

O RESGATE DA EMPATIA NO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO BRASIL EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

THE RESPAIR OF EMPATHY IN THE HEALTH PROFESSIONAL IN BRAZIL IN PALLIATIVE CARE: A SYSTEMATIC REVIEW.

Eliza Miranda Ramos^{1,2}, Matheus Dullius de Lima³, Valter Aragão do Nascimento^{1,2,4}

Recebido – 30/01/2019

Aceito -10/06/2019

<http://www.ebserh.gov.br/web/humap-ufms>

*Autor correspondente: Eliza Miranda Ramos, UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATOGROSSO DO SUL – UFMS. Francisco Serra – 147 – Vila Planalto, Campo Grande, MS, Brasil, 79009-040, Telefone: +55 (67) 999480071.

E-mail:
elizamirandaramos@gmail.com

Palavras-chave: cuidado paliativo; terminais de pacientes; bioética; espiritualidade; bioética no ensino e empatia.

Key-words: palliative care; patient terminals; bioethics; spirituality; bioethics in teaching and empathy.

¹ Programa de Pós Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região do Centro Oeste, Faculdade de Medicina Dr. Hélio Mandetta, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil.

² Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil.

³ Universidade Anhanguera Uniderp, Departamento de Enfermagem, Campo Grande, MS, Brasil.

⁴ Laboratório de Metabolismo Mineral e Biomaterias, Faculdade de Medicina Dr. Hélio Mandetta, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS.

Resumo

Tradicionalmente o paciente terminal em cuidados paliativos tem sido a vítima a qual sofre com a ausência de conhecimento em relação aos cuidados paliativos e o desenvolvimento da empatia especificamente nos cuidados paliativos ou terminais, deve-se lembrar de que os valores éticos dos profissionais de saúde no Brasil são comprometidos por fatores ligados ao processo de crescimento e amadurecimento pessoal. Este estudo tem o objetivo de realizar uma revisão sistemática da literatura sobre conhecimento bioético do profissional de saúde em relação aos cuidados paliativos no Brasil. Sugere-se que o tema cuidado paliativo seja mais abordado na graduação e pós-graduação aos profissionais de saúde e proporcione um melhor atendimento às necessidades do paciente.

Abstract

Traditionally the terminal patient in palliative care has been the victim who suffers from the lack of knowledge regarding palliative care and the development of empathy specifically in palliative or terminal care, it should be remembered that the ethical values of health professionals in the Brazil are compromised by factors linked to the process of growth and personal maturation. This study aims to conduct a systematic review of the literature on bioethical knowledge of the health professional in relation to palliative care in Brazil. It is suggested that the palliative care theme be more approached in undergraduate and postgraduate courses to health professionals and provide a better attendance to the needs of the patient.



1. Introdução

A Organização Mundial de Saúde em (2009) apontou que até 2020 haverá 278 milhões de pessoas no mundo em cuidados paliativos.

Do ponto de vista dos padrões formativos, a ação em enfrentar a morte é um estado difícil e envolvido em sofrimento emocional (Gutierrez e Ciampone, 2007), sendo o mecanismo ao provocar rupturas entre quem morreu e o outro o qual permanecerá em condição em vida (Carvalho et al, 2006).

Dáí pode-se afirmar ainda, conforme Carvalho et al (2006), em estudos anteriores que essa brevidade em vida é deduzida, em relação à constância da morte, a qual tem sido motivo de angústia e dor para o ser humano (Carmo, 2002), pois, fortalecemos o pensamento e valores em manter a divergência contra a ideia de finitude (Carvalho et, 2006).

O fortalecimento do sentimento da empatia pelo profissional de saúde no atendimento a pessoa que está recebendo o cuidado paliativo na sua terminalidade é de grande importância (Carvalho et al, 2006), também deste sentimento de empatia depende a resposta positiva ao tratamento (Carmo, 2002), pois a mesma tem efeito terapêutico e favorece a absorção do paciente em cuidados paliativos na compreensão da ideia de finitude (Organização Mundial de Saúde, 2009).

Salienta-se que a presença fisiológica da morte em determinadas situações ou condições (World Health

Organization, 2002), por exemplo, nas doenças nos cuidados paliativos principalmente em doenças terminais como o câncer, leva a entender que somos mortais, ou seja, finitos, e o fato de ser mortal requer adaptação no modo de captar e viver no mundo (Carvalho et al, 2006).

Recentemente um conceito novo em nossa sociedade surgiu na década de 1980 (Organização Mundial de Saúde, 2009), com a introdução de serviços de cuidados paliativos no Brasil (Peres et al, 2007), sendo classificada como área de conhecimento interdisciplinar que produza uma assistência harmônica (Carvalho et al, 2006), o qual, o foco é amenizar e controlar os sistemas de ordem física, emocional, social e espiritual e não de buscar a cura de determinada doença (Organização Mundial de Saúde, 2009), ou seja, é ofertar ao paciente qualidade de vida enquanto vida possuir (Quintana et al, 2006).

