

IV Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia - 24 a 26 de setembro de 2013 - UNICAMP

Seminário Temático 2 - Corpo, Saúde e tecnociência

**PROLONGAR OU LIBERTAR? O PAPEL DA TECNOLOGIA EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Miguel Hexel Herrera<sup>1</sup>

Orientadora: Fabíola Rohden<sup>2</sup>

**Resumo:** A medicina do século XX possibilitou, entre outras coisas, uma queda nas taxas de mortalidade neonatal e infantil. O desenvolvimento de recursos voltados à manutenção da vida resultou na introdução do respirador artificial na década de 1960 e, posteriormente, na disseminação de Centros de Terapia Intensiva. A conduta médica do período caracterizou-se por um viés paternalista no sentido de ter grande autonomia sobre o paciente, podendo prolongar excessivamente a vida - e o sofrimento - de um doente em estado terminal. Desde o fim da década de 1960 consolida-se uma abordagem alternativa a este modelo médico: os Cuidados Paliativos (CP), que têm como finalidade propiciar maior qualidade de vida aos pacientes cuja doença não responde mais aos tratamentos curativos. Trata-se de uma intervenção multidisciplinar que não pretende antecipar a morte e tampouco prolongar a vida, os paliativistas procuram controlar os efeitos da dor física e aliviar o sofrimento do paciente, que é preparado para enfrentar a morte com dignidade. A literatura especializada refere-se à medicina paliativa como uma prática de 'baixa tecnologia e alto contato humano'. Tomando esta classificação como ponto de partida, o presente trabalho pretende discutir o papel da tecnologia em CP a partir de um referencial teórico centrado nos estudos sociais da ciência. Para tanto, lanço mão de dados etnográficos produzidos em minha pesquisa de campo em duas unidades do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: o Serviço de Medicina da Dor e o Núcleo de Cuidados Paliativos. Os espaços voltados para os CP não dependem de equipamento sofisticado como aqueles encontrados nas CTIs, mas isso não implica em ausência de tecnologia. São utilizados curativos especiais, cápsulas de morfina de liberação prolongada e termômetros digitais com sensores de calor eletrônicos. O objetivo do trabalho é comparar os usos - e efeitos radicais - da tecnologia tomando como exemplo a medicina intensiva e os cuidados paliativos.

---

<sup>1</sup> Bacharel em Ciências Sociais pela UFRGS. Aluno de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade do Rio Grande do Sul (PPGAS/UFRGS). Contato: h.miguel@gmail.com

<sup>2</sup> Professora adjunta PPGAS/UFRGS

## Introdução

Este texto foi produzido a partir de meu trabalho de conclusão de curso - '*Curar nem sempre é mais importante*': um estudo antropológico sobre cuidados paliativos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, - defendida no Departamento de Antropologia Social/UFRGS em janeiro de 2013. Trata-se, como o título informa, de um estudo antropológico de orientação etnográfica conduzido junto a duas equipes assistenciais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: o **Serviço de Tratamento da Dor e Medicina Paliativa** (ambulatório conduzido por profissionais da medicina) e o **Núcleo de Cuidados paliativos** (unidade de internação coordenada por profissionais da enfermagem). Ambos são serviços destinados ao atendimento de pacientes considerados "*fora de possibilidade terapêutica de cura*" (FPTC), cuja doença não responde mais aos tratamentos curativos.

Os Cuidados Paliativos (CP) surgem no fim dos anos 1960 em contraposição à prática médica altamente racionalizada e preocupada, acima de tudo, com a preservação da vida a qualquer custo. Rachel Menezes (2004a, 2004b) aponta como, até poucas décadas atrás, a conduta médica caracterizou-se por um viés paternalista no sentido de ter grande autonomia sobre o paciente e as formas de terapia utilizadas, podendo inclusive prolongar excessivamente a vida de um doente em estado terminal. É nesse contexto social, político e de produção científica que ocorre uma mudança prática e discursiva no modo de encarar a morte. Em linhas gerais, a idéia da pesquisa era perceber - a partir da perspectiva das equipes cuidadoras - como essas práticas de cuidado e atenção orientadas para uma boa morte são assimiladas na instituição hospitalar fundamentada na ação curativa.

Para dar início ao trabalho de campo foi preciso submeter um projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP). O projeto foi elaborado a partir da revisão de literatura e de três visitas exploratórias ao hospital realizadas no primeiro semestre de 2010, quando fui gentilmente recebido pela coordenadora do Serviço de Tratamento da Dor e Medicina Paliativa (STD), que me mostrou o funcionamento do local e me pôs em contato com a responsável pelo Núcleo de Cuidados Paliativos.

O projeto foi submetido em dezenove de novembro de 2010 ao comitê do Clínicas. A pesquisa demorou quase oitenta dias para ser aprovada sob o número 100-502. Não vou entrar em detalhes sobre o processo de avaliação neste texto, bastando mencionar que as negociações foram permeadas por uma certa tensão. As observações foram

iniciadas em dezessete de março de 2011 e finalizadas em dezesseis de junho do mesmo ano. Durante este período acompanhei regularmente o trabalho das duas equipes. Recebi um cartão que me dava acesso a áreas restritas, permissão para acompanhar aulas, cursos e outras atividades que não envolvessem diretamente os pacientes ou familiares.

A literatura especializada - e também alguns interlocutores - considera a medicina paliativa como uma prática de “*baixa tecnologia e alto contato humano*” (Garrafa e Pessini, 2003; Santos, Pagliuca e Fernandes, 2007; Sales et al. 2008). Tomando esta classificação como ponto de partida, o presente trabalho pretende discutir o papel da tecnologia em Cuidados Paliativos a partir de um referencial teórico centrado nos estudos sociais da ciência (Mol, Moser e Pols, 2010), na história da medicina (Foucault, 1997, 2004, 2008; Ariès, 1981, 2003; Menezes, 2004) e, sobretudo, nas contribuições de Norbert Elias (1993). O objetivo é comparar os usos - e efeitos radicais - da tecnologia tomando como exemplo a medicina intensiva e os cuidados paliativos.

Este artigo está dividido em duas partes. A primeira parte do texto apresenta a relação existente entre a emergência dos Cuidados Paliativos e a modernização da medicina. A fim de compreender esse quadro geral, optei por analisar, do ponto de vista teórico, a transformação do olhar médico que estabelece a racionalidade anátomo-clínica ao fim do século XVIII. Amparado pelas contribuições de Michel Foucault e Norbert Elias, tomo como ponto de partida o século XVIII e procuro demonstrar como o surgimento da instituição hospitalar e a racionalização gradual da medicina modificam as concepções vigentes de saúde e doença, culminando no processo de medicalização da própria morte.

Na segunda parte, trato de delinear - sucintamente - a origem do modelo atual de cuidados paliativos e sua introdução no cenário nacional, para, em seguida, descrever os locais observados e a rotina de trabalho das equipes. Neste segmento, trago dados de campo com a intenção de contextualizar o que são práticas de cuidado e qual sua relação com a tecnologia, tendo como base o trabalho de Annemarie Mol (2010).

