

Guia de Orientações para Profissionais de Saúde no Manejo dos Cuidados Paliativos em Ambiente Hospitalar



Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos Dr. Osiris Florindo Coelho
Organizadoras
Andreia Aparecida Alves
Rosamaria Rodrigues Garcia

Declaração de avaliação de Produto Técnico Tecnológico

Título do produto técnico tecnológico (PTT): Guia de Orientações para Profissionais de Saúde no Manejo dos Cuidados Paliativos em Ambiente Hospitalar

Discente: Andreia Aparecida Alves

Orientador(a): Rosamaria Rodrigues Garcia

Esse PTT passou por processo de avaliação por pares da Comissão de Avaliação *ad-hoc* constituída seguindo as normativas do Programa de Pós-graduação de Mestrado Profissional em Inovação no Ensino Superior em Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

A comissão *ad-hoc* foi constituída pelos Professores Doutores Amanda Costa Araujo, Carlos Alexandre Felício Brito, Celso Machado Júnior, Daniel Leite Portella, Leandro Bueno Lima, Luisa Veras de Sandes-Guimarães, Marcela Charantola Rodrigues, Rebeca Nunes Guedes de Oliveira, Rosamaria Rodrigues Garcia e Sandra Regina Mota Ortiz.

Pelo menos dois docentes dos listados acima avaliaram esse PTT, sendo que a distribuição dos docentes nos processos avaliativos ocorreu de forma aleatória, excluindo-se qualquer docente com vínculo à produção do PTT. Para a avaliação utilizou-se de uma ficha única, seguindo as normativas pré estabelecidas pela comissão.

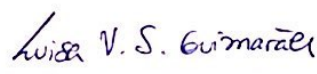

Prof. Dra. Amanda Costa
Araujo


Prof. Dr. Carlos Alexandre
Felício Brito

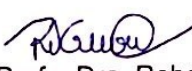

Prof. Dr. Celso Machado Júnior


Prof. Dr. Daniel Leite Portella


Prof. Dr. Leandro Bueno Lima


Prof. Dra. Luisa Veras de
Sandes-Guimarães


Prof. Dra. Marcela Charantola
Rodrigues


Prof. Dra. Rebeca Nunes
Guedes de Oliveira


Prof. Dra. Rosamaria
Rodrigues Garcia


Prof. Dra. Sandra Regina
Mota Ortiz

Universidade Municipal de São Caetano do Sul

Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde

Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo

Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos – Dr. Osiris Florindo Coelho

Comissão de Cuidados Paliativos



Guia de Orientações para Profissionais de Saúde no Manejo dos Cuidados Paliativos em Ambiente Hospitalar

Organização e Elaboração

Andreia Aparecida Alves

Enfermeira

Mestre em Ensino em Saúde pela Universidade Municipal de São Caetano do Sul pelo Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde

Rosamaria Rodrigues Garcia

Fisioterapeuta

Mestre e Doutora em Saúde Pública, pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Docente permanente do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde

Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia



FICHA CATALOGRÁFICA

Alves, Andreia Aparecida; Garcia, Rosamaria Rodrigues
Guia de orientações para profissionais de saúde no
manejo dos cuidados paliativos em ambiente hospitalar /
Andreia Aparecida Alves e Rosamaria Rodrigues Garcia. – São
Caetano do Sul: USCS, 2021.
90 p. : il.

Produto final, parte integrante do Trabalho Final de Curso
apresentado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado
Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde da
Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

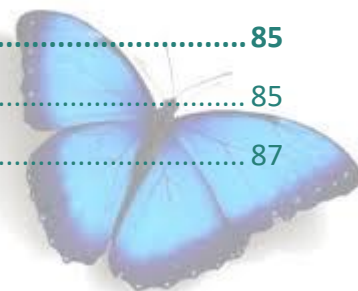
1. Cuidados Paliativos (CP). 2. Finitude/Morte. 3. Ensino
em saúde. 4. Humanização do cuidado. 5. Formação
profissional em saúde. I. Alves, Andreia Aparecida. II. Garcia,
Rosamaria Rodrigues. III. Universidade de São Caetano do
Sul. IV. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São
Paulo.





SUMÁRIO

Capítulo 1 - Contextualização dos Cuidados Paliativos	8
Histórico dos Cuidados Paliativos	8
Desmistificação dos cuidados paliativos x eutanásia	12
Bases Fundamentais da Política Nacional de Cuidados Paliativos	17
1. Definição	17
2. Objetivos	17
3. Princípios dos Cuidados Paliativos	17
Atribuições da Comissão de Cuidados Paliativos	19
Organização, elegibilidade e fluxo para atendimento de pacientes em Cuidados Paliativos	21
Capítulo 2 - Competências e Atuação dos Profissionais em Cuidados Paliativos	29
Multi e Interdisciplinaridade nas Ações de Cuidados Paliativos	29
Competências e Atuação dos Médicos em Cuidados Paliativos	33
Competências e Atuação dos Enfermeiros em Cuidados Paliativos	39
Competências e Atuação dos Fisioterapeutas em Cuidados Paliativos	42
Competências e Atuação dos Assistentes Sociais em Cuidados Paliativos	47
Competências e Atuação dos Psicólogos em Cuidados Paliativos	50
Competências e Atuação dos Nutricionistas em Cuidados Paliativos	55
Competências e Atuação dos Farmacêuticos em Cuidados Paliativos	59
Competências e Atuação dos Fonoaudiólogos em Cuidados Paliativos	62
Competências e Atuação dos Terapeutas Ocupacionais em Cuidados Paliativos	65
Capítulo 3 - Estratégias para o Fortalecimento das Ações e Princípios dos Cuidados Paliativos	70
Visão humanística acerca das necessidades do paciente/família	70
Acolhimento e vínculo	74
A Comunicação como ferramenta essencial na abordagem dos Cuidados Paliativos	76
Relação interpessoal profissional-paciente/família	83
Capítulo 4 - Estratégias para o Enfrentamento do Luto	85
Estruturas de apoio ao paciente/família para o enfrentamento ao luto	85
Estrutura de apoio ao profissional de saúde para o enfrentamento ao luto	87





Capítulo 1 - Contextualização dos Cuidados Paliativos

Histórico dos Cuidados Paliativos

A morte é uma das experiências emocionais mais profundas que pode ser vivenciada pelos seres humanos. É o que assinala nossa condição de ser-homem e nos distingue de objetos, sendo uma das propriedades do ciclo vital do homem e a única certeza que temos e, mesmo assim, fugimos dela (HEIDEGGER, 2007; PESSINI; BERTACHINI, 2004).

Para Matsumoto (2012, p. 23), a “ameaça ao ideal de cura e preservação da vida está associada à demanda crescente de pacientes idosos, portadores de síndromes demenciais das mais variadas etiologias ou com graves sequelas neurológicas”, que estão constantemente sendo atendidos pelas instituições de saúde, e frente a este desafio, a autora enfatiza a necessidade da conscientização sobre os cuidados necessários a estes pacientes, propondo a implantação de ações efetivas que possam promover melhoria no processo assistencial e aponta os Cuidados Paliativos (CP) como uma escolha terapêutica para concretizar uma assistência ativa que atenda às necessidades dos cuidados desses pacientes.

De acordo com Matsumoto (2012, p.24), historicamente, o CP teve seu início na Europa, em meados do século XVII, porém, se faz menção de que o conceito tenha sido confundido com a palavra Hospice, que significa hospedaria, abrigo, termo utilizado desde o começo da era cristã quando os cuidados eram realizados por religiosos (católicos e protestantes) às pessoas peregrinas.

Floriani e Schramm (2010) apontam que os CP já eram praticados nessa época, mencionando os achados descritos no livro “Euthanasia, or Medical treatment in aid of an easy death”, escrito por William Munk em 1888, contendo orientações sobre os cuidados de pessoas moribundas. Os autores referem que tais cuidados não eram muito diferentes dos cuidados apresentados na literatura contemporânea sobre CP.

A origem e o desenvolvimento do movimento internacional de Hospice e Cuidados Paliativos, o nascimento da Medicina Paliativa como uma nova especialidade médica e a preocupação com a redução



do sofrimento em torno do mundo se deve grandemente ao trabalho precursor da inglesa Cicely Saunders, médica, assistente social e enfermeira. Foi a primeira médica a dedicar toda sua carreira profissional ao cuidado de pacientes em fim de vida (CLARK, 2002).

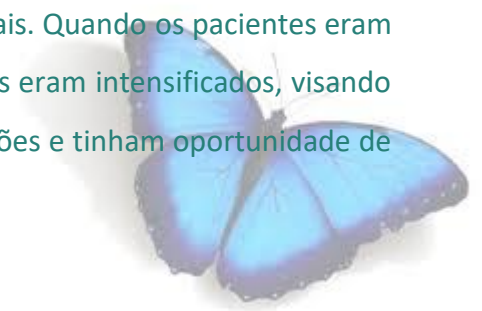
Em 1958, Cicely Saunders assumiu o cargo de pesquisadora da Escola St. Mary's Medicine, desenvolvendo trabalhos de pesquisa no St. Joseph's Hospice, em Hackney, East London. Foi onde estabeleceu os fundamentos básicos dos cuidados paliativos modernos, desenvolvendo uma abordagem sistemática para o controle da dor em doentes terminais, prestando atenção às suas necessidades sociais, emocionais e espirituais, e ensinou o que ela aprendeu a outras pessoas (SAUNDERS, 2011).

Essa médica, que tinha formação humanística, conversava com seus pacientes sobre os sintomas, os sofrimentos, as famílias e foi a partir dessas narrativas que surgiu uma nova filosofia e prática de cuidados. A inovação, ao final da década de 1950, foi a afirmação de que havia novas possibilidades de fazer tudo, em detrimento à premissa de que não havia mais nada que podia ser feito (CLARK, 1998).

Esta grande estudiosa e militante das boas práticas de cuidado das doenças e agravos que ameaçam a vida, consolidou em 1964 o conceito de “dor total”. De acordo com Saunders, há que se considerar, avaliar, intervir e cuidar dos vários tipos de dor: física, psíquica, social, espiritual, familiar, financeira, em geral, indissociáveis. Ora, isso significa que no processo de doença ocorre uma complexidade de sentimentos dolorosos no paciente, não bastando medicar apenas a dor física, é necessário olhar e cuidar de todas as dores e sintomas que afligem o ser humano em seu processo de finitude (TWYLCROSS, 2003; CARVALHO, 2009).

Somente depois de 1967, com a construção do St. Christopher's Hospice é que a medicina passou a legitimar a área acadêmica, aprofundando o conhecimento da “clínica e do ensino nos cuidados dedicados ao fim da vida, aliando-os ao forte caráter assistencial já vigente, o que diferenciaria o moderno movimento das atividades rotineiramente realizadas nos hospices até então” (FLORIANI; SCHRAMM, 2010, p. 170).

No hospice, Saunders criou uma equipe multiprofissional, com médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, religiosos, voluntários e outros profissionais. Quando os pacientes eram considerados fora de possibilidade terapêutica, os cuidados nos hospices eram intensificados, visando aliviar ao máximo a dor e o sofrimento. Os pacientes recebiam informações e tinham oportunidade de



participar da tomada de decisão. Eram providos escuta e acolhimento de suas dificuldades, medos, esperanças, crenças e valores. Os cuidados eram realizados pela enfermagem, com orientação médica diária e atividades sociais realizadas pelas religiosas, que também atuavam junto às famílias dos pacientes (CARVALHO, 2009).

Destarte, os CP foram estruturados, inicialmente, para pacientes com câncer, e suas diretrizes foram disseminadas mundialmente, sendo o conceito publicado pela primeira vez pela OMS em 1990, a saber: “Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva ao tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares” (MATSUMOTO, 2012, p.25).

Gomes e Othero (2016) reforçam os aspectos históricos dos CP, quando descrevem que o conceito foi revisado e ampliado em 2002 para a inclusão da assistência a outras doenças que também evoluem para a finitude humana, como “AIDS, doenças cardíacas e renais, doenças degenerativas e doenças neurológicas”, bem como seus agravos, levando os pacientes às condições crônicas.

Desde 2002, o termo Cuidados Paliativos (CP), é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como “uma abordagem que visa promover a melhora da qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que encaram dificuldades em virtude de doenças que ameaçam a vida, por meio prevenção e do alívio do sofrimento, através de técnicas para identificação precoce, avaliação de excelência e tratamento da dor, e dos problemas advindos de aspectos espirituais, psicossociais e físicos” (WHO, 2018).

REFERÊNCIAS

CARVALHO, Maria Margarida M. J. A dor do adoecer e do morrer. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 322-328, dez. 2009.

CLARK, D. Cicely Saunders – founder of the hospice movement. Selected letters 1959–1999. Oxford University Press. 2002.

CLARK, D. Originating a Movement: Cicely Saunders and the development of St. Christopher’s Hospice 1957-1967. *Mortality* v. 3, n. 1, pp. 43-63, 1998.



FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospícios modernos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 1, pág. 165-180, julho de 2010.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estud. av.**, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, Dec. 2016.

HEIDEGGER, Martin. A questão da técnica. **Scientiae Studia [online]**. 2007, v. 5, n. 3 , pp. 375-398. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1678-31662007000300006>>. Epub 15 Mar 2010. ISSN 2316-8994. <https://doi.org/10.1590/S1678-31662007000300006>.

MATSUMOTO, D. Y. **Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios**. IN: Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado 2ª edição, ago. 2012.

PESSINI, L; BERTACHINI, L. Humanização e cuidados paliativos. Ed. Loyola, São Paulo, Brasil, 2004.

SAUNDERS C. **Velad conmigo, Inspiración para una vida en Cuidados Paliativos**. Primera edición en castellano, International Association for Hospice and Palliative Care, 2011.

TWYLCROSS, R. **Introducing palliative care**. 4. ed. Radcliff Med Press, 2003. p. 4-8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises"**. 2018.



Desmistificação dos cuidados paliativos x eutanásia

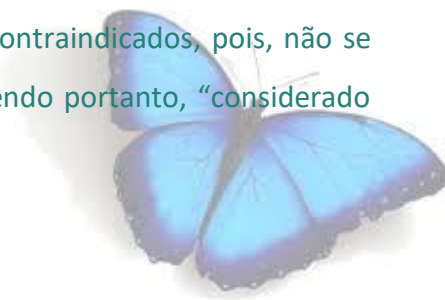
O termo Cuidados Paliativos (CP), é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma abordagem que visa promover a melhora da qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que encaram dificuldades em virtude de doenças que ameaçam a vida, por meio prevenção e do alívio do sofrimento, através de técnicas para identificação precoce, avaliação de excelência e tratamento da dor, e dos problemas advindos de aspectos espirituais, psicossociais e físicos (WHO, 2018).

Com o avanço da ciência e das tecnologias de pesquisas, tratando-se da área médica, tornou-se possível o acesso a novos medicamentos, procedimentos cirúrgicos e outras importantes intervenções colaborando com o tratamento de diversas doenças. Mas apesar de tais avanços, existem doenças que continuam sem perspectiva de cura e isso faz com que muitos pacientes necessitem de Cuidados Paliativos, para amenizar seu sofrimento e criar uma melhor aceitação do seu estado (EICH et al., 2018).

Os CP apresentam como seus principais objetivos a reafirmação sobre a importância da vida, considerando a morte como um processo natural que promove um cuidado que não acelere sua chegada, nem a prolongue com medidas desproporcionais, porém, propicie o alívio da dor e de sintomas graves, além de integrar os aspectos psicológicos e espirituais na estratégia de promover o cuidado. Como resultado, é oferecido um sistema de apoio para os familiares, a fim de enfrentar a doença do paciente e sobreviver ao período de luto (HERMES; LAMARCA, 2013).

Corroborando, Girond e Waterkemper (2006, p. 259) afirmam que, embora não sejam utilizadas medidas para prolongar ou encurtar a vida de um paciente em terminalidade, a equipe multiprofissional desenvolve várias estratégias para “ajudar os pacientes a levar uma vida ativa, até a chegada da morte”, ofertando suporte à família e ao paciente, fortalecendo desta forma o enfrentamento da doença, do processo da morte e do morrer, bem como, do luto. De acordo com as autoras, para pacientes com doenças terminais, o cuidado paliativo tem como principal objetivo promover qualidade, conforto e dignidade à pessoa por meio de um tratamento adequado.

Para pacientes em fase de terminalidade as terapias e medidas primárias comumente utilizadas em pacientes com doenças agudas como “reanimação cardíaca, a respiração artificial, infusões intravenosas, antibioticoterapia e outros procedimentos invasivos” são contraindicados, pois, não se consolidam em respostas positivas para o restabelecimento da saúde, sendo portanto, “considerado uma má conduta” (GIROND; WATERKEMPER, 2006, p. 259).



Para Eich, et al. (2018), os CP permitem que as pessoas em estágios terminais tenham todo o amparo, em termos técnico-científicos e humanos que os conduza a uma morte menos dolorosa e sofrida. Tratando-se desses recursos, identifica-se a sedação paliativa (SP), tornando-se uma opção que deve ser tratada com os profissionais envolvidos e com os familiares do paciente.

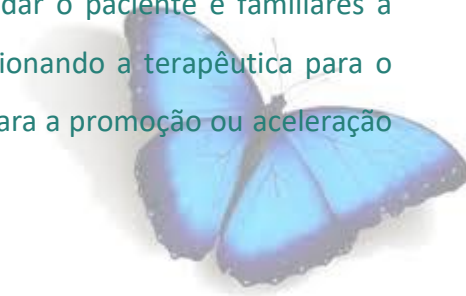
Já o termo eutanásia, como proposta de alívio ao sofrimento, surgiu em 1605 e foi criado por Francis Bacon. A palavra de origem grega, onde “eu” significa “bem” e “thánatos” tem o significado de “morte”. Desta forma, o termo eutanásia tem sido traduzido como “boa morte” ou “morte apropriada”.

Na Grécia antiga acreditava-se “que o sofrimento originado de uma doença dolorosa justificava o suicídio. Na Europa, esta proposta justificava a eliminação de deficientes, pacientes terminais e portadores de doenças considerados indesejáveis - um instrumento de higienização social” (GIROND; WATERKEMPER, 2006, p. 260).

Para Girond e Waterkemper (2006, p. 261) a eutanásia pode ser classificada em:

- a) Eutanásia de duplo efeito: a morte ocorre em decorrência das terapêuticas médicas utilizadas para alívio do sofrimento do paciente com doença em fase terminal.
- b) Eutanásia voluntária: a morte ocorre com o consentimento do paciente.
- c) Eutanásia involuntária: a morte é provocada sem o consentimento do paciente.
- d) Eutanásia terapêutica, também chamada de ortotanásia: se caracteriza como um processo de humanização da morte, onde se trata os sintomas indesejáveis, com a dor, não se promove ações ou intervenções que possam prolongar ou causar maior sofrimento ao paciente.
- e) Suicídio assistido, também é um termo dado à eutanásia: quando o paciente solicita ajuda de outra pessoa para abreviar a sua vida.