Com a elaboração da temática do cuidar criou-se uma conceitualização nova em relação aos cuidados paliativos (Carvalho et al, 2006), principalmente no desenvolvimento da empatia (Vasques et al, 2014), no caso, na abordagem que fornece condições melhores na qualidade de vida dos pacientes e seus familiares que enfrentam uma doença ameaçadora à vida/doença terminal (Quintana et al, 2006) através da prevenção e do alívio do sofrimento (Carvalho et al, 2006), com a identificação precoce, a avaliação correta o tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (World Health Organization, 2002).

Ainda a World Health Organization (2002), com a finalidade de direcionar os cuidados paliativos na prática estabeleceu nove princípios que dominam os cuidados paliativos.

Entre eles, os quais quatro ressaltam a morte e o morrer (World Health Organization, 2002), tais como, o validar a importância da vida a qual se deve considerar o morrer como um processo natural (Schiavona et al, 2016), ao demonstrar um cuidado que não induza a chegada da morte nem o prorogue com medidas desproporcionais (Carvalho et al, 2006), então o questionamento é no que toca: Ao o que pode ser oferecido? Poderia ser, no caso, disponibilizar uma rede de ações de apoio para ajudar o paciente a levar uma vida tão movimentada quanto lhe for possível antes que a morte realize-se (Silva, 2014), somente assim, aprofundar o pensamento do fenômeno: Como ofertar a empatia no cuidado paliativo aos profissionais de saúde no mundo moderno? (Schiavona et al, 2016); logo, assim poderíamos oferecer um método de apoio à família para que ela possa enfrentar a doença do paciente e assim resistir ao período de luto (Oliveira e Silva, 2010).

Por um lado Carvalho et al (2006) traz que as mais profundas necessidades humanas do ser em cuidados paliativos não tem sua sede em transtornos da alma, geralmente não é controlada no tratamento com o modelo biomédico e cartesiano (Carmo, 2002), em muitos momentos, o qual se mostra padronizado como padrões limítrofes do ser humano (Peres et al, 2007).

Por outro lado, o profissional de saúde, principalmente o da enfermagem (Vasques et al, 2014), tem procurado possibilidades de compreensão e formas de cuidar que possam transpassar as demarcações construído por essa corrente de conhecimento cartesiano (Carvalho et al, 2006), de forma que exista valorização de disposições pessoais, subjetivas, ou seja, humanizada agregada ao processo de empatia no cuidar de pacientes terminais (Braga e Queiroz, 2013).

Ainda Silva (2004) aborda em relação a questões que envolvem o atendimento em saúde de forma mais considerável e humanizada por parte dos profissionais têm ganhado enfoque (Gutierrez e Ciampone, 2007).

Assim, sensatamente com sua capacidade de unir fatores humanísticos com conhecimento científico para desenvolver a assistência mais adequada e alinhada aos novos aspectos mundiais (Silva, 2004), a prática da assistência á saúde pelo profissional de saúde (Braga e Queiroz, 2013), que se amplia para além do cuidado biológico, do modelo cartesiano (Carvalho et al, 2006), é conversível para que seja possível o atendimento de diversas necessidades indispensáveis do paciente e família (Gilmer et al, 2005).

No tocante ao Brasil, existem vários desafios a serem superados e introduzidos em relação aos profissionais de saúde (Gilmer et al, 2005), por exemplo está o déficit na formação educacional destes profissionais no que tem a ver com os cuidados paliativos especificamente a terminalidade (Susaki e Silva, 2016).

Diante deste panorama, este estudo tem como objetivo em forma de revisão sistemática caracterizar o conhecimento bioético do profissional de saúde em relação aos cuidados paliativos no Brasil, principalmente no desenvolvimento da empatia nos profissionais de saúde que realizam o cuidado ao paciente terminal visando uma inclusão de atendimento humanizado.

Este estudo por revisão sistemática acrescenta importante informação no perfil brasileiro ao cuidado paliativo para gestores, profissionais de saúde e usuários dos sistemas de saúde brasileiros.

2. Material e Métodos

Foi realizada uma revisão sistemática de estudos sobre cuidados paliativos na aplicabilidade da empatia pelo profissional de saúde. A busca bibliográfica foi fundamentada nos quatro itens indispensáveis, com o objetivo de responder ao questionamento do estudo, no caso, utilizou-se o método PICO (Moher et al, 2009), o qual é descrito pelo tratado em relação ao problema ou a população (P), a intervenção (I), comparação (C) e o desfecho (O). Esse método resultou com a delimitação dos seguintes questionamentos ao qual conduziu o estudo: O profissional de saúde brasileiro em relação aos cuidados paliativos aplica a empatia? Cada tratado PICO representou uma parte a ser analisado, sendo considerados os critérios de inclusão para análise: cuidados paliativos, pacientes terminais (P), aplicabilidade da empatia nas ações do profissional de saúde (I), como é aplicado à empatia no doente terminal

pelo profissional de saúde (C) e melhora clínico-emocional do paciente em cuidados paliativos (O).

