



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Cuidados paliativos no Brasil – revisão sistemática

Jefferson Antônio Lima de Jesus Macêdo

Salvador (Bahia)
Novembro, 2015

FICHA CATALOGRÁFICA

(elaborada pela Bibl. **SONIA ABREU**, da Bibliotheca Gonçalo Moniz : Memória da Saúde Brasileira/SIBI-UFBA/FMB-UFBA)

Macêdo, Jefferson Antonio Lima de Jesus
M141 Cuidados paliativos no Brasil: revisão sistemática / Jefferson Antonio Lima de Jesus Macêdo. Salvador: JALJ Macêdo, 2015.

viii, 38 fls.

Professor orientador: Maria de Fátima Diz Fernandes da Cunha.

Monografia como exigência parcial e obrigatória para Conclusão de Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

1. Cuidados paliativos - Brasil. 2. Assistência paliativa – História. 3. I. Envelhecimento da população I. Cunha, Maria de Fátima Diz Fernandes da. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU – 364-787.9(81)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Cuidados paliativos no Brasil – revisão sistemática

Jefferson Antônio Lima de Jesus Macêdo

Professor orientador: **Maria de Fátima Diz Fernandez da Cunha**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2015.1, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Novembro, 2015

Monografia: *Cuidados paliativos no Brasil – revisão sistemática*, de **Jefferson Antônio Lima de Jesus Macêdo.**

Professor orientador: **Maria de Fátima Diz Fernandez da Cunha**

COMISSÃO REVISORA:

- **Maria de Fátima Diz Fernandez da Cunha** (Presidente, Professor orientador), Professor do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Cláudia Bacelar Batista**, Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Lara de Araújo Torreão**, Professor do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Marcelo Borges Botelho**, Doutorando do Curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde (PPgMS) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:

Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no IX Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2015.

“Quem busca o conhecimento e o acha, obterá dois prêmios: um por procurá-lo e outro por achá-lo. Se não o encontrar, ainda restará o primeiro prêmio.”
(Maomé)

Aos meus Pais, pela educação,
amor e carinho.

EQUIPE

1. Jefferson Antônio Lima de Jesus Macêdo, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.

Correio-e: Jeffer.macedo@yahoo.com.br; e

- Maria de Fátima Diz Fernandez da Cunha, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

➤ Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

FONTES DE FINANCIAMENTO

Recursos próprios.

AGRADECIMENTOS

- ◆ À minha orientadora, Professora **Maria de Fátima Diz Fernandez da Cunha** pela paciência e incentivo constante que tornaram possível a conclusão deste trabalho.
- ◆ Às Professoras **Claudia Bacelar Batista** e a **Lara de Araújo Torreão**, e ao Doutorando **Marcelo Borges Botelho**, membros da Comissão Revisora desta monografia, pelas orientações concebidas a fim de melhorar o trabalho.
- ◆ Ao Professor **José Tavares Carneiro Neto**, pelo empenho e dedicação em coordenar a confecção das monografias dos estudantes de medicina da Universidade Federal da Bahia.
- ◆ À Bibliotecária **Sônia Abreu**, da Bibliotheca Goncalo Muniz pelo auxílio na confecção da ficha catalográfica e pela disponibilidade e atenção dedicada aos discentes.
- ◆ Aos meus familiares **Lídia Lima de Jesus** e **Heider Marcos Jesus de Macêdo** por contribuírem na revisão desta monografia e por estarem sempre ao meu lado me ajudando a superar todos os obstáculos.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS	2
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	3
I. RESUMO	4
II. OBJETIVOS	5
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	6
IV. METODOLOGIA	14
IV.1 Base de dados	14
IV.2 Estratégia de busca	14
IV.3 Critérios de inclusão	15
IV.4 Critérios de exclusão	15
V. RESULTADOS	16
V.1 Resumo dos artigos incluídos na análise quantitativa	21
VI. DISCUSSÃO	28
VII. CONCLUSÕES	33
VIII. SUMMARY	34
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
X. ANEXOS	38
ANEXO I: Referências dos artigos excluídos após leitura na íntegra	38

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

FIGURA

FIGURA I. Diagrama Prisma	17
---------------------------	-----------

QUADRO

QUADRO I. Descritores utilizados na estratégia de busca	15
QUADRO II. Relação de artigos selecionados pela análise de título e resumo	18
QUADRO III . Relação de artigos estratificados de acordo com o panorama de implantação dos cuidados paliativos no Brasil	19

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

SIDA	Síndrome da imunodeficiência adquirida
OMS	Organização Mundial de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
CFM	Conselho Federal de Medicina
ABCP	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
CEM	Código de Ética Médica
SciELO	Scientific Electronic Library Online
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
PubMed	Public Medical Literature and Retrieval System Online
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

I. RESUMO

CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL – REVISÃO SISTEMÁTICA.

Fundamentação: Os cuidados paliativos definem-se pelos cuidados totais prestados tanto aos pacientes com doença progressiva e irreversível, quanto aos seus familiares. Têm como finalidade à promoção do alívio de sintomas e a manutenção da qualidade de vida. No Brasil, surgiram na década de 80, ainda sob resquícios da ditadura militar, época em que o sistema de saúde privilegiava o modelo da medicina voltado para a prática do curar doenças (hospitalocentrismo). Entretanto, na década de 90, este campo vem se difundindo frente a uma realidade de envelhecimento da população e o aumento da incidência de pessoas com doenças crônico-degenerativas, com relevante impacto na saúde pública. **Objetivo:** O objetivo principal do estudo é traçar o panorama da implantação dos cuidados paliativos no Brasil, com base nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), além de ampliar o debate sobre os cuidados ao final da vida em todas as áreas da assistência à saúde e estabelecer a relevância dos cuidados paliativos para a melhora da qualidade de sobrevivência dos pacientes fora de possibilidade de cura. **Método:** Foi feita revisão sistemática da literatura disponível em meio eletrônico (Pubmed, Scielo, Lilacs), utilizando a escala PRISMA, onde foram analisados artigos originais que abordassem o processo histórico dos cuidados paliativos no Brasil. **Resultados:** Inicialmente a pesquisa encontrou 1.441 artigos. Através da análise de títulos, resumos e identificação de duplicatas, foram excluídos 1.421 artigos. Dos 20 artigos pré-selecionados e lidos na íntegra, 4 foram excluídos por não tratarem do tema proposto do estudo e 16 foram selecionados e serviram de base para a pesquisa. **Discussão/conclusão:** Após análise e leitura dos artigos, ficou claro que houve discordâncias com relação ao local/contexto que contribuíram para a implantação dos cuidados paliativos no Brasil. Além desta discordância, existe muita divergência também com relação ao contexto histórico e social que motivaram inicialmente a prática de tais cuidados.

Palavras chaves: 1. Cuidados paliativos; 2. Brasil; 3. Assistência paliativa; 4. História.

II. OBJETIVOS

Primário:

1. Esta revisão sistemática tem o propósito de traçar o panorama da implantação dos cuidados paliativos no Brasil, com base nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Secundários:

1. Examinar dados da literatura sobre a forma como se deu a implantação dos cuidados paliativos no Brasil.
2. Estabelecer a importância dos cuidados paliativos para a melhoria da qualidade de sobrevivência dos pacientes fora de possibilidade de cura.
3. Ampliar o debate sobre os cuidados ao final da vida em todas as áreas da assistência à saúde.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

III.1 Breve Histórico dos Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos surgiram em Londres, na década de 60, no Saint Christopher Hospice, por sua fundadora Cicely Saunders, e tinha como principal objetivo, promover uma medicina do cuidar e oferecer um suporte digno aos pacientes portadores de doenças incuráveis e ou terminais¹. Nesta época objetivava, sobretudo, melhorar o final de vida dos pacientes vítimas de câncer.

O termo “paliativo” advém do vocábulo latino *pallium*, que tem como significado cobertor, remetendo a um sentimento de proteção, cuidado. Já o conceito de cuidados paliativos origina-se no movimento *hospice* e a palavra *hospice* tem origem no latim *hospes*, significando estranho e depois anfitrião. Em contra partida a palavra *hospitalis* significa amigável. Desta forma, o conceito que começa com bem vindo ao estranho evolui para o significado de hospitalidade².

Este pensamento, portanto, foi se consolidando gradativamente, estendendo-se de forma progressiva à fase terminal de outras doenças, adequando-se às diversidades das doenças e da idade dos pacientes, especialmente, por parte dos mais jovens, acometidos pela síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA)².

A filosofia dos Cuidados Paliativos expandiu-se para Canadá, Estados Unidos da América e nos últimos 25 anos do século XX, para o restante da Europa. É relevante citar que na década de 80 os cuidados paliativos foram implantados na França, para atender aos serviços de gerontologia¹.

