

HISTÓRIA E ORIGEM DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO MUNDO

HISTORY AND ORIGIN OF PALLIATIVE CARE IN THE WORLD

Emmanuel Barbosa do Nascimento¹

Recebido em 12/09/2022

Aprovado em 24/11/2022

RESUMO

Esse artigo tem como objetivo historicizar teoricamente sobre a história e origem dos Cuidados Paliativos de maneira breve no Mundo. Além disso, contribuir para o debate científico sobre o tema. Temos como questão norteadora “como foram desenvolvidas as ações de assistência terapêutica paliativista?”. Esse estudo é produto da experiência obtida na realização do Estágio Supervisionado em Serviço Social decorrido no Hospital Universitário Lauro Wanderley- HULW, na Unidade de Terapia Intensiva no ano de 2020, porém essa pesquisa foi aprimorada e atualizada no ano de 2022. Por meio dos principais resultados obtidos, listamos relevâncias inquestionáveis sobre a construção histórica dos Cuidados Paliativos. Como metodologia, foi utilizada como base a pesquisa exploratória no âmbito bibliográfico do tipo de revisão narrativa e documental. Ao término desse artigo, foram sugeridas algumas recomendações para estudos futuros. A pouca produção científica sobre o tema e a necessidade de ampliação desse debate no âmbito da saúde e do social também foi um fator relevante para a escolha da temática.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; História; Brasil; Origem.

ABSTRACT

This article aims to theoretically historicize the history and origin of Palliative Care in a brief way in the world. In addition, contribute to the scientific debate on the subject. We have as a guiding question "how were palliative therapeutic care actions developed?". This study is the product of the experience obtained in carrying out the Supervised Internship in Social Work held at the University Hospital Lauro Wanderley-HULW, in the Intensive Care Unit in the year 2020, but this research was improved and updated in the year 2022 and through the main results obtained, we list unquestionable relevance on the historical construction of Palliative Care. As a methodology, exploratory research in the bibliographic scope of the type of narrative and document review was used, at the end of this article some recommendations for future studies were suggested, the little scientific production on the subject and the need to expand this debate in the field of health and the social was also a relevant factor for the choice of the theme.

Keywords: Palliative care; History; Brazil; Origin.

¹ Bacharel em Serviço Social pela UFPB- Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa – PB – Brasil. Estudante da Pós-Graduação pelo Instituto Federal Espírito Santo - IFES Emmanuel.barbosa@academico.ufpb.br

INTRODUÇÃO: OS CUIDADOS PALIATIVOS EM PERSPECTIVA

O tópico que segue apresenta inicialmente um debate conceitual sobre Cuidados Paliativos-CPs em que definimos e relacionamos conceitos em perspectivas diferentes e/ou complementares, de diversos autores. Em seguida, apresentamos a importância desse tipo de cuidado prestado aos usuários (doentes e seus familiares) e também evidenciamos os Cuidados Paliativos aos seus princípios.

Em seguida, será apresentado a história e a origem dos Cuidados Paliativos tanto no Brasil quanto no mundo. Discutimos os primórdios deste tipo de assistência à saúde, seus precursores em nível mundial e o modo como ela se inseriu no Brasil. Por fim, expomos a legislação nacional que regula a presença dos serviços de CPs e sua materialização no Sistema Único de Saúde.

Como metodologia, trata-se de uma pesquisa exploratória no âmbito bibliográfico do tipo de revisão narrativa e documental que se integrou ao projeto *Cuidados paliativos e serviço social: um debate necessário*, do departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Essa pesquisa também resultou em capítulos de fundamentação teórica de um Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social.

Como objetivos e relevância acadêmica e social, temos o de historicizar o debate dos Cuidados Paliativos no Brasil e cooperar para a efetivação e qualificação por meio da sistematização teórica que possa contribuir para o acúmulo de conhecimento dos profissionais da área de saúde e também a população de modo geral. Ademais, é de suma importância salientar que um dos motivos impulsionadores para a realização dessa pesquisa foi a pouca produção teórica sobre o tema.

168

CONCEITUANDO OS CUIDADOS PALIATIVOS

Segundo Hermes e Lamarca (2013), a palavra “paliativa” tem origem no latim *pallium*, que significa proteção. O termo “cuidados paliativos” é usado para conceituar a ação de uma equipe multiprofissional a pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura.

Assim como o significado da palavra, essa linha terapêutica é focada no conforto e amenização das dores. Segundo (MELO, 1999; BARBOSA; VALENTE; OKAY, 2001 apud RODRIGUES 2004), paliativo é palavra de origem latina (*pallium*) que significa manto, cobertura. Diz-se daquilo que tem a qualidade de acalmar temporariamente um sinal, uma dor.