2.1. Identificação dos estudos e métodos de pesquisa

Foram analisadas publicações indexadas nas bases, SCIELO, PubMed, Medline, Lilacs, Web of Science (Thomsons Reuters), a plataforma Scopus e ainda foi realizado pesquisa na biblioteca COCHRANE. A pesquisa foi realizada por dois revisores imparciais (E.M.R; M.D.d.L.), discriminando a estratégia de busca livre com descritores em saúde (Decs) na língua inglesa e portuguesa: “cuidados paliativos”, “pacientes terminais”, “bioética”, “espiritualidade”, “bioética no ensino” e “empatia”, a estratégia utilizou operadores booleanos (“and” e “or” e “and not”), foram incluídos estudos publicados no período de 2013 a 2017. A busca dos artigos foi realizada no período de Março a Maio de 2018. Ainda para certificar qualidade da revisão sistemática, usou-se o protocolo Preferred Reporting Items for Systematics Reviews and Meta-analyses (PRISMA) neste estudo (Moher et al, 2009). Os artigos foram selecionados primeiramente através dos títulos e resumos das publicações selecionadas com o objetivo de refinar a amostragem pelos critérios de inclusão e exclusão, tais como, artigos originais experimentais e revisões sistemáticas e metanálise, publicados em inglês ou português no período de 2013 a 2017, oriundos de estudos desenvolvidos no Brasil. Foram excluídos documentos, protocolos, normas e rotinas do Ministério da Saúde. Devido a essa metodologia utilizada à amostragem final foi constituída por 10 artigos.

3. Resultados

Identificamos e verificamos 430 estudos. Sendo que 10 estudos foram selecionados a partir de seu resumo e títulos, conforme os critérios de inclusão e exclusão com a finalidade de alcançar o objetivo do estudo. Para melhorar a qualidade dos artigos, foram estabelecidas as seguintes informações que seriam incluídos nos estudos, ou seja, foi utilizado um banco de dados elaborado no Microsoft Office Excel 2010, e as seguintes variáveis foram consideradas: estudo, desenho, local e ambiente, população e prevalência. Os dados obtidos foram agrupados em quadros conforme a abordagem temática analisada por interpretação com base na literatura utilizada.

As razões para exclusão completa dos artigos foram: cuidados paliativos realizados por profissionais de saúde não o tendo como principal desfecho (n = 153), amostragem populacional inferior a dez (n = 50), estudos feitos fora do Brasil com amostragem confusa (n = 75), os autores não esclareceram que os cuidados paliativos com o desenvolver da empatia no profissional de saúde eram o desfecho principal do estudo (n = 85), os autores não esclareceram se o estudo tinha como desfecho principal a bioética e aplicabilidade da empatia nos cuidados paliativos relacionados ao profissional de saúde (n=52), os estudos não qualificaram a categoria profissional do profissional avaliada (n = 5).

Os 04 estudos originais o qual realizou pesquisa experimental incluiu ambos os sexos e analisaram 73 participantes (aproximadamente 45% do sexo feminino).

Todos os 10 estudos originais os quais, 05 são revisões de literatura, 01 Investigação fenomenológica 03 são transversais e 01 é etnográfico. Todos os 10 estudos usaram questionários/entrevistas/formulários para a coleta de dados.

Figura 1: Característica dos estudos incluídos (n=10).

Estudo	Desenho	Local e Ambiente	População	Prevalência
ARTIGO A1	Revisão integrativa	SciELO	Periódicos	Prevalência pontual na abordagem em cuidados paliativos (n = 65%) (21 periódicos).
ARTIGO A2	Revisão integrativa	PubMed /Lilacs	Periódicos	Prevalência perceptiva do sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar.
ARTIGO A3	Exploratória Descritiva	SciELO	Com profissional da equipe de saúde de unidade hospitalar de cuidados paliativos no município de São Paulo.	Prevalência pontual de uma equipe multiprofissional hospitalar em cuidados paliativos de um hospital de São