Comparando-se os propósitos dos CP e da Eutanásia percebe-se que ambos possuem objetivos distintos, não podendo ser comparados um ao outro. Para Girond e Waterkemper (2006, p. 261) os princípios dos cuidados paliativos levam em consideração “a pessoa e sua dignidade, respeitando-a como ser humano, valorizando sua dor”. Essa ciência se foca em “ajudar o paciente e familiares a vivenciarem a última etapa da doença e a chegada da morte”, condicionando a terapêutica para o manejo adequado de sinais e sintomas e, a eutanásia conduz as ações para a promoção ou aceleração



da morte, não se importando com a dignidade humana e qualidade de vida daquele que sofre por estar passando pelo processo da finitude humana.

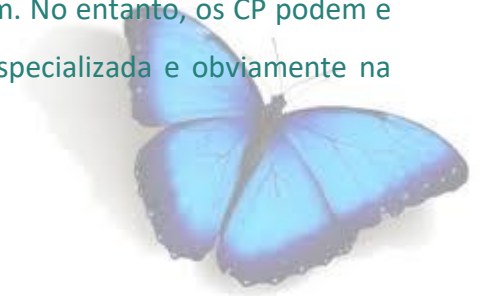
A sedação paliativa (SP), conforme descrito por Eich et al. (2018), é uma ação discutida por todos os profissionais que cuidam de pacientes em fases terminais, é considerada como um recurso dos CP visando auxiliar esses pacientes e confortar a família devido a sensibilidade da situação.

Conforme Eich et al. (2018), esse conceito de SP surgiu em 1991, criado por Robert E. Enck e citado no artigo Drug-induced Terminal Sedation for Symptom Control, surgindo a partir daí um debate importante sobre usar ou não a eutanásia. Em decorrência desse debate surgiu então o termo “Sedação Paliativa”, apresentado por Broeckert, no artigo Palliative Sedation Defined or why and when terminal Sedation is not Euthanasia.

Os autores também salientam que na visão de alguns profissionais a prática da SP envolve apenas as questões técnicas como prescrição/administração de medicamentos nesses casos em que não há chance de vida. Mas se contrapõe a essa ideia, pois acreditam que a SP – também é recurso para minimizar o sofrimento e humanizar a morte passando, porém, por uma decisão técnica diante de um problema clínico, sendo fundamental agir eticamente diante dos fatos, valores e princípios (EICH et al., 2018).

Com base nesses pressupostos, salienta-se que, de acordo com a Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA, 2014), os benefícios dos CP se estendem à pacientes com condições crônicas, além daqueles que possuem doenças que ameaçam ou limitam a vida. Esta afirmação pode revolucionar o cuidado em saúde, quando se pensa em alívio do sofrimento e da dor crônica, ou ainda quando se desenvolve um olhar ampliado aos efeitos sociais, psíquicos, emocionais, físicos e funcionais das comorbidades crônicas, que não tem cura, apenas podem ser controladas e acompanhadas.

A WPCA (2014) aponta, ainda, que os CP não se limitam a serviços especializados de cuidados paliativos, mas inclui cuidados de nível primário e secundário. Há realmente uma concepção errônea (entre a população, mas também entre os profissionais de saúde) de que os CP só podem ser prestados em serviços de atenção terciária, dotados de arsenal médico de retaguarda, em virtude da complexidade das condições de saúde (ou de doenças) que estes pacientes apresentam. No entanto, os CP podem e devem ser prestados no domicílio, na atenção primária, na atenção especializada e obviamente na atenção terciária, bem como nos hospícios.



De acordo com Rego e Palácios (2006) a qualidade de morte ou qualidade do fim da vida, exige cuidados humanizados específicos de vários profissionais, sendo este um processo que permeia todas as idades e gêneros, podendo ocorrer em crianças e adolescentes, assim como nos indivíduos adultos e idosos.

Corroborando, Cruz *et al.* (2016) ressaltam que a equipe multidisciplinar de abordagem dos CP é formada por vários profissionais, sendo mencionados médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistente espiritual e dentistas, dentre outros.

De acordo com o exposto pode-se considerar que os CP se fundamentam em ciência, se constrói na multidisciplinaridade, tendo como foco o indivíduo / família, auxiliando-os no enfrentamento da finitude, seja por meio de ações e medidas que possam aliviar a dor, em toda a sua dimensão, e demais sintomas indesejáveis, permeando pelos princípios da benevolência, respeito, dignidade humana e qualidade de vida. Desta forma, desmistifica-se a concepção de que cuidados paliativos se traduz em eutanásia.

REFERÊNCIAS

CRUZ, R. A. O.; ARRUDA, A. J. C. G.; AGRA, G.; COSTA, M. M. L.; NÓBREGA, V. K. M. Reflexões Acerca Dos Cuidados Paliativos no Contexto da Formação em Enfermagem. *Rev enferm UFPE on line*, Recife, v.10, n. 8, p. 3101-3107, 2016.

GIROND, Juliana Balbinot Reis; WATERKEMPER, 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, dec. 2006.

EICH, Melisse et al. Princípios e valores implicados na prática da sedação paliativa e a eutanásia. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*. 2018.
DOI: 10.1590/1807-57622016.0853

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência Saúde coletiva*. 2013.

REGO, S., PALÁCIOS, M. A finitude humana e a saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(8):1755-1760, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, "integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises" 2018.





Bases Fundamentais da Política Nacional de Cuidados Paliativos

A Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), conforme descrita pela Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2018).

Podemos considerar como bases fundamentais da PNCP:

1. Definição

Art. 2 - Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

2. Objetivos

A PNCP descreve, dentre outros, os seguintes objetivos (Art. 3):

- ✚ Integrar os cuidados paliativos na rede de atenção à saúde.
- ✚ Promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.
- ✚ Incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar.
- ✚ Promover a disseminação de informação sobre os cuidados paliativos na sociedade.
- ✚ Ofertar medicamentos que promovam o controle dos sintomas dos pacientes em cuidados paliativos.

3. Princípios dos Cuidados Paliativos

São princípios da PNCP (MATSUMOTO, 2009):

- ✚ Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis.



-
- ✦ Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida.
 - ✦ Não acelerar nem adiar a morte.
 - ✦ Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente.
 - ✦ Oferecer um sistema de suporte que possibilite o viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte.
 - ✦ Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto.
 - ✦ Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto.
 - ✦ Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença.
 - ✦ Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com tratamentos modificadores da doença. Incluir toda a investigação necessária para compreender qual o melhor tratamento e manejo dos sintomas apresentados



Atribuições da Comissão de Cuidados Paliativos

O Ministério da Saúde (2018) por meio da Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos CP, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS) descreve, no art. 2º, que “cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar”, desta forma uma Comissão de Cuidados Paliativos deve ser constituída por profissionais de diversas áreas de competências e estar muito bem treinada sobre os princípios dos Cuidados Paliativos (CP).

Para atendimento do paciente em CP, a equipe multidisciplinar deve ser constituída minimamente por médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social. Maciel (2012), ainda refere que uma equipe multidisciplinar completa contempla, além dos profissionais já citados, a participação de fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e nutricionista, podendo se estender a outros profissionais conforme a demanda de necessidades de atendimento do paciente/família.

Para Maciel (2012) os princípios de atuação de uma equipe de Cuidados Paliativos são:

- ✚ Reconhecimento e alívio da dor e de outros sintomas, qualquer que seja sua causa e natureza.
- ✚ Reconhecimento e alívio do sofrimento psicossocial, incluindo o cuidado apropriado para familiares ou círculo de pessoas próximas ao doente.
- ✚ Reconhecimento e alívio do sofrimento espiritual/existencial.
- ✚ Comunicação sensível e empática entre profissionais, pacientes, parentes e colegas.
- ✚ Respeito à verdade e honestidade em todas as questões que envolvem pacientes, familiares e profissionais.
- ✚ Atuação sempre em equipe multiprofissional, em caráter interdisciplinar.

De acordo com o MS (2020, p. 33) para que o o cuidado seja efetivo no atendimento das necessidades dos paciente é necessário que os profissionais assumam o comportamento de:

- ✚ Aceitar a história do indivíduo, seus sentimentos e dificuldades;
- ✚ Ter curiosidade e interesseem saber o que o paciente conta;



-
- + Ser empático;
 - + Aprender a ouvir, acolher e respeitar os valores dos pacientes/familiares, que sejam diferentes do profissional;
 - + Expressar emoções de maneira suave e conectada, buscando prazer na relação com o cuidado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro/Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 23 de novembro de 2018; Seção 1, p. 276.

MACIEL, Maria Goretti Sales. **Organização de Serviços de Cuidados Paliativos**. IN: Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado 2ª edição, ago. 2012.

MATSUMOTO, D. Y. **Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios**. IN: Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado 2ª edição, ago. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Cuidados Paliativos / Coord. Maria Peres Soares D'Alessandro, Carina TischelerPires, Daniel Neves Forte.. (et al.) – São Paulo: Hospital Sírio Libanês, Ministério da Saúde; 2020, 175p.



Organização, elegibilidade e fluxo para atendimento de pacientes em Cuidados Paliativos

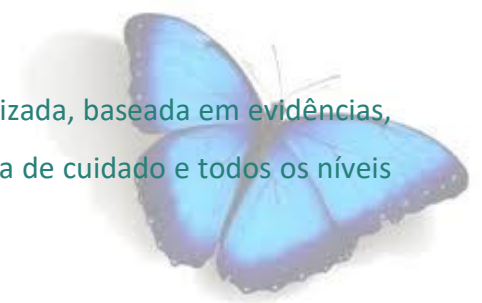
Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) os Cuidados Paliativos (CP) devem ser organizados em “uma assistência pautada em conceitos e princípios e adaptada à realidade de cada país ou região” (MACIEL, 2012).

A Comissão de Cuidados Paliativos, de acordo com Maciel (2012) deve ter por objetivos:

- ✚ A resolução ágil de uma intercorrência no curso de uma doença avançada.
- ✚ O cuidado pertinente à fase final da vida.
- ✚ O cuidado prolongado a doentes incapacitados.
- ✚ A reabilitação de pacientes gravemente incapacitados após acidente vascular ou traumático recente, em fase pós-crítica, mas, de grande vulnerabilidade.
- ✚ O cuidado a doentes com falência funcional avançada, com períodos de instabilidade clínica e necessidades de intervenções proporcionais.

Corroborando, Brasil (2018) descreve no art. 3º que “a organização dos cuidados paliativos deverá ter como objetivos”:

- I- Integrar os cuidados paliativos na rede de atenção à saúde;
- II- Promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes;
- III- Incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar;
- IV- Fomentar a instituição de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos no ensino de graduação e especialização dos profissionais de saúde;
- V- Ofertar educação permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS;
- VI- Promover a disseminação de informação sobre os cuidados paliativos na sociedade;
- VII- Ofertar medicamentos que promovam o controle dos sintomas dos pacientes em cuidados paliativos; e
- VIII- Pugnar pelo desenvolvimento de uma atenção à saúde humanizada, baseada em evidências, com acesso equitativo e custo efetivo, abrangendo toda a linha de cuidado e todos os níveis



de atenção, com ênfase na atenção básica, domiciliar e integração com os serviços especializados.

De acordo com o art. 2º, parágrafo único, “será elegível para cuidados paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição” (BRASIL, 2018). Porém, para Marcucci et al. (2016, p. 146), a elegibilidade de pacientes para CP consiste em um grande “desafio para os serviços de saúde”, apontando que vários estudos sugerem “como uma opção para indicação de CP a avaliação do grau de capacidade e de dependência funcional, utilizando, por exemplo, a Escala de Performance de Karnofsky (EPK), na qual indivíduos com escore de 50% ou menos são considerados com alto risco de terminalidade”, recomendam também a utilização da “ferramenta Palliative Care Screening Toll (PCST), que, além de utilizar um componente de avaliação funcional, associa a presença de doenças primárias, secundárias e de outras condições que indicam a necessidade de CP”.

A Escala de Performance de Karnofsky (EPK) é uma escala que avalia “o desempenho dos pacientes por meio da capacidade física e da autossuficiência, com pontuação variando entre 10% a 100%”, onde a maior pontuação aponta pacientes sem limitações e a pontuação menor a 50% “alto risco de morte, classificando o paciente para a terminalidade, sendo indicados para os Cuidados Paliativos (CABIANCA et al., 2017, p.3; MARCUCCI et al., 2016).

Corroborando, Gomes e Santos (2016) referem que a EPK é uma escala de avaliação que pode ser utilizada para indicar pacientes para elegibilidade de CP, sem se preocupar com a patologia do paciente.

De acordo com Silva (2018), a EPK deve ser interpretada de acordo com as condições do paciente, contudo, deve ser utilizada com muito cuidado. Os dados coletados podem ser subjetivos e não quantificando de forma adequada a condição do paciente, necessitando de uma discussão multidisciplinar com foco na abordagem clínica do paciente para subsidiar a conduta terapêutica. O Quadro 1 apresenta os critérios avaliados pela EPK e suas respectivas pontuações.



Quadro 1 – Estrutura da Escala de Performance de Karnofsky (EPK)

Gradação (%)	Interpretação (significado)
100	Sem sinais ou queixas; sem evidência de doenças.
90	Realiza atividades habituais; poucos sinais e sintomas da doença.
80	Realiza atividades habituais com esforço. Alguns sinais e sintomas da doença.
70	Cuida de si mesmo. Ainda é capaz de trabalhar.
60	Requer assistência ocasional, não é capaz de realizar atividades habituais ou trabalhar.
50	Necessita de cuidados frequentes e assistência médica.
40	Incapaz de realizar qualquer atividade; requer cuidados e assistência médica especiais.
30	Extremamente incapacitada, necessita hospitalização, sem sinal de morte iminente.
20	Muito doente, necessita de medidas de suporte, hospitalização necessária.
20	Moribundo, morte iminente.
0	Morte.

Fonte: Silva, Alexandre Ernesto. Critérios de elegibilidade para cuidado paliativo à pessoa adulta. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

Para Clara et al. (2019, p.2), a escala Palliative Care Screening Tool (PCST) desenvolvida pelo Center to Advance Palliative Care (CAPC) é utilizada para a indicação ou não de pacientes para cuidados paliativos seguindo os seguintes critérios de avaliação: “doença de base, doenças associadas, condição funcional do paciente e condições pessoais do paciente” , que ao final tem como resultado a necessidade ou não de cuidados paliativos”.

Para os autores a escala PCST pode avaliar com mais precisão a elegibilidade de pacientes para os CP por ser uma escala mais abrangente, sua indicação de utilização permite na indicação do CP que o paciente não sofra por excesso de terapias desnecessárias, objetivando desta forma, um cuidado paliativo direcionado às necessidades do paciente em sua finitude (CLARA et al., 2019).

De acordo com Clara et al. (2019) a utilização da escala PCST é feita a partir da análise dos quatro critérios apresentados, conforme apresentado no Quadro 2, e o escore resultante da



somatória destes critérios é o que irá determinar a elegibilidade do paciente para os CO, sendo que escores iguais ou maior que quatro pontos elegem o paciente para os CP. Porém, os autores ressaltam que escores iguais a três pontos devem ser considerados, devendo a equipe multidisciplinar manter o paciente em constante observação das suas condições clínicas, atentando-se para agravamentos.

Quadro 2 – Escala Palliative Care Screening Tool (PCST) para elegibilidade de pacientes para Cuidados Paliativos

Critérios	Avaliação	Pontuação
Doenças de Base	1. Câncer-metástase ou recidiva	2
	2. Doença pulmonar obstrutiva crônica DPOC avançada- repetidas exacerbações.	2
	3. Sequela de acidente vascular cerebral (AVC) - decréscimo de função motora maior ou igual 25%.	2
	4. Insuficiência renal grave – clearance de creatinina <10ml/min.	2
	5. Insuficiência cardíaca grave – insuficiência cardíaca congestiva (ICC) com fração de ejeção (FE) do ventrículo esquerdo FE< 25%, miocardiopatia ou insuficiência coronariana significativa.	2
	6. Outras doenças limitantes à vida do paciente	2
Doenças Associadas	1. Doença hepática	1
	2. Doença renal moderada – clearance de creatinina < 60ml/min.	1
	3. DPOC moderada – quadro clínico estável	1
	4. ICC moderada - quadro clínico estável	1
	5. Outras doenças associadas – o conjunto delas vale 1 ponto	1
Condição Funcional do paciente	1. Condição funcional do paciente – Esse critério avalia o grau de deficiência do paciente, levando em consideração a capacidade de realizar atividades habituais do cotidiano, atos de cuidados pessoais e número de horas confinado ao leito ou à cadeira de rodas. 2. Pontua-se 0 (paciente totalmente independente, ativo, que não possui restrições) até 4 (completamente dependente, necessita de ajuda em período integral, confinado à cama ou ao cadeirante).	
	Paciente totalmente independente, ativo, que não possui restrições.	0
	Paciente que requer assistência ocasionalmente, apresenta poucas restrições.	1
	Paciente que requer auxílio com frequência, apresenta restrições para realizar suas atividades habituais.	2
	Paciente que necessita de assistência, muito limitado ao leito e/ou cadeira.	3
	Paciente totalmente dependente da assistência, totalmente restrito ao leito.	4



Crítérios	Avaliação	Pontuação
Condições pessoais do paciente	1.Necessita de ajuda para decisões complexas de tratamento e questões psicológicas ou espirituais não definidas.	1
	2.Histórico de internações recentes em serviços de emergências.	1
	3.Hospitalizações frequentes por descompensação da doença de base.	1
	4.Internações prolongadas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou paciente já internado em UTI com mau prognóstico.	1

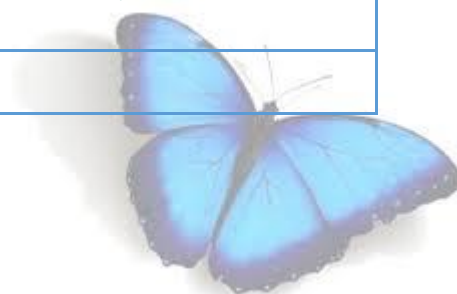
Fonte: Quadro adaptado pelo autores a partir de Clara et al. (2019).

Uma outra escala utilizada para avaliação da capacidade funcional é a Escala Performance Status do Eastern Cooperative Oncology Group (PS-ECOG). Segundo Pereira et al. (2014) a escala PS-ECOG foi elaborada por Oken et al. em 1982 com o objetivo de avaliar como o paciente realiza suas atividades habituais de vida a partir do impacto causado pela doença. É uma escala que pontua de 0 (zero) a 5 (pontos), sendo que zero caracteriza o paciente totalmente ativo e 5 o classifica como morto, conforme se apresenta no Quadro 3.

