

revista **Cuidado** *Paliativo*



**CAPA**

A delicada relação entre dor total e cuidados paliativos precoces

**COM A PALAVRA**

Uma conversa sobre o moderno movimento hospice e a boa morte com o geriatra **Ciro Augusto Floriani**

**EM FOCO**

Ensino de cuidados paliativos na graduação – objetivos, situação atual e desafios

O QUANTO É IMPORTANTE PARA O  
SEU PACIENTE VIVER SEM DOR?



Apoio e informação são essenciais para o tratamento da dor. Em breve, mais informações sobre o Programa Viver Sem Dor.

  
**VIVER  
SEM  
DOR**





A revista da ANCP é uma publicação da Dinamo Editora para a Academia Nacional de Cuidados Paliativos

#### DIRETORIA NACIONAL (2014-2015) E CONSELHO EDITORIAL

Presidente

**Maria Goretti Sales Maciel (SP)**

Vice-Presidente

**Julieta Carriconde Fripp (RS)**

Diretor Científico

**Ricardo Tavares de Carvalho (SP)**

Secretária-Geral

**Dalva Yukie Matsumoto (SP)**

Tesoureiro

**Henrique A. Parsons (SP)**

Diretora Administrativa

**Jurema Telles de Oliveira Lima (PE)**

Conselho Consultivo

**Cláudia Burlá (RJ)**

**Roberto Bettega (PR)**

**Sandra Serrano (SP)**

**Sílvia Maria de Macedo Barbosa (SP)**

#### REGIONAL NORTE-NORDESTE

Presidente

**Danielle Soler (CE)**

Vice-Presidente

**Mirella Rebêlo (PE)**

Diretora Científica

**Jurema Telles de Oliveira Lima (PE)**

Secretária-Geral

**Mirlane Guimarães de Melo Cardoso (AM)**

Tesoureira

**Rita de Cássia Deway Guimarães (BA)**

#### REGIONAL SUDESTE

Presidente

**Filipe Gusman (RJ)**

Vice-Presidente

**Daniel Azevedo (RJ)**

Coordenador Científico

**Henrique Gandara Canosa (SP)**

Secretária-Geral

**Flávia Navi (RJ)**

Tesoureira

**Ana Paula Abranches (MG)**

#### REGIONAL SUL

Presidente

**Julieta Carriconde Fripp (RS)**

#### EXPEDIENTE

Jornalista responsável

**Lilian Liang (MTb 26.817)**

Editor clínico

**Ricardo Tavares de Carvalho**

Projeto gráfico e direção de arte

**Luciana Cury**

Revisão

**Patrícia Villas Bôas Cueva**

Colaboradores

**Fernanda Figueiredo  
e Luciana Rodriguez**

Pré-impressão e impressão  
**Leograf Gráfica e Editora Ltda**

Tiragem  
**3 mil exemplares**

ISSN 2359-1463

Contatos ANCP  
(11) 9-4454-0323  
contato@paliativo.org.br



(11) 2337-8763  
contato@dinamoeditora.com.br  
www.dinamoeditora.com.br

## Sumário

### 4 EDITORIAL

#### CAPA

A aplicação do conceito de dor total e dos cuidados paliativos precoces tem feito grande diferença na vida de pacientes. Saiba mais sobre essa relação

### 5

#### COM A PALAVRA

10 A boa morte e o moderno movimento hospice: uma conversa com o especialista **Ciro Augusto Floriani**

### 14

#### PONTO DE VISTA

Estudos selecionados a dedo e comentados por especialistas

### 18

#### EM FOCO

Artigo: Ensino de cuidados paliativos na graduação – objetivos, situação atual e desafios

### 22

#### ANCP EM PAUTA

Confira as novidades da ANCP

### 26

#### ESPAÇO DAS LIGAS

Conheça as ligas acadêmicas que vêm fazendo diferença pelo Brasil



Queremos ouvi-lo!

Envie sugestões, críticas e opiniões para [contato@paliativo.org.br](mailto:contato@paliativo.org.br)

É proibida a reprodução total ou parcial do conteúdo desta revista, por quaisquer meios, sem autorização prévia, por escrito, da Dinamo Editora.

## Por que ser um associado ANCP?



**E**stamos no terceiro número da revista *Cuidado Paliativo* e temos recebido muitos elogios.

Já comemoramos os dez anos da ANCP, e o fato de contarmos com cerca de 2,3 mil associados de diferentes profissões no Brasil inteiro nos orgulha.

Ser um associado da ANCP significa encontrar pessoas que, como você, se interessam pelos cuidados paliativos e estão empenhadas em fazer esse conhecimento crescer. É ser parte de uma comunidade que deseja contribuir ativamente para a construção de uma assistência integral para todos, em qualquer faixa de idade, que inclua os cuidados paliativos de forma natural e universal.

A ANCP tem na contribuição do associado sua principal fonte de renda. Com essa arrecadação, podemos viabilizar todos os projetos necessários aos seus objetivos: organizar simpósios, congressos e pequenos cursos/oficinas; realizar publicações de forma independente; disponibilizar programas de educação continuada atualizados; levar profissionais para troca de ideias em diferentes estados; organizar comissões de trabalho; criar um website mais dinâmico e funcional; e nos manter como fonte de referência. Por isso, não deixe de colaborar com o seu pagamento anual. Ele é muito importante para todos nós.

O associado tem descontos especiais em todas as atividades da ANCP e, devido a uma parceria com a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), os benefícios são estendidos a todas as atividades da Associação daquele país. Os portugueses associados à APCP gozam das vantagens da ANCP.

Os descontos em congressos e jornadas têm sido bastante vantajosos, especialmente num ano com tantos eventos programados pelo país. Neste mês, a revista comemora e saúda os participantes do II Simpósio Norte-Nordeste de Cuidados Paliativos da ANCP, em Fortaleza, de 25 a 27 de junho. Em setembro, nosso encontro está marcado em Pelotas (RS), no II Congresso Mercosul de Cuidados Paliativos, organizado pela regional Sul da ANCP. Em

novembro... aguardem. Recife será o palco de mais um encontro. Todos para aquecer as turbinas e preparar a discussão para o grande congresso de Bento Gonçalves.

Sim, Bento Gonçalves foi a cidade escolhida para acolher o VI Congresso Internacional de Cuidados Paliativos e o III Congresso Lusófono de Cuidados Paliativos, de 21 a 24 de setembro de 2016. Embora pareça uma data ainda distante, já estamos trabalhando fortemente na organização. Em 1º de agosto daremos início às inscrições, que poderão ser feitas online. Os descontos para inscrição precoce de associados adimplentes serão excepcionais. Aproveitem para quitar suas anuidades antes dessa data.

A partir de setembro daremos início às inscrições de trabalhos científicos, nas categorias de apresentação oral e pôsteres – assim, encorajo os interessados a preparar o seu. A programação promete muito, com convidados de excelente nível científico, o que já é uma tradição nos congressos organizados pela ANCP. A organização dos temas terá como pano de fundo a construção de uma política nacional de cuidados paliativos. O mote do congresso... bem, ainda não posso revelar, mas garanto que será uma bela surpresa.

Além de todos esses eventos, gostaria de dividir uma recente conquista da ANCP: celebramos em meados de junho uma parceria com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, que se efetiva na criação da Comissão Permanente de Cuidados Paliativos na Atenção Primária, uma bandeira comum às duas entidades e que pretendemos defender fortemente.

Como sempre, a ANCP está cheia de vida e com muita energia para realizar e fazer acontecer. Junte-se a nós. Seja um associado presente, participante e com a consciência de que, mais do que benefícios pessoais, a grande vantagem de ser da ANCP é poder contribuir para um movimento que vem computando vitórias importantes.

Vida longa ao Movimento Paliativista do Brasil.

**Maria Goretti Maciel**  
Presidente da ANCP

# Dor total e cuidado paliativo precoce: qual o real impacto para o paciente?

A aplicação do conceito de dor total e dos cuidados paliativos precoces tem feito grande diferença na vida de pacientes. Saiba mais sobre essa relação

Por Luciana Rodriguez

O conceito de dor total e dos cuidados paliativos envolve muitos aspectos comuns e tem impactado significativamente a vida de muitos pacientes. Cicely Saunders, fundadora do St. Christopher's Hospice, na Inglaterra, descreveu a dor total de maneira tão precisa que a definição é repetida em inúmeros trabalhos sobre o assunto até hoje. No capítulo que preparou para o livro *Oxford Textbook of Palliative Care*, Saunders descreve: "A dor total é uma combinação de elementos físicos, psicológicos, sociais e espirituais que atuam sobre a pessoa na sua totalidade. Na dor total há o estímulo das vias sensitivas, há a tempestade emocional e a leitura afetiva desta tempestade, que traduz, para o seu autoconsciente, o estímulo neuronal como sofrimento, há a perturbação social do corte com as ligações familiares, profissionais, lúdicas, amorosas e outras e há, finalmente, uma necessidade espiritual de segurança, de sentido, de autoconfiança".

Saunders iniciou sua carreira como enfermeira e assistente social. Anos mais tarde estudou medicina, com o objetivo de cuidar bem dos pacientes terminais, esquecidos pelos médicos tradicionais. É reconhecida como fundadora do movimento moderno de hospice. O objetivo da médica era cuidar dos pacientes terminais de hospices com uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, religiosos, voluntários e outros profissionais, quando necessário. O St. Christopher's Hospice, criado em 1967, foi o primeiro hospice que, com

uma visão holística da pessoa humana e com cuidados integrados, conseguiu promover o alívio da dor e o controle de sintomas com cuidado humanizado, ensino e pesquisa clínica. Essa nova postura diante do paciente fora de possibilidades terapêuticas mudou a maneira de pensar em diversos lugares do mundo, gerando novas atitudes em relação à morte.

As mudanças decorrentes da aplicação do conceito de dor total não foram as únicas a impactar a vida desses pacientes e de seus familiares. Um estudo publicado em maio passado no *Recenti Progressi in Medicina*, de Peruselli C., mostrou importantes resultados com a inserção precoce dos cuidados paliativos. De acordo com o trabalho, esse novo modelo de intervenção mais precoce tem sido eficaz na melhora da qualidade de vida e da consciência da doença por parte dos pacientes. Os dados revelam que, dessa forma, é possível fornecer orientação e apoio na decisão sobre as opções de tratamento, o que leva também a uma significativa redução de custos para o sistema de saúde, devido à melhora na adequação do atendimento. Vários estudos randomizados controlados têm demonstrado a eficácia dessa intervenção precoce, em particular em doentes com câncer e, mais recentemente, em pacientes com outras doenças avançadas sem possibilidade de cura. Os resultados têm sido consistentes em demonstrar que o cuidado paliativo precoce melhora a qualidade de vida sem afetar negativamente a sobrevida, em comparação com opções de tratamento mais agressivos.



