

Sedação Paliativa



PARA ALÉM DA TÉCNICA

CONCEIÇÃO GRAZIELLE T. FREDERICO
ROSE MARY COSTA ROSA ANDRADE SILVA
ELIANE RAMOS PEREIRA

AMÉLIA MORILLAS BULNES
ESTHER JUSTINA RAMIREZ
ELIANE CRISTINA PINTO CARNEIRO

F852s Frederico, Conceição Grazielle T.
Sedação paliativa: para além da técnica. / Conceição Graciele T Frederico. – Rio de Janeiro, 2023.
85 p. il. Color.

Dissertação (Mestrado Profissional) – do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2023.

ISBN 978-65-00-67839-0

1. Cuidados Paliativos. 2. Sedação Paliativa. I. Frederico, Conceição Grazielle Teixeira. II. Silva, Rose Mary Costa Rosa Andrade. III. Pereira, Eliane Ramos. IV. Bulnes, Amélia Morillas Bulnes. V. Ramirez, Esther Justina. Carneiro, Eliane Cristina Pinto. VI. Título.

CDD 616.99449075

Catálogo na fonte
Fádia Pacheco CRB7/5864

LISTA DE QUADROS

Quadro I: Fases de abordagem dos Cuidados Paliativos

Quadro II: Pilares da Palição

Quadro III: Mapeamento dos serviços de cuidados paliativo no Brasil

Quadro IV: Número de serviços de cuidados paliativo por Estado no Brasil

Quadro V: Leitos destinados para Cuidados Paliativos no Brasil

Quadro VI: Definição dos termos usados em sedação paliativa

Quadro VII: Escala de RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale)

Quadro VIII: Escala de RAMSAY

Quadro IX: Escala de Zubrod e Escala de Karnofsky

Quadro X: Definições teórica sobre a terminalidade da vida

Quadro XI: Protocolo de SPIKES

Quadro XII: Instrumento HOPE para avaliação da dimensão espiritual

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Dame Cicely Saunders

Figura 02: Elisabeth Kübler-Ross

Figura 03: Robert Twycross

Figura 04: Mirian Marteleite

Figura 05: Marco Túlio de Assis Figueiredo

Figura 6: INCA IV

Figura 7: Medicamentos utilizados na sedação paliativa

Figura 8: Bioética

Figura 9: Paciente como centro do cuidado

Figura 10: Equilíbrio para um cuidado ético e humanizado

Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.

Cora Coralina (CORALINA, 2012)



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
2. CUIDADOS PALIATIVOS: CONCEITO E ESTATÍSTICAS	11
3. NOMES DO CUIDADO PALIATIVO	19
4. CUIDADO PALIATIVO NO BRASIL	23
5. DEFINIÇÃO COLETIVA DE SEDAÇÃO PALIATIVA	25
6. MEDICAÇÕES PADRÃO E PROTOCOLOS DA SEDAÇÃO PALIATIVA	28
7. A BIOÉTICA NA SEDAÇÃO PALIATIVA	35
8. SEDAÇÃO PALIATIVA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL	38
9. PROCESSO DE MORTE E MORRER	40
10. COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	44

11. PARA ALÉM DA TÉCNICA DE SEDAÇÃO PALIATIVA	48
11.1 BUSCA PELO CONHECIMENTO	49
11.2 COMPREENDENDO O TRABALHO EM EQUIPE	52
11.3 ADOECIMENTO DO FAMILIAR	56
11.4 A COMPAIXÃO NA SEDAÇÃO PALIATIVA MINIMIZANDO O RECEIO DA MORTE	59
11.5 BUSCA PELA DIGNIDADE E CONFORTO NO MOMENTO DE FINITUDE	66
11.6 SOBRECARGA EMOCIONAL DO PROFISSIONAL QUE ATUA EM CUIDADOS PALIATIVOS	72
REFERÊNCIAS	78

➤ INTRODUÇÃO

Pensando no cenário oncológico e no avanço do ensino e da assistência humanizada, pude perceber uma carência na questão do desenvolvimento humano no atendimento aos pacientes em sedação, havendo uma grande preocupação em preparar o profissional tecnicamente, mas não humanamente, um preparo do profissional para além da técnica da sedação paliativa.

Formar alguém tecnicamente é de suma responsabilidade, mas não podemos menosprezar as questões humanas, questões essas que irão amparar o profissional, preparando-o para a escuta das demandas tanto do paciente quanto do familiar.

Como abordar o paciente e sua família para iniciar o processo de sedação? como desenvolver a escuta ativa?

EMPATIA, COMPAIXÃO, COMPLACÊNCIA, SUPERAÇÃO.

Primícias que carrego como imprescindíveis desde minha origem, e que hoje sei também ser primícias dos cuidados paliativos. Ser paliativista é muito além de saber realizar procedimentos técnicos e invasivos, é ser humano, é saber se colocar no lugar do outro, tratar como gostaria de ser tratado.

Minha trajetória profissional no cuidado paliativo teve início em 2015 quando passei no concurso público do Instituto Nacional do Câncer. Assim como a grande maioria dos profissionais nunca havia ouvido falar sobre cuidado paliativo. A escolha pela unidade de lotação se deu pela logística, pensei como seria o ir e vir, meios de transporte, trânsito, tudo, menos no filosofia do serviço que estaria executando ao longo dos anos.

Fui recebida na unidade com todas as primícias citadas anteriormente, acolhida de forma humana e empática tanto pela equipe, quanto pela chefia.

Desde então atuo no setor de internação hospitalar, onde recebemos pacientes de todas as outras clínicas do Instituto, mama, tecido ósseo e conectivo, cabeça e pescoço, abdome, dentre outras. A vivência no setor fez com que me deparasse com histórias de vida das mais diversas, felizes e tristes. Pudemos por diversas vezes realizar sonhos que foram adiados por conta da doença como, reencontrar um irmão que não via a mais de 20 anos, um casamento com direito a véu e grinalda sendo grande parte das madrinhas e padrinhos profissionais que atuavam na assistência a paciente, o lançamento de um livro escrito por um paciente que devido à evolução da doença foi suspenso, sabendo que teria chance dele não mais fazê-lo fora da unidade as equipes se mobilizaram e promoveram o lançamento do livro com direito a uma tarde de autógrafos.

Neste setor, os pacientes ficam internados com o intuito de controlar seus sintomas refratários, de difícil controle. Todos os pacientes, independentemente da idade tem o direito de ficar 24 horas com um cuidador/familiar. Cuidador esse que é inserido nos cuidados ao seu paciente com a finalidade de auxiliá-lo no seu retorno para casa.

Porém, infelizmente, cada vez mais é percebido o tardiamiento do encaminhamento desses pacientes , chegando na unidade com prognóstico ruim, sendo muitas das vezes necessário a iniciação de sedação paliativa para proporcionar conforto. E diante dessa realidade, pude perceber a dificuldade na abordagem e conseqüentemente na aceitação por parte do paciente quando o mesmo ainda consegue pôr em prática sua autonomia, ou por parte do familiar, que na maioria das vezes apresentam dificuldades para entender não só a sedação paliativa como também os princípios e objetivos do cuidado paliativo.

Ao visitar esses pacientes no quarto onde estão acomodados, acompanhados na maioria das vezes de seu familiar, presenciar o sofrimento físico, emocional e espiritual que eles vivenciam, conseguir ter uma conversa clara, sincera, pautada na humanização e na ética, sentar ao seu lado, segurar sua mão, sanando suas dúvidas e inseguranças, faziam com que o procedimento fosse entendido e não mais visto como uma ameaça, sendo assim autorizado e com isso conseguimos proporcionar um alívio, um conforto para o paciente e conseqüentemente para o familiar que o acompanha.

Presenciar tais acontecimentos no meu cotidiano inquietava-me, diante da necessidade de buscar esclarecimentos, aprofundar meu conhecimento sobre a temática com a finalidade de poder sanar qualquer dúvida que pudesse haver e com isso desbravar a sedação paliativa para além da técnica.

Compreender apenas as técnicas abordadas não me foi suficiente, precisava ir mais a fundo, o que me levou a ingressar no mestrado e aprofundar meus conhecimentos sobre fenomenologia, me aproximando do Núcleo de Pesquisa “Filosofia, Saúde e Educação Humanizada” da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, sob coordenação da Prof.^a Dr.^a Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva, com o objetivo de refletir e aprofundar as controvérsias sob a temática da sedação paliativa, com a finalidade de auxiliá-los no enfrentamento da patologia, vivificando condutas de adesão terapêutica e contribuindo para o alívio dos sintomas e melhora da qualidade de vida.



➤ 2. CUIDADOS PALIATIVOS: CONCEITO E ESTATÍSTICAS

O câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo (ALVES e LADEIRA , 2017). Os cuidados paliativos são os cuidados de saúde ativos e integrais prestados à pessoa com doença grave, progressiva e que ameaça a continuidade da vida (SOUZA e TAVARES, 2020).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conceito definido de 1990 e atualizado em 2002, “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 de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais” (INCA, 2020).



O gráfico abaixo, elaborado pela OMS, detalha as fases de abordagem dos Cuidados Paliativos.

Quadro I: Fases de abordagem dos Cuidados Paliativos



Quadro adaptado pelo autor. Fonte: (SBGG, 2015)

Na fase final da vida, entendida como aquela em que o processo de morte se desencadeia de forma irreversível e o prognóstico de vida pode ser definido em dias a semanas, os Cuidados Paliativos se tornam imprescindíveis e complexos o suficiente para demandar uma atenção específica e contínua ao doente e à sua família, prevenindo uma morte caótica e com grande sofrimento. A prevenção continua sendo uma demanda importante neste período. Ações coordenadas e bem desenvolvidas de cuidados paliativos ao longo de todo o processo, do adoecer ao morrer, são capazes de reduzir drasticamente a necessidade de intervenções, como uma sedação terminal ou sedação paliativa (LIMA, 2016).

A espiritualidade dos profissionais que atuam com Cuidados Paliativos, é de grande importância e cooperação para o cotidiano do trabalho realizado, influenciando na qualidade do cuidado prestado. Exercitar a espiritualidade torna esses profissionais mais sensíveis às necessidades dos pacientes, ocasionando um modelo de cuidado mais humanizado e abrangente (ARRIEIRA, THOFEHRN, et al., 2018).

Os cuidados paliativos constituem um componente fundamental dos cuidados de saúde, envolvendo aspectos científicos, éticos, marais, emocionais, culturais e espirituais, cujo principal objetivo não é prolongar a vida, mas oferecer aos pacientes um fim de vida digno, sem sofrimento, tão suportável e significativo quanto possível (TROVO, 2021) .

A filosofia dos cuidados paliativos é baseada em quatro pilares, conforme apresentando na figura abaixo. Se algum destes pilares for negligenciado, a qualidade da assistência torna-se inatingível.

Quadro II: Pilares da Palição



Elaborado pelo próprio autor. Fonte: (GOMES e OTHERO, 2016).

No entanto, a literatura sobre o tema é escassa e a maioria dos estudos envolvendo a espiritualidade dos cuidados paliativos tem como sujeito de estudo o paciente. Diante disto, este estudo objetiva compreender a experiência da espiritualidade vivida pelos residentes multiprofissionais, trazendo assim a importância desse estudo.

Fazendo-se necessário uma visão diferenciada para esses profissionais que iniciam sua vivência na oncologia, nos fazendo refletir sobre a importância da humanização na formação desses residentes trazendo para seu desenvolvimento profissional metodologias que o auxiliem nesse processo de aprendizado.

O desenvolvimento tecnológico na medicina a partir de meados do século XX foi incomensurável e conseqüentemente houve um aumento da sobrevivência da população em relação às doenças crônicas. Entretanto, apesar dos avanços já ocorridos, ainda no século XXI o câncer permanece em um cenário como doença de causa enigmática e que muitas vezes avança de forma acelerada diminuindo as opções de tratamento com finalidade de cura, e em muitos casos necessitando de atenção paliativa (LANA, 2020).

Pelo índice cada vez maior de pessoas em situação de câncer em estágio avançado, os cuidados paliativos estão respaldados pela Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, estabelecida na Portaria nº 874/2013, que norteia estratégias para enfrentamento de doenças crônicas em busca de qualidade da atenção oncológica (PRADO, SALES, et al., 2020).

De acordo com a política supracitada, os cuidados paliativos estão inseridos em todos os níveis de atenção na área de saúde na esfera do SUS, garantindo, com isso, o direito integral, equânime e universal à saúde do cidadão (PRADO, SALES, et al., 2020).

Em nova pesquisa realizada em 2015 pela consultoria britânica Economist Intelligence Unit, avaliando o índice de Qualidade de morte (Death Quality Index 2015), dos 80 países avaliados, a Brasil ocupou a 42ª posição, ficando atrás de países como o Chile que ficou na 27ª posição, a Argentina, 32º lugar e o Equador em 40º (SBGG-SP, 2016).

Em 2019, foi elaborado um questionário eletrônico que permitiu a coleta de dados no período de 1º de julho a 15 de setembro, sendo convidados a respondê-lo todos os serviços de Cuidados Paliativos do território brasileiro, sendo 101 serviços novos (52,9%) e 90 atualizações de cadastro junto à ANCP (47,1%), totalizando 191 entradas, um aumento de quase 8% na comparação com o total registrado no ano anterior (SANTOS, FERREIRA e GUIRRO, 2020).

O mapeamento mundial mais recente, realizado em 2018, mostra que o país saiu da categoria 3ª, caracterizada por prestação isolada de cuidados paliativos, forte dependência de doações, disponibilidade limitada de morfina e número reduzido de serviços relativos à população. O Brasil ocupa atualmente o nível 3b, que inclui países como Gâmbia, Albânia, Bulgária, Colômbia e Panamá, onde generaliza-se a oferta de cuidados paliativos com fontes de financiamento, maior disponibilidade de morfina, centros de formação e mais serviços oferecidos à população, mas ainda não foi encontrada a integração nas categorias 4a onde estão países como Argentina, Chile e Áustria e 4b composto por Canadá, Estados Unidos e Japão. Nesses níveis, os serviços de cuidados paliativos estão integrados aos sistemas de saúde, os profissionais de saúde conhecem a área, a sociedade está engajada no problema e a morfina e outras drogas analgésicas são menos difíceis de acessar (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2020).

O maior número de novos serviços de Cuidados Paliativos está localizado no Sudeste e o Norte possui o menor cadastro. Com relação aos serviços que já existiam e recadastraram suas informações, novamente a maioria está localizada no Sudeste e a região Norte figura com menos cadastros. Em termos de data de abertura, a década de 80 aparece com dois serviços (1986 e 1989), os anos 90 somam cinco e os anos 2000 têm a instalação de 21. O início da década de 2010 registra sete aberturas e, a partir de 2012, há um crescimento acelerado, com 32 novos serviços em 2019 (SANTOS, FERREIRA e GUIRRO, 2020).

Quadro III: Mapeamento dos serviços de cuidados paliativo no Brasil

Mapeamento dos serviços de Cuidado Paliativo no Brasil

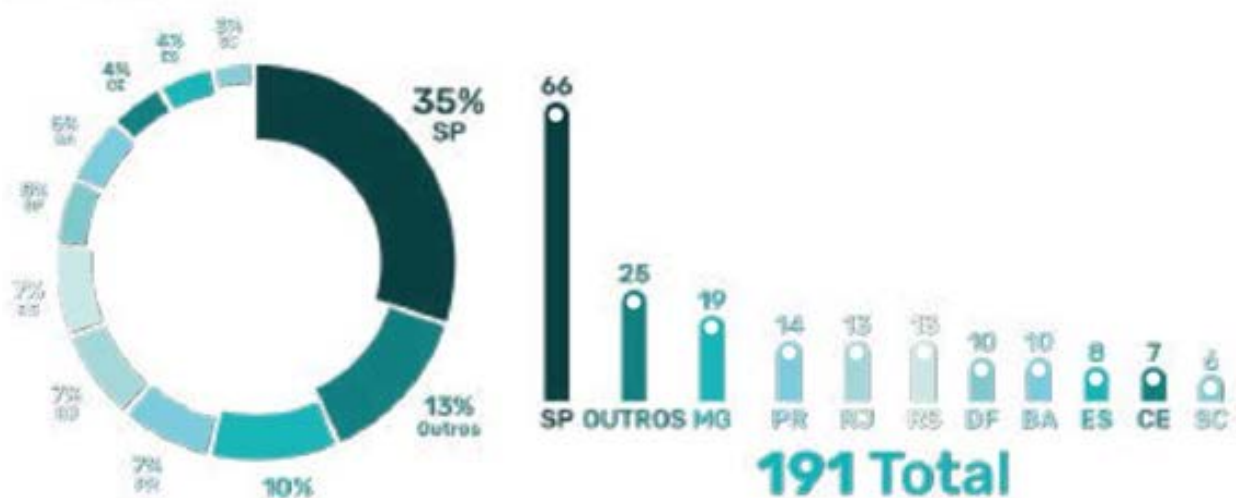


Fonte: (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2020). Quadro adaptado pelo autor.

Observando os estados individualmente, São Paulo aparece na primeira posição, seguido por Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro.

Quadro IV: Número de serviços de cuidados paliativo por Estado no Brasil

Número de serviços por Estado



Fonte: (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2020). Quadro adaptado pelo autor.

Quanto aos leitos destinados para Cuidados Paliativos, o Brasil possui 789 leitos, distribuídos da seguinte forma:

Quadro V: Leitos destinados para Cuidados Paliativos no Brasil

NORTE		NORDESTE		CENTRO-OESTE		SUDESTE		SUL	
AC	4	AL	11	DF	68	MG	71	PR	32
AM	0	BA	45	GO	10	ES	0	RS	43
AP	0	CE	38	MS	0	RJ	103	SC	27
PA	19	MA	10	MT	8	SP	284	Total	102
RO	0	PB	0	Total	86	Total	458		
RR	0	PE	16						
TO	0	PI	0						
Total	23	RN	0						
		SE	0						
		Total	120						

Fonte: (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2020). Quadro adaptado pelo autor.

Segundo o IBGE33, os estados da região Norte, onde se concentram 8,77 % da população brasileira, ocupam apenas 2,92 % dos leitos, enquanto a região Sudeste, onde vivem 42,05 % dos brasileiros responde por 58,05 % do aumento (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2020), observando com isso a desigualdade existente na assistência dentro do país. O quantitativo de leitos ofertados está aquém da necessidade em todos os estados, visto que o número de pacientes encaminhados aos Cuidados Paliativos cresce a cada ano.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que no ano de 2030 sejam registrados 27 milhões de novos casos mundialmente, 75 milhões de pessoas vivendo com a doença anualmente e 17 milhões de mortes. Esta realidade reflete a necessidade de investimentos por parte de políticas públicas principalmente em países em desenvolvimento como no caso o Brasil e de profissionais de saúde qualificados para subsidiar tratamento, reabilitação, cura e cuidados paliativos quando se estabelece a terminalidade da vida (INCA, 2018).