				Paulo (n=18).					paliativo. (n=30)
ARTIGO 04	Revisão integrativa	Scielo e PubMed	Periódicos	Prevalência perceptiva dos cuidados paliativos e comunicação de más notícias a formação do profissional de saúde (n=17).	ARTIGO 07	Exploratória e Descritiva	PubMed	Profissional da área de saúde que tiveram familiar em cuidados paliativos por câncer e que enfrentaram o fim de vida do mesmo, sendo atendidos pela equipe multiprofissional do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) em um Hospital do Sul do Brasil.	Prevalência do Profissional da saúde e ser familiar frente ao diagnóstico de câncer e Profissional da saúde e Ser familiar no confronto com a proximidade com a morte.
ARTIGO 05	Etnográfica	Lilacs	Observação não-participativa além de entrevistas semi-estruturadas nas unidades de oncologia e infectologia de um hospital público.	Prevalência da dificuldade da equipe de saúde lidar com pacientes terminais					
ARTIGO 06	Revisão Integrativa	Scielo	Periódicos	Prevalência da importância da aplicação dos princípios norteadores para o cuidado	ARTIGO 08	Investigação fenomenológica	Scielo	Profissional da saúde através de uma investigação sobre o significado	Prevalência sobre dois eixos investigativos, que abordaram o significado da morte e o papel da formação

			da morte no cotidiano dos profissionais e acadêmicos da terapia ocupacional, medicina e enfermagem.	acadêmica quanto ao preparo para lidar com a terminalidade e da vida.					sem possibilidades de cura e identificar qual é a atitude desses profissionais diante da manifestação dessa autonomia.
ARTIGO 09	Revisão de literatura	SciELO	Periódicos	Buscar a prevalência na literatura nacional artigos sobre equipes de saúde que oferecem cuidados paliativos. (n= 11).	<p>Os textos analisados integraram um contexto em relação à equipe de saúde no conhecimento dos cuidados paliativos. Em relação na caracterização em lidar com o processo de morte e morrer humano, os periódicos foram homogêneos sob a ótica do paradigma do cuidado paliativo em relação aos conceitos bioéticos ao relacionar com a empatia. Após leitura sucessiva dos artigos selecionados para o presente estudo de revisão, realizou-se o agrupamento de informações, construindo quatro abordagens temáticas, para caracterizar o conhecimento do profissional de saúde em cuidados paliativos foi: abordagem I – O fenômeno morte e suas múltiplas interpretações pelos profissionais de saúde, abordagem II - A difícil visão de o profissional de saúde de reconhecer a habilidade de o doente terminal manifestar sua autonomia em tomadas de decisões, abordagem III – A importância de o profissional de saúde em ter conhecimento nos cuidados paliativos e melhorar a qualidade de vida do paciente do paciente terminal do decorrer da evolução da doença, e como última abordagem, no caso, abordagem IV - A importância do</p>				
ARTIGO 10	Exploratório descritivo	Lilacs	Entrevista de 22 membros de uma equipe de saúde de cuidados paliativos.	Análise da prevalência do conceito que a equipe de saúde inserida no contexto de cuidados paliativos tem da autonomia do doente					

conhecimento da empatia no processo saúde e doença do paciente em cuidados paliativos pelo profissional de saúde.

4. Discussão

ABORDAGEM I - *O fenômeno Morte e suas múltiplas interpretações pelos profissionais de saúde*

Os 10 periódicos analisados revelaram que o nível de consciência do paciente em cuidados paliativos e as informações que ele dispõe são indispensáveis ao exercício de sua autonomia (Braga e Queiroz, 2013), logo, as equipe de saúde que participaram dos estudos analisados, no caso em alguns periódicos também apontou que o reconhecimento (Bastos et al, 2016) do indivíduo como ser autônomo depende, ainda, de que ele manifeste o desejo e a vontade para exercitar sua autonomia (Sartori e Battistel, 2017) , no sentido de administrar seu processo de vida e morte (SILVA, 2004).

Desse modo, Araújo e Brustein (2012), relata em estudo que a morte pode ser vista como uma condição natural do elo da vida ou como inimiga a ser vencida a qualquer custo. Entretanto, existem os “gladiadores” da morte na atualidade os quais são os profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros aos quais se atribui (e alguns se atribuem), o papel de donos da vida e da morte, “Deuses” com a capacidade de controlar esse processo fisiológico (Carvalho et al, 2006).

Desde cedo, no início do processo de formação, os profissionais de saúde associam a morte como algo desagradável conforme cita Carvalho et al (2006), na infância são inibidos da convivência com a morte, e o

processo do luto, entretanto, para agravar esta evolução no contexto da finitude humana, somos despreparadas pela vida para abordar o assunto com a naturalidade, então conforme afirma Kovács (2010) apud Sartori e Battistel (2017), assim é construído uma visão social que faz da morte representar o desconhecido (Sartori e Battistel, 2017), logo, é rejeitada pela grande maioria dos profissionais de saúde, entretanto a ausência do contato com a morte, evidência ao não desenvolvimento do sentimento de empatia no cuidado paliativo.

