

## Cuidados Paliativos e a Saúde dos Idosos no Brasil

*Palliative care and elderly health in Brazil*

Angela Maria Amaral Soares Abou Ali

**RESUMO:** Nos últimos anos a população idosa está aumentando substancialmente, com cerca de 650.000 por ano, bem como a afirmação do conceito de *unifamilies*, isto é, famílias compostas por uma única pessoa. Em minha pesquisa é proposta uma reflexão sobre a saúde dos idosos no Brasil, e as condições de uma doença crônica e seu estado agudo – terminal, da qual resulta este estudo. Na sociedade atual, capitalista e capitalizados, o indivíduo é valorizado por sua produção, perdendo seu valor quando adquire uma doença incapacitante. Há uma necessidade crescente de trabalho, e cada vez há menos tempo e recursos para gerenciar a permanência de um paciente idoso em casa ou pagar por um cuidador. Esta situação leva as famílias a recorrer à hospitalização, o que torna os hospitais superlotados com pacientes neste estado, afetando tanto os cuidados de emergência como o tratamento de pacientes crônicos. Este fato ocorre devido à falta de infra-estrutura hospitalar, bem como pela falta de unidades do sistema de saúde capazes de oferecer cuidados paliativos. Os questionamentos sobre os idosos que necessitam de cuidados paliativos, e uma reflexão sobre o tipo de cuidado despendido para esse tipo de paciente, deve ser o ponto central das reflexões de um profissional, capaz de levá-lo a uma nova maneira de pensar e, conseqüentemente, inspirá-lo a agir de um modo novo.

**Palavras-chave:** Idoso; Cuidado Paliativo; Hospital de Retaguarda.

**ABSTRACT:** *In recent years elderly population is increasing substantially, about 650,000 per year, as well as the concept of unifamilies, ie, families consisting of a single person. In this paper, is proposed a reflection about health of elderly in Brazil, and the conditions of a chronic disease and its acute state - terminal. In the actual society, capitalist and capitalized, the individual is valued by his production, losing his value when acquires a disabling illnesses. There is a growing need for work, and each time there is less time and resources to manage the permanence of an elderly patient at home, or pay for a caregiver. This situation leads families to resort to hospitalization, which in turn makes the hospitals overcrowded with patients in this state, affecting both emergency care as the treatment of chronic patients. This fact occurs due to lack of hospital infrastructure, as well by the lack of units of the healthy system capable of providing palliative care. The questioning about the elderly who need palliative care, and reflection about the type of care dispended for this kind of patient, should be the focal point of professional's reflections, capable to lead him to a new way of thinking and, consequently, to inspire him to act in a new way.*

**Keywords:** *Paliative Care; Elderly; Hospice.*

## Cenário atual

Em nosso país, nas duas últimas décadas, houve um aumento da população de idosos. (IBGE, 2000). É considerado idoso aquele com idade igual ou maior que 60 anos, e a sua assistência tornou-se prioritária, tendo em vista o aumento progressivo da expectativa de vida observada.

A população nesta faixa etária corresponde hoje a 11% da população geral<sup>1</sup>, de forma que a cada ano incorporam-se 650.000 pessoas, tendendo a inverter essa proporção observada nos próximos anos.

Neste cenário, em outubro de 2008, o Ministério da Saúde-MS, lançou no Rio de Janeiro o *Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos*, que oferece cursos em 36 Escolas Técnicas do SUS em todo o país e lançou um guia para cuidados com o idoso,<sup>2</sup> que instrumentalizou os interessados na área de Gerontologia.

A adoção dessas medidas pelo MS é justificada, dada a mudança do perfil populacional, reforçada pelas tecnologias de prolongamento da vida. A preocupação com os cuidados dispensados aos idosos é uma tendência mundial, e cada vez mais se destaca a importância das questões legais e

---

<sup>1</sup> Cf. Portal de Atendimento da Ouvidoria do SUS.