É nesta época (1982) que o comitê de Câncer da Organização Mundial de Saúde – OMS, cria um grupo de trabalho com o objetivo de traçar políticas que visassem ao alívio da dor e aos cuidados do tipo Hospice para pacientes com câncer e que servissem de recomendação a todos os países. O termo Cuidados Paliativos, então, passou a ser adotado pela OMS, em função das dificuldades de tradução correta e adequada da palavra Hospice em alguns idiomas. Este termo, segundo o autor, já havia sido usado no Canadá em 1975³.

A OMS publicou sua primeira definição de Cuidados Paliativos em 1986, sendo revisada em 2002. Segundo a OMS, cuidados paliativos são definidos como “cuidados ativos e integrais prestados a pacientes com doença, progressiva e irreversível, potencialmente letal, sendo fundamental o controle da dor e de outros sintomas através da prevenção e do alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual”. O principal objetivo terapêutico é o alívio dos sintomas que comprometem a qualidade de vida dos pacientes envolvendo ações integradas de outras áreas além da medicina, como a enfermagem, psicologia, nutrição e assistência social⁴. A OMS define também os cuidados paliativos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida não só dos pacientes que estejam enfrentando problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave, mas também dos seus familiares, através do apoio na preparação e gestão de fim da vida e do apoio no luto⁵.

Ainda em 2002, dois documentos importantes foram publicados pela OMS: *The Solid Facts of Palliative Care* e *Better Care of the Elderly*. Nestes documentos continham recomendações para a implantação e implementação dos Cuidados Paliativos como estratégia de ação em sistemas nacionais de saúde².

Entre 1999 e 2001, muitos países programaram suas ações ou iniciaram suas atividades em cuidados paliativos. No Brasil, observou-se também o surgimento de vários serviços neste mesmo período.

III. 2 Cuidados Paliativos no Brasil

No Brasil, segundo Santos¹, apesar das iniciativas de implantação dos cuidados paliativos estarem sendo desenvolvidas de forma exitosa em diversos centros e hospitais do país, a perspectiva de expansão ainda se dá de forma vagarosa e incipiente.

É necessária uma reflexão acerca da importância da implantação e implementação dos cuidados paliativos, bem como a promoção das ações para a propagação e manutenção efetiva destes cuidados, tendo em vista que o perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira vem sofrendo alterações.

Para Kuchemann⁶, o Brasil é um país que envelhece de forma acelerada. As alterações na dinâmica populacional acontecem de forma explícita e não nos deixam dúvidas com relação a este fenômeno. Desde os anos 40, é entre a população idosa que se tem observado as taxas mais altas de crescimento populacional. Vale ressaltar que,

na década de 50, a taxa de crescimento atingiu valores superiores a 3% ao ano, chegando à 3,4% entre 1991 e 2000.

O autor acima citado, ainda descreve que em um intervalo de 25 anos (1980 a 2005), comparando o crescimento da população idosa com o crescimento da população total, concluiu-se que o primeiro foi de 126,3%, já o segundo foi de apenas 55,3%. Nesse mesmo intervalo, o segmento de 80 anos ou mais, cresceu a um ritmo relativamente maior do que a da população idosa total, apresentando um crescimento de 246,0%. Atualmente, a faixa etária de 80 anos a mais é composta por aproximadamente 2.935.585 pessoas, o que representa, 14% da população brasileira⁶.

Embora o envelhecimento populacional seja um fenômeno natural, irreversível e mundial, chama a atenção que o mesmo não se dá de forma semelhante entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento. Para Ministério da Saúde⁴, enquanto nos primeiros, o envelhecimento ocorreu e ocorre de forma gradativa e atrelada à melhoria nas condições gerais de vida dos cidadãos, no segundo, esse processo vem acontecendo de maneira bem acelerada, sem que haja tempo de uma reorganização social e de saúde adequadas para atender as novas demandas que surgem.

Desta forma, se por um lado o aumento da expectativa de vida significa mudanças culturais e avanços obtidos em relação à saúde e às condições de vida, assim como: redução da taxa de fecundidade, queda da mortalidade infantil, hábitos alimentares mais saudáveis e maior cuidado com o corpo. Por outro, traz a possibilidade do idoso ser acometido por doenças degenerativas e crônicas que os tornam dependentes dos cuidados de alguém, levando à redução da sua autonomia⁶.

Corroborando com este mesmo pensamento, Pinto et al⁷, que mostra que paralelo ao envelhecimento progressivo da população, se dá o aumento da prevalência dos casos de câncer, bem como o aparecimento de outras doenças crônicas degenerativas. Justifica, descrevendo que o grande avanço da biotecnologia, através da utilização de aparelhos para ventilação mecânica em conjunto com o desenvolvimento e atualizações das terapias mais modernas, fez com que muitas doenças que levavam o indivíduo a morte de forma mais rápida, embora, não tivessem tido a cura descoberta, tornaram-se crônicas, prolongando a vida destes pacientes.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), são caracterizadas por um conjunto de doenças que não trazem agentes infecciosos em sua ocorrência, ou história natural da doença, mas que podem levar ao desenvolvimento de incapacidades permanentes. No Brasil elas correspondem a, pelo menos, dois terços de toda a causa de morte, ressaltando as doenças do aparelho circulatório e do câncer⁸.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM)⁹, as doenças crônicas apresentam forte carga de morbidades relacionadas, pois, são responsáveis por grande número de ocorrências hospitalares, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Elas envolvem também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava, necessitando de internações prolongadas nas instituições especializadas.

Entende-se, portanto, que os avanços tecnológicos e da medicina, ainda que tenham conduzido mudanças significativas para a melhoria da saúde dos indivíduos, e que tenham contribuído para o crescimento da expectativa de vida das pessoas, nos trazem inquietações acerca do prolongamento artificial da vida e a qualidade de sobrevida dos pacientes.

Afinal, mesmo com os grandes esforços dos pesquisadores e a gama de conhecimento acumulado, a morte continua sendo uma certeza e amedronta o ideal de cura e de preservação da vida dos enfermos⁷.

É importante destacar que o modelo de medicina curativa, incisiva e voltada no combate exclusivamente da doença não compartilha com as necessidades deste tipo de paciente. Necessidades, inclusive, que têm sido freqüentemente esquecidas².

A instituição hospitalar brasileira, da mesma forma, está estruturada com elevada sofisticação tecnológica para tratar ativamente a doença, e ao se deparar com a falência deste tratamento e aproximação do paciente com a morte, raramente está preparada para tratar e cuidar do sofrimento dos enfermos e de seus familiares¹⁰.

Pinto et al⁷, revela que os pacientes fora da possibilidade de cura, muitas vezes, acumulam-se nos hospitais, recebendo de forma sistemática assistência inadequada, quase sempre com ênfase na tentativa de recuperação, servindo-se para isto de métodos invasivos e de alta tecnologia. Para os autores, essas abordagens, em muitas situações

são insuficientes, e em outras ocasiões exageradas e desnecessárias, pois, quase sempre não levam em consideração o sofrimento do paciente e da família e são incapazes, por falta de conhecimento adequado, de tratar os sintomas mais prevalentes.

Com o propósito de modificar estes parâmetros, é que os cuidados paliativos enfatizam a necessidade de um olhar diferenciado e atento para o sofrimento dos pacientes incuráveis, que provavelmente irão morrer pelo curso natural da sua doença, bem como, chamar atenção para a falta de respostas por parte dos serviços de saúde e para a especificidade dos cuidados que deveriam ser dispensados a esta população, proporcionando aos mesmos, a possibilidade de receber cuidados num ambiente apropriado, que promova a proteção da sua integridade, respeitando a sua autonomia e a sua dignidade. Os cuidados paliativos, então, surgem como uma alternativa para preencher esse viés nos cuidados ativos aos pacientes^{2,7}.

É importante destacar que muitos são os empecilhos encontrados pelos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, para a implantação de cuidados paliativos. Vale ressaltar: ausência de uma política nacional de alívio da dor; deficiência na educação dos profissionais de saúde; ausência de uma política governamental adequada; limitação no fornecimento de drogas necessárias para o alívio da dor; carência de recursos para pesquisa e desenvolvimento em cuidados paliativos¹¹.

Para Santos¹, existem duas organizações brasileiras que merecem destaque na divulgação e fomento dos cuidados paliativos: a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). A primeira foi fundada em 1997, pela psicóloga Ana Geórgia Cavalcanti de Melo, tendo em sua composição profissionais interessados nesta temática que formaram um conselho científico, para colocar em prática os objetivos da associação e agregar os serviços de cuidados paliativos já existentes. A segunda, criada em 2005, proporcionou avanços na regularização profissional do paliativista brasileiro.