## Dor total e a realidade brasileira

No contexto brasileiro ainda há muito a fazer. Segundo a especialista em cuidados paliativos Julieta Carriconde Fripp, vice-presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), o conceito de dor total é bastante incipiente no Brasil e é reconhecido e implementado somente em locais onde existem serviços pontuais de cuidados paliativos implantados. "Ainda não existe política pública sistêmica e normatizada em nosso país. A falta de recursos para esse fim dificulta a cobrança para que estados e municípios insiram os cuidados paliativos em cenários assistenciais como atenção básica, hospitais, atenção domiciliar, ambulatórios, etc. No quesito educação, o Brasil também deixa a desejar: das cerca de 180 escolas de medicina, somente 1% delas possui a disciplina curricular de cuidados paliativos. Sem formação sobre o tema, os futuros médicos apresentam muitas dificuldades em reconhecer a necessidade de cuidar com alívio do sofrimento, minimizando medidas fúteis e garantindo maior qualidade de vida dos indivíduos e suas famílias", expõe.

O atual presidente da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED) e professor associado do Departamento de Anestesiologia e Cirurgia da Universidade Federal da Bahia, Durval Kraychete, destaca que a dor é um fenômeno caracterizado como uma síndrome, ou seja "a soma de sinais de qualquer estado mórbido".

"Apesar de a dor ter origem em causas orgânicas de diferentes graus de complexidade, o registro de todas as informações obtidas a partir da transmissão neural implica em representação mental. Assim, não há dor sem a participação dos fenômenos psicológicos. Também o comportamento, o sofrimento e os estados de dor estão relacionados às experiências que o indivíduo vivenciou ao longo do tempo. Dessa forma, essa ideia enfatiza, essencialmente, que o psíquico é também orgânico, validando a hipótese de que a abordagem da dor deve ir além da doença, focando no paciente e no que ele demanda. O sentido subjetivo constrói-se diante da perda da integridade psíquica decorrente do trauma doloroso, interferindo nos aspectos físico, psíquico,



espiritual, social, conjugal, vocacional e sexual do paciente. Dessa forma, a dor total implica a presença significativa do paciente e de sua história de vida no quadro atual de doença. Torna-se inútil a tentativa de melhorar a condição de saúde apenas com tratamento farmacológico, condenando o indivíduo a refugiar-se melancolicamente na incapacitação funcional", relata.

Jurema Telles de Oliveira Lima, coordenadora do serviço de oncologia de adultos do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), em Recife (PE), lembra a importância de ampliar o olhar e a prática de saúde para além da dimensão física num contexto de dor total. "É preciso resgatar a integridade e a singularidade da pessoa que sofre e de seus entes queridos para outras dimensões e necessidades – sociais, emocionais e espirituais. No Brasil, país tão diverso e cheio de contrastes, ainda temos muitos desafios para que esse conceito se torne prática diária. Vivemos momentos de fragmentação do cuidado, e presenciamos ainda um cuidado planejado e executado de forma não centralizada nas necessidades do paciente. Há ainda um paradigma a ser vencido: o paradoxo arrogância-ignorância. Não enxergamos aquilo que não sabemos e com isso não mudamos nossa prática. É preciso reconhecer o conceito da dor total. É um convite mais que necessário de mudança de prática", frisa a médica.

## Cuidado paliativo precoce

Quanto à intervenção precoce dos cuidados paliativos nos pacientes, Julieta, que também é coordenadora do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar para Pacientes Oncológicos da Universidade Federal de Pelotas (PIDI/UFPel), lembra que as equipes de saúde precisam estar atentas para atuar o mais cedo possível, a fim de minimizar e prevenir desconfortos inerentes à evolução da doença. "Estudos recentes indicam que a oferta de cuidados paliativos precoce está relacionada a maior sobrevivência, melhor qualidade de vida, menos ansiedade e depressão e também menor sobrecarga de cuidador", ressalta. A médica alerta ainda que o profissional paliativista deve estar inserido em todos os cenários assistenciais onde se encontram pacientes com doenças graves crônicas e sem possibilidade de cura, atuando como responsáveis por boas práticas de cuidado integral e humanizado. "Nos locais onde atuam as equipes de cuidados paliativos e onde se faz uma boa comunicação, observa-se maior satisfação dos usuários", diz.

A importância da inserção precoce do cuidado paliativo também foi ressaltada por Jurema. "O cuidado paliativo precoce é fundamental para o alívio e a prevenção do sofrimento humano envolvido no enfrentamento de condições crônico-degenerativas avançadas pelos pacientes e seus familiares. Ampliar o olhar para as necessidades integrais dos pacientes e familiares envolve re-

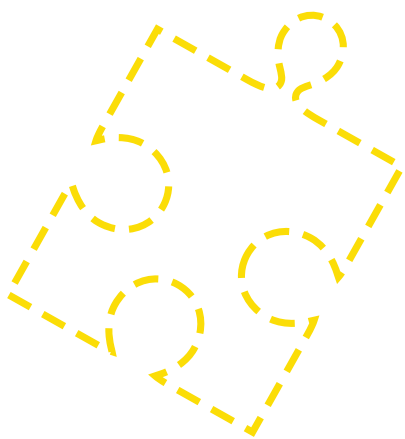
**"O mais importante é que o projeto terapêutico de cada indivíduo seja construído de forma interdisciplinar, inclusive com a participação do próprio paciente na tomada de decisões."**

conhecer o conceito de dor total e planejar e/ou executar o cuidado de acordo com essas necessidades. O momento do diagnóstico dessas condições envolve frequentemente essas dimensões relacionadas ao conceito da dor total", comenta.

## Trabalho integrado

Os benefícios da introdução precoce dos cuidados paliativos na abordagem da dor total do paciente estão diretamente relacionados ao trabalho integrado da equipe envolvida. De acordo com Julieta, um dos princípios fundamentais dos cuidados paliativos consiste na abordagem de pacientes e familiares por uma equipe multidisciplinar que atua com estratégias interdisciplinares. "Médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos, odontólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, capelães e profissionais de outras áreas podem contribuir para minimizar o sofrimento das pessoas que apresentam agravos à saúde fora de possibilidade de cura. O mais importante é que o projeto terapêutico de cada indivíduo seja construído de forma interdisciplinar, inclusive com a participação do próprio paciente na tomada de decisões inerentes ao contexto vivido e na definição de como será o momento de sua morte", explica.

O presidente da SBED destaca que, devido à complexidade do fenômeno doloroso, a abordagem multiprofissional é imprescindível. "Os diferentes profissionais devem estudar o sintoma do paciente, conhecer o processo de doença de maneira a passar pela barreira do paradigma médico e o que impõe a área do saber para desenvolver a inter e a transdisciplinaridade. Tudo isso para que se possa aplicar o conhecimento e as habilidades específicas contemplando as necessidades do doente e da doença. Cada



profissional deve ter sua função bem estabelecida, complementando o necessário para devolver o bem-estar e a saúde ao paciente. Desse modo, cada vez mais no Brasil são estruturadas especializações multiprofissionais para que o conhecimento das síndromes dolorosas possibilite uma melhor atuação do profissional que se propõe a trabalhar em equipe."

Kraychete comenta ainda que os pacientes que recebem um tratamento que contempla suas necessidades, que são adequadamente ouvidos e assistidos sem o olhar severo do outro, apresentam melhores resultados. "Esses pacientes terão uma melhor aderência ao tratamento e compreenderão a necessidade de estabelecer alcances e limites no processo da doença. A dor crônica exige tratamentos longos e é comum o abandono da terapia por conta de efeitos adversos ou falta suposta de resultado. A abordagem correta do sintoma por um time multiprofissional facilita a educação do paciente para que ele persista na luta contra a dor", esclarece.

Para Jurema, o efetivo controle da dor é um imperativo ético de todo profissional de saúde. "O olhar sobre a dor total envolve quase todas as especialidades médicas e todos os profissionais de saúde e, indo além, envolve reconhecer não somente a dimensão física da dor, mas também as dimensões emocionais, sociais e espirituais. É preciso uma equipe interdisciplinar capacitada inclusive para proporcionar e permitir a inclusão da espiritualidade nesse cuidado", ressalta.

## Aspectos psicológicos

A psicóloga e presidente da Casa do Cuidar, Cristiane Ferraz Prade, salienta que Cicely Saunders nos fez compreender que a dor que o paciente refere está dentro de sua vivência de sofrimento

**"A abordagem correta do sintoma por um time multiprofissional facilita a educação do paciente para que ele persista na luta contra a dor."**

e inclui todas as dimensões: física, psíquica, familiar, social e espiritual. "A vivência da dor física está preenchida com interpretações, pensamentos, sentimentos, limitações no âmbito social e dinâmicas familiares, além da busca pelo sentido daquela experiência de sofrimento", explica.

"Costumo dizer que aquela frase 'a dor do paciente é psicológica' é inaceitável. Se estamos cuidando de pacientes com doenças gravíssimas, temos que olhar para eles em toda a sua inteireza e ouvir sobre sua dor e seu sofrimento. Quando atendo um paciente que logo no início da sessão refere estar com dor, minha primeira intervenção é investigar sobre isso e saber se ele já foi medicado. Todo e qualquer sintoma de desconforto do paciente deve ser entendido como uma prioridade, mesmo para o psicólogo. Uma vez que o paciente esteja medicado, a psicologia pode oferecer uma série de recursos para favorecer o enfrentamento da vivência da dor, desde o uso de visualização e respiração para facilitar relaxamento e alívio de estresse até estimular a expressão do sofrimento verbal ou criativamente. Outro papel importante do psicólogo é esclarecer sobre possíveis fantasias e medos que possam ampliar a vivência de dor. Entender de que forma a dor física dificulta a relação com amigos e familiares, como e quando ela se manifesta, identificar recursos e estratégias que o paciente possa utilizar a seu favor, compreender de que forma o paciente constrói significados são formas de auxiliar na assistência do paciente dentro do conceito de dor total", explica Cristiane.