<sup>2</sup> Cf. *Guia prático do cuidador*. (2010). Ministério da Saúde.

preocupações com o envelhecimento populacional, tornado esse assunto de extrema relevância para a sociedade.<sup>3</sup>

Todavia, é de conhecimento geral a carência de programas de prevenção e, principalmente, voltados para a assistência específica aos problemas dos idosos sob o ponto de vista físico, psiquiátrico, social e cultural. A necessidade de assistência é notada quando idosos acamados ou sequelados voltam para suas casas após alta hospitalar, onde não há cuidadores preparados para atendê-los em suas necessidades, criando uma situação de extrema ansiedade e angústia aos familiares.

Muitas vezes, hospitais são impelidos a realizar a desospitalização precoce, diante da necessidade de ocupação de leitos hospitalares por pacientes em situações agudas, deixando à família a tarefa de cuidadores, para a qual não estavam preparados.

Há no Brasil 7.564 hospitais, dos quais 37% são públicos.<sup>4</sup> Das vagas ocupadas em hospitais públicos, grande parte abriga pacientes em condições crônicas, ocasionando uma carência de leitos no Sistema Público de Saúde, e uma falsa ideia de superlotação. Os leitos em hospitais gerais apresentam alto custo – pois a estrutura a ser sustentada visa a atender a uma ampla gama de especialidades e exames específicos. A manutenção desses leitos gera um elevado ônus para o poder público, que poderia ser minimizado com a criação de unidades especializadas em Cuidado Paliativo, que, com menor aparato tecnológico, apresentariam um menor custo de manutenção para os leitos disponibilizados.

Muitas entidades particulares, geridas visando à sustentabilidade social, tem feito frente às demandas da sociedade, assumindo tarefas do governo e, de modo pioneiro, criado estruturas de apoio dentro do arcabouço social, procurando suprir a lacuna deixada pelo serviço público em assistir a pessoas com doenças em fase crônica ou terminal de suas vidas. Tais entidades, muitas vezes mantidas apenas com o apoio da sociedade, contribuem para amenizar o cenário de desassistência dos idosos em condições crônicas no Brasil.

### **Conceito atual de cuidados paliativos**

Numerosos trabalhos surgiram desde o início do século XIX em vários pontos da Europa e Estados Unidos, como *Jeanne Garnier*, *Mary Aikenhead*, *Rose Hawthorne* e *Cicely Saunders*. Embora essas mulheres pioneiras não se conhecessem pessoalmente, tiveram como objetivo comum

---

<sup>3</sup> Cf. *Guia prático do cuidador*. (2010). Ministério da Saúde.

<sup>4</sup> Cf. *Guia prático do cuidador*. (2010). Ministério da Saúde.

cuidar das pessoas que estavam morrendo, e em particular dos pobres. (Pessini & Berthachini, 2005).

Longe de ter um sentido usual que o termo “paliativo” assume em linguagem corrente, seu significado deriva do latim *pallidum*, que refere o “manto usado pelos peregrinos durante suas viagens em direção aos santuários para protegê-los das intempéries”. (Bettega, 2009). Decorre daí, a analogia com o cuidado paliativo que, segundo esse mesmo autor, “tem o objetivo de proteger a pessoa doente durante seu último período de vida”.

A Organização Mundial de Saúde (2009) define por cuidados paliativos:

Uma abordagem que aprimora a qualidade de vida do paciente e familiar que enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psico-social e espiritual.

A medicina paliativa já é caracterizada como uma especialidade. (Menezes, 2004). Esta modalidade de assistência surgiu no final da década de 60 do século XX na Inglaterra, em contraposição a uma prática médica tecnologizada e “desumana”, na qual o doente é excluído do processo de tomada de decisões relativas a sua vida e, em especial, a sua própria morte.

O cuidado paliativo caracteriza-se pela atenção ao detalhe, à minúcia, ao bem-cuidar; pela atenção à singularidade de cada ser humano que se encontra numa situação de fragilidade e dependência; é a percepção de quão maiores são as necessidades do assistido, as quais ultrapassam a barreira da condição física, entremeando-se com os aspectos imateriais da psicologia e espiritualidade. A humanização pretendida no Cuidado Paliativo pressupõe o respeito pela vida e a autonomia do outro, na condução não invasiva dos procedimentos, mesmo que isso contrarie as crenças do profissional, uma vez que o paciente esteja consciente e orientado.