Quadro 3 – Escala de Performance Satatus do Eastern Cooperative Oncology Group (PS-ECOG) para avaliação da capacidade funcional.

Índice	Avaliação da Capacidade Funcional
0	Totalmente ativo, capaz de continuar todo o desempenho de pré-doença, sem restrição
1	Restritos para atividade física extenuante, porém capazes de realizar um trabalho de natureza leve ou sedentária.
2	Completamente capaz para o autocuidado, mas incapaz de realizar quaisquer atividades de trabalho; fora do leito por mais de 50% do tempo.
3	Capacidade de autocuidado limitada, restrito ao leito ou à cadeira mais de 50% do tempo de vigília.
4	Completamente limitado, não pode exercer qualquer autocuidado; restrito ao leito ou à cadeira)
5	Morto.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de Pereira et al. (2014).



De acordo com Mauriz et al. (2014) vários são os critérios utilizados para elegibilidade de pacientes para os Cuidados Paliativos, conforme demonstrado no quadro 4, podendo classificar por grupos de condições a serem avaliadas, tais como: as condições do paciente e doenças de base.

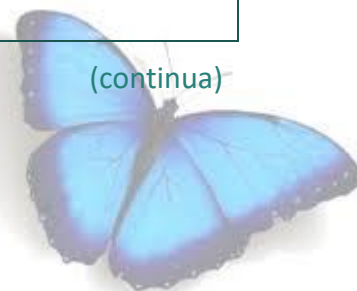
Quadro 4 – Critérios utilizados para elegibilidade de pacientes para os Cuidados Paliativos a partir das condições do paciente e doenças de base.

DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES DO PACIENTE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Doença progressiva, incurável e avançada 2. Poucas possibilidades de resposta às terapêuticas curativas ou quando as complicações decorrentes destas forem inaceitáveis 3. Evolução clínica oscilante, caracterizada pelo surgimento de várias crises de necessidades ou reagudizações recorrentes 4. Grande impacto emocional ou social para o doente e sua família, relacionado de maneira explícita ou não à proximidade da morte 5. Prognóstico de vida reservado (estimado em menos de seis meses) 6. Necessidade de adequação terapêutica ou das ações de investigação clínica 7. Internação prolongada sem evidência de melhora 8. Ser portador de uma doença progressiva e incurável e preferir não ser submetido a tratamento de prolongamento da vida 	
DE ACORDO COM AS DOENÇAS DE BASE	DOENÇAS ONCOLÓGICAS	- Qualquer paciente com câncer metastático ou inoperável
	DOENÇAS CARDÍACAS	- Classe funcional NYHA IV - Fração de ejeção < 20% - Refratariedade ao tratamento otimizado, incluindo vasodilatadores - Outros fatores de mal prognóstico: arritmia sintomática resistente, história de parada cardíaca, embolia cardiogênica, história de acidente vascular cerebral.
	DOENÇAS PULMONARES	- Dispneia incapacitante - VEF1 < 30% - Cor pulmonale - Hipoxemia em oxigenioterapia com retenção de CO2 - Perda de peso não intencional
	SINDROMES DEMENCIAIS	- Incapacidade de andar (restrito ao leito ou cadeira) - Dependência considerável ou completa para atividades de vida diária - Incontinências - Impossibilidade de comunicação (menos de seis palavras inteligíveis) - Comprometimento nutricional a despeito de suporte adequado - Albumina sérica < 2,5 mg/dl - Visitas frequentes à emergência por sintomas de descompensação clínica



DE ACORDO COM AS DOENÇAS DE BASE	SINDROME DE FRAGILIDADE	<ul style="list-style-type: none"> - Confinamento ao leito - Úlceras de pressão - Perda de peso não intencional - Albumina sérica < 2,5 mg/dl - Visitas frequentes à emergência por sintomas de descompensação clínica
	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (FASE AGUDA)	<p>Paciente comatoso, com pelo menos um dos seguintes critérios (a partir do 3º dia de coma):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respostas de tronco cerebral anormais - Resposta verbal anormal - Ausência de retirada a estímulo doloroso - Creatinina sérica > 1,5mg/dL
	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (FASE CRÔNICA)	<ul style="list-style-type: none"> - Baixo status funcional PPS < 40%) - Inabilidade de manter hidratação e oferta calórica com pelo menos um dos seguintes: <ul style="list-style-type: none"> * Perda de peso >10% nos últimos 6 meses ou >7,5% nos últimos 3 meses * Albumina sérica < 2,5g/dL * História atual de pneumonia aspirativa não responsiva a intervenções de fonoterapia * Disfagia severa a ponto de impedir o paciente de receber fluidos ou alimentação necessários para sustentar a vida (sem receber nutrição ou hidratação artificial) - Outros fatores de mal prognóstico: <ul style="list-style-type: none"> * Declínio funcional progressivo nos últimos 12 meses com complicações médicas frequentes; * Pneumonia aspirativa; * Pielonefrite; * Úlcera de pressão refratária estágio * Febre recorrente após antibióticos.
	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EXAMES DE IMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> - AVC hemorrágico não traumático: <ul style="list-style-type: none"> * Volume extenso: infratentorial >20ml ou supratentorial >50ml * Extensa inundação ventricular * Envolvimento cerebelar >30% da área de superfície * Desvio de linha média >1,5cm * Hidrocefalia obstrutiva em paciente com declínio do estado geral, ou que não seja candidato a derivação ventriculoperitoneal - AVC trombótico ou embólico: <ul style="list-style-type: none"> * Infarto anterior extenso com envolvimento cortical e subcortical * Infarto bihemisférico extenso * Oclusão da artéria basilar * Oclusão bilateral da artéria vertebral
	DOENÇAS RENAIS	<ul style="list-style-type: none"> - Recusa de transplante renal ou procedimento dialítico - Clearance de creatinina <15ml/min - Creatinina sérica > 8mg/dl (6mg/dl se DM tipo II)

(continua)



DE ACORDO COM AS DOENÇAS DE BASE	PACIENTES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	<ul style="list-style-type: none"> - Admissão de paciente portador de uma ou mais condições crônicas limitantes, proveniente de instituições de longa permanência - Tempo prolongado de ventilação mecânica ou falhas repetidas nas tentativas de desmame - Falência múltipla de órgãos - Câncer metastático - Encefalopatia hipóxica - Sofrimento familiar que comprometa a tomada de decisões
-------------------------------------	---	---

Fonte: Adaptado de Mauriz et al. (2014).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro/Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União. Brasília, 23 de novembro de 2018; Seção 1, p. 276.

CLARA, Maykel Gonçalves Santa et al. The Palliative Care Screening Tool as an instrument for recommending palliative care for older adults. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]**. 2019, v. 22, n. 05 [Acessado 11 Junho 2021] , e190143.

MACIEL, Maria Goretti Sales. **Organização de Serviços de Cuidados Paliativos**. IN: Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado 2ª edição, ago. 2012.

MARCUCCI, Fernando Cesar Iwamoto et al. Identificação de pacientes com indicação de Cuidados Paliativos na Estratégia Saúde da Família: estudo exploratório. **Cadernos Saúde Coletiva [online]**. 2016, v. 24, n. 2 , pp. 145-152.

MAURIZ, Patrícia et al. **Protocolo Cuidados Paliativos**. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar. 2014, disponível em:
<https://www.isgh.org.br/intranet/images/Servicos/Protocolos/isgh_protoco_cuidado_paliativo.pdf>

PEREIRA, Esdras Edgar Batista; SANTOS, Nadia Barreto dos; SARGES, Edilene do Socorro Nascimento Falcão. Avaliação da capacidade funcional do paciente onco geriátrico hospitalizado. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua , v. 5, n. 4, p. 37-44, dez. 2014 .

SILVA, Alexandre Ernesto. Critérios de elegibilidade para cuidado paliativo à pessoa adulta. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2018.



Capítulo 2 - Competências e Atuação dos Profissionais em Cuidados Paliativos

Multi e Interdisciplinaridade nas Ações de Cuidados Paliativos

Atualmente o Brasil vem vivenciando um crescimento na população idosa em decorrência de alterações nos “perfis demográfico e epidemiológico” populacionais. Nesse contexto há de se atentar “que a velhice é fator de risco para o desenvolvimento de doenças e que o avanço tecnológico, algumas vezes, pode acarretar condições inadequadas na vida das pessoas” (SILVEIRA et al., 2014, p. 8).

Embora o avanço tecnológico possa produzir vários efeitos positivos na assistência à saúde, ressalta-se também, que o seu uso pode acarretar na despersonalização das pessoas, sobretudo daquelas pessoas que estão em risco iminente de morte. A tecnologia pode parecer perfeita, mas, nem sempre esse é o resultado que se traduz, pois, segundo Silveira et al (2014), o avanço tecnológico pode causar um esfriamento humano, uma ausência de cuidado humanizado.

As pessoas enfermas ficam vulneráveis, expostas e dependentes de resultados terapêuticos provenientes do uso de máquinas, porém, tal tecnologia não supre a necessidade emocional/espiritual/psicológica inerente ao ser humano. E nessa perspectiva, Silveira et al. (2014) descrevem que nos cuidados paliativos (CP) o cuidado é o ponto central que objetiva o manejo dos sintomas que promovem o comprometimento da “qualidade de vida”, sendo muito importante a integração das ações de uma equipe multidisciplinar (SILVEIRA et al., 2014, p. 9).

Corroborando, Cruz et al. (2021, p. 417) reforçam que os CP objetivam “minimizar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam os problemas associados a doenças que ameaçam a vida”, envolvendo uma abordagem que contempla desde o diagnóstico precoce até o manejo da “dor e outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais”.

As intervenções, de acordo com Cruz et al. (2021), realizadas por meio desta abordagem estão classificadas em três níveis:

- ✚ Estado Físico: são utilizadas intervenções para manejo de sintomas como dor e náuseas;



-
- ✚ Estado Psicossocial: intervenções para identificação e manejo de medos, preocupações;
 - ✚ Estado Espiritual: intervenções no campo da espiritualidade.

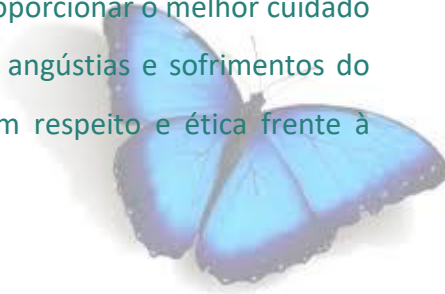
De acordo com Cruz et al. (2021, p. 417), para uma plena abordagem dos CP é necessária que haja o envolvimento de profissionais, tais como: “médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, capelão, fonoaudiólogo, dentista e terapeuta ocupacional”, desta forma, os CP deverão ser conduzidos por uma equipe multiprofissional para o alcance da excelência na assistência paliativa.

A Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA, 2014) ressalta os benefícios dos CP em pacientes com condições crônicas, além daqueles que possuem doenças que ameaçam ou limitam a vida. Esta afirmação pode revolucionar o cuidado em saúde, quando se pensa em alívio do sofrimento e da dor crônica, ou ainda quando se desenvolve um olhar ampliado aos efeitos sociais, psíquicos, emocionais, físicos e funcionais das comorbidades crônicas, que não tem cura, apenas podem ser controladas e acompanhadas.

Dando suporte aos CP, Brasil (2018) propõem por meio da Resolução número 41, de 31 de outubro de 2018, as diretrizes para a organização dos CP, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS) e, diante dessa Resolução, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, vem se organizando para que os hospitais do Estado constituam comissões de CP, compostas por equipe multidisciplinar, que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio de prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Para Picollo e Fachini (2018) é de suma importância que todos os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar estejam capacitados pra atender o paciente-família, transmitindo a estes segurança frente ao tratamento proposto, pois, por meio desta conduta pode-se obter melhores resultados na assistência paliativa.

Uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros profissionais da área de saúde, tem a responsabilidade de proporcionar o melhor cuidado para o paciente, capacitados para lidar adequadamente com os medos, angústias e sofrimentos do paciente e da família que estão constantemente presentes, agindo com respeito e ética frente à



realidade da finitude humana e às necessidades do indivíduo doente (MACHADO; PESSINI; HOSSNE, 2007).

A equipe multiprofissional tem o objetivo principal de unir esforços para oferecer um cuidado o mais abrangente e completo possível, aplicando todos os recursos diagnósticos necessários para a melhor compreensão e manejo dos sintomas, apresentando sempre o foco da melhora da qualidade de vida que pode influenciar positivamente no modo como o paciente lida com as questões relacionadas ao processo de adoecer (ANCP, 2007; SOUZA; CARPIGIANI, 2010).

Corroborando, Picollo e Fachini (2018, p. 90) enfatizam “sobre a importância de o atendimento ser realizado de forma integral, envolvendo todos os membros da equipe interdisciplinar e contemplando o paciente em sua totalidade”, entendendo que este atendimento deve ser realizado com qualidade abrangendo a sua “totalidade”, por meio do saber de cada profissional, sendo este capacitado para a abordagem dos CP e que cada profissional deve levar para discussão, compartilhando com a equipe multidisciplinar seus saberes para se “obter um resultado final satisfatório”.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. Rio de Janeiro: Diagraphic. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro/Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. **Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União. Brasília, 23 de novembro de 2018; Seção 1, p. 276.

CRUZ, Nayara Alves Oliveira da; NOBREGA, Matheus Rodrigues; GAUDÊNCIO, Marianne Ribeiro Barboza; FARIAS, Talinny Zubisarrânia Teoclaudylyanny Teotônio de Farias; PIMENTA, Talita Saraiva; FONSECA, Rachel Cavalcanti. O papel da equipe multidisciplinar nos cuidados paliativos em idosos: Uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.1, p. 414-434, jan. 2021.

MACHADO, K. D. G.; PESSINI, L.; HOSSNE, W. S. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. **Centro Universitário São Camilo**. v. 1, n. 1, p. 34-42, 2007.

PICOLLO, Daiana Paula; FACHINI, Mérlim. A atenção do enfermeiro ao paciente em cuidado paliativo. **Rev. Ciên. Méd.** Campinas, v. 27, n. 2, maio-jun. 2018.



SILVEIRA, Maria Helena; CIAMPONE, Maria Helena Trench; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]**. v. 17, n. 01, p. 7-16, 2014.

SOUZA, K. C.; CARPIGIANI, B. D. Não ditos e entreditos: a comunicação em cuidados paliativos. **Psicologia: Teoria e Prática**. v. 12, n. 1, p. 97-108, 2010.

WPCA: WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. 2014.



Competências e Atuação dos Médicos em Cuidados Paliativos

Para Pinelli et al. (2016, p. 541) o conceito de cuidados paliativos (CP), apresentado em 2014 pela Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA), se estende no objetivo de tratar de pessoas tanto em condições limitantes de vida quanto à pessoas que têm doenças crônicas tendo como foco as necessidades de cuidados dos pacientes e não a estimativa de tempo de vida ou prognóstico. Sendo necessária para esta abordagem a formação de uma equipe constituída por profissionais altamente capacitados para atender a demanda de pacientes nos “três níveis de complexidade: (i) conceitos gerais na formação de todos profissionais da área da saúde; (ii) conhecimentos básicos para atuação de médicos generalistas envolvidos na Atenção Primária à Saúde; (iii) formação de especialistas para assistência de casos de alta complexidade”.

Na formação do profissional médico a temática sobre o “processo de morrer” é abordado nas propostas curriculares com certa insipiência quanto ao preparo deste profissional para uma abordagem mais ampla no contexto dos cuidados paliativos, embora, na prática médica o “lidar e o cuidar de pacientes na fase final de vida” seja “um evento recorrente”. É certo afirmar que o desenvolvimento do conhecimento, habilidades e competências são inerentes à prática médica, tanto quanto a abordagem dos CP (PINELLI et al., 2016).

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2014, as competências do médico se fundamentam na formação generalista, “humanista, crítica, reflexiva e ética” assumindo um “compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana” permeando pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) como a universalidade, equidade e integralidade para atendimento de pessoas em estado de vulnerabilidade (BRASIL, 2014, s/n.)

De acordo com as DCNs de 2014, no Capítulo II – Das Áreas de Competência da Prática Médica, Art. 8º, parágrafo único:

[...] competência é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014, s/n.).



Dentre as inúmeras competências descritas nas DCNs para a formação do médico, conforme apresentado por Brasil (2014), podemos destacar:

1. REALIZAÇÃO DA HISTÓRIA CLÍNICA

- a) Estabelecimento de relação profissional ética no contato com as pessoas sob seus cuidados, familiares ou responsáveis;
- b) Identificação de situações de emergência, desde o início do contato, atuando de modo a preservar a saúde e a integridade física e mental das pessoas sob cuidado;
- c) Orientação do atendimento às necessidades de saúde, sendo capaz de combinar o conhecimento clínico e as evidências científicas, com o entendimento sobre a doença na perspectiva da singularidade de cada pessoa;
- d) Utilização de linguagem compreensível no processo terapêutico, estimulando o relato espontâneo da pessoa sob cuidados, tendo em conta os aspectos psicológicos, culturais e contextuais, sua história de vida, o ambiente em que vive e suas relações sociofamiliares, assegurando a privacidade e o conforto;
- e) Favorecimento da construção de vínculo, valorizando as preocupações, expectativas, crenças e os valores relacionados aos problemas relatados trazidos pela pessoa sob seus cuidados e responsáveis, possibilitando que ela analise sua própria situação de saúde e assim gerar autonomia no cuidado;
- f) Identificação dos motivos ou queixas, evitando julgamentos, considerando o contexto de vida e dos elementos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e a investigação de práticas culturais de cura em saúde, de matriz afro-indígena-brasileira e de outras relacionadas ao processo saúde-doença;
- g) Orientação e organização da anamnese, utilizando o raciocínio clínico-epidemiológico, a técnica semiológica e o conhecimento das evidências científicas;
- h) Investigação de sinais e sintomas, repercussões da situação, hábitos, fatores de risco, exposição às iniquidades econômicas e sociais e de saúde, condições correlatas e antecedentes pessoais e familiares; e



-
- i) Registro dos dados relevantes da anamnese no prontuário de forma clara e legível.

2. REALIZAÇÃO DO EXAME FÍSICO

- a) Esclarecimento sobre os procedimentos, manobras ou técnicas do exame físico ou exames diagnósticos, obtendo consentimento da pessoa sob seus cuidados ou do responsável;
- b) Cuidado máximo com a segurança, privacidade e conforto da pessoa sob seus cuidados;
- c) Postura ética, respeitosa e destreza técnica na inspeção, palpação, ausculta e percussão, com precisão na aplicação das manobras e procedimentos do exame físico geral e específico, considerando a história clínica, a diversidade étnico-racial, de gênero, de orientação sexual, linguístico-cultural e de pessoas com deficiência;
- d) Esclarecimento, à pessoa sob seus cuidados ou ao responsável por ela, sobre os sinais verificados, registrando as informações no prontuário, de modo legível.

