



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

JULIANA ALVES SIMPLICIO

**HOSPICES, ORIGEM, DESENVOLVIMENTO E ATUALIDADE: Um comparativo
entre Reino Unido e Brasil**

**ARIQUEMES – RO
2021**

FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

JULIANA ALVES SIMPLICIO

**HOSPICES, ORIGEM, DESENVOLVIMENTO E ATUALIDADE: Um comparativo
entre Reino Unido e Brasil**

Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do
Grau em Bacharel em Enfermagem apresentado à
Faculdade de Educação e Meio Ambiente –
FAEME.

Orientador (a): Mest. Thays Dutra Chiarato
Verissimo

**ARIQUEMES – RO
2021**

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S612h Simplicio, Juliana Alves.

Hospices, origem, desenvolvimento e atualidade: um comparativo entre Reino Unido e Brasil. / Juliana Alves Simplicio. Ariquemes, RO: Faculdade de Educação e Meio Ambiente, 2021. 40 f. ; il.

Orientador: Prof. Ms. Thays Dutra Chiarato Veríssimo. Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação em Enfermagem – Faculdade de Educação e Meio Ambiente, Ariquemes RO, 2021.

1. Hospices. 2. Paciente terminal. 3. Processo de morte. 4. Brasil. 5. Reino Unido. I. Título. II. Veríssimo, Thays Dutra Chiarato.

CDD 610

Bibliotecária Responsável
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro
CRB 1114/11

JULIANA ALVES SIMPLICIO

**HOSPICES, ORIGEM, DESENVOLVIMENTO E ATUALIDADE: Um comparativo
entre Reino Unido e Brasil**

Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do Grau em
Bacharel em Enfermagem apresentado à Faculdade de
Educação e Meio Ambiente – FAEME.

Orientador (a): Mest. Thays Dutra Chiarato Verissimo

BANCA EXAMINADORA

Orientador (a): Ma. Thays Dutra Chiarato Verissimo

Prof. Ms. Fernando Corrêa dos Santos

Prof. Esp. Elis Milena Ferreira do Cramo Santos

**ARIQUEMES – RO
2021**

Resumo

A seguinte pesquisa, objetiva mostrar o contexto histórico sobre o cuidar do enfermo em processo de morte e a metodologia *hospices* sobre o mesmo, passando por vários aspectos, como, cultura, época e políticas públicas que regulamentam a linha de cuidado. Aponta o papel do enfermeiro como membro da multiequipe na linha de cuidado do paciente terminal, e como a imperícia pode prejudicá-lo. Relacionando assim as diferentes realidades do processo de morrer no âmbito do Reino Unido e Brasil. Metodologia: a pesquisa foi realizada sob revisão de literatura sistemática, avaliando assim a situação do cuidado com paciente terminal e a difusão do método hospices. Usando de ferramenta de pesquisa as bases indexadas, Scielo, PubMed, Reben, BVS, Livros e Oxford Journals. A pesquisa realizou-se com o corte cronológico de 2000 a 2019. Tendo como critério de inclusão resultados que respondessem aos objetivos da pesquisa. O estudo tem por finalidade mostrar um parâmetro da usabilidade dos profissionais da enfermagem sobre o método hospices, através da bibliografia, fazendo assim uma comparação de linha de cuidado do paciente terminal nos binômios, Brasil e o Reino Unido.

Palavras chaves: Hospices. Paciente terminal. Brasil. O Reino Unido. Contexto histórico.

ABSTRACT

The following research thesis aims to show the historical context of caring for the sick in the process of death and the hospices methodology about it, going through several aspects, such as culture, time and public policies that regulate the line of care. It points out the role of the nurse as a member of the multi-team in the line of care for the terminal patient, and how malpractice can harm him. Thus relating the different realities of the process of dying in the United Kingdom – Brazil. Methodology: the research was carried out under a systematic literature review, thus evaluating the situation of care for terminal patients and the dissemination of the hospices method. Search using indexed databases, Scielo, PubMed, Reben, BVS, Books and Oxford Journals. The research was carried out with the chronological cut from 2000 to 2019. The inclusion criteria were results that matched the research objectives. The study aims to show a parameter of the usability of nursing professionals about the hospices method, through bibliography, thus making a comparison of the line of care for the terminal patient in the binomials, Brazil and the United Kingdom.

