

QUANDO CURAR NÃO É POSSÍVEL: O SIGNIFICADO DE PALIAR¹

WHEN YOU CAN NOT HEAL: THE MEANING OF PALI

Max Aleksander Cruz COSTA ² e Airle Miranda de SOUZA ³

RESUMO

Objetivo: refletir sobre o significado de paliar, quando a finitude do viver se anuncia. **Método:** estudo bibliográfico, com levantamento em bancos de dados da área, além de livros que abordam o tema. As práticas em cuidados paliativos junto ao paciente em processo de morte devem ser compreendidas a partir de um enfoque interdisciplinar favorecendo uma abordagem biopsicossocial e espiritual. **Considerações finais:** paliar, no âmbito da saúde, é sinônimo de cuidar, contrapondo-se ao curar. A morte não deve ser ocultada ou banalizada, mas sim encarada como um processo natural do ciclo de vida.

DESCRITORES: cuidados paliativos; modelo biopsicossocial e espiritual; psicologia; modelo biomédico.

¹ Artigo baseado na Monografia de Conclusão de Curso defendida no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará UFPA

² Psicólogo graduado na Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Pará UFPA

³ Professora Associada da Universidade Federal do Pará, docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Doutora em Ciências Médicas/Saúde Mental (UNICAMP)

INTRODUÇÃO

A assistência ao paciente fora de possibilidade terapêutica curativa é foco de atenção e cuidados quando consideramos a promoção de saúde integral. Nas condições em que o processo de morte se desencadeia de forma irreversível e o prognóstico de vida pode ser definido em dias, semanas ou meses, paliar é imprescindível, exigindo o olhar atento e cuidadoso de todo profissional da saúde.

O termo paliar deriva do latim *pallium*, que significa manto ou coberta, *comumente* usado pelos peregrinos em viagens e na língua portuguesa pode assumir significados distintos, ou seja, o de revestir de falsas aparências, mascarar ou atenuar, aliviar ou abrandar.

Cuidados paliativos é uma modalidade de assistência no fim da vida, de cuidados totais, ativos e integrais disponibilizado ao paciente e aos seus familiares.

MÉTODO

Estudo bibliográfico, realizado no período de março a maio de 2010, nos seguintes bancos de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS/BIREME (<http://bireme.br>); *Scientific Electronic Library Online* (<http://www.scielo.br>); Banco de Teses Brasileiras da CAPES (www.capes.gov.br) e Biblioteca Virtual de Saúde em Psicologia (<http://www.bvs-psi.org.br>), além de livros da área que abordaram o tema.

A MORTE NA CONTEMPORANEIDADE

São observadas mudanças ao longo do tempo no que se refere às atitudes sociais perante a morte, de modo que, na contemporaneidade surge a atitude da “morte interdita”, caracterizada pelo seu ocultamento; sua transposição para o ambiente hospitalar e a dificuldade em admiti-la, tanto por parte da equipe de saúde como pelo paciente em estado terminal. ^(1,2,3)

Ao transferir a morte para o hospital, esta deixa de pertencer ao moribundo, ou à sua família, e começa a ser um momento regulado e organizado por uma burocracia, cuja intenção é a de que a morte perturbe o menos possível a sociedade em geral. Na contemporaneidade, o tempo da morte alargou-se consoante a vontade humana que, não podendo suprimir, pôde regular a sua duração adiando o que seria o momento da morte em dias, semanas, meses ou anos, através do uso de

fármacos e de tecnologias de suporte da vida que só no nosso século passaram a existir. ^{1,2,3}

A atitude que se espera do paciente fora de possibilidade curativa, pode ser a de que este aceite o fim da sua vida, comportando-se como se não soubesse que vai morrer. Desse modo, a boa morte é a que não se pressente e passa despercebida. A sociedade atual construiu a idéia de que é possível expulsar a morte da vida. ⁴

QUANDO CURAR NÃO É POSSÍVEL: A EMERGÊNCIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Toda ação paliativa visa diminuir, em ambiente hospitalar ou domiciliar, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar do paciente. ⁵ Enquanto disciplina, destaca-se o trabalho pioneiro de Cecily Saunders, defendendo a necessidade do desenvolvimento de uma Medicina especificamente direcionada às etapas da vida e da doença, mais adiante denominada de medicina paliativa, orientada aos doentes classificados como fora de possibilidades terapêuticas curativas. ⁶ A psiquiatra suíça Elizabeth Kübler-Ross acompanhando pacientes em fase final da vida identificou as fases do luto: negação; raiva e revolta; barganha; depressão e aceitação. ⁶ A partir de sua atuação humanista, possibilitou o resgate da subjetividade do paciente terminal ao favorecer com que este pudesse expressar suas demandas.

No Brasil em 1997 é fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos. Segundo dados fornecidos por esta entidade, no ano de 2001, no Brasil, havia somente cerca de trinta serviços de cuidados paliativos, em sua maior parte dedicada aos doentes fora de possibilidades terapêuticas oncológicas, promovendo assistência ambulatorial, domiciliar e internação hospitalar. ⁶

É observado que o sistema de saúde brasileiro está enfrentando grandes desafios neste novo século: o aumento da população de idosos, o crescente número de pessoas com câncer, doenças cardíacas e cerebrovasculares. Tal cenário indica a necessidade de políticas de saúde voltadas para os indivíduos ao final da vida. ⁷ A portaria nº 19/GM, publicada em 2002 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS remete a organização de equipes multidisciplinares e uma rede de assistência descentralizada e regionalizada, visando incrementar a cultura em Cuidados Paliativos com iniciativas de educação continuada e disseminação do conhecimento. ⁸