Anteriormente conhecida como sedação terminal, a sedação paliativa trata da administração de medicamentos em doses e combinações farmacológicas com a finalidade de diminuir o nível de consciência do paciente, sempre através de um consentimento do paciente ou de seu responsável legal caso a sedação paliativa o mesmo esteja impossibilitado, sendo assim considerada uma opção de tratamento, objetivando alívio de um ou mais sintomas refratários existentes (NOGUEIRA e SAKATA, 2012).

No final da década de 80, surgiram as primeiras publicações sobre o uso de sedação paliativa, com o objetivo de diminuir a consciência dos pacientes terminais. Logo depois, discussões sobre o impacto ético, impacto na sobrevivência e o significado exato desta intervenção começaram a surgir. Do ponto de vista da bioética, a maioria dos autores distingue entre sedação paliativa, eutanásia ou suicídio assistido com base na intenção e na proporção (MENEZES e FIGUEIREDO, 2019).

A SP é completamente diferente da eutanásia ou do suicídio assistido, uma vez que seu objetivo principal é proporcionar alívio dos sintomas refratários com doses proporcionais ao efeito desejado, de sedativos específicos sem o objetivo de abreviar o fim da vida do paciente. Enquanto a eutanásia ou suicídio assistido consiste basicamente na retirada da vida com a administração de doses letais causando a morte imediata do paciente (QUEIROZ, 2020).

Assim, este e-book aponta a importância em compreender o impacto causado na abordagem e orientação ao cuidador familiar diante da sedação paliativa tendo como primícia buscar dirimir os impactos negativos e contribuir no processo de finitude e luto.



➤ 3. NOMES DO CUIDADO PALIATIVO

DAME CICELY SAUNDERS

É uma das mais influentes profissionais, acreditando na importância do alívio da dor, principalmente para pacientes em estado de terminalidade. Saunders foi uma das pioneiras dos Cuidados Paliativos. Nasceu na Inglaterra em 22 de junho de 1918, se formou em enfermagem, assistente social e medicina com a finalidade de melhorar o controle da dor e o cuidado de pacientes terminais (BRANDES e SCHNORREBERGER, 2020).



Figura 1: Dame Cicely Saunders

A matriarca dos Cuidados Paliativos na Inglaterra, fundou o ST. Christopher's Hospice em 1967, o primeiro a reunir especialistas em controle de dor e de sintomas aos das áreas de cuidado humanitário, ensino e pesquisa clínica. Atuou na área não somente como profissional da saúde, mas também como professora e pesquisadora, dando aulas, palestras, escrevendo artigos e livros que até hoje servem de inspiração e guia para paliativistas de todo o mundo. Dame Cicely Saunders faleceu em 14 de julho de 2005, aos 87 anos. Tornou-se uma grande referência em Cuidados Paliativos e revolucionou a maneira pela qual a sociedade cuida dos doentes, dos que estão à beira da morte e de suas famílias enlutadas (BRANDES e SCHNORREBERGER, 2020).

“

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

”
DAME CICELY SAUNDERS

ELISABETH KÜBLER-ROSS

Foi uma médica psiquiatra suíça, nascida em 8 de julho de 1926, e falecida em 24 de agosto de 2004, dedicou-se mais de 30 anos da sua vida na assistência a pessoas gravemente enfermas ou indivíduos enlutados por perdas significativas. Tinha uma escrita que cativou o mundo, sendo traduzida para muitos idiomas e popularizada em diversos países (EKR BRASIL, 2021).



Figura 2: Elisabeth Kübler-Ross

Foi a pioneira em descrever as atitudes e reações emocionais suscitadas pela aproximação da morte em pacientes terminais, reações humanas que não dependem de um aprendizado só cultural (BARALDI, 1999). Seus trabalhos descrevem a identificação dos cinco estágios que um paciente pode vivenciar durante sua terminalidade, que são: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (KÜBLER-ROSS, 1985).

Uma experiência realmente impactante para Elisabeth, descrita por ela em sua mundialmente conhecida autobiografia, foi sua passagem pelo campo de concentração de Majdanek, ao fim da guerra. Para Kübler-Ross, esta visita constituiu uma grande lição sobre o sentido da vida (EKR BRASIL, 2021).

“

Os cinco estágios – negação, raiva, barganha, depressão e aceitação – fazem parte da estrutura que compõe nosso aprendizado a viver com o que perdemos. Eles são ferramentas para nos ajudar a enquadrar e identificar o que podemos estar sentindo.

ELISABETH KÜBLER-ROSS

”

ROBERT TWYXCROSS

Britânico aposentado, nascido em 24 de janeiro de 1941, é um médico e escritor. Foi um pioneiro do movimento hospice durante a década de 1970, quando ajudou os cuidados paliativos a ganhar reconhecimento como um campo aceito da medicina moderna, serviu como Diretor do Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para Cuidados Paliativos de 1988 a 2005 (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

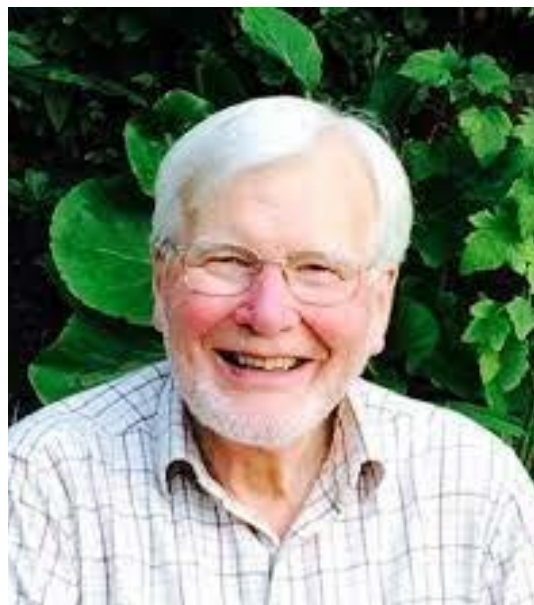


Figura 3: Robert Twycross

Dr. Robert Twycross fala sobre a dificuldade do médico em dizer a verdade ao paciente, quando esta verdade desnuda a terminalidade da vida e a ausência de perspectiva de cura, pois com a verdade dolorosa, podemos destruir a esperança e levar o paciente irreversivelmente ao desespero e à depressão, colocando em jogo o seu próprio medo da morte e as pressões culturais associadas (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

Enfatiza também que devemos ter o compromisso da abertura e da honestidade e que o primeiro desafio ético seria equipar a si mesmo de boas habilidades de comunicação e sensibilidade (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009); (ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2010).

DRA. MIRIAN MARTELETE

As primeiras ações clínicas baseadas nos princípios do Movimento Hospice no Brasil foram vistas em 1983, através da Dra. Mirian Martelete, aplicadas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FIGUEIREDO e STANO, 2013), passando em 2008 para serviço de tratamento de dor e medicina paliativa e mais tarde em 2012 para Programa de Cuidados Paliativos (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2020).



Figura 4: Mirian Martelete

MARCO TÚLIO DE ASSIS FIGUEIREDO

Um outro grande nome do Cuidado Paliativo no Brasil é do Professor Marco Túlio de Assis Figueiredo, responsável por abrir os primeiros cursos e atendimento com filosofia paliativistas na Escola Paulista de Medicina _ UNIFESP/EPM, tornando-se também sócio fundador da International Associational for Hospice and Palliative Care (EUA) (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2023).

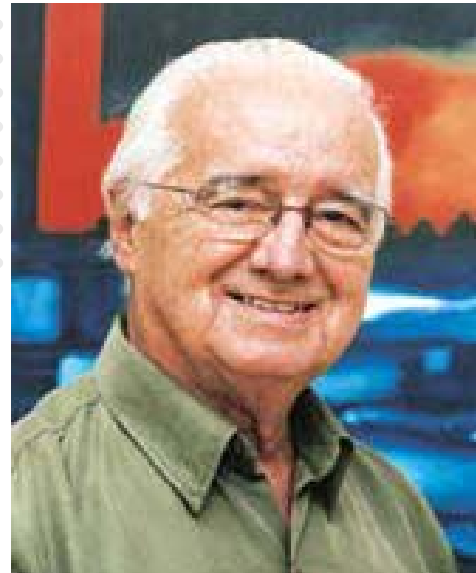


Figura 5: Marco Túlio de Assis Figueiredo

➤ 4. CUIDADO PALIATIVO NO BRASIL

“No Brasil, a história dos Cuidados Paliativos é relativamente recente, datando da década de 80 do século passado (Figueiredo, 2006; Maciel, 2006). (...) Os serviços de Cuidados Paliativos no país foram surgindo sem vínculos entre si e sem a elaboração de protocolos ou manuais para sua prática efetiva. Em 2010, o Brasil foi considerado o 38º colocado de acordo com o Índice de Qualidade de Morte, que mede o ambiente atual de serviços de cuidados de fim de vida, dentre os 40 países avaliados.

A primeira tentativa de confraria por parte dos trabalhadores em cuidados paliativos foi feita com a fundação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos – ABCP, em 1997 com a psicóloga Ana Georgia de Melo. Com a criação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos em 2005, os cuidados paliativos no Brasil deram



Figura 6: INCA IV

um grande pulo institucional. Com a ANCP, prosseguiu a regularização profissional dos cuidados paliativos brasileiro, foram estabelecidos critérios de qualidade para os serviços de cuidados paliativos, definições precisas do que são cuidados paliativos e do que não são. (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2023).

Outro serviço importante e pioneiro no Brasil é o Instituto Nacional do Câncer (INCA), do Ministério da Saúde que inaugurou sua Unidade IV, onde a assistência prestada é exclusivamente a pacientes em Cuidados Paliativos. Entretanto, desde 1986, os pacientes sem possibilidades de cura são tratados nas outras unidades do Instituto (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2023).

Em nova pesquisa realizada em 2015 pela consultoria britânica Economist Intelligence Unit, avaliando o índice de Qualidade de morte (Death Quality Index 2015), dos 80 países avaliados, a Brasil ocupou a 42ª posição, ficando atrás de países como o Chile que ficou na 27ª posição, a Argentina, 32º lugar e o Equador em 40º (SBGG-SP, 2016).

Em 2019, foi elaborado um questionário eletrônico que permitiu a coleta de dados no período de 1º de julho a 15 de setembro, sendo convidados a respondê-lo todos os serviços de Cuidados Paliativos do território brasileiro, sendo 101 serviços novos (52,9%) e 90 atualizações de cadastro junto à ANCP (47,1%), totalizando 191 entradas, um aumento de quase 8% na comparação com o total registrado no ano anterior (SANTOS, FERREIRA e GUIRRO, 2020).

O mapeamento mundial mais recente, realizado em 2018, mostra que o país saiu da categoria 3ª, caracterizada por prestação isolada de cuidados paliativos, forte dependência de doações, disponibilidade limitada de morfina e número reduzido de serviços relativos à população. O Brasil ocupa atualmente o nível 3b, que inclui países como Gâmbia, Albânia, Bulgária, Colômbia e Panamá, onde generaliza-se a oferta de cuidados paliativos com fontes de financiamento, maior disponibilidade de morfina, centros de formação e mais serviços oferecidos à população, mas ainda não foi encontrada a integração nas categorias 4a onde estão países como Argentina, Chile e Áustria e 4b composto por Canadá, Estados Unidos e Japão. Nesses níveis, os serviços de cuidados paliativos estão integrados aos sistemas de saúde, os profissionais de saúde conhecem a área, a sociedade está engajada no problema e a morfina e outras drogas analgésicas são menos difíceis de acessar (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2020).

O maior número de novos serviços de Cuidados Paliativos está localizado no Sudeste e o Norte possui o menor cadastro. Com relação aos serviços que já existiam e recadastraram suas informações, novamente a maioria está localizada no Sudeste e a região Norte figura com menos cadastros. Em termos de data de abertura, a década de 80 aparece com dois serviços (1986 e 1989), os anos 90 somam cinco e os anos 2000 têm a instalação de 21. O início da década de 2010 registra sete aberturas e, a partir de 2012, há um crescimento acelerado, com 32 novos serviços em 2019 (SANTOS, FERREIRA e GUIRRO, 2020).

➤ 5. DEFINIÇÃO COLETIVA DE SEDAÇÃO PALIATIVA

A sedação paliativa é um procedimento padrão usado em cuidados paliativos, especialmente para pacientes no final de suas vidas, que estão sofrendo de outra forma intratável. Consiste na administração de sedativos e, quando necessário, de outros medicamentos, geralmente por infusão, por via subcutânea ou intravenosa, na velocidade necessária para alcançar o alívio do paciente, por meio da redução da consciência do paciente (SOUZA e TAVARES, 2020).

Com a finalidade de aliviar o sofrimento do paciente e não antecipar o óbito, alguns critérios específicos devem ser rigorosamente seguidos:

- Doença terminal com esperança de vida inferior a 06 meses;
- Presença de ao menos um sintoma refratário;
- Esgotamento dos tratamentos para o sintoma refratário;
Sofrimento intolerável;
- Envolvimento da equipe multidisciplinar, especializada em cuidados paliativos;
- Morte iminente (horas ou dias, máximo de 2 semanas);
- Obtenção de consentimento livre e esclarecido;
- A decisão deve estar de acordo com a vontade do doente, em caso de impossibilidade, de seu representante legal (MARTINS, 2019) (NOGUEIRA e SAKATA, 2012).

O termo Terapia de Sedação Paliativa foi proposto em 2001 , dando definição ao uso de sedativos para o alívio de sintomas intratáveis e refratários, através do rebaixamento do nível de consciência, podendo ser classificada como moderada, profunda, intermitente, contínua, primária e secundária, de acordo com sua indicação. A importância de definir as categorias da sedação paliativa se dá na sua precisão e na profundidade, onde para um paciente em delirium se indicaria uma sedação primária, contínua e profunda, enquanto para um paciente com dispneia por câncer de pulmão, seria uma sedação secundária, contínua e moderada. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020) (MENEZES e FIGUEIREDO, 2019).

De acordo com o Comitê de Ética da Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos, a sedação, genericamente falando, seus matizes, pode ser primária ou secundária, contínua ou intermitente, profunda ou superficial. Assim, a SP é classificada “segundo a temporalidade” (em sedação intermitente: permite períodos de alerta do paciente; e sedação contínua: mantém a diminuição do nível de consciência do paciente de forma permanente) e segundo a intensidade (em sedação superficial: permite a comunicação do paciente com as pessoas que a assistem; e sedação profunda: mantém o paciente em estado de inconsciência). Também, segundo o Guideline for Palliative Sedation da Royal Dutch Medical Association, a sedação contínua é o subtipo de maior alcance de SP, e visa reduzir a consciência da pessoa doente até o momento da morte. Sem dúvida, a SP profunda e contínua, em fim de vida, é a que mais implica questões éticas, pois precisa ser claramente distinguida da abreviação da vida. Não por acaso, a SP profunda e contínua aparece no relato dos profissionais imbricada de conteúdo ético (EICH, VERDI, et al., 2018).

Quadro VI: Definição dos termos usados em sedação paliativa

TERMO	DEFINIÇÃO
Quanto a profundidade: <ul style="list-style-type: none">➤ Superficial➤ Profunda	<p>Paciente conserva mesmo que parcialmente a habilidade de comunicação.</p> <p>Paciente entra em estado de inconsciência.</p>
Quanto ao tempo: <ul style="list-style-type: none">➤ Contínua➤ Intermitente	<p>Não há interrupção na infusão da droga sedativa, com a finalidade de obter um efeito persistente, até o momento do óbito.</p> <p>Utilizada para um sintoma específico, sendo interrompida após controle de sintoma, possibilitando períodos de alerta.</p>
Quanto ao objetivo: <ul style="list-style-type: none">➤ Primário➤ Secundário	<p>Quando a finalidade é diminuir o nível de consciência.</p> <p>Quando a finalidade é controle de sintomas, reduzindo o nível de consciência.</p>

Fonte: (MARTINS, 2019). Quadro elaborado pelo próprio autor.

A não interferência no processo de morrer, que deve decorrer da própria evolução da doença, faz parte da intenção de uma equipe interdisciplinar. Essa intenção acaba sendo amparada não só por princípios, como também por valores, que visam distanciar a prática da SP da eutanásia (EICH, VERDI, et al., 2018).

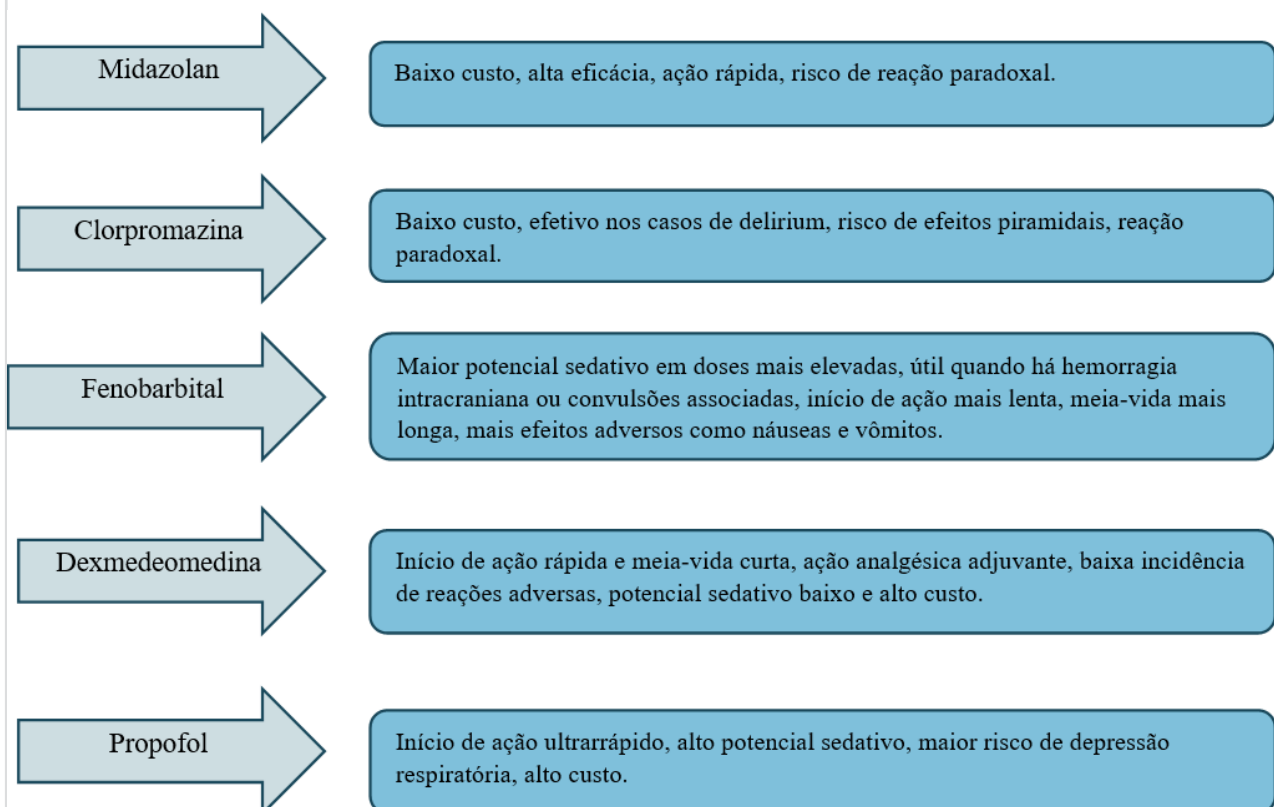
Devido às características dos Cuidados Paliativos, a SP profunda e contínua é a mais utilizada, sendo vista como o último recurso no final de vida, sendo compreendido como objetivo pelos profissionais da saúde, um alívio para o sofrimento no processo de morrer assim como um cuidado para uma morte digna. Noutros termos, a prática da SP deve partir do entendimento de que seu uso decorre da evolução da doença e cujos sintomas são refratários. Diante desses sofrimentos, os profissionais compreendem que a SP passa a ser uma necessidade (EICH, VERDI, et al., 2018).