Entretanto, tais ações ainda que mereçam destaque pela sua relevância, não são suficientes para a modificação cultural e para a difusão e propagação da importância dos cuidados paliativos para a sociedade de uma forma geral. Existe uma lacuna na formação dos profissionais de saúde, uma falta de incentivo às instituições hospitalares e políticas públicas voltadas para o enfrentamento de problemas decorrentes de doença incurável.

Segundo Fonseca e Geovanini¹², a revista de economia inglesa *The Economist* publicou em 2010 uma escala de qualidade de morte no qual o Brasil, de acordo com os critérios atribuídos, foi estratificado como o terceiro pior país para se morrer. Um dos motivos levantados pelos pesquisadores, seria a ausência de conteúdos relativos aos cuidados paliativos na graduação de profissionais da área de saúde, em especial, na formação médica.

III.3 Cuidados Paliativos e a Formação Médica

A medicina paliativa vem crescendo de forma significativa em todo o mundo, trazendo reflexões importantes acerca da assistência ao paciente fora de possibilidade de cura, em uma perspectiva não apenas do curar, mas do cuidar, com base no respeito e na dignidade humana, chamando atenção para a necessidade da empatia para com pacientes e familiares no que diz respeito, principalmente, ao sofrimento².

Embora esta seja uma preocupação mundial, observa-se que no que se refere à formação, educação continuada, treinamento e capacitação, pesquisas nacionais da última década revelaram e descreveram como fator negativo, a ausência na graduação de conteúdos para subsidiarem os profissionais de saúde no cuidar de pacientes terminais e os currículos dos cursos de graduação na área da saúde não contemplarem os cuidados paliativos¹³.

Não obstante, a formação atual do médico no Brasil, ainda que norteadas pela Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCNs), que traz em seu escopo a formação médica generalista, humanizada, crítica, reflexiva e ética, ainda se dá com base na técnica e fragmentação do cuidado. Para Paula¹⁴, os currículos das faculdades de medicina têm privilegiado cada vez mais a especialização e o uso da tecnologia.

Em consonância com este pensamento, Santos¹, descreve que a formação médica brasileira fragmentada e reducionista, em alguns momentos, tem dificultado e as vezes, até mesmo, impedido a abordagem necessária e adequada da dor e do sofrimento dos pacientes que estão fora de possibilidade de cura, sob os cuidados paliativos, inclusive.

Segundo Figueiredo¹⁵, quando os conteúdos dos cuidados paliativos, princípios e prática, são incorporados à formação médica, contribuem e complementam o aprendizado da medicina que é de grande resolutividade. Para o autor, estes conteúdos

são complementares e não excludentes, afinal, quando em conjunto é possível se obter os melhores recursos de cura, enquanto for possível, e os melhores recursos de cuidados, quando não mais for possível efetivar a cura.

Embora as adversidades citadas desfavoreçam a efetividade dos cuidados paliativos e que nos currículos de graduação não contemplem a temática, vale ressaltar, que o cenário brasileiro educacional vem sendo modificado, através de ações, cursos, resoluções, inclusive, com o reconhecimento por parte do CFM.

Em 2009, pela primeira vez na história da medicina no Brasil, o CFM incluiu, no novo Código de Ética Médica (CEM), em um contexto mais ampliado, os cuidados paliativos como princípio fundamental. Traz uma perspectiva inovadora a partir de uma percepção não exclusivamente biologicista, mas eminentemente humanista^{1,16}.

De acordo com Chaves et al², o novo CEM, recomenda um novo perfil para o médico, agora como um orientador, capaz de empoderar o seu paciente para compartilhar as tomadas de decisões, estabelecendo uma relação de confiança entre ambos em que a técnica e a ética estejam em equilíbrio. Desta forma, o médico deve estar preparado para o atendimento do paciente, reconhecendo-o como ser integral, com sentimentos, expectativas e com direitos a decisões que lhe garantam dignidade na vida e no processo de morrer.

Em 2011, então, o CFM através da sua resolução nº 1973/2011 publicada em 01/08/2011, reconheceu os cuidados paliativos como uma nova especialidade médica e é destinada à médicos especialistas em outras áreas mediante uma ano extra de formação. Tem como princípio a qualificação dos profissionais médicos, para uma atuação capacitada junto a equipe multidisciplinar, com o intuito de melhorar a qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas ou em fase terminal aliviando a dor e os sintomas^{17,18}.

Frente a esta realidade, é necessário portanto, a formação de um profissional de saúde diferente do que está posto. Existe uma necessidade concreta de um novo tipo de médico, com preparação efetiva do ponto de vista técnico, porém permeada de conteúdo humanístico. Este novo profissional, portanto, deverá ter consciência dos seus limites, ainda que se tenha todo o aparato tecnológico à disposição, precisa estar melhor

preparado para trabalhar em equipe, entendendo que o objetivo comum é atender a necessidade do paciente, com toda ajuda possível¹.

Diante, então, da necessidade de se organizar um modelo de assistência adequado aos pacientes com doenças crônicas e terminais, e para que se construa uma sociedade que não os exclua da assistência, proporcionando a eles processo de morrer digno, torna-se necessário além da inclusão dos cuidados paliativos no CEM e do reconhecimento da especialidade pelo CFM, que estes conteúdos façam parte dos currículos dos cursos de graduação na área da saúde¹⁹.

Face ao exposto, nota-se que a questão educacional é imprescindível para a conscientização da comunidade através da relação médico-paciente e familiares, para reformulação das políticas públicas e dos currículos dos cursos voltados para a formação de profissionais da saúde².

Entende-se, desta forma que os cuidados paliativos configuram um assunto de extrema importância, especialmente, em sociedades em desenvolvimento como o Brasil. Haja vista, o impacto na expectativa de vida e o aumento da incidência de doenças crônicas e de doenças fora de possibilidade de cura, já que provocam um crescimento considerável de pessoas que necessitam destes cuidados e na maioria das vezes, os profissionais de saúde e as instituições hospitalares não são capacitados para atendê-los.

Justifica-se, portanto, uma revisão sistemática a fim de apresentar e sintetizar o que a literatura revela a respeito do processo histórico da implantação dos cuidados paliativos no Brasil, procurando compreender a importância desses cuidados na melhora da qualidade de sobrevida dos pacientes fora de possibilidade de cura. Poderá servir, inclusive, como ferramenta para divulgação e ampliação do debate sobre cuidados paliativos para as demais áreas de assistência à saúde.

IV. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura, seguindo as orientações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA).

IV.1 BASE DE DADOS

A busca foi realizada nos seguintes bancos de dados eletrônicos: SciELO (Scientific Electronic Library Online) através do site: <http://www.scielo.org/php/index.php>, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) através do site: <http://lilacs.bvsalud.org/> e PubMed através do site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

IV.2 ESTRATÉGIA DE BUSCA

A busca nas bases de dados consistiu na utilização dos seguintes descritores no idioma português: “Cuidados paliativos”; “Brasil”; “história”; “Assistência paliativa”, combinados com os operadores booleanos como descritos abaixo no quadro 1. Inicialmente esta pesquisa gerou uma série de artigos, que foram submetidos a seleção através da ativação nas bases de dados do filtro: “português”. Foram descartados artigos idênticos e através da leitura de títulos e resumos foram excluídos também aqueles que não tinham relação com o objetivo da pesquisa. Posteriormente fora feita a leitura na íntegra dos artigos pré-selecionados e descartados os artigos que não eram relevantes para o objetivo do estudo em questão.

QUADRO I. Descritores utilizados na estratégia de busca.

Descritores	Operador booleano	Descritores
“Puidados paliativos”	AND	Brasil
“Cuidados paliativos”	AND	História
“Assistência paliativa”	AND	Brasil
“Assistência paliativa”	AND	História
“Cuidados paliativos”	OR	“Assistência paliativa”

IV.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

As buscas para a revisão de literatura foram realizadas até dezembro de 2014 e foram selecionados e analisados artigos com dados originais em português, sem impor limites quanto ao período de publicação, que fizeram abordagem do tema: “Cuidados paliativos no Brasil”.