## **1 - A Transformação do comportamento diante da morte**

Uma forma de entender o surgimento e incorporação dos Cuidados Paliativos na medicina moderna é realizar um resgate histórico - e teórico - sobre a transformação do comportamento humano diante da morte. Como dito anteriormente, opto por iniciar o resgate no século XVIII baseado nas formulações de Michel Foucault (2004, 2008). Qual

seria, então, a concepção vigente sobre a morte para os ocidentais do século XVIII? Em seu livro 'O nascimento da clínica', Foucault (2004) discorre sobre a questão:

Para o pensamento médico do século XVIII, a morte era ao mesmo tempo fato absoluto e o mais relativo dos fenômenos. Era o término da vida como também o da doença, se fosse de sua natureza ser fatal; a partir dela, o limite era atingido, a verdade realizada e, por isso mesmo superada: na morte, a doença, tendo atingido o final do percurso, calava-se e tornava-se objeto da memória. (FOUCAULT, 2004, p.161).

A morte era, portanto, o fim definitivo, onde se esgotavam tanto a doença quanto a própria vida, e a desorganização que isso gerava podia ser classificada pela clínica da época como parte integrante de toda a natureza dos fenômenos mórbidos. Durante este período, morrer era algo comum, notadamente em vista da baixa expectativa de vida dos indivíduos. Ariès (2003), ao referir-se à forma de encarar a morte no ocidente católico, em especial na França, aponta que, desde a idade média até meados do século XVIII, predominou a “morte domesticada”, isto é, havia uma proximidade entre vivos e mortos. A morte era acompanhada de perto pela família e amigos do moribundo, que morria cercado dessas pessoas.

## **1.2 - O Hospital como Instrumento Terapêutico**

Em suas investigações, Foucault (1997, 2004, 2008) descreve como as medidas de cuidado e atenção ao doente e ao moribundo se afastam gradativamente do núcleo familiar e das instituições religiosas, passando a fazer parte do domínio médico. Na sua conferência 'O nascimento do Hospital', o autor explica que antes do século XVIII, a instituição hospitalar era dirigida por ordens religiosas, tratava-se de um local destinado aos indivíduos pobres, que eram simultaneamente assistidos e isolados do convívio social. Instituição de assistência, portanto, mas também de separação e exclusão (2008, p. 101). Foucault explica que o pobre, na condição de classe desfavorecida, necessitava “[...] assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso.” (2008, p.101)

Os hospitais do período não são uma instituição médica, destarte a medicina nesta época é uma “prática não hospitalar”, Foucault (2008, p.101) assinala que “O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo.” A experiência hospitalar não fazia parte da educação formal dos médicos,

as visitas ao hospital eram uma ocasião rara, reservada apenas aos indivíduos mais doentes. A tarefa de amparar os moribundos isolados cabia, portanto, aos religiosos e uns poucos leigos

Era um pessoal [...] que estava no hospital para realizar uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna. Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento da morte e a salvação do pessoal hospitalar que cuidava dos pobres. Função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população. (2008, p.102).

Os trabalhos de Ariés (1981, 2003) e Foucault (1997, 2004, 2008) demonstram que a prática médica que antecede o modelo hospitalar era praticada nas ruas, mercados e outros locais movimentados. Essa medicina popular era constituída em torno da noção de crise, cabia ao médico:

[...] observar o doente e a doença, desde seus primeiros sinais, para descobrir o momento em que a crise apareceria. A crise era o momento em que se afrontavam, no doente, a natureza sadia do indivíduo e o mal que o atacava. [...] o médico devia observar os sinais, prever a evolução, ver de que lado estaria a vitória e favorecer, na medida do possível, a vitória da saúde e da natureza sobre a doença. A cura era um jogo entre a natureza, a doença e o médico. [...] o médico desempenhava o papel de prognosticador, árbitro e aliado da natureza contra a doença. (Foucault, 2008, p.102).

Resta, entretanto, a questão de como se dá essa transição da instituição hospitalar assistencialista para o hospital como instrumento terapêutico. De que modo um espaço de esquecimento e morte se converte em um locus de saber e de cura? Ou, nas palavras do autor: “Como se deu a transformação, isto é, como o hospital foi medicalizado e a medicina pôde tornar-se hospitalar?” (2008, p. 103).

A análise foucaultiana é minuciosa, trazendo à tona várias razões para essa metamorfose, em primeiro lugar: a anulação dos efeitos negativos gerados por instituição em que imperava a desordem, seja por conta do risco da propagação de doenças pela cidade ou pelos altíssimos custos de manutenção do local. Em segundo lugar destaca-se a introdução dos mecanismos disciplinares no meio hospitalar, inicialmente nos hospitais militares, sobretudo os marítimos, que por conta de sua mobilidade ocasionaram um intenso tráfico de mercadorias trazidas das colônias (2008, p.104).

Foucault denomina a disciplina de uma ‘tecnologia política’ que possibilita a reorganização do hospital. A disciplina distribui espacialmente cada indivíduo, controla o desenvolvimento das ações, sendo portanto uma técnica de poder que impõe vigilância contínua, ademais, implica em registro constante das ações dos indivíduos (2008, p. 106). Tal perspectiva entende que a medicalização do hospital é impulsionada pela assimilação de mecanismos disciplinares que dissipam a desordem reinante. A disciplina é, portanto, indispensável para impor ordem em relação aos aspectos econômicos e epidemiológicos. Isto suscita questionamentos sobre como esta disciplina é transmitida ao médico, para o autor

[...] se esta disciplina torna-se médica [...] isto se deve a uma transformação no saber médico. A formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, à transformação, nesta época, do saber e da prática médicas.” (2008, p. 107).

A transformação do saber e da prática médica faz com que a supracitada noção de crise seja descartada em detrimento de uma medicina voltada para o meio ambiente, que desvia o olhar sobre a doença e passa a levar em conta aspectos como a qualidade do ar, a água, temperatura ambiente, a alimentação (Foucault, 2004 p. 107). A doença passa a ser compreendida como um fenômeno natural que apresenta características observáveis, deixando de ser uma entidade abstrata. O hospital médico é oriundo da adaptação desses processos: o deslocamento da prática médica e a introdução dos dispositivos disciplinadores:

Esses dois fenômenos [...] vão poder se ajustar com o aparecimento de uma disciplina hospitalar que terá por função assegurar o esquadramento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, como também transformar as condições do meio em que os doentes são colocados. Se individualizará e distribuirá os doentes em um espaço onde possam ser vigiados e onde seja registrado o que acontece; ao mesmo tempo se modificará o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, o regime, de modo que o quadro hospitalar que os disciplina seja um instrumento de modificação com função terapêutica. (Foucault, 2008, p.107-108).