Keywords: Hospices. Terminal patient. Brazil. The United Kingdom. Historical context.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Ilustração 1 – Espinha Dorsal da Filosofia Hospices.....	19
Ilustração 1 – Os indicadores e os fatores determinantes e condicionantes sobre a qualidade de morte	24

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 – Indicadores de qualidade de vida do Reino Unido X Brasil.....	22
Gráfico 2 – Ranking de qualidade de morte no mundo.....	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Critérios e Indicadores para elegibilidade de pacientes para cuidado Hospices.....	28
Tabela 2 – Ferramentas de Avaliação.....	29

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. OBJETIVOS.....	13
1.1 Objetivo primário:	13
1.2 Objetivos secundários:	13
2. METODOLOGIA.....	14
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3.1. O CUIDADO ALVORECE JUNTO A ORIGEM DOS HOSPICES	15
3.1.1. Contexto do cuidar histórico	15
3.1.2. Hospices como metodologia de cuidado	16
4.1. BINÔMIO COMPARATIVO E QUALITATIVO DE VIDA E MORTE.....	20
4.1.1. Expectativa de vida, indicadores de qualidade de vida e morte uma comparação entre: Reino Unido X Brasil.....	20
5.1. A ENFERMAGEM EM HOSPICES	26
5.1.1. Enfermeiros na linha de atuação em hospices	26
5.1.2. Enfrentamento do profissional generalista em relação à profissional capacitados	29
CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS.....	34
ANEXO:.....	38
RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO	38
RESULTADO DA ANÁLISE	38
PARECER FINAL.....	38

INTRODUÇÃO

O ato de cuidar do próximo antecede qualquer ciência, é algo intrínseco à humanidade. Cabendo-nos dizer que as práticas de saúde, são tão antigas quanto a própria humanidade, visto que foi e continua sendo um fator importante para a sobrevivência do homem (GEOVANINI, Telma *et al.* 2019).

As práticas de saúde remontam às primeiras civilizações do oriente e do ocidente, destacando-se tanto em países europeus quanto nas culturas orientais. E pelo fato da enfermagem ser uma ciência que provém do cuidar do outro, reforçamos que a Europa, fora o berço da enfermagem científica e, hoje passa a ser o berço da enfermagem moderna. (BORGES, 2000).

Mas como falar de cuidado sem falar de morte? O simbolismo do cuidar está atrelado diretamente à consequência do processo de morrer. A morte, assim como as práticas de saúde, são cíclicas. Ambas são processuais, a morte já foi tratada de forma natural e celebrativa, quanto que a vida já foi tratada como uma espécie de purgatório também. Em eras medievais, a morte era um processo comum e normal, onde os indivíduos, sentiam-se acometidos por uma moléstia, avisavam as suas famílias e seus amigos próximos, para que juntos eles pudessem passar pelo ato final (ARIÈS, Philippe, 1982).

Assim como o processo de cuidar que advém do homem desde as cavernas, passando pelas hospedarias, hospices, atualidade e na dualidade entre qualidade de vida e morte. Nas últimas décadas, tem-se acompanhado o adoecimento e envelhecimento da população, junto ao declínio da qualidade de vida (ANCP, 2009).

Diante dessa afirmação, e em posse de dados que mostram que a projeção do envelhecimento da população brasileira já chegou a 32,9 milhões até o ano de 2019. A estatística mundial de 2018 mostrou que pela primeira vez havia mais pessoas com 65 anos ou mais do que crianças de 5 anos, ou menos (De Souza Queiroz, Licia Laura Craveiro; Bueno, Newton Paulo).

Além disso, a expectativa de vida no Brasil é de 75 anos, o que é 5 anos a menos que a média dos países desenvolvidos (De Souza, Ana Maria; Marquette, Felipe Rotta, 2018). Logo, o índice de envelhecimento e adoecimento aumentam a projeção gradualmente, entretanto a expectativa de vida brasileira não está na melhor posição do ranking de qualidade de vida. Mostrando assim a inevitabilidade dos determinantes

e condicionantes fatores de qualidade de vida, possibilitando o manejo com a linha de cuidado, história natural da doença e etc. Porém, que neste momento viabilizam o entendimento de como foi originado o *hospices* e posteriormente como foi remodelado (Floriani, C. A. 2009).

Vale ressaltar que essa linha de cuidado fora originada na Inglaterra, através de um modelo de assistência cru, Cicely Saunders com uma junta especialista, revolucionando o modelo de assistência “curativa” e “emergencista”, trazendo respeito ao processo de morte, confortando tando o indivíduo quanto à família.

Historicamente foi em 1960, que o movimento *hospices* passou a ter visibilidade, ainda que atrelado apenas ao conceito de cuidado paliativo. No Brasil, em 1994, o Asilo da Penha, pode ser considerado o primeiro local praticante dessa linha de cuidado, que por um período, praticou um papel social de assistir aos pobres que morriam de câncer (FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, 2010).

