que tornam mais desconfortável a fase da vida que vivencia.

Segundo Brasil (2008, p. 514), o enfermeiro, ao realizar consulta de enfermagem em cuidado paliativo, deve obter a habilidade de educar para a saúde, havendo assim uma boa compreensão do paciente e sua família, a fim de que haja a continuidade do plano terapêutico proposto a ele.

Existem alguns sintomas comuns nas doenças sem perspectiva de cura que causam desconforto e sentimentos negativos tanto para o paciente quanto ao seu familiar, entre os quais a dor é o que normalmente proporciona maior desconforto ao paciente em fase terminal. Nesse aspecto, a enfermagem pode desenvolver algumas ações visando à melhoria da qualidade de vida desses indivíduos.

A dor, no caso do câncer, se manifesta em 70% a 90% dos pacientes em estágio avançado da doença. A enfermagem deve avaliar a escala de dor do paciente, podendo desenvolver técnicas não farmacológicas para amenizá-la como “massagem, relaxamento, aplicação de calor e frio e reduzir a demanda de analgésicos, diminuindo drasticamente o foco de atenção à doença” (BRASIL, 2008, p. 515-516).

Silva e Guimarães (2012, p. 383) ressaltam que avaliar a dor é um aspecto importante ao planejar o cuidado que será oferecido ao paciente, pois ela pode

determinar sua situação física além dos elementos psicológicos, sociais e emocionais do seu sofrimento.

Para Floriani e Schramm (2007, p. 2073) nos cuidados paliativos, o indivíduo deve ser assistido em sua totalidade, tendo suas necessidades físicas, biológicas, psicológicas e espirituais satisfeitas de forma adequada, garantindo-lhe maior dignidade.

Para Vasques *et al* (2013, p. 773), os profissionais de enfermagem, assim como os demais da área de saúde, devem se centrar no bem estar integral do paciente, fornecendo a assistência biopsicossocial ao paciente em fase terminal e sua família sem esquecer de se atentar ao aspecto espiritual que os envolvem para, assim, assisti-lo em sua totalidade, ajudando-o a lidar de forma mais amena com a realidade que vivenciam.

Os cuidados paliativos não se finalizam quando o paciente chega ao óbito, pois a família desse paciente ainda necessita de cuidados durante o período de luto para melhor lidar com esse momento.

A família deve ser sempre assistida, pois o momento que vivencia pode resultar em crise, sofrimento, conflitos e dúvidas, caso não ocorra uma preparação para que possa enfrentar o processo de morte. Nesse aspecto, o profissional de saúde torna-se muito importante, pois quando a família é bem orientada, consegue extrair benefícios da difícil situação que enfrentam (SANTANA *et al*, 2009, p. 80).

Silva e Sudigursky (2008, p. 507) relatam que:

O luto é marcado como um momento, uma experiência de resposta ao rompimento do vínculo. É a tomada de consciência de nossas perdas, da quebra da relação afetiva, constituindo-se em um momento extremamente doloroso. Por esse aspecto é que o luto assume importância na filosofia de cuidados paliativos e se constitui objeto de sua ação.

Para desempenhar seu papel nos cuidados paliativos de forma mais completa, proporcionando ao paciente e sua família uma melhor qualidade de vida, é necessário que a equipe de enfermagem esteja em contínuo aperfeiçoamento de suas práticas através de uma educação permanente (SUSAKI *et al*, 2006, p. 149).

3.4 Capacitação da equipe de enfermagem

Para oferecer ao paciente um atendimento de qualidade, é necessário que os profissionais que oferecem esse atendimento também sejam qualificados, necessitando buscar, periodicamente, informações, se aperfeiçoando sempre. Quando estão envolvidos com pacientes em estado terminal, esses profissionais necessitam ainda mais de uma boa capacitação.

Cardoso *et al* (2013, p. 1139) descrevem que:

O processo de formação, necessariamente, deve contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades específicas relacionadas com o cuidado no fim da vida. Profissionais de saúde especializados ou treinados apresentam melhores resultados no controle de sintomas físicos como dor, bem como dos sofrimentos psicossociais, e a capacitação desses necessita ser priorizado pelos serviços de saúde.

