

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Danielle Silva de Meireles¹
Cícera Patrícia Daniel Montenegro²
Cibelly Nunes Fortunato³
Helga de Souza Soares⁴
Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt⁵

RESUMO

Relato de experiência vivenciado na Unidade de Cuidados Especiais de um hospital no Ceará. Para respaldá-lo, foi realizada uma revisão da literatura nas bases de dados eletrônicas da BVS – LILACS e BDENF. Os objetivos foram categorizar os cuidados de enfermagem, conforme a estratificação de cuidados paliativos da instituição, para respaldar uma assistência segura e humanizada; e, expor o que são cuidados paliativos aos profissionais de saúde que ainda não conhecem, são inseguros ou não capacitados para lidar. Como resultados, foram relatados os cuidados de enfermagem elaborados a partir da experiência vivenciada com idosos em palição, de maneira categorizada, para facilitar o entendimento e a assistência segura; também foi relatada a experiência da assistência de enfermagem a uma idosa com doença incurável. As inovadoras condutas paliativistas não são aceitas pelos profissionais adeptos da assistência tradicional curativista. Daí a importância em intensificar os estudos a fim de despertar nestes, a vontade de conhecer os critérios de elegibilidade para palição, os princípios dos cuidados paliativos, defender sua implementação e o desejo prioritário de aliviar sofrimento em detrimento da distanásia. Numa equipe capacitada e comprometida em atuar nos Cuidados Paliativos, o paciente é visto como um ser humano que tem sentimentos e merece todo amor, carinho, respeito, atenção e conforto na fase final da sua vida. Trabalhar nesta área é uma oportunidade ímpar de aprendizado profissional e moral, pois sente-se o valor da humanização e o quão gratificante é contribuir com o alívio às dores do corpo e da alma.

Palavras-chave: idoso, cuidados paliativos e enfermagem de cuidados paliativos na terminalidade da vida.

INTRODUÇÃO

O aumento do envelhecimento populacional, da prevalência do câncer e de outras doenças crônicas na população, tem sido observado progressivamente nos últimos anos, fazendo crescer o número de pacientes elegíveis para Cuidados Paliativos (CP). Entretanto, o desenvolvimento de novas terapêuticas propiciado pelo avanço tecnológico, trouxe

¹Enfermeira, Mestranda em Gerontologia - PMPG/UFPB, daniellesmeireles@hotmail.com;

²Fisioterapeuta, Mestranda em Gerontologia - PMPG/UFPB, pmontenegro9@gmail.com;

³Enfermeira, UFPB, cibellynf@hotmail.com;

⁴Enfermeira, HULW, helgasoares@live.com;

⁵Enfermeira, Orientadora, Doutora em Enfermagem - PMPG/UFPB, greicykel@gmail.com.

longevidade aos portadores de doenças crônicas, antes tidas como mortais (SILVA; VIANA; LIMA, 2018 *et al*).

Silva, Viana e Lima, *et al* (2018) completam que diferente da visão curativista, na paliativa o foco é no indivíduo. O paciente passa a ser visto como um ser integral, capaz de compreender sua possibilidade terapêutica, apropriar-se de suas vontades e deve ter seus princípios respeitados.

A participação de cada membro da equipe é fundamental é indispensável para a prestação dos cuidados paliativos com excelência. A “enfermagem paliativa” exige do enfermeiro uma assistência sistematizada e individualizada, através do planejamento e implementação de ações que resultam numa maior autonomia para o paciente sobre sua própria vida e doença; bem como também exige a perspicácia para articular-se com o paciente e também seus familiares, os quais devem ser considerados uma unidade de cuidado, indispensáveis para estabelecer uma um cuidado acolhedor (LIMA; VALE; SILVA, 2017).

Profissionais conhecedores da abordagem paliativa sentem-se desconfortáveis quando acompanham a assistência curativista dada a um paciente com indicação de palição, pois inconscientemente estão cometendo distanásia. Conforme cita o protocolo de Cuidados Paliativos do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, distanásia trata-se do “prolongamento exagerado e artificial do processo de morte, conseqüentemente trazendo sofrimento inútil para os pacientes. Muitas vezes o desejo obstinado de recuperação do doente, em vez de ajudar ou permitir uma morte natural, acaba prolongando sua agonia” (MAURIZ; WIRTZBIKI; CAMPOS, 2014).