ABORDAGEM II - *A difícil visão de o profissional de saúde de reconhecer a habilidade de o doente terminal manifestar autonomia*

O reconhecimento do doente como ser autônomo implica em uma avaliação de suas funções neurológicas e preservar sua autonomia (Bastos et al, 2016) é um respeito ao direito humano e aplicabilidade da empatia no cuidar (Oliveira e Silva, 2009), mas não se esgota nessa avaliação, etiológicamente autonomia significa o poder de dar a si a própria lei, autos (por si mesmo) e nomos (regras, governo ou lei) (Carvalho et al, 2006), não se compreendendo, no entanto, como autossuficiente (Oliveira e Silva, 2009), ou como um poder absoluto e ilimitado (Bastos et al, 2016). Ou seja, a autonomia de um paciente pressupõe que este tenha capacidade para decidir sobre seu melhor interesse (Bastos et al, 2016). Sartori e Battistel (2017) refletem em estudos que as percepções da autonomia do doente sem possibilidades de cura se mostraram heterogêneas, para a equipe de saúde, embora se encontre orientada para uma filosofia comum, ainda assim, Oliveira e Silva

(2009) traz a perspectiva espiritual relacionada com a psicológica. A revisão de literatura feita por Oliveira e Silva (2009) apud Sartori e Battistel (2017) discutem como os princípios bioéticos da não maleficência, beneficência, justiça e autonomia se enquadram dentro do contexto dos cuidados paliativos. Os resultados mostram como os profissionais de saúde devem estar atentos ao cuidado do paciente (Bastos et al, 2016), para garantir que a prática dos profissionais respeite todos os direitos bioéticos dos pacientes, inclusive sua autonomia (Gutierrez e Ciampone, 2007). Dessa forma, os autores ressaltam a necessidade de uma visão multidisciplinar nos cuidados aos pacientes fora de possibilidade de cura, ou seja, em cuidados paliativos no processo de terminalidade (Sartori e Bastistel, 2017). Levando em conta os aspectos legais, dizemos que a autonomia no processo de morrer humano e sob a luz dos cuidados paliativos assume particularidades que não são contempladas pelos profissionais de saúde na essência das teorias bioéticas (Araújo e Brustein, 2014), portanto, a compreensão da autonomia não deve ser estática, mas manter a orientação nos princípios bioéticos e jurídicos e curvar-se na emergência das necessidades humanas (Schiavona et al, 2016), principalmente na característica emocional (Carmo, 2002). A World Health Organization (2004) abordada por Sartori e Battistel (2017) propõe que a educação em saúde é uma alternativa coerente com o momento atual dos cuidados paliativos e assume caráter limitante ao seu desenvolvimento em território brasileiro (Araújo e Brustein, 2014), uma vez que a ignorância, a falta de reflexão e de conhecimento técnico e científico sobre as opções terapêuticas adequadas aos doentes sem

possibilidade de cura e a própria essência dos cuidados paliativos comprometem a autonomia desses indivíduos (Carvalho et al, 2006) e a configuração de projetos terapêuticos individualizados e conseqüentemente na disseminação dessa filosofia de cuidados paliativos (Sartori e Battistel, 2017).

ABORDAGEM III – A importância do profissional de saúde em ter o conhecimento nos cuidados paliativos e melhorar a qualidade de vida do paciente terminal no decorrer da evolução da doença

Todo ser humano tem o direito de cuidar e ser cuidado, principalmente no período de terminalidade que o envolve (SILVA, 2004). Nesse contexto, torna-se relevante a valorização do paciente e de sua família (Vasques et al, 2014).

Assim, proporcionar os cuidados paliativos é atendê-los na sua integralidade e equidade e empatia (Braga e Queiroz, 2013); a atitude do profissional supera sua habilidade técnica e o conhecimento científico (Araújo e Brustein, 2014), predominando sua forma de agir como pessoa como Ser existencial (Vasques et al, 2014).

Dentro da perspectiva do cuidado paliativo Silveira et al (2014) relata que é fundamental que o profissional de saúde paliativista tenha a habilidade do cuidar com empatia, e ao desenvolver cuidado empático, deve arraigar ao seu conhecimento técnico-científico. No entanto, só se adquire essa habilidade quando se cuida e (Sartori e Battistel, 2017), cada vez mais, esse profissional em saúde irá descobrir novas maneiras de



cuidar empaticamente (Kovács, 2010), com certeza, esse despertar do fazer sempre o melhor promoverá a competência desse profissional (Vasques et al, 2014).

Nesse princípio Vasques et al (2014) ressalta a importância da abordagem holística dos profissionais na equipe de saúde, em que o paciente é visto na sua integralidade (física, emocional/psicológico, social, contexto ambiental e espiritual) (Araújo e Brustein, 2014), sendo respeitados seus desejos e suas necessidades (Carvalho et al, 2006).

Busca-se, assim conforme cita Silva (2014) melhorar o curso da doença, tornando-a menos dolorida em seu contexto de vida, é a essência para uma morte digna.