Outro importante aspecto considerado pela psicóloga foi o modelo transdisciplinar de atuação. "A transdisciplinaridade, formato mais adequado aos cuidados paliativos, ainda é uma maneira nova de interação entre diferentes profissionais. Nesse modelo, os membros da equipe compartilham saberes, o que faz com que o paciente possa ser atendido mais prontamente. Quando os membros da equipe se limitam ao seu olhar somente, dentro de um modelo multidisciplinar, paciente e família perdem em qualidade de assistência, e profissionais ficam mais expostos ao risco de fadiga de compaixão e síndrome de *burnout*", relata.



## A dor total e a espiritualidade

"Cicely Saunders, aliando a sensibilidade pessoal ao seu olhar clínico, emocional, social e espiritual do ser humano, nos ensina a observar com cuidado cada paciente, vendo-o como agente de sua história pessoal de vida e as repercussões em seu ser, causadas pelo seu adoecer. A pessoa não é vista simplesmente como um corpo que sofre dores e precisa ser medicado, mas alguém que precisa ter as dores da alma consideradas e cuidadas, pois estas interferem nas dores físicas", comenta a capelã hospitalar do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual e do Hospital Cruz Azul, Eleny Vassão de Paula Aitken.

Eleny exemplifica com o caso de um paciente com câncer metastático, com doença em fase terminal. "Ele, muito sensível e preocupado em agradar a todos, não coloca limites em seus cuidadores, que, querendo ajudá-lo de alguma forma, muitas vezes invadem seu espaço, fazendo-o ficar como mediador de conflitos familiares. Nesses momentos, é nítido o aumento de sua dor física, apesar das altas doses de morfina e outros medicamentos analgésicos. Somente quando construímos um vínculo de confiança podemos dar-lhe ouvidos, tendo meios para diagnosticar e cuidar de suas outras dores, aliviando sua dor total e contribuindo para sua qualidade de vida", explica.

O papel do capelão é se aproximar do enfermo e de sua família, acolhendo-os e observando suas dores, angústias, frustrações, desesperanças, culpas, medos e também suas necessidades sociais. "Aos poucos vai se construindo um vínculo de confiança, em que ele também começa a conversar sobre os projetos de vida e as providências a tomar diante de sua morte iminente, seus medos no processo de morrer e o do destino pós-morte. O capelão atua de maneira próxima ao psicólogo e ao assistente social, avançando no cuidado das dores da alma ao ministrar a esperança, o perdão e o cuidado do Deus de amor e graça. Ele apresenta ao paciente e à sua família um Deus que se importa, que se solidariza, que compreende e que tem todo o poder para agir em meio ao caos provocado pela enfermidade na vida de uma família. Ressalta o Seu poder em dar sabedoria, ca-

pacidade e orientação à equipe multidisciplinar de saúde, ajudando a construir um melhor relacionamento equipe-paciente. A confiança nesse Deus o ajuda a ter sua fé renovada, a esperança para viver com qualidade e em atividade o tempo que lhe resta, de modo a deixar um legado que permaneça e seja de grande conforto para sua família", diz Eleny.

A capelã acrescenta ainda que muitas vezes é preciso trazer recursos de comunidades religiosas e assistência domiciliar para o cuidado contínuo e integral do enfermo e sua família. "Há três anos o Hospital Municipal da Criança e do Adolescente de Guarulhos vem desenvolvendo um importante projeto nesse sentido, no qual a assistente social do hospital encaminha à capelania casos de famílias mais necessitadas, com casos mais graves, e esta utiliza uma equipe bem capacitada de uma igreja local que não só assiste a família em seu domicílio, dando-lhe cesta básica e ajuda para a compra dos medicamentos, mas também fornece oficinas de geração de renda através da confecção de artesanato. Enquanto tudo isso acontece, o aconselhamento emocional e o espiritual se desenrolam informalmente, muitas vezes também no processo de luto", conta.

Por fim, Eleny comenta que a integração entre as diferentes especialidades faz com que o paciente e seus familiares se sintam acolhidos e fortalecidos pelo cuidado integral nesse tempo tão difícil. No entanto, lembra também que não é de menor importância a integração entre os diferentes especialistas como pessoas em si que, mesmo com toda a excelência em sua técnica, são tão frágeis como aqueles de quem cuidam, e precisam ser cuidados e apoiados continuamente para que possam continuar a oferecer um serviço de qualidade, sem perder a esperança e a doçura no acolhimento àqueles que deles necessitam. ■



# Em busca de uma boa morte

Por Lilian Liang

O primeiro contato do médico Ciro Augusto Floriani com a terminalidade aconteceu ainda na época da faculdade de medicina, que cursou na Universidade Federal de Santa Catarina. Era começo da década de 1980 e ele havia acabado de perder alguém próximo. Suas reflexões e o contato com estudiosos do final de vida só fizeram aumentar seu interesse pelo tema. Começava aí uma carreira inteira dedicada às questões de terminalidade e bioética.

Floriani é hoje um dos maiores pesquisadores do tema no Brasil, tendo escrito extensamente sobre o moderno movimento hospice e a boa morte. "Em meus 30 anos atuando como médico clínico e geriatra, seja em grandes centros, seja em pequenas cidades, sempre tive um cuidado especial na assistência a pacientes com doenças avançadas", conta. "Todas essas vivências levaram-me a querer me aprofundar no estudo da morte, e escolhi fazê-lo pela ótica da bioética."

Para o médico, já foram feitos avanços significativos na área de cuidados paliativos no Brasil. Segundo ele, há uma maior visibilidade e uma expansão do ativismo do movimento hospice, especialmente considerando os últimos dez anos. "Podemos identificar várias iniciativas em diversos lugares: ora são iniciativas mais localizadas, ora são iniciativas maiores. São esforços muitas vezes desarticulados entre si, mas são substanciais ganhos", comemora.

As conquistas vêm acompanhadas de desafios igualmente importantes. Nesse aspecto, Floriani destaca que "o grande desafio do movimento hospice é mostrar sua efetividade num cenário que se identifica com intervenções continuadas". E continua: "A questão ainda em aberto é se os cuidados paliativos vão ser in-

corporados pela biomedicina, ou se vão conseguir se manter como um modelo singular, sem o reducionismo da biomedicina".

Além de uma prolífica produção científica, o médico tem dois livros publicados: *No Umbral da Morte: Antroposofia e os Cuidados no Fim da vida* (Editora Antroposófica) e *Moderno Movimento Hospice: Fundamentos, Crenças e Contradições na Busca da Boa Morte* (Editora Publit), resultado de sua tese de doutorado.

Leia a seguir a entrevista completa.

■ ■ O moderno movimento hospice "alberga duas modalidades assistenciais: cuidados paliativos, comumente organizados em hospitais gerais, quer sob a forma de interconsulta ou com unidades próprias; e cuidado hospice, oferecido em locais geograficamente distantes de hospitais, chamados hospice, organizados para acolher pacientes que estão morrendo, ambos com extensão para assistência no domicílio" (*Revista Bioética*, CFM, 2013). Como essas duas modalidades conversam entre si?

As duas modalidades assistenciais (cuidados paliativos e cuidados do tipo hospice) são, às vezes, empregadas separadamente e outras vezes como sinônimas. Podemos dizer que elas são sinônimas e não são ao mesmo tempo. Tudo dependerá de que ponto de vista está sendo utilizado o termo. Elas comungam dos mesmos fundamentos, ou seja, uma prática assistencial em que se aplicará a noção de acolhimento, de hospitalidade incondicional, presente semanticamente na origem da palavra *hospice*. Assim, ambos os termos, se não quisermos ser tão rigorosos, podem ser usados como sinônimos, ainda que, se formos mais cuidadosos conceitualmente, possam ser extraídas diferenças entre eles. A expressão cuidado paliativo surge em 1973, criada

“Há, parece-me, certa contradição, pois, ao mesmo tempo em que há um interesse sobre estas questões (*morte, modo como se morre*), na hora H deseja-se um leito de UTI.”

pelo médico canadense Baufor Mount, ao fundar uma enfermagem de cuidados a pacientes com doenças terminais dentro de um hospital, o Royal Victoria Hospital.

Ambos (cuidados paliativos e cuidado do tipo hospice) fazem parte de um movimento nascido na Inglaterra, na década de 50 do século passado, o qual construiu um projeto liderado por Cicely Saunders, a partir de uma estratégica mobilização social e de articulações com instituições privadas, com a sociedade civil e com forte participação religiosa anglicana. Esse projeto foi a construção do St. Christopher’s Hospice, que levou nove anos para ser materializado. Esse bem-sucedido movimento foi chamado de moderno movimento hospice, visto que ele articulou dois elementos novos ao campo assistencial aos que morriam nos hospices até então: o ensino sistematizado dessa prática e a pesquisa com os cuidados no fim da vida.

■ ■ O moderno movimento hospice parece ser uma meta inatingível num país em que discutir o final de vida ainda é tabu e onde os cuidados paliativos ainda engatinham. Como o senhor avalia esse movimento no contexto brasileiro?

Em minha opinião, temos tido uma maior visibilidade e uma expansão do ativismo do movimento hospice em nosso meio, especialmente quando olhamos os últimos dez anos. Podemos identificar várias iniciativas em diversos lugares: ora são iniciativas mais localizadas, ora são iniciativas maiores. São esforços muitas vezes desarticulados entre si, mas são substanciais ganhos. Tem-se escrito mais sobre cuidados paliativos, há um número crescente de dissertações e de teses, de artigos e livros sobre o tema. Apenas para exemplificar, quando olhamos para a introdução do conceito

de cuidados paliativos no último código de Ética Médica, ou quando vemos a discussão sobre as Diretivas Antecipadas, que traz com ela a opção da oferta dos cuidados paliativos – sendo esses dois pontos promovidos pela entidade de classe médica (CFM), que historicamente sempre foi pouco afeita a discutir questões sobre terminalidade –, não há aí um avanço? Outro exemplo: se você pesquisar no Google sobre oferta de cursos de especialização em cuidados paliativos/medicina paliativa, encontrará um número surpreendente. Há alguns anos isso não ocorreria.