A produção intelectual de Foucault sobre o hospital e a clínica médica é vasta, o autor investiga detalhadamente o surgimento da clínica e o estabelecimento da racionalidade anátomo-clínica. Não tenho intenção e tampouco pretensão de reproduzir fielmente suas formulações. A idéia é apresentar, em linhas gerais, um esboço capaz de

dar conta dos principais fatores que contribuíram para o estabelecimento da medicina moderna e, conseqüentemente, para a mudança das atitudes perante a morte.

Entretantes, dedico mais algumas linhas sobre o surgimento do hospital como instrumento terapêutico. Esse processo coincide com a mudança de paradigma que estabelece a preeminência da racionalidade anátomo-clínica no campo médico. O desenvolvimento da anatomia postula que a partir do cadáver seria possível obter conhecimento sobre os vivos enfermos. Como descrito por Rohden:

A introdução da morte na reflexão médica tem como grande responsável Bichat, ao afirmar que é porque o homem é mortal que ele se torna doente e não porque o homem é doente que morre. Seus estudos a partir do conceito de tecidos e da decomposição anatômica elementar vão dar uma base sólida ao conceito de doença e à futura elaboração da distinção entre o normal e o patológico. (2000, p.67).

Após a inversão das relações hierárquicas do hospital, a instituição passa a ser medicamente controlada e dirigida, e ao longo do século XIX é instaurado um processo de medicalização do social<sup>3</sup>, que se estende após a virada do século XX, acompanhando os progressos e conquistas do campo médico.

Conforme Menezes (2004a, p.30), a medicina, o saber produzido por ela, e também sua institucionalização, se tornam as referências mais importantes em tudo aquilo que diz respeito à saúde, sofrimento, vida e morte. Para a autora, medicina do século XX possibilita, entre outras coisas, o aumento da longevidade, e, ao mesmo tempo, “desempenha um papel fundamental no afastamento da morte das consciências individuais.” (2004a, p.30). Isto colabora para negação da morte como um processo inevitável que faz parte do ciclo de vida e torna essa questão um tabu, ou seja, algo difícil de ser discutido abertamente.

O afastamento da idéia de morte pode ser explicado com o conceito de Processo Civilizador, cunhado pelo sociólogo Alemão Norbert Elias. Seria “uma mudança na conduta e sentimentos humanos rumo a uma direção muito específica” (1993, v2, p.193). Essa mudança consiste em um controle sobre o indivíduo que é exercido por terceiros, sendo interiorizado e transformado em autocontrole. A partir da ótica eliasiana, percebe-

---

<sup>3</sup> O conceito de medicalização empregado deste ponto em diante é definido por Conrad como “um processo pelo qual problemas não médicos se tornam definidos e tratados como problemas médicos, usualmente em termos de doenças e desordens” (Conrad, 2007: p.4).

se como um novo modelo de indivíduo é construído simultaneamente com o surgimento da moderna nação-Estado. Os processos de mudança experimentados pela sociedade ocidental gradativamente exigem que o indivíduo possua mais controle sobre seus instintos e emoções. Este distanciamento de si é nomeado por N. Elias de processo civilizador, que nas palavras de Sérgio Carrara (1996, p.291) “nada mais seria que a contrapartida necessária de um longo e profundo processo de mudança estrutural, social e política.”

Nas supracitadas sociedades-estado, a possibilidade de um convívio pacífico propiciaria um prolongamento do que Elias denomina “cadeias de interdependência entre os indivíduos e grupos sociais”. O autor elabora a hipótese de que a capacidade dos indivíduos de manterem um maior controle sobre suas emoções e instintos seria uma espécie de efeito-instrumento desse processo mais amplo, pois é ao mesmo tempo exigida e possibilitada por ele. O autocontrole praticado nesses agrupamentos traz à tona um sentimento de vergonha e embaraço em relação a certas atividades humanas, segregando-as da atividade social, como no caso da noção de morte, que se comparada ao século XVII ou XVIII está muito distante, relegada aos bastidores do palco social. Isso é visível em vários aspectos sociais. Vemos supressão em relação ao luto. Demonstrar a dor se torna em determinados contextos, reprovável, sendo inclusive considerada uma fraqueza.

Segundo Elias, no século XX a morte é um acontecimento sobre o qual a medicina e suas descobertas têm um poder imenso. Por conseguinte surge a idéia da possibilidade de postergá-la para uma época da vida cada vez mais distante, numa velhice longínqua, o que contribui fortemente para o que ele denomina de recalçamento da morte. É relevante apontar que o avanço da institucionalização serve como elemento estruturador do mundo social ao passo que os sentimentos são rechaçados.

Com tal grau de distanciamento da morte torna-se mais complicado demonstrar afeto e compaixão para com um moribundo; a situação é constrangedora, não se sabe o que dizer nem como tocá-lo, pequenos gestos que possibilitariam ao enfermo uma situação de pertencimento, lhe são negados, ampliando a sensação de solidão do indivíduo. Percebe-se que, se há um avanço na ciência médica racional em relação ao prolongamento da vida, nem sempre ocorre o mesmo no que diz respeito aos sentimentos e emoções; que podem inclusive ser recalçados conforme cresce o grau de individualização. De acordo com Elias:



Apenas as rotinas institucionalizadas dos hospitais dão alguma estruturação social para a situação de morrer. Essas, no entanto, são em sua maioria destituídas de sentimentos e acabam contribuindo para o isolamento dos moribundos. (ELIAS, 2001, p. 36.)

Como descrito anteriormente, as inovações no campo da medicina, permitem um prolongamento da vida e o alívio da dor e tormento, garantindo até mesmo a possibilidade de uma morte indolor. Esses progressos médicos possibilitaram a queda de certas taxas de mortalidade (infantil e neonatal) no século XX, sendo em parte responsáveis pelo distanciamento da ideia de morte na consciência dos indivíduos, como explicado por Menezes: “O conhecimento da implacabilidade dos processos naturais é aliviado pela noção de que eles são – e cada dia busca-se que sejam mais e mais – controláveis.” (2004b, p. 30)

A autora (2004a, 2004b) descreve como o progresso científico possibilitou avanços médicos consideráveis no prolongamento da vida, produzindo uma morte cuidadosamente controlada, inconsciente, silenciosa e oculta. A introdução do respirador artificial e a criação de Centros de Tratamento Intensivo propiciam um prolongamento - que pode ser visto como excessivo - da vida. Este controle excessivo sobre a morte resulta no surgimento do modelo de assistência paliativa que será contextualizado a seguir, no próximo segmento.

## **2 - A origem dos Cuidados Paliativos**

A Organização Mundial de Saúde (WHO) define os cuidados paliativos como

[...] um conjunto de medidas que visam à melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares que se deparam com questões relacionadas a uma doença ameaçadora da continuidade existencial, através da prevenção e do alívio do sofrimento possibilitados pela identificação precoce, pela eficiente avaliação e tratamento da dor, bem como pela atenção a outros sintomas físicos, psíquicos e espirituais (WHO, 2006).