### **Os cuidados paliativos como prática científica**

A medicina paliativa representa uma ruptura com o paradigma médico hegemônico, centrado na cura da doença, e a retomada de uma prática assistencial interrompida com as novas tecnologias desenvolvidas no século XX. (Menezes, 2004).

Todos os profissionais que compõem uma equipe de cuidados paliativos devem estar

voltados para um único objetivo: a manutenção da vida do paciente, seus desejos e necessidades; e não a ferida ou a doença. Muitas vezes, o foco é de como a ferida está evoluindo, se o paciente apresentou febre ou como está progredindo o seu quadro clínico, sendo que seus sentimentos, temores e anseios acabam ficando de lado durante o tratamento. Morrer em silêncio é um processo desesperador e angustiante, uma vez que familiares e profissionais já vivem o processo de perda e luto, a partir da internação em uma instituição de cuidados paliativos, porém, o doente está em vida; com essa atitude de lamentação direcionam-no à única solução possível: a morte, como se assim, tudo estivesse resolvido, suprimindo a vida.

O acompanhamento em um espaço hospitalar com procedimentos terapêuticos que visam a promover uma morte digna caracteriza os cuidados paliativos na atualidade. No cuidado paliativo há uma ênfase no apoio espiritual e físico; cada vez mais se procura aliviar a dor dos enfermos graves, buscando as melhores condições possíveis para o seu bem-estar.

Em pouco tempo como ciência, os cuidados paliativos apresentam uma produção científica modesta e poucos profissionais paliativistas; porém, para o contexto de país já é importante.

Contudo, no Brasil, a prática dos cuidados paliativos ainda é desconhecida da maioria da população e, principalmente, dos profissionais de saúde. (Pessini & Bertachini, 2006). Pior que isso, segundo os autores, é a compreensão equivocada dos cuidados paliativos com a indução da morte, denominada por *eutanásia*. Os cuidados paliativos suspendem apenas os tratamentos considerados fúteis, como a *distanásia*, e não induzem à morte, mas a consideram como um processo natural da vida. Esse procedimento é denominado ortotanásia. Segundo esses autores, “cuidar paliativamente requer, muitas vezes, um tratamento mais ativo, mais abrangente e mais complexo. Não no sentido de sofisticação tecnológica, mas sim no de integração multidisciplinar”. (Pessini & Bertachini, 2006).

## **A Dor e os Cuidados Paliativos**

O conceito usado mundialmente pela Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP) é o que define a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano”, ou seja, a dor é uma experiência individual, única, modificada pelo conhecimento prévio de um dano que pode ser existente ou presumido.

A dor é um dos sintomas que mais aflige os pacientes de cuidados paliativo grave ou terminal. Embora existam instrumentos de avaliação da dor, não surgiu ainda um aparelho que possa quantificar a dor física; sua mensuração sempre se dá através da verbalização ou expressão do

paciente, juntamente com a observação e mensuração de sinais e sintomas que cada um refere com intensidade diferente para uma mesma causa.

Ora, aquele sujeito cujo corpo transita pela sociedade pode carregar dentro de si uma dor dilacerante na alma, e ainda assim ter que continuar vivendo. Não sendo esta dor verbalizada, pode alguma tecnologia identificá-la? Como uma dor terrível no coração pode ser diagnosticada se não de maneira verbal? O coração existe em nossos corpos. Acreditar e intervir na dor de um ser que não pode se comunicar de forma verbal com o mundo, mas apenas a partir da presença de seu corpo, único fator de expressão, saber e admitir que existem questionamentos que ainda não foram elaborados pelo saber tecnológico é aceitar a condição limitada, misteriosa e singular de ser humano.

De acordo com Drane e Pessini (2004: 54),

A dor e o sofrer enfraquecem a pessoa, forçam-na a confiar na ajuda de uma outra pessoa dotada de poder a fim de reagir adequadamente e recuperar certo nível de controle. Os pacientes não podem decidir sozinhos ou agir de modo decisivo em seu próprio interesse como o fizeram antes da doença. A liberdade de fazer as escolhas cruciais da vida é perdida ou danificada severamente pela doença.

