



ESCO
GHIC CENTRO DE
EDUCAÇÃO T
E PESQUISA E



MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

**CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE –
ESCOLA GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL – IFRS
CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

**CUIDADOS PALIATIVOS: MAIS QUE UMA FILOSOFIA, UM DESAFIO PARA
OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

LOURDES DELONI BOLICO DA SILVA

ORIENTADOR: ADELAIDE LUCIA KONZEN

**PORTO ALEGRE
2013**



LOURDES DELONI BOLICO DA SILVA

**CUIDADOS PALIATIVOS: MAIS QUE UMA FILOSOFIA, UM DESAFIO PARA
OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Relatório apresentado como requisito
parcial de conclusão do curso Técnico
em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª: Adelaide Lucia
Konzen.

PORTO ALEGRE

2013

“Quando uma menina vê seu irmãozinho sofrer, ela encontra, quase sem sabê-lo, o caminho para consolá-lo: procura afetosamente sua mão e, com amor, o toca onde ele sente dor. Assim, a pequena samaritana se torna seu primeiro médico (...) e o seu irmão fará a experiência de que a mão que o toca lhe faz bem. Entre ele e a sua dor entra a sensação de ser tocado pela mão da irmã, de forma que o sofrimento retrai-se frente a esta nova sensação.”

Victor Van Weizsacker, 1926.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a: técnica de enfermagem Rosângela do Centro obstétrico, técnica de enfermagem Nice da sala de recuperação, enfermeira Silvana da emergência, aos técnicos de enfermagem Daniel e Evandro do terceiro andar-C, todos funcionários do Hospital Nossa Senhora da Conceição, por se colocarem no lugar do outro e tratarem estagiários como colegas. A dona Sueli-secretária acadêmica da escola GHC, por nunca dizer não e sim vou tentar. Ao Senhor Nilson- segurança escola GHC, por nos receber todos os dias com um sorriso incentivador. As nossas orientadoras de estágio: professora Maristela-pelo carinho e confiança, professora Graziela- por ensinar de forma cativante e atenciosa, professora Adelaide-pela delicada forma que ensina e faz com que tudo seja prazeroso e por me ensinar que sempre é possível fazer a diferença, que nossa dedicação com o “cuidado do outro” não tem preço. As minhas colegas e empresárias estudantil Evelyn Portiglione e Luciana Pastore, que me ensinaram que nada é tão difícil quanto parece. A minha colega Flávia Gonçalves, por tornar a conclusão deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) realidade. A Deus pelos amores da minha vida, meu marido Luis, meu filho Rafael, minha filha Gabriela e minha irmã Elisângela, por terem acreditado em mim, me incentivado e apoiado durante esta caminhada. Dedico este TCC, a Gisele Isabel Janovik, enfermeira da Oncologia Pediátrica do Hospital da Criança Conceição, por me inscrever neste curso e descobrir em mim o desejo de “cuidar”, prometo retribuir sendo tão íntegra, dedicada e carinhosa com meus pacientes, o quanto você foi em minha vida.

RESUMO

Durante a descrição deste relato de experiências vívidas em campos de estágio no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), mostrarei a relação do cuidado humanizado na sua integridade – cuidados paliativos – no auxílio a pacientes e familiares que sofrem com a perda de saúde, pelo avançado estágio de doenças que não tem possibilidade de cura. Farei uma breve abordagem na história do surgimento dos Cuidados Paliativos (CP), e de como eram exercidos pelos cuidadores da época. Descreverei os ganhos com os avanços tecnológicos, que vieram a possibilitar a cura de doenças, como câncer e passaram a proporcionar uma vida mais longa e com a possibilidade de controle de doenças crônicas. A partir desses fatores vou abordar a assistência dos profissionais de saúde, e de como a tecnologia passou a deixar o cuidado mecanizado, com o olhar do cuidado ao paciente, voltado ao controle de monitores, ventiladores, dialisadores, entre outros equipamentos, fazendo com que se perdesse o caráter humanizado do cuidado a pacientes em sofrimento. Considerando a existência de Programas de Cuidados Paliativos (PCP), trarei assim abordagens de quando necessitamos e como funcionam, onde podem ser desenvolvidos e quais profissionais atuam na prestação desta assistência.