➤ 6. MEDICAÇÕES PADRÃO E PROTOCOLOS DA SEDAÇÃO PALIATIVA

A SP para o tratamento de sintomas intratáveis vem sendo considerada uma opção humana e de compaixão ao sofrimento consciente e contínuo, tanto do paciente como de seus familiares/cuidadores (MENEZES e FIGUEIREDO, 2019).

As drogas usadas para sedação paliativa são:

Figura 7: Medicções utilizadas na sedação paliativa



Baseado em (QUINTANILHA, 2019) e elaborado pelo próprio autor.

A droga de maior escolha é o Midazolam. O esquema prático utilizado de prescrição: 20ml de Midazolam 5mg/ml + 80 ml de SF 0,9%, resultando em 100 ml da solução. Iniciar a 1-2ml/h e titular conforme grau de sedação necessário (QUINTANILHA, 2019). Os benzodiazepínicos podem ser administrados por via endovenosa, subcutânea, em bolos intermitentes ou em infusões contínuas, por ser hidrossolúvel, é metabolizado em componente lipofílico, penetrando rapidamente no SNC. Sua ação tem início rápido e relativamente curto, podendo ser utilizado concomitantemente com morfina, haloperidol e outros fármacos. O flumazenil é a droga antagonista. (MARTINS, 2019).

A clorpromazina é uma droga neuroléptica, eficaz em caso de doentes agitados, possui ação antipsicótica, sua ação tem início rápido, podendo ser administrado juntamente com o midazolam. As vias de administração utilizadas são oral, endovenosa, subcutânea e intramuscular, contínua ou intermitentemente. É recomendado a dose máxima de 300g/dia (MARTINS, 2019).

A clorpromazina é uma droga neuroléptica, eficaz em caso de doentes agitados, possui ação antipsicótica, sua ação tem início rápido, podendo ser administrado juntamente com o midazolam. As vias de administração utilizadas são oral, endovenosa, subcutânea e intramuscular, contínua ou intermitentemente. É recomendado a dose máxima de 300g/dia (MARTINS, 2019).



Figura 7: Medicamentos

Outra droga utilizada na sedação, porém com menor frequência é o fenobarbital, se tornando uma alternativa na nequice dos outros fármacos, trata-se de um anticonvulsivante, com ação rápida e longa duração. Não podendo ser administrados concomitantemente com outras medicações, sendo necessária na administração por via subcutânea, uma diluição com volume dez vezes maior que do soluto. (MARTINS, 2019). Excitação paradoxal em idosos, síndrome de Stevens-Johnson, náusea, hipotensão, êmese, rash, trombocitopenia e agranulocitose são efeito adversos do fenobarbital (UNIARA, 2011).

Agonista α -2, a dexmedetomidina demonstrou poder ter uma função na abordagem do delirium em cuidados paliativos (DELGADO, BORGES, et al., 2021).

Quando o objetivo não é alcançado com os outros fármacos, o propofol é uma alternativa. Sendo administrado somente por via endovenosa, devendo ser administrado, preferencialmente, por um médico com experiência no uso desse fármaco. Por esse motivo, muito raras vezes tem aplicação neste contexto (MARTINS, 2019).

As vias de administração utilizadas para sedação paliativa são as vias endovenosas ou subcutânea, em bolos intermitentes ou infusão contínua (NOGUEIRA e SAKATA, 2012).

A hipodermóclise se destaca por ser um método simples, seguro e com risco diminuído de infecção. Consiste na reposição de fluidos e administração de medicamentos por via subcutânea quando não há possibilidade de administração de medicações por via oral, devido à fragilidade vascular, ou inexistência de acesso venoso periférico (GODINHO e SILVEIRA, 2017), sendo uma opção para os pacientes de difícil acesso venoso.

A hipodermóclise é considerada uma técnica simples, com melhor relação custo-benefício se comparada a via intravenosa, em condições clínicas não urgentes, com rápido início e menor tempo de culminação. A utilização da via subcutânea pode ser implementada tanto no hospital quanto em casa, trazendo assim mais comodidade e conforto para o paciente e sua família. Permite inserir volume de até 1500 ml em 24 horas dependendo do ponto de punção (GODINHO e SILVEIRA, 2017).

Por se tratar de terapia subcutânea, existem diversas opções de sítios para punção. As principais regiões são: deltóide, tórax anterior, escápula, abdômen e face lateral da coxa, sempre respeitando o volume máximo de infusão permitida para cada 24 horas.

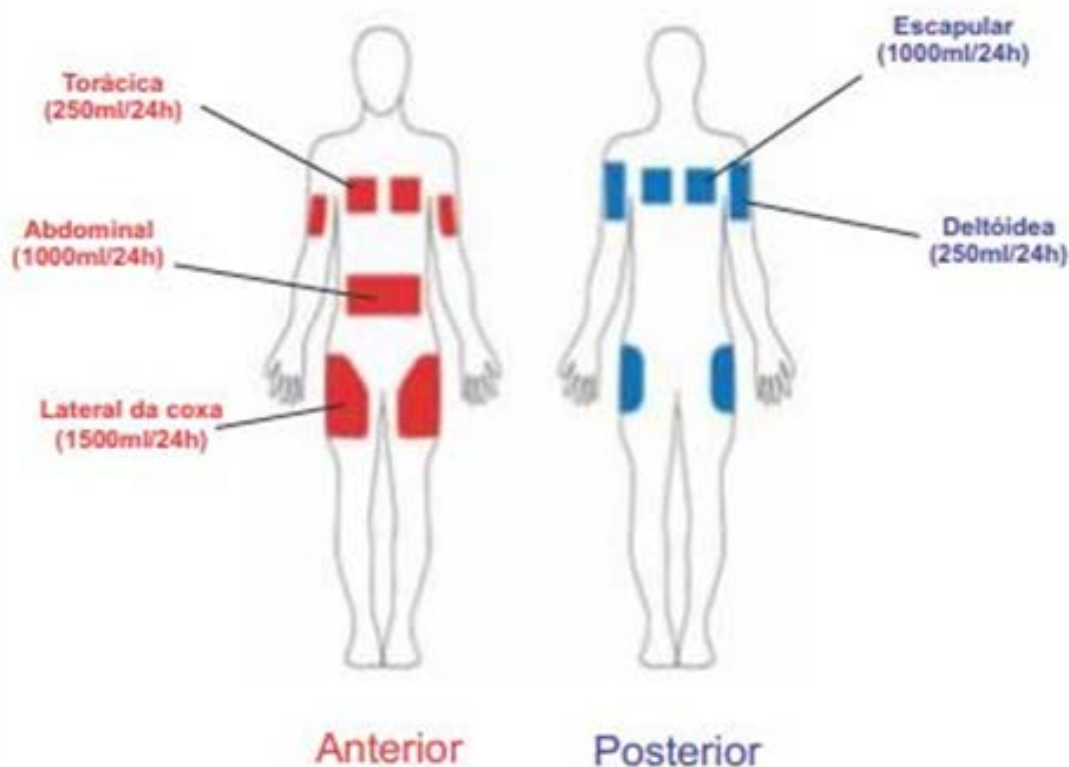


Figura 8: Sítios para Hipodermóclise

Nos pacientes oncológicos em fase avançada, a hipodermóclise, administração de medicação por via subcutânea (GODINHO e SILVEIRA, 2017), é considerada como uma via de escolha para a reposição de fluidos, eletrólitos e alguns medicamentos como morfina; metadona; ondansetrona; maleato de midazolam; cloridrato prometazina; fenobarbital; escopolamina; dexametasona; clorpromazina; clonidina; ranitidina; gamicina e tramadol, podendo alguns deles serem administrados em atendimento domiciliar devido a via intravenosa encontrar-se debilitada devido a terapêuticas medicamentosas, principalmente quimioterápicos, além das condições clínicas apresentadas pelos pacientes (NOVELLI, MOREIRA, et al., 2019).

Essa sedação deve ser monitorada, em sua fase inicial, recomenda-se a avaliação dos parâmetros a cada 30 minutos. Uma vez o paciente esteja confortável, com nível de sedação adequado,



Figura 9: Hipodermóclise

esse tempo pode ser espaçado para até três vezes ao dia. Para avaliar o nível de sedação, utiliza-se a escala de RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) (SATOMI, 2020):

Quadro VII: Escala de RASS (Richmond Agitation-Sedation Sca-

Escore	Termos	Descrição
+4	Combativo	Francamente combativo, violento, levando a perigo imediato da equipe de saúde
+3	Muito agitado	Agressivo, pode puxar tubos e cateteres
+2	Agitado	Movimentos não intencionais frequentes, briga com o respirador (se estiver em ventilação mecânica)
+1	Inquieto	Ansioso, inquieto, mas não agressivo
0	Alerta e calmo	
-1	Torporoso	Não completamente alerta, mas mantém olhos abertos e contato ocular ao estímulo verbal por aproximadamente 10 segundos
-2	Sedado leve	Acorda rapidamente, e mantém contato ocular ao estímulo verbal por menos de 10 segundos
-3	Sedado moderado	Movimento ou abertura dos olhos, mas sem contato ocular com o examinador
-4	Sedado profundamente	Sem resposta ao estímulo verbal, mas tem movimentos ou abertura ocular ao estímulo tátil/físico
-5	Coma	Sem resposta aos estímulos verbais ou exame físico

Baseado em (GALVÃO, 2017) e elaborado pelo próprio autor.

Outra escala utilizada para avaliação do nível de sedação em pacientes em uso de fármacos é a Escala de RAMSAY. O escore é baseado em critérios clínicos para avaliar o nível de sedação, seguindo a numeração de 1 a 6 para graduar ansiedade e/ou agitação (GALVÃO, 2017).

Quadro VIII: Escala de RAMSAYle)

1	Ansioso, agitado ou inquieto
2	Cooperativo, orientado e tranquilo
3	Sedado, porém responde às ordens verbais
4	Sedado, com resposta rápida ao leve estímulo glabellar ou forte estímulo auditivo
5	Sedado, com resposta lenta ao leve estímulo glabellar ou forte estímulo auditivo
6	Nenhuma

Baseado em (GALVÃO, 2017) e elaborado pelo próprio autor.

Outras escala muito utilizadas em Cuidado Paliativa são:

A escala de desempenho de Kanowski (KPS), desenvolvida em 1948, qualificada como objetiva e prática é usada a mais de 50 anos para avaliação de pacientes oncológicos e não oncológicos. Avaliada em % de 100 onde o paciente encontra-se sem queixas, sem evidência de doenças, até 0 quando o paciente vai a óbito. Utilizado como uma ferramenta de prognóstico para prever a expectativa de vida, o KPS é relacionado estritamente com os níveis de angústia de sintomas (SANVEZZO, MONTANDON e ESTEVES, 2018).

A Palliative Performance Scale (PPS) baseia-se em uma premissa similar à KPS. A versão original, que consiste em uma escala unidimensional, foi ampliada para incluir dimensões de mobilidade, atividade, evidência de doença, autocuidado, níveis de ingesta e nível de consciência. Um profissional de saúde classifica cada dimensão atribuindo um valor de 100% a 0% (morte), com 10% indicando o menor nível de funcionamento. As classificações de mobilidade, atividade e evidência de doença são dominantes sobre as últimas variáveis. Por exemplo, um paciente que permanece deitado ou sentado o dia todo (50% de escore de mobilidade), mas tem ingestão normal e nível de consciência normal (100% de ingestão e de nível de consciência) tem um escore PPS global de 50% (SANVEZZO, MONTANDON e ESTEVES, 2018).

Quadro IX: Escala de Zubroad e Escala de Karnofsky

Escala de Zubroad (ECOG)	Escala de Karnofsky (%)
PS 0 – Atividade Normal	100 – Nenhuma queixa: ausência de evidência de doença
	90 – Capaz de levar vida normal; sinais menores ou sintomas da doença
PS 1 – Sintomas da doença, mas deambula e leva seu dia normal	80 – Alguns sinais ou sintomas da doença com o esforço
	70 – Capaz de cuidar de si mesmo; incapaz de levar suas atividades normais ou exercer trabalho ativo
PS 2 – Fora do leito mais de 50% do tempo	60 – Necessita de assistência ocasional, mas ainda é capaz de prover a maioria de suas atividades
	50 – Requer assistência considerável e cuidados médicos freqüentes
PS 3 – No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos	40 – Incapaz; requer cuidados especiais e assistência
	30 – Muito incapaz; indicada hospitalização, apesar da morte não ser iminente
PS 4 – Preso ao leito	20 – Muito debilitado; hospitalização necessária; necessitando de tratamento de apoio ativo
	10 – Moribundo, processos letais progredindo rapidamente

(INCA, 2002)

➤ 7. A BIOÉTICA NA SEDAÇÃO PALIATIVA

A sedação paliativa é uma das práticas de cuidados em fim de vida mais debatida atualmente, enfatizada pelas diretrizes que a tomada de decisão de início da sedação deve ser realizada de acordo com o desejo e precedido do consentimento do paciente ou em caso de incapacidade de fazê-lo, de seu responsável legal, no entanto estudos empíricos retratam que essa conduta nem sempre é obtida ou buscada (Robijn, et al., 2018). Se faz necessário uma abordagem tanto do paciente quanto do familiar de forma humanizada e sensível, construindo oportunidades para abordagem do tema, objetivando suas preferências dentro do tratamento atual e futuro, conhecendo e entendendo assim suas escolhas.

A prevalência da utilização da sedação paliativa ressalta a importância de protocolos institucionalizados, evitando a possibilidade de erro por parte dos profissionais, uma vez que a falta de conhecimento pode alicerçar a má conduta, visto que a quantidade de profissional com formação teórica específica no tema é baixa, e que a falta de conhecimento pode carrear a má conduta (Piedade, Filho, & Priolli, 2020). O trabalho é marcado por processos organizativos e práticos, que mobilizam ideologias, criam estratégias de preparação, geram identidades de acordo com vários grupos socioculturais e mantêm relação constante na dinâmica social (Siqueira & Teixeira, 2019). A presença de protocolos com diretrizes faz com que a rotina seja não só menos desgastante para os profissionais como também mais clara e eficiente para os pacientes.

A formação profissional é deficitária ao tema, tornando-se insuficiente para esclarecer dúvidas, orientar e educar pacientes e familiares. A importância de receber educação nessa prática é fundamental pois muitos estudantes em sua



Figura 8: Bioética

primeira experiência com sedação paliativa confundem a prática com eutanásia, pensando que a aplicação da sedação paliativa acelera a morte assim como a eutanásia e o suicídio assistido, reflexo do déficit de conhecimento sobre a prática abordada (Zuleta-Benjumea, Muñoz, Vélez, & Krikorian, 2018). Destarte, a literatura abordando o tema é escassa, trazendo uma lacuna de conhecimento, acarretando preconceitos e concepções errôneas sobre o assunto.

O Código de Ética Médica, em seu artigo 41, veda ao médico abreviar a vida do paciente, mesmo que seja um pedido do próprio ou de seu representante legal, sendo a conduta médica apropriada proporcionar todos os cuidados paliativos levando em consideração a vontade do paciente, ou em sua impossibilidade, de seu representante legal. Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o Código de Ética Médica, orienta a evitar procedimentos diagnósticos e terapêuticos prescindíveis, oportunizando cuidados paliativos apropriados (MIRANDA, 2019), dentre esses cuidados, a sedação paliativa (SOCIEDADE BENEFICIENTE ISRAELITA BRASILEIRA, 2020).

Art. 41 - Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

O COFEN sintetiza as medidas relacionadas aos cuidados paliativos para enfermeiros na resolução nº 564/2017, que estabelece um código de ética para os profissionais de enfermagem.

Art. 48 - Prestar assistência de Enfermagem promovendo a qualidade de vida à pessoa e família no processo do nascer, viver, morrer e luto (COFEN, 2017).

Parágrafo único. Nos casos de doenças graves incuráveis e terminais com risco iminente de morte, em consonância com

a equipe multiprofissional, oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal (COFEN, 2017).

O código de Ética da fisioterapia e da terapia ocupacional, registrados nas resoluções 424/2013 e 425/2013 respectivamente e no COFFITO, contemplam os cuidados paliativos nos seguintes dições:

Artigo 4º - O fisioterapeuta presta assistência ao ser humano, tanto no plano individual quanto coletivo, participando da promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação da sua saúde e cuidados paliativos, sempre tendo em vista a qualidade de vida, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto, segundo os princípios do sistema de saúde vigente no Brasil (COFFITO, 2013).

Artigo 4º - O terapeuta ocupacional presta assistência ao ser humano, tanto no plano individual quanto coletivo, participando da promoção, prevenção de agravos, tratamento, recuperação e reabilitação da sua saúde e cuidados paliativos, bem como estabelece a diagnose, avaliação e acompanhamento do histórico ocupacional de pessoas, famílias, grupos e comunidades, por meio da interpretação do desempenho ocupacional dos papéis sociais contextualizados, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto, segundo os princípios do sistema de saúde, de assistência social, educação e cultura, vigentes no Brasil (COFFITO, 2013).

No Código de Ética da Psicologia (resolução 010/05), no Código de Ética e Conduta da Nutrição (resolução 599/18) e no Código de Ética do Serviço Social (lei 8.662/93) não foi encontrado nenhuma interpelação específica aos cuidados paliativos, entretanto, os três documentos tratam das boas práticas e cuidados éticos em todas as fases da vida, conduta que está relacionada aos cuidados paliativos (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2020).