3. FORMULAÇÃO DE HIPÓTESES

- a) Estabelecimento de hipóteses diagnósticas mais prováveis, relacionando os dados da história e exames clínicos;
- b) Prognóstico dos problemas da pessoa sob seus cuidados, considerando os contextos pessoal, familiar, do trabalho, epidemiológico, ambiental e outros pertinentes;
- c) Informação e esclarecimento das hipóteses estabelecidas, de forma ética e humanizada, considerando dúvidas e questionamentos da pessoa sob seus cuidados, familiares e responsáveis;
- d) Estabelecimento de oportunidades na comunicação para mediar conflito e conciliar possíveis visões divergentes entre profissionais de saúde, pessoa sob seus cuidados, familiares e responsáveis; e
- e) Compartilhamento do processo terapêutico e negociação do tratamento com a possível inclusão das práticas populares de saúde, que podem ter sido testadas ou que não causem dano.

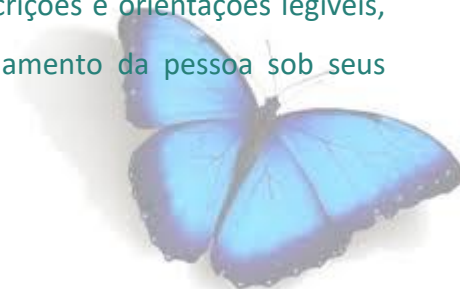


4. PROMOÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA

- a) Proposição e explicação, à pessoa sob cuidado ou responsável, sobre a investigação diagnóstica para ampliar, confirmar ou afastar hipóteses diagnóstica [...];
- b) Solicitação de exames complementares, com base nas melhores evidências científicas, conforme as necessidades da pessoa sob seus cuidados, avaliando sua possibilidade de acesso aos testes necessários;
- c) Avaliação singularizada das condições de segurança da pessoa sob seus cuidados, considerando-se eficiência, eficácia e efetividade dos exames;
- d) Interpretação dos resultados dos exames realizados, considerando as hipóteses diagnósticas, a condição clínica e o contexto da pessoa sob seus cuidados; e
- e) Registro e atualização, no prontuário, da investigação diagnóstica, de forma clara e objetiva.

5. AVALIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE PLANOS TERAPÊUTICOS

- a) Estabelecimento, a partir do raciocínio clínico-epidemiológico em contextos específicos, de planos terapêuticos, contemplando as dimensões de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação;
- b) Discussão do plano, suas implicações e o prognóstico, segundo as melhores evidências científicas, as práticas culturais de cuidado e cura da pessoa sob seus cuidados e as necessidades individuais e coletivas;
- c) Promoção do diálogo entre as necessidades referidas pela pessoa sob seus cuidados ou responsável, e as necessidades percebidas pelos profissionais de saúde, estimulando a pessoa sob seus cuidados a refletir sobre seus problemas e a promover o autocuidado;
- d) Estabelecimento de pacto sobre as ações de cuidado, promovendo a participação de outros profissionais, sempre que necessário;
- e) Implementação das ações pactuadas e disponibilização das prescrições e orientações legíveis, estabelecendo e negociando o acompanhamento ou encaminhamento da pessoa sob seus cuidados com justificativa;



-
- f) Informação sobre situações de notificação compulsória aos setores responsáveis;
 - g) Consideração da relação custo-efetividade das intervenções realizadas, explicando-as às pessoas sob cuidado e familiares, tendo em vista as escolhas possíveis;
 - h) Atuação autônoma e competente nas situações de emergência mais prevalentes de ameaça à vida;
 - i) Exercício competente em defesa da vida e dos direitos das pessoas.
 - j) Acompanhamento e avaliação da efetividade das intervenções realizadas e consideração da avaliação da pessoa sob seus cuidados ou do responsável em relação aos resultados obtidos, analisando dificuldades e valorizando conquistas;
 - k) Favorecimento do envolvimento da equipe de saúde na análise das estratégias de cuidado e resultados obtidos;
 - l) Revisão do diagnóstico e do plano terapêutico, sempre que necessário;
 - m) Explicação e orientação sobre os encaminhamentos ou a alta, verificando a compreensão da pessoa sob seus cuidados ou responsável; e
 - n) Registro do acompanhamento e da avaliação do plano no prontuário, buscando torná-lo um instrumento orientador do cuidado integral da pessoa sob seus cuidados.

Para Pinelli et al. (2016, p. 543), além das competências apresentadas por Brasil (2014) para o desempenho do papel do médico, para uma efetiva abordagem dos CP, os médicos devem:

1. Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis;
2. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida;
3. Não acelerar nem adiar a morte;
4. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
5. Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte;
6. Oferecer um sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e ao enfrentar o luto;



-
7. Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;
 8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
 9. Iniciar o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução mnº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Resolução CNE/CES 3/2014. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11.

PINELI, Paula Pereira et al. Cuidado Paliativo e Diretrizes Curriculares: Inclusão Necessária. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. v. 40, n. 4, pp. 540-546. 2016.



Competências e Atuação dos Enfermeiros em Cuidados Paliativos

A assistência em cuidados paliativos (CP) abre precedentes a uma modalidade de cuidados a ser implementada pela equipe multiprofissional e, sendo o enfermeiro o profissional que está ligado diretamente à frente dos cuidados que visam estratégias que viabilizam a prática assistencial direta a estes pacientes e seus familiares, cabe a ele utilizar suas habilidades para promover alívio ao processo de sofrimento (ALVES et al., 2017; FERNANDES, 2013).

Para Silva et al. (2011), o processo de formação do enfermeiro vem de encontro aos modelos de atenção à saúde propostos pelo SUS, promovendo mudanças nas DCNs dos Cursos de Graduação em Enfermagem, onde ao longo de seu processo de ensino-aprendizagem, o futuro enfermeiro deve desenvolver seis competências gerais, sendo: 1- atenção à saúde, 2- tomada de decisão, 3- comunicação, 4- liderança, 5- administração e gerenciamento e, 6- educação permanente, sendo sua “formação generalista, humanista, crítica e reflexiva” e, trinta e três competências específicas, sendo que a formação deve atender as “necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento” (BRASIL, 2001).

Segundo Picollo e Fachini (2018) a abordagem dos CP nos leva a refletir sobre a qualidade e humanização do atendimento com o objetivo de promover a qualidade de vida aos pacientes sob este cuidado. Promover a qualidade de vida aos pacientes é dar-lhes a oportunidade de exercer sua autonomia e participar das tomadas de decisões além de ter a garantia do controle da dor e o uso de terapêuticas que não prolonguem o seu sofrimento, preservando a sua dignidade.

Nesse processo de humanização da assistência o papel do enfermeiro é de suma importância, pois, de acordo com Picollo e Fachini (2018), a dinâmica de trabalho vivenciada pela equipe de enfermagem permite maior tempo e aproximação com o paciente/família proporcionando ao enfermeiro “uma facilidade maior para a criação de vínculo”. O vínculo, como descrito pelos autores, é uma das intervenções necessárias para que a autonomia possa ser um direito respeitado e, e utilizar a escuta ativa para a criação e fortalecimento do vínculo com o paciente/família.



Outra habilidade e competência que o enfermeiro pode utilizar para a aproximação com o paciente/família é a empatia. Para Picollo e Fachini (2018, p.89), a empatia pode ajudar o enfermeiro no entendimento das “angústias apresentadas pelo paciente duante o tratamento”.

Markus et al. (2017) descrevem que o enfermeiro presta assistência de enfermagem desde o atendimento das necessidades do paciente por meio de orientações e realização de procedimentos, bem como, na abordagem com a família que os acompanha no tratamento.

O enfermeiro atua diretamente na assistência ao paciente em CP, promovendo conforto; qualidade de vida; apoio ao paciente/família; assistência humanizada; comunicação efetiva; bem-estar e carinho por meio de uma relação fundamentada no respeito, na humanização e na confiança (MARKUS et al., 2017).

Para atuação no manejo dos CP é necessário que os profissionais de saúde desenvolvam habilidades no campo da compreensão da “morte como um processo natural da vida”, devendo dar apoio tanto para o paciente quanto para a família proporcionando-lhes todas as informações sobre a terapêutica dos CP e, desta forma, gerenciar os conflitos provenientes dos tabus existentes em torno da abordagem dos CP (FLORIANO BRABO; LAPRANO, 2018).

REFERÊNCIAS

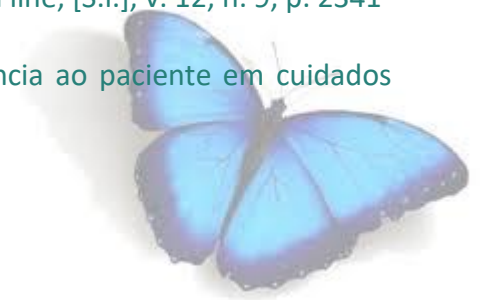
ALVES, M. O.; MAGALHÃES, S. C. M.; COELHO, B. A. A regionalização da saúde e a assistência aos usuários com câncer de mama. Saúde e Sociedade [online]. v. 26, n. 1, p. 141-154, 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov., 2001d; Seção 1, p. 37.

FERNANDES, M. A. et al. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2589-2596, Sept. 2013.

FLORIANO BRABO, Bruna Christine; GOMES GROSSI LAPRANO, Manoela. Competências do enfermeiro para o cuidado paliativo em cardiologia. Revista de Enfermagem UFPE on line, [S.l.], v. 12, n. 9, p. 2341-2348, set. 2018.

MARKUS, Lucimara Andréia et al. A atuação do enfermeiro na assistência ao paciente em cuidados paliativo. Revista Gestão & Saúde, v. 17, supl. 1, p. 71-81, 2017.



SILVA, M. J.; SOUSA, E. M.; FREITAS, C. L. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 64, n. 2, p. 315-321, Apr. 2011.



Competências e Atuação dos Fisioterapeutas em Cuidados Paliativos

De acordo com as recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o Curso de Graduação em Fisioterapia descritas no eixo Conhecimentos Biotecnológicos, os conteúdos para a formação do profissional fisioterapeuta devem permear pelos “avanços biotecnológicos utilizados nas ações fisioterapêuticas que permitam incorporar as inovações tecnológicas inerentes a pesquisa e a prática clínica fisioterapêutica” e no eixo dos “Conhecimentos Fisioterapêuticos - compreende a aquisição de amplos conhecimentos na área de formação específica da Fisioterapia” (BRASIL, 2002, s/n.).

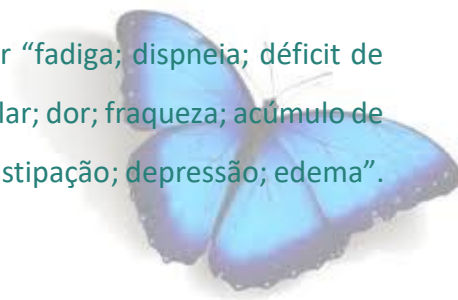
Os cursos para formação de profissionais de saúde, em sua grande maioria, não contemplam a abordagem das “necessidades dos pacientes terminais como pessoas e sim como estados patológicos, resultando em profissionais que se baseiam em evidências plenas com resultados controlados significantes, mas que não conseguem realizar boa anamnese por não dar crédito ao que o paciente relata”, priorizando uma formação voltada para a “qualidade técnica e científica” (REIS JUNIOR; DOS REIS, 2007).

Os pacientes/famílias que se encontram no enfrentamento de doenças que “ameaçam a vida” apresentam inúmeras necessidades decorrentes do seu processo de saúde-doença, sendo o controle da dor e o sofrimento físico, bem como “psicossocial e espiritual” as necessidades mais prevalentes. Tais necessidades demandam a implementação de intervenções e ações de uma equipe multidisciplinar, onde destacamos o profissional fisioterapeuta (OLIVEIRA et al., 2019, 428).

Para Reis Júnior e Dos Reis (2018, p. 132), o papel do fisioterapeuta, dentro da equipe multidisciplinar se estabelece, além das intervenções técnicas, nas ações de “ajudar o paciente a manter sua identidade; apoiá-lo na manutenção de vida ativa até a morte; gerar conforto; treinar habilidades remanescentes; promover atividade corporal; manter a autonomia dos pacientes; incentivar a convivência com a família e amigos; orientar os cuidadores”.

Para Reis Júnior e Dos Reis (2007, p. 132), quanto às intervenções técnicas, o profissional fisioterapeuta pode atuar:

1. Na identificação, controle e melhora dos sintomas causados por “fadiga; dispneia; déficit de locomoção; perda da funcionalidade; ansiedade; espasmo muscular; dor; fraqueza; acúmulo de secreção; úlcera por pressão; perda do equilíbrio; contratura; constipação; depressão; edema”.



2. As intervenções fisioterapêuticas que podem contribuir para a melhora do conforto e qualidade de vida dos pacientes são:

- + Massagem de conforto;
- + Movimentação passiva, ativo-assistida e ativas;
- + Posicionamento e transferência;
- + Mudança de decúbito;
- + Infravermelho;
- + Estimulação elétrica transcutânea;
- + Compressão e elevação;
- + Vibrocompressão;
- + Drenagem postural;
- + Respiração diafragmática;
- + Estímulo à tosse;
- + Aspiração;
- + Prescrição de auxílio para marcha;
- + Treino de deambulação

O fisioterapeuta desempenha papel de suma importância, dentro da equipe multiprofissional, na abordagem dos cuidados paliativos (CP), pois, auxilia na promoção do controle “dos sintomas, maximiza as habilidades funcionais remanescentes, promove educação e orientação aos cuidadores, mantém a autonomia dos pacientes, seu senso de identidade em meio a ambientes às vezes inóspitos e propicia e incentiva uma convivência maior com a família e os amigos queridos” (REIS JÚNIOR; DOS REIS, 2007, p. 132).

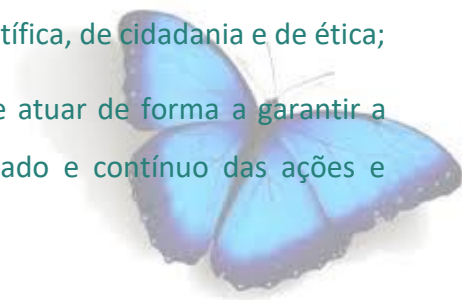
Corroborando, Oliveira et al. (2019, p. 429), afirmam que as competências e habilidades do fisioterapeuta, na abordagem de pacientes em CP, se estabelece nas “principais intervenções fisioterapêuticas” com destaque para o uso de:



-
- ✦ Métodos analgésicos: uso do TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation – Neuroestimulação Elétrica Transcutânea); crioterapia (utilização de baixas temperaturas para controle de processos inflamatórios) e terapia manual;
 - ✦ Intervenções nos sintomas psicofísicos, como depressão e estresse: utilização de técnicas de relaxamento e atividade física (técnicas de relaxamento e atividade física);
 - ✦ Intervenções para complicações osteomioarticulares: promoção de exercícios resistidos, aeróbicos e com descarga de peso),
 - ✦ Intervenções para complicações linfáticas: utilização de drenagem linfática manual, eletroterapia, aparelhos de compressão pneumática, bandagens elásticas e mobilização passiva e ativa;
 - ✦ Manejo para controle e melhora da fadiga: uso de exercícios físicos e técnicas de conservação de energia);
 - ✦ Intervenções para controle e melhora da função pulmonar: exercícios de controle respiratório, técnicas de conservação de energia, técnicas de higiene brônquica, posicionamento, técnicas de relaxamento, oxigenoterapia, ventilação mecânica invasiva e não invasiva),
 - ✦ Manejo para controle e prevenção de úlceras de pressão e as particularidades do tratamento pediátrico.

Tais atribuições são concernentes com as competências e habilidades das DCNs descritas para o Curso de Graduação em Fisioterapia, que, de acordo com a Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002, em seu art. 5º, aponta que o profissional fisioterapeuta, dentre outras competências, deve:

- I. Respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;
- II. Atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;
- III. Atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;
- IV. Reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e



-
- serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- V. Contribuir para a manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, considerando suas circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas;
 - VI. Realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente colhendo dados, solicitando, executando e interpretando exames propedêuticos e complementares que permitam elaborar um diagnóstico cinético-funcional, para eleger e quantificar as intervenções e condutas fisioterapêuticas apropriadas, objetivando tratar as disfunções no campo da Fisioterapia, em toda sua extensão e complexidade, estabelecendo prognóstico, reavaliando condutas e decidindo pela alta fisioterapêutica;
 - VII. Elaborar criticamente o diagnóstico cinético funcional e a intervenção fisioterapêutica, considerando o amplo espectro de questões clínicas, científicas, filosóficas éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na atuação profissional do fisioterapeuta, sendo capaz de intervir nas diversas áreas onde sua atuação profissional seja necessária;
 - VIII. Exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;
 - IX. Desempenhar atividades de planejamento, organização e gestão de serviços de saúde públicos ou privados, além de assessorar, prestar consultorias e auditorias no âmbito de sua competência profissional;
 - X. Emitir laudos, pareceres, atestados e relatórios;
 - XI. Prestar esclarecimentos, dirimir dúvidas e orientar o indivíduo e os seus familiares sobre o processo terapêutico;
 - XII. Manter a confidencialidade das informações, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral;
 - XIII. Encaminhar o paciente, quando necessário, a outros profissionais relacionando e estabelecendo um nível de cooperação com os demais membros da equipe de saúde;



XIV. Manter controle sobre à eficácia dos recursos tecnológicos pertinentes à atuação fisioterapêutica garantindo sua qualidade e segurança.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Diário Oficial da União. Brasília, 4 mar. 2002a; Seção 1, p.11.

OLIVEIRA, Talita de; BOMBARDA; Tatiana Barbieri; MORIGUCHI, Cristiane Shinohara. Fisioterapia em cuidados paliativos no contexto da atenção primária à saúde: ensaio teórico. **Cadernos Saúde Coletiva [online]**. v. 27, n. 4, p. 427-431. 2019.

REIS JÚNIOR, Luiz Carlos dos; DOS REIS, Paula Elisa Avelar Maia. CUIDADOS PALIATIVOS NO PACIENTE IDOSO: o papel do fisioterapeuta no contexto multidisciplinar. **Fisioterapia em Movimento**, [S.l.], v. 20, n. 2, ago. 2017. ISSN 1980-5918.