Diante deste contexto, como prestar uma assistência de enfermagem de forma segura, eficaz e humanizada, aos idosos em cuidados paliativos?

O objetivo deste estudo consiste em categorizar os cuidados de enfermagem, conforme a estratificação de cuidados paliativos do protocolo institucional do HRC / ISGH, a fim de respaldar a equipe na prestação de uma assistência de enfermagem segura, eficaz e humanizada; bem como apresentar um pouco do que são cuidados paliativos para os profissionais de saúde que ainda não conhecem, têm insegurança em lidar ou não foram capacitados para tal.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência vivenciado na UCE (Unidade de Cuidados Especiais, referência em Cuidados Paliativos no Estado do Ceará), clínica pertencente ao HRC – Hospital Regional do Cariri, vinculado ao ISGH – Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, situado em Juazeiro do Norte (CE). A fim de respaldar o relato, também foi realizada uma revisão da literatura a cerca da temática abordada.

Identificado o problema por sua relevância e formulada a pergunta norteadora, foram selecionados os seguintes descritores no DeCS (Descritores em Ciência da Saúde): “idoso”, “cuidados paliativos” e “enfermagem de cuidados paliativos na terminalidade da vida”. A busca bibliográfica foi desenvolvida no mês de maio 2018, nos sites oficiais das instituições referenciadas e nas bases de dados eletrônicas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos originais e disponíveis na íntegra em formato eletrônico em inglês e/ ou espanhol e/ou português, nos quais os descritores selecionados deveriam constar como assunto principal. Como critérios de exclusão, considerou-se indisponibilidade na íntegra, duplicidade e o não atendimento ao objeto de estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conforme Lima, Vale e Silva, *et al* (2017), o termo Cuidado Paliativo remete a outro termo, o “*Hospice*” (antigas hospedarias destinadas ao cuidado de peregrinos e viajantes). Todavia, por questões linguísticas (já que não havia tradução fidedigna para o termo em muitos idiomas), este foi substituído por Cuidados Paliativos. “*Palliare*” provém do latim e significa ‘manto usado para proteger os peregrinos nas viagens aos santuários’. Analogamente, quando a doença não pode ser curada, a alternativa restante é cobri-la com os cuidados paliativos.

Em pesquisa bibliométrica, Duarte, Costa e Moraes, *et al* (2015) constataram que as publicações acerca da temática investigada apresentam um quantitativo pouco expressivo. Por isso sugere-se a realização de novos estudos, para que outros indicadores possam emergir e suscitar a ampliação do conhecimento sobre o tema.

Estudo sobre a percepção de profissionais de enfermagem acerca da morte de idosos hospitalizados verificou que a morte em idosos gera sofrimento, frustração, culpa, tristeza e perda, para sua família e equipe de enfermagem. Por outro lado, a morte também é encarada como alívio quando os únicos e fundamentais recursos terapêuticos a serem implementados, são conforto e apoio. Assim destaca-se a importância da equipe de enfermagem possuir conhecimentos e habilidades específicas para lidar com essa população e seus familiares, em especial, diante do fim da vida (BOTH; SPIES; HILDEBRANDT, *et al*, 2013).

Morais, Conrad e Mattos (2018) notaram em pesquisa, que os profissionais de enfermagem enfrentam conflitos internos ao prestarem assistência a pacientes sem possibilidade de cura. Outro estudo verificou que a identificação da maioria dos pacientes em fim de vida, infelizmente só ocorre entre 7 dias e últimas 48 horas antes da morte, dificultando a implementação dos cuidados ao paciente e seu cuidador principal (MARTÍN; RUIZ; RAMÍREZ, 2017).

Famíliares confiam mais na possibilidade de recuperação e apoio ao seu parente e, se sentem mais confortáveis, quando percebem a competência técnico-científica e o melhor relacionamento interpessoal da equipe hospitalar (VALENTE, FONSECA e FREITAS *et al*, 2017).