Todos os profissionais que prestam uma assistência de qualidade ao paciente terminal, em especial o enfermeiro, deverão olhar este paciente como um ser humano, com sofrimentos físicos, psíquicos e espirituais. Um atendimento humanizado, aliado aos conhecimentos científicos e à tecnologia, trará mais conforto ao indivíduo acometido por uma patologia sem a possibilidade de cura.

Para Cardoso *et al* (2013, p. 1137): " O cuidado paliativo propõe, ao profissional de saúde, o desafio de cuidar com competência científica sem, no entanto, esquecer-se da valorização do ser humano."

Faz-se necessário que todos os profissionais de saúde sejam capacitados para prestar os cuidados paliativos, e essa capacitação deveria ter início dentro das instituições de ensino, o que nem sempre acontece (SILVA; MOREIRA, 2010, p. 487).

Sendo assim, muitas pessoas após o término de seus cursos, se especializam nessa área ou continuam sempre se atualizando, através de cursos, palestras, etc. Ou seja, continuam a adquirir conhecimentos técnicos e científicos, para prestarem um melhor atendimento para os enfermos.

Pedroso e Celich (2006, p. 275) relatam que, através da educação em saúde, torna-se possível levar instrução para a equipe de enfermagem, podendo, assim, superar o desafio da falta de conhecimento enfrentada por essa equipe.

Dessa forma, para haver um aperfeiçoamento de suas práticas, é necessário que a equipe de enfermagem esteja sempre envolvida em práticas educativas que proporcionarão maior conhecimento, aperfeiçoando suas potencialidades e possibilidades.

Conforme os autores supracitados, a educação em saúde é um desafio na prática de enfermagem, porém essa educação é essencial para que a equipe de enfermagem seja capacitada e se mantenha atualizada, o que permitirá a elaboração de condutas que facilitarão seu desempenho além de ações de cuidados voltados para o bem estar do paciente.

Muitas vezes, os profissionais não sabem como agir diante de determinada situação e isso traz insegurança tanto para ele quanto para o paciente, o que dificulta o procedimento e o tratamento. Isso ocorre devido ao despreparo dos profissionais, pela falta de conhecimento, sendo necessário que esses profissionais se capacitem, aprimorando suas habilidades para agirem em diversas situações, sejam elas técnicas ou emocionais.

De acordo com Gargiulo *et al* (2007, p. 701):

A ansiedade, os medos, as inseguranças, as incertezas, a impotência e o peso da tarefa a ser desempenhada, produzem desconforto nas enfermeiras e nas pessoas cuidadas. Por isso, a importância e necessidade das profissionais, aprimorarem seus conhecimentos e habilidades específicas para poder, com segurança e eficiência, cuidar dos portadores de câncer e sua família.

Os pacientes em cuidados paliativos, assistidos por uma equipe capacitada, apresentam resultados satisfatórios no controle da dor física, assim como nos sintomas psicossociais e essa capacitação deveria ser priorizada no âmbito da saúde (CARDOSO *et al* 2013, p. 1135).

Pacientes que enfrentam uma patologia considerada incurável e sua família necessitam de um atendimento que seja realizado por uma equipe treinada, com o intuito de minimizar a sua dor e seu sofrimento, tanto físico quanto psicossocial. Isso irá oferecer ao doente terminal uma melhor qualidade de vida, sempre prestando cuidados humanizados, através do toque, comunicação, de um sorriso, um gesto que faça com que o paciente sinta que é um ser humano, mesmo diante da fragilidade, das angústias e medos.

Os cuidados paliativos proporcionam ao paciente medidas que vão lhe garantir maior conforto no percurso da doença. A equipe de enfermagem ajuda o paciente e sua família a lidar com as situações que surgem durante a doença e após a morte no período de luto.

Pires *et al* (2013, p. 57) descreve que:

A equipe de enfermagem deve reconhecer que os cuidados paliativos vêm preencher uma lacuna existente no cuidado ao doente terminal na medida em que busca minimizar os efeitos de uma situação fisiológica desfavorável, prezando pelo não abandono, pelo acolhimento espiritual e pelo respeito à verdade e a autonomia do doente.