Em outras palavras, os cuidados paliativos são considerados como cuidados totais e ativos prestados ao paciente cuja doença não responde mais aos tratamentos curativos. Os paliativistas procuram garantir qualidade de vida aos doentes, seu trabalho consiste em aliviar a dor e o sofrimento do paciente terminal, além de conceder autonomia a esse

indivíduo. Isso implica em conscientizar o paciente de sua condição ao mesmo tempo em que o prepara para enfrentar a morte com dignidade.

Surge em Londres, no ano de 1967, o primeiro *hospice*<sup>4</sup>, fundado por Cicely Saunders, o *Saint Christopher's Hospice*. Chaves aponta que a origem da palavra hospice vem do latim *hospes*: "(...) significando estranho e depois anfitrião; *hospitalis* significa amigável, ou seja, bem vindo ao estranho, e evolui para o significado de hospitalidade." (2011, p.251). Trata-se de um serviço inovador, centrado exclusivamente na assistência aos doentes terminais. Saunders, que possuía formação em enfermagem e medicina, era uma crítica ferrenha das práticas dispensadas aos pacientes terminais. Seu trabalho buscou incluir tanto a dor física quanto os aspectos sociais, psíquicos e espirituais, freqüentemente ignorados pelos médicos da época.

Dois anos mais tarde, em 1969, a psiquiatra Elizabeth Klüber-Ross desenvolveu uma literatura pioneira no campo dos cuidados paliativos ao trabalhar com pacientes terminais nos EUA. De acordo com Menezes

A partir de "On death and dying", Klüber-Ross se dedica à investigação da vivência e da elaboração interna dos doentes próximos à morte e publica diversos livros sobre o tema. Ela propõe que os profissionais de saúde abram espaço para a escuta das demandas emocionais de seus pacientes, tendo em vista novas formas de administração do morrer. (2004b, p.32)

Os esforços de Cicely Saunders e Klüber-Ross para amenizar o sofrimento de pacientes em estado terminal possibilitaram uma nova forma de pensar o morrer, respeitando a vontade dos pacientes terminais e ao mesmo tempo proporcionando suporte espiritual e emocional aos familiares.

## 2.1 - CP no Brasil

O modelo de cuidados paliativos foi introduzido no Brasil no início da década de 80, fase final de um regime de ditadura, onde o sistema de saúde predominante era o hospitalocêntrico, de caráter fundamentalmente curativo. Menezes (2004a) afirma que a palavra hospitalocêntrico refere-se a um modelo em que o atendimento acontece apenas nas dependências da instituição, sem levar em consideração a atenção e prevenção, que

---

<sup>4</sup> Não há tradução para o português, de modo que emprego a palavra hospice ao longo do trabalho.

costumam ser conduzidas fora dos hospitais a partir de unidades básicas de saúde que reúnem agentes comunitários e equipes especializadas em medicina familiar.

Ao longo dos anos foram surgindo novos serviços dedicados aos cuidados paliativos (primeiro no Rio Grande do Sul, depois no Rio de Janeiro e posteriormente em São Paulo e Santa Catarina), todavia, sem haver relação entre estes centros, até que em 1997 foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), que visa implantar e promover tais práticas. A grande maioria dos Serviços de Dor e Cuidados Paliativos do país é associada da ABCP, no sítio da associação constam mais de 60 instituições hospitalares privadas e públicas distribuídas em todas as regiões do país.<sup>5</sup> (ABCP, 2012).

### **2.3 - Cuidados Paliativos no Hospital de Clínicas: O Serviço de Tratamento da Dor**

O Serviço de Tratamento de Dor e Medicina Paliativa foi um dos primeiros a surgir no Brasil. Foi inaugurado oficialmente em 1978 sob o nome *Unidade de Tratamento da Dor*, subordinada ao *Serviço de Anestesiologia* do HCPA. Em 1993 tornou-se independente assumindo o nome *Serviço de Tratamento da Dor e Medicina Paliativa*. A equipe é sediada no ambulatório da Zona 18, uma das cinco áreas de atendimento localizadas no subsolo do HCPA.

A maioria das atividades são realizadas de segunda a sexta em dois turnos, das 8h às 12h e das 12h às 16h. A rotina das manhãs obedece o esquema descrito a seguir: Segunda e sexta-feira são atendidos pacientes neoplásicos<sup>6</sup>; nas terças e quintas os pacientes com dor crônica. As quartas são reservadas para aulas, seminários, reuniões internas e visitas domiciliares aos pacientes impedidos de comparecer ao ambulatório. Os turnos da tarde são organizados da seguinte forma: as terças e quintas-feiras são destinadas a consultas que envolvem métodos físicos (fisioterapia, medicina ocupacional, acupuntura) e atendimento de enfermagem, nas quartas são prestados atendimentos ambulatoriais complementares seguidos de discussão sobre as visitas domiciliares, e, nas sextas, ocorre reunião do grupo de pacientes fibromiálgicos, além de atendimentos em enfermagem.

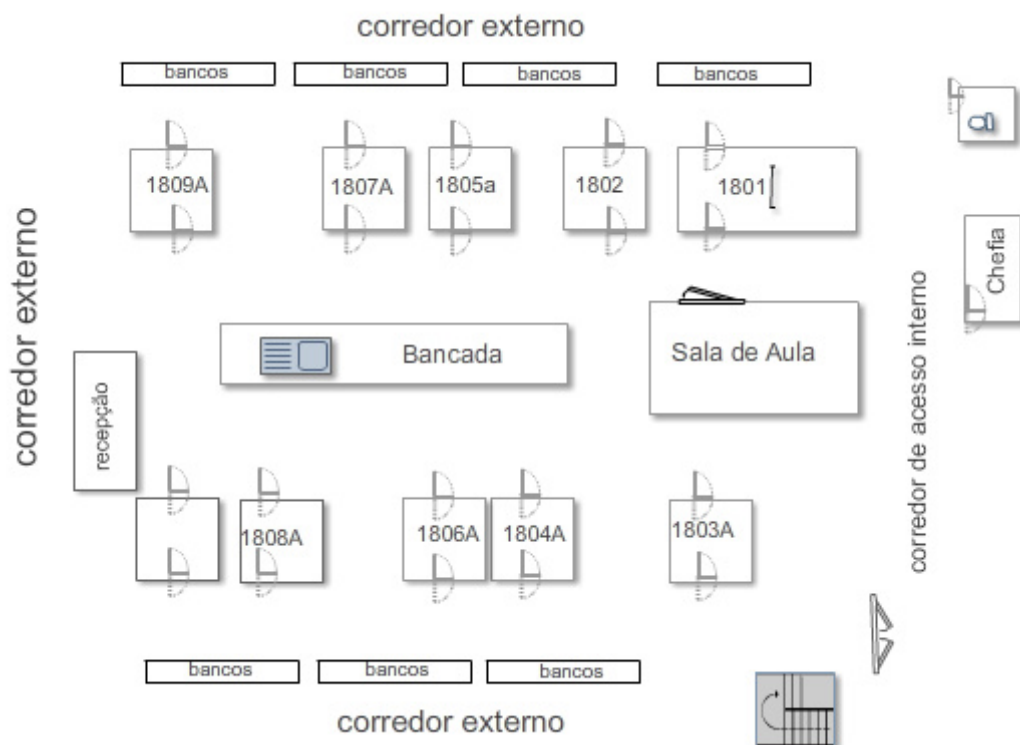
---

<sup>5</sup> A listagem detalhada e ordenada por região pode ser conferida no site oficial da ABCP: <http://abcpaliativos.wordpress.com/servicos/> (Acesso em 21 de abril de 2013)

<sup>6</sup> O termo neoplasia é uma designação genérica para qualquer tipo de tumor.