CUIDADOS PALIATIVOS E O PACIENTE EM PROCESSO DE MORTE: A INTERDISCIPLINARIDADE FAVORECENDO O ENFOQUE BIOPSIKOSSOCIAL E ESPIRITUAL

Práticas de cuidados paliativos, devem proporcionar alívio e conforto, compreendendo e assistindo o paciente nas dimensões física, social, psicológica e espiritual, sendo desenvolvida por equipes interdisciplinares.⁹ A interdisciplinaridade diz respeito a uma real interação entre os vários profissionais, comunicação de qualidade, utilização máxima dos conhecimentos envolvidos no processo, produção de práticas e saberes.¹⁰ Entende-se ainda que deva existir uma horizontalização das relações de poder.¹¹

Outro aspecto importante vem a ser a consideração da dimensão espiritual dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas curativas.¹² Crenças religiosas estão relacionadas à melhor saúde e qualidade de vida entre as pessoas, assim como, pertencer a um grupo religioso melhora o suporte social. O atendimento espiritual ao

paciente e familiares, possibilita condições para reflexões profundas sobre questões existenciais; confrontos e desafios quanto ao propósito de vida, perdão, acerto de contas e qualidade de vida.^{13,14,15}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morte não ocultada e nem banalizada é encarada como um processo natural e parte do ciclo de vida de todos os seres vivos. Curar e paliar têm como princípio fundamental o cuidar. Esse ato representa mais que um momento de atenção, é na realidade uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o ser cuidado.

As dimensões biopsicossociais e espirituais devem ser consideradas em todo o processo de assistência em saúde. Em cuidados paliativos favorecem com que o paciente e familiares realizem escolhas, garantindo-lhe o direito de experimentar o morrer com dignidade ou seja, uma “morte suficientemente boa”, compreendida enquanto ausência de abandono e descaso, manejo e controle da dor, entre outras..

SUMMARY

WHEN YOU CAN NOT HEAL: THE EMERGENCE OF HOSPICE

Max Aleksander Cruz COSTA e Airle Miranda de SOUZA

Objective: the present study sought to understand the significance of the deal, when the finitude of life itself. **Method:** this bibliographic study, used documents searched in some databases, national and international, in addition to books by authors who have tackled the topic. Practices in palliative care to the patient in case of death from an interdisciplinary and multidisciplinary approach favouring a biopsychosocial approach and spiritual. **Final considerations:** thus, alleviate, in the context of health, is synonymous with caring, opposed to heal, so death should not be hidden or standardised products encompassing all products, but rather seen as a natural process lifecycle.

Key-words: palliative care; biomedical model; biopsychosocial model and spiritual; psychology.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Ângela Carina Sá Neves pelas contribuições materiais e intelectuais que favoreceram na estruturação e finalização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Caterina, MC. O luto: perdas e rompimento de vínculos – módulo 28. Paraíba: Associação Psicanalítica do Vale do Paraíba, 2008.
2. Áries, P. Sobre a História da Morte no Ocidente – desde a Idade Média. 2. ed. Tradução Pedro João. Lisboa, [s/e], (Coleção Teorema), 1989.

3. Combinato, DS; Queiroz, MS. Morte: uma visão psicossocial. Estudos de Psicologia. 2006; 1 (2): 209-216.
4. Hennezel, M; Leloup, J. A arte de morrer (Gemeniano Franco, trad.). Lisboa: Editorial Notícias, 1998.
5. Maciel, MGSA. Terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. Prática Hospitalar. 2006; (47):46-49.
6. Menezes, RA. Em busca da Boa Morte - Antropologia dos Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fio Cruz, 2004.
7. Da Silva, RCF; Hortale, VA. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2006; 22(10): 2055-2066
8. Carvalho, RT. Legislação em Cuidados Paliativos. Em: Cuidado Paliativo. Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 613-629, 2008.
9. Montagnini, M. Plano de Diretrizes – implementação de um programa de Cuidados Paliativos em Hospital Geral. Em: Cuidado Paliativo. Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 643 – 653, 2008
10. Juver, J. Cuidados Paliativos no Hospital Geral. Prática Hospitalar. 2007; (10) 53;192-194.
11. Juver, J; De Riba, JPC. Equipe Multidisciplinar em Cuidados Paliativos. Prática Hospitalar. 2009; (11) 62; 135-137.
12. Aitken, EVP. Multidisciplinariedade e Interdisciplinariedade. Em: Cuidado Paliativo. Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 87- 90, 2008.
13. Aitken, EVP. Papel do assistente espiritual na equipe de Cuidados Paliativos. In: Manual de Cuidados Paliativos da ANC, 239-240, 2009.
14. Franco, MHP. Multidisciplinariedade e Interdisciplinariedade. Em: Cuidado Paliativo. Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 74 – 76, 2008.
15. Nunes, LV. Papel do Psicólogo na Equipe de Cuidados Paliativos. Em: Manual de Cuidados Paliativos da ANCP, 218-220, 2009.

Endereço para correspondência

Max Alecsander Cruz Costa
Rua Miranda Mateus, 2653
68795-000 Benevides - Pará
Fone: (0xx91) 8167-7937
e-mail: maxcruzcosta@gmail.com

Airle Miranda de Souza
PSG Severa Romana, 14- Sacramento
CEP: 66120370 Belém-Pa
Fone: (0xx91) 88621121
e-mail: airlemiranda@gmail.com

Recebido em 08.07.2011 – Aprovado em 27.10.2011