## **Dor Total**

Existem questões recorrentes postas pelos pacientes, relacionadas à situação dos bens familiares após sua morte, ou de como seu cônjuge continuará a vida. Cabe a uma equipe se possível multidisciplinar acolher e trabalhar estas questões; porém, resolvê-las não está no âmbito de ação do paciente e tampouco da equipe de profissionais envolvidos.

Em 1960, a médica inglesa Cicely Saunders acrescentou ao conhecimento de dor o conceito de dor total que envolve todo o ser, em sua dimensão física e psíquica. Além da dor física, existe o medo de morrer, o medo do desconhecido, a solidão e a religiosidade. Tais questões circundam os últimos dias das pessoas. Para que qualquer terapêutica tenha sucesso é necessário mais que medicamentos e intervenções tecnologizadas; é preciso uma abordagem clara, sincera, afetuosa e multidisciplinar. (Arantes & Maciel, 2008).

Grande parte dessas aflições e questionamentos provém de que a atual sociedade não se preparou culturalmente nem em termos mínimos para a morte. Existe uma questão cultural de só se pensar na partida quando se chega o aviso de que este período findou; o exercício de pensar na própria morte remete à ideia do que não se pode mudar ou fugir; então simplesmente não se fala

sobre “ela”. Independente de questão social ou financeira, a sociedade moderna é estabelecida em um mundo capitalista e de consumo, em que guardar uma poupança ou fazer um mútuo funerário na maior parte das vezes não é prioridade. Uma abordagem profissional pode atenuar os efeitos dessa situação inexorável do passado, do presente e tranquilizar o futuro. Deveria se preparar todas as pessoas desde o seu nascimento para a partida, pois essa é a única certeza que se tem.

### **Sedação Paliativa**

Até o presente, a difusão de cuidados paliativos em cursos de nível superior é quase inexistente. Tendo em vista a quantidade de cursos e profissionais que estes produzem, a mensagem enfática dos recém-formados é: resolver, curar e salvar. Os procedimentos e as prescrições medicamentosas voltam-se sempre para os referidos objetivos. Nesse sentido, o paciente de cuidados paliativos percorre três fases: diagnóstico, tratamento e fase final; a terapêutica paliativa é o momento em que o paciente é encaminhado para casa, pois não há nada mais que se possa fazer. Entre ir para casa e o hospital, existe a sedação paliativa:  $M_1$ ,  $M_2$  e  $M_3$ , às quais um coquetel de drogas é associado de forma empírica para diminuir o nível de consciência e eliminar o sofrimento físico. Este procedimento é vastamente utilizado quando outros fármacos não produzem o efeito de analgesia necessário. (Ferreira, 2008).

Sedação paliativa é a administração deliberada de fármacos que reduzem o nível de consciência, com o consentimento do paciente ou de seu responsável, que tem por objetivo aliviar adequadamente um ou mais sintomas refratários em pacientes com doença avançada terminal. (Morita; Tsuneto & Shima, 2002).

Sintoma refratário é todo o sintoma que não pode ser adequadamente controlado após repetidas tentativas de identificar um tratamento tolerável que não interfira no nível de consciência. (Cherny & Portenoy, 1994).

### **Os Procedimentos Práticos dos Cuidados Paliativos**

Por diversas vezes, o profissional recebe um paciente, ocasião em que o acompanhante refere: “Ele só precisa de um lugar para morrer” ou “já foi feito tudo que poderia, este é um quadro permanente”. Avaliando desta forma, verifica-se que eles consideram a doença e não o doente; acreditam que um Hospital de Retaguarda ou uma Instituição de Longa Permanência (ILP) é “um

morredouro” e não um lugar para melhorar a qualidade da vida que resta ao paciente. Os cuidados paliativos referem-se a procedimentos não invasivos e direcionados às necessidades de cada um e aumentam a sobrevida.