➤ 8. SEDAÇÃO PALIATIVA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Os profissionais em formação duvidam da sua capacidade de raciocinar e construir um plano de ação clínica; eles têm dificuldade de analisar, definir e interpretar os sintomas dos pacientes, em determinar se os sintomas são refratários e em aceitar que são insuportáveis para o paciente. Como consequência, hesitam em utilizar o tratamento indicado principalmente por temer que a medicação possa não ser eficaz, mas também temem seus efeitos sedativos (Leboul, et al., 2017).

O despreparo para trabalhar com a finitude humana e a impotência frente ao curso evolutivo da doença, traz a importância da capacitação em nível acadêmico e laboral (Lima, Bezerra, Morais, Veras, & Menezes, 2017). Profissionais e estudantes que lidam com sedação paliativa necessitam possuir habilidades emocionais e afetivas, além de competência técnica científica, pois se confrontam frequentemente com inúmeros desafios em suas atividades, necessitando compreender sua essência para que possam trazer sentido à sua existência por meio do trabalho desenvolvido (Rocha, Pereira, Silva, Medeiros, & Marins, 2020).

Para Merleau-Ponty, o sentir e a percepção são a ligação essencial com o mundo e a base da existência humana. A Consciência do ser, é a experiência existente e inserida no mundo (Ponty, 2011). O residente assume uma responsabilidade diante do outro, por meio de um cuidado fenomenológico, percebendo esse sujeito de forma singular, o que é visível e invisível, ponderável e imponderável, mas esse profissional também precisa receber cuidado. Por isso, é importante reconhecer os aspectos subjetivos, a dificuldade individual que um residente pode ter para enfrentar certas situações no hospital, considerando que esse profissional ainda tem pouca idade e experiência (Vallois, Silva, & Pereira, 2017).

A conexão dos profissionais de saúde com sua espiritualidade consolidada a construção de sua identidade profissional, sendo pré-requisito para transcender obstáculos e manter o equilíbrio no desenvolvimento da sua

prática, buscando preencher as lacunas educacionais com treinamentos e orientações com a finalidade de melhorar sua vivência profissional (Rocha, Pereira, Silva, Medeiros, & Marins, 2020). A educação dos membros da equipe de saúde com foco em como reconhecer o momento correto da indicação da sedação, assim como orientar ao paciente, bem como seu familiar de forma clara, ajudará a equipe a fornecer cuidados de qualidade ao final da vida.

A formação dos profissionais de saúde apresenta um importante déficit da temática sedação paliativa, formando profissionais com conhecimento cerceado e conseqüentemente inseguros quando confrontam-se com o tema. Para uma atuação ser realizada de forma segura e eficaz, a importância da abordagem do tema é essencial, sanando suas dúvidas e vulnerabilidades (BIFULCO e IOCHIDA, 2009).

A necessidade de abordar a sedação paliativa na graduação, bem como os cuidados paliativos, é importante tendo em vista o aumento dos casos de câncer no mundo além de promover estudos e controvérsias sobre o tema ampliando os recursos para profissionais em formação e/ou especialização (INCA, 2020).

A geração de conhecimento científico vem notadamente de países desenvolvidos e internacionais. Assim, devido às diferenças culturais, financeiros, sociais, religiosos, tecnológicos e suas características, a experiência de sobrevivência desses profissionais não pode ser generalizada (DE NEGRI, 2018). É essencial aprofundar o estudo para que novos elementos possam emergir e subsidiar o conhecimento no tema através de novas pesquisas em diferentes ramificações dos cuidados paliativos visando ampliar espaços de diálogo e conexões entre a experiência existente e a prática assistencial.

O déficit da abordagem da temática dos Cuidados Paliativos é muito grande no Brasil, e com isso formam-se profissionais sem o preparo adequado para lidar com os pacientes em Cuidados Paliativos, ocasionando no profissional sentimento de impotência, angústia e fragilidade emocional, podendo vir a afetar a saúde mental (VERRI, BITENCOURT, et al., 2019). O despreparo profissional pode ser atenuado com o desenvolvimento de abordagens específicas para cuidados paliativos e assistência no processo de morte e morrer na formação acadêmica.

➤ 9. PROCESSO DE MORTE E MORRER

As atitudes das pessoas em relação à morte são influenciadas por sistemas de crenças pessoais, culturais, sociais e filosóficas que irão moldar seus comportamentos conscientes ou não (Peters, 2016). A morte e o processo de morrer são fenômenos que geram angústia, medo e ansiedade e, apesar de fazerem parte da vida, ainda são considerados tabus (SILVA, CAMPOS e PEREIRA., 2011).

Não é só do corpo físico que a vida é composta, considerar sua história é primordial, e entender que cada um deixa seu legado quando a morte comparece. Não somos mártir da morte, somos peregrinos na existência, e isso é saudável (SOBREIRO, BRITO e MENDONÇA, 2021). Valorizar a história de cada pessoa não só em vida, mas também após sua morte é uma forma de complacência com sua memória.

Ao se aprofundar nas questões interpeladas sobre terminalidade da vida, a trindade bioética precisa ser utilizada. Os princípios de autonomia, beneficência e justiça devem ser levantados. No princípio da autonomia, ciente de suas condições, o paciente é o protagonista de sua vida, tomando suas próprias decisões, já o princípio da beneficência faz o profissional utilizar o mecanismo de defesa, partindo de uma abordagem mecânica, ele faz o bem, mas se poupa de sofrimento e por último o princípio da justiça pondera as necessidades e singularidades de cada indivíduo, valorizando a sua qualidade de vida, e não o tempo (SOBREIRO, BRITO e MENDONÇA, 2021).

Morte tranquila é aquela em que a dor e os demais sofrimentos são minimizados por palição adequada, na qual os pacientes não são abandonados ou negligenciados, na qual os cuidados com aqueles que não vão sobreviver são avaliados tão importantes como aqueles que são dispensados a quem irá sobreviver. (FRANCISCONI, 1996)

Muito confundida com a eutanásia, assim como como suicídio assistido, a sedação paliativa é realizada com doses proporcionais ao efeito desejado com a única finalidade de possibilitar alívio dos sintomas refratários, viabilizando assim uma finitude digna, diferente da eutanásia e do suicídio assistido que buscam administrações de doses medicamentosas letais ocasionando uma morte imediata do paciente (QUEIROZ, 2020).

“A morte é simplesmente um derramamento do corpo físico como a borboleta derramando seu casulo. É uma transição para um estado maior de consciência, onde você continua a perceber, entender, rir e ser capaz de crescer.”

ELISABETH KÜBLER-ROSS



Quadro X: Definições teóricas sobre a terminalidade da vida

Definições teóricas sobre a terminalidade da vida	
Sedação Paliativa	Consiste em suavizar, por meio de medicamentos, a dor do paciente, não antecipando o momento de sua morte (MARTINS, 2019). É a administração deliberada de fármacos sedativos para induzir diferentes graus de redução do nível de consciência em pacientes portadores de doenças progressivas e irreversíveis e que estejam em cuidados de fim de vida, com o intuito de aliviar sintomas intoleráveis e refratários. Para sua administração é necessária a obtenção do consentimento verbal do paciente ou de seu representante legal, no caso de incapacidade (SOCIEDADE BENEFICIENTE ISRAELITA BRASILEIRA, 2020).
Eutanásia	É um termo de origem grega (eu + thanatos) que significa boa morte ou morte sem dor. É a prática de um ato lesivo, que, dentro de certas circunstâncias e condições, conduz o paciente à morte desejada. É o exemplo da injeção letal (DE ALMEIDA, 2008).
Suicídio Assistido	Consiste no auxílio para a morte de uma pessoa, que pratica pessoalmente o ato que conduz à sua morte (ao seu suicídio) (DE ALMEIDA, 2008). É uma espécie de eutanásia lato sensu, em que uma pessoa auxilia a outra para cometer o ato do suicídio, a prática não tem como objetivo principal trazer a morte, mas poupar o indivíduo de sofrimento considerado por ele desnecessário, uma vez que pelo diagnóstico médico, o fim de vida é iminente (SASSI, 2020)
Distanásia	O prefixo grego <i>dis</i> tem o significado de "afastamento", portanto a distanásia significa prolongamento exagerado da morte de um paciente (GOMES, SALOMÃO, <i>et al.</i> , 2018). É visto como o oposto da ortotanásia, tem como objetivo prolongar com utilização de meios artificiais e desproporcionais, a vida do paciente, persistindo em uma terapêutica irrecuperável (MIRANDA, 2019).
Ortotanásia	Também conhecida como obstinação terapêutica (GONDIM, 2021), caracteriza-se pela limitação ou suspensão do esforço terapêutico, ou seja, do tratamento ou dos procedimentos que estão prolongando a vida de doentes terminais, sem chance de cura (DE ALMEIDA, 2008).
Mistanásia	Palavra de origem grega que significa morte infeliz ou miserável (DINIZ, 2001). Baseia-se na ideia de morte indevida, precoce e evitável. É uma violação ética gravíssima e é cometida quando a negligência (omissão de cuidado), atos de imperícia (agir sem ter o devido conhecimento) ou imprudência (agir de modo precipitado) de um profissional resultam na morte do paciente (GONDIM, 2021)

Quadro elaborado pelo próprio autor.

De acordo com Oliveira Filho, a eutanásia pode ser vista em quatro diferentes classificações.

Podendo ser quanto ao tipo de ação:

- Ativa ou direta: quando a morte é provocada por uma ação;
- Passiva ou indireta: quando a morte é provocada pela omissão do cuidado;

Ou ainda quanto ao tipo de consentimento do paciente, podendo ser:

- Voluntária: quando a morte é provocada atendendo um pedido do paciente;
- Involuntária: quando a morte é provocada contra vontade do paciente (BRAIAN, 2015).

A eutanásia e o suicídio assistido são considerados crimes no Brasil, enquadrando-se no artigo 121 (homicídio) e no 122 (auxílio ao suicídio) do Código Penal, respectivamente (MIRANDA, 2019).

Art 121. Matar alguém: Pena – reclusão, de seis a vinte anos.
§ 1º Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2019).

Art. 122 - Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça: PENA - reclusão, de dois a seis anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de um a três anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2019).

➤ 10. COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS

A comunicação de más notícias é inerentemente complexa, pois envolve sofrimento na relação profissional-paciente. O despreparo para mediar tais situações começa na formação acadêmica e implica em comportamentos heterogêneos que poder ser retidos com orientações que contribuam para uma melhor formação na graduação (VOGEL, SILVA, et al., 2019). A falta de informação impede a compreensão adequada e leva a muitos problemas de adesão, elemento crucial para a segurança e qualidade do atendimento ao paciente. Além disso, o modo correto de comunicação reduz a incerteza do paciente e promove a aceitação da doença. Consequentemente, existem princípios que devem ser levados em consideração ao preparar uma comunicação.

Os elementos de comunicação não verbal interferem veementemente nas interações humanas e devem ser consideradas essenciais por quem trabalha diretamente com pessoas (ROSSI-BARBOSA, LIMA, et al., 2010). Diante das atividades rotineiras dos profissionais anunciando más notícias, é um equívoco pensar que sua prática se torna mais fácil com o passar do tempo. Essa comunicação não é apenas verbal, mas também requer aptidões como responder às emoções do paciente. Incluí-lo na tomada de decisões, gerenciando suas expectativas de tratamento, envolvendo sua família e oferecendo esperança nas situações mais obscuras (GESSER, SANTOS e GAMBETTA, 2021).

Para obter maiores capacitâncias, Robert Buckman desenvolveu em 1992 o protocolo SKIPES, que consiste em um protocolo com diretrizes criadas para orientar profissionais de saúde na comunicação de más notícias, tendo sido confirmada a efetividade do protocolo no Encontro Anual da Sociedade



Figura 10: Comunicação de más notícias

de Oncologia Clínica (ASCO) de 1998 (GESSER, SANTOS e GAMBETTA, 2021). Tornando-se referências diante das experiências de contrariedade enfrentadas por profissionais, bem como da necessidade de aprimorar a habilidade em comunicar más notícias.

O processo envolvido na transmissão de más notícias atende a quatro objetivos principais:

- **1.** Consiste em reconhecer o que o paciente sabe e pensa sobre a situação, bem como analisar suas expectativas, a fim de prepará-lo para o que vai escutar;
- **2.** Fornecer informações acessíveis ao entendimento do paciente, levando em consideração suas necessidades e anseios;
- **3.** Propiciar apoio por meio de ferramentas que aliviam o trauma emocional e o retraimento vivenciados pelo receptor de más notícias
- **4.** Criação de um plano de treinamento que envolva cooperação e participação do paciente (GESSER, SANTOS e GAMBETTA, 2021).

Constituído por seis etapas que padronizam condutas para tornar a notícia menos perturbadora, o protocolo SPIKES facilita o diálogo profissional-paciente, ao mesmo tempo em que provê recursos reconfortantes para o diálogo. Enfatiza os pontos de maior relevância em uma entrevista de más notícias, destaca e recomenda técnicas para avaliar cada situação (GESSER, SANTOS e GAMBETTA, 2021).

Quadro XI: Protocolo de SPIKES

PROTOCOLO DE SKIPES		
S	Setting up the interview	Planejamento para a conversa (ambiência, acolhimento)
P	Perception	Avaliar a percepção do paciente.
I	Invatation	Obter o “convite do paciente”, momento em que se oferece informação ou se limita os detalhes diante do desejo do paciente.
K	Knowledge	Abordagem das emoções do paciente com respostas afetivas.
E	Emotions	Compartilhar conhecimento e informação para o paciente.
S	Strategy e summary	Resumindo e organizando estratégias

Figura elaborada pelo próprio autor. Fonte: (BAILE, BUCKMAN, et al., 2000)

S – Setting up: Preparando-se para o encontro

Esta etapa descreve uma maneira eficaz de iniciar a comunicação por meio do ensaio mental. Embora a notícia seja triste, é importante manter a calma para responder a possíveis reações emocionais e perguntas difíceis.

P – Perception: Percebendo o paciente

O ambiente onde ocorrerá a conversa deve fornecer privacidade e condições de manter a discussão sem distração. Pesquise o que o paciente já sabe sobre o que está ocorrendo. Procure usar perguntas abertas. Faça o possível para que haja barreiras físicas entre o profissional e o paciente e/ou familiar, a fim de trabalhar juntos para fortalecer o vínculo.

I – Invitation: Convidando para o diálogo

Verifique o quanto o paciente deseja saber o que está acontecendo, se deseja ser totalmente informado ou se prefere

que um familiar tome decisões por ele. Se o paciente deixar claro que não quer saber os detalhes, mostre-se disponível para conversar quando ele quiser. Fazer contato físico, como tocar um braço ou segurar sua mão, pode ser um gesto reconfortante.

K – Knowledge: Transmitindo as informações

Nesta fase é anunciada que más notícias serão reveladas. Apresentações como “Infelizmente não tenho boas notícias” podem ser um bom começo. Procurar usar frases curtas, perguntando frequentemente como ele está e o que ele está entendendo. É importante evitar o uso de linguagem técnica e científica, optando por expressões utilizadas pelo paciente para que ele compreenda com clareza a notícia. Evite termos como “não há mais nada que podemos fazer”. Sempre deve haver um plano.

E – Emotions: Expressando emoções

As reações emocionais podem ser muito diversas, é necessário dar tempo ao paciente e/ou familiar, ele pode vir a chorar, ficar quieto ou até mesmo em estado de choque. Responder a esses comportamentos é uma das maiores barreiras para dar más notícias.

S – Strategy and Summary: Resumindo e organizando estratégias

Neste momento, um proposta de tratamento deve ser abordada, deixando claro que o paciente não será abandonado, que existe um estratégia de cuidado, permitindo que ele expresse suas dúvidas e garantindo que as mesmas estão sendo esclarecidas. O protocolo pode ser finalizado com um plano claro das próximas decisões e obrigações que ambos cumprirão ao realizá-las (GESSER, SANTOS e GAMBETTA, 2021).

Comunicar más notícias não é um trabalho fácil. O propósito do protocolo SPIKES é, de certa forma, orquestrar esse momento, auxiliando profissionais, pacientes e familiares a manter uma comunicação clara e aberta.

➤ 11. PARA ALÉM DA TÉCNICA DE SEDAÇÃO PALIATIVA

A formação acadêmica pautada em um cuidado humanizado e empático traz para a assistência profissionais mais preparados para o dia-a-dia laboral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). A exiguidade da temática Sedação Paliativa na formação profissional é um marco nas entrevistas, e isso reflete na vivência durante a residência, fazendo com que ao chegar na unidade de cuidados paliativos esses residentes encontrem maior dificuldade.



E isso acaba refletindo no serviço de saúde não só terciário, mas também no primário e secundário. A superlotação das unidades e a dificuldade de agendamento de médicos especialistas e exames refletem em diagnósticos tardios e com isso um aumento significativo do encaminhamento para os cuidados paliativos.

O cuidado paliativo não deve ser visto como uma terapêutica de segunda linha, de menor qualidade, com falta de medidas ou abdicação de recursos terapêuticos. Embora em português o termo “paliativo” possa referir-se a algo de qualidade inferior, são ações ativas, multidimensionais, específicas e complexas, altamente especializadas e que requerem expertise dos profissionais de saúde (TROVO, 2021). Assim como não deve ser entendido como cuidados apenas a pacientes no final de vida, mas a todo paciente que possui uma doença ameaçadora da vida, sem possibilidade de cura.

A vida é um eterno aprendizado, aprendemos diariamente com as situações em que nos deparamos, e por mais que podemos imaginar conhecer muito da nossa profissão, ter experiência em saúde, aprendemos sempre, seja com outro profissional, seja com os pacientes. Para Paulo Freire, ninguém ignora tudo, ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre (ALCANTARA e CARLOS, 2014).

11.1 BUSCA PELO CONHECIMENTO

O despreparo dos profissionais que saem da graduação e não tiveram contato com o sedação paliativa fomenta em procedimentos invasivos que causam maior sofrimento para o paciente e muitas das vezes acarreta também em técnicas mal administradas como no caso de optarem por não “invadir” o paciente sem o manejo necessário para proporcionar conforto, ou ao menos diminuição do seu sofrimento.

A necessidade de uma assistência de excelência é de suma importância no Cuidado Paliativo, se tornando essencial quando o paciente inicia a sedação paliativa. De acordo com Paulo Freire na obra *Pedagogia da autonomia*, é fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática (FREIRE, 1996).

O cuidado paliativo é desvelado quando medidas invasivas são evitadas sem deixar o paciente de lado, mudando a perspectiva do cuidado com ênfase em conforto ao invés de curar. A comunicação com o paciente assim como com seu cuidador sobre a descontinuidade de novos tra-



Figura 11: Busca pelo Conhecimento

tamentos ou a retirada dos existentes, precisa ser realizada enfatizando que o tratamento proposto é de suporte (SBGG, 2015). Esse tipo de apoio requer muito da equipe multidisciplinar, não só do ponto de vista técnico e científico, mas também do ponto de vista humano. Isso inclui saber ouvir, saber responder e prestar assistência de forma humanizada para atender a demanda e minimizar a angústia do processo de fim de vida, como sentimentos de debilidade, agonia e consternação da vida (SILVA JUNIOR, MOREIRA, et al., 2019).