IV.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

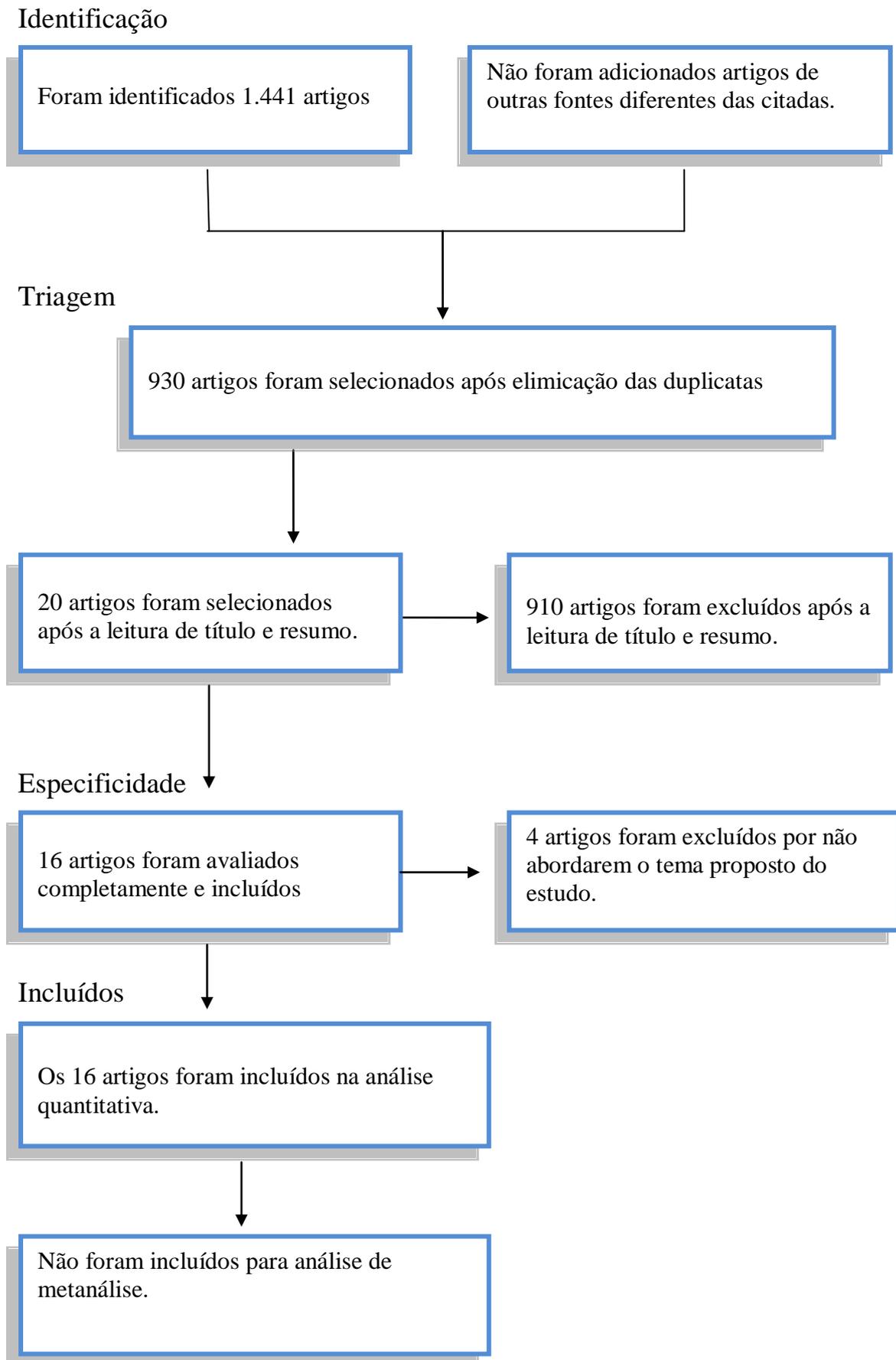
Foram excluídos artigos publicados em línguas estrangeiras, duplicados, publicados após dezembro de 2014 e que não estivessem de acordo com o objetivo do estudo.

V. RESULTADOS

A pesquisa realizada na base dados Scielo, Lilacs, Pubmed, utilizando os descritores e os operadores booleanos citados anteriormente encontrou inicialmente 1.441 artigos sendo: 161 no Scielo, 1268 no Lilacs, 12 no Pubmed. 1421 artigos foram excluídos após eliminação de duplicatas e leitura de títulos e resumo. 20 artigos foram pré-selecionados, 5 estavam no Scielo e 15 no Lilacs. Estes artigos foram lidos na íntegra para constatação de quais estavam inclusos nos critérios de elegibilidade e após foram feitas análises qualitativas dos artigos. Será utilizado o modelo do fluxograma⁽¹¹⁾ reproduzido na figura abaixo.

Após leitura na íntegra dos artigos pré-selecionados, 4 artigos foram excluídos (**ANEXO I**) por não abordarem o tema proposto para o estudo e os demais artigos foram utilizados para a confecção do quadro 3, onde foram descritas informações obtidas em cada artigo tais como: autores, ano, possíveis locais e ano/contexto da implantação dos cuidados paliativos no Brasil.

FIGURA I. Diagrama Prisma.



QUADRO II. Relação de artigos selecionados pela análise de título e resumo.

Floriani CA, Schramm FR. (2010) ²⁰	Lilacs
Machado MA. (2009) ²¹	Lilacs
Toledo AP, Priolli DG. (2012) ²²	Lilacs
Bifulco VA, Iochida LC. (2009) ²³	Lilacs
Marinho S, Arán M. (2011) ²⁴	Lilacs
Palmeira HM, Scorsolini-Comin F, Peres RS. (2011) ²⁵	Lilacs
Floriani CA, Schramm FR. (2007) ²⁶	Lilacs
Moreira LM, Ferreira RA, Junior ÁLC. (2012) ²⁷	Lilacs
Oliveira JR, Ferreira AC, Rezende NA. (2013) ²⁸	Lilacs
Menezes RA. (2011) ²⁹	Lilacs
Figueiredo MGMCA, Stano RCMT. (2013) ³⁰	Lilacs
Vasconcelos TJQ, Imamura NR, Villar HCEC. (2011) ³¹	Lilacs
Floriani CA.(2009) ³²	Lilacs
Rodrigues IG, Zago MMF. (2009) ³³	Lilacs
Boemer MR. (2009) ³⁴	Lilacs
Fonseca A, Geovanini F. (2013) ³⁵	Scielo
Chaves JHB, Mendonça VLG, Pessini L, Rego G, Nunes R.(2011) ³⁶	Scielo
Silva RCF, Hortale VA. (2006) ³⁷	Scielo
Silva KS, Kruse MHL. (2013) ³⁸	Scielo
Menezes RA, Heilborn ML. (2007) ³⁹	Scielo

QUADRO III. Relação de artigos estratificados de acordo com o panorama de implantação dos cuidados paliativos no Brasil.

Autores, ano	Processo de implantação (local/ano)	Justificativa para implantação/contexto
Floriani et al. (2010)	Rio de Janeiro, 1944	Alternativa para promover o esvaziamento dos hospitais tradicionais, encaminhando os pacientes com câncer em estágio avançado para locais separados.
Fonseca et al. (2013)	Rio Grande do Sul, São Paulo e Santa Catarina, 1980	Implantação de cuidados paliativos na forma de atendimento ambulatorial, internação hospitalar e assistência domiciliar.
Figueiredo et al. (2013)	Rio Grande do Sul, 1983	Teve como base principal a filosofia do movimento hospice, respondendo aos anseios da sociedade por mais dignidade no trato da doença e da morte.
Floriani et al. (2009)	Rio de Janeiro, 1944	Principal finalidade foi a de prestar assistência a pacientes pobres com câncer em estágio avançado, por causa da deficiência de vaga nos hospitais gerais, e no serviço nacional de cancerologia
Rodrigues et al. (2009)	Rio Grande do Sul, 1983	Foi implantada por causa da existência de pacientes oncológicos que sofriam dores intensas. Estes pacientes recebiam tratamento farmacológico mas não recebiam nenhum tipo de atenção no intervalo entre as doses e também desconheciam sobre o progredir da doença e de seu futuro. Estes fatos estimularam os profissionais da época a refletirem sobre os cuidados prestados aos pacientes terminais e o confronto entre a terminalidade e a morte.
Palmeira et al. (2011)	Local não definido, 1990	Inicialmente os cuidados paliativos foram prestados a portadores de câncer, mas com o passar do tempo foi prestado também a portadores de outras doenças graves.

Continua.

QUADRO II. [continuação].