Palavras chaves: Cuidados Paliativos, Enfermagem, Humanização.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 HISTÓRICO DOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	6
3 DIMENSÕES DO SOFRIMENTO, UMA NECESSIDADE EMERGENCIAL DE CUIDADOS HUMANIZADOS.....	7
4 FILOSOFIA PALIATIVA.....	8
5 CONCEITOS DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	9
5.1 POR QUE NECESSITAMOS DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	9
5.2 PROGRAMAS DE CUIDADOPALIATIVOS.....	10
6 ENFERMAGEM E CUIDADOS PALIATIVOS.....	13
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
REFERÊNCIAS	16

1 INTRODUÇÃO

Este é um relato de vivência de campo de estágio do curso Técnico em Enfermagem da Escola GHC, exigido para conclusão do curso, com escolha livre de tema e local, a partir de experiências vividas e adquiridas nos estágios de aulas práticas, oferecidas pela escola.

Sensibilizada com a necessidade de cuidados humanizados integrais, por todos os setores onde prestei assistência, no Hospital Nossa Senhora Conceição (HNSC), direcionei meu foco de pesquisa aos Cuidados Paliativos (CP), dentro dos setores do hospital, abrangendo um cuidado digno e efetivo da dor e de outros sintomas decorrentes do tratamento a doenças, sem possibilidade de cura.

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), que é composto por 04 hospitais e 12 Unidades do Serviço de Saúde Comunitária, onde o Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) faz parte deste complexo. O HNSC está localizado na zona norte de Porto Alegre/RS, é um hospital geral de grande porte, oferece atendimento qualificado 100% SUS em seus ambulatórios, emergências e internações.

Assim vou mostrar no decorrer deste trabalho como o processo de morrer, sofreu mudanças, e que as descobertas científicas trouxeram a possibilidade de cura e melhora na evolução de doenças graves como o câncer e outras patologias, transferindo o doente que era cuidado em casa por familiares, para o cuidado técnico hospitalar, fazendo com que o processo de morrer que acontecia em casa, no quarto ao lado, passasse a acontecer longe dos entes queridos nos Centros de Terapia Intensiva (CTI) e emergências dos hospitais ao lado de alarmes, tubos, fios e monitores. A partir desse tipo de cuidado é possível redescobrir então, que o ser humano em seu sofrimento, clama por um olhar diferenciado, amigo, atencioso, ou apenas alguém que segure a sua mão, redescobrando os cuidados paliativos.

2 HISTÓRICO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados Paliativos (CP) tiveram origem no movimento hospice (que significa hospitalidade, na época, locais onde peregrinos e enfermos ficavam), originado por Cicely Saunders e colegas, disseminando pelo mundo uma nova época filosófica sobre

o cuidar, pregando elementos fundamentais, e controle efetivo da dor e de sintomas decorrentes de tratamento em fase avançada de doenças e o cuidado abrangendo dimensões psicológicas, sociais e espirituais de pacientes e suas famílias, dando início a uma nova abordagem no tratamento de profissionais e voluntários para oferecerem suporte para pacientes e familiares no período final dos tratamentos curativo e na fase do luto. Na França, em 1840, os hospices eram abrigos religiosos, onde eram cuidados enfermos que estavam morrendo. Em 1900 surgiu outro em Londres e, posteriormente, em 1967, o St Christopher's Hospice, que revolucionou essa filosofia dando início a outros hospices independentes pelo mundo (MOTA; MOTA, 2006).

Um novo conceito em cuidar, e não só curar, é introduzido nas áreas da saúde, focando o paciente até o final de sua vida. Nasce a medicina paliativa, especializada no controle da dor e no alívio de sintomas, surgindo à perspectiva de cuidar não somente curar, fazendo com que a medicina exerça seu foco principal (PESSINI, 2006).

Com os avanços tecnológicos, descobertas científicas, as máquinas de alta precisão e a cura para doenças como o câncer, fizeram com que os profissionais de saúde focassem seus cuidados em dialisadores, ventiladores, monitores cardíacos, aparelhos que precisam de conhecimento, fazendo com que o foco de olhar ficasse não no paciente, mas nas máquinas (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

De acordo com Caponero (2006), nesse momento destacam-se dois aspectos: o primeiro que é até o início do século XX a medicina era quase exclusivamente paliativa, e o segundo refere-se ao fato de que todo conhecimento teve um preço, o valor pago por uma sociedade que continuava a obter mais e melhores meios para tornar a vida mais longa e com menos sofrimento.