A rotina vivida no cuidado paliativo, não pode ser realizada somente de técnicas e procedimentos, necessita também de compreender o vivido, compreender a dor e o sofrimento do paciente e de seu familiar, buscando sempre proporcionar amparo não só profissional como também psicológico e social, entender o paciente como um todo e não somente a doença. Como descreve Paulo Freire no livro *A educação na cidade*, “ Não basta saber ler que “Eva viu a uva”. É preciso compreender qual a posição que Eva ocupa no seu contexto social, quem trabalha para produzir a uva e quem lucra com esse trabalho.” (FREIRE, 2001).

Vale ressaltar que a finalidade da internação é estabilizar o paciente, controlar os sintomas e devolvê-lo para casa, pois um dos objetivos do CP é aproveitar o convívio familiar e que a morte ocorra naturalmente no domicílio (SILVA JUNIOR, MOREIRA, et al., 2019). entretanto, nota-se que nem sempre isso é possível e o óbito ocorre no ambiente hospitalar. Pensando nisso, o Ministério da Saúde possui uma Política de Atenção domiciliar ao enfermo com a finalidade de garantir a continuidade do tratamento como alternativa à internação, reduzindo o período de hospitalização (PEGORARO e PAGANINI, 2019). No entanto, muitos óbitos sucedem durante a hospitalização, o que exige da equipe um atendimento integral a fim de atenuar esses eventos, bem como prestar apoio aos familiares que necessitam de acolhimento.

Os cuidados paliativos visa humanizar a relação médico-paciente deixando de lado a ideia fixa pela cura e permitem que o olhar se volte para a pessoa. Porém, isso nem sempre quer dizer tomar medidas para prolongar a vida (FUKUMITSU, 2018). A visão do profissional de saúde deve considerar o paciente de forma multidimensional, pois seu sofrimento não se limita à dor física. Quando uma doença grave é descoberta, além da angústia relacionada ao diagnóstico há outros sofrimentos, como a perda da função social e o temor de não poder mais atender às necessidades da família, por exemplo.

Cabe aos profissionais estarem devidamente preparados para reconhecer e acolher todos esses sofrimentos, intervir para aliviá-los da melhor forma possível e, quando chegar a hora reconhecer que o fim está próximo, reconhecer estados de resiliência, realizar um excelente controle dos sintomas e não prolongar em vão o processo de finitude (AGUIAR, GOMES, et al., 2019).

Os cuidados paliativos não cessam com o óbito. A comunicação de más notícias é outra competência indispensável na especialidade que consiste em dar a pior informação da melhor forma possível, enxergando essa família com todas as suas peculiaridades (FERRAZ, CHAVES, et al., 2022). Atentar as necessidades individuais daquela família, se necessitam de um apoio espiritual ou psicológico, ou de suporte social, como auxílio com processos legais.

O cuidado paliativo é considerado a ciência do detalhe. A combinação perfeita entre tecnologia e humanização. Mas as faculdades raramente ensinam isso. Lamentavelmente, em muitos casos, ainda cabe a quem abraçou a causa buscar capacitação para aprender a utilizar as ferramentas disponíveis na especialidade (AGUIAR, GOMES, et al., 2019). O contraponto é gratificante, ouvir o paciente, compreendê-lo e buscar aliviar suas dores físicas e emocionais nos reconecta com nossa escolha pela profissão e nos dá a satisfação de exercer nosso melhor empenho como profissionais de saúde e como seres humanos .

É urgente cultivar uma atividade humanitária na formação cultural e profissional dos futuros profissionais de saúde, para que esta característica humana faça parte das suas normal éticas. Nem todos irão exercer os cuidados paliativos como especialidade ou atividade, porém, esses especialistas serão melhores profissionais, melhores seres humanos (FIGUEIREDO, 2006).

11.2 COMPREENDENDO O TRABALHO EM EQUIPE

Para que a sedação paliativa seja uma estratégia consistente e complementar ao tratamento do paciente, é fundamental que exista uma equipe multiprofissional, em que o paciente seja assistido integralmente, e isto requer uma troca de saberes e responsabilidades por parte da equipe, onde as demandas sejam resolvidas em conjunto. Essa interdisciplinaridade é entendida como uma necessidade intrínseca, visto que a integração de saberes permite o reconhecimento da complexidade dos fenômenos, e facilita o processo de entendimento, compreendendo cada processo natural do ciclo evolutivo (Mazoyer, Sastre, Sorum, & Mullet, 2016). Para que o cuidado seja prestado de uma forma efetiva é necessária uma abordagem multidisciplinar e que esta equipe apresente uma boa integração e compromisso com o paciente (Cruz, et al., 2021). Compreender o papel de outros profissionais é um pré-requisito importante para uma assistência eficaz, pois tal compreensão facilita a comunicação rápida com os profissionais adequados para cada situação.

Em geral, o trabalho em equipe pode ser descrito como pessoas que trabalham juntas, compartilhando os mesmos objetivos de planejar e avaliar o melhor atendimento ao paciente (Eloia, Vieira, & Eloia, 2019). Compartilhando conhecimentos e experiências com a finalidade de proporcionar uma ambiente de troca, zelo e parceria, ofertando com isso um melhor atendimento para o paciente, uma assistência humanizada.

A assistência prestada aos pacientes oncológicos em sedação por vezes, ainda é insuficiente, esses pacientes não recebem a atenção e o cuidado integral, sendo necessário um olhar mais sociabilizado, além da aprendizagem contínua no atendimento aos pacientes e suas famílias. A humanização não deve ser algo passível de treinamento, mas sim de sensibilização dos profissionais, e que os mesmos considerem o cuidar e o coloquem em lugar de destaque, e não como uma consequência do processo de humanização (Molin, Lanferdini, Vanini, Ebel, & Picinin, 2021).

Cuidar de um paciente com câncer em cuidado paliativo e poder atender a todas as suas necessidades não é uma atividade fácil. Esse tipo de assistência demanda atitude pessoal e vocacional, equilíbrio e maturidade para laborar com as diversas vicissitudes inerentes a esse paciente (Siqueira & Teixeira, 2019).

O modelo medicalocêntrico que ainda existe na nossa sociedade é um grande dificultador para a evolução dos cuidados paliativos no Brasil (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2023), uma vez que para realizar cuidados paliativos de qualidade é necessária uma visão multiprofissional, onde todas as categorias precisam ser ouvidas dentro da sua atuação para traçar um atendimento de qualidade para o paciente.

No ensino médico apesar do incentivo a políticas multidisciplinares como a estratégia de saúde da família, ainda prevalece o modelo biomédico centrado na cura havendo influência tímida de aspectos so-



Figura 12: Paciente como centro do cuidado

cioculturais na terapêutica, ainda parece prevalecer o modelo hospitalocêntrico de decisões centradas no profissional médico (CUTOLO, 2006). Daí a partir das percepções coletadas notasse uma dificuldade nestes jovens profissionais de entender o cuidado paliativo como multidisciplinar. Ressaltasse que a multidisciplinaridade não se atém no cuidado ao ser humano a palição ou a saúde da família; expande-se, pois, a cada nuance do cuidado, a percepção do médico nesse aspecto pode estar se pautando nos ensinamentos recebidos na universidade.

Dada a pouca experiência que se obtém com cuidado paliativo, falta ao jovem profissional, seja médico, enfermeiro, nutricionista ou outra classe, o desdobramento da finitude, que são angústias subjetivas do ser que se encontra enfermo, angústia dos familiares, o luto não só da morte como da perda do corpo habitual, questões sociais envolvidas.

A finitude pode fazer que conflitos familiares venham a emergir ou que paradoxalmente vínculos familiares se estreitem naqueles últimos minutos (INCA, 2022). Levar cuidado paliativo a outra unidade mesmo que do sistema único de saúde, na qual o cuidado se centra na cura ou na obediência a algoritmos embasados em teorias redigidas em contextos diferentes do brasileiro parece complexo. Destaca-se que o modelo de centralizar o cuidado em um único profissional parece ultrapassado.

Parece por vezes, fazer um corpo com funções vitais presentes que pode carecer do subjetivo, mas àqueles de próximo convívio sobrevivem sofrimento e sobrecarga (INCA, 2022). O profissional atuante e mais próximo a esse ser carrega uma sobrecarga, ainda que experiente. A percepção do profissional recém graduado deve por isso ser desvelada, o que garantirá uma formação mais humanizada, que é essencial no cuidado paliativo.

Há de se refletir sobre a implacabilidade da finitude; desta forma prolongar a vida às custas de uma tecnologia pesada, a ponto de lhe garantir minutos ou horas a mais de vida pode se opor a viver dignamente. De acordo com Merleau-Ponty, o complexo sistema de experiência perceptiva, formado pelo mundo fenomênico e pelo corpo próprio enquanto eu empírico, não pode ser reduzido a uma mera conexão de termos produzidos por relações causais, conforme a perspectiva empirista, ou por um pensador universal, segundo o modelo intelectualista (CAMINHA, 2019).

Para Elisabeth Kübler-Ross, não existem erros, coincidências. Todos os eventos são benção dadas a nós para aprendermos através deles (KÜBLER-ROSS, 2017). Desta forma, a percepção de cada participante se faz importante, não podendo se fixar a modelos intelectualistas ou positivistas, a temporalidade estará presente já que os mesmos participantes poderão ter percepção diversa da atual passados alguns anos e à medida que cresce sua experiência profissional.

Em cuidados paliativos não se deve deixar de citar a desfiguração do corpo, que já não anda como andava, que já não sente como sentia, cuja independência já se perdera outrora (VIEIRA, 2022). Aquele que depende do cuidado de um profissional da saúde ou de um cuidador que lhe garanta a dignidade pois já não consegue realizar suas funções vitais e fisiológicas espontaneamente, tais como deglutição, micção, evacuação. O cuidado

paliativo dada a sua complexidade merece assim maior ênfase na graduação pois ao profissional de saúde caberá o cuidado a este paciente e a sua família, a comunicação em momentos mais delicados é habilidade que merece melhor desenvoltura aos participantes (REBELLATO, AZEVEDO, et al., 2021).

Segundo Merleau-Ponty, toda experiência perceptiva se faz invariavelmente por meio de um campo perceptivo sempre presente e atual, que é vivido intensamente pelo corpo atado ao mundo (CAMINHA, 2019). A partir das respostas coletadas observa-se que a percepção não se dissocia do cenário de aprendizado do residente, ou seja, a enfermagem do cuidado paliativo, o ambulatório, a atenção domiciliar ou aquilo que mais lhe marcara durante sua atuação na unidade. Não se prescinde também a vivência daquele ser que pode ter assistido ao fim de alguém que ame ou tenha amado, seja mãe, esposa, pai, filho. A percepção não se limita a ciência, nem mesmo se limita ao conhecimento enciclopédico, envolve, pois todo o corpo que não se limita a consciência do sujeito.

Um dos tipos de objeto no mundo é, de acordo com o objetivismo, o que chamamos de “seres humanos”, integrantes de uma espécie biológica. Entre as relações casuais no mundo estão as relações entre outros tipos de objetos e os seres humanos perceberem os outros objetos. A luz refletida em minha caneta por exemplo, atinge meus olhos, que estão abertos

(MATTHEWS, 2011)

Essa percepção tal qual reforça Merleau-Ponty, vai depender do olhar de cada participante, mesmo entre participantes com o mesmo tempo de experiência em cuidados paliativos, a percepção diferirá, pois, a relação entre cada retina e a luz que o objeto emana vai ser diferente, como retina podemos pensar nos participantes e como objeto podemos pensar no INCA, podemos pensar no cliente que requer cuidado e em tudo o mais.

Filosoficamente, o cuidado é um modo de ser onde, sem ele, deixa-se de ser humano, dessa forma, o homem vive o significado de sua própria vida por meio do cuidado (ROCHA, PEREIRA, et al., 2018).

11.3 ADOECIMENTO DO FAMILIAR

Com o diagnóstico de câncer em um leito familiar, a rotina vivida acaba por vivenciar diversas mudanças como, deslocamento com necessidade de um cuidador, dificuldades financeiras causadas pela impossibilidade de trabalhar do paciente e/ou pela necessidade existente muitas das vezes do acompanhamento por parte de um familiar no dia-a-dia, além da ansiedade por parte da família.

A nomeação de um cuidador principal que ficará responsável pelo acompanhamento e suporte faz-se necessário para esse familiar uma fase de adaptação ao exercício do seu novo papel, que poderá lhe trazer circunstâncias de desconforto físico e emocional, estresse e até mesmo medo (DE MELLO, DE OLIVEIRA, et al., 2021). Cobrando-se excessivamente quando precisa ser modificada condutas para o bem-estar do paciente, transparecendo o medo e a insegurança de tomar decisões e precisar dividir com outros familiares, demonstrando medo de como será questionado e até mesmo julgado.

A negação à doença não ocorre somente por parte do paciente, mas também por parte de sua rede de apoio, seus familiares, questionando o porquê não mais submeter a procedimentos invasivos, mesmo não havendo mais possibilidade de cura. À medida que a doença causa a degradação do corpo fica mais difícil aceitar e seu familiar não vai conseguir se recuperar. As fases da continuidade da doença paliativa precisam ser enfrentadas para minimizar a dor e o sofrimento que essa condição impõe. Dessa forma, observa-se a importância de fornecer cuidados paliativos de qualidade, incluindo os cuidados em fim de vida (NICODEM, STORCK, et al., 2018).

O acompanhante de pacientes com câncer paliativo vive momentos áridos, podendo vivenciar sentimentos extenuantes devido à terminalidade de seu ente querido. No entanto, sua presença no ambiente hospitalar pode ajudar o paciente a enfrentar seu curso de finitude (INCA, 2022).

E essa é uma primícia que deve ser respeitada no paciente em sedação paliativa, mais do que um parente acompanhando seu familiar, orienta-se que essa pessoa seja alguém com quem o paciente tenha afinidade e se sinta bem, que lhe traga segurança e harmonia.

A assistência humanizada caracteriza-se como um processo de grande escala, demorado e complexo que envolve mudança comportamental. Permite ao profissional oferecer conforto e qualidade de vida ao paciente e sua família, em condição puramente humanística, por meio da compaixão, humildade, valorização da vida entre outros, aproximando-se do princípio dos cuidados paliativos (INCA, 2022). E essa condição humanística pode ser vista na sedação paliativa, onde aplica-se um procedimento técnico visando proporcionar a esse paciente não a cura da doença, mas aliviar seus sintomas com a finalidade de viver com dignidade o tempo que lhe resta.

O acompanhamento psicológico é de extrema importância para fornecer suporte necessário a fim de minimizar as ansiedades e emoções negativas que acompanham os pacientes durante as diversas fases da doença. O tratamento do câncer ocasiona grande sofrimento e trauma, sendo o acompanhamento psicológico uma ferramenta de suma importância na superação de doença e seus gatilhos inconscientes (NEVES, 2020).

O enfrentamento das dificuldades encontradas pelos familiares de pessoas com doença crônica não só no descobrimento da doença, mas também no tratamento são desmedidas, o temor e a associação com morte se fazem presente, além da necessidade de sair de sua zona de conforto e modificar seus hábitos e rotinas que passam a fazer parte do seu dia-a-dia, sofrendo influencia muitas das vezes de estigmas sociais e crenças.

Outra questão que causa muito desconforto e angústia no familiar é a continuidade da hidratação e nutrição do seu familiar. Para alguns autores o paciente no final de vida que necessita de sedação paliativa, o apoio hídrico e nutricional pode ser continuado ou descontinuado dependendo dos objetivos almejados e das crenças culturais. As opiniões e práticas variam e refletem nas diferentes condutas de médicos, bioeticistas, pacientes, familiares e nas normas de boa prática clínica e ética (MENEZES e FIGUEIREDO, 2019).

Essa decisão de continuar o suporte hídrico e nutritivo durante a sedação paliativa ainda é causadora de muitos conflitos bioéticos e clínicos, para alguns profissionais há necessidade de manter uma vez que o paciente não tem possibilidade de ingerir espontaneamente e a sua permanência pode evitar sofrimento, enquanto para outros profissionais a continuidade da hidratação e da nutrição pode complicar ainda mais o quadro do paciente ocasionando edema, ascite, dentre outras complicações.

E para o familiar não é diferente, a queixa de angústia pela cessação da dieta e da hidratação é muito comum. Para eles trata-se de necessidades fundamentais para a manutenção da vida. Cabe ao profissional proporcionar uma escuta qualificada, orientando de acordo com a conduta tomada.

Para o filósofo Husserl a epoché é o fundamento metodológico basilar, a conduta de colocar em questão tudo o que é previamente dado como existente, para chegar ao incompreensível, tornando com isso a “minha percepção” um fenômeno puro, uma percepção vivida (ORENGO, HOLANDA e GOTO, 2020), ocasionando um descanso momentâneo da “atitude natural” com a qual nos cotejamos com as coisas do mundo.

“Se ponho em questão o eu e o mundo e a vivência do eu como tal, então a reflexão simplesmente intuitiva virada para o dado na apercepção da vivência considerada, para o meu eu, revela o fenômeno desta apercepção; por exemplo, o fenômeno ‘percepção apreendida como minha percepção.’” (HUSSERL, 1986).

A experiência de cuidar de um paciente sem possibilidade de cura, fornece um novo significado à vida, implicando em mudanças de valores e, portanto, na visão que se tem do mundo, contribuindo para a valorização de coisas do cotidiano que antes pareciam relegadas (ROCHA, PEREIRA, et al., 2018).

Se para Merleau-Ponty encontramos-nos representados. A questão de qualquer outra coisa é como esses outros corpos surgem para nós. Ser inacessível às experiências alheias é o preço que pagamos pela convivência com os outros (SOUZA, BLOC e MOREIRA, 2020).

Outrem me transforma em objeto e me nega, eu transformo outrem em objeto e o nego, diz-se. Na realidade, o olhar de outrem só me transforma em objeto, e meu olhar só o transforma em objeto se nós dois nos retirarmos para o fundo de nossa natureza pensante, se nós dois olhamos de modo inumano, se cada um sente suas ações, não retomadas e compreendidas, mas observadas como as ações de um inseto. É isso que acontece, por exemplo, quando sou olhado por um desconhecido (Merleau-Ponty, 1945/2006, p. 484).