RELATO DE EXPERIENCIA

O Hospital Regional do Cariri, situado em Juazeiro do Norte, foi o primeiro hospital público da rede estadual construído no interior do Ceará. O HRC dispõe de 294 leitos, distribuídos em seis pavimentos; desses, 174 são de enfermarias, 20 na unidade de terapia intensiva adulto, 15 leitos na unidade de cuidados semi-intensivos e 85 na emergência e hospital-dia. O HRC assiste uma população de 1,5 milhão de habitantes, dos 44 municípios da macrorregião do Cariri, formada pelas regiões de saúde de Juazeiro do Norte, Crato, Brejo Santo, Iguatu e Icó (ISGH, 2019).

Conforme cita o ISGH (2019) e a ONA (2019), o HRC é acreditado com excelência pela ONA – Organização Nacional de Acreditação, desde 19 de dezembro de 2016. Este selo máximo de acreditação hospitalar foi conferido pela supracitada organização, porque o HRC demonstra uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional.

Tive a oportunidade de atuar como enfermeira assistencial do referido hospital por 01 ano e 04 meses, mais especificamente na UCE – Unidade de Cuidados Especiais, desde o início do primeiro dia de funcionamento da unidade, em 04 de março de 2013. A UCE é a clínica destinada preferencialmente aos pacientes que recebem alta das unidades de AVC, terapia intensiva e semi intensiva, sejam eles em reabilitação ou em cuidados paliativos. Apesar de atender adultos em larga faixa etária, em sua maioria são idosos, quase todos demandando cuidados de alta dependência para suas AVD's (atividades de vida diária).

Por vezes os pacientes são admitidos com prognóstico de reabilitação e ao longo do tratamento são inseridos nos cuidados paliativos. Bem como também acontece o inverso, admissões com prognóstico de cuidados paliativos e a equipe interdisciplinar consegue reabilita-los.

- Para definição da conduta, Mauriz, Wirtzbiki, e Campos (2014) adotaram no protocolo institucional, os critérios de elegibilidade:

CRITÉRIOS PARA CUIDADOS PALIATIVOS CONFORME AS CONDIÇÕES DO PACIENTE
Doença progressiva, incurável e avançada
Poucas possibilidades de resposta às terapêuticas curativas ou quando as complicações decorrentes destas forem inaceitáveis
Evolução clínica oscilante, caracterizada pelo surgimento de várias crises de necessidades ou reagudizações recorrentes
Grande impacto emocional ou social para o doente e sua família, relacionado de maneira explícita ou não à proximidade da morte
Prognóstico de vida reservado (estimado em menos de seis meses)
Necessidade de adequação terapêutica ou das ações de investigação clínica
Internação prolongada sem evidência de melhora
Ser portador de uma doença progressiva e incurável e preferir não ser submetido a tratamento de prolongamento da vida

Independente do prognóstico inicial e desfecho, a assistência transdisciplinar na UCE sempre foi satisfatória, merecidamente reconhecida e elogiada pelos gestores, demais profissionais da instituição, pacientes e acompanhantes. Dentre os motivos que justificam tal sucesso na assistência prestada, destacam-se:

- ➔ As reuniões multidisciplinares realizadas semanalmente entre os membros da equipe. Nelas, comparecia um representante de cada categoria profissional e, cada um falava (no tocante à sua área) sobre o estado geral do paciente, progressos da semana anterior

e desafios para a semana seguinte. Nesta roda de conversa, todos os profissionais falavam sobre todos os pacientes e ouviam os relatos dos demais colegas de trabalho, isso viabilizou a comunicação e um maior entrosamento entre os membros da equipe, além de uma excelente oportunidade de aprendizado sobre a conduta profissional dos colegas frente aos pacientes assistidos;