3 DIMENSÕES DO SOFRIMENTO, UMA NECESSIDADE EMERGENCIAL DE CUIDADOS HUMANIZADOS

Conforme Porto e Lustosa, (2010), o sofrimento suscita compaixão, isto é, empatia traduzida em ação humanizada e não somente uma exclamação anestesiadora de consciência “que pena ou que dó”. A indiferença, simplesmente, é um fator desumanizante que aumenta ainda mais a dor e o sofrimento. O sofrimento suscita respeito, o qual igualmente gera temor, medo, por que se vê, como que um espelho, toda fragilidade,

vulnerabilidade e mortalidade, dimensões da própria existência humana.

Frente a este cenário gerador de sofrimento, acredita-se ser possível implementar uma política de assistência e cuidado que honre a dignidade do ser humano mesmo fora de possibilidades terapêuticas. O desenvolvimento e a implementação da filosofia dos CP é uma grande esperança para a atual efetivação de um cuidado digno e capacitado a quem tem dor e sofrimento crônico causado por doenças oncológicas, doenças degenerativas do sistema nervoso central, Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), as falências de órgãos e sistemas tais como: cirrose hepática, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, entre outras, e todas aquelas situações cuja necessidade do doente e da família não seja apenas no diagnóstico clínico (PORTO; LUSTOSA, 2010).

De fato, vivenciei este cenário de fragilidade, dor e sofrimento, já no primeiro estágio do curso, no terceiro andar enfermagem C, andar destinado a Medicina Interna, onde estão internados pacientes de ambos os sexos, das mais diferenciadas idades e com tipos variados de patologias; renais crônicos, diabetes, hipertensos, etilistas e ex-etilistas com comprometimento de órgãos, portadores do Vírus de Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), cardíacos graves, alzheimer, Acidente Vascular Cerebral (AVC), câncer dos mais variados tipos, e muitas outras patologias, algumas sob investigação e outras já diagnosticadas. Ali, grande parte dos pacientes não exercem mais atividades de vida diária (AVD) ou não se comunicam verbalmente.

Neste longo caminho até a conclusão do curso, foi possível vivenciar a perda da saúde e a finitude de perto podendo assim, já lá no início e até agora, ver que o real trabalho do profissional de enfermagem não é somente saber da técnica com perfeição. Para promoção do verdadeiro cuidado, temos que estar ali de verdade, com devoção e com compreensão, para quando a hora de alguém chegar, não dizer nunca “não há nada que eu possa fazer”. Se não tiver nada a dizer, que pelo menos eu possa segurar a sua mão, dando proteção e conforto, para uma morte digna e solidária.

4 FILOSOFIA PALIATIVA

De acordo com Pessini e Bertachini (2004), a filosofia dos CP procura atender a pessoa na fase final da vida, na sua globalidade de ser. Este cuidado promove o bem estar global e a dignidade do doente crônico e terminal e sua possibilidade de não ser

expropriado do momento final de sua vida, mas de viver a própria morte. Entre outras necessidades que se tornam evidentes nesse contexto destacam-se: o respeito pela autonomia da pessoa, que não significa abandoná-la a sua própria sorte no individualismo; saber a verdade sobre sua condição de saúde e ser partícipe no processo de tomada decisão, ajudando-a a elaborar sua própria verdade; ter sua dor cuidada e não tratada como mero objeto de cuidados, cuja vida pode ser abreviada ou prolongada segundo as conveniências da família, da equipe médica e ou hospital.

A filosofia dos CP prega a prática da Ortotanásia, ou seja, morrer com dignidade e em paz, sem abreviação da vida ou prolongamento artificial dela.

5 CONCEITOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

De acordo com Fradique (2010), a Organização Mundial de Saúde (OMS), define CP como:

uma abordagem que visa melhorar qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença que ameaça a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, primeiro por meio de identificação e avaliação precoce e tratamento dos problemas não físicos como a dor, mas também psicossociais e espirituais.