Algumas das lacunas e desafios que vejo dizem respeito a inúmeros fatores, como ausência de professores que ensinem cuidados paliativos; ausência dos cuidados paliativos na grade curricular dos cursos de graduação da saúde; desconhecimento e ausência de profissionais qualificados para exercer os cuidados paliativos (e aqui entra, também, a qualificação da Atenção Básica); falta de uma política de saúde em cuidados paliativos, e de uma política nacional de cuidados paliativos; falta de diálogo entre os serviços de cuidados paliativos existentes no Brasil, de uma maior e melhor comunicação entre esses serviços; problemática burocracia para se prescrever opioides, entre outras questões. Apenas para exemplificar, recentemente tive acesso a um importante livro em nosso meio sobre modelos de atenção a doenças crônicas na Estratégia Saúde da Família, e nele não se descreve o modelo de cuidados do movimento hospice. Quer dizer, os cuidados paliativos não estão inseridos, não são identificados como um modelo de cuidados, não são conhecidos pelo modelo ordenador do sistema de saúde em nosso país. Muita coisa para a ANCP conquistar, não? Mas isso tudo, em minha opinião, dentro de um avanço que já ocorre.

■ ■ **O moderno movimento hospice tem como principal objetivo a boa morte (kalotanásia). Como o senhor a define?**

A boa morte do movimento hospice – há, também, a boa morte do movimento da eutanásia/suicídio assistido – significa oferecer uma assistência que organize um conjunto de características que sejam socialmente sancionadas e capazes de acolher incondicionalmente – portanto, um desafio grande – quem está morrendo e seu entorno, com a intenção de, com compaixão, suavizar o processo de morte, criando condições para ser um período de crescimento interior, se isso for possível. Foram esses os motivadores dos fundadores do movimento hospice.

■ ■ **Como atingir essa boa morte, especialmente numa época em que a morte acontece dentro de hospitais, com o paciente geralmente sozinho, e é encarada como fracasso pela equipe de saúde?**

Esta não é uma questão nossa, mas do movimento como um todo, e eu não acho que haja uma resposta fácil para ela. O grande desafio do movimento hospice é mostrar sua efetividade dentro de um cenário que se identifica com intervenções continuadas, e o que se tem percebido é que essa inter-relação tem trazido benefícios à assistência. A questão ainda em aberto é se os cuidados paliativos vão ser incorporados pela biomedicina, ou se vão conseguir se manter como um modelo singular, sem o reducionismo da biomedicina. Também teremos que verificar se o movimento hospice vai ser organizado como "receita de bolo", ou se ele vai trazer a possibilidade de dar um sentido ao processo de morrer (para quem veja um sentido nesse processo). Um sentido que deseja aproximar todos os envolvidos e que busca uma transformação interior e uma compreensão mais ampliada da vida e da morte. Há quem defenda substituir o termo cuidado paliativo por tratamento paliativo, o que, para mim, aponta para a absorção do movimento hospice pela biomedicina. Eu perguntei, recentemente, ao diretor clínico do St. Christopher's Hospice como ele via a questão da rotinização e da medicalização dos cuidados paliativos

na Inglaterra. Ele respondeu que esta é uma questão que não se impõe, dando a entender que ela não seria atual e pertinente. Eu penso justamente o contrário: quanto mais o movimento se aproxima da biomedicina, mais essa questão é significativa.

■ ■ **De que maneira engajar profissionais de saúde numa outra visão da medicina, que não busque a cura a qualquer custo mas que se preocupe com o cuidado integral do paciente?**

Bem, outra visão da medicina só com outro paradigma. Com este paradigma vigente, centrado na doença, o que se pode fazer? Na minha opinião, um trabalho continuado de educação médica e a introdução dos cuidados paliativos como disciplina obrigatória na graduação médica. São paradigmas, a meu ver, que podem ser complementares, mas novamente aqui teremos, como já abordei anteriormente, o risco da rotinização e da medicalização das práticas dos cuidados paliativos. Agora, eu penso que é um risco e que não tem muito como fugir dele, mas é necessário estar atento a ele, reconhecer seus sinais e abordá-los com coragem, impedindo que os cuidados paliativos sejam subsumidos às práticas da biomedicina, virando um conjunto de receitas de bolo, uma prática baseada unicamente "nas melhores evidências". E mais, ainda como consequência dessa medicalização, recusando-se a trazer para suas práticas modelos de cuidados complementares, mas que são marginais, por não estarem dentro do paradigma biomédico.

■ ■ **De sua experiência, o senhor percebe uma abertura maior na sociedade para falar sobre o final de vida ou ele ainda é considerado tabu?**

Em nosso meio, eu penso que há um maior interesse, sim. Uma das questões que parecem contribuir diz respeito à sobrecarga dos cuidados aos idosos que envelhecem sem qualidade de vida. Vive-se mais, mas muitas vezes a um preço difícil de suportar, com limitações físicas e com perda de autonomia. Isso é uma

“Em minha opinião, temos tido uma maior visibilidade e uma expansão do ativismo do movimento hospice em nosso meio, especialmente quando olhamos os últimos dez anos.”

coisa e muitos me dizem: “Já passei do prazo de validade”. Outra coisa é a aceitação da morte, sempre mais difícil e, no concreto, é duro. Ela depende de uma elaboração de sua própria biografia com relação à sua finitude, o que não é algo simples. Há, parece-me, certa contradição, pois, ao mesmo tempo em que há um interesse sobre essas questões (morte, modo como se morre), na hora H deseja-se um leito de UTI. Como costume dizer, quer-se morrer com a tomografia debaixo do braço. Um direito legítimo, mas muitas vezes, vendo-se o caso concreto, contraditório.

■ ■ Conte-nos um pouco sobre sua trajetória. De que maneira o senhor começou a se envolver com o tema final de vida/cuidados paliativos?

Meu primeiro contato mais reflexivo sobre terminalidade ocorreu ainda em minha época de estudante de medicina e veio por meio de uma experiência pessoal de perda próxima e pelo contato que eu tinha com uma estudiosa independente de tanatologia (*Edith Schisler*), em Florianópolis, onde me graduei. O interesse no tema levou-me a fazer uma monografia de conclusão do curso sobre os pediatras e suas relações com as crianças com doenças terminais. Alguns anos depois de formado, tive uma rica experiência em uma clínica antroposófica em São Paulo (*Clínica Tobias*), cujo modelo de morte é muito próximo ao do movimento hospice. No ano passado, muito tempo depois dessa experiência, resolvi colocá-la em um livro, cuja intenção é apresentar o saber-fazer antroposófico para a morte e o morrer (*No Umbral da Morte: Antroposofia e os Cuidados no Fim da Vida* – Editora Antroposófica).

Em meus 30 anos atuando como médico clínico e geriatra,

seja em grandes centros, seja em pequenas cidades, sempre tive um cuidado especial na assistência a pacientes com doenças avançadas. Todas essas vivências levaram-me a querer me aprofundar no estudo da morte, e escolhi fazê-lo pela ótica da bioética, primeiro em um mestrado e depois no doutorado (*Moderno Movimento Hospice: Fundamentos, Crenças e Contradições na Busca da Boa Morte* – Editora Publit), onde pude descobrir a íntima relação semântica entre hospice e hospitalidade – no sentido da hospitalidade incondicional de Derrida –, mas albergando um estranho íntimo, a hostilidade, e identificando esse movimento como um movimento que pretende ritualizar o processo do morrer, dentro de uma estética de enfrentamento virtuoso (a kalotanásia), revivendo rituais sociais de enfrentamento da morte, em um processo conhecido como revivalismo estético tanatológico.

Atualmente, além do campo assistencial como geriatra, contribuo com o PPGBIOS –RJ, onde dou aula sobre bioética do fim da vida para mestrado e doutorado, e no Instituto Paliar, onde administro um curso sobre bioética do fim da vida e dou algumas aulas sobre o mesmo tema nos cursos de especialização. ■



**Ciro Augusto Floriani**

Geriatra e professor do Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS – UFRJ/FIOCRUZ/UERJ/UFF)



# Artigos selecionados e comentados por especialistas

1

Delirium in adult patients receiving palliative care: A systematic review of the literature

Sofia Sánchez-Román, Cristina Beltrán Zavala, Argelia Lara Solares, Erwin Chiquete *Rev Psiquiatr Salud Ment* (Barc.). 2014;7(1):48---58

## ABSTRACT

Delirium in palliative care patients is common and its diagnosis and treatment is a major challenge. Our objective was to perform a literature analysis in two phases on the recent scientific evidence (2007-2012) on the diagnosis and treatment of delirium in adults receiving palliative care. In phase 1 (descriptive studies and narrative reviews) 133 relevant articles were identified: 73 addressed the issue of delirium secondarily, and 60 articles as the main topic.

However, only 4 prospective observational studies in which delirium was central were identified. Of 135 articles analysed in phase 2 (clinical trials or descriptive studies on treatment of delirium in palliative care patients), only 3 were about prevention or treatment: 2 retrospective studies and one clinical trial on multicomponent prevention in cancer patients. Much of the recent literature is re-

lated to reviews on studies conducted more than a decade ago and on patients different to those receiving palliative care. In conclusion, recent scientific evidence on delirium in palliative care is limited and suboptimal. Prospective studies are urgently needed that focus specifically on this highly vulnerable population.

## COMENTÁRIO

Daniel Neves Forte

Coordenador da equipe de cuidados paliativos do Hospital Sírio-Libanês

**Sobre a revista:** artigo publicado em 2014 na revista oficial da Sociedade Espanhola de Psiquiatria, cujo fator de impacto é de 1,044 (Classificação B2, segundo a estratificação Qualis da Capes).

**Sobre os autores:** todos os autores são do Instituto Nacional Salvador Zubirán de Ciências Médicas e Nutricionais, localizados nos departamentos de Neurologia, Psiquiatria ou Dor e Cuidados Paliativos, na cidade do México.

**Sobre o artigo:**

**Metodologia:** artigo de revisão de literatura, buscando artigos no Medline/PubMed publicados em inglês ou espanhol

entre 2007 e 2012, usando como descritores MESH os termos "delirium" ou "confusion" e "palliative". Um único autor foi responsável por avaliar a elegibilidade dos estudos. Os estudos foram agrupados em duas fases: a primeira fase incluiu estudos realizados com pacientes em cuidados paliativos em que se mencionava delirium; a segunda incluiu estudos sobre tratamento de delirium que utilizavam uma ferramenta sistematizada para diagnóstico e que incluíssem mais do que dez pacientes em cada braço.