O quadro de funcionários é composto por seis profissionais da área médica e um profissional de enfermagem e conta, ainda, com um número flutuante de médicos residentes. A equipe recebe apoio de alguns voluntários que cursam a especialização em medicina da dor oferecida no local. Há um fluxo constante de alunos da graduação em medicina fazendo estágio no local, esses estudantes são introduzidos à rotina serviço e acompanham consultas, sempre sob a supervisão dos residentes e médicos contratados.

O ambulatório da Zona 18 é um espaço localizado em meio aos corredores que ligam as diferentes áreas do subsolo. As salas de consulta são acessadas pelo lado de fora, onde ficam dispostos fileiras de bancos para os pacientes e familiares que aguardam consulta. Fica mais fácil imaginar o local se o leitor pensar em um retângulo, há cinco portas em cada um dos dois lados que são paralelos horizontalmente. Cada uma dessas entradas corresponde a consultórios que estão ligados a uma única área interna comum, onde circulam membros das equipes assistenciais sediadas no local. Sempre tive problemas para descrever o ambiente sem soar confuso ou recorrer a termos altamente técnicos. Por esse motivo, trago uma reprodução feita com base nos incontáveis esboços que desenhei em meu caderno de notas para facilitar o andamento da narrativa. O desenho (Figura 1) não pretende ser uma representação fiel da planta baixa do local, mas sim subsídio para dar início a uma descrição do espaço observado.



A equipe assistencial do STD atua nas salas 1801, 1802, 1805, 1807A e 159-A, conhecida popularmente como 'Sala de Aula', lugar em que a equipe discute os casos e

também onde acontecem os grupos de pacientes. Essa Sala de Aula é utilizada com exclusividade pela equipe de Dor, embora outros serviços solicitem, ocasionalmente, o uso do espaço. As paredes são pintadas na cor salmão, e ao redor da sala estão dispostas cerca de vinte cadeiras azuis de fórmica com apoio de mão, além de uns poucos bancos metálicos. Na parede ao lado direito da entrada uma tela de projeção cobre boa parte de um antigo quadro negro, que divide o espaço com um painel branco usado para visualizar radiografias. Do lado oposto um arquivo de metal bloqueia, propositalmente, uma porta de acesso ao corredor externo.

As mochilas e bolsas dos frequentadores são depositadas no chão ou em cadeiras próximas ao arquivo, e ao lado esquerdo deste está posicionada uma escrivaninha com um computador, flanqueada pelo lado direito por uma estante alta com portas envidraçadas, repleta de grossos volumes, a maioria sobre medicina oncológica. No centro da sala há duas pequenas mesas, uma de madeira com tampo branco de fórmica, e outra de aço inox do tipo que é usada como apoio em certos procedimentos médicos. As mesas servem de apoio para o pessoal escrever anotações, preencher prontuários e receituários.

Os ambulatorios são utilizados por inúmeras equipes nos mais diversos horários, e as consultas são agendadas de forma meticulosa, sendo a hora e a data da próxima consulta marcada no fim dos atendimentos. Assim, os profissionais sabem exatamente qual paciente vão atender. Frequentemente os pacientes faltam às consultas e os atendimentos são passados adiante. Todo o processo de atendimento é supervisionado por um professor ou médico - e em alguns casos pelos residentes - do serviço. Esses profissionais reúnem-se constantemente para debater os casos, seu saber-fazer é centrado plenamente no trabalho em equipe e nos diagnósticos e exames previamente existentes, sendo esta uma das formas de ensino da medicina: a prática (ou ensino) tutoriada, que vou descrever em mais detalhes a seguir.

Os alunos da graduação são acompanhados na maior parte do tempo por um ou mais residentes e respondem a um professor ou aos médicos contratados pelo serviço, sendo que estes últimos costumam participar de várias consultas simultaneamente. Trago trechos do diário de campo para ilustrar melhor a situação.<sup>7</sup> Estou na 'Sala de aula' conversando com o professor responsável e um rapaz da graduação em medicina,

---

<sup>7</sup> Não trago trechos da observação da consulta que acompanhei - com a devida permissão formal - por uma questão de espaço.

acabamos de sair de uma 'aula consulta' e estamos esperando a colega de estágio do rapaz, que ficou encarregada de checar o prontuário da paciente e marcar a próxima consulta.

Quando a moça entra na sala o professor chama um médico do serviço e é iniciada a 'discussão de caso'. A jovem menciona que a paciente queria fazer natação, e o professor recomenda que nesses casos é bom incentivar e perguntar se a pessoa tem condições, se tem como ir, companhia, "essas coisas". "Senhora com neoplasia, morando sozinha... - balança a cabeça parecendo preocupado - "Tem que se preocupar com o entendimento do paciente. O ideal é que ele fique sem dor. São situações complexas, não basta dar um remédio, essas pessoas precisam de algo a mais [...] Nós temos que manter a esperança até na desesperança." O médico que acompanha a conversa reifica a importância de educar o paciente para que mude o estilo de vida e afirma que "essa parte de orientação e de psico-educação do paciente para sua doença [...] é mais importante que a parte medicamentosa. Só remédio não resolve."

As consultas seguem de forma ininterrupta, e, passado algum tempo no campo, estimei que a equipe atenderia mais de 400 casos por mês. Ao inquirir os coordenadores do serviço, descobri que a estimativa havia sido razoavelmente acurada, os registros do serviço apontavam que a equipe atendia, em média, 480 casos mensais, incluindo as visitas domiciliares, registradas em um caderno específico que me foi mostrado pelo Professor responsável. "Aqui estão nossas visitas domiciliares aos pacientes". O professor folheia as páginas, em cada uma há cinco ou seis retângulos que contém informações sobre os pacientes: nome, idade, ocupação, diagnósticos, etc. Quase todos os retângulos contêm um carimbo de óbito em cima das informações. A cada cinco ou seis nomes há um que outro sem o carimbo de óbito. O professor me olha e diz: -"Esses são os que a gente sabe, tem vários que falecem em casa e a gente acaba sem saber."

## **2.4 - Cuidados Paliativos no Hospital de Clínicas: Núcleo de Cuidados Paliativos**

A *Unidade de internação 9º Sul e Núcleo de Cuidados Paliativos* é um setor subordinado ao *Serviço de Enfermagem Cirúrgica (SEC)* localizado no nono andar do HCPA. Entre as seis unidades de internação do SEC, essa é a única que abriga dois serviços distintos: a *Unidade 9º Sul (Unidade de Cuidados Mínimos Pós Operatórios)* e o

*Núcleo de Cuidados Paliativos* (que recebe pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura - FPTC -).