O executar do cuidado paliativo atua no detalhe, e é uma ação multidisciplinar, fazendo parte da filosofia do cuidado ao idoso em paliativa.

Lidar constantemente com a extrema fragilidade de seres humanos em condições precárias de vida, com seus corpos extremamente debilitados, potencialmente à beira da morte, mas muitas vezes conscientes, conduz os profissionais a uma reavaliação dos limites da vida e da autonomia do indivíduo.

Em uma tal situação, a equipe procura atender a quaisquer solicitações, mediante avaliação multidisciplinar, num esforço para suprir os que podem ser os derradeiros desejos de um ser humano. A palavra “não pode” inexistente nesse contexto, pois até o momento em que se possa verbalizar a vontade do paciente esta deve permanecer; porém, muitas vezes contrapõem-se os valores individuais de cada um. São exemplos: fumar moderadamente, tomar sorvete, festa de aniversário, tomar sol na praça, ouvir rádio ou assistir à TV.

Atualmente sob a concepção de saúde, estas atividades não se incluem como terapêutica, por não consistirem enquanto prescrição de tratamento para uma doença e, sim, como ações da vida de pessoas “normais”. O fato de estar “preso” a uma cama não inviabiliza pequenos “prazeres” da vida; o objetivo é potencializar a vida, o indivíduo e não a doença. O foco na doença e não no doente ainda está fortemente consolidado na formação dos profissionais de saúde, refletido em ações biológicas e tecnicistas, desconsiderando o fato de que o estado de ânimo é capaz de alterar o próprio funcionamento do organismo, contribuindo para a melhoria do estado de saúde do paciente.

A voz do paciente, suas vontades e desejos frequentemente são suplantados por um saber maior. O conhecimento hegemônico dos profissionais de saúde em relação às ações de cuidado e terapêutica medicamentosa se sobrepõe à vontade pessoal, sendo a voz do paciente apenas reflexo de sua ignorância e debilidade diante da doença.

### **A Obstinação terapêutica**

Quando os recursos tecnológicos possíveis são utilizados para “salvar” vidas? São casos como aqueles de pacientes que, em sua grande maioria, sofreram Parada Cárdio-Respiratória (PCR) em consequência de um acidente, ou de uma doença que os acometem, e foram revertidos desta condição por um profissional de saúde, por meio da Ressuscitação Cárdio-Pulmonar (RCP); é esse



paciente mantido através de respiradores, com uma lesão cerebral que o leva a um estado de vida vegetativo.

Embora o profissional considere, muitas vezes, ter obtido êxito nesta ação devido ao coração novamente bater dentro daquele corpo, constata-se que, agora, de movimento corporal, o paciente só apresenta o ato de piscar. Nestes casos, pode-se dizer da obstinação terapêutica, ou da resistência médica em favor da vida, não importando em que condições, a que um paciente pode ser submetido...

### **Para que cuidar se vai morrer?**

Alguns profissionais podem fazer a si mesmos esta pergunta que incomoda. E ela pode não deixar de surgir, ou ter seu sentido, quando dos procedimentos a serem adotados por profissionais da saúde diante de um paciente em estágio terminal, estando a pergunta também presente quando se avalia a utilidade da ministração dos cuidados paliativos.

Torna-se claro, em tal situação, que a resposta a essa pergunta é a principal justificativa dos cuidados dispensados ao enfermo, e isso reflete inevitavelmente a filosofia adotada diante da vida de um paciente. Uma filosofia mercantilista, baseada em resultados (como a cura), poderia conduzir a um relativo abandono do 'caso', enquanto uma filosofia humanista iria conduzir, certamente, a medidas que busquem o bem-estar da pessoa, enquanto ela estiver viva.

Do ponto de científico, apenas uma pequena parcela das enfermidades que acometem o ser humano pode ser realmente curada pela medicina. As maiores parcelas encontram-se no âmbito da prevenção e no cuidado paliativo.

No entanto, grande parte dos recursos e esforços estão concentrados no 'curar', pois a cura representa o 'resultado' do processo, e desse modo, a atividade exercida pelo profissional encontra um paralelo no processo capitalista de produção, no qual um investimento é feito e dele nasce um produto mensurável.