Os cuidados paliativos pressupõem a ação de uma equipe multiprofissional, já que a proposta consiste em cuidar do indivíduo em todos os aspectos: físico, mental, espiritual e social. O paciente em estado terminal deve ser assistido integralmente, e isto requer complementação de saberes, partilha de responsabilidades, onde demandas diferenciadas se resolvem em conjunto. (HERMES; LAMARCA, 2013, p. 2582)

Portanto, cuidados paliativos, para Rodrigues (2004), são cuidados que contemplem as necessidades dos pacientes terminais, que já não esperam a cura da doença, mas compreendem e necessitam de conforto e complacência diante da morte.

Embora a expressão “paciente terminal” seja a mais utilizada tanto na prática assistencial, como na literatura (BOEMER, 1986, 1989; PIVA; CARVALO, 1993, SILVA, 1993), utilizam-se também as expressões “paciente fora de possibilidade terapêutica atual” (TEXEIRA et al., 1993), “fora de possibilidades de cura” (CARVALHO; FRANCO, 1999), “paciente em fase de terminalidade ou em fase terminal de uma doença”, adotado por Thomas e Carvalho (1999) apud Rodrigues 2004, p. 6.

Os cuidados paliativos se constituem em ações assistenciais voltadas para pacientes com doenças graves e com possibilidade real de terminalidade como acrescenta Matsumoto (2009, p. 14):

Os pacientes fora de possibilidade de cura acumulam-se nos hospitais, recebendo invariavelmente assistência inadequada, quase sempre focada na tentativa de recuperação, utilizando métodos invasivos e alta tecnologia. Essas abordagens, ora insuficientes, ora exageradas e desnecessárias, quase sempre ignoram o sofrimento e são incapazes, por falta de conhecimento adequado, de tratar os sintomas mais prevalentes, sendo a dor o principal e mais dramático.

Assim, é importante que os sistemas de saúde ofereçam aos seus usuários possibilidades de acesso a tais serviços com intuito de melhorar o sofrimento e as dores causadas por enfermidades graves como já reconhecida pela Organização Mundial de Saúde.

Entende-se por Cuidado Paliativo (OMS, 2002) uma abordagem que defende a qualidade de vida de pacientes – e de seus familiares – com doença que ameaça a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento. Para tanto, requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. (apud FROSSARD, 2016, p. 641).

Com isso, nota-se que essa forma de tratar, busca ênfase no conforto e minimização da dor tanto dos pacientes quanto dos familiares de forma abrangente e ampliada.

Cuidados Paliativos é uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual. (WHO, 2002, p. 84 apud MENDES; VASCONCELLOS, 2015, p. 886).

Segundo Maciel (2008), os Cuidados Paliativos promovem o alívio da dor e de sintomas estressantes. Esses sintomas são considerados para os pacientes e essa promoção do conforto é o principal foco desse tipo de cuidado. Além disso, faz parte de um processo que reafirma a vida e encara a morte como um ato natural, mas não pode ser confundido como banalização da morte e nem da vida, mas vê essa perspectiva de forma consciente dos usuários mediante a doença.

Maciel (2008) afirma que os Cuidados Paliativos não são antecipação e nem o adiamento a morte, mas a compreensão e promoção da qualidade de vida dos pacientes com doenças incuráveis, assim evitando qualquer procedimento que lhes causem mais desconforto do que a própria doença. Ademais, é importante a integração dos aspectos psicossociais e espirituais aos cuidados uma vez que eles são realizados por uma equipe multiprofissional, em que cada integrante tem sua especialidade, mas agem de forma conjunta na atuação .

É de suma importância que seja oferecido um sistema de suporte que auxilie o paciente a viver de modo ativo sempre que possível até a sua morte. Nesse sentido, como é destacado por Maciel (2008), é preciso que também sejam oferecidos aos familiares e entes queridos ações que façam com que sintam acolhido durante todo o processo da doença.