Competências e Atuação dos Assistentes Sociais em Cuidados Paliativos

O Assistente Social é o profissional que trabalha no âmbito da Seguridade Social, elaborando e promovendo intervenções para enfrentamento das necessidades sociais, tendo como enfoque a promoção do “exercício pleno da cidadania”, a inserção dos usuários nos programas assistenciais e a garantia dos direitos sociais comum a quer cidadão, principalmente, no âmbito das políticas sociais como educação, saúde e outras (BRASIL, 2001, s/n.).

As competências e habilidades descritas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), por Brasil (2001), para a formação do Assistente Social são, dentre outras:

- I. Identificar as demandas presentes na sociedade, visando a formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social;
- II. Elaborar, executar e avaliar planos, programas e projetos na área social;
- III. Contribuir para viabilizar a participação dos usuários nas decisões institucionais;
- IV. Planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais;
- V. Prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública, empresas privadas e movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais e à garantia dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- VI. Orientar a população na identificação de recursos para atendimento e defesa de seus direitos;
- VII. Realizar visitas, perícias técnicas, laudos, informações e pareceres sobre matéria de Serviço Social.

A atuação do Assistente Social como membro da equipe multidisciplinar na abordagem dos cuidados paliativos (CP) vem sendo discutida como destaque frente a necessidade de organizar as ações, aprimorando a assistência mediante a demanda de pacientes e família, nortendo desta forma a qualidade desta assistência com foco nos direitos de liberdade e respeito (SILVA; MIRANDA, 2019).

Para Silva e Miranda (2019) as intervenções realizadas pelo Assistente Social frente a abordagem dos CP estão relacionadas aos contextos:



-
- ✚ Trabalho interdisciplinar: o Assistente Social é o elo entre o paciente/família e equipe multidisciplinar, devendo estabelecer uma relação fundamentada nos princípios da confiabilidade, segurança, veracidade e respeito, utilizando a ferramenta da comunicação para o fortalecimento deste elo;
 - ✚ Identificação e análise das condições sociais do paciente/família: identificar e avaliar as condições sociais reais e a relação destas frente as propostas terapêuticas apresentadas pela equipe multidisciplinar, tornando de fácil entendimento, para ambos (equipe multidisciplinar e paciente/família) os pontos que podem fortalecer ou serem barreiras para as garantias dos direitos sociais;
 - ✚ Contribuir com o compartilhamento dos saberes, das responsabilidades e ações advindas dos CP, com os demais profissionais possibilitando a articulação e complementação dos conhecimentos provenientes de cada profissional e suas respectivas competências técnicas;
 - ✚ Atuar como interlocutor entre a instituição de saúde, a equipe multiprofissional e o paciente/família, articulando as ações assistenciais na rede de atenção à saúde, fortalecendo a integralidade da assistência ao paciente em CP;
 - ✚ Participar da elaboração do plano terapêutico, estabelecendo as intervenções de cunho sociais;
 - ✚ Fornecer informações á equipe multiprofissional sobre os dados do paciente, que podem caracterizar-se como problemas de ordem social, emocional, econômico, direcionando-os a tomadas de decisões terapeuticas mais assertivas;
 - ✚ Ter visão holística sobre as condições dos pacientes/famílias, para identificação de suas necessidades, para elaboração de ações estratégicas que permitam dar resolutividade às angústias advindas do processo saúde-doença;
 - ✚ Promover a escuta ativa, o acolhimento e a criação do vínculo;
 - ✚ Promover aconselhamento e assistência para o enfrentamento do luto;
 - ✚ Avaliar a situação previdenciária e trabalhista do paciente; para levantamento de dados que indiquem a necessidade de suporte aos serviços jurídicos como consulta ao Ministério Público, Defensoria Pública e outros;
 - ✚ Promover apoio ao paciente/família mediante indicação de assistência domiciliar;



-
- ✚ Dar suporte para integralidade da assistência ao paciente/família frente à necessidade de transporte , estadia e/ou alimentação mediante ao tratamento referenciado fora do município de residência;
 - ✚ Realizar visitas domiciliares para avaliar os contextos sociais, emocionais e assistenciais, identificando as necessidades e mediante as informações com a equipe multiprofissional;
 - ✚ Identificar e considerar os fatores Determinantes Sociais de Saúde (DSS), estabelecendo suas relações sociais na qualidade de vida dos pacientes/família e, a partir destes resultados estabelecer um plano de ação que permita dar suporte assistencial, emocional e social aos envolvidos na abordagem do CP, para melhor enfrentamento das respostas humanas frente ao processo da morte e do morrer.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n.º 492, de 03 de abril de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Filosofia, História, Geografia, Serviço Social, Comunicação Social, Ciências Sociais, Letras, Biblioteconomia, Arquivologia e Museologia. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de julho de 2001 - Seção 1e, 2001e, p. 50.

SILVA, Cristiana Carla da. Análise da Produção do Conhecimento Sobre o Trabalho do Serviço Social em Cuidados Paliativos. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Cuidados Paliativos) – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. Paraíba. 37 fls, 2019.



Competências e Atuação dos Psicólogos em Cuidados Paliativos

Doenças como o câncer em estágio avançado, acidentes vasculares encefálicos, doenças degenerativas e outras doenças consideradas crônicas podem evoluir progressivamente, não sendo mais possível estabelecimento de uma cura e, diante dessa realidade, aos pacientes/famílias que se encontram em processo de doença terminal ou em finitude são referenciados aos Cuidados Paliativos (CP) (MARTINHO et al., 2015).

Para Martinho et al. (2015), na abordagem dos CP a assistência se firma no manejo dos sinais e sintomas (físicos, emocionais, psicológicos etc), na comunicação efetiva e no plano terapêutico focado no auxílio, cuidados ao paciente/família e no trabalho executado pela equipe multidisciplinar.

No contexto do trabalho da equipe multidisciplinar, Martinho et al. (2015, p. 2) ressaltam o papel do psicólogo e sua importância para a “prevenção e alívio do sofrimento do doente e família num processo de doença”, principalmente, se estabelecendo nas interfaces da comunicação, sendo o facilitador do processo que envolve o apoio psicológico, a redução dos riscos psicossociais e o enfrentamento do luto.

Segundo Viegas et al. (2018) as competências do psicólogo no contexto dos CP estão relacionadas aos campos da orientação e comunicação como bases fundamentais para a realização das intervenções psicológicas e, que devem permear pelos princípios do respeito à individualidade, totalidade do ser humano e sua autonomia.

As intervenções realizadas pelo psicólogo, na abordagem dos CP, devem ser fundamentadas em referenciais teóricos, que segundo Viegas et al. (2018, p. 33), devem se apoiar na “psicanálise, psicologia analítica, psicologia social, análise do comportamento, fenomenologia, em outras”. A partir destes princípios, as principais intervenções são:

- ✚ Avaliar o paciente: identificando o contexto do seu núcleo familiar e sua relação;
- ✚ Compartilhar e apoiar a equipe multiprofissional na informação ao paciente/família sobre o diagnóstico, a proposta terapêutica e as ações para o enfrentamento do seu estado de saúde-doença.



-
- ✚ Proporcionar o apoio psicológico, respeitando a singularidade de cada paciente/família envolvida na assistência paliativa.
 - ✚ Promover ações e estratégias que possam fortalecer o enfrentamento do processo saúde-doença, tais como o uso de técnicas de “visualização, relaxamento, meditação, reafirmação ou correção de padrões adaptativos e desadaptados de enfrentamento do paciente (reviver situações prazerosas, elaborar significados positivos, etc)” (VIEGAS et al., 2018, p. 34);

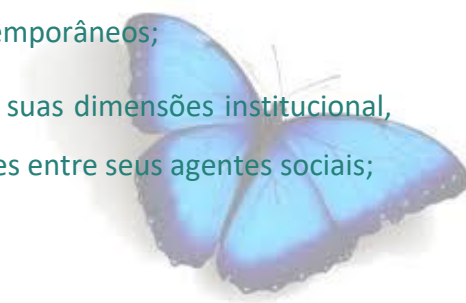
Porto e Lustosa (2010, p. 80) descrevem que “o processo de luto é um exemplo de morte em vida que se caracteriza por um conjunto de reações diante de uma perda. Falar de perda significa falar de vínculo que se rompe, ou seja, uma parte de si é perdida; por isso, fala-se da morte em vida” e, ressalta que em decorrência do avanço tecnológico na saúde, ainda é “difícil, nos tempos de hoje, encarar a morte como um fenômeno natural”.

Em decorrência das alterações que ocorrem no processo saúde-doença, o paciente que é hospitalizado se vê fragilizado física e psicologicamente, necessitando de assistência de um psicólogo. Nesse contexto, Porto e Lustosa (2010) descrevem o quanto é importante a contribuição da psicologia no âmbito hospitalar, pois, o psicólogo inserido na equipe de CP poderá dar suporte na assistência frente as dimensões psíquica, social e espiritual, inerentes à natureza humana, incluindo no seu atendimento, não somente o paciente, mas também , sua família.

Os resultados da assistência psicológica podem produzir efeitos positivos na adesão do paciente/família às medidas terapêuticas propostas pela equipe multiprofissional dos CP (PORTO; LUSTOSA, 2010).

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para a formação do psicólogo, descritas por Brasil (2018, s/n) por meio da Resolução nº 597, de 13 de setembro de 2018, no art. 9º , o profissional psicólogo deve ter “[...] domínio básico de conhecimentos psicológicos, em articulação com outros campos de saberes, e a capacidade de utilizá-los em diferentes contextos que demandam investigação, análise, avaliação, prevenção e intervenção em processos psicológicos e psicossociais e promoção da qualidade de vida”, devendo estar apto para:

- I. Analisar o campo de atuação profissional e seus desafios contemporâneos;
- II. Compreender o contexto em que atua profissionalmente em suas dimensões institucional, organizacional e cultural, explicitando a dinâmica das interações entre seus agentes sociais;



-
- III. Analisar a diversidade teórico-prática da Psicologia, diferenciando e articulando suas bases epistemológicas e metodológicas;
 - IV. Refletir e considerar sua responsabilidade, suas competências e limitações no exercício profissional, reconhecendo a necessidade de supervisão, autocuidado e educação permanente;
 - V. Reconhecer a pessoa em sua integralidade, respeitando suas condições pessoais e os determinantes sociais, políticos, culturais e históricos intervenientes, para que suas decisões profissionais sejam tomadas com base na preservação dos direitos e no bem-estar do outro, considerados os padrões éticos e legais;
 - VI. Tomar decisões éticas e metodológicas quanto à seleção de instrumentos e procedimentos de coleta de dados em Psicologia, em prol da realização de pesquisa, diagnóstico e/ou avaliação de processos psicológicos de indivíduos, grupos, organizações, comunidades e de movimentos sociais, com base na pertinência e adequação à população-alvo;
 - VII. Relacionar-se com o outro de modo a propiciar o desenvolvimento de vínculos interpessoais requeridos na atuação profissional, sendo acessível aos usuários de serviços psicológicos e resguardando os princípios éticos no uso das informações que lhe forem confiadas, tanto na interação com outros profissionais como com o público em geral;
 - VIII. Avaliar fenômenos humanos de ordem cognitiva, comportamental, afetiva, perceptiva, comunicacional, cultural e social, em diferentes contextos de sua atuação;
 - IX. Identificar e analisar necessidades de natureza psicológica, diagnosticar, elaborar projetos, planejar e agir de forma coerente com referenciais teóricos e características da população-alvo;
 - X. Atuar profissionalmente em diferentes níveis de ação, com foco no indivíduo, na família e na comunidade, possibilitando uma atenção que abranja ações de promoção à saúde, prevenção de enfermidades e intervenções terapêuticas e psicoterapêuticas que colaborem para o cuidado de situações de sofrimento;
 - XI. Realizar acolhimento, orientação, aconselhamento psicológico, psicoterapia e mediação em situações de comunicação, considerando sempre a relação do indivíduo/grupo/comunidade/organização/instituição e seu entorno;



-
- XII. Atuar como coordenador ou membro de equipe, oferecendo contribuições construtivas relacionadas à gestão, ao planejamento e à colaboração no trabalho, de acordo com sua função na equipe;
 - XIII. Coordenar e manejar processos grupais, considerando as diferenças individuais e socioculturais de seus membros, as demandas grupais e a promoção de autonomia e autogestão dos grupos, a partir de suas potencialidades;
 - XIV. Atuar inter e multiprofissionalmente, por meio do efetivo trabalho em equipe, em uma perspectiva colaborativa e de troca de saberes, com o intuito de promover a integralidade da atenção aos indivíduos, grupos, organizações e instituições;
 - XV. Elaborar registros documentais decorrentes da prestação de serviços psicológicos, tais como pareceres técnicos, laudos, relatórios e evolução em prontuários, de acordo com os preceitos éticos e legais;
 - XVI. Valorizar e contribuir para a elaboração, implementação, acompanhamento e avaliação de políticas públicas relacionadas à atuação profissional do psicólogo e promotoras de direitos e cidadania;
 - XVII. Atuar nas políticas públicas, de forma interdisciplinar, multiprofissional, interprofissional e intersetorial, contemplando as referências teórico-metodológicas do campo da Psicologia, as diretrizes das políticas públicas, as especificidades sócio-territoriais e os processos de cidadania, participação e controle social, comprometendo-se com a produção de conhecimento;
 - XVIII. Buscar e utilizar de forma crítica o conhecimento científico necessário à atuação profissional, assim como gerar conhecimento a partir da prática profissional;
 - XIX. Realizar investigação científica, de forma intencional e planejada, adequada ao problema em estudo, baseando-se para tal em critérios epistemológicos e metodológicos fundamentados e de acordo com os princípios da ética e da bioética;
 - XX. Divulgar e debater os saberes e práticas psicológicos, tendo como base os fundamentos teórico-metodológicos e éticos da Psicologia, e considerando os meios adequados a cada situação;



-
- XXI. Compreender o papel e os efeitos dos recursos técnicos e tecnológicos no processo de trabalho do psicólogo e nos usuários de seus serviços, considerando os conhecimentos científicos sobre o tema e os preceitos éticos da profissão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n] 597, de 13 de setembro de 2018. **Aprova o Parecer Técnico nº 346/2018 que dispõe sobre as Recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação Bacharelado em Psicologia.** Diário Oficial da União. Brasília, 30 de novembro de 2018; Edição: 230, Seção 1, p. 199.

MARTINHO, Ana Raquel Sapeta; PILHA, Liliana; SAPETA, Paula. Competências do psicólogo em cuidados paliativos. **ResearchGate**. Jan. 2015. Disponível em : https://www.researchgate.net/publication/311104391_Competencias_do_psicologo_em_cuidados_paliativos_Skills_of_psychologists_in_palliative_care_Doutorada_em_Enfermagem_e_Mestre_em_Sociologia_Coordenadora_do_mestrado_em_cuidados_paliativos_da_ESALD-IPCB

PORTO, Gláucia; LUSTOSA, Maria Alice. Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, p. 76-93, jun. 2010.

VIEGAS, Meirylyne Pereira Bezerra; MARINHO, Vinícius Lopes; SANTOS, Marta Azevedo dos; SILVA, Jeann Bruno Ferreira da Silva. Cuidados Paliativos: competências e intervenções do psicólogo. **Revista Amazônia Science & Health**, v.6, nº 4, p. 30-36, 2018.



Competências e Atuação dos Nutricionistas em Cuidados Paliativos

O profissional nutricionista desenvolve ações em todas as “áreas do conhecimento em que a alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida” (BRASIL, 2001).

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o Curso de Graduação em Nutrição, conforme descreve Brasil (2001) no art. 5º, são competências dos nutricionistas:

- I. Aplicar conhecimentos sobre a composição, propriedades e transformações dos alimentos e seu aproveitamento pelo organismo humano, na atenção dietética;
- II. Contribuir para promover, manter e ou recuperar o estado nutricional de indivíduos e grupos populacionais;
- III. Desenvolver e aplicar métodos e técnicas de ensino em sua área de atuação;
- IV. Atuar em políticas e programas de educação, segurança e vigilância nutricional, alimentar e sanitária, visando a promoção da saúde em âmbito local, regional e nacional;
- V. Atuar na formulação e execução de programas de educação nutricional; de vigilância nutricional, alimentar e sanitária;
- VI. Atuar em equipes multiprofissionais de saúde e de terapia nutricional;
- VII. Avaliar, diagnosticar e acompanhar o estado nutricional; planejar, prescrever, analisar, supervisionar e avaliar dietas e suplementos dietéticos para indivíduos sadios e enfermos;
- VIII. Planejar, gerenciar e avaliar unidades de alimentação e nutrição, visando a manutenção e/ou melhoria das condições de saúde de coletividades sadias e enfermas;
- IX. Realizar diagnósticos e intervenções na área de alimentação e nutrição, considerando a influência sócio-cultural e econômica que determina a disponibilidade, consumo e utilização biológica dos alimentos pelo indivíduo e pela população;



-
- X. Atuar em equipes multiprofissionais destinadas a planejar, coordenar, supervisionar, implementar, executar e avaliar atividades na área de alimentação e nutrição e de saúde;
 - XI. Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
 - XII. Desenvolver atividades de auditoria, assessoria, consultoria na área de alimentação e nutrição;
 - XIII. Atuar em marketing de alimentação e nutrição;
 - XIV. Exercer controle de qualidade dos alimentos em sua área de competência;
 - XV. Desenvolver e avaliar novas fórmulas ou produtos alimentares, visando sua utilização na alimentação humana;
 - XVI. Integrar grupos de pesquisa na área de alimentação e nutrição; e
 - XVII. Investigar e aplicar conhecimentos com visão holística do ser humano, integrando equipes multiprofissionais.

Em se tratando de cuidados paliativos (CP), Magalhães et al. (2018, p. 5) aponta que, para uma abordagem de CP que promova qualidade de vida aos pacientes que enfrentam doenças “que ameaçam a vida”, é necessário haja a formação de uma equipe multiprofissional, “com inclusão de nutricionistas, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, dentistas, fonoaudiólogos, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, musicoterapeuta, capelão, entre outros profissionais a fim de que o paciente e seus familiares tenham conforto”.

O profissional nutricionista é responsável por promover o controle e o manejo de sintomas decorrentes de distúrbios gastrintestinais, que podem ser causados por respostas do organismo frente ao processo de doença ou em função dos efeitos indesejáveis da terapêutica medicamentosa, como “inapetência, perda ponderal, xerostomia, digeusia, náuseas, vômitos, diarreia, constipação intestinal, desidratação e desnutrição” (MAGALHÃES et al., 2018, p. 5).

Para Silva et al. (2009, p. 361) a interdisciplinaridade promove uma assistência integral ao paciente, permeando-o no cuidado físico, psíquico, social e espiritual e, nesse contexto, ressaltam a



importância do papel do nutricionista na assistência ao paciente em terminalidade, uma vez que é comum estes pacientes apresentarem sintomas de “inapetência, desinteresse pelos alimentos e recusa aqueles de maior preferência, associado a sintomas indesejáveis relacionados à enfermidade e aos fármacos”.