- ➔ A intensa humanização na assistência, fortalecida pelo vínculo de amizade e confiança entre os profissionais atuantes na unidade, que vivenciavam e divulgavam o lema da equipe “Amor & Carinho”, gerava uma energia positiva, sentida por todos que trabalhavam direta ou indiretamente, que visitavam ou que recebiam assistência;
- ➔ A construção de um Protocolo Clínico de Cuidados Paliativos para a UCE / HRC, validado pelo ISGH e inclusive citado em matéria na Revista da ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos. Tal instrumento foi elaborado pela equipe médica e dentre seu valioso conteúdo, construído com a colaboração da equipe transdisciplinar, podemos destacar os princípios dos cuidados paliativos e a estratificação dos cuidados de acordo com os graus de investimento:
 - Princípios dos Cuidados Paliativos, conforme Mauriz, Wirtzbiki, e Campos (2014):

PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Promover o alívio da dor e outros sintomas estressantes
Reafirmar a vida e encarar a morte como um processo natural
Não pretender antecipar ou adiar a morte
Integrar aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado
Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte
Oferecer um sistema de suporte que auxilie a família e entorno afetivo a sentirem-se amparados durante todo o processo da doença
Abordagem multiprofissional para focar nas necessidades dos pacientes e familiares, incluindo acompanhamento no luto
Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença
Ser iniciado o mais precocemente possível, junto com outras medidas de prolongamento da vida (como quimioterapia e radioterapia) e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas

- Estratificação de Cuidados Paliativos a doentes gravemente enfermos, de acordo com Mauriz, Wirtzbiki, e Campos (2014):

Estratificação de cuidados paliativos a doentes gravemente enfermos

Cuidado Paliativo Precoce	<ul style="list-style-type: none"> - Manter suporte avançado de vida e reanimar, se houver parada cardiopulmonar (PCR) - O paciente deve ser encaminhado a uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) - Apoiar pacientes e familiares, abordando diagnósticos, condutas e prognóstico - Controle rígido da dor - Assistência psicossocial e espiritual
Cuidado Paliativo Complementar	<ul style="list-style-type: none"> - O paciente continua a receber todo o suporte intensivo para manutenção da vida. A evolução do quadro, bem como a resposta ao tratamento instituído, devem ser rigorosamente monitorizadas: <ul style="list-style-type: none"> A. Paciente obtém melhora clínica com resposta satisfatória ao tratamento instituído – um evento adverso nesse contexto caracteriza-se como PCR, e deve-se proceder às manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) B. Paciente obtém respostas progressivamente insuficientes ou aquém do esperado para o tratamento instituído – um evento adverso nesse contexto deve ser considerado como morte e não devem ser realizadas manobras de RCP - Considerar evolução para CP predominante - Ponderar transferência para UTI - Apoiar pacientes e familiares, abordando diagnósticos, condutas e prognóstico - Controle rígido da dor - Assistência psicossocial e espiritual
Cuidado Paliativo Predominante	<ul style="list-style-type: none"> - O paciente já recebeu todo o suporte intensivo para manutenção da vida e apresenta falha ou resposta insuficiente aos recursos utilizados, com crescente tendência ao óbito - Não adicionar e/ou manter terapias fúteis - Não reanimar caso haja evento que culmine com a morte - Não deve ser encaminhado para a UTI - Apoiar pacientes e familiares, abordando diagnósticos, condutas e prognóstico - Controle rígido da dor - Assistência psicossocial e espiritual
Cuidado Paliativo Exclusivo	<ul style="list-style-type: none"> - Para esse paciente, a morte está prevista para horas, dias ou poucas semanas - Suspender todas as terapias fúteis, enfocando o controle de sintomas - Não deve ser encaminhado para a UTI - Apoiar pacientes e familiares, abordando diagnósticos, condutas e prognóstico - Controle rígido da dor - Assistência psicossocial e espiritual
Morte Encefálica	<ul style="list-style-type: none"> - Possível doador em caso de morte encefálica – seguir protocolo de potencial doador

Diante do protocolo supracitado e da experiência vivenciada na UCE, foi possível descrever um relato de experiência desenvolvido em duas partes: primeiro, com a categorização dos cuidados de enfermagem a serem prestados conforme a estratificação dos níveis de palição acima e, posteriormente, a assistência de enfermagem implementada a uma idosa em cuidados paliativos.