Família em Cuidados Paliativos é unidade de cuidados tanto quanto o doente. Deve ser adequadamente informada, mantendo um excelente canal de comunicação com a equipe. Quando os familiares compreendem todo o processo de evolução da doença e participam ativamente do cuidado sentem-se mais seguros e amparados. Algumas complicações no período do luto podem ser prevenidas. É preciso ter a mesma delicadeza da comunicação com o doente, aguardar as mesmas reações diante da perda e manter a atitude de conforto após a morte. (MACIEL, 2008, p. 20)

Maciel (2008) apresenta o pensamento de Piva que deixa claro em sua citação algo que a maioria das pessoas pensam quando o assunto é relacionado aos Cuidados Paliativos, em que o senso comum associa os

Cuidados Paliativos com abandono e incapacidade de recursos. Porém é justamente ao contrário para Figueiredo (2008), os Cuidados Paliativos são relativamente novos na saúde e ainda não são muito bem aceitos tanto pela comunidade científica quanto pela leiga e que os profissionais que se dedicam a esses cuidados sofrem grandes rejeições e descrenças por outros colegas de trabalho.

Baseado na crítica de Piva (2002), Maciel (2008) afirma que está em Cuidados Paliativos não significa ser privado dos recursos, diagnósticos terapêuticos que a medicina oferece, mas levando-se em afeição os benefícios que podem trazer e os malefícios que devem ser evitados.

Segundo Neto (2006 apud MACIEL 2008), as práticas dos Cuidados Paliativos baseiam-se no controle impecável dos sintomas de natureza física, psicológica, social e espiritual. Conforme o autor mencionado, esses princípios de controle desses sintomas se orientam em avaliar antes de tratar, explicar as causas dos sintomas, não esperar que o doente se queixe, adotar uma estratégia terapêutica mista, monitorar alguns sintomas, reavaliar regularmente as medidas terapêuticas, cuidar dos detalhes e estar disponível.

Para Twycross (2000 apud RODRIGUES 2004), os cuidados paliativos têm como meta o máximo de alcance possível da qualidade de vida do paciente e seus familiares que são os usuários tipo de assistência de cuidados e que muitos aspectos desses cuidados são aplicados às fases precoces da doença. Dessa forma, podemos perceber o quão é importante a identificação e escolha precoce do tratamento que irá ser realizado aos usuários.

Para Rodrigues (2004), o conceito de cuidados paliativos é uma construção complexa de elementos. A assistência integral do ser humano fora de possibilidade de cura em que o foco está no cuidado e não na recuperação visto que se prioriza o alívio da dor crônica, sendo controlada por equipe interdisciplinar capacitada, que preserve a autonomia do doente e alívio do sofrimento e que a unidade de cuidado seja no domicílio ou hospital, sendo realizada uma comunicação acessível e sincera entre paciente, família e equipe, no preparo do paciente e familiar para morte digna.

HISTÓRIA E ORIGEM DOS CUIDADOS PALIATIVOS EM PERSPECTIVA

Apesar de serem reconhecidas de forma recente, as práticas dos Cuidados Paliativos já eram vivenciadas e introduzidas há muito tempo. Desde a Idade Antiga, por exemplo, com Hipócrates (460-357 a.C.) que desenvolve a ideia de priorizar o conforto e reconhecer que é preciso tratar, porém não é sempre que existirá a possibilidade de cura (CARLO, 2015, p.1).

E essas ações se fazem presente durante toda a história da humanidade:

Durante as Cruzadas na Idade Média, os mosteiros ofereciam cuidados aos doentes e moribundos, além dos viajantes com fome, etc. As ordens religiosas estabeleciam "hospícios" na encruzilhada-chave no caminho para santuários religiosos, como Santiago de Compostela (Espanha). Ironicamente, as pessoas morriam nesses abrigos, durante a peregrinação em busca de curas para suas doenças. (CARLO, 2015, p.1)

As figuras que seguem exemplificam tais ações e reforçam tais práticas.



Figura 1: Fonte: Liga Acreana de CPs, 2020.



Figura 2: Fonte: http://campusdigital.uag.mx/academia/27/dolor/gal_lamujer.htm

Desse modo, as formas de acolher e abrigar os necessitados com o passar do tempo começaram a ganhar semelhanças que entendemos como hospitais e não mais ligados necessariamente às instituições religiosas.

O Cuidado Paliativo se confunde historicamente com o termo hospício, que definia abrigos (hospedarias) destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes. O relato mais antigo remonta ao século V, quando

Fabiola, discípula de São Jerônimo, cuidava de viajantes vindos da Ásia, da África e dos países do leste no Hospício do Porto de Roma. Várias instituições de caridade surgiram na Europa no século XVII, abrigando pobres, órfãos e doentes. Essa prática se propagou com organizações religiosas católicas e protestantes que, no século XIX, passaram a ter características de hospitais. (MATSUMOTO, 2009, p. 14)

Segundo Carlo (2015), a inglesa Cicely Saunders, assistente social, enfermeira e médica, foi uma das responsáveis pela expansão, estudos do controle da dor e elaboração da prática multidisciplinar para os cuidados dos pacientes terminais, não apenas da forma física e patológica, mas contemplando o social, espiritual e emocional dos pacientes em tratamento e suas famílias.