Os pacientes, independente da patologia que os acometa, se tornam seres frágeis, com medos e anseios, por tudo que pode acontecer no decorrer da doença. Os cuidados paliativos vieram para oferecer a esses pacientes cuidados no âmbito físico, psíquico e social. Através desses cuidados o paciente se sente valorizado como ser humano, sendo assistido em sua totalidade com um atendimento de forma holística.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A grande evolução tecnológica, demandando maior atenção no que tange o profissional de enfermagem, faz com que os cuidados sejam exercidos de forma robotizada. A enfermagem acaba realizando uma assistência mais técnica, sem tempo para um cuidado holístico. Nasce daí a importância de humanizar a assistência de enfermagem em cuidados paliativos, ou seja, olhar o paciente de forma holística, respeitando sua individualidade, suas crenças, cultura, etc., através da comunicação e atenção, valorizando a vida deste paciente e prestando uma assistência digna, oferecendo-lhe conforto e qualidade de vida em meio à dor.

São várias as patologias que demandam cuidados paliativos. Neste trabalho, foi abordado o câncer, algumas demências e o acidente vascular encefálico. Devido a uma vivência pessoal com pessoas acometidas por essas doenças é que foi escolhido essas patologias.

Estas doenças, na maioria das vezes, tornam o indivíduo incapacitado de realizar suas atividades diárias, deixando-os dependentes de cuidados. Não somente os pacientes, mas também sua família, que se torna frágil por ver seu ente querido sofrendo.

Portanto, é essencial que a equipe de enfermagem, que é a principal responsável por prestar cuidados ao paciente terminal, seja capacitada para prestar um atendimento de forma humanizada a este paciente, proporcionando maior conforto e qualidade de vida, através do alívio da dor e de outros sintomas que acometem este indivíduo, também oferecendo apoio emocional para a família deste paciente, durante todo o percurso da doença, como também no momento de luto.

O referido trabalho demonstrou como é importante que o profissional de enfermagem esteja sempre buscando se aperfeiçoar, através da educação continuada, para se capacitar e prestar uma assistência de qualidade ao paciente e sua família em um momento difícil.

Também explanou sobre a origem dos cuidados paliativos, explicando mais sobre esses cuidados, que trarão uma melhor qualidade de vida a estes pacientes.

A importância dos cuidados paliativos é aqui reforçada e enfatizada, sobretudo, como uma forma humanizada de se prestar o cuidar em enfermagem, de forma humanizada e holística, zelando pelo bem-estar do paciente e entendendo-o integralmente.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Izabella Dutra de; FORLENZA, Orestes Vicente; BARROS, Hélio Lauar de. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, s.l, v. 32, n. 3, p. 131-36, 2005.
- ALMEIDA, Tatiane Lopes Teixeira *et al.* Distonias: reabilitação. *Revista Acta Fisiátrica*, s.l, v. 20, n. 2, p. 68-74, 2013.
- AMESTOY, Simone Coelho; SCHWARTZ, Eda; THOFEHRN, Maria Buss. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, s.l, v.19, n. 4, p. 444-49, 2006.
- ARAÚJO, Mônica Martins Trovo de. *Quando uma palavra de carinho conforta mais que um medicamento: necessidades e expectativas de pacientes sob cuidados paliativos*. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2006. 141f. Dissertação (Mestrado) - apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.
- ARAÚJO, Mônica Martins Trovo de; SILVA, Maria Júlia Paes da. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Revista Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 668-74, 2007.
- BENARROZ, Mônica de Oliveira; FAILLACE, Giovanna Borges Damião; BARBOSA, Leandro Augusto. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1875-82, set. 2009.
- BENVEGNU, Andressa Benvenutti *et al.* Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com seqüelas de acidente vascular encefálico (AVE). *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 71-77, jul./dez. 2008.
- BIGAL, Alessanrda *et al.* *Disfagia do idoso: estudo videofluoroscópico de idosos com e sem doença de Parkinson*. *Revista Distúrbios da comunicação*, São Paulo, v.19, n. 2, p. 213-223, agos. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer-INCA. *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. Rio de Janeiro, 2011, 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer-INCA. *Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. 3. ed. Rio de Janeiro, 2008, 624p.