A partir do momento em que os sintomas estão controlados (Silva, 2014), os desejos respeitados e suas necessidades atendidas (Kovács, 2010), somando-se à convivência com seus familiares e à oportunidade do resgate de pendências (Silva, 2014), pode-se afirmar que a qualidade de vida desse paciente está sendo preservada (Vasques et al, 2014).

Para tanto, faz-se necessária à capacitação dos profissionais da saúde (Sartori e Battistel, 2017), e em especial dos profissionais de maior percentual de contato com paciente como (Braga e Queiroz, 2013) a enfermagem e os médicos (Sartori e Battistel, 2017), acerca dos princípios dos cuidados paliativos, favorecendo sua compreensão e aguçando a percepção das necessidades de cada indivíduo (Silveira e Ciampone,

2014), com vistas à qualidade da assistência paliativa (Vasques et al, 2014).

ABORDAGEM IV - *A importância do conhecimento da empatia no processo saúde e doença do paciente em cuidados paliativos pelo profissional de saúde*

Esta abordagem versa sobre estas duas dimensões no contexto das relações éticas do conhecimento da empatia no cuidado paliativo pelo profissional de saúde (Vasques et al, 2014): o morrer e o modo de desenvolvimento da empatia no profissional de saúde frente à morte e o processo de morrer (Sartori e Battistel, 2017). Ambas as formas de atendimento são distintas, entretanto, deve-se lembrar, em relação à identidade do profissional de saúde são elaboradas sobre princípios éticos e morais diversos (Kovács, 2010), que acarreta em ações diárias em seu cotidiano laboral, como por exemplo, o modo de diferentes interpretações relacionado ao fator emocional frente ao contato com o sofrimento (Quintana et al, 2006).

A presença da sensibilidade, ou empatia (Quintana et al, 2006), no profissional de saúde diante de certos casos não é bem vista pela equipe supervisora da unidade de saúde (Kovács, 2010), sendo interpretada como uma forma de dissolução dos limites profissionais (Vasques et al, 2014).

As equipes são condicionadas a se colocarem de forma distante “de forma adequada ao doente” (Braga e Queiroz, 2013), e de seu sofrimento, seja em cuidados hospitalar ou domiciliar (Kovács, 2010).

O profissional paliativista é condicionado a valorizar e a acolher as emoções a que venha emergir face ao conhecimento do avanço e do seu prognóstico (Sartori e Battistel, 2017).

Desenvolver a empatia no atendimento ao paciente terminal é extremamente difícil (Vasques et al, 2014), principalmente no fator informar (Silveira et al, 2014) e desenvolver o processo no prognóstico em cuidados paliativos (Bastos et al, 2016).

Entretanto outras vivências e ações do ser humano (KOVACS, 2010), muitas são as ações e relações na experiência do cuidado paliativo que não reconhecidos nem pelo próprio paciente como pela família ou sociedade (Sartori e Battistel, 2017), e isso ocorre por diversas razões éticas e morais (Vasques et al, 2014). O profissional de saúde que cuida de pacientes terminais sabe que a morte pode ocorrer a qualquer momento ou segundo e (Kovács, 2010) rapidamente, assim como o ato de respirar (Bastos e Silva, 2016). Ressalta-se que o medo da morte também é o medo da aniquilação pessoal e completa da ausência do significado e a ausência de emoções (Kovács, 2010), ou seja, similarmente é também o medo de qualquer tipo de doença mental, de qualquer loucura ou transtorno (Bastos et al, 2016), que traga experiências negativas, dolorosas e incoerentes (Kovács, 2010), juntamente com a perda de controle dos pensamentos e ações (Sartori e Battistel, 2017).

O processo de cuidar possui um tempo linear, através da causa e efeito, a abordagem racional do

pensamento e do tipo (Sartori e Battistel, 2017), por exemplo, ou isto ou aquilo, do dualismo (Vasques et al, 2014), tenta buscar fatos que possam ser reproduzidos de forma objetiva no atendimento ao paciente terminal em cuidados paliativos (Vasques et al, 2014).

O ser empático incorpora isso e vai além (Sartori e Battistel, 2017). A empatia, também é capaz de ver as pessoas e situações a partir de diferentes perspectivas simultaneamente (Kovács, 2010).

Deve-se lembrar de que o ser humano é de natureza, biológica (Sartori e Battistel, 2017), psíquica e espiritual (Kovács, 2010).

Sartori e Battistel (2017) reforça que o nosso corpo assim como a mente e a essência espiritual, ética e moral são unos, indivisíveis.

A garantia de um acesso universal e facilitado, garantido por qualidade e segurança em conhecimento dos profissionais (Sartori e Battistel, 2017), próximo aos familiares e lar, o manejo dos sintomas constantes de forma humanizada (Sartori e Battistel, 2017), envolvida pelos princípios morais (Kovács, 2010), éticos e jurídicos perante a morte e a sensibilidade e o respeito às realidades vivenciadas em nosso dia a dia (Vasques et al, 2014), pode não alterar o desfecho clínico da doença, mas certamente (Sartori e Battistel, 2017), o cuidado paliativo faz toda a diferença aos pacientes e familiares nesta etapa de finitude na vida (Kovács, 2010). Somos compostos de componentes físicos, psicológicos (especialmente emocionais) e morais/éticos relacionado ao espiritual (Sartori e Battistel, 2017).