Nesse sentido, ocorre uma objetificação do ser humano, um descarte da sua capacidade de pensar e sentir, tornando o cuidado frio e desprovido do verdadeiro interesse pela vida e bem-estar do indivíduo.

Essa situação ocorre porque a formação da maioria dos profissionais de saúde é voltada para a impessoalidade, levando-os a enfatizar demasiadamente os procedimentos, as doenças, os diagnósticos e os métodos de cura.

Por outro lado, a abordagem humanista favorece o restabelecimento das condições de saúde

do indivíduo. O corpo, por mais débil que se apresente, responde rapidamente a um mínimo de recursos oferecidos (banho, curativo, mudança de decúbito, alimentação, medicações básicas), sobretudo sob um estado de ânimo favorável.

Muitas vezes, um indivíduo que é admitido com prescrição de sedação, ou seja, “coma induzido”, em uma instituição própria para Cuidados Paliativos para viver suas derradeiras horas ou alguns dias, acaba por surpreender a todos, e tem seu fim postergado naturalmente. Isso porque o cuidado humanizado aumenta a potência da vida, devido ao fato de que o doente é percebido como uma pessoa e não como uma doença.

A ministração de um cuidado que valoriza o ser humano provê a este um estado emocional mais favorável, mediante o qual a resposta do organismo é mais eficaz no combate às enfermidades que o acometem, prolongando-lhe naturalmente a vida.

É natural que um profissional de saúde, formado segundo os moldes atuais de não envolvimento e foco em resultados, tenha dificuldade em tentar entender sobre morte, cuidado paliativo, obstinação terapêutica ou ortotanásia, uma vez que lhe faltam, muitas vezes, embasamento literário direcionador na graduação e a conseqüente escassez de reflexão sobre o tema. Essa dificuldade é aumentada devido à falta de profissionais paliativistas no mercado e, mais ainda, de instituições que adotem a filosofia paliativista de atendimento.

Além de ter que superar essa lacuna na sua formação, o profissional paliativista deve livrar-se de quaisquer preconceitos que interfiram na sua conduta diante do paciente.

Embora seja uma ideia amplamente aceita e pregada pela sociedade a questão da liberdade de auto-expressão, muitas vezes, o exercício dessa liberdade o leva a receber rótulos, tornando-o vítima do preconceito, o qual muitas vezes encontra-se camuflado em discursos moralmente aceitos.

Tais discursos não são observados na prática, e obviamente, refletem a necessidade natural de a pessoa ser aceita no meio social, colocando-se de acordo com a massa. Ter uma ação que, convergente ao discurso, seja ele politicamente correto ou não, implica em coragem, disposição e observância. Isso ocorre porque, muitas vezes, para manter uma conduta coerente com seu discurso, o paliativista tem que enfrentar ideias e práticas há muito consolidadas na área da Saúde.

## **Considerações finais**

Muitas vezes a ação do salvar não considera o paciente como indivíduo, a longo prazo, pois este corpo que dependerá totalmente de outra pessoa para a promoção de cuidados básicos evolui

para um processo paulatino de apodrecer ainda vivo, suas carnes em partes se decompondo pelas úlceras por pressão; todas as proeminências ósseas ao longo de sua condição de acamado tornam-se feridas profundas de odor fétido.

Essa situação se agrava pela escassez de paliativistas suficientes, aos quais resta apenas a manutenção básica da vida e o corte de tecidos podres de um corpo “*semivivo*”.

A preparação de um profissional paliativista deve dar-se em múltiplos níveis, começando pelo domínio das técnicas, passando pelo controle físico e emocional durante o desenvolvimento da atividade, e posteriormente, pela reflexão e preparação psicológica para o trabalho.