Bifulco et al. (2009)	Local e data não descritos	Trata da necessidade de implantação de cuidados paliativos como uma forma de preparar os profissionais pra que eles possam prestar uma assistência de qualidade para os pacientes sem possibilidade terapêutica de cura.
Chaves et al. (2011)	Local e data não descritos	A implantação dos cuidados ocorreu em uma época em que se observou maior desejo por parte das pessoas, de cuidados que abrangessem não só seu aspecto físico, mas também psicológico, espiritual e mental.
Menezes et al. (2007)	Local e data não descritos	Refere que o aumento do numero de pessoas que sofriam de doenças sem possibilidades de cura (doenças crônico degenerativas,câncer e AIDS), foram os grandes incentivadores para a implantação dos cuidados paliativos. Relata também que sua implantação partiu única e exclusivamente dos profissionais da área de saúde e que as equipes responsáveis em tais cuidados tiveram adesão primeiramente da classe feminina.
Toledo et al. (2012)	Local e data não descritos	O artigo trata da implantação do ensino da disciplina “cuidados paliativos” nas escolas médicas brasileiras.
Floriani et al. (2007)	Local e data não descritos	O artigo não menciona a implantação dos cuidados paliativos no Brasil. Ele faz reflexões a cerca da necessidade de maior ênfase no ensino dos cuidados paliativos nos cursos de graduação.
Moreira et al. (2012)	Local e data não descritos	Propõe discussão a respeito da melhor forma de tratamento a ser prestado pelos cuidadores com os seus pacientes.
Oliveira et al. (2013)	Local e data não descritos	Não relata a implantação dos cuidados paliativos, trata apenas da necessidade da implantação da disciplina cuidados paliativos nos currículos das escolas de medicina.
Menezes et al. (2011)	Local e data não descritos	Trata da relação do médico com os pacientes que se encontram em situação de terminalidade.

Continua.

QUADRO II. [continuação].

Machado et al. (2009)	Rio Grande do Sul, 1983	A implantação ocorreu através de unidades que funcionavam vinculadas aos hospitais. O artigo não relatou motivos para a sua implantação.
Boemer et al. (2009)	Local e data não descritos	O artigo não menciona em nenhum momento o contexto da implantação dos cuidados paliativos no Brasil. Relata a necessidade da implantação de uma equipe multiprofissional capacitada que possibilite a abordagem terapêutica dos pacientes fora de possibilidades de cura.

V.1 Resumo dos artigos incluídos na análise quantitativa

Floriani et al. (2010), em seu artigo retrata a implantação dos primeiros hospices no reino unido vitoriano tardio, descrevendo as dificuldades destas insituições. Aborda também a fundação do Christopher Hospice, considerando o marco para o movimento hospice bem como seu desenvolvimento até os dias atuais. No Brasil descreve como surgiu o primeiro hospice, o asilo da penha na cidade do Rio de Janeiro em 1944, que tinha por função assistir os pobres com câncer avançado que não conseguiam vagas nos hospitais gerais. Esta foi uma solução para a falta de vagas nos hospitais tradicionais para os pacientes com câncer em estágio avançado que não conseguiam vagas nos hospitais tradicionais. Finaliza com um panorama atual do moderno movimento hospice, além das considerações acerca das dificuldades para inserção no sistema de saúde.

Machado et al. (2009), relata que a história dos cuidados paliativos no Brasil é relativamente recente e que o Rio Grande do Sul foi o primeiro estado brasileiro a contar com um serviço de cuidados paliativos. Os serviços de cuidados paliativos foram surgindo sem vínculos entre si e sem a elaboração de protocolos e manuais para a sua prática efetiva. Além disso investigou o processo de construção da identidade profissional de médicos que se dedicam em cuidar de pacientes que apresentam doenças progressivas/ameaçadoras da continuidade existencial e que tem contribuído para o desenvolvimento dos cuidados paliativos no Brasil. Para isto foram realizadas

entrevistas semi-estruturadas, colhidas segundo a metodologia de História Oral de Vida. Foram entrevistados 6 médicos de diferentes especialidades que ocupavam cargos diretivos em instituições voltadas a disseminação dos cuidados paliativos. Os entrevistados acentuaram as competências humanitárias necessárias ao bom exercício da medicina paliativa.

Toledo et al. (2012), em seu artigo trata da implantação da disciplina cuidados paliativos nas escolas médicas brasileiras. Para isto foi realizado um estudo descritivo transversal com aplicação de questionário sobre o ensino de cuidados no fim da vida em 179 coordenadores de escolas médicas. Dos 58 (32,4%) coordenadores que participaram, a maioria (96,6%) considerou muito importante o ensino dos cuidados no fim da vida. 73% acredita que o tempo para ensinar sobre os cuidados paliativos em seus currículos é insuficiente. Outras barreiras menores relatadas pelos coordenadores foram a falta de apoio pela instituição, falta de verbas e falta de material didático. O estudo sugere que mais esforços devem ser direcionados para a melhoria da realidade deste importante tópico da formação médica brasileira.

Bifulco et al. (2009), relata em seu artigo sobre a necessidade de implantação da disciplina cuidados paliativos como uma forma de preparar os profissionais para prestar uma assistência de qualidade para os pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura. Adotou uma metodologia que combina revisão da literatura nacional e internacional com pesquisas empíricas, por meio de aplicação de questionário a uma equipe de profissionais da Unifesp- EPM, com o objetivo de desvendar o tipo de formação dos profissionais que integram a equipe multiprofissional de cuidados paliativos. As respostas foram obtidas de outubro à novembro de 2005, mediante entrega de questionário semi-estruturado. O estudo concluiu que a maioria dos profissionais da equipe de cuidados paliativos da Unifesp-EPM não teve na graduação qualquer formação para atender pacientes terminais, e este despreparo demonstra a necessidade urgente de uma mudança cultural na graduação dos profissionais da área de saúde.

Palmeira et al. (2011), apresenta uma revisão integrativa da literatura científica nacional sobre cuidados paliativos, com foco no papel das equipes multidisciplinares. Foram selecionados para isto 12 artigos veiculados nas bases de dados PePSIC, SciELO e LILACS todos publicados de 2000 à 2011. Todos os artigos problematizam o modo como a morte é encarada na sociedade atual e como os cuidados paliativos contribuem

para a melhoria da qualidade de vida de todos que se aproximam de seu fim. De modo geral eles relatam também que os cuidados paliativos eram oferecidos exclusivamente à portadores de câncer, mas com o passar do tempo, se estenderam à pacientes cometidos por outras doenças graves, como doenças cardiovasculares e pulmonares. Um dos limites do presente estudo se encontra no fato de ainda serem escassos os artigos nacionais sobre cuidados paliativos, na medida que muitas pesquisas ainda não foram publicadas em revistas científicas.

Floriani et al. (2007), relata que os cuidados paliativos são um modelo de assistência que está em expansão no Brasil e propõe a necessidade da incorporação destes cuidados na rede de atenção básica, podendo ser útil principalmente em locais onde não há centros de referência em cuidados paliativos. Propõe que os agentes comunitários tem papel importante para alcançar este objetivo pelo estreito conhecimento que tem de suas comunidades, construindo um importante elo entre os pacientes e o restante da equipe da atenção básica, na medida em que detectariam a existência destes pacientes, identificando suas necessidades e de seus familiares. Além disso faz reflexões a cerca da necessidade do ensino do tema cuidados paliativos nos cursos de graduação o que tem sido considerado um desafio para os países em desenvolvimento, devido as dificuldades de prioriza-las por parte dos governos.

Moreira et al. (2012), propôs um estudo que objetivava avaliar o bem estar global de cuidadores de pacientes com câncer e também avaliar as dificuldades de médicos que lidam com estes pacientes. Na primeira fase do estudo 10 cuidadores de pacientes foram avaliados pelos instrumentos General Comfort Questionnaire (GCQ) e Impacto f Event Scale-Revised (IES-R). Na segunda fase, médicos foram entrevistados sobre a percepção de cuidados paliativos e dificuldades quanto ao encaminhamento ao ambulatório. A equipe médica demonstrou grande incômodo com o encaminhamento de pacientes para os cuidados paliativos, tendo em vista a transferência do paciente para outro médico e uma nova equipe diferente daquela que o acompanhava durante o tratamento. Os entrevistados relataram forte demanda por mais integração entre os dois ambulatórios, o curativo e o paliativo, como uma forma de aumentar a fluidez entre as equipes e a não ruptura de vínculo entre pacientes e profissionais.

Oliveira et al. (2013), avalia a atual situação curricular da bioética e cuidados paliativos nas escolas médicas brasileiras. Relata que os responsáveis pela elaboração

dos currículos nas Escolas Médicas do Brasil parecem não se preocupar com a formação de profissionais que atendam às necessidades emergentes do campo da Bioética, com ênfase em cuidados paliativos. A grande maioria dos profissionais de saúde ainda desconhece o que significam e nem sabem da existência de programas e serviços de cuidados paliativos em instituições de saúde no País. Todavia ele conclui que o processo de integração das disciplinas de Bioética e Deontologia Médica encontra-se em expansão curricular na área de saúde. No entanto o ensino de Bioética e Cuidados Paliativos tem merecido pouca atenção dos pesquisadores brasileiros embora haja uma rica literatura e um práxis sedimentada sobre o assunto.