Os pacientes em CP, em razão da doença e dos efeitos da terapia medicamentosa, apresentam inúmeras alterações que estão impactam na alimentação, tais como “a perda da habilidade sentir o sabor, deglutir e digerir os alimentos, absorver nutrientes e até eliminar as fezes de forma independente”. Tal situação pode produzir no paciente outras alterações como a “depressão” e o “isolamento social, além da perda de confiança e auto-estima” (SILVA et al., 2009, p. 361).

Desta forma, entende-se que, além das atribuições descritas por Brasil (2001), especificamente no campo dos CP, Silva et al. (2009) ressaltam que o nutricionista exerce um papel de suma importância dentro da equipe multiprofissional, promovendo a assistência alimentar e nutricional ao paciente, atendendo as necessidades nutricionais e solicitações alimentares objetivando resultados favoráveis à qualidade de vida do paciente por meio de uma alimentação / nutrição adequada, manejo dos sintomas provocados pela doença e pelos efeitos colaterais das medicações.

Corroborando, Magalhães et al. (2018) descrevem que o nutricionista, inserido na equipe multiprofissional de CP, desempenha importante papel que favorece a evolução do paciente, promove assistência à equipe, direcionando-a ao melhor planejamento do plano assistenciais relacionado à alimentação e nutrição do paciente, subsidiando-os com suas competências, conhecimentos e habilidades referentes à sua área do saber. Tais informações podem produzir respostas positivas para o manejo e controle das angústias vivenciadas pelo paciente, bem como, este profissional contribui para a criação do vínculo entre o paciente e a equipe.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 5, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. Diário Oficial da União Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 39.

MAGALHÃES, Eloá Siqueira; DE OLIVEIRA, Aline Estevanato Marques; CUNHA, Natália Baraldi. Atuação do nutricionista para melhora da qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Arquivos de Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 25, n. 3, p. 4-9, dez. 2018.



SILVA, Daisy Aparecida da; OLIVEIRA, Juliana Rodrigues de; SANTOS, Elizabete Alexandre dos; MENDES, Fernanda Salzani. Atuação do nutricionista na melhora da qualidade de vida de idosos com câncer em cuidados paliativos. **O Mundo da Saúde, São Paulo**, v. 33, n. 3, p. 358-364, 2009.



Competências e Atuação dos Farmacêuticos em Cuidados Paliativos

Para Brasil (2017, s/n.), o farmacêutico é o profissional que atua com foco nos “fármacos, nos medicamentos e na assistência farmacêutica, e, de forma integrada, com formação em análises clínicas e toxicológicas, em cosméticos e em alimentos, em prol do cuidado à saúde do indivíduo, da família e da comunidade”.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para a formação do farmacêutico, segundo Brasil (2017, s/n.), descreve as competências destes profissionais, devendo estar apto para realizar as seguintes intervenções:

- I. Acolhimento do indivíduo, verificação das necessidades, realização da anamnese farmacêutica e registro das informações referentes ao cuidado em saúde, considerando o contexto de vida e a integralidade do indivíduo;
- II. Avaliação e o manejo da farmacoterapia, com base em raciocínio clínico, considerando necessidade, prescrição, efetividade, segurança, comodidade, acesso, adesão e custo;
- III. Solicitação, realização e interpretação de exames clínico-laboratoriais e toxicológicos, verificação e avaliação de parâmetros fisiológicos, bioquímicos e farmacocinéticos, para fins de acompanhamento farmacoterapêutico e de provisão de outros serviços farmacêuticos;
- IV. Investigação de riscos relacionados à segurança do paciente, visando ao desenvolvimento de ações preventivas e corretivas;
- V. Identificação de situações de alerta para o encaminhamento a outro profissional ou serviço de saúde, atuando de modo que se preserve a saúde e a integridade do paciente;
- VI. Planejamento, coordenação e realização de diagnóstico situacional de saúde, com base em estudos epidemiológicos, demográficos, farmacoepidemiológicos, farmacoeconômicos, clínico-laboratoriais e socioeconômicos, além de outras investigações de caráter técnico, científico e social, reconhecendo as características nacionais, regionais e locais;
- VII. Elaboração e aplicação de plano de cuidado farmacêutico, pactuado com o paciente e/ou cuidador, e articulado com a equipe interprofissional de saúde, com acompanhamento da sua evolução;



-
- VIII. Prescrição de terapias farmacológicas e não farmacológicas e de outras intervenções, relativas ao cuidado em saúde, conforme legislação específica, no âmbito de sua competência profissional;
 - IX. Dispensação de medicamentos, considerando o acesso e o seu uso seguro e racional;
 - X. Rastreamento em saúde, educação em saúde, manejo de problemas de saúde autolimitados, monitorização terapêutica de medicamentos, conciliação de medicamentos, revisão da farmacoterapia, acompanhamento farmacoterapêutico, gestão da clínica, entre outros serviços farmacêuticos;
 - XI. Esclarecimento ao indivíduo, e, quando necessário, ao seu cuidador, sobre a condição de saúde, tratamento, exames clínico-laboratoriais e outros aspectos relativos ao processo de cuidado;
 - XII. Busca, seleção, organização, interpretação e divulgação de informações, que orientem a tomada de decisões baseadas em evidências científicas, em consonância com as políticas de saúde;
 - XIII. Promoção e educação em saúde, envolvendo o indivíduo, a família e a comunidade, identificando as necessidades de aprendizagem e promovendo ações educativas;
 - XIV. Realização e interpretação de exames clínico-laboratoriais e toxicológicos, para fins de complementação de diagnóstico e prognóstico;
 - XV. Prescrição, orientação, aplicação e acompanhamento, visando ao uso adequado de cosméticos e outros produtos para a saúde, conforme legislação específica, no âmbito de sua competência profissional;
 - XVI. Orientação sobre o uso seguro e racional de alimentos, relacionados à saúde, incluindo os parenterais e enterais, bem como os suplementos alimentares e de plantas medicinais fitoterápicas de eficácia comprovada;
 - XVII. Prescrição, aplicação e acompanhamento das práticas integrativas e complementares, de acordo com as políticas públicas de saúde e a legislação vigente.



Uma das ações principais na abordagem do cuidado paliativo (CP) é o manejo dos sintomas sendo normalmente realizado com o uso de terapia medicamentosa e, de acordo com Silva et al. (2020), nesse contexto assume um papel de extrema importância, pois, em conjunto com a equipe multidisciplinar promove o alívio e o conforto ao paciente a partir da elaboração de uma adequada terapêutica farmacológica.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 6, de 19 de outubro de 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 20 de outubro de 2017, Seção 1, p. 30.

SILVA, Carla Maria Lima; SOUZA, Josilene Nery de; SANTOS, Fernanda Almeida dos; GARDENGHI, Giuliano. Serviços farmacêuticos em cuidados paliativos. **Revista Eletrônica Saúde e Ciência**, v. 10, n. 2, p. 8-15, 2020.



Competências e Atuação dos Fonoaudiólogos em Cuidados Paliativos

O profissional fonoaudiólogo, de acordo com Brasil (2002) desempenha as seguintes competências e habilidades:

- I. Compreender e analisar criticamente os sistemas teóricos e conceituais envolvidos no campo fonoaudiológico, que abrange o estudo da motricidade oral, voz, fala, linguagem oral e escrita e da audição, e os métodos clínicos utilizados para prevenir, avaliar, diagnosticar e tratar os distúrbios da linguagem (oral e escrita), audição, voz e sistema sensorio motor oral;
- II. Compreender a constituição do humano, as relações sociais, o psiquismo, a linguagem, a aprendizagem. O estudo deste processo como condição para a compreensão da gênese e da evolução das alterações fonoaudiológicas;
- III. Apreender as dimensões e processos fonoaudiológicos em sua amplitude e complexidade;
- IV. Avaliar, diagnosticar, prevenir e tratar os distúrbios pertinentes ao campo fonoaudiológico em toda extensão e complexidade;
- V. Apreender e elaborar criticamente o amplo leque de questões clínicas, científico-filosóficas, éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na atuação profissional do Fonoaudiólogo, capacitando-se para realizar intervenções apropriadas às diferentes demandas sociais;
- VI. Possuir uma formação científica, generalista, que permita dominar e integrar os conhecimentos, atitudes e informações necessários aos vários tipos de atuação em Fonoaudiologia;
- VII. Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- VIII. Desenvolver, participar e/ou analisar projetos de atuação profissional disciplinares, multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares;



-
- IX. Possuir recursos científicos, teórico-práticos e éticos que permitam a atuação profissional e reavaliação de condutas;
 - X. Conquistar autonomia pessoal e intelectual necessárias para empreender contínua formação profissional;
 - XI. Situar a Fonoaudiologia em relação às outras áreas do saber que compõem e compartilham sua formação e atuação;
 - XII. Observar, descrever e interpretar de modo fundamentado e crítico as situações da realidade que concernem ao seu universo profissional;
 - XIII. Pensar sua profissão e atuação de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;
 - XIV. Conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;
 - XV. Utilizar, acompanhar e incorporar inovações técnico-científicas no campo fonoaudiológico.

Segundo Moreira et al. (2020, p. 2) os objetivos da equipe interdisciplinar são “[1] minimizar o sofrimento e [2] otimizar a qualidade de vida, bem-estar e seguridade do paciente em cuidados paliativos, incluindo aqui assistência extensiva aos seus familiares e cuidadores”. Nesse contexto, o fonoaudiólogo tem participação importante na interdisciplinaridade, pois, contribui para resultados mais efetivos, principalmente no tocante ao manejo e controle dos agravos e condições crônicas decorrentes da evolução da doença e de efeitos das terapias propostas, tais como a disfagia e o prejuízo na comunicação.

Destaca-se, além das competências e atribuições apresentadas por Brasil (2002), que o fonoaudiólogo, segundo Moreira et al. (2020), deve avaliar e propor ações estratégicas que possam controlar e mitigar os efeitos negativos causados pela condição de saúde e/ou pelas terapias em uso (quimioterapia, radioterapia e outras), promovendo qualidade de vida ao paciente em CP.

Dentre as ações executadas pelo fonoaudiólogo, Moreira et al. (2020, p. 2) ressalta as seguintes:

- ✚ Otimizar a alimentação por via oral de forma segura e minimizar os riscos de broncoaspirações de alimento para a via aérea inferior;



-
- ✚ Realizar exames para gerenciamento da disfagia;
 - ✚ Promover educação continuada para os familiares e para a rede de apoio ao paciente em CP.
 - ✚ Propor ações estratégicas compensatórias para promoção de uma deglutição segura;
 - ✚ Realizar o manejo do risco de broncoaspirações;
 - ✚ Promover o treinamento para uma comunicação adaptada;
 - ✚ Respeitar a autonomia do paciente, compartilhando com ele e família as tomadas de decisão;
 - ✚ Estimular a participação ativa do paciente/família nos processos terapêuticos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CNS nº 5, de 19 de fevereiro de 2002. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia**. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 12.

MOREIRA, Márcio José da Silva et al. Contribuições da Fonoaudiologia nos cuidados paliativos e no fim da vida. **CoDAS [online]**, v. 32, n. 4, e20190202. 2020.



Competências e Atuação dos Terapeutas Ocupacionais em Cuidados Paliativos

A abordagem dos cuidados paliativos (CP) traz como objetivos principais o manejo e controle da dor e sintomas indesejáveis, promovendo conforto ao paciente e possibilidade de viver de forma ativa o tempo de sobrevida, bem como, dar suporte ao paciente e família para o enfrentamento da doença terminal e do luto (BALTAZAR et al., 2016).

Todo paciente elegível aos CP demandam da necessidade de uma assistência ampla para controle dos sintomas e promoção da qualidade de vida, preservando e/ou maximizando sua independência para a realização de suas atividades básicas de vida. Para que este processo ocorra de forma efetiva e com qualidade e segurança ao paciente/família é fundamental que se estabeleça um trabalho guiado por uma equipe formada por vários profissionais, pois, no campo da multidisciplinaridade as ações e estratégias utilizadas para a reabilitação do paciente e o enfrentamento da doença podem alcançar ótimos resultados.

A área da Terapia Ocupacional atua nas atividades e ações que são “significativas para o cliente, desde uma atividade da vida diária, como o vestir, até uma atividade de lazer, como o viajar”. Assim sendo, o papel do terapeuta ocupacional se apresenta com sendo essencial para complementar as ações e estratégias discutidas e propostas pela equipe multidisciplinar e, contribui para ótimos resultados para a qualidade de vida do paciente até o seu “último momento de vida” (BALTAZAR et al., 2016, p. 263).

De acordo com Brasil (2002, s/n), as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, em seu Art 5º, descreve que o Terapeuta Ocupacional desempenha as seguintes competências e habilidades:

- I. Relacionar a problemática específica da população com a qual trabalhará, com os seus processos sociais, culturais e políticos e perceber que a emancipação e a autonomia da população atendida são os principais objetivos a serem atingidos pelos planos de ação e tratamento;
- II. Conhecer os fatores sociais, econômicos, culturais e políticos da vida do país, fundamentais à cidadania e a prática profissional;
- III. Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos,



-
- individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- IV. Compreender as relações saúde-sociedade como também as relações de exclusão-inclusão social, bem como participar da formulação e implementação das políticas sociais, sejam estas setoriais (políticas de saúde, infância e adolescência, educação, trabalho, promoção social, etc) ou intersetoriais;
 - V. Reconhecer as intensas modificações nas relações societárias, de trabalho e comunicação em âmbito mundial assim como entender os desafios que tais mudanças contemporâneas virão a trazer;
 - VI. Inserir-se profissionalmente nos diversos níveis de atenção à saúde, atuando em programas de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, assim como em programas de promoção e inclusão social, educação e reabilitação;
 - VII. Explorar recursos pessoais, técnicos e profissionais para a condução de processos terapêuticos numa perspectiva interdisciplinar;
 - VIII. Compreender o processo de construção do fazer humano, isto é, de como o homem realiza suas escolhas ocupacionais, utiliza e desenvolve suas habilidades, se reconhece e reconhece a sua ação;
 - IX. Identificar, entender, analisar e interpretar as desordens da dimensão ocupacional do ser humano e a utilizar, como instrumento de intervenção, as diferentes atividades humanas quais sejam as artes, o trabalho, o lazer, a cultura, as atividades artesanais, o auto-cuidado, as atividades cotidianas e sociais, dentre outras;
 - X. Utilizar o raciocínio terapêutico ocupacional para realizar a análise da situação na qual se propõe a intervir, o diagnóstico clínico e/ou institucional, a intervenção 3 propriamente dita, a escolha da abordagem terapêutica apropriada e a avaliação dos resultados alcançados.
 - XI. Desempenhar atividades de assistência, ensino, pesquisa, planejamento e gestão de serviços e de políticas, de assessoria e consultoria de projetos, empresas e organizações.



-
- XII. Conhecer o processo saúde-doença, nas suas múltiplas determinações contemplando a integração dos aspectos biológicos, sociais, psíquicos, culturais e a percepção do valor dessa integração para a vida de relação e produção;
 - XIII. Conhecer e analisar a estrutura conjuntural da sociedade brasileira em relação ao perfil de produção e da ocupação dos diferentes indivíduos que a compõe;
 - XIV. Conhecer as políticas sociais (de saúde, educação, trabalho, promoção social e, infância e adolescência) e a inserção do terapeuta ocupacional nesse processo;
 - XV. Conhecer e correlacionar as realidades regionais no que diz respeito ao perfil de morbimortalidade e as prioridades assistenciais visando à formulação de estratégias de intervenção em Terapia Ocupacional;
 - XVI. Conhecer a problemática das populações que apresentam dificuldades temporárias ou permanentes de inserção e participação na vida social;
 - XVII. Conhecer a influência das diferentes dinâmicas culturais nos processos de inclusão, exclusão e estigmatização;
 - XVIII. Conhecer os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Terapia Ocupacional e seus diferentes modelos de intervenção;
 - XIX. Conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;
 - XX. Conhecer os princípios éticos que norteiam os terapeutas ocupacionais em relação as suas atividades de pesquisa, à prática profissional, à participação em equipes interprofissionais, bem como às relações terapeuta-paciente/cliente/usuário;
 - XXI. Conhecer a atuação inter, multi e transdisciplinar e transcultural pautada pelo profissionalismo, ética e equidade de papéis;
 - XXII. Conhecer os principais métodos de avaliação e registro, formulação de objetivos, estratégias de intervenção e verificação da eficácia das ações propostas em Terapia Ocupacional;
 - XXIII. Conhecer os principais procedimentos e intervenções terapêuticoocupacionais utilizados tais como: atendimentos individuais, grupais, familiares, institucionais, coletivos e comunitários;



-
- XXIV. Desenvolver habilidades pessoais e atitudes necessárias para a prática profissional, a saber: consciência das próprias potencialidades e limitações, adaptabilidade e flexibilidade, equilíbrio emocional, empatia, criticidade, autonomia intelectual e exercício da comunicação verbal e não verbal;
- XXV. Desenvolver capacidade de atuar enquanto agente facilitador, transformador e integrador junto às comunidades e agrupamentos sociais através de atitudes permeadas pela noção de complementaridade e inclusão;
- XXVI. Conhecer, experimentar, analisar, utilizar e avaliar a estrutura e dinâmica das atividades e trabalho humano, tais como: atividades artesanais, artísticas, corporais, lúdicas, lazer, cotidianas, sociais e culturais;
- XXVII. Conhecer as bases conceituais das terapias pelo movimento: neuroevolutivas, neuro-fisiológicas e biomecânicas, psicocorporais, cinesioterápicas entre outras;
- XXVIII. Conhecer a tecnologia assistiva e acessibilidade, através da indicação, confecção e treinamento de dispositivos, adaptações, órteses, próteses e software;
- XXIX. Desenvolver atividades profissionais com diferentes grupos populacionais em situação de risco e ou alteração nos aspectos: físico, sensorial, percepto-cognitivo, mental, psíquico e social;
- XXX. Vivenciar atividades profissionais nos diferentes equipamentos sociais e de saúde, sejam hospitais, unidades básicas de saúde, comunidades, instituições em regime aberto ou fechado, creches, centros de referência, convivência e de reabilitação, cooperativas, oficinas, instituições abrigadas e empresas, dentre outros;
- XXXI. Conhecer a estrutura anatomo-fisiológica e cinesiológica do ser humano e o processo patológico geral e dos sistemas;
- XXXII. Conhecer a estrutura psíquica do ser humano, enfocada pelos diferentes modelos teóricos da personalidade;
- XXXIII. Conhecer o desenvolvimento do ser humano em suas diferentes fases enfocado por várias teorias;



XXXIV. Conhecer as forças sociais do ambiente, dos movimentos da sociedade e seu impacto sobre os indivíduos.

REFERÊNCIAS

BALTAZAR, Hugo Miguel Candeias; PESTANA, *Susana Cristina Costa*; SANTANA, *Maria Raquel Rodrigues*. Contributo da intervenção da terapia ocupacional nos Cuidados Paliativos. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 24, n. 2, p. 261-273, 2016

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de fevereiro de 2002. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional**. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 12.