No entanto, emergiram algumas definições de CP, atualmente disponíveis, que se apoiam na definição da OMS apresentada em 2002: proporcionam alívio da dor e outros sintomas; assumem a vida e encaram a morte como um processo natural; não pretendem acelerar e nem prolongar o curso natural da vida; integram os aspectos psicológicos e espirituais dos cuidados aos doentes; oferecem um sistema de suporte para a família lidar com o trajeto da doença e o seu próprio processo de luto; utilizam uma abordagem de trabalho em equipe para darem resposta às necessidades dos doentes e suas famílias incluindo o apoio no luto, se necessário; melhorar a qualidade de vida, podendo influenciar positivamente o curso da doença; pode e deve ser aplicado precocemente no curso da doença em conjunto com outras terapias que pretendem prolongar a vida, tais como quimioterapia, radioterapia, e inclui a investigação necessária para melhorar compreender e controlar complicações clínicas. (FRADIQUE, 2010)

As definições dadas a CP promovem o cuidado com qualidade, não em quantidade, se não for possível ter o controle de sintomas e problemas como náuseas, diarreia,

dificuldades em respirar, desconfortos emocionais e psicossociais, entre outros, mas sempre será possível estarmos presente como pessoa.

5.1 POR QUE NECESSITAMOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Com o aparecimento e crescimento de determinadas doenças como AIDS, câncer e doenças neuronais cognitivas, cada vez mais será exigida atenção da pessoa humana sobrepondo à técnica.

Muitas doenças, tais como câncer, HIV/AIDS, doenças cardíacas ou renais, doença de Alzheimer e doenças neuronais, em estágio final, podem causar dor tão intensa, além de sintomas físicos e sofrimento emocional e espiritual tão profundos, que tornam a vida insuportável. Sabe-se também que existe em todo o mundo tratamentos e abordagens para cuidar e apoiar que podem, significativamente, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, com a utilização de técnicas nem sempre sofisticadas e onerosas. Contudo, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento vivem e morrem com sofrimento desnecessário e não cuidados (FERNANDES; MENEGUIN; PIMENTA, 2006, p. 172).

Com estas afirmações pode-se dizer que há a necessidade da inclusão de um paciente em PCP quando: for portador de enfermidade avançada e progressiva; não haver possibilidades de resposta à terapêutica curativa; estiver em evolução clínica oscilante, caracterizada pelo surgimento de várias crises de necessidade; oferecer grande impacto emocional e social para o doente e sua família; o prognóstico de vida limitado; houver necessidade de adequação terapêutica.

Nesse perfil incluem-se os doentes em fase avançada de doenças como, em adultos: câncer; portadores do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS); síndrome demênciais; doenças neurológicas progressivas; Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC); Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC); Insuficiência Renal; sequelas neurológicas. Em crianças: má formação congênita severa; fibrose cística; paralisia cerebral; distrofias musculares; câncer; portadores do Vírus da Imunodeficiência Adquirida(AIDS/HIV); e outras situações incuráveis e em progressão.

Uma das principais razões de necessidades de CP é ter como prioridade o valor de dignidade da pessoa. Isto implica considerar a pessoa integralmente, não

somente do ponto de vista do diagnóstico, mas também sob tratamento da doença. Significa que nos cuidadores, reconhecemos que esta pessoa é única para si mesma, seus familiares e Deus (...)(PESSINI; BERTACHIN, 2004 p. 174-175).

5.2 PROGRAMAS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Conforme Pessini e Bertachini (2004), atualmente no Brasil, segundo levantamento realizado pela Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), existem trinta serviços no país, com características próprias e peculiares e que nasceram em sua maioria de serviços da dor dentro dos hospitais. O objetivo principal desta iniciativa é criar diretrizes nessa área e modelos que sejam adequados à realidade do nosso país. O Brasil é um país imenso, com peculiaridades socioculturais e econômicas que devem ser respeitadas para que esses serviços, localizados nos diversos estados, possam ser efetivos em sua abordagem e contribuir para uma melhoria no atendimento.

Os PCP, são prestados por equipes multiprofissionais, devem ser compostos por: médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, voluntários para suporte espiritual (sacerdotes, padres, pastores) e colaboradores para atividades humanizadas para descontração, quando possível, para suavizar estes ambientes hospitalares e contribuir para o bem estar de todos, criando um ambiente positivo para o desenvolvimento das atividades com qualidade aqueles que receberão essa assistência, os pacientes e familiares. O “Musivida”, é um exemplo, projeto desenvolvido dentro do Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO), do Instituto Nacional do Câncer (INCA), que leva a pacientes, cuidadores e profissionais, em todas as dependências do hospital, enfermarias, ambulatórios, áreas administrativas, a música como forma de humanizar e suavizar o ambiente de assistência. Em dois períodos da semana, músicos contratados pelo projeto ou voluntários da escola de música, percorrem os ambientes oferecendo emoção e diminuição do estresse, trazendo valor a vida, como a música e capaz

de fazer (TEIXEIRA; LAVOR, 2006).