11.4 A COMPAIXÃO NA SEDAÇÃO PALIATIVA MINIMIZANDO O RECEIO DA MORTE

Muitos pacientes, familiares e até mesmo profissionais que não possuem contato ou experiência em cuidados paliativos, interpretam a unidade hospitalar como um lugar aonde se vai para morrer. Essa concepção errônea faz com que muitos pacientes recusam ser encaminhados para o início do acompanhamento, dificultando com isso a melhora na qualidade e até mesmo a minoração no seu tempo de vida, esgotando seu alento com tratamento curativo ineficaz.

Poucos acontecimentos da vida podem isolar alguém como o avanço de uma doença com iminente ameaça de vida. Qualquer que seja a empatia que o infortúnio do outro possa despertar,



Figura 13: Compaixão

expor-se à insegurança, à depressão, aos humores contraditórios e às crises de ansiedade de quem tem consciência do seu fim, é uma experiência tão angustiante que se inventa um mundo de subterfúgios para evitá-la. Lidar com a possibilidade da morte nos traz a certificação da nossa total fragilidade (VARELLA, 2004).

A sedação paliativa é um momento em que o paciente muitas das vezes quer resolver as angústias que carrega consigo, o fardo de problemas não resolvidos, querendo passar a limpo tudo o que possa ter ficado mal-entendido em sua vida. É muito comum um paciente pedir para ver um filho que abandonou no passado, ou um irmão com quem não fala a anos.

A doença assim como a morte, não tem idade para chegar, e esses pacientes muitas das vezes procuram em seus últimos dias, se ressignificar para seguir em paz, buscando minimizar as dores causadas no passado, consternações que foram acumuladas ao longo de suas vidas, seja essa vida de 20 ou de 100 anos, e o perdão é vital nesse momento.

Há pacientes também que entendem a doença como punição, acreditando estar passando por tudo aquilo pois precisa pagar por seus pecados, e muitas das vezes não aceitam o tratamento, ocasionando com isso uma passagem com dor e sofrimento, dor essa que perpassa a dor física, a dor causada pela doença, passando a ser uma dor da alma, uma dor total, caracterizada por Cicely Saunders como conceito multidimensional de dor, abrangendo não apenas os sintomas físicos, mas também a dor mental, o contexto social e biográfico onde esse paciente está inserido, além de suas dificuldades emocionais (DE CASTRO, FULY, et al., 2021), procurando sempre enfatizar na escuta qualificada, na abordagem holística, com a finalidade de compreender o sofrimento vivenciado pelo paciente.

O caráter do corpo como objeto é um ponto de partida para se pensar na subjetividade, pois é por meio dele que se adquire a capacidade de se abrir para o mundo, para a possibilidade de atuar sobre ele e, principalmente, de conceder a intersubjetividade. Se o corpo como aponta Merleau-Ponty, em todas as suas obras, nos abre possibilidades, também pode significar um encerramento e uma inibição na comunicação vital com o mundo (SOUZA, BLOC e MOREIRA, 2020).

Hennezel (2000) acompanhou durante anos pacientes em unidades de cuidados paliativos e traz um tema de relevante reflexão, o conceito de *morte roubada*, discriminada em três situações:

- ***A morte roubada ao paciente:*** onde não é respeitada a autonomia do paciente, de ter a possibilidade de se autogovernar e participar ativamente de seu processo terapêutico. O diálogo entre a equipe multiprofissional é fundamental para que isso não ocorra. As informações prestadas pelos profissionais devem ser claras e acessíveis, sem ocultar a verdade, esclarecendo todas as possíveis dúvidas como diagnóstico, prognóstico, medicamentos e possíveis efeitos colaterais, para que o paciente possa fazer uma escolha adequada.
- ***A morte pedida pelo paciente:*** Para Hennezel, o pedido de morte precisa ser compreendido, pois pode não ser um desejo de morte, mas sim o alívio dos sintomas mal controlados ou a não aceitação do sofrimento. É importante entender o sofrimento físico, social, espiritual e emocional. A comunicação entre paciente, familiar e equipe multidisciplinar é a principal resolubilidade.
- ***A morte exigida pelo paciente:*** É o pedido para morrer de fato, um encurtamento da vida. Pode envolver a extinção de tratamentos propostos ou até mesmo um pedido de eutanásia (HENNEZEL, 2000).

Independente do desejo do paciente, o profissional precisa ouvi-lo e procurar entender o que está sendo dito, mesmo que não atenda o que está sendo solicitado, pois muitas das vezes as situações envolvem escolhas que nem sempre são fáceis e eticamente legais.

Para o filósofo Merleau-Ponty a permanência do corpo não se trata da permanência no mundo, mas da permanência ao meu lado. A permanência do corpo perto de mim, sua perspectiva imutável, não se trata de uma necessidade de fato. Em primeiro lugar, meu corpo deve se impor ao mundo. A primeira necessidade pode ser somente física, mas a segunda é metafísica, e só pode me afetar se eu for de tal natureza que as situações realmente existam para mim (MERLEAU-PONTY, 2018).

Assim como para Heidegger, a morte significa que a transcendência humana, o poder de ser, abarca uma possibilidade de não ser. O “fim” do ser-no-mundo é a morte. Esse fim, que pertence ao poder-ser, isto é, à existência, limita e determina a totalidade cada vez possível do Dasein (HEIDEGGER, 2015).

A compaixão é uma dissonância entre os filósofos. Proferida por Nietzsche, é um fato que surge da fraqueza, da dor patológica e portanto, distanciada de outros afetos que surgem da força da conquista. Para Schopenhauer é a base de toda moral (MEDEIROS, 2016).

A compaixão para Nietzsche se defronta com a simpatia, aumenta a energia dos sentimentos da vida ocasionando um efeito depressivo. O homem se torna exausto, com pena de si mesmo (NIETZSCHE, 2019). Ele conclui em sua obra, O Anticristo que a compaixão é a prática do niilismo.

Diante de um mundo de dor e sofrimento, Schopenhauer sugere uma ética prática e empírica baseada na compaixão. Apesar do egocentrismo e da crueldade que fazem parte do ser humano, a caridade e a compaixão são contraponto ao egocentrismo (GERMER, 2020). O egocentrismo separa o homem, enquanto a compaixão os une. A compaixão como princípio ético fundamental é a proposta de Schopenhauer. Ao contrário da razão puramente kantiana, ele considera a compaixão inata e perfeitamente capaz de fundamentar a ética (MEDEIROS, 2016). Através da compaixão somos capazes de criar relacionamentos que une e conectam as pessoas.

O trabalho em saúde produz tecnologias: duras, relacionadas a equipamentos técnicos e rotinas organizacionais; leves-duras, que integram conhecimentos estruturados nos processos de saúde, e leves, que se referem às relações comunicação e vinculação (INCA, 2022). A produção do cuidado humanizado, considerado uma tecnologia leve, traz reflexos pragmáticos na qualidade de vida não só do paciente como também de seus familiares, proporcionando bem-estar através de uma escuta ativa e benevolente.

O homem é um ser completo. Em sua constituição há o corpo, a psique (mente), o espírito e a parte social. Tudo fortemente inter-relacionado e quando um fica adoentado ou passa mal, todos os outros são

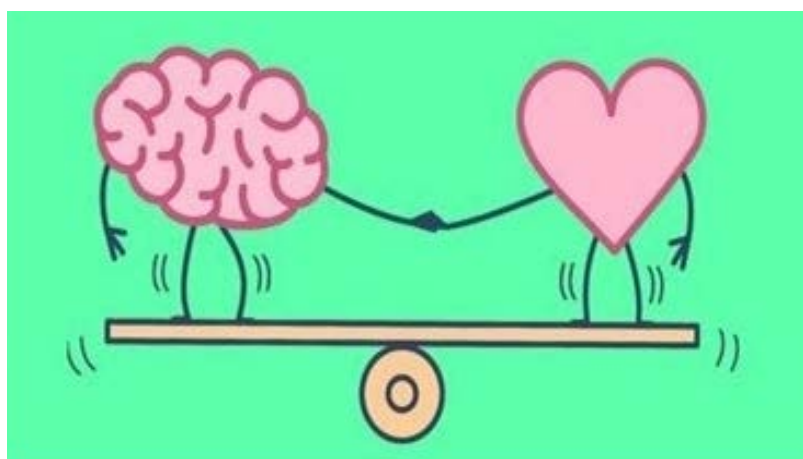


Figura 10: Equilíbrio para um cuidado ético e humanizado

afetados em maior ou menor grau. Destes, o menos se sabe é o espírito, manifestado através da espiritualidade (FIGUEIREDO, 2006). Espiritualidade essa que nos mantém de pé nos momentos de maior dificuldade do nosso corpo, manter o espírito saudável nos permite passar por dificuldades seja do corpo, da parte social ou da psiquê de forma mais leve e com isso superar as adversidades.

Os filósofos ainda não conseguiram elaborar uma concepção adequada para a espiritualidade do homem. Com a morte, o corpo, a psique e o social desaparecem. A espiritualidade sendo transcendental, é a única que sobrevive. Se tornando esta talvez a única razão para a existência humana (FIGUEIREDO, 2006).

Para alguns profissionais a sedação paliativa ainda é vista como um tabu, a necessidade de explicar a ideologia do serviço, que está longe de desistir do paciente e sim proporcionar-lhe conforto e uma vida digna pelo tempo que naturalmente dispuser dela, não se preocupando em tardar-lhe assim como não lhe adiantar.

Na assistência ofertada ao paciente em cuidados paliativos, principalmente os que estão em sedação paliativa, é fundamental que o profissional procure oferecer conforto e qualidade de vida para o paciente e para o familiar através da humildade, da compaixão e da valorização da vida, princípios do cuidado paliativo. Procurar analisar não só as queixas verbais, mas sinais que podem ser observados de diversas formas, através de alterações fisiológicas e até mesmo manifestações corporais.

Para Elisabeth Kübler-Ross, “Aqueles que tem a força e o amor para se sentar com um paciente moribundo no silêncio que vai além das palavras saberá que este momento não é assustador nem doloroso, mas uma casação pacífica do funcionamento do corpo.” (KUBLER-ROSS, 1969).

Os cuidados paliativos visa humanizar a relação profissional-paciente deixando de lado a ideia fixa hospitalocêntrica da cura e permite que o olhar se volte para a pessoa. No entanto, isso significa que nem sempre será tomada medidas para prolongar sua vida (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2020). A visão do profissional de saúde deve considerar o paciente de forma multidimensional, compreendendo que seu sofrimento não se limita à dor física, pois além da angústia relacionada ao diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida, há outros sofrimentos que circundam esse paciente, como a perda da sua função social e laboral, o temor de não poder mais atender às necessidades de sua família, são exemplos (BESERRA, OLIVEIRA, et al., 2014). Cabe aos profissionais estarem devidamente preparados para reconhecer e acolher todos esses sofrimentos, intervir para aliviá-los da melhor forma possível e quando chegar a hora reconhecer a proximidade do fim, reconhecer estados de resiliência, conseguir realizar o controle dos sintomas sem prolongar em vão o processo de finitude.

Os profissionais paliativistas acreditam que para alcançar uma “boa morte” é fundamental que o paciente esteja no controle do processo de morrer, fazendo escolhas com base nas informações trazidas pela equipe multidisciplinar, de acordo com seus desejos e valores (MONTENEGRO, 2022).

Assim, o diálogo entre os atores sociais envolvidos no processo de morrer é fundamental para a proposta dos cuidados paliativos (MENEZES e LIMA, 2018). Dessa forma, observa-se nos relatos que a preocupação com a “boa-morte” está presente na assistência prestada, enfatizando na compaixão como alicerce da assistência.

Na definição da fenomenologia clínica da obscuridade, a equipe multidisciplinar deve adotar uma abordagem terapêutica que lhe permita acessar os aspectos estabelecidos da experiência única e subjetiva do paciente e, ao mesmo tempo, valer-se de sua informação original de pré-reflexão na qual se baseia. A origem do mundo da vida considerado patológico é também um processo vago pelo qual o paciente e o profissional estão envolvidos no significado (SOUZA, BLOC e MOREIRA, 2020).

Vale ressaltar que os cuidados paliativos não cessam com o óbito do paciente assistido. A comunicação de más notícias é outra competência indispensável na especialidade que consiste em dar a pior notícia da melhor forma possível, enxergando essa família com todas as suas peculiaridades. Atentar as necessidades individuais daquela família, se necessitam de um apoio espiritual ou psicológico, ou de um suporte social, como auxílio com processos legais (GOBBI, 2020). Ser mais do que um profissional prestando seu serviço, ser um ser humano dando amparo a outro ser humano.

Cora Coralina traz em sua poesia *Saber Viver*, que muitas vezes basta ser: o colo que acolhe, o braço que envolve, a palavra que conforta, o silêncio que respeita, a alegria que contagia, a lágrima que corre, o olhar que acaricia, o desejo que sacia, o amor que promove (CORALINA, 2012). E esse precisa ser o pensamento de quem atua com cuidados paliativos, ser o necessário para proporcionar conforto no momento de sofrimento e finitude.

11.5 BUSCA PELA DIGNIDADE E CONFORTO NO MOMENTO DE FINITUDE

Aristóteles (384 a.c. – 322 a.c.) em sua principal obra sobre o tema, *Ética a Nicômaco*, considera feliz o homem que age conforme a virtude perfeita e que a felicidade é uma atividade da alma conforme a virtude impecável. Destarte, a pessoa deve imergir na virtude para poder contemplar a felicidade (SOUZA e BASSO, 2022).

Durante toda nossa vida buscamos como seres humanos viver de acordo com as regras impostas pela sociedade, buscando o bem-estar e a felicidade. Muitas das vezes ao descobrir uma doença sem possibilidade de cura, deixamos de lado essa busca e nos deparamos com tristeza e sofrimento.

O processo de finitude no Cuidado Paliativo precisa ter um curso natural, onde a influência da assistência prestada e dos procedimentos realizados sejam destinados somente ao conforto e apoio ao paciente e ao familiar, reafirmando com isso os quatro pilares dos cuidados paliativos que são:

- Reafirmar vida e morte como processos naturais;
- Integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente;
- Não apressar ou adiar a morte, e
- Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente (INCA, 2022).

O paciente sem possibilidade terapêutica de cura da doença passa por um processo de finitude denominado “processo morte e morrer” descrito por Elizabeth Kübler-Ross em cinco etapas: 1) negação e isolamento; 2) raiva; 3) barganha; 4) depressão e 5)



Figura 14: Finitude

aceitação. Essas etapas podem se alternar, combinar ou serem vividas juntas, de tal modo que a esperança acompanha cada ciclo (REZENDE, GOMES e MACHADO, 2014). Respeitar o momento vivido por cada paciente, assim como cada familiar, é fundamental para uma assistência humanizada, dispor de compaixão no momento de tristeza é uma dádiva imprescindível.

Para Elizabeth Kübler-Ross, o morrer não deve ser temido. Ele pode se transformar na experiência mais fantástica da vida. Tudo depende da forma como você vive (KÜBLER-ROSS, 1985). Ofertar ao paciente e seu familiar uma atenção espiritual como suporte para o momento vivido acarretará uma interferência positiva possibilitando o encontro com o processo de finitude.

E como descreve Cicely Saunders, matriarca dos cuidados paliativos, a primícia da assistência prestada é além da cura física, é tratar a alma, mostrar a importância de aceitar a doença e a incurabilidade, proporcionando conforto físico e mental (SAUNDERS, 2006).

Na opinião de Cicely Saunders, ao cuidar de você no momento final da vida, quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo até o último momento de sua vida e, faremos tudo que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da sua morte (SAUNDERS, 2006).

Kolcaba (2002) acredita que estado de conforto pressupõe ausência de preocupação, dor, sofrimento, entre outros, como causa ou efeito de desconforto. A teórica considera que os pacientes esperam receber cuidados de saúde competentes, individualizados, culturalmente sensíveis e integrais (KOLCABA, 2002), e esse conforto se faz indispensável quando se fala em sedação paliativa, sendo o objetivo principal ambicionado.

Revelar suas necessidades espirituais exige que adentre em seu mundo interior, detecte sua pureza, seus desejos, seus medos e suas inquietações. É necessário se permitir momentos que possam entrar na sua subjetividade, concomitantemente se reconhecer e conhecer seus potenciais e limitações. A crença e a fé de cada pessoa também dependem muito de como se intervém para aliviar o sofrimento existencial/espiritual, proporcionando a ressignificação da vida, reconciliações, realizações de vontades e medos (CARNEIRO, SILVA e RIBEIRO).

Danielle Hons (1997) relata que “Quando nada mais pudermos fazer por alguém, é preciso que nós saibamos estar ao seu lado (HONS, 1997).” E essa é um dos objetivos a ser alcançado nos cuidados paliativos, demonstrar compaixão no momento de tristeza, de sofrimento, tentar levar um pouco mais de leveza para a ocasião.

A autonomia nos cuidados paliativos refere-se à capacitância de usar a vontade para causar impacto no mundo da vida. E quando se trata de construir uma personalidade de vida ou morte, é importante entender que alguns optam por morrer a ficar permanentemente sedados ou incapazes de viver; outros querem batalhar apesar da dor ou mesmo da inconsciência (TEIXEIRA e SÁ, 2018). A filosofia dos cuidados paliativos traz como uma de suas primícias a autonomia do paciente, dando por meio desse modelo assistencial um projeto ético que atenda as expectativas e direitos individuais.

Nos últimos anos várias ferramentas para avaliar as dimensões espirituais foram criadas e aprimoradas. Cabe ressaltar que o uso desses dispositivos ainda é pouco difundido no Brasil. Estimar um diagnóstico de dimensão espiritual atenta para o que é dito em palavras e também para o que é expresso na ausência delas. Sintomas mentais como culpa, vazio, insegurança, frustração, rebeldia e ansiedade podem indicar outras necessidades mais profundas e devem ser consideradas (INCA, 2022).

Dentre as ferramentas existentes atualmente, três foram avaliadas para o uso em cuidados paliativos, considerando pontos fortes e fracos com base em cinco critérios: foco no paciente, concisão, flexibilidade, retenção e confiabilidade. O instrumento HOPE foi definido como o mais apropriado para o cuidado paliativo. O protocolo usa a palavra inglesa “esperança” e o acrônimo refere-se a quatro áreas facilmente memorizáveis (INCA, 2022).