Capítulo 3 - Estratégias para o Fortalecimento das Ações e Princípios dos Cuidados Paliativos

Visão humanística acerca das necessidades do paciente/família

Os Cuidados Paliativos (CP) se apresentam como uma nova forma de tratamento para pacientes com doenças que ameaçam o ciclo natural da vida, objetivando uma assistência que promova qualidade de vida, tanto aos pacientes que enfrentam a doença quanto aos familiares que os acompanham nessa luta e está pautada nas ciências advindas das competências e habilidades de uma equipe multiprofissional (COSTA et al., 2016).

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ACNP (2012), em seu manual, preconiza como princípios dos CP a promoção do alívio da dor e de quaisquer outros sintomas desagradáveis; afirmação da vida e consideração da morte como um processo natural do curso de vida; não adiar e também não acelerar a morte (isso significa definitivamente que praticar CP não é praticar a eutanásia); integração das dimensões psicológicas e espirituais (o que pode justamente constituir um desafio para profissionais de saúde); promover meios de suporte que favoreçam que o paciente viva ativamente o maior tempo possível até o momento de sua morte.

De acordo com a ANCP (2012), outros princípios dos CP são ofertar sistemas de suporte e apoio para auxiliar familiares durante o processo de adoecimento e também no luto (reconhecendo portanto o paciente e a família como unidade de cuidados e não apenas considerando o paciente em si); promover abordagem multiprofissional focada nas necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; contribuir para melhoria da qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; iniciar o mais precocemente possível o CP, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

Complementando a definição da OMS, a WPCA (2014) ressalta os benefícios dos CP em pacientes com condições crônicas, além daqueles que possuem doenças que ameaçam ou limitam a vida. Esta afirmação pode revolucionar o cuidado em saúde, quando se pensa em alívio do sofrimento e da dor crônica, ou ainda quando se desenvolve um olhar ampliado aos efeitos sociais, psíquicos, emocionais,



físicos e funcionais das comorbidades crônicas, que não tem cura, apenas podem ser controladas e acompanhadas.

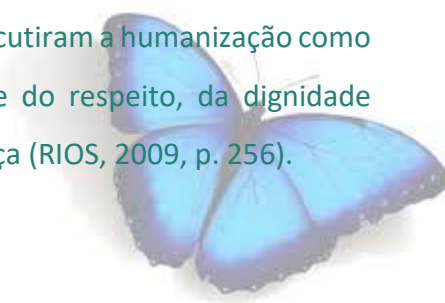
Nesse cenário, onde o foco da abordagem dos CP é voltado para o indivíduo/família, não tem como não falar da humanização da assistência mediante as suas necessidades de atendimento. Para Rios (2009, p. 254) a humanização na saúde pode ser interpretada como:

- ✚ Princípio de conduta de base humanista e ética;
- ✚ Movimento contra a violência institucional na área da saúde;
- ✚ Política pública para a atenção e gestão do SUS;
- ✚ Metodologia auxiliar para a gestão participativa;
- ✚ Tecnologia do cuidado na assistência à saúde.

De acordo com Rios (2009, p. 254), o processo de humanização na saúde “se fundamenta no respeito e valorização da pessoa humana”, objetivando o fortalecimento de uma “cultura institucional por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços”.

O aumento na demanda de atendimento e a oferta de assistência pautada por avanços tecnológicos ainda não propiciou, na mesma proporção, a efetividade de uma assistência à saúde com qualidade, evidenciando cada vez mais as quebras em direitos como o respeito, autonomia, solidariedade e dignidade humana. Para Rios (2009, p. 256) a assistência à saúde realizada de forma fragmentada “que vai do início ao fim da produção seja de bens, seja de serviços, deixando cada etapa do processo a cargo de um grupo de trabalhadores que acabam tendo apenas a visão da parte que lhes cabe e não do todo” proporciona um distanciamento da integralidade da assistência, acarretando “a naturalização do sofrimento e a diminuição do compromisso e da responsabilidade na produção da saúde”

Tal situação faz aumentar a “falta de sensibilidade e de valores humanísticos” contribuindo para assistência fria e desumana. A partir deste enfoque, vários movimentos discutiram a humanização como estratégia para recuperar, não somente a “saúde física” mas o resgate do respeito, da dignidade humana, da autonomia dos pacientes em seus processos de saúde- doença (RIOS, 2009, p. 256).



Em 2003 foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH), pautada nos princípios da transversalidade; Indissociabilidade entre atenção e gestão; Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. (BRASIL, 2013).

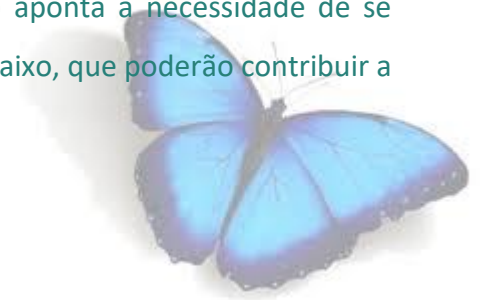
Para Brasil (2013) cada princípio se traduz em:

- ✚ **Tranversalidade:** é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.
- ✚ **Indissociabilidade entre atenção e gestão:** trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva.
- ✚ **Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos:** Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.

De acordo com Rios (2009, p. 257), as diretrizes da PNH conduzem a assistência à saúde ao alcance das metas:

- ✚ Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo compromissos e responsabilidade;
- ✚ O fortalecimento do trabalho em equipe, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade;
- ✚ A utilização da informação, comunicação, educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo;
- ✚ A promoção do cuidado (pessoal e institucional) ao cuidador.

Dentre as estratégias para a “gestão participação”, Rios (2009) aponta a necessidade de se avaliar a realidade institucional para se propor as ações, mencionadas abaixo, que poderão contribuir a organização dos serviços para a realização de uma prática humanista:



-
- ✚ A criação de espaços de discussão para a contextualização dos impasses, sofrimentos, angústias e desgastes a que se submetem os profissionais de saúde no dia-a-dia pela natureza de seu trabalho;
 - ✚ O pensar e decidir coletivamente sobre a organização do trabalho, envolvendo gestores, usuários e trabalhadores em grupos com diversas formações;
 - ✚ A criação de equipes transdisciplinares efetivas que sustentem a diversidade dos vários discursos presentes na instituição, promovendo o aproveitamento da inteligência coletiva.

Além destas ações, Rios (2009) também apresenta várias ações relacionadas à prática da PNH para envolver os pacientes nas tomadas de decisão, tais como:

- ✚ A ouvidoria, que faz a mediação entre usuários e instituição para a solução de problemas particulares;
- ✚ As equipes de referência, que se compõem de profissionais que juntos acompanham pacientes comuns ao grupo;
- ✚ Os grupos de trabalho de humanização, que fazem a escuta institucional e criam dispositivos comunicacionais;
- ✚ As visitas abertas, que propiciam as parcerias com familiares para o cuidado de seus parentes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. 1. Edição, 1ª Reimpressão. Brasília – DF, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>.

COSTA, Álvaro Percínio; POLES, Kátia ; SILVA, Alexandre Ernesto. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, v. 20, n. 59, pp. 1041-1052, 2016.

RIOS, Izabel Cristina. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica [online]**, v. 33, n. 2, pp. 253-261, 2009.



Acolhimento e vínculo

O acolhimento é definido por Brasil (2004, p. 37) como “Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva”, bem como, promover a “a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário”.

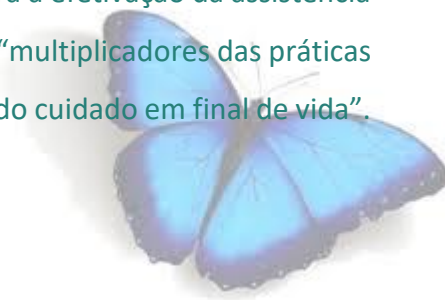
Para Soares et al. (2013, p. 358) o acolhimento advém das ações de “promoção de saúde que implica na responsabilização de todos os envolvidos, desde a porta de entrada até a porta de saída”, nesse processo se executa a escuta ativa, tornando possível a identificação das queixas dos pacientes, “suas angústias e preocupações” para se obter informações que poderão guiar o plano terapêutico, objetivando a resolutividade dos problemas de saúde.

Quando o acolhimento é realizado de forma organizada e pautado na comunicação efetiva, a relação paciente-profissional se estabelece, permitindo ao paciente que compartilhe junto ao profissional seus medos, ansiedades, dificuldades e sofrimentos. A relação paciente-profissional propicia a criação do vínculo, que fortalece a cooperação, a confiança e a adesão às terapêuticas propostas para pacientes em CP (SOARES et al., 2013).

Para Brasil (2004, p. 49) o vínculo se caracteriza com:

[...] a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro, este “ficar em frente um do outro”, um e outro sendo seres humanos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, onde um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Deste modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e moral entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos.

Corroborando, Alves et al. (2019, p. 11) ressaltam a importância do apoio de profissionais que compõem a equipe multidisciplinar a partir da escuta e do acolhimento para a efetivação da assistência humanizada, propondo uma capacitação aos profissionais para que sejam “multiplicadores das práticas paliativas, fortalecendo as políticas públicas e programas de humanização do cuidado em final de vida”.



REFERÊNCIAS

ALVES, Railda Sabino Fernandes et al. Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. *Psicologia: Ciência e Profissão [online]*, v. 39, e185734, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS** [Série B. Textos Básicos de Saúde]. 2.ª edição. Brasília – DF, 2004.

SOARES, Mayara Rosário et al. Sentimentos, Acolhimento e Humanização em Cuidados Paliativos às Crianças Portadoras de Leucemia. *J. res.: fundam. care. Online*, v. 5, n. 3, pp. 354-363, jul./set., 2013.



A Comunicação como ferramenta essencial na abordagem dos Cuidados Paliativos

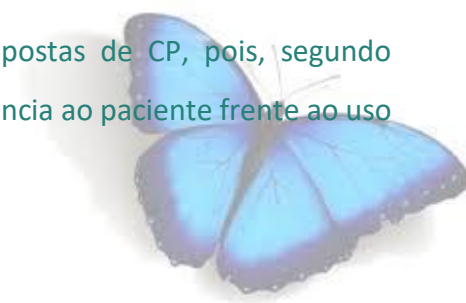
O paciente em cuidados paliativos (CP) é foco da atenção da equipe inter e multidisciplinar que objetiva atendê-lo na totalidade de suas necessidades, não priorizando apenas o atendimento para a sua doença. Desta forma, o paciente em CP demanda de uma assistência com ampla abordagem que vai além do tratamento curativo, estendendo as ações para suporte à família no enfrentamento do luto. Necessário, portanto, que a assistência seja humanizada e guiada pelos princípios que regem os CP, para que as necessidades do paciente/família sejam atendidas até o final da vida (ARAÚJO; SILVA, 2019).

Uma das ferramentas utilizadas para a efetivação das ações de humanização é a comunicação que é utilizada nas relações entre profissional-paciente/família, que, quando aplicada de forma correta contribui para a criação de vínculos e resultados positivos frente as medidas terapêuticas propostas pela equipe multidisciplinar (ARAÚJO; SILVA, 2019).

De acordo com Araújo e Silva (2019, p. 172) todo “ser humano em sua constituição é um ser biopsicossocial” e necessita de atenção para melhor conduzir seus sentimentos, angústias de dores, cabendo aos profissionais da equipe multidisciplinar, que fazem atendimento a esta pessoa, exercer esta função, atentando para suas queixas, promovendo informações sua situação de doença, por meio do uso de suas competências como empatia, comunicação, respeito e outras.

A comunicação é uma das competências apresentadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Saúde, descritas por Brasil (2001a; 2001b; 2001c; 2001d; 2001e; 2002; 2002a; 2002b; 2004, 2004a; 2018), como sendo uma das seis competências gerais (comuns a todos os profissionais de saúde) e que deverá ser desenvolvida ao longo do seu processo de ensino-aprendizagem, capacitando-os para serem acessíveis e manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. Desenvolver competências e habilidades no uso das mais variadas formas de comunicação (comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação)”.

O cuidado humanizado é um dos objetivos almejado nas propostas de CP, pois, segundo Veríssimo e Sousa (2014), vários são os problemas decorrentes da assistência ao paciente frente ao uso



de tecnologias, que causam distanciamento na relação entre profissionais-paciente/família e, produzem impactos nos direitos dos pacientes e na dignidade humana.

Para Veríssimo e Sousa (2014, p. 2846) a comunicação se apresenta como “uma ferramenta essencial à sustentabilidade das intervenções de enfermagem, uma vez que engloba todas as formas de intercâmbio de ideias, sentimentos e emoções” e se desenvolve de formas variadas em contato com o paciente, “pelo seu próprio olhar, pela expressão da sua face, pelos seus gestos e suas palavras, quer até pela forma como ocupam o seu ambiente”.

Nesse contexto, Veríssimo e Sousa (2014, p. 2851) depreendem que a comunicação verbal deve ser expressada com alegria de forma a promover no paciente pensamentos positivos para “alívio da tensão em um contexto de dor e sofrimento”, bem como, utilizar as técnicas da escuta ativa, da observação de expressões faciais e o uso de frases curtas proporcionam o entendimento da mensagem a ser transmitida entre o profissional da saúde-paciente.

Várias são as técnicas de comunicação que podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde na assistência à saúde de pacientes em CP, e Veríssimo e Sousa (2014, p. 2851-2852) apontam que, para a efetividade da comunicação é necessário que a equipe multidisciplinar faça “uso de estratégias comunicacionais” para que possam dar suporte ao paciente que se encontra em CP, utilizando técnicas como: escuta ativa, empatia, bom humor, respeito pelo silêncio, expressão facial, contato visual, explorar as vontades e necessidades do paciente e, fornecer informações claras.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Renato Lima de; SILVA, Luciana Andrade da. Cuidados paliativos a comunicação como ferramenta no atendimento humanizado. Revista Augustus, v. 24, n. 48, 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n.º 0062, de 19 de fevereiro de 2004. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia**. Diário Oficial da União. Brasília, 12 abr. 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n.º 492, de 03 de abril de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Filosofia, História, Geografia, Serviço Social, Comunicação Social, Ciências Sociais, Letras, Biblioteconomia, Arquivologia e Museologia**. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de julho de 2001 - Seção 1e, 2001e, p. 50.



BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n.º 1.210, de 12 de setembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.** Diário Oficial da União. Brasília, 10 dez. 2001a; Seção 1, p. 22.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n.º 1.314, de 7 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia.** 2001b.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n.º 1.133, de 7 de agosto de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição.** Diário Oficial da União. Brasília, 3 out. 2001c; Seção 1E, p.131.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem.** Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov., 2001d; Seção 1, p. 37.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 4, de 19 de fevereiro de 2002. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia.** Diário Oficial da União. Brasília, 4 mar. 2002; Seção 1, p.11.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 8, de 7 de maio de 2004. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia.** Diário Oficial da União. Brasília, 18 de maio de 2004a; Seção 1, p. 16 e 17.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 15, de 13 de março de 2002. **Estabelece as Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social.** Diário Oficial da União, Brasília, 9 de abril de 2002a - Seção 1, p. 33.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro/Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. **Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União. Brasília, 23 de novembro de 2018; Seção 1, p. 276.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de fevereiro de 2002. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional.** Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002b. Seção 1, p. 12.

VERÍSSIMO, Isabel Lopes; SOUSA, Patrícia Cruz-Pontífice. A comunicação como expressão do cuidado humanizado em fim de vida: revisão sistemática. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.8, n.8, pp. 2845-53, ago., 2014.



Comunicação de más notícias

As doenças crônicas causam impacto na qualidade de vida dos pacientes e suas familiares, são condições que comprometem a vida e demandam de assistência médica. Essas doenças podem evoluir para a fase de terminalidade, onde a cura não é mais possível, e ser necessário se implementar os cuidados paliativos (CP) como única estratégia assistencial para promover qualidade de vida ao paciente, auxiliando-o no controle e enfrentamento de sintomas decorrentes do tratamento e da própria doença (LIMA et al., 2019).

Na abordagem dos CP são implementadas intervenções que permitem a realização de uma assistência integral e de forma contínua subsidiando o curso natural da vida, sem uso de terapias que prolonguem o sofrimento, mas, que permitam melhor qualidade ao paciente/família em seu tempo final de vida. Nesse contexto, a comunicação como mecanismo de informação é utilizada pela equipe multiprofissional para informar ao paciente/família as condutas terapêuticas, resultados e até mesmo prognósticos. Para Lima et al. (2019) a comunicação abrange uma série de outras ações e exige dos profissionais muito desempenho e habilidades para que aos transmitir as informações, a mensagem seja compreendida por ambos os lados: profissional e paciente/família.

Os profissionais que trabalham na saúde são formados para atender as necessidades de cuidado dos pacientes, mesmo que estas necessidades se traduzam no enfrentamento da morte e do morrer. Nesse processo de cuidado, é comum ao profissional da saúde transmitir “más notícias” ao paciente/família, porém, Silva (2012, P. 50) relata que, até para o próprio profissional esta situação é de difícil enfrentamento, pois, nos faz “lembrar dos nossos próprios desafios e finitude”.

Segundo Silva (2012), comunicar a morte, o agramento da doença e/ou as limitações para a vida à alguém é sinônimo de má notícia, sendo necessário, portanto, que os profissionais de saúde desenvolvam habilidades de comunicação para comunicar-se com o outro de forma mais efetiva.

Lima et al. (2019) descrevem que na comunicação de más notícias, não se deve seguir de forma sistemática o processo pelo qual a informação será dada, mas, que é necessário que as instituições elaborem protocolos para o direcionamento de condutas a serem seguidas, partindo-se do pressuposto de que devem ser valorizados a particularidade de cada mensagem a ser repassada.



Transmitir más notícias ao paciente/família não é uma ação de fácil execução. Pereira et al. (2017) descrevem a importância de se elaborar, implantar e implementar protocolos de comunicação em instituições de saúde, que subsidiam a redução da ansiedade e angústias vivenciadas pelos profissionais de saúde, promovendo melhor desempenho na relação médico-paciente/família-equipe multidisciplinar.

De acordo com Pereira et al. (2017) a comunicação das “más notícias” é um ato médico e não pode ser designada á outro profissional, pois, dependendo como a informação é transmitida, os resultados podem repercutir de forma prejudicial ao quadro clínico em que o paciente se encontra.