O Movimento Hospice Moderno foi introduzido pela inglesa Cicely Saunders, com formação humanista e médica, que em 1967 fundou o St. Christopher's Hospice, cuja estrutura não só permitiu a assistência aos doentes, mas o desenvolvimento de ensino e pesquisa, recebendo bolsistas de vários países. Na década de 1970, o encontro de Cicely Saunders com Elisabeth Klüber-Ross, nos Estados Unidos, fez com que o Movimento Hospice também crescesse naquele país. (MATSUMOTO, 2009, p. 15)



Figura 3. Fonte: <https://s5.static.brasilecola.uol.com.br/monografias/2020/04/2-figura4.jpg>

Também é válido destacar o surgimento e o aperfeiçoamento das máquinas e tecnologias a partir da segunda metade do século XX, sendo um dos responsáveis pelo prolongamento da vida.

O movimento moderno dos cuidados paliativos iniciado na Inglaterra na década de 1960, e que posteriormente expandiu para Canadá, Estados Unidos da América e nos últimos 25 anos do século XX, para o restante da Europa, teve o mérito de chamar a atenção para o sofrimento dos

pacientes incuráveis, 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 pacientes que possivelmente vão morrer em curto prazo, a possibilidade de receber cuidados num ambiente apropriado, que promova a proteção da sua dignidade. (CHAVES; MENDONÇA; PESSINI; REGO; NUNDES, 2011, p. 250)

Apesar do envelhecimento populacional, a qualidade de vida e o conforto das dores não estavam sendo contemplados, com isso, gerando reivindicações para cuidados específicos a essas necessidades.

De acordo com a literatura corrente (EMANUELL e EMANUEL, 1998; SEILD e ZANNON, 2004), o conceito de qualidade de vida tem origem nas ciências humanas e biológicas com o propósito de valorar o controle de sintomas e o aumento da expectativa de vida. Em relação ao oferecimento da chamada boa morte (MENEZES, 2004), o termo está associado aos cuidados de fim de vida, quando devem ser observados determinados componentes, quais sejam: morte sem dor; morte com os desejos do paciente respeitados; morte em domicílio junto aos familiares e/ou amigos; inexistência de sofrimento por parte do paciente, a quem se deve proporcionar o máximo de sensação de conforto; nos cuidados espirituais e emocionais dos pacientes. (FROSSARD, 2016, p. 641)

Victor (2016) afirma que, segundo *Palliative Care Alliance World*, de forma anual, mais de 100 milhões de pessoas entre familiares, cuidadores e pacientes precisarão de Cuidados Paliativos; em contrapartida, menos de 8% terão o acesso. Isso ocorre, pois em algumas partes do mundo os serviços de Cuidados Paliativos não são ofertados ou ainda são principiantes. É também de se considerar que é pouca ou quase nenhuma a disponibilidade de medicamentos para controlar dores moderadas a graves e que, mesmo em países considerados “desenvolvidos”, as ações e os produtos são exclusivamente para manutenção da vida sem considerar outros aspectos para uma morte digna.

Nesse sentido, Victor (2016) analisa a primeira publicação do *The Economist* que, em 2010, avaliou o Índice de Qualidade de Morte (*The Quality of Death Index*). Essa publicação é baseada em uma pesquisa da *Economist Intelligence Unit* que classifica 40 países em qualidade e disponibilidade de cuidados de fim de vida.

Dos 40 países avaliados, 30 são membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e dez selecionados conforme disponibilização de dados. A equipe de pesquisa da Economist Intelligence Unit concebeu o índice, captou os dados e construiu o modelo a partir de uma ampla gama de indicadores. O índice pontuou os países em quatro categorias, tais como: ambiente para cuidados básicos de fim de vida, disponibilidade

de serviços de cuidados de fim de vida, custo e investimento nos cuidados de fim de vida e qualidade dos cuidados de fim de vida. (VICTOR, 2016, p. 268)

Para tanto, foram avaliados vinte e quatro indicadores e divididos em três grupos que são inicialmente os indicadores quantitativos, em que é observado a expectativa de vida e o percentual de despesas em saúde. O segundo é composto dos indicadores qualitativos que medem o nível de conhecimento da sociedade sobre esses cuidados, e o último os indicadores de status que descrevem e avaliam a existência ou ausência de uma política governamental nacional em cuidados paliativos.