Menezes et al. (2011), examina o código de ética médica, abordando três temas: a transmissão de informações do médico para seus pacientes acerca do diagnóstico e das possíveis opções terapêuticas, pois o ocultamento do diagnóstico ao doente e conseqüentemente sua impossibilidade de efetuar escolhas em torno das possíveis opções terapêuticas foi prática vigente no Brasil e também em outros países; a aceitação por parte do médico às escolhas do doente; e as situações irreversíveis e terminais quando é indicado ao médico evitar a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários.

Figueiredo et al. (2013), propõe que o currículo da maioria das Escolas de Medicina do país privilegia a especialização e o uso intensivo de tecnologia ao invés das estratégias de diagnóstico que envolvem a escuta acuradas das queixas do paciente. Os princípios dos Cuidados Paliativos quando oferecidos ao médico em formação, tem possibilidade de complementar o aprendizado da medicina altamente resolutiva, propiciando ao jovem médico os melhores recursos de cura, enquanto a cura for possível, e igualmente os melhores recursos de cuidado, quando a cura não se efetivar e a morte se fizer anunciar. O artigo pretende mostrar uma experiência bem sucedida ao longo do processo de didatização da Disciplina de Tanantologia e Cuidados Paliativos em uma turma de segundo ano, primeiro semestre de 2012. Ele mostra como a utilização de novas formas didáticas de ensino do tema pode ser útil para despertar o interesse dos alunos e até mesmo ajudar no processo de aprendizagem.

Floriani et al. (2009), relata que não há registros seguros de qual teria sido o primeiro hospice do Brasil, mas relata que é bastante provável que o primeiro hospice tenha sido fundado no ano de 1944, na cidade do Rio de Janeiro, no bairro da Penha.

Estes hospices tinham por função assistir os pobres com câncer em estágio avançado, que não conseguiam vaga nos hospitais gerais e nem no serviço Nacional de Cancerologia. Atualmente propõe a grande falta de oferta de cursos de especialização em medicina paliativa para suprir a grande demanda destes cuidados. E este é um ponto fundamental na humanização dos atendimentos em cuidados paliativos, visto que, é necessário que os profissionais envolvidos com os cuidados paliativos dominem um saber-fazer que os qualifiquem a ter uma relação “humanizada” com o paciente e que, por conseguinte, os diferencie dos demais profissionais.

Rodrigues et al. (2009), em seu artigo relata que os cuidados paliativos chegaram ao Brasil no final da década de 1980 no Rio Grande do Sul, em um momento em que o sistema de saúde priorizava a modalidade hospitalocêntrica, essencialmente curativa. Estes cuidados foram inicialmente prestados à pacientes oncológicos, hospitalizados que sofriam dores intensas, que na maioria das vezes não sabiam da evolução da doença e que permaneciam em leitos separados sem a presença de um ente querido. Propõe fatores que dificultaram a disseminação dos cuidados paliativos no Brasil como: o tamanho continental do país; as diferenças sócio-econômicas dos estados; a formação cartesiana nos cursos da área de saúde; a resistência dos profissionais em aderir ao paradigma de cuidar quando não há mais cura e as dificuldades de trabalhar em forma interdisciplinar. Para tornar o atendimento em cuidados paliativos mais humanizado ele relata como prioridade a valorização do conforto do paciente, controle da dor e alívio dos sintomas e respeito à autonomia do paciente.

Boemer et al. (2009), em seu artigo mostra que o processo de cuidar humanizado para uma pessoa em cuidados paliativos, está intimamente ligado ao cuidado recebido por esta pessoa desde a sua entrada no atendimento primário. Segundo ele, estes cuidados não podem ser considerados uma alternativa à ineficácia do tratamento curativo, mas um conjunto de cuidados prestados ao paciente desde o início da terapêutica. Segundo ele, há necessidade de um amplo programa interdisciplinar de assistência aos pacientes com doenças avançadas, no entanto, a lacuna na formação de profissionais de saúde, em relação ao tema, tem sido um obstáculo para os pacientes que vivem a terminalidade. Relata que no Brasil, surgem algumas iniciativas no sentido de implementar essa filosofia de cuidados, no entanto, ainda há muito a fazer para consolidar esta terapêutica.

Fonseca et al. (2013), relata que a implantação da filosofia de cuidados paliativos deu-se no início da década de 1980 com os primeiros serviços instituídos no Rio Grande do Sul, São Paulo e Santa Catarina. O desenvolvimento desta área de cuidados no Brasil tornou-se evidente nos últimos 10 anos e culminou com o reconhecimento da especialidade médica em 2011. No entanto, há ainda muita resistência ao debate sobre o assunto, reforçando a idéia de que somente com uma mudança substancial na gestão do conhecimento e nos currículos de graduação dos profissionais de saúde é que os cuidados paliativos terão oportunidade de se consolidar no Brasil. Para identificar a presença de cuidados paliativos nos currículos de graduação de profissionais de saúde, foi realizada uma ausculta exploratória e informal por meio de um questionário à estudantes de Medicina, no intuito de identificar nas respostas dos participantes alguma abordagem ao tema cuidados paliativos e relatos de como é a sua inserção nos cursos de graduação médica. Na questão conceitual sobre cuidados paliativos nenhum participante citou a definição da OMS, 4 deles nada escreveram e o restante do grupo demonstrou ter alguma noção sobre o tema. Nesta ausculta exploratória, identificou-se uma presença minoritária de disciplinas referentes aos cuidados paliativos nos currículos de graduação.

Chaves et al. (2011), em seu artigo traz uma pesquisa teórica, com levantamento bibliográfico, frente ao contexto histórico e a situação atual das questões relacionadas aos cuidados paliativos na prática médica. Propõe como fator negativo, os profissionais de saúde não terem durante a graduação formação para atender pacientes terminais e os currículos dos cursos de graduação da área de saúde não ensinarem os cuidados paliativos. Considera este ponto como principal diante da necessidade de se organizar um modelo de assistência adequado aos pacientes com doenças avançadas e terminais, e para que se construa uma sociedade que não exclua as pessoas da assistência, propiciando um morrer digno.

Menezes et al. (2007), relata que no Brasil, o movimento pela assistência paliativa nasce inicialmente como iniciativa exclusiva dos profissionais de saúde. Mostra que inicialmente o movimento pelos países foi principalmente anti-médico: era formado por uma organização popular, comunitária, dirigida por voluntários e enfermeiras, com pouco envolvimento de médicos, que propôs um novo modo de prática em relação à morte, na qual a relação de poder entre o doente e a equipe profissional seria transformada. Além disso relata que a criação e implantação da nova

especialidade médica está intimamente relacionada à religião e à adesão feminina, a ponto de a primeira equipe pública paliativa implantada em Belém ser constituída unicamente por mulheres. Isto é comprovado também em congressos, cursos e serviços de cuidados paliativos, onde se percebe um predomínio de profissionais mulheres. Propõe que a capacidade de compaixão, devoção e amor ao próximo são atributos pessoais necessários aos paliativistas e aos profissionais em cursos de especialização em cuidados paliativos.

VI. DISCUSSÃO

Os cuidados paliativos, como forma de assistência integral oferecida para pacientes e familiares quando diante de uma doença grave, tem sido visto com ferramenta de grande importância. Todos os pacientes que são portadores de doenças que ameaçam a continuidade da vida se beneficiam de certo modo, do atendimento prestado por uma equipe de cuidados paliativos. O presente trabalho propõe uma revisão do panorama de implantação dos cuidados paliativos no Brasil, através de uma revisão sistemática da literatura sobre o assunto.

Após análise e leitura dos artigos, ficou claro que houve discordâncias com relação ao local/contexto que contribuíram para a implantação dos cuidados paliativos no Brasil. A grande maioria dos artigos selecionados (n=14) não mostrou um local definido que pudesse ser considerado o local em que foi inicialmente realizada a prática de tais cuidados. Entre os outros artigos selecionados, 4 relataram que a implantação dos cuidados paliativos aconteceu inicialmente no Rio Grande do Sul, enquanto outros 2 demonstram que esta implantação ocorreu primeiramente no Rio de Janeiro. Esta divergência de informação demonstra que pouca pesquisa ainda tem sido produzida sobre o assunto à ponto de ainda não haver uma uniformidade de registro quanto à graduação histórica.

A análise dos conteúdos dos artigos levou a divisão da discussão da monografia em três temáticas: respeito à dignidade humana, modelo de assistência em cuidados paliativos e educação em cuidados paliativos.

A declaração universal sobre bioética e direitos humanos prevê em seu artigo 3º parágrafos 1 e 2 que a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser plenamente respeitados, e que também os interesses e o bem estar do indivíduo devem prevalecer sobre os interesses exclusivos da ciência ou da sociedade. Estes são aspectos de bastante relevância que devem ser levados em conta quando são prestados atendimentos à pacientes que necessitem de cuidados paliativos.