BRUM, Ana Karine Ramos; TOCANTINS, Florence Romijn; SILVA, Teresinha de Jesus do Espírito Santo. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. *Revista Latino-Americano de Enfermagem*, s.l, v. 13, n. 6, p. 1019-26, nov./dez. 2005.

BURLÁ, Cláudia; PY, Ligia. Humanizando o final da vida em pacientes idosos: manejo clínico e terminalidade. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Edições Loyola, 2004. 319 p.

CANCELA, Diana Manuela Gomes. O acidente vascular cerebral-classificação, principais consequências e reabilitação. *O portal dos Psicólogos*, p. 1-18, mai. 2008.

CARDOSO, Daniela Habekost *et al.* Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1134-41, out./dez. 2013.

CARVALHO, T. G. M. L.; RÜCKERT, T. K.; GARCES, S. B. B. Projeto de extensão universitária promovendo qualidade de vida dos sujeitos portadores de ave: um espaço para formação profissional e promoção da saúde. *Revista de Extensão da Universidade de Cruz Alta*, Cruz Alta, v. 5, n. 1, p. 197- 217, 2013.

CASTRO, Joana Angélica Barradas de *et al.* Estudo dos principais fatores de risco para acidente vascular encefálico. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 171-73, 2009.

CHAVES, José Humberto Belmino *et al.* Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. *Revista Dor*. São Paulo, v. 12, n. 3, p. 250-55, 2011.

COSTA, Thailly Faria da; CEOLIM, Maria Filomena. A enfermagem nos cuidados paliativos à criança e adolescente com câncer: revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 776-84, dez. 2010.

DREHER, Sofia. Sobre a dignidade humana no processo do morrer. *Revista científica/FAP*, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 84-106, 2009.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; NORO Adelita. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 685-92, 2010.

FERRAZ, Fabiane *et al.* Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Santa Catarina, v. 58, n. 5, p. 607-10, set./out. 2005.

FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade; SOUZA, Claudenice Leite Bertoli de; STUCHI, Zaiana. Cuidados paliativos e família. *Revista Ciências Médicas*, Campinas, v. 17, v. 1, p. 33-42, jan./fev. 2008.

FERREIRA, Pedro Lopes; PINTO, Ana Barros. Medir qualidade de vida em cuidados paliativos. *Acta Médica Portuguesa*, s.l, v. 21, n. 2, p. 111-24, 2008.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, p. 2123-32, 2008.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2071-80, set. 2007.

FONTES, Albina de Jesus Ventura. *Terapia gênica no tratamento da doença de Parkinson*. Faro: Faculdade de ciências e tecnologia da Universidade do Algarve, 2011. 85 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de ciências e tecnologia da Universidade do Algarve, Faro, 2011.

GALHARDO, Mônica Maria de Azevedo Mello Carvalho; AMARAL, Ana Karênina de Freitas Jordão do; VIEIRA, Ana Cláudia de Carvalho. Caracterização dos distúrbios cognitivos na doença de Parkinson. *Revista Cefac*, s.l, v. 11, supl. 2, p. 251-57, 2009.

GARGIULO, Cíntia Aquino *et al.* Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. *Texto contexto enfermagem*, Florianópolis, v.16, n. 4, p. 696-702, out./dez. 2007.

GIROND, Juliana Balbinot Reis; WATERKEMP, Roberta. Sedação, eutanásia e o processo de morrer do paciente com câncer em cuidados paliativos: compreendendo conceitos e inter-relações. *Cogitare Enfermagem*, s.l, v. 11, n. 3, p. 258-63, set./dez. 2006.

GOMES, Shirley Rangel; SENNA, Mônica. Assistência de enfermagem à pessoa com acidente vascular cerebral. *Cogitare Enfermagem*, s.l, v. 13, n. 2, p. 220-26, abr./jun. 2008.

GONÇALVES, Lucia Hisako Takase; ALVAREZ, Ângela Maria; ARRUDA, Micheli Coral. Pacientes portadores da doença de Parkinson: significado de suas vivências. *Acta paulista de enfermagem*, s.l, v. 20, n. 1, p. 62-68, 2007.