Um último estágio de elaboração seria a reflexão filosófica acerca da condição de vida dos assistidos e do próprio profissional, proporcionando uma reavaliação da sua própria medida de valores, suas prioridades e modo de viver. Muitas vezes, uma pessoa necessita sentir a proximidade da morte para mudar sua atitude e paradigmas frente à vida, na busca por uma vida mais feliz, saudável e duradoura. Uma vez mais, enfrentar a questão da morte, remete o ser humano a questionamentos tão ancestrais quanto a própria consciência de finitude, quase tão antiga quanto a morte: o sentido da vida.

As ações de cuidados paliativos devem, em um contexto geral, estarem vinculadas a valores da vida humana. Vislumbrar um protocolo seria como dizer que o fim do ciclo de vida de todo o ser humano se dá de maneira igual e sistematizada.

Cuidado paliativo implica em envolvimento de fato entre seres humanos e não na mera execução de exames, protocolos e procedimentos. Contudo, há uma ideia generalizada de que envolver-se com o outro é como demonstrar sua fraqueza enquanto profissional, inabilidade, e, muitas vezes, incompetência.

Uma questão a ser pensada é de que a capacidade de percepção de determinados sentimentos e racionalização foi concedida somente a nós, seres humanos. Então, por que negar ou suprimir este sentimento de amor que vincula as pessoas? Por que exigir uma assistência humanizada e, paradoxalmente, que o profissional não se envolva com o paciente? Isso se contrapõe ao próprio conceito de humanização.

É preciso que se trate a todos, especialmente aqueles em estados agudizados, como seres humanos, devendo ser estabelecida, entre paciente e profissionais da saúde, uma autêntica relação de “mão dupla”.

## Referências

- Arantes, A.C.de L.Q. & Maciel, M.G.S. (2008). Cuidado Paliativo. In: *Avaliação e tratamento da dor*. São Paulo: CREMESP (Cap. III, parte III).
- Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP). Encontrado em 03, setembro 2009, em: [www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org).
- Bettega, R. (2009). *Cuidado Paliativo: Medicina a Serviço da dignidade Humana*. São Paulo. 2009. Encontrado em 13 setembro, 2009, em: <http://www.praticahospitalar.com.br>.
- Cherny, N. & Portenoy, R. (1994). Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J. Palliat Care*, 10: 31-8.
- Drane, J. & Pessini, L. (2004). *Bioética, medicina e tecnologia: Desafios éticos na fronteira do conhecimento humano*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola.
- Ferreira, S.P. (2008). Cuidado Paliativo. In: *Sedação Paliativa*. São Paulo: CREMESP. (Cap.VIII).
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. (2003). *Censo Demográfico de 2000*. Rio de Janeiro. Encontrado em 10 março, 2010, em: <http://www.ibge.gov.br/censo>.
- Menezes, R.A. (2004). *Em busca da "boa morte": uma investigação sócio-antropológica sobre Cuidados Paliativos*. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Ministério da Saúde. (2010). *Guia prático do cuidador*. Encontrado em 10 janeiro, 2010, em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_cuidador.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf).
- Morita, T.; Tsuneto, S. & Shima, Y. (2002). Definition of sedation for symptom relief: a systematic literature review and a proposal of operation criteria. *J. Pain Symptom Manage*, 24: 447-53.
- Organização Mundial de Saúde (2009). Encontrado em 17 setembro, 2009, em: <http://www.who.int/en>.
- Pessini, L. & Bertachini, L. (Orgs.). (2006). *Humanização e Cuidados Paliativos*. (3ª ed.). São Paulo: Loyola.
- Pessini, L. & Berthachini, L. (2005). Ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *O Mundo da Saúde: Novas perspectivas em cuidados paliativos*, 29(4). São Paulo: 491-509.
- Portal de Atendimento da Ouvidoria do SUS. (2010). Encontrado em 10 março, 2010, em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1003](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1003).

Recebido em 10/03/2011

Aceito em 29/03/2011

---

**Angela Maria Amaral Soares Abou Ali** – Coordenadora de Enfermagem do Hospital de Retaguarda Francisco de Assis, em Ribeirão Preto (SP). Enfermeira, Mestre em Gerontologia/PEPG em Gerontologia/PUC-SP.

E-mail: [angela@franciscodeassis.net](mailto:angela@franciscodeassis.net)