No ranking de 2010, o Brasil ficou na 38ª posição de 40 países e, em 2015, em 42ª posição entre os 80 avaliados. Não podemos esquecer que a população está envelhecendo e a demanda por cuidados paliativos encontra-se em crescimento. Medidas ágeis e assertivas devem ser tomadas a fim de garantirmos o cuidado necessário à nossa população. (VICTOR, 2016, p. 270).

Victor (2016) mostra o resultado dessa pesquisa em que países como Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia estão no topo do ranking em percentual de investimento em saúde, infraestrutura avançada e a conscientização de que se precisam adotar novas estratégias para os cuidados de fim de vida.

Os países em desenvolvimento têm pior pontuação em ambientes para cuidados básicos de fim de vida e disponibilidade de serviços. Isso se justifica pelo pouco investimento e reconhecimento governamental nessa área. Outra possibilidade é a questão cultural, que pode influenciar diretamente o maior investimento na medicina curativa quando comparada à paliativa. (VICTOR, 2016, p. 268)

Para Victor (2016), essa publicação da *The Economist* deixa evidente o quanto questões como culturais, investimentos, e elaboração de políticas relacionadas a esses cuidados influenciam no nível de desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, sendo evidente que existe pouco entendimento da sociedade sobre os Cuidados Paliativos, e que os investimentos realizados neles são de fontes não governamentais mais de instituições ligadas a religiões e filantrópicas, como é o exemplo do Reino Unido que realiza essas ações reduzindo a despesa do Serviço Nacional de Saúde. Já entre os países avaliados, apenas Austrália, México, Nova Zelândia, Polônia, Suíça, Turquia e Reino Unido (dos 40 países avaliados) possuem essa política nacional já sendo realizada, e quatro países (Áustria, Canadá, Irlanda, Itália) estão desenvolvendo essa política. São pouquíssimos os países no mundo

que têm políticas de saúde e educação em saúde que abrangem os cuidados paliativos.

Em 2015, a The Economist publicou uma nova versão do Índice de Qualidade de Morte. Nessa publicação, foram incluídos 80 países e incide sobre a qualidade e a disponibilidade dos cuidados paliativos e não só dos cuidados de fim de vida, conforme a versão anterior. Foram avaliados 20 indicadores qualitativos e quantitativos divididos nas seguintes categorias: ambiente de saúde e cuidados paliativos (com peso de 20% e 4 indicadores), recursos humanos (com peso de 20% e 5 indicadores), acesso aos cuidados paliativos (com peso de 20% e 3 indicadores), qualidade dos serviços (com peso de 30% e 6 indicadores) e engajamento da sociedade (com peso de 10% e 2 indicadores). É importante registrar que, em função dessas mudanças, não é possível traçar uma comparação entre os dois rankings. Assim como em 2010, o Reino Unido lidera o ranking seguido por Austrália e Nova Zelândia. De uma forma geral, no topo da lista, encontram-se os países mais ricos e com maior apoio do governo. (VICTOR, 2016, p. 268)

Victor (2016) comenta que o Chile, Mangólia, Costa Rica e Lituânia, considerados países com sistemas de saúde menos desenvolvidos, aparecem no top 30 do ranking, em contrapartida a China e Índia que, mesmo com o rápido crescimento econômico, apresentam pouco desempenho global no ranking. Além disso, é importante ressaltar ainda a liderança do Chile na América Latina em adotar os Cuidados Paliativos aos serviços de saúde e desenvolvendo políticas de acesso. O Chile está classificado em posição inferior nas Américas apenas dos Estados Unidos e Canadá.

176

Dada a grande demanda já existente por cuidados paliativos, um indicador de sucesso relevante é a extensão de serviços disponíveis. Para obter esse indicador, foram analisados o investimento global em saúde, a presença e a força de políticas governamentais para cuidados paliativos, a existência de políticas baseadas em dados de pesquisas científicas e a capacidade de ofertar serviços de cuidados paliativos. A existência de políticas nacionais desse tipo de cuidado tem uma importância vital para o seu desenvolvimento. Nesse sentido, alguns países realizaram mudanças políticas que refletiram em um melhor posicionamento no ranking. Esse ponto é de tanta relevância que, de uma forma geral, os países com melhores posições globais são aqueles que possuem políticas governamentais sobre cuidados paliativos. (VICTOR, 2016, p. 269)

Além disso, Victor (2016) avalia a categoria dos recursos humanos em que Austrália, Reino Unido, Alemanha, encontram-se no topo. Essa avaliação se dá pela dimensão de especialistas em cuidados paliativos, pela certificação de profissionais paliativistas e pelo número de Médicos e Enfermeiros especializados para cada mil casos de óbitos relacionados ao

cuidado paliativo. Já na América Latina, o Uruguai se encontrava em 25º lugar sendo o melhor colocado.