*Comentários sobre a metodologia:* os autores utilizam o termo cuidado paliativo (CP) como sinônimo de terminalidade. Além de estarem em desacordo com a recomendação da Organização Mundial de Saúde e das principais sociedades médicas do Brasil e do mundo (exemplos no Brasil: ANCP, AMIB, CREMESP, e no mundo: OMS, AAHPM, EAPC, ATS, ACCP, etc.), incorrem num problema metodológico na sua revisão sistemática, pois, se o objetivo é avaliar delirium no final da vida, faltaram descritores importantes na busca (por exemplo "end of life" ou "hospice"), que podem ter deixado publicações importantes de fora. Um exemplo é o estudo "Developing guidelines on the assessment and treatment of delirium in older adults at the end

of life", publicado no *Canadian Geriatrics Journal* em 2011 por Brajtman S. et al. Ainda na questão metodológica, o estudo carece de alguns critérios considerados de alta qualidade para revisões sistemáticas. São alguns exemplos disso a falta da descrição de um protocolo preestabelecido para avaliar qualidade e relevância dos estudos levantados, o fato de que um único autor foi responsável por avaliar a elegibilidade dos estudos (nas melhores revisões, pelo menos dois autores o fazem de forma independente, seguindo um protocolo) e a utilização de um único mecanismo de busca (levantamento do PubMed). Em revisões de alta qualidade, associam-se buscas com ferramentas como o Pubmed a buscas manuais nas principais revistas que publicam sobre o tema selecionado. Para ler mais sobre metodologia de revisão sistemática, pode-se consultar o site da Cochrane (<http://handbook.cochrane.org>), e para um exemplo de excelente revisão sistemática envolvendo um tema relevante em CP, pode-se observar o artigo publicado no *JAMA Surg.* 2014, "Palliative Surgery for Malignant Bowel Obstruction From Carcinomatosis: A Systematic Review", por Terrah J. Paul Olson et al.

**Resultados:** Na fase 1, a busca encontrou 166 artigos, sendo 133 considerados relevantes. A maior parte deles teve desenho retrospectivo ou narrativo. Os principais tópicos encontrados pelos autores da revisão relacionavam-se a:

- delirium e sedação paliativa (9 estudos), descrevendo a frequência de indicação paliativa variando de 13% a 91% dos óbitos. Nos dois estudos prospectivos

encontrados, o delirium foi o motivo mais frequente para se iniciar a sedação.

- Delirium como marcador prognóstico (n=8): os autores encontraram estudos retrospectivos e prospectivos que evidenciaram as associações entre delirium e maior mortalidade e entre delirium e menor sobrevida. Em dois estudos, um retrospectivo e outro prospectivo, a ferramenta Palliative Prognostic Score (PaP) foi modificada, acrescentando a variável delirium (D-PaP) com melhora da performance na predição.

- Tratamento farmacológico do delirium (n=8): os autores encontraram estudos e revisões sobre a abordagem farmacológica do delirium, incluindo o uso de haloperidol (medicação citada como de uso mais frequente nos estudos), a olanzapina, a trazodona, o propofol e a dexmetomidina.

Fase 2: dos 135 artigos encontrados nesta fase, somente 3 atendiam aos critérios de inclusão (estudos sobre tratamento de delirium que utilizavam uma ferramenta sistematizada para diagnóstico e que incluíssem mais do que dez pacientes em cada braço). No único em que o objetivo principal referia-se a delirium em fim de vida, os autores avaliaram se uma estratégia preventiva com "multi-componentes" envolvendo profissionais da saúde e familiares poderia reduzir a incidência de delirium. No entanto, não observaram diferenças significativas. Em outro estudo com inúmeras limitações (retrospectivo, com amostra pequena, com vieses de seleção, entre outros problemas metodológicos), foi observada menor

prevalência de delirium em pacientes submetidos a exercícios físicos na fase final de vida. O último estudo selecionado apresentado na revisão constituía-se de estudo retrospectivo para avaliar se houve relação entre dose de neuroléptico e frequência de sintomas em pacientes com câncer avançado. De achado estatisticamente significativo, encontrou-se apenas que em delirium hiperativo as doses utilizadas foram maiores, sem relação com a frequência dos sintomas.

**Comentários sobre os resultados:** aqui as limitações metodológicas da revisão surgem de maneira prática, especialmente na fase 1. A ausência de uma avaliação sistemática e preestabelecida sobre a qualidade metodológica dos estudos leva ao agrupamento de diversos estudos em uma mesma classificação de desenho (p. ex. estudos prospectivos), mas que podem ter qualidade metodológica muito dispar. Assim, os autores listam os artigos que avaliam associações de delirium com prognóstico, com uso de sedação ou mesmo com algumas medicações, mas que, mesmo sendo prospectivos, podem apresentar vieses e limitações tão significativas que as conclusões apresentadas podem não ser generalizáveis ou válidas para outros cenários.

**Discussão:** os autores ressaltam a falta de estudos científicos de alta qualidade a respeito do tema delírio em pacientes no fim da vida. Segundo os autores, não existem estudos rigorosos que examinem os fatores de riscos, o tratamento e o impacto do delirium para essa população. Na parte

final da discussão os autores apresentam dez referências que não haviam sido apresentadas no texto, referências estas que avaliaram desde impacto do delirium em stress pós-traumático nos cuidadores, passando por validação do Confusion Assessment Method em pacientes em fase final de vida e incluindo ainda estudos sobre prevalência de delirium em pacientes em final de vida hospitalizados.

*Comentário da discussão:* considerei curioso ou insólito que os artigos de melhor qualidade não foram incluídos nos resultados da busca, mas apresentados somente na discussão.

*Comentários gerais sobre o artigo:* é a opinião deste revisor que o artigo aborda um tema relevante e interessante (delirium em fase final de vida) mas apresenta sérias limitações metodológicas. Além das já apresentadas aqui, gostaria de aproveitar este espaço para levantar uma discussão que considero pertinente dado o crescimento dos CP no Brasil e no mundo. Os autores desta revisão usam ao longo do texto o termo cuidado paliativo como sinônimo de cuidado de fim de vida. Além dos problemas metodológicos que isso acarreta nesta revisão sistemática, acredito que um outro ponto mereça ser debatido com maior profundidade pelos profissionais que praticam e estudam CP. Ao restringir o termo CP a essa fase da vida, a própria ideia de CP torna-se uma das maiores barreiras ao seu próprio crescimento. O tema delirium ilustra bem esse argumento. Há uma grande quantidade de conhecimento pro-

duzido sobre delirium em pacientes com demência avançada, com câncer avançado, em pacientes críticos crônicos, em grandes idosos, etc. A literatura médica é consistente em mostrar, e com grande quantidade e qualidade de evidência (vide, por exemplo, a excelente revisão "Delirium in elderly people", publicado por Sharon K. Inouye et. al. no *Lancet* 2014), que o delirium envolvendo pacientes graves é muito prevalente, apesar de subdiagnosticado, associado a maiores gastos financeiros no cuidado, além de maior morbidade, menor sobrevida e maior mortalidade. Mais ainda, em vista das causas multifatoriais complexas de delirium, diversos estudos mostraram-se eficazes na sua prevenção utilizando abordagens não farmacológicas. Por outro lado, em pacientes graves, segundo a revisão do *Lancet*, não há evidências convincentes que mostrem que a prevenção ou o tratamento farmacológico sejam eficazes. Assim, delirium é um dos sinais de alerta de que um paciente com uma doença avançada possa estar na fase final da vida. Embora seja um fator de risco para fase final de vida e cause enorme sofrimento a todos os envolvidos, não define terminalidade. E se esperarmos para definirmos esses pacientes como "pacientes em cuidados paliativos" só quando já ficar claro que estamos na terminalidade, perderemos a oportunidade de cuidar de um intenso sofrimento que acomete pacientes e seus familiares enquanto ainda não está clara a terminalidade. Mais ainda, discussões sobre preferências de cuidados de fim de vida serão sempre feitas tardiamente, e talvez, quase sempre tarde

demais. É por esses e outros motivos que a definição de CP da OMS e de tantas sociedades enfatiza que CP não depende de prognóstico. Depende de haver sofrimento relacionado a uma doença que põe a vida em risco. E que a terminalidade é uma parte, e não sinônimo, de CP. Acredito que delirium é um bom exemplo de como o conhecimento de CP pode ser importante muito além da fase final de vida.

## 2 The effect of age on referral to and use of specialist palliative care services in adult cancer patients: a systematic review

Jenni Burt, Rosalind Raine  
*Age and Ageing* 2006; 35: 469–476

### ABSTRACT

*Objective:* to investigate variations in the use of specialist palliative care (SPC) services for adult cancer patients, in relation to age.

*Design:* systematic review of studies examining use of or referral to SPC services in adult cancer patients. Search strategy and selection criteria: six electronic databases (Medline, Embase, Web of Science, HMIC, SIGLE and AgeInfo) were searched for studies published between 1966 and March 2005, and references in the articles identified were also examined. Inclusion criteria were all studies which provided data on age in relation to use of or referral to SPC. Two reviewers independently selected studies, extracted data and as-

sessed methodological quality according to defined criteria.

*Main outcome measures:* use of or referral to SPC services, determined from all sources of report (patient, informal carer, health care professional, health care records).

*Results:* 14 studies were identified. All reported a statistically significant lower use of SPC among older cancer patients (65 and above or older) at a univariate level [crude odds ratios ranged from 0.33 (0.15–0.72) to 0.82 (0.80–0.82)]. However, there were important methodological weaknesses in all of the studies identified; most crucially, studies failed to consider variations in use in relation to need for SPC.

*Conclusions:* there is some evidence that older people are less likely to be referred to, or to use, SPC. These findings require confirmation in studies using prospectively collected data which control for patient's need for SPC.

## COMENTÁRIO

**Mirella Rebello**

Coordenadora do Serviço de Cuidados Paliativos do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) e coordenadora de tutores do segundo ano de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde

**Sobre a revista:** artigo publicado em 2006 na revista *Age and Ageing*, publicação oficial da British Geriatrics Society, cujo fator de impacto em 2014 foi de 3.642.

**Sobre os autores:** as autoras são do Departamento de Epidemiologia e Saúde Pública do University College London, em Londres, no Reino Unido.