Cuidados Paliativos podem ser realizados em ambiente hospitalar, em unidades específicas de internação em PCP, também na clínica-dia/ ambulatório e em Programa de Assistência Domiciliar (PAD), todos estes serviços são direcionados para dar suporte no enfrentamento da doença oferecendo consultorias e suporte ao paciente e aos familiares.

Como disse Cicely Saunders “a forma de morrer de uma pessoa, fica gravada em todos quantos a presenciaram” (BARBOSA, 2006 apud SANTOS, 2008). Assim a equipe terapêutica desempenha um papel preponderante no sentido de assegurar que tudo ocorra de forma mais natural possível, preparando a família para este momento. É na equipe que a família procura orientação sobre o que está para acontecer, sobre o que deve esperar e sobre tudo como deve proceder durante cada fase da evolução da doença, fases de depressão, agonia, fadiga e outras e após a morte, no que diz respeito as questões que se prendem com autópsia, funeral e apoio ao luto (SANTOS, 2008).

O processo de luto é um exemplo de morte em vida que se caracteriza por um conjunto de reações diante da perda. Falar de perda é falar de vínculo que se rompe, ou seja, uma parte de si perdida; por isso, fala-se da morte em vida (PORTO; LUSTOSA, 2010).

“Uma vez que em Cuidados Paliativos o maior objetivo, na medida do possível, e a manutenção do paciente em seu domicílio, pela vontade dos pacientes, de serem assistidos em casa, expressa por eles e seus familiares” (TEIXEIRA; LAVOR, 2006, p. 374).

Não se deve restringir a aplicação de CP a um local fisicamente restrito ou a prática de um grupo limitado de “especialistas em CP”, como também não se deve restringir o tratamento da dor a “algologistas” (especialista da dor). Da mesma forma que o aforismo hipocrático “Sedare Dolorem Opus Divinum Est”, aliviar o sofrimento humano mais do que a dor física, é dever de todo profissional que atua na área da saúde e no cuidar humano. (CAPONERO; VIEIRA, 2006)

Minhas experiências em CP, de fato não foram vividas, em setor específico, mas nos estágios na emergência do HNSC, nas salas vermelha e laranja, com as professoras Graziela e Maristela. Ali não era o setor para assistência em CP, mas pude ter noção muito próxima do que é e como funciona. Isso foi possível pela maneira como a situação foi conduzida, provando que profissional capacitado, precisa ter uma visão ampla para cada

situação.

Na sala vermelha, sala de risco máximo, todos os pacientes se encontram em situações desesperadoras para os familiares. Nós da equipe, vemos e prestamos cuidados aos pacientes quase todos entubados, totalmente monitorizados, todos muito medicados.

Numa manhã de quinta-feira pude presenciar de fato todo o desfecho de um atendimento humanizado de qualidade. Um senhor, com câncer de próstata e com várias metástases, estava indo a óbito. O médico chamou a equipe da sala e fez a comunicação, prescreveu e pediu cuidados e providências a serem tomadas, entre elas pediu que a partir daquele momento, se fosse de vontade da família, poderiam se revezar e ficar com ele o tempo todo. O médico chamou a família calmamente para dentro da sala vermelha, e em um canto da sala fez a comunicação. Aos poucos a família se aproximou da cama, um rapaz, provavelmente filho, a esposa e uma moça de mais ou menos treze anos, choravam incessantes, a moça dizia ao pai o quanto ele era especial e o quanto o amava, de como ele havia sido um bom pai para eles. O paciente já quase não falava, estava extubado, lágrimas saíam de seus olhos e ele balbuciava algumas palavras, as quais não me atreveria jamais em querer ouvir, pois era um momento deles.

Nesta sala, como os pacientes poucas vezes estão acordados, e não interagem verbalmente, os profissionais que ali trabalham conversam muito, por vezes alto, é uma sala agitada onde o pessoal do raio-X entra toda hora, se faz gasometria muitas vezes, os monitores apitam muito, entre outras coisas. Mas nos dias em que ali passei, não havia presenciado nada igual até o momento. A equipe parecia que era outra, mexiam nos monitores com calma, desmancharam o grupo que geralmente ficava sentado num canto da sala, eles respeitaram muito este momento.