Uma equipe única divide-se entre as duas unidades alternando as escalas de serviço. Essa configuração é intencional, permitindo que as profissionais se afastem do Núcleo de Cuidados Paliativos em momentos de fragilidade emocional desencadeadas por experiências traumáticas vivenciadas durante o trabalho. A equipe é formada por dez enfermeiras e dezenove técnicos e auxiliares de enfermagem, que assistem os pacientes vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana em seis turnos de trabalho.

Em sua dissertação de mestrado realizada no NCP, a pesquisadora Wittmann-Vieira (2010) relata como, em março de 2006, foi criado um grupo de estudos sobre cuidados paliativos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A ideia foi posta em prática pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Kruse - na época chefe do serviço de Enfermagem Cirúrgica - que reuniu enfermeiras, representantes de diversos setores do HCPA, uma recreacionista, uma assistente social, bem como docentes e acadêmicas da Escola de Enfermagem da UFRGS. Em 2007 o grupo propôs a criação de um Núcleo de Cuidados Paliativos no HCPA, sendo utilizada uma área outrora ocupada pela unidade de Transplante de Medula Óssea. Segundo Wittmann-Vieira:

Para viabilizar a criação deste setor, foram cedidas vagas de profissionais de enfermagem de outras unidades do HCPA, além de três vagas novas. E, seguindo a filosofia de cuidados paliativos, em 05 de novembro de 2007, o Núcleo de Cuidados Paliativos do HCPA (NCP) foi inaugurado, com seis leitos, destinados ao atendimento exclusivo de pacientes oncológicos fora de possibilidades terapêuticas de cura e seus familiares. (2010, p.35)

Estima-se que um ano após sua inauguração, o NCP atendeu mais de 80 pacientes (Informação verbal)<sup>8</sup>. Desde que foi criado, o serviço conta com um protocolo para transferência de pacientes internados em outros setores do HCPA. Wittmann-Vieira descreve que “[...] o paciente deve ser oncológico; ter prognóstico de fora de possibilidades terapêuticas de cura; ter 18 anos ou mais e aceitar a transferência ao Núcleo de Cuidados Paliativos” (2010, p.36). Também aponta para a necessidade de a família estar bem informada sobre o prognóstico do paciente, estando ciente que “[...] não serão realizadas medidas inúteis, consideradas fúteis, apenas prolongando o sofrimento;

---

<sup>8</sup> Informação fornecida por Rosmari Wittmann-Vieira no XV Curso de Introdução à Bioética (2010) organizado pelo Comitê de Ética do HCPA.

ter disponibilidade de acompanhar o paciente durante a internação; e, igualmente, aceitar a transferência ao NCP.” (Wittmann-Vieira, 2010, p.36). De acordo com a autora

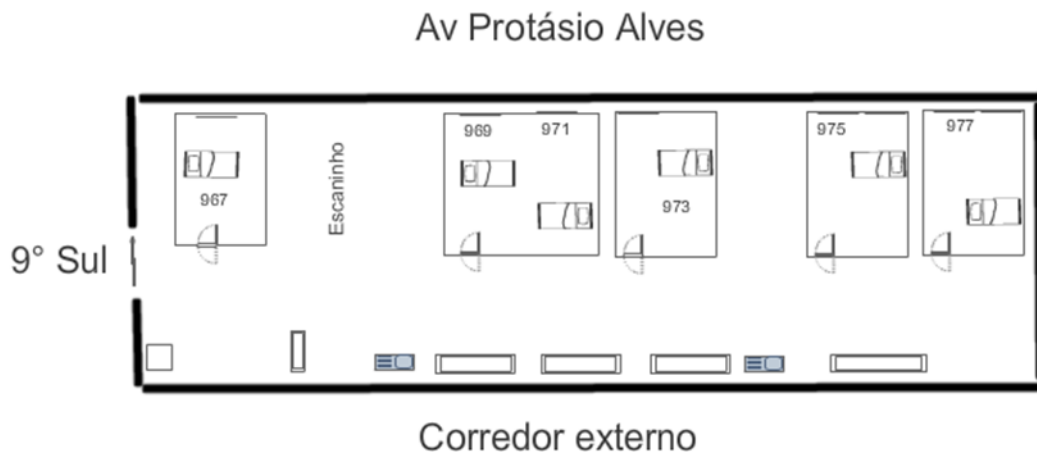
A equipe médica deve ter registrado o prognóstico no prontuário do paciente; ter solicitada avaliação das enfermeiras do NCP, para a transferência; ter conversado com os familiares do paciente sobre o prognóstico (...) e a não realização de medidas inúteis ou fúteis; ter registrado no prontuário o esclarecimento dado aos familiares; solicitar consultoria da equipe do tratamento da dor crônica para o acompanhamento do paciente; e ter o registro em evolução da conduta de medidas de conforto. (WITTMANN-VIEIRA, 2010, p.36)

Após a primeira internação o paciente é vinculado ao NCP, caso haja necessidade de internações posteriores. A proposta geral é a melhora da qualidade de vida do paciente e de sua família, aliviando (ou estabilizando) os sintomas físicos provenientes do avanço da doença e minimizando o sofrimento emocional e espiritual de ambas as partes. Ao vetar práticas terapêuticas que consideram fúteis ou que não tragam benefícios aos pacientes, os paliativistas visam proporcionar uma morte digna ao paciente e auxiliar a família no processo de luto.

A Unidade 9º Sul dispõe de dezoito leitos “cirúrgicos” destinados a prestar cuidados pós operatórios aos pacientes (adultos e crianças) submetidos a cirurgias de pequeno porte. O Núcleo de Cuidados Paliativos conta com seis “leitos de conforto”: são quatro quartos individuais, um quinto capaz de receber dois pacientes. O fato de totalizar vinte e quatro leitos justifica a equipe numerosa, que possui profissionais com nível médio, técnico e superior. Todos os profissionais do 9º Sul revezam seus postos de trabalho, ficando uma semana nos Cuidados Mínimos e outra semana nos Cuidados Paliativos.