**Sobre o artigo:** com a população envelhecendo e a mudança nos padrões de doença, a necessidade de acesso aos cuidados paliativos de alta qualidade no final da vida vem se tornando uma preocupação crescente em saúde pública. Em 2006, pesquisadores do Departamento de Epidemiologia e Saúde Pública da Universidade de Londres, motivados por dados obtidos do Plano de Câncer do Serviço Nacional de Saúde e do Serviço Nacional de Pessoas Idosas da Inglaterra, publicaram uma revisão sistemática para tentar responder à pergunta: "Quanto as pessoas mais velhas com câncer têm menos acesso aos cuidados paliativos especializados em comparação com as mais jovens?"

Devido à natureza diversificada das populações dos estudos e de seus resultados, a síntese estatística da revisão sistemática era inadequada. Quando os dados permitiram, odds ratio bruto foi calculado. Os autores utilizaram a idade de corte acima e abaixo de 75 anos. Os resultados dos 13 estudos analisados demonstravam uma menor utilização estatisticamente significativa dos serviços de cuidados paliativos especializados pelos pacientes mais velhos. No entanto, havia deficiências metodológicas importantes em todos os estudos identificados. Mais importante, os estudos falharam em considerar os motivos para o encaminhamento aos serviços especializados.

Dessa forma, os pesquisadores consideraram que existia alguma evidência de

que as pessoas mais velhas tinham menos probabilidade de ser referidas ou de usar os cuidados paliativos especializados. Até aventaram a possibilidade de isso ocorrer porque os idosos estariam bem paliados em serviços de saúde geral, não necessitando de cuidados paliativos especializados. Contudo, ressaltaram a necessidade de novos estudos utilizando dados coletados prospectivamente, que considerasse o motivo de o doente ir para o serviço de cuidados paliativos especializados.

Apesar da limitação do estudo, os autores trazem à tona um tema muito atual para o sistema de saúde brasileiro: o da organização da rede de atenção aos idosos portadores de doenças progressivas e avançadas, oncológicas ou não, que ameaçam a continuidade da vida e que os fazem viver com muita disfunção e limitação. Sabe-se que, nessas condições, a falta de acesso a controle de sintomas eficaz e de apoio psicossocial pode levar a um risco aumentado de internação e morte no hospital. Além disso, as pessoas mais velhas frequentemente apresentam-se com necessidades complexas como resultado de comorbidades, isolamento social, dificuldades econômicas e cuidadores mais velhos e frágeis.

Para os autores e para muitos paliativistas, parece claro que os cuidados paliativos sejam a forma adequada de assistir a idosos nessas condições. A dúvida é se isso deve ser feito num serviço especializado ou se os cuidados paliativos deveriam permear toda a rede de saúde desde a atenção primária, passando pelas urgências, unidades de internamento, cuidados domiciliares, bem como as instituições de longa permanência para idosos. ■

# Ensino de cuidados paliativos na graduação – objetivos, situação atual e desafios

## Introdução

A prática de cuidados paliativos (CP) para pacientes com doenças crônicas e que ameaçam a vida já é recomendação da Organização Mundial da Saúde, do Conselho Federal de Medicina e do Código de Ética Médica. A indicação principal é a necessidade do paciente, que deve ser tratado onde ele estiver, a qualquer momento de sua doença. Encontra-se fundamentada não só nos mais criteriosos conceitos da medicina como nos melhores valores humanos relacionados a qualidade de vida, autonomia e dignidade<sup>1,2,3</sup>.

O nascimento dos CP deu-se na década de 1960, na Inglaterra, e observa-se grande proliferação de serviços em nosso meio a partir do final do século XX. No Brasil, a maioria dos profissionais desbravadores atuantes na área teve formação autodidata, complementada por cursos de pós-graduação nacionais ou estrangeiros. Na última década, observamos diversos modelos de pós-graduação que permitiram o aprimoramento e a capacitação de profissionais de CP nas diversas áreas da saúde.

Atualmente, os cuidados paliativos são classificados como área de atuação ou subespecialidade. Há três anos houve a regulamentação e o início das residências médica e multidisciplinar. Residentes de diversas áreas, em especial geriatria, oncologia, anestesia, clínica geral e pediatria, buscam estágios (geralmente mensais) em cuidados paliativos.

As questões que se colocam agora são: quando o ensino de CP entrará na grade curricular de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e psicólogos? Como conduzir esse processo?

Este artigo pretende estimular e embasar essas questões. A existência de um conteúdo específico teórico-prático, a necessidade dos pacientes, a demanda do mercado de trabalho e a obrigatoriedade legal já justificam esse ensino na graduação.

Não bastasse o já exposto, a possibilidade do ensino de cuidados paliativos na graduação estimula novas maneiras de pensar sobre o cuidar. Quando educamos em cuidados paliativos invariavelmente abordaremos questões relacionadas a comunicação eficaz e acolhedora, bioética, valores religiosos e postura do profissional. É mandatório que se promovam a empatia e o respeito ao semelhante, que se fale do ciclo da vida e da finitude humana, além do uso da morfina e do laxante certo. É uma oportunidade de tocar o melhor do humano nos alunos: faz parte do ensino de CP cuidar deles, e a isso chamamos ressonância congruente – quando o aluno experimenta ser cuidado. Em contato com o pensar e o sentir, os acadêmicos têm a chance de refletir e organizar sua postura profissional antes da formação mais técnica ou cristalizada.

Nos últimos anos observamos acadêmicos procurarem serviços de CP espontaneamente para estágios em suas férias. Prolifera-

ram Ligas de Cuidados Paliativos pelo Brasil desde 2009. Recentemente, um primeiro curso introdutório e multidisciplinar de CP ocorreu no Hospital do Servidor Público Estadual em São Paulo. A demanda existe e, além dos conceitos e princípios fundamentais, percebe-se a carência de espaços onde os alunos possam refletir sobre seus papéis. Esse pode ser mais um exercício no ensino de CP na graduação.

## Interface com as diretrizes curriculares nacionais

Outra questão que se impõe é a adequação dos conteúdos da formação em cuidados paliativos à normatização das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)<sup>4</sup>.

Conforme Pinelli e colaboradores, que revisaram o tema recentemente num artigo em vias de publicação, não existe uma recomendação específica em relação à fase final de vida nem qualquer citação referente aos cuidados paliativos no documento. Porém, numa procura mais atenta nas DCN de 2014 se observa uma coincidência interessante entre os valores ensinados nos CPs numa formação que se supõe humanista, reflexiva e ética.

Termos como morte, dignidade, comunicação, trabalho em equipe, cuidado centrado na pessoa, pensamento crítico e reconhecimento de usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde aparecem ao longo do documento e são sugeridos como parte importante da for-



mação dos profissionais médicos. Embora possam parecer filosóficos demais em alguns perfis de formação, tais conceitos fazem parte do cotidiano dos profissionais de cuidados paliativos, seja à beira do leito, seja nas consultas<sup>5</sup>.

Em trabalho de 2013, Oliveira e colaboradores propõem vincular o aprendizado de CP à disciplina de bioética, já presente em 92,7% dos cursos. Os autores enfatizam que essa disciplina é predominantemente teórica, realizada em cargas horárias bem variadas (de 10 a 240 horas) e com experiências excepcionais isoladas pelo país, mais devido a indivíduos que fazem a diferença do que a uma formação estruturada e madura. Os autores relatam que praticamente não existe conteúdo de CP nos currículos nacionais, salvo iniciativas pontuais e exitosas na Faculdade de

Medicina do ABC (SP), na Universidade Federal de Pelotas (RS), na Universidade Federal de São Paulo (SP) e na Faculdade de Medicina de Itajubá (MG). Ao longo do texto, valorizam a necessidade do conteúdo de CP para uma formação completa do médico brasileiro e estimulam que o conteúdo seja teórico-prático, multidisciplinar, multiprofissional e voltado para as questões humanistas e éticas pertinentes<sup>6</sup>.

As Ligas de Cuidados Paliativos de acadêmicos no nosso meio datam de 2009, conforme registro da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Trata-se de uma maneira interessante de propagar-se o ensino de CP – também em outros países relata-se que, inicialmente, tratava-se de disciplina optativa, que com o tempo tornou-se integrante da grade regular e obrigatória.

## Níveis de educação e recomendações sobre o conteúdo curricular

A implementação do ensino de cuidados paliativos é meta na América Latina e na Europa, recomendada pela IAHP e pela EAPC. Há manuais de recomendação do conteúdo e pretende-se a uniformização de seu ensino<sup>7,8</sup>.

Um encontro ocorrido em novembro de 2012 em Buenos Aires, Argentina, com 60 participantes de diferentes países latino-americanos mostrou significativa disparidade na frequência com que essa disciplina é ensinada na graduação, com relação linear conforme a política de saúde pública nas diferentes nações<sup>9</sup>.

O Brasil encontra-se entre os países mais atrasados nesse quesito: conforme o Atlas de Cuidados Paliativos publicado em

### Quadro 1 – Níveis de educação acordados e atualmente adotados pela EAPC para refletir o âmbito e o foco dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados paliativos

#### ABORDAGEM DE CUIDADOS PALIATIVOS

Uma forma de integrar métodos e procedimentos de cuidados paliativos em ambientes não especializados em cuidados paliativos. Deverá ser disponibilizado aos profissionais em geral e ao staff dos hospitais gerais, bem como aos serviços de enfermagem e enfermagem no domicílio. Pode ser ensinado através da "aprendizagem de graduação" ou através do desenvolvimento profissional contínuo.

#### CUIDADOS PALIATIVOS GERAIS

Providenciados por profissionais de cuidados básicos e especialistas que tratam de pacientes com doenças que ameaçam a vida, que têm bons conhecimentos e competências em cuidados paliativos básicos. Devem ser disponibilizados aos profissionais que estão envolvidos com mais frequência em cuidados paliativos, como oncologistas e especialistas em geriatria, mas os cuidados paliativos não são o foco principal do seu trabalho. Dependendo da disciplina, podem ser ensinados na graduação ou na pós-graduação ou através do desenvolvimento profissional contínuo.

#### CUIDADOS PALIATIVOS ESPECIALIZADOS

Providenciados em serviços cuja principal atividade é a prestação de cuidados paliativos. Esses serviços em geral cuidam de doentes com necessidades complexas e difíceis e, portanto, exigem um maior nível educacional, staff e outros recursos. Cuidados paliativos especializados são providenciados por serviços especializados para doentes com problemas complexos não cobertos adequadamente por outras opções de tratamento. Normalmente lecionados como pós-graduação e reforçados por meio de desenvolvimento profissional contínuo.