Até aquele momento de estágio não havia presenciado nada tão especial quanto o que vi neste dia, um médico que soube valorizar a dor do outro e conduziu toda a situação de uma forma humanizada.

De acordo com Caponero e Vieira (2006), dessa forma, não há um lugar específico ou um especialista determinado para que exerçam CP, devendo esses recursos terapêuticos serem de domínio irrestrito e de disponibilidade universal.

6 ENFERMAGEM E CUIDADOS PALIATIVOS

Conforme Silva e Gonçalves (2006), a existência de um serviço ambulatorial de consulta e atendimento de enfermagem é imprescindível para a atenção adequada aos doentes que estão recebendo CP. Atender pessoas nesta fase não é tarefa fácil. Os problemas são numerosos e de natureza diversas, dor, depressão, fadiga, angústia, feridas, carência financeira, entre outros, acometem o doente e sua família e querem do profissional que os cuida, competências técnicas para o uso de conceito e intervenções de cunho da fisiopatologia, da farmacologia, das teorias psicológicas e daquelas relacionadas à espiritualidade. Esses problemas requerem também habilidades de observação, comunicação, planejamento e organização e, o que talvez seja o mais difícil, a competência em “Ser Humano”, sentir e demonstrar compaixão, empatia, solidariedade, acolhimento e aconchego.

Essa competência em Ser humano é algo que exige aprimoramento profissional e/ou desejo de se doar. Isso me fez lembrar uma cena muito infeliz que presenciei por parte de um futuro colega de profissão. Na sala laranja da emergência do HNSC, os pacientes chegam muito descompensados devido aos acontecimentos emergenciais ou devido agravos crônicos degenerativos e ficam todos juntos nesse ambiente de muito agito, onde os profissionais não param quase nunca, diferentes de outros setores.

Fiquei bem chocada com a atitude de uma colega, ela prestava atendimento a uma senhora muito emagrecida e de aspecto muito sofrido. Nos pés de sua cama a placa dizia CP, ela vomitava bastante, na primeira vez em que passei por onde estava acomodada, perguntei às colegas quem estava prestando os cuidados desta paciente, me direcionei a ela e perguntei, é você quem está cuidando da paciente do leito tal, ela respondeu que sim, olhou para a senhora que se esvaia em vômito e disse “já alcancei a cuba para ela” e saiu. Então cheguei do lado da cama e coloquei as mãos sob as dela como se estivesse servindo de apoio para segurar a cuba, suas mãos pareciam ter um peso enorme. Quando ela conseguiu se restabelecer, segurei a mão dela por um pequeno tempo e sai com aquela imagem, um olhar de gratidão gravada em minha mente.

Por isso concordo plenamente com o que diz Silva e Gonçalves (2006) que “o processo de cuidar em enfermagem é constituído de um encontro entre pessoas. Disso aprende-se a sua complexidade e a necessidade de transformações em nossa prática.

Acreditamos, atualmente, que cuidar do ser é um exercício da arte de escutar e do encontro. Nisso consiste a enfermagem enquanto profissão: lançar mão de habilidades e competências, da objetividade e também da subjetividade”.

Como diz Silva e Gonçalves (2006) não dá para dizer “espere um pouco ou já volte”, as expressões de socorro de um olhar, os lábios ressecados de sede, fome ou desejo de se comunicar, a pele superaquecida com sinais flogísticos ou enrugada por uma simples dobra de lençol, um membro edemaciado por punção deslocalizada ou posição incômoda, podem falar muito mais que qualquer palavra não dita. As equipes de enfermagem por serem os profissionais que passam a maior parte do tempo com os pacientes e seus familiares são responsáveis pela garantia de uma atenção adequada de suporte e orientação.

Conforme Calatusso et al (2006), a experiência da enfermagem brasileira em atender paciente em CP, ainda é pequena, e os moldes ideais dos PCP estão em construção.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pessoa fragilizada pela doença deixou de ser o centro das atenções, onde a instrumentalização passou a sobrepor a função para um determinado fim. Foi sendo esquecido que coisas têm preço, podem ser trocadas, alteradas, comercializadas, as pessoas têm dignidade e clamam por respeito, precisam, têm que acreditar que sua dor é valorizada com legitimidade, que o outro entende o significado da vida, e valoriza a condição em que se encontra. Além disso, é capaz de perceber e compreender que ações prestadas, atendimento humanizado, são a conduta ética de maior valor, mostrando que este momento requer acolhimento, que não agrida nem negligencie a dignidade humana em sua finitude.