Alguns artigos selecionados abordam a necessidade de respeitar a dignidade humana das pessoas que estejam em situação de terminalidade. Para Floriane et al. (2009) os cuidados paliativos constituem uma modalidade de assistência, construídos

dentro de um modelo de cuidados totais, ativos e integrais oferecido ao paciente com doença avançada e terminal, e à sua família, legitimados pelo direito do paciente de morrer com dignidade. O foco está centrado na busca incessante do alívio dos principais sintomas estressores do paciente através de intervenções centradas no paciente e não em sua doença, o que implica na participação autônoma do paciente nas decisões que dizem respeito a intervenções sobre sua doença.

O artigo cita um documento que existe em alguns países da América do norte conhecido com “diretivas antecipadas” que tem sido um instrumento utilizado na tentativa de um aprimoramento das ações médicas em situações de terminalidade. Trata-se de instruções deixadas por escrito pelo paciente sobre cuidados referentes à sua saúde, que desejaria que fossem fornecidos numa eventual situação de incapacidade de ele poder decidir, que inclui a designação de alguém, legalmente reconhecido como seu legítimo procurador, com poder vicário de decidir sobre eventuais intervenções. O foco está centrado na possibilidade de ofertar ao paciente uma “boa morte” tendo suas decisões autônomas como fundamento partindo-se da premissa de que o paciente está devidamente esclarecido e plenamente consciente de seu estado clínico, de seu prognóstico e das opções terapêuticas possíveis.

Corroborando com esta idéia Menezes et al. (2011) considera que o ideal é que a pessoa que está vivenciando a eminência de morte tenha pleno controle do processo, através da realização de escolhas à partir de informações transmitidas pelo médico, sobre as técnicas e possibilidades terapêuticas. Há necessidade de uma comunicação franca entre os profissionais de saúde, pacientes e seus familiares, e nessas conversas, o tratamento com suas diversas etapas deve ser discutido. Este procedimento está na contramão da prática vigente no Brasil há alguns anos, que era o ocultamento do diagnóstico ao paciente e conseqüentemente, sua impossibilidade de efetuar escolhas em torno das possíveis opções terapêuticas. A idéia central consiste em produzir dignidade e humanização da morte.

Moreira et al. (2012) acrescenta que como a formação de profissionais de medicina privilegia a visão de que a cura é o objetivo final a ser alcançado, isto pode gerar dificuldades entre os próprios médicos para lidar com os casos nos quais a cura não é mais possível. Há ainda profissionais que apresentam grande incomodo com o encaminhamento dos pacientes para o cuidado paliativo. Isto pode levar o profissional a

continuar aplicando estratégias terapêuticas visando a cura, fazendo com que o paciente só seja encaminhado para os cuidados paliativos já bem próximo da morte. Essa é uma prática prejudicial à qualidade de vida de pacientes e familiares que não recebem os cuidados integrais necessários em tempo hábil.

O aumento crescente do número de pessoas que necessitavam de cuidados especializados levou a uma maior discussão de qual seria o modelo de assistência em cuidados paliativos ideal para ofertá-los. Para Fonseca et al. (2013) esses cuidados foram inicialmente ofertados em serviços vinculados ao hospital nacional do câncer IV desde 1980, sendo especificamente para cuidados paliativos nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação hospitalar e assistência domiciliar. A forma de implantação foi inicialmente semelhante àquela realizada com o movimento Hospice moderno de Cicely Saunders criado em 1967 em Londres na Inglaterra.

Segundo machado et al. (2009) a origem dos cuidados paliativos remonta ao século IV. Durante este período, a prática de tais cuidados era prestado por cidadãos que misericordiosamente, ofereciam hospitalidade às pessoas que estivessem necessitando, e o objetivo na prática desses procedimentos era apenas de excluir e separar as pessoas que estivessem gozando de boas condições de saúde, daqueles que estivessem com doença em fase terminal. Estes foram os primeiros hospices, que apesar de estarem voltados à atenção de moribundos, não demonstravam preocupação com o alívio do sofrimento e com a melhoria da qualidade de vida. Com Cicely Saunders surgiram os hospices modernos, que contrariamente aos primeiros hospices surgidos, visavam também a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Para Floriane et al, (2010) foi esta iniciativa de Cicely Saunders que incentivou a criação de outros hospices que não funcionavam mais como locais de exclusão dos moribundos, locais nos quais estas pessoas ficavam somente esperando a chegada da morte. A implantação dos cuidados paliativos no Brasil teve como precursor primordial os cuidados prestados pelos hospices modernos de Cicely Saunders. Inicialmente estes cuidados foram ofertados de maneira restrita à pacientes oncológicos e terminais e à mesma maneira, os serviços foram implantados como resposta as dificuldades que os serviços que demonstravam em prestar assistência aos doentes com doenças crônicas.

Além disso Florian et al. (2010) acrescenta que por causa da visão hospitalocêntrica, inicialmente a assistência paliativa foi implantada em instituições de caráter privado ou filantrópico, que funcionavam como alternativas entre os pacientes pobres com câncer em estágio avançado, visto que não havia interesse que estes pacientes permanecessem nos hospitais tradicionais. Estes espaços foram criados justamente para reduzir o desconforto destes hospitais de terem que negar leitos para estes tipos de pacientes. A partir desta iniciativa, vários outros centros de cuidados paliativos foram sendo criados, grande parte vinculados ao tratamento de pacientes com câncer ou ao centro de tratamento de dor crônica, serviços que foram implantados sem terem vínculos entre si.

O aumento da expectativa de vida decorrente do desenvolvimento científico e também o aumento do número de pessoas acometidas por câncer e outras doenças de grande letalidade criaram o desejo na população, de cuidados que abrangessem não só seu aspecto físico mas também psicológico, espiritual e mental, e além disso trouxe também reflexões a cerca da necessidade de maior qualificação por parte dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados a pacientes em situação de terminalidade. Alguns dos artigos selecionados trazem esta reflexão.

Floriane et al. (2007) afirma que existe a necessidade da implantação da disciplina cuidados paliativos nos cursos de graduação das escolas médicas brasileiras, possibilitando aos futuros médicos uma formação acadêmica mais completa. Para isso ele apresentou os dados de uma pesquisa realizada com 58 coordenadores de escolas médicas brasileiras em que se constatou que 96,6% do total de entrevistados consideraram o ensino de cuidados no fim da vida muito importante. No entanto, 73% deles consideraram também que a carga horária é ainda insuficiente e que pouca prioridade é dada à este ensino no Brasil. Ele menciona também que as ligas acadêmicas de medicina paliativa e os grupos de cuidados paliativos configuram como currículo oculto e paralelo, e isto tem possibilitado uma complementação do ensino-aprendizagem e uma certa experiência clínica e interdisciplinar para uma grande parcela de alunos.

Bifulco et al. (2009), questiona a atual atenção à saúde ensinada na graduação das escolas de medicina e das demais profissões da área de saúde no Brasil. Propõe que a educação dos alunos de graduação seja incrementada por meio de cursos de cuidados paliativos, com o objetivo de criar uma atitude humanitária nos futuros profissionais em

relação àquele que está morrendo. Segundo ele a esperança está na intervenção sobre a formação dos profissionais com a implantação de uma reformulação curricular que contemple uma visão antropológica para além da formação tecnocientífica. Esta seria uma forma de corresponder aos desejos citados em Figueiredo et al. (2013), Chaves et al. (2011) e Boemer et al. (2009), que retratam o desejo da população na conquista de mais dignidade no trato da doença e da morte.

Para corroborar com esta idéia Toledo et al. (2012), identificou que a exposição dos estudantes às situações hipotéticas de morte durante a graduação acadêmica, fazem com que o mesmo desperte a necessidade de desenvolver estratégias para enfrentar positivamente o processo de morte, o que justificaria a introdução e desenvolvimento de mais elementos curriculares no sentido de motivar o aluno para a problemática. Ainda segundo ele, os atuais coordenadores das escolas médicas brasileiras expressam visões muito positivas sobre a importância do ensino médico em cuidados no fim da vida, e eles concordam que ainda pouca prioridade é dada à seu ensino.

A ênfase na necessidade do ensino de cuidados paliativos nos cursos de graduação é compartilhado também pelos artigos Floriane et al. (2007), Oliveira et al. (2013). E este ensino é essencial para que se promova as discussões a cerca da melhor forma de tratamento a ser prestado pelos profissionais e cuidadores a seus pacientes, principalmente aqueles em situação de terminalidade como propõe Moreira et al. (2012) e Menezes et al. (2011).