1. Cuidados de Enfermagem categorizados conforme a estratificação dos cuidados paliativos descrita por Mauriz, Wirtzbiki, e Campos (2014):

1.1. Cuidados de Enfermagem comuns a todas categorias:

- Mensuração da dor através das escalas adotadas pela instituição;
- Manter cabeceiras do leito elevadas de 30 a 45° salvo se contra-indicado;
- Preparar e administrar medicação de acordo com prescrição médica;
- Controlar o gotejamento das infusões venosas;
- Manter paciente aquecido com uso de cobertor e/ou lençol;
- Realizar banho no leito ou banho de aspersão em cadeira de banho de acordo com as condições clínicas do paciente;

- Proporcionar massagem de conforto durante o banho;
- Realizar higiene ocular S/N;
- Realizar higiene oral após as refeições (06h, 12h e 18h);
- Proporcionar conforto, estimulando o autocuidado;
- Proporcionar oxigenoterapia de acordo com prescrição médica;
- Aspirar secreção traqueal e da orofaringe S/N;
- Realizar curativo diariamente e S/N;
- Realizar mudança de decúbito de 3/3 horas salvo se contra indicado;
- Esclarecer paciente/familiares acerca da patologia clínica e suas limitações;
- Orientar paciente/familiares sobre como proceder em relação à alta hospitalar;
- Amor e carinho constantemente, tanto ao paciente como aos familiares.

1.2. Cuidado Paliativo Precoce:

- Manter cuidado com monitoração cardíaca/oxímetro;
- Verificar sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar, dor) a cada 6 horas;
- Verificar a glicemia capilar a cada 6 horas;
- Realizar controle rigoroso de balanço hídrico;
- Realizar medição de PVC de acordo com prescrição médica;
- Realizar ECG de acordo com solicitação médica;
- Realizar inserção de dispositivos invasivos se necessário;
- Infundir hemoderivados de acordo com prescrição médica;
- Auxiliar na Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) em caso de Parada Cardiorespiratória (PCR);
- Agilizar transferência para a Unidade de Terapia Intensiva S/N.

1.3. Cuidado Paliativo Complementar:

- Manter cuidado com monitoração cardíaca/oxímetro;
- Verificar sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar, dor) a cada 6 horas
- Verificar a glicemia capilar de acordo com prescrição médica;
- Realizar controle de balanço hídrico conforme prescrição médica;
- Realizar medição de PVC de acordo com prescrição médica;

- Realizar ECG conforme solicitação médica;
- Realizar inserção de dispositivos invasivos se necessário;
- Infundir hemoderivados de acordo com prescrição médica.

1.4. Cuidado Paliativo Predominante:

- Verificar sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar) a cada 8 horas;
- Individualizar a avaliação do quinto sinal vital – dor;
- Verificar glicemia capilar apenas se prescrito por médico assistente;
- Caso haja perda de acesso venoso periférico tentar realizar hipodermóclise, conforme avaliação da enfermagem e adaptação da prescrição médica;
- Não realizar terapias fúteis;
- Reforçar comunicação de prognóstico, apoio humanizado e orientações a familiares.

1.5. Cuidado Paliativo Exclusivo:

- Verificar sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar) apenas se prescrito por médico assistente;
- Individualizar a avaliação do quinto sinal vital – dor;
- Não verificar glicemia capilar;
- Não realizar terapias fúteis;
- Caso haja perda de acesso venoso periférico tentar realizar hipodermóclise, conforme avaliação da enfermagem e adaptação da prescrição médica;
- Reforçar comunicação de prognóstico, apoio humanizado e orientações a familiares.