GUIMARÃES, Deocleciano Torrieri. *Dicionário de termos médicos e de enfermagem*. 1.ed.São Paulo: Rideel, 2002, 463p.

INABA, Luciana Cintra; SILVA, Maria Júlia Paes da; TELLES, Sandra Cristina Ribeiro. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem USP*. São Paulo, v. 39, n. 4, p. 423-29, 2005.

INOCENTI, Aline; RODRIGUES, Inês Gimenes; MIASSON, Adriana Inocenti. Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, s.l, v. 11, n. 4, p. 858-65, 2009.

KING, Thomas Charles. *Patologia*. Trad. Douglas Arthur Omena Futuro e outros. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007, 421p.

KIRA, Célia. Cuidados paliativos - controles de outros sintomas que não dor. *Revista Racine*, s.l, p. 48-54, mai./jun. 2006.

KRUSE, Maria Henriqueta Luce *et al*. Cuidados paliativos: uma experiência. *Revista Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, s.l, v. 27, n. 2, p. 49-52, 2007.

KUMAR, Vinay *et al*. *Patologia Básica*. Trad. Cláudia Coana *et al*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013, 928 p.

KURITA, Geana Paula; PIMENTA, Cibele Andrucio de Matos. Alterações cognitivas em doentes em cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos*, São Paulo, v.1, n. 1, p. 18-24, 2008.

LAZZARI, Daniele Delacanal; JACOBS, Lilian Gabrielle; JUNG, Walnice. Humanização da assistência na enfermagem a partir da formação acadêmica. *Revista de Enfermagem da UFSM*, s.l, v. 2, n. 1, p. 116-24, jan./abr. 2012.

LIMA, Flávia Aparecida Felipe. *Correlação entre os achados de uma avaliação de linguagem e fala no leito e o território vascular encefálico em pacientes vítimas de AVE em estado agudo*. Belo Horizonte: UFMG, 2009. 55f. Trabalho de conclusão de curso de graduação em fonoaudiologia- Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Curso de Fonoaudiologia. Belo Horizonte, 2009.

LUCAS, Catarina Oliveira; FREITAS, Clémence; MONTEIRO, Maria Isabel. A doença de Alzheimer: características, sintomas e intervenções. *O Portal dos Psicólogos*, p. 1-15, 2013.

MACIEL, Maria Goretti Sales. Definições e princípios. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. *Cuidado paliativo/ coordenação institucional*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina, 2008, 689 p.

MARRA, T. A. *et al.* Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demências. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 11, n. 4, p. 267-73, jul./ago. 2007.

MARTA, Gustavo Nader; HANNA, Samir Abdallah; SILVA, João Luis Fernandes Da. Cuidados paliativos e ortotanásia. *Diagnóstico e tratamento*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 58-60, 2010.

MELO, Ana Georgia Cavalcanti de. Os cuidados paliativos no Brasil. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 5-8, 2008.

MENDES, Juliana Alcaires; LUSTOSA, Maria Alice; ANDRADE, Maria Clara Mello. Paciente terminal, família e equipe de saúde. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 151-73, 2009.

MISKO, Maira Deguer. *A Experiência da família da criança/adolescente em cuidados paliativos: flutuando entre a esperança e a desesperança em um mundo transformado pelas perdas*. São Paulo:USP, 2012, 207 f. Tese (Doutorando em Enfermagem) - Programa Interunidades de doutoramento em Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

MONTEIRO, Fabiana Franco; OLIVEIRA, Miriam de; VALL, Janaina. A importância dos cuidados paliativos na enfermagem. *Revista Dor*, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 242-48, jul./set. 2010.

MORAIS, Gilvânia Smith da Nóbrega *et al.* Comunicação como instrumento no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, s.l, v. 22, n. 3, p. 323-27, 2009.

NETO, José Gallucci; TAMELINI, Melissa Garcia; FORLENZA, Orestes Vicente. Diagnóstico diferencial das demências. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 32, n. 3, p. 119-30, 2005.