O ambiente de trabalho é amplo, especialmente se a Unidade de Internação 9º Sul for incluída. Como o interesse deste trabalho reside nas práticas de cuidados paliativos, vou dar ênfase ao funcionamento do NCP e nas dinâmicas das profissionais de enfermagem. Portanto, listo rapidamente a estrutura física que é comum aos dois ambientes: a sala da chefia interligada com o local em que ocorrem as reuniões e trocas de turno, uma copa conjugada com uma pequena cozinha, sala para os funcionários, sala para os familiares e uma sala menor que contém um computador, além de um banheiro exclusivo dos funcionários. O Núcleo de Cuidados Paliativos pode ser acessado pelo corredor de circulação externo do nono andar e também por uma porta envidraçada que separa o núcleo da unidade de internação 9º Sul. Segue um esquema do local (figura 2)





## 2.5 Cuidado e conforto: à guisa de uma conclusão

Antes de prosseguir com a descrição dos leitos de conforto, é necessário fazer uma breve digressão para conceituar melhor o significado da palavra ‘cuidado’. De acordo com o Novo Dicionário Aurélio (Ferreira 1999, p. 408), a palavra *cuidado* é um substantivo com os seguintes significados: “**Atenção**, precaução, cautela, **diligência**, desvelo, **zelo**, encargo, **responsabilidade**, conta, inquietação de espírito, pessoa ou coisa que é objeto de desvelos”. (FERREIRA, 1999, p.408. grifos meus). Como adjetivo, o termo pode significar “pensado, imaginado, meditado, previsto, calculado, suposto [...]” (Ferreira, 1999, p.408) e, finalmente, o verbo “cuidar” é definido como: “Imaginar, pensar, meditar, cogitar, excogitar, julgar, supor, **aplicar a atenção**, o pensamento, a imaginação, atentar, pensar, refletir, **ter cuidado** [...]” (Ferreira, 1999, p.408, grifo meu).

Poderia continuar invocando autores como Heidegger ou até mesmo Leonardo Boff a fim de trabalhar este conceito de uma forma filosófica, mas prefiro percorrer uma trilha menos tortuosa e que tenha mais similaridades com o que vivenciei em campo. Parece-me que as contribuições de Annemarie Mol, Ingunn Moser e Jeannette Pols (*Care in Practice On Tinkering in Clinics, Homes and Farms*, 2010) serão mais valiosas no presente momento do que uma discussão altamente abstrata sobre o tema. No prefácio de seu livro ‘Care in Practice...’, Mol e seus colegas tecem uma discussão interessante sobre práticas de cuidado, a saber:

Whether we like it or not, human beings need food and shelter, and so do the animals that live with them/us. (...) Someone has to harvest or slaughter; someone has to milk; someone has to cook; someone has to build and do the carpentry. Washing is wise as well, since if they are not being washed pots, pans and bodies

start to smell. Failing to dress wounds may lead to infection. And as diseases and impairments also come in other forms, there tend to be sick to look after one way or another – while everyone also needs to look after herself. All in all, care is central to daily life. However, the importance of care has not been reflected in the scholarly attention it receives. (Mol, Moser e Pols, 2010, p.7)

Os autores argumentam que é preciso algum malabarismo e adaptação com as palavras quando estivermos escrevendo sobre cuidado, e que, no entanto, a parte mais difícil de escrever sobre o assunto não é encontrar um vocabulário que possamos usar, mas sim lidar com as limitações impostas pelas próprias palavras: “Care, after all, is not necessarily verbal. It may involve putting a hand on an arm at just the right moment, or jointly drinking hot chocolate while chatting about nothing in particular.” (Mol, Moser e Pols, 2010, p.7). É possível lançar alguma luz sobre tal proposição trazendo alguns exemplos empíricos ao mesmo tempo em que continuo a narrativa sobre a unidade de internação do NCP, os exemplos daquilo que pode ser considerado uma prática de cuidado serão destacados ao longo da descrição.

Os leitos de conforto citados anteriormente consistem em **quartos iluminados**, com **camas confortáveis** e **poltronas** para que os pacientes possam desfrutar da companhia e atenção de seus familiares. **As paredes são pintadas de amarelo claro, pois** de acordo com minhas interlocutoras, **isso reduz o estresse e quebra a monotonia**. Os quartos dispõem de **televisão, frigobar, ar condicionado, banheiro privativo e acesso livre aos visitantes**. Tocando neste ponto, é crucial mencionar a importância da flexibilidade das visitas, que constitui um dos pilares centrais das práticas de atenção. A proposta é que o paciente fique junto aos seus entes queridos, que são incluídos no processo de cuidado e conforto. As famílias são incentivadas a **dar banho, ajudar o paciente a comer** e outras **tarefas menores**, mas que são importantes, frequentemente escutei a frase: **“Banho também é uma medida de conforto!”** Em contrapartida, **não tomar banho também pode ser uma medida de conforto**, pois na lógica da atenção, **o paciente possui voz ativa**, o que significa que **ele pode optar em não trocar um curativo ou até mesmo ‘enforçar’ o banho**.

Assim como os teóricos citados no resumo e no início do texto, minhas interlocutoras consideram os CP como uma especialidade de baixa tecnologia e alto contato humano onde não há conflito de interesses, apenas a vontade do sujeito, nas palavras de uma interlocutora, é necessário *“Olhar o paciente como um ser único, não apenas como alguém que está morrendo. “Saber ouvir: abre o ouvido, abre o coração.”*

O NCP é, talvez, o único local do hospital onde pacientes plantam flores, fazem recortes, escrevem cartas emocionadas e fumam um cigarro escondido antes de dar adeus aos parentes e entes queridos. É claro que há aqueles que vão a óbito durante a calmaria da madrugada, os que brigam com os parentes, com a equipe, enfim, com o mundo como um todo. É, de fato, muito complicado ignorar a afirmação de que os CP sejam uma especialidade de alto contato humano, mas é um exercício interessante desconstruir a parte sobre 'baixa tecnologia'. Para Menezes,

Não há dúvidas de que os CP, divulgados como uma alternativa aos excessos de uma medicina tecnológica, propõem uma mudança na relação de poder entre equipe/paciente. Contudo, um paradoxo apresenta-se: a própria tecnologia que engendra as condições de desenvolvimento de uma medicina "desumana" e tecnológica é propiciadora da "humanização" do morrer. Os CP foram implantados a partir de pesquisas farmacológicas voltadas ao controle da dor. **Difícilmente, haveria possibilidades de um acompanhamento tão detalhado e eficaz dos sintomas do doente, sem o desenvolvimento de técnicas para o alívio da dor.** (Menezes, 2004a, p.225, grifo meu)

A introdução e popularização da morfina, analgésico potente que revolucionou as técnicas de controle da dor foi empregada por Cicely Saunders - pioneira no campo dos CP - que desmistificou seu uso ao aplicar doses orais e preventivas em pacientes com dor crônica (Menezes, 2004a, p.66). Não pretendo entrar em detalhes acerca das tecnologias disponíveis aos paliativistas<sup>9</sup>, bastando mencionar que existe uma gama enorme de curativos especiais para feridas tumorais, como o curativo hidrocolóide (que contém agentes gelatinosos para facilitar a cicatrização) ou o curativo de carvão ativado (que alivia odores).