1.6. Morte Encefálica

- Contactar a equipe da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT)

2. Assistência de Enfermagem a uma idosa em cuidados paliativos – relato de experiência

I.S.S., 78 anos, sexo feminino, aposentada, católica, nunca casou nem teve filhos, morou sozinha os últimos anos de sua vida e nesse período, seus únicos companheiros foram um gato de estimação e a amizade de suas vizinhas (que lhe visitavam regularmente). Foi

admitida na UCE no segundo mês de internação, proveniente da unidade de terapia intensiva e anteriormente da clínica cirúrgica. Possuía semblante triste, devido às suas comorbidades (obesa, hipertensa, diabética) e às complicações cirúrgicas pelas quais passara, em decorrência de uma neoplasia metastática no trato gastrointestinal. Fazia uso de colostomia e tinha uma ferida operatória abdominal em cicatrização por segunda intenção, com média de 10cm de diâmetro. Em sua admissão, foi encaixada na assistência de Cuidado Paliativo Predominante e na última semana em Cuidado Paliativo Exclusivo (tópicos 1.4 e 1.5).

Como enfermeira do turno da manhã, acompanhei toda a sua passagem pela UCE. Recordo bem da sua história não apenas porque fiz seus curativos inúmeras vezes, pois a nossa relação não era meramente restrita à realização de procedimentos técnicos. Se assim fosse, eu não teria tantas recordações até hoje, quase 6 anos depois. Lembro claramente porque realizei seus curativos com “Amor & Carinho” – o lema da nossa equipe transdisciplinar, que buscava a humanização da assistência em primeiro lugar.

Durante seus curativos, nós conversávamos sobre sua vida e seus sentimentos. Enquanto ela fortalecia o vínculo de confiança em mim como enfermeira e confidente, eu tinha a oportunidade de aprender com ela tanto tecnicamente (com a evolução da sua lesão) como moralmente, ao desfrutar da sabedoria de uma idosa que muito me ensinou com as histórias de sua vida. Nesses nossos momentos eu pude conhecer a pessoa de D. Idália, acompanhar todas as transições do seu estado de humor ao longo de sua passagem na UCE e encoraja-la passar por aqueles momentos difíceis com ânimo e resignação.

O momento mais difícil e ao mesmo tempo mais bonito e marcante foi o momento do seu óbito, ou melhor, sua passagem, seu desligamento do corpo físico – estes últimos termos são exemplos de como a nossa equipe se referia à morte de uma forma mais leve. Naquele dia, enquanto ela partia aos poucos, a assistente social chamou suas amigas e todas juntas pudemos acompanhar a sua passagem sem o mínimo sinal de sofrimento, com um semblante calmo. Estavam presentes duas das suas vizinhas amigas, as acompanhantes das demais pacientes da enfermaria (que se tornaram amigas devido à convivência), sua médica assistente, a fisioterapeuta, a assistente social, a técnica de enfermagem e eu (enfermeira). Ao percebermos seu último suspiro enquanto estávamos ao redor de seu leito, a médica emocionada nos pediu pra darmos as mãos e rezarmos um Pai Nosso e uma Ave Maria por D. Idália, que era muito católica e tinha lhe feito este último pedido para quando descansasse. Foi

um momento de bastante comoção para todos que vivenciaram, um misto de tristeza pela partida da nossa amiga e alívio pela certeza de que ela já não sentia mais o cansaço do corpo naquele leito e em algum lugar estava em paz!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O nível de humanização da assistência prestada no supracitado relato, não costuma ser presente nos serviços de saúde que tratam o paciente seguindo uma conduta meramente curativista. Nesses locais, essa seria apenas mais uma paciente “terminal” que não teria tanta atenção da equipe (que geralmente trabalha sobrecarregada e condicionada a investir mais e atenção nos cuidados de quem tem prognóstico de cura) iria a óbito apenas com a sua acompanhante e a equipe prestaria aquela assistência meramente formal dos cuidados com o corpo. Numa unidade composta por equipe coesa, capacitada e comprometida em atuar efetivamente em Cuidados Paliativos, o paciente com doença incurável é visto como um ser humano que tem sentimentos e merece todo amor, carinho, respeito, atenção e principalmente muito conforto na fase final da sua vida.

As inovadoras condutas paliativistas ainda não são muito aceitas pela maioria dos profissionais focados na assistência tradicional exclusivamente curativista. Daí a importância em intensificar os estudos a cerca desta temática, a fim de despertar nestes, a vontade de conhecer os critérios de elegibilidade para palição, defender a implementação dos cuidados paliativos e o desejo prioritário de aliviar sofrimento em detrimento da distanásia.