O sofrimento, nos cuidados paliativos, portanto (Kovács, 2010), afeta o corpo, a alma da pessoa e de quem auxilia no cuidado (Sartori e Battistel, 2017), ou seja, familiar (Braga e Queiroz, 2013), profissional de saúde e outros (Sartori e Battistel, 2017).

A empatia nos faz desenvolver a habilidade de prestar a atenção em cada aspecto de maneira diferente (KOVACS, 2010), com ações diferenciadas, ou seja, humanizadas conforme os padrões éticos do sistema único de saúde brasileiro (Sartori e Battistel, 2017).

Os profissionais de saúde reconhecem que alguns acham mais fáceis atrair a atenção (Kovács, 2010), ajuda e solidariedade concentrando-se na dor e nos sintomas físicos do que admitir habilidades no cuidar emocional (Sartori e Battistel, 2017).

Também é mais socialmente aceitável. Muitas pacientes em cuidados paliativos morrem de angústia e depressão (Kovács, 2010), por exemplo, muitos pacientes terminais, no caso, ainda, porém, pensam em termos de componentes espirituais do seu problema (Sartori e Battistel, 2017). Como resultados (Kovács, 2010), várias maneiras eficazes de prevenir a tratar problemas de saúde são subestimadas ou mesmo completamente ignoradas pela ausência de empatia do profissional de saúde geralmente agregado ao preconceito (Sartori e Battistel, 2017).

Em suma, empatia é sinônimo de saber cuidar (Kovács, 2010), pois o profissional de saúde que cuida de pacientes terminais deve aprender a realizar diariamente mudanças de paradigmas do cuidar (Kovács, 2010), ou

seja, não interpretar o mundo subjacente às teorias, aos princípios eficientes (Sartori e Battistel, 2017) às regras e as metodologias da ciência durante um período específico do atendimento ao paciente em terminalidade nos cuidados paliativos (Kovács, 2010), ou seja, ser empático é realizar mudanças de paradigma (Bastos et al, 2016), envolvendo uma mudança conceitual importante na teoria e na prática (Kovács, 2010), ou seja, o profissional de saúde que trabalha com essa população (Bastos et al, 2016), deve reconhecer que se trata de uma experiência individual, com sentido e significância para a experiência da morte ou morrer (Sartori e Battistel, 2017) com sentido e significado único para as perdas vividas (Kovács, 2010) e conseqüentemente reconhecer a individualidade do processo de elaboração do morrer no paciente e na família através da ferramenta utilizadas pela aplicabilidade da empatia (Bastos et al, 2016).

E assim promover a promoção de saúde em cuidados paliativos que deve ser continuamente estudada e aprimorada no sistema de saúde brasileiro, tanto no público como no particular (Kovács, 2010).

Em suma, desenvolver a empatia é ter o controle dos sintomas físicos, pois demonstra ser outra situação reconhecidamente promotora de compreensão da finitude no cuidado paliativo (Kovács, 2010), ser empático nos cuidados paliativos é perceber a empatia como fé (Sartori e Battistel, 2017), força interior e uma forma de resistência (Kovács, 2010) concretizada em objetos de esperança, assim, essa esperança é focalizada no tempo empático (Bastos et al, 2016) numa perspectiva de futuro, e esta relacionada com a fase do

ciclo de vida em que os pacientes em terminalidade se encontram (Kovács, 2010), deve-se lembrar de que a pessoa doente utiliza estratégias para lidar com a doença, acreditam, enfrentam, mas também se resignam (Sartori e Battistel, 2017). Expressam sentimentos e emoções e expressam também sua espiritualidade, perspectivam (Bastos et al, 2016), aceitam e valorizam o cuidado quando sente a empatia e consideram a importância das relações (Kovács, 2010), reforçando laços familiares e sentindo apoio (Sartori e Battistel, 2017).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do profissional de saúde em cuidados paliativos em sua maioria dos cuidados é feita de forma cartesiana e tecnicista, sem a criação de vínculos afetivo com paciente, sem o desenvolvimento da empatia, contradizendo muitas vezes as diretrizes dos códigos de ética.

Entretanto, conclui-se que existe uma dificuldade do profissional de saúde aderir a uma prática não mecanicista cartesiana no cotidiano de suas atividades, oscilando entre o que é correto e o que se realiza na prática, muitas vezes decorrente de valores éticos e morais, culturais, religiosos, sociais e emocionais de cada um, o que tem contribuído para a precariedade da assistência a paciente em cuidados paliativos.