Menciono rapidamente os termômetros infravermelhos que dispensam o toque na pele do paciente, morfina de liberação rápida ou lenta, outros opióides 'fracos' (codeína, oxicodona), analgésicos antiinflamatórios não hormonais que podem ser administrados pelo próprio paciente por via oral ou sub-cutânea. A musicoterapia, terapias cognitivo-comportamentais e outras técnicas terapêuticas de relaxamento como o RIME (imagens

---

<sup>9</sup> Mais detalhes técnicos e formais podem ser consultados nos seguintes sítios:

[Livro cuidados paliativos Cremesp](#)

[Manual da Dor Instituto Nacional do Câncer](#)

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual\\_cuidados\\_oncologicos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_cuidados_oncologicos.pdf)

mentais e espiritualidade) têm uma boa aceitação entre os pacientes, além, é claro, de escalas para avaliação de sintomas (como a Escala Edmonton - instrumento de avaliação composto por nove sintomas físicos e psicológicos encontrados em pacientes com câncer).

Estes exemplos simples reificam o que foi dito por Menezes (2004a) acerca da emergência dos CP como proposta alternativa à prática médica altamente racionalizada e tecnológica que além de silenciar a voz do paciente, prolongava seu sofrimento indefinidamente. No entanto, parece-me fundamental atentar que ao posicionar os Cuidados Paliativos como uma 'alternativa' aos "excessos de uma medicina tecnológica" (2004a, p.225), é estabelecida uma dicotomização no qual o pólo ocupado pelos CP seria de 'baixa tecnologia', incitando práticas de hierarquização dentro do ambiente hospitalar, atribuindo um status de marginalidade aos Cuidados Paliativos, o que é corroborado pelas falas de minhas interlocutoras.

Uma das coordenadoras do Núcleo disse que "Não temos fisioterapeuta, psiquiatra, psicólogos e farmacêuticos..." Também reclama que "A ação da enfermeira esbarra na impossibilidade de prescrever. Sobem poucos médicos ao serviço". Entretanto, o maior problema para as pesquisadas são as constantes transferências de lugar para sediar, temporariamente, alguma outra unidade, em geral por motivo de reformas, mas também em situações limítrofes, como a epidemia H1N1. As falas que me foram confiadas mostram a indignação sobre o assunto: "O 9° sul é o abrigo de todo o hospital. Recebemos até a emergência durante a gripe A." O caso começa a ser debatido quando o NCP recebe a notícia de que a "oncoped" – Oncologia pediátrica – será transferida para o 9° Sul, enquanto a equipe assistencial do local será movida para o 3° nordeste, e ficará reduzida a 10 ou 11 leitos, menos da metade do total.

Uma jovem técnica demonstra resignação: "A CTI é movida pra cá todos os anos mesmo...". A fala de uma das técnicas mais experientes ecoa o que foi dito: "Todos os anos é a CTI e a emergência..." E recorda que em dado momento, o NCP ganharia três leitos: "Sabe o que aconteceu? No fim das contas virou sala de pesquisa.". A profissional mais incomodada com a situação faz a seguinte colocação: "É que nós aqui somos o estepe do hospital." Ao ver minha cara de espanto e relutância em escrever no caderno, ela diz que é isso mesmo: "Pode anotar isso aí, não tem problema... Sempre que há reformas somos mudados de lugar". Enquanto ajudo a equipe a empilhar caixas, ouço com frequência frases como: "Estamos sendo expulsas, não estamos nos mudando."

A posição geral das observadas é de que o NCP é um serviço que não se encontra na lista de prioridades do Clínicas. Uma das coordenadoras afirma que os gestores incentivam a idéia de que o “paciente do clínicas é um paciente de alta complexidade.” Enquanto o Serviço de Medicina Intensiva conta com mais de 30 leitos (que serão ampliados para noventa e cinco na reforma atual) cinquenta e quatro médicos intensivistas, oito fisioterapeutas, quatro professores, uma secretária e cerca de cinco vagas anuais para residência<sup>10</sup>, o Núcleo de CP possui apenas seis leitos (o que equivale a menos de 1% dos leitos de internação do hospital - 652 -)<sup>11</sup>, dez profissionais formadas em enfermagem, dezenove técnicos e auxiliares e uma secretária.

A partir disso, sugiro então romper com a polarização tecnologia versus cuidados paliativos e pensar as práticas de cuidado e atenção como mais uma das formas de tecnologia empregadas pelos paliativistas. Proponho que, somente a partir de uma resignificação dos modos de encarar a morte e do reconhecimento das tecnologias envolvidas nos CP, esta área poderá deixar de ser marginal em termos de investimentos de recursos e produção de conhecimento. Assim sendo, encerro este trabalho com a reflexão de Annemarie Mol,

Instead of casting care and technology in contrast with each other, we seek to rethink and reframe them together. This is our concern: to contribute to disturbing and complicating the care-technology distinction. And we interfere with other, similar distinctions, too. Care and control; care and economics; care and killing. (Mol, Moser e Pols, 2010, p.15)

---

<sup>10</sup> Dado disponível do sítio online do serviço: <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/277/470/>

<sup>11</sup> Dado disponível no sítio online do hospital: <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/136/196/>

## Referências

ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos). **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2007.

ARIÈS, Philippe. **O homem diante da morte**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981.

\_\_\_\_\_. **História da Morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

CARRARA, Sérgio. **Tributo a Vênus**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

CHAVES, José Humberto Belmino et al. **Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético**. Rev. dor, São Paulo, v. 12, n. 3, Sept. 2011 .

CONRAD, Peter. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins Univ. Press, 2007

ELIAS, Norbert. **O Processo Civilizador Volume 2: Formação do Estado e Civilização**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

\_\_\_\_\_. **A Solidão dos Moribundos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

FERREIRA, A.; **Novo dicionário da língua portuguesa**. Editora: Positivo 2ª Edição: 1999.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo. Perspectiva, 1997.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro, 6ª ed. Forense-Universitária, 2004.

\_\_\_\_\_. **“O Nascimento do Hospital”**. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 26ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 2008.

\_\_\_\_\_. **“O Nascimento da medicina social”**. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 26ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 2008.

GARRAFA, Volnei; PESSINI, Leo (Orgs). **“Questões éticas-chave no debate hodierno sobre a distanásia”** In: **Bioética: poder e injustiça**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola: Sociedade Brasileira de Bioética, 2003.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. 8ª ed., São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MENEZES, Rachel. **Em Busca da boa morte: uma investigação sócio-antropológica sobre Cuidados Paliativos**. Tese (doutorado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2004a.

\_\_\_\_\_. **Em Busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Garamond, 2004b.

MOL, Annemarie.; Moser I.; Pols, J. (eds.) **Care in Practice. On Tinkering in Clinics, Homes and Farms**. Transcript Verlag, 2010.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo, contracepção e natalidade na medicina da mulher**. Tese (Doutorado) PPGAS Museu Nacional/UFRJ, Rio de Janeiro, 2000.

SALES, C.; et al. **Cuidado paliativo: a arte de estar-com-o-outro de uma forma autêntica**. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2008 abr/jun; 16(2):174-9.

SANTOS, L.; PAGLIUCA, Lorita F.; FERNANDES, A. **Cuidados paliativos ao portador de câncer: reflexões sob o olhar de Paterson e Zderad**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, Apr. 2007.