O questionário HOPE fornece um instrumento formal que pode ser utilizado como um primeiro passo prático para integrar a consideração da espiritualidade do paciente na prática hospitalar. Os conceitos de ESPERANÇA que serão discutidos são:

Quadro XII: Instrumento HOPE para avaliação da dimensão espiritual

H	Fontes de esperança, significado, conforto, força, paz, amor e conexão <i>Quais são as suas fontes de esperança, força, conforto e paz?</i> <i>Em que você se apega nos momentos difíceis?</i> <i>O que faz você continuar?</i>
O	O papel da religião organizada para o paciente <i>Você faz parte de uma comunidade religiosa ou espiritual?</i> <i>Ela lhe ajuda? Como?</i> <i>Em quais aspectos a religião lhe ajuda e em quais não ajuda?</i>
P	Espiritualidade pessoal e prática <i>Você tem alguma crença espiritual que é independente da sua religião?</i> <i>Quais aspectos da sua espiritualidade ou prática espiritual você acha que melhor atendem à sua personalidade?</i>
E	Efeitos nos cuidados e decisões médica no final da vida <i>Sua doença afetou sua habilidade de fazer coisas que o ajudam espiritualmente?</i> <i>Como profissional de saúde, há alguma coisa que eu possa fazer para ajudar você acessar os recursos que geralmente o ajudam?</i> <i>Existem prática ou restrição das quais devo estar ciente em relação ao seu tratamento médico?</i>

Fonte: (ANANDARAJAH e HIGHT , 2001). Adaptado pelo próprio autor

Para Elisabeth Kübler-Ross, observar a morte pacífica de um homem, nos lembra de uma estrela cadente, uma das milhões de luzes em um Vasto céu brilhando por um breve momento, apenas para se extinguir para sempre na noite sem fim (KÜBLER-ROSS, 1985). E proporcionar essa finitude com dignidade é um dos objetivos da assistência prestada ao paciente nos Cuidados Paliativos.

O conforto é um dos pilares da assistência ao paciente em cuidados paliativos, e a sedação paliativa é uma das estratégias utilizadas para alcançarmos esse objetivo. Como descrito por Oliver Holme, “Curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre”.

Kolcaba define conforto como satisfação das necessidades humanas básicas para alívio, facilidade ou transcendência que ocorre nas situações de cuidados de saúde estressantes (KOLCABA, 2002). Tornando-se o principal objetivo do cuidado paliativo, assim como da sedação paliativa, proporcionar conforto quando todas as outras alternativas foram esgotadas sem êxito.

Na teoria do conforto desenvolvida por Kolcaba, são trabalhados seis conceitos importantes: variáveis intervenientes; comportamento de busca de saúde; medidas de conforto; cuidados de conforto, necessidades de conforto e; integridade institucional, tendo por finalidade promover um cuidado holístico, podendo ser adaptada para qualquer cenário de atendimento de saúde (KOLCABA, 2002). Segundo a teoria do conforto, existem quatro circunstâncias nos quais o conforto ocorre: físico, psico-espiritual, ambiental e sociocultural (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

O corpo em que habitamos é o aspecto central do espaço vital para Merleau-Ponty. Através de nossa subjetividade corporificada, que se revela ao longo do horizonte temporal, o espaço se abre diante de nós como fundo sob o qual toda ação e comunicação são potenciais .

Oferecer ao paciente, assim como ao seu familiar, em um momento em que toda sua esperança de vida foi tirada, uma escuta empática, um tempo para que posso extravasar todo sentimento seja de dor, sofrimento, tristeza ou em alguns momentos até mesmo de dever cumprido, é um dos marcos da assistência que qualidade dentro do cuidado paliativo. Como coloca Cicely Saunders, matriarca do cuidado paliativo, “O sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida.”

Para Merleau-Ponty, o tempo é vivido como abertura diante do horizonte de possibilidades que sustenta nossa existência enraizada no mundo atrelado às dimensões do corpo e do espaço (MERLEAU-PONTY, 2018). E resignificar-se diante das adversidades é um exercício diário que o profissional que atua em cuidados paliativos precisa exercitar. O processo de resiliência acontece pela capacidade de enfrentar dificuldades de forma confiante na busca pela superação, utilizando recursos para enfrentar a realidade.

Com acompanhamento em cuidados paliativos abordado no momento certo, o paciente é capaz de superar as dificuldades do tratamento e alcançar uma expectativa de vida maior de que se tivesse ido assistido por tratamentos curativos (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009). Oferecer o que for possível, principalmente carinho, respeito, dignidade, até o seu último momento, comendo enquanto puder comer, almoçando sorvete de chocolate se for essa sua vontade no momento, proporcionar momentos de leveza o máximo possível. Essa é uma aplicação prática dos cuidados paliativos.

Ter alguém ao seu lado no momento de busca pelo conforto propicia segurança e pode transmitir força e confiança. Saber que em um momento de desconforto, dor ou sofrimento, ter sua família ao seu lado, ou um profissional humanizado e empático prestando assistência faz com que o ambiente hospitalar se torne menos penoso. Para Merleau-Ponty, só depois de me retirar para a minha solidão e recordar o conteúdo alcançado no diálogo com os outros, posso trazer esse conteúdo para a intimidade da minha vida (MERLEAU-PONTY, 2018).

Corpo não é um objeto. Pela mesma razão essa consciência não é uma ideia, ou seja, não posso separá-la e reuni-la como uma ideia clara (MERLEAU-PONTY, 2011), essa visão do filósofo Merleau-Ponty retrata a necessidade de afirmar a vida e a morte como processos naturais, combinando aspectos psicológicos, sociais e espirituais.

Para o filósofo Heidegger, morrer não é um acontecimento; é um fenômeno a ser compreendido existencialmente (HEIDEGGER, 1924). E compreender esse fenômeno faz com que esse processo se torne mais sereno, mais humano.

11.6 SOBRECARGA EMOCIONAL DO PROFISSIONAL QUE ATUA EM CUIDADOS PALIATIVOS.

Lidar com a finitude traz uma carga emocional muito grande, seja para o familiar/cuidador que acompanha o dia a dia do seu ente querido, seus dias de altos e baixos, a esperança que surge um dia que o paciente amanece melhor dos seus sintomas, interagindo, se alimentando, e a tristeza, a dor que se manifesta no dia em que seu familiar não está bem, apresenta uma dor de difícil controle, uma dispneia que parece estar afogando-se no seco, um rebaixamento no nível de consciência, seja para o profissional que acompanha a rotina da unidade hospitalar, onde se depara com pacientes com as mais diversas histórias de vida, histórias que sensibilizam, histórias que parecem ainda não ter um ponto final, mas que está sendo interrompida com avançar da doença.

E para nós profissionais nos resta tentar proporcionar a essas pessoas que estão sobre nosso cuidado, uma assistência digna, uma escuta sensível, um segurar na mão, proporcionar uma assistência que vai além de procedimentos técnicos, que possam tocar e acalantar a alma.

O ser que se percebe prestando cuidado paliativo se sobrecarrega física e emocionalmente, fisicamente porque lhes ser atribuído um excesso de tarefas e emocionalmente ao lhe dar com o corpo desfigurado do outro, cuja vida teoricamente breve será (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2020). Remontam a esse participante também sentimentos internos em relação a própria finitude, principalmente em se tratando de profissionais jovens que se deparam com clientes adoecidos e de mesma idade.

A consciência de si é o próprio ser do espírito em exercício. É preciso que o ato pelo qual tenho consciência de algo seja ele mesmo apreendido no instante que se realiza, sem o que se rompeia. Desde então, não se concebe que ele possa ser desencadeado ou provocado por o que quer que seja, é preciso que ele seja causa sui (MERLEAU-PONTY, 2020).

O mundo segundo Merleau-Ponty em “O visível e o invisível” pode ser um sonho bem articulado e cada participante articulará suas vivências de forma singular. Para alguns participantes o estágio no HC4 pode ser apenas uma meta a se concluir,



Figura 12: Sobrecarga Profissional

conseguem assim manter um distanciamento entre ele mesmo e o seu mundo, para outros, entretanto essa articulação se coloca de outra forma, dando lugar a outro sonho que para o entrevistador, é inacessível, é e sempre será invisível. O ser humano vive em um mundo com várias simbologias, a morte de outro ser humano é repleta de significados, angústias, perdas e o enlutamento resultante. A percepção então será sempre incompleta e o ser que relata sua fragilidade emocional o faz na pesquisa através da linguagem que é uma das múltiplas formas de se desvelar o fenômeno real.

E como apresenta Heidegger observa-se o ser aí (dasein) este aprendiz lançado em um hospital de cuidados paliativos após concluir sua graduação. Não se trata de empirismo e nem mesmo cientificismo e nem psicologismo, trata-se de sua percepção, de um subjetivo que influenciará a sua atuação profissional em qualquer especialidade, dado que a morte é inerente a qualquer ser, que é o ser para a morte.

Sob o ponto de vista de Merleau-Ponty, o movimento se relaciona com essa forma de consciência. Pressupõe que a consciência se relaciona com algo através do corpo, onde mover o corpo e ver as coisas ou algo através dele é permitir que ele atenda a sua demanda, que é exercida sobre ele sem nenhuma representação (ROCHA, PEREIRA, et al., 2018).

Saber que está dentro de uma unidade voltada somente para Cuidados Paliativos remete a angústia e ansiedade para esses residentes, que na sua grande maioria é o primeiro contato com essa especialização. Entender a necessidade de um atendimento mais tranquilo, com foco no controle de sintomas e na qualidade de vida para esse paciente, longe da rotina agitada e tensa que é a maioria dos hospitais é apodítico.

Como profissional que atua diretamente com o sofrimento não só físico, como psíquico desse binômio paciente/familiar, não podemos deixar de pensar no nosso próprio bem-estar, proporcionar momentos de desopressão, respeitar nosso limite, possibilitar momentos de lazer com nossa família e/ou amigos, realizar atividades que promovam seu bem-estar, é fundamental para manter uma boa saúde mental.

Cicely Saunders descreve a assistência prestada nos cuidados paliativos como não sendo uma alternativa de tratamento, e sim uma parte complementar e vital de todo acompanhamento do paciente (NETO, GIL, et al., 2022).

A percepção tem suma importância porque uma sobrecarga emocional pode gerar fenômenos que em medicina ou psicologia podem caracterizar depressão e ansiedade. Da falta da consciência de si, do fenômeno que velado está, pode resultar na sobrecarga emocional e possíveis sintomas depressivos (LIMA, SALES e SERAFIM, 2019). Ver o descontentamento e o desencontro do ser com o luto e o subjetivo aumentam a sobrecarga em relação a questão da morte que para Freud também é fonte de sofrimento humano .

Sobrecarga essa que foi potencializada com a Covid-19, onde profissionais da saúde precisaram se manter na linha de frente, colocando não só sua vida em risco como também de seus filhos, parceiros e pais que residiam junto com eles. Segundo o relatório “The COVID-19 Health Care Workers Study (HEROES)”, realizado pelas universidades do Chile e da Co-

lombia, em colaboração com a Opas, na Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Bolívia, Guatemala, Peru, México, Porto Rico, Venezuela e Uruguai, 14,7% a 22% dos profissionais de saúde consultados em 2020 apresentavam sintomas sugestivos de episódio depressivo, enquanto 5% a 15% externavam ideação suicida (COFEN, 2022).

Na visão de Merleau-Ponty, o homem precisa ir atrás de sua relação com o mundo, relação essa que precisa ser inabalável, uma vez que o corpo e o subjetivo andam juntos tornando sua realidade natural e humana (MERLEAU-PONTY, 2020). Merleau-Ponty estabelece na Fenomenologia da Percepção uma relação do homem com o mundo que se dá através da percepção, nos ajudando a ver o que as pessoas são na experiência existencial concreta: ser-no-mundo. Tudo o que se sabe sobre o mundo é devido a própria visão e experiência, mesmo que por ciência, uma vez que o mundo sempre esteve ali (OLIVEIRA, 2020). O profissional lida com a angústia de precisar lidar com o abstrato, de não saber o que se passa a cabeça do paciente que está sobre nossos cuidados quando ele apresenta um rebaixamento do nível de consciência, seja ele induzido ou não.

Assim como o profissional está preocupado em cuidar de seu paciente, é preciso que ele tenha determinação em cuidar também de si. Cuidar da saúde do seu próprio corpo e também aprender a cuidar da sua mente e das suas emoções, entender quais são as suas necessidades e saber o que te traz bem-estar (WEDEL e DÜCK, 2020). O trabalho pode causar adoecimento, sobretudo quando deixa de proporcionar realização e não é vivido mais como fonte de satisfação pessoal, deixando de ser compatível com seus valores, não permitindo o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional do trabalhador.

Os cuidados com a saúde mental muitas das vezes são colocadas para segundo plano, negligenciadas pelas pessoas, no entanto, com o tempo as situações vividas vão sendo somatizadas pela mente, até que o corpo e a mente alcancem seu limite, deixando a pessoa exausta, sem energia.

O ser humano busca criar sentido para o ser e o estar no mundo. Ao longo da vida ele toma consciência de sua singularidade e da condição diferenciada em que se encontra e, cada vez mais, desenvolve meios para afirmar sua presença no mundo e dar sentido à sua vida, buscando meios que o

ajude a superar seus infortúnios (PIOVESAN, OTTONELLI, et al., 2018). O profissional procura meios de suporte para lidar com sua atividade laboral, uma atividade em que possam aliviar seus sentimentos e frustrações. Muito se fala em deixar o que se vive no serviço, não carregar consigo, mas sabemos que na prática na maioria das vezes não é o que acontece, o profissional leva um pouco do que vive no serviço para casa, ao conversar com seu parceiro ou com um amigo, ou em algum momento em que se lembra de alguma conduta realizada.

A ênfase na cura em detrimento do cuidado é fonte de significativo sofrimento não só para pacientes e familiares, mas também para os profissionais de saúde, que rotineiramente se deparam com os limites de suas propostas terapêuticas (BRUSCATO e KITAYAMA, 2008). Fazendo-se necessário o reconhecimento e valorização desses profissionais que lidam diariamente com a morte e o luto, precisando mostrar-se forte para oferecer uma qualidade na assistência prestada.

Para realizar ações pensadas como prática, o profissional deve estar atento ao contexto social, ao tema trabalhado e ao seu papel na sociedade, pois fazer conexões entre problemas de saúde mental e situações de trabalho, costuma ser um grande desafio para os profissionais de saúde (SOUZA e BERNARDO, 2019). Muitas das vezes além do processo de trabalho penoso associados a doença, sofrimento e morte, ainda há o sofrimento relacionado a desvalorização profissional com carga horária exaustiva e salários defasados (FIOCRUZ, 2021).

Para Heidegger, a ninguém é dado saber se e quando e onde e como este passo do pensamento se desdobra em autêntico caminho e marcha e abertura de novos caminhos (HEIDEGGER, 2018).

O amparo espiritual é uma terapêutica de grande relevância no cuidado aos pacientes. As necessidades espirituais de um paciente terminal são consideradas urgentes, pois estão sofrendo devido à proximidade da morte (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2023). Muitas das vezes precisamos solicitar o apoio de um capelão para trazer uma palavra de conforto, uma oração, uma reza.

Ressalta-se que embora religiosidade e espiritualidade sejam conceitos análogos, não são sinônimos. A religiosidade é a exterioridade ou prática de um crente que pode estar associada a uma instituição religiosa, permitindo que o sujeito desfrute de experiências misteriosas, mágicas e místicas, enquanto a espiritualidade é a dimensão específica de cada ser humano impulsionando à busca do sagrado, da experiência transcendental, no esforço de dar sentido e resposta a parâmetros fundamentais da vida (DE QUEIROZ, DA SILVA, et al., 2021) . E entender essa diferença é de grande relevância para o profissional que atua em cuidados paliativos, conseguir colocar sua religiosidade de lado, não deixando influenciar na assistência prestada, preocupando-se em estender espiritualidade para sua atividade laboral, respeitando a religiosidade dos usuários do serviço, seja ele paciente e/ou familiar.

Para Husserl, em tudo o que compõe a esfera da consciência reside o significado transcendental (LIMA, 2014).



➤ REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. 1ª edição. ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019**. São Paulo: [s.n.], 2020. ISBN 978-65-990595-0-6.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. ANCP E Cuidados Paliativos no Brasil. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**, 2023. Disponível em: <<https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>>.

AGUIAR, A. D. F. et al. **Psico-oncologia: Caminhos de cuidado**. São Paulo: Summus, 2019. ISBN 978-85-323-1132-0. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=SR-pDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=Os+cuidados+paliativos+visa+humanizar+a+rela%C3%A7%C3%A3o+m%C3%A9dico-paciente+deixando+de+lado+a+ideia+fixa+pe-la+cura+e+permitem+que+o+olhar+se+volte+para+a+peessoa.+No+entant>>.

ALCANTARA, A. M. D.; CARLOS, J. Funções enunciativas do discurso sobre a Educação de Jovens e Adultos (EJA) no Curso de Pedagogia da UFPB. **Revista Educação em Questão**, Rio Grande do Norte, 49, n. 35, 2014. 153–179.

ALVES, P. L.; LADEIRA, S. C. G. A questão da deficiência física associada ao câncer: as repercussões na família e a proteção do Estado. **Vertices**, 2017.

ANANDARAJAH, G.; HIGHT, E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. **Am Fam Physician**, 63, n. 1, 2001. 81-9. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11195773/>>.

ARRIEIRA, I. C. D. O. et al. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 2018.

BARALDI, S. **Sobre o significado da morte e do morrer - identificando similaridades e diferenças no Brasil (São Paulo) e Cuba (Havana)**. Programa de Pós-graduação em Integração da América Latina. São Paulo. 1999.

BESERRA, et al. Sofrimento humano e cuidado de enfermagem: múltiplas visões. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Ceará, 18, n. 1, 2014.

BRAIAN, A. Da questão da Eutanásia à luz da Bioética: Uma perspectiva tendo em vista as dimensões morais das ciências da vida e atenção à saúde. **Jusbrasil**, 2015. Disponível em: <<https://arturbraian.jusbrasil.com.br/artigos/245692784/da-questao-da-eutanasia-a-luz-da-bioetica>>.

BRANDES, S.; SCHNORREBERGER, B. L. **Cicely SAUNDERS: uma referência em Cuidados Paliativos**. [S.l.]. 2020.

BRUSCATO, W. L.; KITAYAMA, M. M. G. **Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves**. São Paulo: Atheneu, 2008.

CAMINHA, I. D. O. **10 Lições sobre Merleau-Ponty**. Petrópolis: Editora Vozes, 2019. ISBN 978-85-326-5956-9.

CARNEIRO, E. N.; SILVA, S. C. C. G. D.; RIBEIRO, L. T. F. **Apontamentos de Pesquisa: A pandemia Covid-19.** [S.l.]: Brazil Publishing, v. 5. ISBN 978-65-5861-033-5.

COFEN. RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>.

COFEN. América Latina registra aumento de depressão em profissionais de saúde, 2022. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/america-latina-registra-aumento-de-depressao-em-profissionais-de-saude-pela_95047.html>.

COFFITO. Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia, Brasília, 2013. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=2346#:~:text=Artigo%204%C2%BA%E2%80%93%20%20fisioterapeuta%20presta,de%20qualquer%20forma%20ou%20pretexto%2C>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Revisão do Código de Ética Médica. **Código de Ética Médica**, Brasília, 2010. Disponível em: <<https://rcem.cfm.org.br/index.php/cem-atual>>.