Um ponto de destaque no índice de 2015 é a avaliação do envolvimento social no cuidado paliativo. O envolvimento de familiares, voluntários e a própria comunidade reduz os custos relacionados às internações e às admissões em serviços de emergência. Em uma sociedade em que há a valorização da felicidade, e que temas relacionados à doença e à morte não são bem-vindos, deve haver um empenho extra dos profissionais envolvidos em cuidados paliativos para promover discussões e fazer com que informações de qualidade estejam acessíveis. Nessa categoria, o Brasil ganhou destaque estando em terceiro lugar no ranking. (VICTOR, 2016, p. 269)

Simão e Mito (2016), ao analisarem os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1996 nesta área de produção do cuidado em saúde, informam que o Cuidado Paliativo também pode ser realizado por meio de internação domiciliar.

Essa modalidade assistencial vem sendo recorrentemente indicada para atender às necessidades de pessoas com doenças crônicas e dependentes e é defendida a partir de valores como o da convivência familiar e do afeto, bem como de uma presumida melhor qualidade de vida do paciente e, obviamente, da redução de custos relacionados ao leito hospitalar. Apesar de relevantes as justificativas para tal prática, outras discussões vêm confirmando que a sua adoção não pode ser realizada independentemente das análises acerca da sociedade contemporânea, especialmente da reconfiguração dos regimes de bem-estar social, a partir da edificação do bem-estar sob os preceitos do neoliberalismo. (SIMÃO; MIOTO; 2016, p. 157)

177

Para Simão e Mito (2016), essa modalidade é considerada como paliativa, devido às características das doenças crônicas que em dificuldade os quadros de adoecimento apresentam mudanças drásticas e requisitam a atenção contínua para evitar o estado de agravamento. Levando em consideração isso, a Atenção Domiciliar é utilizada para tentar minimizar os gastos com as hospitalizações paliativas nas políticas neoliberais.

De acordo com Soares (2001), a implementação de tais políticas, tanto por meio de medidas econômicas como por estratégias político- -institucionais, têm efeitos duradouros e consequências sociais graves e permanentes. (SIMÃO; MIOTO, 2016, p. 157)

É válido destacar que Brasil, Argentina e Uruguai, no ano de 2013, foram os países que mais registraram esses gastos na América Latina.

A modalidade de ID relativa aos cuidados paliativos faz parte da agenda de discussão da política de saúde para os países latino-americanos que, sendo justificada pelos altos custos das internações hospitalares, busca saída para otimização dos recursos financeiros. Se, por um lado, a ID pode diminuir gastos hospitalares, de outro, pode aumentar os custos do cuidado em saúde na família. Pesquisas mostram que as famílias latinas que usam exclusivamente sistemas públicos para o cuidado médico são aquelas com maior vulnerabilidade econômica. (SIMÃO; MIOTO, 2016, p. 166)

Simão e Mito (2016) relatam que, de acordo com o projeto de envelhecimento publicado em 2012 pela Cepal, o percentual da população com 60 anos de idade será de 80%, e superior a 80 anos 42% no ano de 2050 na América Latina, sendo possível expectativa de vida em média de 82,2 anos. Nos registros de 2015 do ranking da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), da proporcionalidade da população com mais de 65 anos na América Latina, o primeiro lugar está com o Uruguai, sendo aproximado aos países da Europa, em seguida Argentina e logo vem o Brasil.

Quanto à expectativa de vida ao nascer, os três países não ocupam as melhores posições no ranking latino-americano: o Uruguai está em 5º lugar, com expectativa de 77 anos; a seguir, a Argentina ocupa o 7º, com expectativa de 76, 2 anos; e o Brasil está posicionado no 12º lugar, com expectativa de 73,8 anos. (SIMÃO; MIOTO, 2016, p. 158)

178

Segundo Simão e Mito (2016), no Uruguai, desde 1985, as instituições de saúde já apresentam os serviços de Cuidados Paliativos, e o incremento de equipes aconteceu a partir do ano de 2005 com a normatização estatal em 2013 ocasionando a resolução nº 957 que define o Plano Nacional de Cuidados Paliativos.