Além disso, é preciso um enfoque sistemático para o desenvolvimento de ações práticas que visam como resultado final a promoção à saúde ao paciente em cuidados paliativos visando seus direitos através do desenvolvimento da empatia nesse profissional. Contudo

acredita-se que este estudo pode contribuir para uma reflexão da prática assistencial do profissional de saúde na literatura científica.

Vale ressaltar que para a construção desse estudo foi respeitado às dimensões éticas e morais para realização de revisões sistemáticas e as ideias centrais de cada um dos autores com enfoque na qualidade da assistência prestado ao paciente em cuidados paliativos sobre a visão do processo de morrer, agregando todos os valores bioéticos aos cuidados paliativos.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Valter Aragão do Nascimento, pelos textos traduzidos, orientação e seu grande desprendimento e ajudar na elaboração metodológica deste estudo. Ao amigo Matheus Dullius de Lima no fornecimento de material e seleção de artigos e participação na construção deste estudo sistemático. Agradeço a Universidade Federal do Mato Grosso do Sul pela disponibilização de material necessário para construção deste estudo de revisão sistemática.

6. Referências

- Carvalho LS, Pinho LMO, Barbosa MA. A morte e o morrer no cotidiano de estudantes de enfermagem. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 14, 4, 551-557, out./dez. 2006.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Prisma G. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. Ann Intern Med, 151, 4, 264-269, 2009.
- Quintana AM, Kegler P, Santos MSD, Lima LD. Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. Paidéia, 16, 35, 415-425. 2006. (ARTIGO 05)
- World Health Organization. Definition of palliative care. 2002.
- Gutierrez BAO, Ciampone M HT. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. Rev Esc Enferm USP, 41, 4, 660-667, 2007.
- Peres MFP, Arantes ACLQ, Lessa OS, Caous CA. A Importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. Rev Psiquiatr Clín (São Paulo), 34, supl 1, 82-87, 2007.
- SILVA, CHD. A moralidade dos cuidados paliativos. Rev. Brasileira de Cancerologia, 50, 330-333, 2004.
- Gilmer T, Schneiderman LJ, Teetzel H, Blustein J, Briggs K, Cohn F, Cranford R, Dugan, D, Kamatsu G, Young E. The costs of no beneficial treatment in the intensive care setting. Health Affairs, 24, 961-971. 2005.
- Susaki TT, Silva MJP. Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. Acta Paul Enferm, 19, 4, 456-461.2006.
- Carmo DRB. Possibilidade de manifestação da autonomia do paciente internado em um hospital universitário [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002.
- ARAÚJO AFC, BRUSTEIN VP. A importância da enfermagem em cuidados paliativos: uma revisão de

literatura. Rev. esc. enferm. USP, 47, 3, 626 -634, jun.

2014. (ARTIGO A1)

KOVÁCS MJ. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional.

O Mundo da Saúde, São Paulo, 34, 4, 420-429. 2010.

(ARTIGO 02)

Silveira MH, Ciampone MHT, Gutierrez BAO.

Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, 17, 1, 7-16.

2014. (ARTIGO 03)

Oliveira AC, Silva MJPD. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. Acta Paul Enferm. 23, 2, 212-217. 2010.

Bastos BR, Fonseca ACGD, Pereira AKD, Silva LDCS. Formação dos Profissionais de Saúde na Comunicação de Más Notícias em Cuidados Paliativos Oncológicos. Revista Brasileira de Cancerologia, 62, 3, 263- 266. 2016. (ARTIGO A4)

Silva MLDSR. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos. Rev Bras Med Fam Comunidade. 9, 30, 45-53. Jan-Mar. 2014.

(ARTIGO A6)

Vasques TCS, Lunardi V L, Ribeiro JP, Carvalho KKD, Gomes, GC, Silva PAD. Cuidados Paliativos no Cotidiano de Trabalho Profissionais da Saúde e de Enfermagem. Rev enferm UFPE on line, 8, supl. 2, 3797-3805, out., 2014. (ARTIGO A7)

Schiavona AB, Muniz RM, Azevedo NAD, Cardoso DH, Matos MR, Arrieira ICO. Profissional da saúde frente à situação de ter um familiar em cuidados paliativos por câncer. Rev Gaúcha Enferm. 37, 1. Mar. 2016. (ARTIGO 08)

Sartori AV, Battistel ALH. A abordagem da morte na formação de profissionais e acadêmicos da enfermagem, medicina e terapia ocupacional. Cad. Bras. Ter. Ocup., São Carlos, 25, 3, 497-508, 2017. (ARTIGO A9)

Braga FC, Queiroz E. CUIDADOS PALIATIVOS: O DESAFIO DAS EQUIPES DE SAÚDE. Psicologia USP, São Paulo, 24, 3, 413-29. 2013. (ARTIGO 10)