OLIVEIRA, Maria de Fátima *et al.* Doença de Alzheimer: Perfil neuropsicológico e tratamento. *O Portal dos Psicólogos*, p. 1-25, abr. 2005.

PEDROSO, Rene Antônio; CELICH, Kátia Lilian Sedrez. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto contexto enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 270-76, abr./jun. 2006.

PERES, Mário F. P. *et al.* A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, s.l, v. 34, supl. 1, p. 82-87, 2007.

PESSINI, Léo. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: edição Loyola, 2004. 319 p.

PESSINI, Léo. *Bioética: um grito por dignidade de viver*, 4ª edição, São Paulo, Paulinas, 2009a, 254 p.

PESSINI, Léo. Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. In: SANTOS, Franklin Santana. *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: editora Atheneu, 2009b, 447 p.

PIRES, Larissa Cinara Brunnquell *et al.* Relação entre equipe de enfermagem e família de pessoas em cuidados paliativos. *Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem*, s.l, v. 4, n. 1, p. 54-57, fev. 2013.

SAITO, Tane Chistine. A doença de Parkinson e seus tratamentos: uma revisão bibliográfica. Londrina-PR: UniFil, 2011. 36f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva e Saúde da Família) – Centro Universitário Filadélfia - UniFil. Londrina - PR, 2011.

SANT, Cíntia Ribeiro de *et al.* Abordagem fisioterapêutica na doença de Parkinson. *Revista Brasileira CEH*, Passo Fundo, v. 5, n. 1, p. 80-89, jan./jun. 2008.

SANTANA, Júlio César Batista *et al.* Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. *Centro Universitário São Camilo*, s.l, v. 3, n. 1, p. 77-86, 2009.

SANTANA, Júlio César Batista *et al.* O cuidado humanizado sob a percepção dos enfermeiros. *Enfermagem Revista*, s.l, v. 15, n. 1, p. 47-57, jan./abr. 2012.

SANTOS, Demétria Beatriz Alvarenga; LATTARO, Renusa Campos Costa ; ALMEIDA, Denize Alves de. Cuidados paliativos de enfermagem ao paciente oncológico terminal: revisão de literatura. *Revista de Iniciação Científica da Libertas*, São Sebastião do Paraíso, v. 1, n. 1, p. 72-84, dez. 2011.

SERENIKI, Adriana; VITAL, Maria Aparecida Barbato Frazão. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. *Revista de Psiquiatria*, Rio Grande do Sul, v. 30, n. 1, s.p, 2008.

SILBERMAN, Cláudia Déborta *et al.* Uma revisão sobre depressão como fator de risco na doença de Parkinson e seu impacto na cognição. *Revista de Psiquiatria*, Rio Grande do Sul, v. 26, n. 1, p. 52-60, jan./abr. 2004.

SILVA, Alexandre Ernesto; GUIMARÃES, Eliete Albano Azevedo. Cuidados paliativos de enfermagem: perspectivas para técnicos e auxiliares. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, s.l, v. 2, n. 3, p. 376-93, set./dez. 2012.

SILVA, Ednamare Pereira da; SUDIGURSKY, Dora. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. *Acta Paulista de Enfermagem*, Salvador, v. 21, n. 3, p. 504-508, 2008.

SILVA, Marcelle Miranda da; MOREIRA, Marléa Chagas. Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 12, n. 3, p. 483-90, 2010.

SMELTZER, Suzanne C *et al.* *Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica*. Trad. Fernando Diniz Mundim, José Eduardo Ferreira de Figueiredo. Revisão Técnica. Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 11. ed. v. 1. 2009, 461p.

SOUSA, Alana Tamar Oliveira de *et al.* Cuidados paliativos com pacientes terminais: um enfoque na bioética. *Revista Cubana de Enfermaria*, s.l, v. 26, n. 3, p. 117-29, 2010.

SUSAKI, Tatiane Thaller; SILVA, Maria Júlia Paes da; POSSARI, João Francisco. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem, s.l, *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 19, n. 2, p. 144-49, 2006.

VASQUES, Tânia Cristina Schäfer *et al.* Percepções dos trabalhadores de enfermagem acerca dos cuidados paliativos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*,s.l, v. 15, n. 3, p. 772-79, jul./set. 2013.