É destacado por Simão e Mito (2016), em meio aos dados sobre o envelhecimento da população na América Latina, os percentuais da posição da mulher na sociedade, em que são evidenciadas maiores tendências das mulheres no mercado de trabalho e a diminuição da exclusividade ao trabalho de cuidado na família. Porém o maior empregador formal da mão de obra feminina é direcionado ao trabalho com cuidado familiar, possuindo uma média de 16,4% na região da América Latina, em que o Uruguai fica em primeiro lugar, em seguida a Argentina e o Brasil.

Segundo a OIT (2014), no ano de 2013, a taxa de ocupação das mulheres no mercado de trabalho remunerado na América Latina era, em média, de 42,69% – no Uruguai, 50,8%; no Brasil, 45,7%; e na Argentina, 43,5%. Segundo a mesma agência, também em 2014, o desemprego de mulheres na América Latina era de 6,2% – na Argentina, 8,6%; no Brasil, 8,5%; e no Uruguai, 8,3%. (SIMÃO; MIOTO, 2016, p. 158)

Para Simão e Miotto (2016), debater sobre os Cuidados Paliativos, tomando como referência os sistemas de saúde dos diversos países e a sua implementação como caráter público, possibilita identificar a direção neoliberal adotada pelos mesmos no cuidado em saúde.

Segundo a Cepal (2014), em 2013, a América Latina tinha 11% de pessoas em circunstância de pobreza extrema, 28% na condição de pobreza e 28% em situação de pobreza multidimensional¹; o Brasil, 5,9% de pessoas em situação de indigência, 18% na condição de pobreza e 14,5% vivenciam carência multidimensional; o Uruguai, 0,9% de pessoas em situação de pobreza extrema, índice de pobreza de 5,7% e multidimensional de 9%; quanto à Argentina, apresenta 1,7% de pessoas em situação de pobreza extrema, 4,3% de pobreza e 8,1% vivenciam situações de pobreza multidimensional. (SIMÃO; MIOTTO, 2016, p. 159)

Simão e Miotto (2016) afirmam que, na América Latina, o regimento sobre os Cuidados Paliativos está sendo realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), a qual países como Brasil, Argentina e Uruguai são associados.

Num contexto de debates e orientações, a Opas definiu 2010 como sendo o prazo cabal para que todos os países da região tivessem implementado o serviço de CPS às pessoas dependentes. O plano da Opas, com ênfase no cuidado paliativo, por consequência de câncer, apresenta regulamentação legal e conteúdo normativo semelhante às normativas internacionais de tratamento e cuidados paliativos para os países da América Latina. (SIMÃO; MIOTTO, 2016, p. 160)

A figura que segue expressa, através de uma linha do tempo, como tais serviços surgem na América latina.