A metodologia de cuidado hospices, obteve ampliações no que tange o processo de cuidar, pois, o indivíduo nunca é só, dessa forma atrelou-se ao mesmo o cuidado da família, trabalhando com prevenção e identificação de fatores de risco desse núcleo, instituindo assim medidas de cuidados concretos, com recursos específicos, aprimorando assim os cuidados ofertados a fim de reverter esse abandono ao cuidado do paciente.

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo primário:

– Reconhecer os hospices como linha de cuidado, relacionando a realidade Britânica, berço da enfermagem moderna, com a realidade nacional.

1.2 Objetivos secundários:

- Definir a linha de cuidados *hospices* e sua relação com cuidados paliativos.
- Relacionar o enfermeiro e a linha de cuidado *hospices* e cuidados paliativos
- Sugerir melhorias na formação e atuação do enfermeiro quanto a linha de cuidados hospices.

2. METODOLOGIA

O estudo concretizou-se por meio de uma revisão literária sistemática, sobre o cuidado holístico do paciente terminal entre o Brasil e o Reino Unido. Após um compilado de artigos, livros, jornais, resumo, relatos de experiência e manuais sobre o tema, *Hospices* e cuidados paliativos, de base acadêmica indexada. Sendo essas bases, *Scientific Eletronic Library* (Scielo), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), *Google Books*, Revista Mineira de enfermagem (Reme), Revista da Escola de Enfermagem da USP (REEUSP), literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) e *Oxford Journals*, no período de agosto de 2020 a junho de 2021. Para a busca nos bancos de dados foram utilizadas terminologias cadastradas nos Descritores de saúde, como: *Hospices*; Assistência Terminal; Enfermagem Holística.

Realizou-se um apanhado de contexto histórico sobre a trajetória do cuidar a enfermagem, sob os resquícios de uma época onde o cuidado passa por transmutações e diferentes linhas de aplicação, posteriormente, com dados atuais acerca do tema. Para que assim o estado consiga apresentar resultados benéficos, e de informações atualizadas sobre a questão da dualidade entre tempo de vida e qualidade de vida, assim como apresentar dados acerca da qualidade de morte. Contendo com a verificação total de publicações 104, sendo 93 em português, 12 em inglês e 4 em espanhol.

Após análise dos textos, foram identificados como qualificados para esta pesquisa, de acordo com o objetivo de pesquisa, 41 artigos científicos. Que delimitam o assunto de *hospices* e o legado do cuidado da enfermagem, a linha de cuidado empregado no paciente terminal, de forma holística. Faz-se necessário um adendo, como este tema ainda não possui uma coesão conceitual acerca da instituição hospices, e que há poucos estudos acerca do tema, ocasiona referencial sem corte cronológico de pesquisa.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. O CUIDADO ALVORECE JUNTO A ORIGEM DOS HOSPICES

3.1.1. Contexto do cuidar histórico

A enfermagem é a ciência que tem como objeto de estudo o cuidado integral e individual do paciente, um conceito longamente estruturado através das eras e intempéries ambientais de cada período histórico (BORGES, 2000). O ato de cuidar é inerente à humanidade, pois advém de um reflexo da preservação humana, que a princípio não fora notado como ofício ou elegido como função relevante (LEININGER, 1978).

Antes de as práticas serem agrupadas em ciência, o zelo para com o próximo foi atrelado a concepções religiosas, marcada pelo ocultismo, magia e ritos cerimoniais de cada grupo sociodemográfico. Resgatando a história do cuidar para assim conseguir identificar a linha de cuidado hospices, no período de aproximadamente 50 a 800 anos d.C., surgem os primeiros hospitais, alguns exemplos são, o nosocômio fundado por São Basílio em Cesárea, hospital do porto de Roma por Fabíola e os “*Hôtels de Dieu*”, construídos na França, todos com características de cuidado para com aquele que estão morrendo ou em situação de abandono (Borges, 2000).

Antes visto como apenas um ambiente físico, destinados aqueles a margem social, hoje os *hospices* são uma fundação medicinal universal, sem discriminação religiosa, raça ou pautada no poder de compra. Trata-se de fornecer bem-estar físico e emocional, sentir-se em casa, tanto ao paciente quanto à família (Walker A, Breitsameter C. 2017).

Porém, antes que o movimento hospice tenha passado por uma definição atual, é necessário entender sua construção científica e como as situações da época moldaram a metodologia em questão. Por meio de Cecily Saunders, e a reforma no King’s College no método de tratar e abordar tanto o doente terminal, quanto ao contexto social de família, é que o ofício do processo de morrer, voltasse a ser visto

como um processo natural e confortável, propiciando alívio da dor (FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R., 2011).