2012, somente 3 entre 180 a 188 faculdades de medicina têm algum conteúdo dessa disciplina. No já citado artigo de Oliveira, atualmente há registro de conteúdo de CP em somente 4 das 103 faculdades de medicina no país.\*

O conteúdo de CP para a graduação encaixa-se em "Abordagem de Cuidados Paliativos", segundo classificação adotada pela EAPC (Quadro 1).

O documento da EAPC destaca a necessidade de programas estruturados de educação incorporados na formação de todos os profissionais envolvidos nos cuidados de saúde, além de salientar a necessidade de treino adequado para o exercício das funções de forma concreta, criteriosa e de forma culturalmente sensível. O documento também determina as constituintes centrais dos cuidados paliativos e organiza resumidamente as principais competências

que devem ser adquiridas (Quadros 2 e 3). Uma leitura cuidadosa do documento para os interessados na área sugere inclusive a distribuição percentual dos conteúdos e o modo de lecioná-los.

### Discussão

A inclusão de cuidados paliativos na grade curricular já é recomendada, indicada e praticamente obrigatória. De alguma maneira, muito discreta e aleatória, ela já existe. Devemos iniciar o processo de implementação oficial e organizada da disciplina e sermos ousados, como recomenda Oliveira em seu artigo.

Algumas discussões:

- A inclusão de cuidados paliativos na grade curricular dos cursos de graduação deve estar associada ao ensino de bioética?
- Em que momento do curso deve ocorrer?
- Temos corpo docente habilitado?

- Seguiremos as recomendações da IAHPCC?

Podemos sugerir modelos de interface com outras disciplinas como clínica médica, bioética, psicologia médica, propedêutica e medicina social. Mas os cuidados paliativos apresentam conteúdo teórico-prático, clínico, farmacológico e multidisciplinar próprios que justificam uma disciplina por si só. Eles pressupõem didática especial e supervisão individual, com suporte psicológico aos alunos e abordagem das questões humanísticas. Devem, portanto, ser tratados como ciência peculiar e de sistemática própria: com princípios, teoria e prática. Os cuidados paliativos merecem ser uma disciplina por si só.

Sugere-se que ela esteja vinculada ao internato, com carga horária de 20 horas e programa básico bem descrito. Porém, as discussões relacionadas a bioética e comunicação podem ocorrer precocemente.

### Quadro 2 – Constituintes centrais dos cuidados paliativos

- Autonomia
- Dignidade
- Relação entre doente e profissionais de cuidados de saúde
- Qualidade de vida
- Posição em relação à vida e à morte
- Comunicação
- Educação pública
- Abordagem multiprofissional
- Perda e luto

### Quadro 3 – As dez competências centrais em cuidados paliativos

1. Aplicar os constituintes centrais dos cuidados paliativos, no ambiente próprio e mais seguro para os doentes e suas famílias
2. Aumentar o conforto físico durante as trajetórias de doença dos pacientes
3. Atender às necessidades psicológicas dos doentes
4. Atender às necessidades sociais dos doentes
5. Atender às necessidades espirituais dos doentes
6. Responder às necessidades dos cuidadores familiares em relação aos objetivos do cuidar a curto, médio e longo prazo
7. Responder aos desafios da tomada de decisão clínica e ética em cuidados paliativos
8. Implementar uma coordenação integral do cuidar e um trabalho de equipe interdisciplinar em todos os contextos onde os cuidados paliativos são oferecidos
9. Desenvolver competências interpessoais e comunicacionais adequadas aos cuidados paliativos
10. Promover o autoconhecimento e o contínuo desenvolvimento profissional

Deveremos criar formatos próprios, mas o conteúdo fundamental organizado pela EAPC é bem adequado<sup>10,11</sup>.

O ensino de cuidados paliativos deve vir para completar a formação de um médico melhor, que seja parceiro de seu paciente quando ele precisar. Que possamos desejar um curso de medicina no qual se reconheçam e se identifiquem um

parto, o crescimento, o processo de doença e a fase final de vida. Um curso em que se assista a um parto natural e a um morrer natural. Que os processos da vida possam ser compreendidos em sua dimensão maior e que possamos oferecer uma assistência médica ética, profissional e acolhedora. Quem se habilita?

*\*Entre 2000 e 2014 foram criadas 142 escolas médicas. Em maio de 2015, contabilizavam-se 252 escolas em todo o país, entre particulares e privadas.*

**Sara Krasilcic** – Médica do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual – São Paulo, SP

## Bibliografia:

1. Palliative care: a human right. EAPC Prague Charter. <http://www.eapcnet.eu/Newsmedia/Latestnews/tabid/111/Articleid/807/mod/442/Default.aspx>. 2004.
2. Código de Ética Médica: resolução do CFM n. 1931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso) / Conselho Federal de Medicina – Brasília.
3. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA), World Health Organization, 2014.
4. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Me-

dicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 23 de jun. 2001; Seção 1, p.8-11.

5. Pineli, P.P.; Krasilcic, S.; Suzuki, F. A., Maciel, M. G. S. Cuidado Paliativo e Diretrizes Curriculares: inclusão necessária. (em vias de publicação), 2015.
6. Oliveira, J.R.; Ferreira, A. C.; Rezende, N. A. Ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas Médicas do Brasil. Revista Brasileira de Educação Médica. 37 (2): 285-290, 2013.
7. Centeno, C.; Clark, D.; Lynch, T. et al. EAPC Atlas of palliative care in Europe. Houston: IAPC Press, 2007.
8. Pastrana, T.; De Lima, L.; Wenk, R.; Eisenclas, J.; Monti, C.; Rocafort, J.; Centeno, C. (2012). Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica. ALCP. 1 Edición. Houston: IAHPC Press.

9. Wenk, R.; De Lima, L.; Mutto, E.; Berenguel, M.R.; Centeno, C.. Encuentro sobre educación de Cuidado Paliativo en Latinoamérica. Recomendaciones sobre enseñanza en el pregrado y en primer nivel de atención de salud. Bs. As., 2012.
10. Gamondi, C.; Larkin, P.; Payne, S.. Competências Centrais em Cuidados Paliativos: um guia orientador da EAPC sobre Educação em Cuidados Paliativos. Traduzido para português em [www.ejpc.eu.com](http://www.ejpc.eu.com). Publicado em European Journal of Palliative Care 2013; 20 (2): 86-91 e 2013; 20 (3): 140-145.
11. Curriculum in Palliative Care for Undergraduate Medical Education. Recommendations of the European Association for Palliative Care. EAPC, 2007. [www.eapcnet.org](http://www.eapcnet.org)

## QUEREMOS OUVIR VOCÊ!

A revista *Cuidado Paliativo*, publicação oficial da ANCP, tem a missão de trazer em suas páginas as questões mais importantes sobre Cuidados Paliativos hoje. Seja em forma de entrevistas, reportagens ou artigos, nosso objetivo é estimular o debate sobre o futuro que desejamos para os Cuidados Paliativos no Brasil.

Tem uma sugestão de pauta? Gostaria de escrever um artigo?  
Tem alguma experiência que gostaria de compartilhar?  
Escreva, critique, elogie, participe. A revista é sua!

Contato: [ancpimprensa@paliativo.org.br](mailto:ancpimprensa@paliativo.org.br)



## Fazendo diferença



A presidente da ANCP, Maria Goretti Maciel, é uma das finalistas do Prêmio Claudia 2015, promovido pela revista feminina de mesmo nome, que homenageia mulheres brasileiras que fazem a diferença em suas respectivas áreas de atuação.

"Ser finalista de um prêmio dessa magnitude é sempre um privilégio. E ser numa revista feminina tão conceituada é um presente para a condição feminina – ser mulher, mãe, trabalhadora e não perder o encantamento", diz Goretti. "Mas o melhor de tudo é ter a oportunidade de divulgar os cuidados paliativos num veículo poderoso com a revista *Claudia*."

Para votar, visite: <http://especial.mdemulher.com.br/premio-claudia/votacao-2015>

## ANCP nas redes sociais



A página da ANCP no Facebook atingiu a marca de 7 mil seguidores. Além do Brasil, usuários acessam a página de países como Portugal, Angola, Moçambique, Argentina,

México, Espanha e Estados Unidos. De todos os fãs da página, 77% são mulheres, que também são as que mais se envolvem com os posts publicados, por meio de comentários ou compartilhamentos.

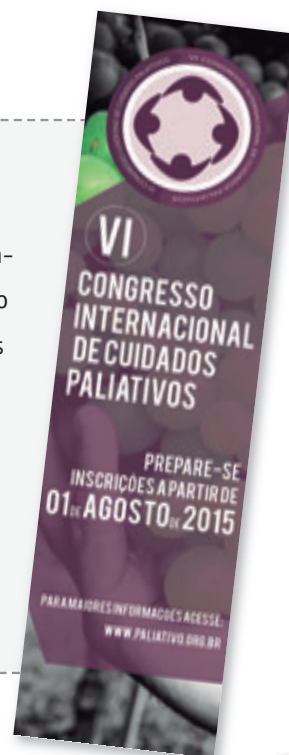
Entre as postagens mais comentadas estão divulgação de eventos, divulgação de recursos, tais como acesso livre a publicações, seguidas por estudos científicos e notícias da grande imprensa. Para acompanhar a ANCP no Facebook: [www.facebook.com/AcademiaNacionaldeCuidadosPaliativos](http://www.facebook.com/AcademiaNacionaldeCuidadosPaliativos)

## Preparando terreno para 2016

Anote na agenda: acontece entre 21 e 24 de setembro do ano que vem o VI Congresso Internacional de Cuidados Paliativos, em Bento Gonçalves, no Rio Grande do Sul. O evento contará com palestrantes internacionais e trará os temas mais atuais no contexto dos cuidados paliativos, sempre sob uma ótica multidisciplinar.

Além de aulas e discussões, o VI Congresso Internacional de Cuidados Paliativos será palco da prova de título da Associação Médica Brasileira (AMB) de 2016. O edital será divulgado no site da ANCP e também nas redes sociais.

As inscrições para o congresso terão início em 1 de agosto. Fique de olho e não deixe de participar. Os associados da ANCP têm desconto na inscrição.



## Vamos falar de Cuidados Paliativos?



O manual *Vamos falar de Cuidados Paliativos*, lançado no fim de maio, traz uma questão que a população brasileira ainda reluta em discutir: cuidados de fim de vida. Baseado num documento norte-americano e

com linguagem acessível, o material se destina tanto a familiares quanto a profissionais de saúde que queiram entender melhor o que norteia os cuidados paliativos e como eles podem ajudar numa situação de doença que ameaça a vida.