Existem vários protocolos de comunicação internacionais que foram elaborados para auxiliar no processo de comunicação entre os profissionais e paciente, Pereira et al. (2017, p. 44-45) apresentam um protocolo elaborado por eles, para a realidade brasileira e que se intitula P.A.C.I.E.N.T.E. É composto por sete etapas:

✚ 1ª Etapa - PREPARO (P): consiste no preparo dos profissionais antes de transmitir a informação:

- Verificar a veracidade das informações diretamente no prontuário do paciente;
- Preparar o ambiente, para que o paciente usufrua do seu direito de privacidade e conforto;
- Posicionar-se de frente para o paciente, atentando-se para que não haja barreiras entre o profissional e o paciente;
- Garantir que não ocorra interrupção durante a comunicação entre o profissional e paciente/família.

✚ 2ª Etapa - AVALIE O QUANTO O PACIENTE SABE E QUANTO ELE QUER SABER (A)

- É importante avaliar o nível de conhecimento do paciente sobre o seu diagnóstico. Da mesma forma questione o nível de informações que o paciente gostaria de receber neste momento; ou se eles realmente não desejam ser informados de seu diagnósticos. Neste caso, o paciente pode indicar alguém que eles confiam para receber as informações em seu nome.



+ 3ª Etapa – Convide o paciente para a verdade (C)

- Nesta etapa o paciente é informado da existência de más notícias. Use frases como: “Sinto muito, mas acredito que não tenho boas notícias”,
- Assim o paciente terá a possibilidade de mudar de ideia quanto ao fato de querer ou não ser informado. Em algumas situações, o paciente pode ficar quieto e não continuar ir além do “Convide o paciente para a verdade”.
- Esta atitude pode indicar que o paciente precisa de mais tempo para entender e processar o que lhe foi dito.

+ 4ª Etapa – Informação (I)

- A melhor estratégia é aguardar o tempo exigido pelo paciente e oferecer espaço para ele “convidar” o médico para que compartilhe as informações e pergunte diretamente sobre o seu diagnóstico, prognóstico ou resultados;
- As informações relevantes sobre o estado de saúde do paciente pode então ser compartilhadas em quantidade, velocidade e qualidade suficientes, no tempo do paciente, para que ele possa tomar decisões sobre seu tratamento;
- Evitar um relato preciso do prognóstico, pois, os médicos tendem a superestimar a expectativa de vida;
- Ofereça informações de forma clara e honestamente, tentando manter as esperanças do paciente enquanto está sendo realista quanto às opções de tratamento;
- Não use eufemismos, mas, escolha as palavras-chave corretas, como “câncer” e “metástase”, explicando seus significados.

+ 5ª Etapa – Emoções (E)

- Depois que a informação foi revelada, o paciente precisa de um tempo para entender e reagir às más notícias;



-
- Mantenha lenços próximo, permita que os pacientes se expressem. Use o toque como uma forma de comunicação e conforto;
 - Esclareça as dúvidas do paciente, para que se sintam acolhidos e protegidos.

 **6ª Etapa** – Não abandone o paciente (N)

- Certifique-se de que seu paciente receberá acompanhamento médico.
- Assuma o compromisso de não abandoná-los, independentemente do resultado.

 **7ª Etapa** – Descreva uma estratégia (T - E)

- Planeje os cuidados a serem oferecidos e as opções de tratamento com o paciente.
- Inclua cuidados interdisciplinares no plano terapêutico, quando possível.
- Solicite monitoramento por outros médicos que pode auxiliar no controle dos sintomas.

REFERÊNCIAS

LIMA, Keyssiane Maria de Alencar; MAIA, Anice Holanda Nunes; NASCIMENTO, Isabel Regiane Cardoso do. Comunicação de más notícias em cuidados paliativos na oncopediatria. Rev. Bioét. vol. 27, n.4, Brasília, Out./Dez. 2019.

PEREIRA, Carolina Rebello et al. The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. Revista da Associação Médica Brasileira [online], v. 63, n. 1, pp. 43-49, 2017.

SILVA, Maria Júlia Paes da. Comunicação de Más Notícias. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 36, n. 1, pp. 49-53, 2012.



Relação interpessoal profissional-paciente/família

A comunicação está associada ao comportamento do homem, permeando por todas as atividades desempenhadas por este, e “compreendida como uma técnica de trocas e de compreensão de mensagens, emitidas e recebidas, mediante as quais as pessoas se percebem e partilham o significado de ideias, pensamentos e propósitos” (ANDRADE et al., 2013).

Na assistência ao paciente em cuidados paliativos (CP), a enfermagem utiliza a comunicação como estratégia para fortalecer a relação entre enfermeiro-paciente. Andrade et al. (2013, p. 2524) ressaltam “que a comunicação vai muito além das palavras e do conteúdo, uma vez que contempla a escuta atenta, o olhar e a postura, porquanto o emprego eficaz desse recurso é uma medida terapêutica comprovadamente eficiente para pacientes que dele necessitam, sobretudo os que se apresentam em fase terminal”.

De acordo com Andrade et al. (2013) a comunicação é a base fundamental para se estabelecer o vínculo entre profissional com o paciente/família, principalmente, em cuidados paliativos, salientando a importância do fortalecimento da relação interpessoal.

Em CP, tanto a comunicação quanto o relacionamento interpessoal “são elementos importantes para assegurar o respaldo total a pacientes e suas famílias” para promover ações e intervenções que possam complementar as terapêuticas médicas e os resultados do uso da tecnologia em saúde. Segundo Campos et al. (2019, p. 716), na relação entre os profissionais de saúde-paciente/família ocorrem várias formas de interação, que podem produzir um estado de dependência, proteção, expressões de afeto/amor e até mesmo autoritarismo, em razão do envolvimento de sentimentos de “ambivalentes (como amor e ódio)”, sendo necessário que se faça a distinção da “transferência positiva, que implica sentimentos ternos e amigáveis, e a negativa, ou seja, dos sentimentos hostis (agressividade, revolta, desconfiança, rejeição)”.

Campos et al. (2019, p. 716) descreve que geralmente ocorre a transferência positiva “quando o paciente se afeiçoa ao profissional e ultrapassa os limites da relação entre equipe e paciente. Nesses casos, a situação deve ser manejada com cuidado para não influenciar negativamente a terapêutica”.



Também podem ocorrer de forma contrária, a equipe demonstrar sentimentos pelo paciente, essa situação é chamada de contratransferência que se traduz nas “reações afetivas e da própria subjetividade do profissional projetadas no enfermo (CAMPOS et al., 2019, p. 716).

Corroborando, Wolfart et al. (2020, s/n) descreve que o relacionamento interpessoal se desenvolve em todo momento frente as transformações que ocorrem nos seres humanos, principalmente nos campo das emoções e que se aprimora com o passar do tempo. No campo do trabalho, o relacionamento interpessoal se firma mediante “à conduta do profissional diante de crises, conflitos, superação de obstáculos e a forma com que ele lida com diferentes perfis”.

Wolfart et al. (2020, s/n) reforçam ainda que “quando as relações interpessoais enfraquecem em ambiente de trabalho, o clima organizacional torna-se negativo e desgastante, o profissional perde o foco e a produtividade, começam a surgir os desentendimentos, disputas internas e conseqüentemente perda do aproveitamento profissional”.

Diante do exposto, é necessário refletir em como o relacionamento interpessoal está sendo conduzido na unidade de atendimento de pacientes em cuida Wolfart et al. (2020, s/n) descrevem que é importante que o cuidado seja centrado no paciente e que se crie um ambiente apropriado, com atuação de profissional “empático, congruente e aceitando o outro tal qual esse se apresenta, transformando qualquer interação ou relação interpessoal em um encontro com qualidade”

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Cristiani Garrido de; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; LOPES, Maria Emília Limeira. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 18, n. 9, pp. 2523-2530, 2013.

CAMPOS, Vanessa Ferreira; SILVA, Jhonata Matos da; SILVA, Josimário João da Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. **Revista Bioética [online]**, v. 27, n. 4, pp. 711-718, 2019.

WOLFART, J. M.; SILVA, A. M. F. D. S. RELAÇÃO INTERPESSOAL EM AMBIENTE HOSPITALAR. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel do Oeste, [S. l.]**, v. 5, p. e27039, 2020.



Capítulo 4 - Estratégias para o Enfrentamento do Luto

Estruturas de apoio ao paciente/família para o enfrentamento ao luto

O luto é um sentimento que afeta de modo individual as pessoas, não há como descrever de forma padronizada o conjunto de emoções e suas intensidades vivenciadas pelos indivíduos que passam por este momento doloroso e que representa a perda de entes em decorrência de morte (ACIOLE; BERGAMO, 2019).

De acordo com Cavalcanti et al. (2013, p. 88) o luto está associado à essência da “existência humana: a vida e a morte”, sendo definido “como uma perda de um elo significativo entre uma pessoa e seu objeto, portanto um fenômeno mental natural e constante durante o desenvolvimento humano”.

Desta forma, entende-se que o luto não está somente ligado à perda de uma pessoa (morte), mas, às perdas vivenciadas pelas pessoas ao longo de sua vida e, no paciente em fase terminal há o que se refletir em quais seriam suas perdas, dentre tantas, que o afete tanto, ao ponto dele vivenciar o seu próprio luto.

Para Suzaki et al. (2006) o paciente em fase terminal vivencia o luto a partir das reações humanas que se manifestam e são identificadas em cinco estágios que podem ocorrer de forma aleatória, não sequencial e que nem todos os pacientes vivenciam todas elas, sendo:

- ✚ 1º Estágio – Negação: o paciente nega a existência da doença.
- ✚ 2º Estágio – Raiva: o paciente manifesta sentimentos de revolta e ressentimentos.
- ✚ 3º Estágio – Barganha: o paciente faz negociação/promessas, geralmente com seu “Deus” para prolongamento da vida, cura da doença.
- ✚ 4º Estágio – Depressão: o paciente apresenta sentimentos de tristeza que evolui ao estado depressivo.
- ✚ 5º Estágio – Aceitação: o paciente aceita sua situação e seu destino.



Suzaki et al. (2006) destacam que estas etapas do luto são consideradas mecanismos de defesas que são utilizados no enfrentamento do processo do morrer, em que todos os sentimentos são exacerbados afetando não somente o paciente/família, mas também os profissionais da equipe de saúde.

Para que a equipe multiprofissional possa apoiar o paciente/família no enfrentamento do luto é importante levar em consideração “as culturas, as crenças, os contextos e as dinâmicas dos relacionamentos familiares, bem como identificar fatores que possam prejudicar o enfrentamento do luto, como a não manifestação dos sentimentos, o adiamento do processo ou a negação da perda”.

Magalhães e Melo (2015) ressaltam a importância de se ter de forma efetiva o serviço de Psicologia Hospitalar para dar suporte psicológico ao paciente/família, desta forma, por meio de acompanhamento ambos (paciente/família) poderão gerenciar os sentimentos frente ao processo de finitude e luto.

Corroborando, Aciole e Bergamo (2019, p. 815) reforçam a necessidade do “planejamento para implantar ações de cuidados de luto” para acolher e apoiar o familiar enlutado, frente a demanda de necessidade dessa assistência.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, Giovanni Gurgel; BERGAMO, Daniela Carvalho. Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. **Saúde em Debate [online]**. v. 43, n. 122, pp. 805-818, 2019.

CAVALCANTI, Andressa Katherine Santos; SAMCZUK, Milena Lieto; BONFIM, Tânia Elena. O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. **Psicol inf.**, São Paulo, v. 17, n. 17, p. 87-105, dez. 2013.

MAGALHÃES, M. V.; MELO, S. C. de A. MORTE E LUTO: o sofrimento do profissional da saúde. **Psicologia e Saúde em debate**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 65–77, 2015.

SUSAKI, Tatiana Thaller; SILVA, Maria Júlia Paes da; POSSARI, João Francisco. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem [online]**, v. 19, n. 2, pp. 144-149, 2006.



Estrutura de apoio ao profissional de saúde para o enfrentamento ao luto

A morte, como descrita por Magalhães e Melo (2015, p. 66), faz parte do ciclo evolutivo do homem e nos dias de hoje é entendida como “um fenômeno progressivo capaz de suscitar reações emocionais tanto no indivíduo que está morrendo como naqueles que estão a sua volta”, principalmente nos profissionais que prestam assistência e cuidados a este indivíduo.

Magalhães e Melo (2015) ressaltam que “o processo de morte gera um processo de luto” e o luto é uma resposta humana ao ato de “separação”. Em suas atividades laborais, os profissionais de saúde constantemente se deparam com o “processo de morte e, muitos deles, não estão preparados para lidar com os impactos emocionais significativos decorrentes desse fenômeno. Nesse sentido, tais profissionais assumem práticas e atitudes de negação da morte, evitando o contato com suas próprias emoções”.

Para entendimento do envolvimento dos profissionais no processo de morte e luto, faz-se necessário a apresentação da definição destes termos. Magalhães e Melo (2015, p. 67) descreve que os termos morte e morrer, embora, apareçam sempre juntos, possuem definições diferentes:

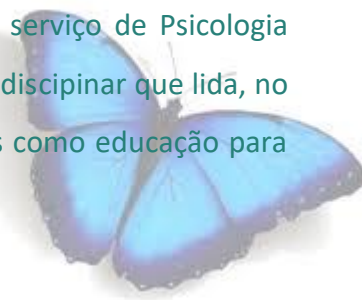
O morrer está acontecendo a qualquer momento de existência e conforme vive tem-se uma dificuldade intensa em lidar com esta terminalidade.

A morte é o final da vida material, a perda progressiva da força vital. O desenvolvimento do homem obedece ao percurso de nascer, crescer, amadurecer, envelhecer e morrer.

A morte é um instinto de sobrevivência humana em que se tende a esquivar de qualquer dor.

Magalhães e Melo (2015, p. 68) definem o luto como “o processo de reconstituição do sujeito após uma perda que pode durar dias, meses ou anos se não for bem elaborado. Caso não ocorra uma boa interpretação desta angústia promovida pela perda o mesmo pode se tornar patológico ou apresentar quadros de melancolia”.

Diante desse contexto, Magalhães e Melo (2015, p. 69) propõe que o serviço de Psicologia Hospitalar pode contribuir para o atendimento dos profissionais da equipe multidisciplinar que lida, no seu cotidiano, com o sofrimento, a morte e o luto do outro, por meio de ações como educação para



equipe com a abordagem de como lidar com a morte e com o luto. Ainda ressaltam que muitos “profissionais têm adoecido em função de uma carga excessiva de sofrimento sem a possibilidade que este seja elaborado. Não se trata de ocultar o assunto, mas de trazer a temática morte/ luto de forma humanizada”.

Corroborando, Faria e Figueredo (2017) descrevem que muitos profissionais da área da saúde, principalmente enfermeiros, por não se encontrar preparado emocional e psicologicamente, ao lidar com pacientes em terminalidade acabam sofrendo impactos negativos que afetam suas habilidades como tomadas de decisão e interferem nos seus sentimentos, emoções, condições físicas e psicológicas.

Faria e Figueredo (2017) ainda ressaltam que é difícil dissociar o lado profissional do lado humano, pois, por traz do profissional existe uma pessoa dotada de sentimentos, fraqueza e que, também sofrerá com o impacto da morte do paciente, uma vez que terá que lidar com as questões que envolve a finitude humana estando prestando assistência ao paciente e família no momento do luto.

De acordo com o exposto, a implantação e implementação de uma unidade de Psicologia Hospitalar passa a ser uma estratégia de apoio aos profissionais da equipe multidisciplinar que atua nos cuidados paliativos, promovendo educação em saúde sobre os processos da morte e do luto com objetivos de direcionar ações que possam conduzir ou fortalecer o enfrentamento do sentimento de pesar.

REFERÊNCIAS

FARIA, Simony de Sousa; FIGUEREDO, Jowilma de Sousa. Aspectos emocionais do luto e da morte em profissionais da equipe de saúde no contexto hospitalar. **Psicol. hosp.** (São Paulo), São Paulo , v. 15, n. 1, p. 44-66, jan. 2017.

MAGALHÃES, M. V.; MELO, S. C. de A. MORTE E LUTO: o sofrimento do profissional da saúde. **Psicologia e Saúde em debate**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 65–77, 2015.



Estratégias e Ações de Fortalecimento para o Enfrentamento do Luto

Durante o período de internação, os de longa permanência, é comum evidenciar a criação de vínculos entre profissionais-paciente/família. Para Salum et al. (2017) os enfermeiros são os profissionais que mais vivenciam estas interações mediante a realização de cuidados diariamente, de forma integral e humanizada.

O processo do luto está presente nos processos no cotidiando de quem cuida, sendo definido “como uma perda de um elo significativo entre uma pessoa e seu objeto, portanto um fenômeno mental natural e constante durante o desenvolvimento humano”. Na assistência ao paciente em cuidados paliativos (CP) os cuidados se estendem à família, principalmente quando se vivencia o processo do luto (CAVALCANTI et al., 2013, p. 88).

Salum et al. (2017, p. 531) afirmam que é necessária a ampliação dos cuidados aos familiares, “uma vez que a família vivencia junto ao paciente o processo de morte e morrer, mas por outro lado, a situação pode ter impacto negativo nas relações e estrutura familiar, considerando que em algumas circunstâncias as necessidades psicoespirituais dos familiares excedem as do paciente”.

Para Ribeiro et al. (2017) o enfrentamento “é definido como as ações e estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas frente a situações estressantes provenientes de demandas internas ou externas, que são percebidas como sobrecarga aos recursos pessoais do indivíduo” e que as pessoas várias estratégias para enfrentamento do luto:

- ✚ Solução de problemas;
- ✚ Busca de informações;
- ✚ Incapacidade de se ajudar;
- ✚ Escape;
- ✚ Autoconfiança;
- ✚ Busca por suporte social;
- ✚ Delegação;
- ✚ Isolamento;
- ✚ Acomodação;
- ✚ Negociação;
- ✚ Submissão;



✚ Oposição.

Diante desta diversidade cabe aos profissionais da equipe multidisciplinar estabelecer um plano estratégico para elaborar as ações e estratégias que possam subsidiar o paciente e família no enfrentamento do luto.

REFERÊNCIAS

CAVALCANTI, Andressa Katherine Santos; SAMCZUK, Milena Lieto; BONFIM, Tânia Elena. O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. **Psicol inf.**, São Paulo , v. 17, n. 17, p. 87-105, dez. 2013.

RIBEIRO, Mariana dos Santos et al. Estratégias de enfrentamento de idosos frente ao envelhecimento e à morte: revisão integrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20,n. , pp. 880-888, 2017.

SALUM, Maria Eduarda Grams et al. Processo de morte e morrer: desafios no cuidado de enfermagem ao paciente e família. **Rev Rene**, v. 18, n. 4, pp. 528-35, jul-ago, 2017.