VII. CONCLUSÕES

1. Não houve um acordo com relação ao local/contexto que motivaram a implantação dos cuidados paliativos no Brasil.
2. A participação ativa do paciente na escolha da terapêutica e a formação médica adequada são essenciais para o respeito à dignidade humana do paciente.
3. Há necessidade de fortes investimentos na qualificação de recursos humanos, tanto do ponto de vista técnico, quanto no psicológico para lidar com as questões relacionadas com a terminalidade.
4. Há necessidade de maior atenção ao ensino do tema cuidados paliativos nas escolas médicas brasileiras, fazendo com que o futuro profissional desenvolva estratégias para enfrentar positivamente o processo de morte.
5. As instituições hospitalares ainda possuem um modelo assistencial voltado para a prática curativa, e os profissionais de saúde ainda exercem o cuidado de uma maneira bastante tecnicista e, nos moldes do modelo curativo.
6. A implantação dos cuidados paliativos no Brasil tem como desafio principal a necessidade de aumentar a oferta de centros especializados no ensino de tais cuidados.

VIII. SUMMARY

PALLIATIVE CARE IN BRASIL – SYSTEMATIC REVIEW. Rationale: Palliative care is defined by the total care provided to patients with both progressive and irreversible disease, and their families. It is intended to promote the relief of symptoms and maintain quality of life. In Brazil, it emerged in the 1980s, still under remnants of the military dictatorship, a time when the health system gave priority to the model of medicine focused on the practice of curing diseases (hospital-centrism). However, since the 90s, this field has been spreading in face of the ageing of people with chronic diseases, with impact on public health. **Purpose:** The main objective is to outline an overview of the implementation of palliative care in Brazil, based on the recommendations of the World Health Organization (WHO), besides widening the debate on care at the end of life in all areas of health assistance and establish the relevance of palliative care to improve the survival quality for patients with no chance of cure. **Method:** A systematic review of the available literature in electronic media (Pubmed, Scielo, Lilacs) has been made, using the PRISMA scale, where original articles that addressed the historical process of palliative care in Brazil were analyzed. **Results:** Initially, the research found 1.114 articles. Through the analysis of titles, summaries and identification of duplicates, 1.421 articles were excluded. Among the 20 pre-selected articles and read in full, 4 were excluded for not addressing the proposed matter of the study and 16 were selected and set the basis for the research. **Discussion and Conclusions:** After analysis and reading of the articles, it became clear that there were disagreements regarding the location and context that contributed to the implementation of palliative care in Brazil. In addition to this disagreement, there is also much disagreement regarding the historical and social context that initially motivated the practice of such care.

Keywords: 1. Palliative care; 2. Brazil; 3. Palliative assistance; 4. History

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santos OM. Sofrimento e dor em cuidados paliativos: reflexões éticas. *Rev. Bioét.*, 2011; 19(3): 683-695.
2. Chaves JHB, Mendonça VLG, Pessini L, Rego G, Nunes R. Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. *Rev. Dor*, São Paulo 2011; 12(3): 250-255.
3. Pessini L, Bertachini L. O que entender por cuidados paliativos?. 2ª ed. São Paulo: Paulus; 2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Série pacto pela saúde, 2010; 12(1): 11-18.
5. Cardoso A, Bernardo A, Carvalho C, Fradique E, Gonçalves F, Pires M, et al. Proposta de revisão do programa de cuidados paliativos. Lisboa 2010; 7-19.
6. Küchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Revista Sociedade e Estado*, 2012; 27(1): 165-180.
7. Pinto AC, Silva AMOP, Arantes ACLQ, Cunha AA, Nascimento AG, Américo AFQ, et al. Manual de Cuidados Paliativos, Rio de Janeiro 2009; 1: 14-62.
8. Ceará. Secretaria de Estado da Saúde. Informe epidemiológico doenças crônicas não transmissíveis. Fortaleza 2013; 1-6. Disponível em: file:///C:/Users/jefferson/Downloads/info_epid_doencas_cronicas_nao_transmissiveis_26_08_2013.pdf
9. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Ministério da Saúde. Brasília, 2013.
10. Maciel MGS, Rodrigues LF, Naylor C, Bettega R, Barbosa SM, Burlá C, et al. Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, Rio de Janeiro, 2006; 8-40.
11. Melo AC. Os cuidados paliativos no Brasil. *Revista Brasileira em Cuidados Paliativos*, 2008; 1(1): 5-8.
12. Fonseca A, Geovanini F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2013; 37(1): 120-125.

13. Monteiro FF, Oliveira M, Vall J. A importância dos cuidados paliativos na enfermagem. *Rev Dor* 2010; 11(3): 242-248.
14. Paula B. Cuidados paliativos numa perspectiva brasileira: aspectos introdutórios e a contribuição das mulheres. *Revista Caminhando*, 2011; 16(2): 77-87.
15. Figueiredo MGMCA, Stano RCMT. O estudo da morte e dos cuidados paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2013; 37(2): 298-307.
16. Pessini L, Hossne WS. Terminalidade da vida e o novo código de ética médica. *Revista Bioethikos*, 2010; 4(2): 127-129.
17. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução do CFM nº 1.973/2011. *Diário Oficial da União*, 2011; 1: 144-147.
18. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Medicina paliativa agora é especialidade, reconhece conselho federal. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2011/medicina_paliativa_agora_e_especialidade_reconhece_conselho_federal
19. Schramm FR. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2002; 48(2): 17-20.
20. Floriani CA, Scharamm FR. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospícios modernos. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, 2010; 17(1): 165-180.
21. Machado MA. Cuidados paliativos e a construção da identidade médica paliativista no Brasil. *Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca*, 2009; 9-65.
22. Toledo AP, Priolli DG. Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2012; 36(1): 1009-117.
23. Bifulco VA, Iochida LC. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidados de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 2009; 33(1): 92-100.
24. Marinho S, Arán M. As práticas de cuidado e a normalização das condutas: algumas considerações sobre a gestão sociomédica da “boa morte” em cuidados paliativos. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 2011; 15(36): 7-19.

25. Palmeira HM, Scorsolini-Comin F, Peres RS. Cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa da literatura científica. *Alethéia*, 2011; 35(36): 12.
26. Floriani CA, Schramm FR. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Caderno de Saúde Pública*, 2007; 23(9): 2072-2080.
27. Moreira LM, Ferreira RA, Junior ALC. Discussão de protocolo para cuidadores de pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Paidéia*, 2012; 22(53): 383-392.
28. Oliveira JR, Ferreira AC, Rezende NA. Ensino de bioética e cuidados paliativos nas escolas médicas do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2013; 37(2): 285-290.
29. Menezes RA. Entre normas e práticas: tomada de decisões no processo saúde/doença. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 2011; 21(4): 1429-1449.
30. Figueiredo MGMCA, Stano RCMT. O estudo da morte e dos cuidados paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2013; 37(2): 298-307.
31. Vasconcelos TJQ, Imamura NR, Villar HCEC. Impacto da resolução CFM 1.805/06 sobre os médicos que lidam com a morte. *Rev Bioét*, 2011; 19(2): 501-521.
32. Floriani CA. “Moderno movimento hospice: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte”. *Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca*, 2009; 62-103.
33. Rodrigues IG, Zago MMF. Cuidados paliativos: realidade ou utopia?. *Cienc Cuid Saúde*, 2009; 8: 136-141.
34. Boemer MR. Sobre cuidados paliativos. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2009; 43(3): 500-501.
35. Fonseca A, Geovanini F. Cuidados paliativos na formação profissional da área de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2013; 37(1): 120-125.
36. Chaves JHB, Mendonça VLG, Pessini L, Rego G, Nunes R. Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. *Rev. Dor, São Paulo* 2011; 12(3): 250-255.
37. Silva RCF, Hortale VA. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cad. Saúde Pública*, 2006; 22(10): 2055-2066.
38. Silva KS, Kruse MHL. Em defesa da sociedade: a injeção dos cuidados paliativos e os dispositivos de segurança. *Texto Contexto Enfermagem*, 2013; 22(2): 217-255.
39. Menezes RA, Heilborn ML. A inflexão de gênero na construção de uma nova especialidade médica. *Revista de Estudos Feministas*, 2007; 15(3): 527-530.

X. ANEXOS

ANEXO I. Referências de artigos excluídos após leitura na íntegra

1. Silva KS, Kruse MHL. Em defesa da sociedade: a injeção dos cuidados paliativos e os dispositivos de segurança. *Texto Contexto Enfermagem*, 2013; 22(2): 217-255.
2. Silva RCF, Hortale VA. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cad. Saúde Pública*, 2006; 22(10): 2055-2066.
3. Marinho S, Arán M. As práticas de cuidado e a normalização das condutas: algumas considerações sobre a gestão sociomédica da “boa morte” em cuidados paliativos. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 2011; 15(36): 7-19.
4. Vasconcelos TJQ, Imamura NR, Villar HCEC. Impacto da resolução CFM 1.805/06 sobre os médicos que lidam com a morte. *Rev Bioét*, 2011; 19(2): 501-521.