CORALINA, C. **Melhores poemas de Cora Coralina.** 1ª. ed. São Paulo: Global, 2012.

CUTOLO, R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Lagoa da Conceição, 35, n. 4, 2006. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/392.pdf>>.

DE ALMEIDA,. Quais as diferenças entre eutanásia, morte assistida, ortotanásia e sedação paliativa? **Rede de Ensino Luiz Flávio Gomes**, 2008. Disponível em: <<https://lfg.jusbrasil.com.br/noticias/42016/quais-as-diferencas-entre-eutanasia-morte-assistida-ortotanasia-e-sedacao-paliativa-patricia-donati-de-almeida>>.

DE CASTRO, C. F. et al. Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 42, 2021. e20200311. Disponível em: <e20200311>.

DE MELLO, J. et al. Vivências de cuidadores ante o processo de adoecimento por câncer de seu familiar. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, 11, n. 17, 2021.

DE QUEIROZ, et al. Cuidados voltados aos familiares de pessoas em finitude humana. **Research, Society and Development**, 10, n. 2, 2021. e7310212151.

DELGADO, A. et al. Delirium em Doentes com Cancro em Contexto de Cuidados Paliativos. **Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental**, 07, n. 01, 2021. 22-31.

DINIZ, M. H. **O Estado Atual do Biodireito.** São Paulo: Saraiva, 2001.

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. The quality of death Ranking end-of-life care across the world, 2010. Disponível em: <www.eiu.com>. Acesso em: fev. 2021.

EICH, M. et al. Princípios e valores implicados na prática de sedação paliativa e a eutanásia. **Interface Comunicação, saúde e educação**, 2018.

EKR BRASIL. <https://ekrbrasil.com/>, 2021. Acesso em: abr. 2021.

FERRAZ, A. G. et al. Comunicação de más notícias na perspectiva de médicos oncologistas e paliativistas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Recife, 46, n. 2, 2022. e076.

FIGUEIREDO, D. G. M. C. D. A.; STANO, D. C. M. T. O estudo da morte e dos cuidados paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Itajubá, 2, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/G9qD-3F4nK8hjDMFyGQPcfDk/?lang=pt#>>.

FIGUEIREDO, T. D. A. Reflexões Sobre os Cuidados Paliativos no Brasil. **Prática Hospitalar**, São Paulo, 47, 2006. 36-40. Disponível em: <<https://www.paliativo.org.br/biblioteca/Reflexoes-Sobre-Cuidados-Paliativos-Brasil.pdf>>.

FIOCRUZ. Pandemia expõe excesso de trabalho, sofrimento e falta de reconhecimento dos profissionais de saúde, revela estudo da Fiocruz. **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <<https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/51044>>.

FRANCISCONI, C. F. Hastings Center Report, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **A educação na cidade**. São Paulo: Cortez, 2001.

FUKUMITSU, K.. **Vida, morte e luto: Atualidades brasileiras**. São Paulo: Summus Editorial, 2018. ISBN 978-85-323-1102-3. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=VtReDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=Os+cuidados+paliativos+visa+humanizar+a+rela%C3%A7%C3%A3o+m%C3%A9dico-paciente+deixando+de+lado+a+ideia+fixa+pela+cura+e+permitem+que+o+olhar+se+volte+para+a+peessoa.+No+entant>>.

GALVÃO, E. O uso das escalas de Glasgow, Ramsay e Richmond. **Multi Saúde Educacional**, 2017. Disponível em: <<https://multisaude.com.br/>>. Acesso em: 14 jun. 2021.

GERMER,. A “fenomenologia da vida ética” de Arthur Schopenhauer. **Revista Internacional de Filosofia**, São Paulo, 11, n. 1, 2020. 193–226.

GOBBI,. Comunicação de más notícias: um olhar da Psicologia. **Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, Porto Alebre, 9, n. 1, 2020. 66-69.

GODINHO, C.; SILVEIRA, V. D. A. Manual de Hipodermóclise. <http://www.hcfmb.unesp.br/>, Botucatu, 2017. ISSN ISBN: 978-85-69376-05-7. Disponível em: <<http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2017/12/Manual-de-Hipoderm%C3%B3clise-HCFMB.pdf>>. Acesso em: 15 Jul 2021.

GODINHO, N. C.; SILVEIRA, L. V. D. A. Manual de Hipodermóclise, Botucatu, 2017.

GOMES, B. M. M. et al. Diretivas antecipadas de vontade em geriatria. **Revista Bioética**, 26, n. 3, 2018.

GONDIM, I. Sobre a morte e o morrer: o que é (ou não) permitido no Brasil? **SanarMed**, 2021. Disponível em: <<https://www.sanarmed.com/sobre-a-morte-e-o-morrer-o-que-e-ou-nao-permitido-no-brasil-colunistas>>.

HEIDEGGER, M. **Conceito de tempo**. Tradução de Irene Borges Duarte. [S.l.]: Fim de século, 1924. 91 p. ISBN 9789727541850. Traduzido em 2003.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 10ª. ed. [S.l.]: Vozes, 2015. 12 p. ISBN 978-8532632845.

HEIDEGGER, M. **Identidade e Diferença**. Tradução de Ernildo Stein. Petrópolis: Vozes de Bolso, 2018. 49 p. ISBN 978-85-326-5792-3.

HENNEZEL, M. D. **Diálogo com a morte**. 7ª. ed. [S.l.]: Notícias Editorial, 2000. 176 p. ISBN 9789724607931.

HONS, D. Maladie grave et fin de la vie: Réflexions sur la souffrance et son accompagnement. **Nouvelle Revue Théologique**, New York, 119, n. 2, 1997. 252-255. Disponível em: <<https://philpapers.org/asearch.pl?pub=5201>>.

HUSSERL, E. **A idéia da fenomenologia: cinco lições**. 1ª. ed. [S.l.]: Editora Vozes, 1986. 70-71 p. ISBN |8532663109.

INCA. Cuidados Paliativos Oncológicos - Controle de Sintomas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2002.

INCA. **INCA**, 2018. ISSN en/node/2396. Disponível em: <www.inca.gov.br>. Acesso em: fev. 2021.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **INCA**, 2020. ISSN controle-do-cancer-do-colo-do-utero/acoes-de-controle/cuidados-paliativos. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br>>. Acesso em: fev. 2021.

INCA. **A avaliação do paciente em cuidados paliativos**. 1. ed. Rio de Janeiro: [s.n.], v. 1, 2022. ISBN 978-65-88517-18-5.

INCA. Cuidados paliativos: Conheça a abordagem dos Cuidados Paliativos para o câncer do colo do útero, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/acoes/cuidados-paliativos>>.

KOLCABA, K. **Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research**. New York: [s.n.], 2002.

KUBLER-ROSS, E. **On Death and Dying**. [S.l.]: Scribner, 1969. ISBN 9780684839387. Disponível em: <<https://www.ekrfoundation.org/elisabeth-kubler-ross/quotes/>>.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer. São Paulo**. [S.l.]: Martins Fontes, 1985.

KÜBLER-ROSS, E. **A roda da vida**. Tradução de Maria Luiza Newlands da Silveira. Rio de Janeiro: Sextante, 2017. ISBN 978-8543104546.

LANA, V. A experiência mineira no controle do câncer do colo de útero em meados do século XX. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, 2020.

LIMA, A. B. M. **Ensaio sobre fenomenologia**. Ilhéus: Editus, 2014. ISBN 978-85-7455-367-2.

LIMA, G. T.; SALES, C. D. S.; SERAFIM, F. D. L. Sobrecarga, sintomas depressivos e ansiosos em cuidadores de crianças em TRS. **Brazilian Journal of Nephrology**, São Paulo, 41, n. 3, 2019. 356-363.

LIMA, P. Caderno de Cuidados Paliativos., 2016.

MARTINS, J. Sedação paliativa. **Medicina Paliativa**, 2019. Disponível em: <<https://medicina-paliativa.pt/itools/upload/document/blog/180423191959.pdf>>.

MATTHEWS, E. **Compreendendo Merleau-Ponty**. Tradução de Marcus Penchel. 2ª. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2011. 35 p.

MEDEIROS, J. A ética em Schopenhauer: uma busca eliminatória. **A ÉTICA EM SCHOPENHAUER: UMA BUSCA ELIMINATÓRIA**, Seara Filosófica, 12, 2016. 16-29. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/searafilosofica/article/view/6870>>.

MENEZES, S.; LIMA, P. D. Sedação paliativa em fim de vida: debates em torno das prescrições médicas. **Revista M.**, Rio de Janeiro, 03, n. 06, 2018. 405-420.

MENEZES, S.; FIGUEIREDO, M. D. G. M. D. C. D. A. O papel da sedação paliativa no fim da vida: aspectos médicos e éticos - Revisão, fev. 2019.

MENEZES, S.; FIGUEIREDO, M. D. G. M. D. C. D. A. O papel da sedação paliativa no fim da vida: aspectos médicos e éticos - Revisão. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, 2002, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.bjane.2018.03.002>>. Acesso em: 15 Jul 2021.

MENEZES, S.; FIGUEIREDO, M. D. G. M. D. C. D. A. O papel da sedação paliativa no fim da vida: aspectos médicos e éticos. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, 69, n. 1, 2019. 72-77.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: martins Fonte, 2011.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção**. 5ª. ed. [S.l.]: Martins Fontes, 2018. ISBN 978-85-469-0231-6.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção**. 5ª. ed. [S.l.]: Martins Fontes, 2018. ISBN 978-85-469-0231-6.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção**. Tradução de Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 5ª. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2020. ISBN ISBN: 978-85-469-0231-6. 2ª tiragem.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno HumanizaSUS**: Humanização do parto e do nascimento. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, v. 4, 2014. 465 p. ISBN 978-85-334-2136-3. Disponível em: <https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: [s.n.], 2020.

MIRANDA, Â. Eutanásia, suicídio assistido, distanásia, ortotanásia e mistanásia são permitidas no Brasil? **Patrick Nilo**, 2019. Disponível em: <<https://goldencursosjuridicos.com.br/wp-content/uploads/2019/09/Eutan%C3%A1sia-%C3%82ngelo-Miranda.pdf>>.

MONTENEGRO, K. C. **Foucault, subjetividade e morte**: Uma perspectiva pós-estruturalista dos cuidados paliativos. Porto Alegre: Fi, 2022. 211 p. ISBN 978-65-5917-578-9. Disponível em: <<http://www.editorafi.org>>.

NETO, C. V. D. S. et al. **Atuação da enfermeira no cuidado paliativo à pessoa adulta e família**. [S.l.]: Científica Digital, 2022. 10-22 p.

NEVES, D. S. Efeito dominó: O impacto do adoecer nas famílias com paciente oncológico sobre o prisma da psicologia. **UNESP**, São Paulo, 2020.

NICODEM, V. et al. Dificuldades enfrentadas pelos pacientes paliativos e família na visão do enfermeiro. **Anuário Pesquisa e Extensão São Miguel do Oeste**, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/18975/10209>>.

NIETZSCHE,. **O Anticristo**. 1ª. ed. [S.l.]: Lafonte, 2019. 125 p. ISBN 978-8581863757.

NOGUEIRA, F. L.; SAKATA, R. K. Sedação paliativa do paciente terminal. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, São Paulo, Julho 2012.

NOVELLI, B. T. et al. RECOMENDAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO DA HIPODERMÓCLISE EM PACIENTES. **Revista Enfermagem em Evidência**, Bebedouro, SP, p. 139-153, 2019.

OLIVEIRA, H. D. **Ensaios Filosóficos**. [S.l.]: [s.n.], v. 21, 2020. 40-56 p. ISBN 2177-4994.

ORENGO, F. V.; HOLANDA, A. F.; GOTO, T. A. Fenomenologia e psicologia fenomenológica para psicólogos brasileiros: Uma compreensão empírica. **Psicologia em estudo**, n. 25, 2020.

PEGORARO, M. D. O.; PAGANINI,. Cuidados paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva. **Revista Bioética**, 27, n. 4, 2019.

PIOVESAN, et al. **Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem**. Santa Maria: UFSM, 2018. ISBN 978-85-8341-224-3. Disponível em: <https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/358/2019/07/MD_Psicologia-do-Desenvolvimento-e-da-Aprendizagem.pdf>.

PRADO, E. et al. Vivência de pessoas com câncer em estágio avançado ante a impossibilidade de cura: análise fenomenológica. **Esc. Enf. Anna Nery**, 2020.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Código Penal Brasileiro**. [S.l.]: [s.n.]. 2019.

QUEIROZ, G. Aspectos médicos e éticos da sedação paliativa (SP) no fim da vida. **PEBMED**, nov. 2020.

QUEIROZ, G. Aspectos médicos e éticos da sedação paliativa (SP) no fim da vida., nov. 2020. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/aspectos-medicos-e-eticos-da-sedacao-paliativa-sp-no-fim-da-vida/#:~:text=A%20SP%20%C3%A9%20permiss%C3%ADvel%20eticamente,abreviar%20a%20vida%20do%20paciente.>>.

QUINTANILHA, D. D. O. Paliativo RJ: sedação paliativa. **PEBMED**, 2019. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/>>. Acesso em: 14 jun. 2021.

QUINTANILHA, D. D. O. Portal PEBMED, 2019. ISSN /i-paliativo-rj-sedacao-paliativa/. Disponível em: <<https://pebmed.com.br>>. Acesso em: mar. 2021.

REBELLATO, et al. **Cuidado interdisciplinar de pessoas idosas: da teoria à prática**. Rio de Janeiro: Letra e Imagem, 2021. 336 p. ISBN 9788592908096. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=IsxVEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT11&dq=O+cuidado+paliativo+dada+a+sua+complexidade+merece+assim+maior+%C3%AAfase+na+gradua%C3%A7%C3%A3o+pois+ao+profissional+de+sa%C3%BAde+caber%C3%A1+o+cuidado+a+este+paciente+e+a>>.

REZENDE, C. S.; GOMES, ; MACHADO, E. D. C. A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, 6, n. 1, 2014.

ROCHA, C. N. P. et al. Experiências e necessidades espirituais do familiar cuidador de paciente em atenção paliativa oncológica. **Rev Bras Enferm**, Niterói, 71, n. 6, 2018. 2635-42.

SANTOS, A. F. J. D.; FERREIRA, E. A. L.; GUIRRO, Ú. B. D. P. **Atlas de Cuidados Paliativos - Brasil 2019**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP, 2020.

SANVEZZO, V. M. D. S.; MONTANDON, D. S.; ESTEVES, L. S. F. Instrumentos de avaliação de funcionalidade de idosos em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. **Rev. Brasileira Geriatria Gerontologia**, São Paulo, out. 2018.

SASSI, A. P. Z. Suicídio Assistido em Portugal: a transcendência do direito à saúde com base no princípio da morte digna e na autonomia individual. **Universidade de São Paulo**, 2020.

SATOMI, É. **Guia do episódio de cuidado: Sedação Paliativa**. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. [S.l.]. 2020.

SAUNDERS, C. M. **Cicely Saunders: Selected Writings 1958-2004**. [S.l.]: OUP Oxford, 2006. 300 p.

SBGG. **Vamos falar de Cuidados Paliativos**. [S.l.]: SBGG, 2015.

SBGG-SP. <https://www.sbgg-sp.com.br/>. **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2016. Disponível em: <<https://www.sbgg-sp.com.br/divulgado-indice-de-qualidade-de-morte-2015-da-economist-intelligence-unit/>>. Acesso em: 15 Jul 2021.

SILVA JUNIOR, R. D. et al. Conforto nos momentos finais da vida: a percepção da equipe multidisciplinar sobre cuidados paliativos. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, 27, 2019. :e45135.

SILVA, R. S. D.; CAMPOS, A. E. R.; PEREIRA., Á. Cuidando do paciente em processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, Junho 2011.

SOBREIRO, ; BRITO, C. C.; MENDONÇA, R. D. A. Terminalidade da vida: reflexão bioética sobre a formação médica. **Revista Bioética**, Brasília, 29, n. 2, Abr-Jun 2021.

SOCIEDADE BENEFICIENTE ISRAELITA BRASILEIRA. **Guia do Episódio de Cuidado: Sedação Paliativa**. Albert Einstein. [S.l.]. 2020. (CPTW62.1).

SOUZA, ; BERNARDO, M.. Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: a prática de profissionais do Sistema Único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 2019.

SOUZA, O. A. B.; TAVARES, C. M. D. M. Humanização do processo de cuidar de enfermagem ao paciente na terminalidade: não temos tempo a perder. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, 2020.

SOUZA, P. D.; BLOC, ; MOREIRA,. Corpo, Tempo, Espaço e Outro como Condições de Possibilidade do Vivido (Psico)patológico. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, 20, n. 2, 2020. 1253-1272. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/4518/451867534014/movil/>>.

SOUZA, S. D. S. D.; BASSO, J. F. **Cuidados de enfermagem nas dimensões dos cuidados paliativos**. Curitiba: CRV, 2022. ISBN 978-65-251-3061-3.

TEIXEIRA, A. C. B.; SÁ, D. F. F. D. Cuidados Paliativos: Entre autonomia e solidariedade. **Novos Estudos Jurídicos**, 23, n. 1, 2018. 240-258.

TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Teóricas de enfermagem e sua obra: Modelos e teorias de enfermagem**. 5ª. ed. [S.l.]: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/373664601/Teoricas-de-Enfermagem-e-a-Sua-Obra#>>.

TROVO,. **Finitude e cuidados paliativos no envelhecimento**. 1ª. ed. São Paulo: Senac, 2021. 132 p. ISBN B0924V2ZSF. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=GkUoEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=PERCEBENDO+O+CONHECIMENTO+SOBRE+SEDA%C3%87%C3%83O+PALIATIVA&ots=cdJh21fEUn&sig=Wq143TiELeRaumW4AxHnwhv_UZo#v=onepage&q&f=false>.

UNIARA. **Guia de Medicamentos**. [S.l.]: [s.n.], 2011. Disponível em: <<https://www.uniara.com.br/arquivos/file/cursos/graduacao/farmacia/guias-de-medicamentos/guia-medicamentos.pdf>>.

VARELLA, D. **Por um fio**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004. ISBN 978-85-359-0534-2.

VERRI, E. R. et al. Profissionais de enfermagem: compreensão sobre cuidados paliativos pediátricos. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, 1, 2019. 126-36.

VIEIRA, E.. **Nas trilhas de Gaia**. Belo Horizonte: Viva Voz, 2022. ISBN 978-65-87237-50-3. Disponível em: <<https://labeled-letras-ufmg.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Nas-trilhas-de-Gaia.pdf>>.

WEDEL, ; DÜCK, A.. Pastores também são ovelhas: Importando-se para cuidar daqueles que cuidam. **Revista Cógno**, Curitiba, 2, n. 2, 2020. 279-318.

ISBN: 978-65-00-67839-0

CRJ



9 786500 678390