Foi possível em meus estudos, pesquisas, aulas teóricas e estágios de práticas (HNSC), fazer associações, comparações, em como proceder na prestação do verdadeiro cuidado a pacientes muito debilitados, em medidas de conforto, com doenças sem possibilidade de cura, como neoplasias em estágio avançado, terminal, Doenças Crônicas Degenerativas, como Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, entre outras. Tendo a visão de

uma futura profissional de Assistência em Saúde, conclui que somos designados a ampliar a visão de nossos conhecimentos técnicos, prevalecendo de fato “Ações e Atitudes”, sobrepondo, por muitas vezes, o conhecimento técnico especializado.

Espero poder contribuir e auxiliar na formação, e com os profissionais de saúde, na importância do cuidado da pessoa e não da doença, dando assistência de forma digna a doentes que não apresentam possibilidade de cura, tornando a dor e o sofrimento, se não controlável, ao menos suportável. Tive como objetivo mostrar que cuidados paliativos podem ser prestados em vários locais, desde que os profissionais de saúde tenham a noção da importância destes às pessoas que deles necessitam.

REFERÊNCIAS

CAPONERO, Ricardo. A evolução do movimento hospice. In: MOTA, Dálete Delalibera Corrêa de Faria (Org). **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. São Paulo: Manole, 2006. p 1-15.

CAPONERO, Ricardo; VIEIRA, Daniele Evaristo. Urgências em cuidados paliativos. In: MOTA, Dálete Delalibera Corrêa de Faria (Org). **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. São Paulo: Manole, 2006. p. 301-316.

COLATUSO, Elisabeth do Carmo Fedalto et al. Enfermeiras em um ambulatório de dor e cuidados paliativos: retrospectiva histórica, ações e questões atuais. In: MOTA, Dálete Delalibera Corrêa de Faria (Org). **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. São Paulo: Manole, 2006. p. 450-471.

FERNANDES, Silvana Gomes; MENECHIN, Pado; PIMENTA, Cibele Andruccioli de Mattos. Dor no doente com AIDS: prevalência, características e impacto na qualidade de vida em estudo brasileiro. In: MOTA, Dálete Delalibera Corrêa de Faria (Org). **Dor e**

cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole, 2006. p. 167-192.

FRADIQUE, Emília da Silva. **Efectividade da intervenção multidisciplinar em cuidados paliativos.** 2010.100f. Dissertação [Mestrado em cuidados paliativos]-Universidade de Lisboa, Portugal, 2010. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2692/1/603291_Tese.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2013.

MOTA, Alexei Ribeiro; MOTA, Dálete Delalibera Corrêa de Faria. Alterações cognitivas em cuidados paliativos. In: MOTA, Dálete Delalibera Corrêa de Faria (Org.). **Dor e cuidados paliativos:** Enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole, 2006. p. 279-300.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. **Humanização e cuidados paliativos.** 2 ed. São Paulo: Loyola, 2004.

PORTO, Gláucia; LUSTOSA, Maria Alice. Psicologia hospitalar e cuidados paliativos. **Revista da SBPH,** Rio de Janeiro, v.13, n.1, jun 2010.

SANTOS, Maria da Conceição Jasmins Pereira Lopes dos. **Dor no doente em fase terminal:** análise de uma experiência em cuidar. 2008. 167 f. Dissertação [Mestrado em Oncologia]-Universidade do Porto, Porto, 2008. Disponível em: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19348/2/Maria%20ConceioMestrado.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2013.

SILVA, Ana Regina Borges; GONÇALVES, Simone Pollini. Cuidando de mulheres com câncer ginecológico e mamário: a vivência de enfermeiros em cuidados paliativos. In: MOTA, Dálete Delalibera Corrêa Faria. (Org). **Dor e cuidados paliativos:** enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole, 2006. p.86-102.

TEIXEIRA, Mirian; LAVOR, Mariângela. Assistência no modelo hospice: a experiência do INCA. In: MOTA, Dálete Delalibera Corrêa Faria. (Org). **Dor e cuidados paliativos:** enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole, 2006. p. 360-383.