"Além de uma visão geral do assunto, a cartilha traz também reflexões sobre a aproximação entre geriatria e cuidados paliativos e sobre palição em idosos. Ela conta, ainda, com orientações sobre diretivas antecipadas de vontade e sugestões de leituras complementares", explica Daniel Azevedo, presidente da Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), responsável pelo desenvolvimento do material em português.

Para baixar o manual gratuitamente: [www.sbgg.org.br](http://www.sbgg.org.br)

## De olho na atenção básica



Uma parceria entre a ANCP e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) deu origem ao Comitê Permanente de Cuidados Paliativos na Atenção Primária. O

grupo, criado em meados de junho, pretende discutir e divulgar as bases dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde.

Segundo a presidente da ANCP, Maria Goretti Maciel, as conversas tiveram início em 2013, no V Congresso Internacional de Cuidados Paliativos, em Porto de Galinhas (PE). Para o evento foram convidadas todas as sociedades relacionadas à área de atuação da medicina paliativa para uma maior proximidade. "A identificação com a medicina de família é grande. Ambos acreditamos que os cuidados paliativos devem ter início na atenção primária à saúde", lembra a presidente.

A comissão contará com um pequeno núcleo de organização, mas pretende ser aberta a todos os interessados na prática. Os encontros acontecerão nos eventos oficiais da ANCP e da SBMFC – o próximo está previsto para ser realizado em Pelotas, por ocasião do II Congresso Mercosul de Cuidados Paliativos. "O mais bonito é o espírito de colaboração e a convergência entre as duas entidades. O desejo é único: fazer valer o cuidado paliativo no Brasil desde a base até o nível mais complexo da atenção", completa Goretti.



## REGIONAIS EM AÇÃO



- A ANCP Sudeste vem trabalhando de maneira sistemática para firmar parcerias com outras sociedades médicas. Em abril, a ANCP Sudeste foi convidada a participar de uma sessão científica que abordou os limites da nutrição parenteral e enteral. O evento foi organizado pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral – Rio de Janeiro. Em junho, foi

feita uma parceria com o Departamento de Insuficiência Cardíaca da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o XIV Congresso Brasileiro de Insuficiência Cardíaca, que aconteceu no Rio de Janeiro entre 18 e 20 de junho. Em ambos os eventos, a principal entidade científica de cuidados paliativos no Brasil foi representada pelo geriatra Filipe Gusman, presidente da ANCP Sudeste.

- Serão realizados em Recife (PE) nos dias 20 e 21 de novembro o I Fórum Nacional de Educação Permanente, Formação de Recursos Humanos e Produção Científica na Área de Cuidados Paliativos e o I Encontro de Residentes e Pós-Graduandos. O evento conta com a realização da ANCP.

Segundo a médica Jurema Telles, diretora científica da ANCP Norte-Nordeste e coordenadora do Serviço de Oncologia do Adulto do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), são esperadas cerca de 150 pessoas para o encontro, que terá entre os palestrantes convidados membros da

diretoria da ANCP e da Câmara Técnica de Terminalidade do Conselho Federal de Medicina.

“A ideia é congregar, nesse cenário de rápidas mudanças e grandes desafios, as pessoas envolvidas no ensino-aprendizagem e na pesquisa dos cuidados paliativos, já pensando no congresso do ano que vem”, explica Jurema.

- A ANCP Norte-Nordeste promoveu entre 25 e 27 de junho o II Simpósio Norte-Nordeste de Cuidados Paliativos da ANCP. Segundo a presidente do evento, Inês Tavares, um dos destaques do encontro foi a presença de membros da Câmara Técnica da Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do Conselho Federal de Medicina, como Maria Goretti Maciel (SP), Cláudia Burlá (RJ) e Rachel Moritz (SC), que compuseram uma mesa que abordou os cuidados paliativos como imperativo ético.



- A ANCP Sul organizará nos dias 11 e 12 de setembro o II Congresso Mercosul de Cuidados Paliativos e o IV Congresso Regional Sul da ANCP, em Pelotas. O congresso tem coordenação de Julieta Carriconde Fripp, vice-presidente da ANCP e coordenadora do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar para Pacientes Oncológicos da Universidade Federal de Pelotas (PIDI/UFPel). Entre os palestrantes confirmados estão Maria Goretti Maciel, presidente da ANCP, e Claudia Naylor, diretora do Hospital do Câncer IV, no Instituto Nacional de Câncer do Brasil (Inca).



**VI**

**CONGRESSO  
INTERNACIONAL  
DE CUIDADOS PALIATIVOS**

**PREPARE-SE  
INSCRIÇÕES A PARTIR DE  
01 DE AGOSTO DE 2015**

**PARA MAIORES INFORMAÇÕES ACESSE:  
[WWW.PALIATIVO.ORG.BR](http://WWW.PALIATIVO.ORG.BR)**



**O evento acontecerá nos dias  
21 a 24 de Setembro  
de 2016 em Bento Gonçalves - RS.**



## Liga Acadêmica de Cuidados Paliativos da Universidade Federal de São João del-Rei

A Liga Acadêmica de Cuidados Paliativos da Universidade Federal de São João del-Rei (LACP-UFSJ) foi criada em novembro de 2013, numa iniciativa do professor do curso de enfermagem Alexandre Ernesto Silva, junto com alguns alunos. Silva foi responsável pela primeira turma optativa da disciplina de cuidados paliativos para os cursos de enfermagem, farmácia e medicina.

"Criamos o grupo pensando realmente em tentar levantar a questão da inovação dos cuidados paliativos, que no Brasil ainda é muito recente", esclarece.

A liga tem parceria com o projeto de extensão Bem Cuidar, em que os alunos visitam regularmente pacientes oncológicos em fase final de vida, internados no Hospital São João de Deus, com a finalidade de orientar pacientes e familiares. "Além disso, levamos uma palavra de conforto e tentamos fazer uma ponte com o médico e o enfermeiro do setor quando o paciente tem dúvidas sobre sua doença. Na liga discutimos as visitas do projeto", diz Silva.

Entre as principais atividades da LACP-UFSJ estão simpósios, minicursos, estudos de caso e pesquisas voltadas para a comunicação de más notícias – todas elas abertas para alunos e professores. A iniciativa também conta com participantes de outras instituições na cidade de São João del-Rei.

**PLANOS FUTUROS:** organização de simpósio em novembro como planejamento para um congresso em 2016.



## Liga de Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina de Itajubá

A Liga de Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIIt) nasceu de uma expansão da disciplina na grade curricular. "Aqui a disciplina de cuidados paliativos é obrigatória. Porém, sua carga horária é menor do que a necessária para o ensino, e percebemos que era preciso criar mais oportunidades para os alunos interessados", explica Graça Mota Figueiredo, coordenadora do grupo.

A liga foi criada em 2009 e se dedica exclusivamente a aprofundar o estudo de tópicos que não puderam ser bem desenvolvidos em sala de aula. Hoje o grupo atua com 20 membros, número

máximo permitido. Só podem participar da liga alunos da FMIIt.

Para expandir suas atividades para além dos muros da universidade, em 2011 foi criado o projeto extracurricular "A Arte do Cuidar", aberto a todos os interessados. Com tarefas mais abrangentes, um de seus objetivos é desenvolver manuais de cuidados paliativos, escritos por alunos e com uma linguagem direta, mas sem perder o rigor científico. Até hoje já foram editados três manuais.

"Embora diversos no número de alunos e nos objetivos, ambos os grupos participam de todas as atividades relativas a cuidados paliativos. Eles caminham sempre juntos, mesmo que suas funções sejam diferentes", finaliza Graça.

**PLANOS FUTUROS:** lançamento do primeiro gibi para ensinar a falar sobre morte e cuidados paliativos com crianças; sarau; lançamento de manuais e vídeos e simpósio.



## Liga Acadêmica de Medicina de Cuidados Paliativos da PUC Paraná (CUPA)

O objetivo inicial era criar uma liga de dor, mas, graças à visão e à experiência do professor José Eduardo de Siqueira, uma das maiores autoridades em bioética no Brasil, a Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Campus Londrina ganhou em outubro de 2013 uma Liga de Cuidados Paliativos.

"A liga surgiu da iniciativa de uma aluna, que queria criar uma liga de dor. Estimulada pelo professor, ela abandonou a ideia para, junto com cinco amigos, criar uma liga de cuidados paliativos", conta Thaís Natália de Almeida, presidente da liga.

O objetivo do grupo é aprofundar o conhecimento em cuidados paliativos e estimular a sensibilidade em relação ao paciente. Hoje a liga conta com alunos dos cursos de medicina e psicologia.

O grupo promove encontros semanais. Nas aulas teóricas são discutidos conceitos, casos clínicos e documentários, sempre na presença de um professor capacitado. Já as aulas práticas são realizadas em um hospital de Londrina com serviço de cuidados paliativos, onde há visita aos pacientes e discussão dos casos.

**PLANOS FUTUROS:** seleção e discussão de casos clínicos relacionados ao controle da dor em pacientes em cuidados paliativos, que serão posteriormente submetidos a publicação e apresentação em congressos.



SER LÍDER DE MERCADO É COLOCAR O  
**BEM-ESTAR DAS PESSOAS EM PRIMEIRO LUGAR.**



Nada é mais importante do que fazer a diferença na vida de quem convive com a dor. É essa forma de pensar e agir que faz da Mundipharma uma das líderes nos segmentos onde atua, sempre com muita inovação e produtos de alta qualidade.



Mundipharma Brasil Prod. Mid. Farm. Ltda  
Rua Verbo Divino, 2001 - conj 162 - 16º andar  
CEP 04719-002 - São Paulo - SP

# MUNDIPHARMA

## A CONFIANÇA FAZ A DIFERENÇA NO TRATAMENTO DOS SEUS PACIENTES.

Há mais de 60 anos oferecendo medicamentos de alta qualidade e suporte para a área médica. Tudo para proporcionar a confiança que faz a diferença na vida das pessoas.

**4** Áreas terapêuticas:  
Dor, Oncologia, Doenças  
Respiratórias e Especialidades.

**3** Centros de Pesquisa:  
EUA, Reino Unido e  
Alemanha

**6** Continentes  
com atuação  
em 28 países.

**4** Bilhões de pessoas  
atendidas ao redor do  
mundo.