Trabalhar com Cuidados Paliativos é sem dúvida uma oportunidade ímpar de aprendizado não apenas no âmbito profissional. As inúmeras histórias vivenciadas nos ensinam e nos fazem crescer muito mais como seres humanos. Vemos e sentimos o valor da humanização na assistência e o quão gratificante é poder contribuir com o alívio às dores do corpo e da alma de alguém que é o amor de outro alguém.

REFERÊNCIAS

Bezerra, SAO & Mauriz, P. **Protocolo de Cuidados Paliativos Multiprofissional do Hospital Regional do Cariri**. Revista Cuidado Paliativo. ANCP Em Foco, ano I, nº2, jan 2015, p.22-24. Disponível em: <http://paliativo.org.br/revista/revista-ancp-ed2.pdf>

Both, JE; Leite, MT; Hildebrandt, LM; Spies, J; Silva, LAA; Beuter, M. **O morrer e a morte de idosos hospitalizados na ótica de profissionais de enfermagem.** Cienc Cuid Saude 2013 Jul/Set; 12(3):558-565, DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v12i3.18302. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v12n3/19.pdf>

Duarte MCS, Costa SFG, Morais GSN *et al.* **Produção científica sobre a pessoa idosa em cuidados paliativos: estudo bibliométrico.** J. res.: fundam. care. online 2015. jul./set. 7(3):3093-3109. ISSN 2175-5361 DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i3.3093-3109. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-26896>

Mauriz, P; Wirtzbiki, PM; Campos, UW. **Protocolo de Cuidados Paliativos.** ISGH – Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, setembro, 2014. Disponível em: http://www.isgh.org.br/intranet/images/Servicos/Protocolos/isgh_protoco_cuidado_paliativo.pdf

ONA – Organização Nacional de Acreditação. Mapa de Acreditações. Disponível em: <https://www.ona.org.br/mapa-de-acreditacoes/eyJlc3RhYmVsZWVudG90aXBvIjoilwiwXVhbGlmaWNhY2FvIjoiQWNYZWRpdGFkbyBjb20gRXhjZWxcdTAwZWFuY2IhIiwizXN0YWRvIjoiQ0UiLCJjaWRhZGUiOiJKdWF6ZWlybyBkbyBOb3J0ZSIsIm5vbWUiOiJlQ==>

Lima, SF; Vale, HGQP; Silva, VSC; Pasklan, ANP; Reis, LMCB; Noronha, FMF. **Representações sociais sobre o cuidado paliativo entre profissionais de enfermagem.** *Rev. enferm. UFPE on line*; 11(supl.5): 1980-1988, ISSN: 1981-8963, maio 2017. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31493>

Morais EN; Conrad D; Mattos EM; *et al.* **Palliative care: coping nurses in a private hospital in the city of Rio de Janeiro - RJ.** *Rev Fund Care Online*. 2018 abr/jun; 10(2):318-325. Disponível em DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.318-325>. <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-32792>

Ramírez, BG; Ruiz, MJS; Martín, JC. **Caso relacionado con el proceso asistencial integrado cuidados paliativos en atención primaria de salud.** *Revista de La Facultad de Ciencias de La Salud*. ISSN 1390-7581. REE Volumen 11(2) 65-74. Riobamba jul. - dic. 2017. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/980911/document-8.pdf>

Silva HA, Viana GKB, Lima AKG *et al.* **Intervenção em cuidados paliativos: conhecimento e percepção dos enfermeiros.** *Rev enferm UFPE on line*, Recife, 12(5):1325-30, ISSN: 1981-8963, maio, 2018. <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-980775>

Valente, CO; Fonseca, GM; Freitas, KS; Mussi, FC. **Conforto familiar a um parente internado na unidade de terapia intensiva.** *Rev. baiana enferm.* (2017); 31(2):e17597, DOI 10.18471/rbe.v31i2.17597. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31176>