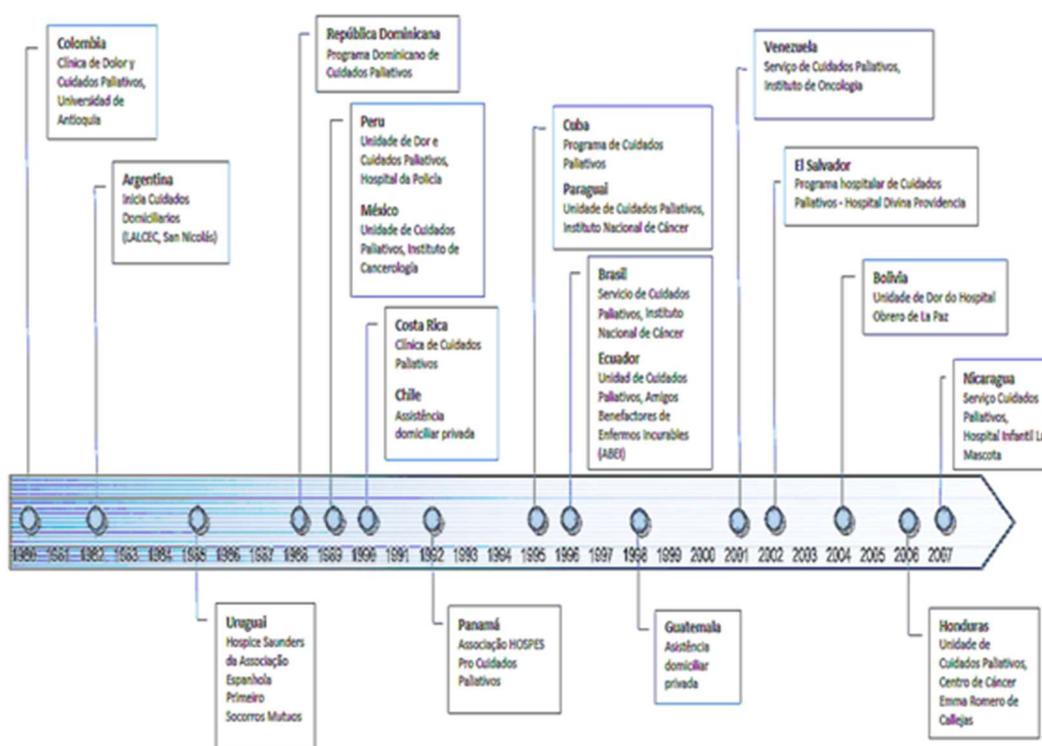


Figura 4: Surgimento dos CPS na América Latina. Fonte: Atlas de CPS; ALCP; 2011.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como destacamos no início dessa reflexão teórica, podemos perceber que esse trabalho não tem apenas a função de expor a história e origem dos Cuidados Paliativos, mas também o de analisar o caráter histórico da temática abordada, não se limitando a isso. Além disso, podemos identificar a relevância dos Cuidados Paliativos que está para além do âmbito da saúde, mas contida em todas as ênfases da vida humana, como por exemplo interferindo no aspecto biológico, social, material, psicológico e espiritual, não se restringindo aos adoecidos, mas também se estendendo aos familiares com o objetivo de proporcionar melhor qualidade de vida para todos os envolvidos.

Diante do exposto, podemos afirmar a importância dessa assistência terapêutica no Mundo. Ela possui uma função social de considerável relevância, intervindo positivamente na vida de inúmeras pessoas, além de atuar também de forma humanista e servindo como instrumento efetivador de direitos em um momento bastante delicado para os pacientes/usuários e suas famílias.

Em conclusão, por meio desse trabalho e da pesquisa realizada, não pretendemos esgotar e abordar todos os assuntos possíveis em relação aos

Cuidados Paliativos, mas o de contribuir para a construção científica do tema, fortalecer os argumentos existentes, reconhecer a importância dessa assistência terapêutica em suas inúmeras dimensões e não apenas a da saúde, e também que sirva como um meio de propagação de conhecimentos e divulgações para a sociedade de modo geral. Assim, que esse artigo possa contribuir para sistematizações futuras sobre os Cuidados Paliativos e que isso possa refletir positivamente na vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **ANCP e Cuidados Paliativos No Brasil**. Disponível em: <<https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>> Acesso em: 7 de Agosto de 2020.

BRITO, Mariana Amaral Paiva. COSTA, Licya Viviane de Sousa. **A importância dos movimentos sociais na luta pelo Sistema Único de Saúde (SUS)**: um recorte do fórum de saúde do rio de janeiro, anais 7º seminário frente nacional contra a privatização da saúde 27 a 29 de Outubro de 2017. Disponível em: <<https://www.seer.ufal.br/index.php/anaisseminariofncps/article/view/3990>> Acesso em: 03 de Julho de 2020.

181

CARLO, Marysia M.R. Prado. **Cuidados paliativos história e evolução**. 2015.

MATSUMOTO Dalva Yukie. Cuidados Paliativos: conceitos fundamentos e princípio. In: **Manual de cuidados paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 1.ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009, 320p.

FIGUEIREDO, Marco Tulio de Assis. **Prefácio**. In: Cuidado Paliativo. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

FROSSARD, Andrea. Os cuidados paliativos como política pública: notas introdutórias. **Cad. EBAPE.BR**, v. 14, Edição Especial, Artigo 12, Rio de Janeiro, jul. 2016.

FROSSARD, Andrea. SCHAEFFER, Marli. SIMÕES, Alessandra Gomes. **Competências do serviço social em cuidados paliativos**: notas

preliminares. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.1071. Unidade de Cuidados Paliativos, Hospital do Câncer IV, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

HERMES, Héliida Ribeiro. LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(9):2577-2588, 2013.

MARTINS, Maria de Fátima M. **Estudos de Revisão de Literatura**, Rio de Janeiro, 17 de setembro de 2018.

RODRIGUES, Inês Gimenes. **Cuidados paliativos análise de conceito**, 2014.

SIMÃO, Vilma Margarete; MIOTO, Regina Celia Tamasso. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 156-169, jan-mar 2016.

VICTOR, Germana Hunes Grassi Gomes. Cuidados Paliativos no Mundo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2016; 62(3): 267-270.