Cecily Saunders foi a precursora do moderno movimento *hospices* na Inglaterra, assim como a metodologia, ambos são ingleses. Médica e assistente social, e primordialmente uma idealista, Saunders sofria com a negligência e a inadequação dos cuidados oferecidos pelos hospitais da época para com os pacientes em situação de terminalidade iminente da vida.

St. Christopher's foi a grande base de pesquisa pioneira sobre o uso de morfina para manejo da dor. Saunders tinha como lema que paciente que se encontrava perante a morte, era muito mais que um conjunto de sinais e sintomas, e sim um ser humano que exigia uma combinação única de cuidados médicos e cuidados de enfermagem de forma holística. E que não era apenas o indivíduo com diagnóstico deveria ser tratado, mas sim, todo o espectro familiar-social. Posteriormente, esta filosofia da unidade familiar-amigos, sendo um pilar da filosofia hospices.

3.1.2. Hospices como metodologia de cuidado

Após o resgate histórico, é possível afirmar que a metodologia *hospices* é centrada na assistência aos pacientes e sua rede de apoio, com doenças avançadas de prognóstico fechado e terminais. Esta metodologia, atualmente, está em expansão no mercado de trabalho internacional, e em âmbito brasileiro de modo tênue. (FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland, 2010).

Nascido na Inglaterra, os hospices, na era contemporânea/moderna, ganhou o aspecto clínico e uma linha de cuidado ao paciente. Atualmente o ambiente clínico atual, constitui abrigo das necessidades do paciente e da entidade família-amigos que o cerca, possuindo instalações, equipamentos e treinamento de equipe, no que tange o processo de morte (Borges, 2000).

Quando se trata do paciente que faz uso do *hospices*, ou um paciente que faz tratamento em um hospices, é interessante dizer que o conceito *hospices* vai além de um cenário burocrático como um hospital. Todavia, não deixa de ser uma organização, e como tal, ele se constrói através de um plano. As referências e dados que são usados para identificar uma organização *hospices* ou a filosofia de terapia, pode sofrer alterações dependendo da época, da localidade e da necessidade sociodemográfica.

A morte é uma medida de estabilidade dentro dos hospices, ela é uma

estatística confiável no que diz respeito ao modo como a equipe e aos pacientes imersos em situação terminal. Essa visão é imutável durante as eras e todas as reformas posteriores. Assim como a cada geração, os aspectos humanos da vida, são tidos de forma cíclica. Ora tida como naturalidade, motivo de celebração, ora como um momento de temor e apagamento. Todavia, hoje ela é tida como um tabu, uma fase camuflada sob panos velados pela sociedade (Buck, Joy., 2013).

Quando se trata de conceituar *hospices* é importante relatar que ele é oriundo de uma jornada repleta de dualidades. Dependendo da faceta observada, entende-se que primordialmente, o lema era “casa para os que morrem”, tecnicamente era a sociedade disponibilizando espaços de acolhida aos vulneráveis, entretanto, não é o que se conclui quando mais aprofundado. Os *hospices* por muito tempo, foram uma tentativa de apagamento social e menosprezo pela dor do outro.

A filosofia de ser dos hospices, é o que o diferencia das técnicas de cuidado paliativo, é justamente sua filosofia e sua espinha dorsal. O singular desta filosofia, é que ela é moldável, em aspecto clínico, físico e sociodemográfico. Todo cuidado paliativo advém do hospices, o cuidado paliativo é toda prática que gere alívio, conforto e qualidade de vida do enfermo, quando que *hospices* além de ser o ambiente físico original, é a matriz de todo cuidado do vulnerável, visto que, que na linha de cuidado hospices, o núcleo familiar-amigos são assistidos em suas necessidades e posterior o processo de luto (Blanco Trejo F, Loredó Narciandi J. 2016).

A matriz do cuidado do indivíduo em processo de morte, é obtida, ou deveria ser, através da filosofia *hospices* e desenvolvidos a partir da unidade de controle de dor, dignidade e núcleo familiar-amigos. Quanto a termos que são empregados dentro do ambiente de saúde terminal, alguns termos são usados de forma leviana, podendo gerar confusão. Dentro deste grupo tem-se: eutanásia, distanásia e ortotanásia. Eutanásia é um princípio que os *hospices* estão, irrevogavelmente, desconectados, não há parentesco entre ambos. A distanásia é a prática tradicional curativa medicinal, aliada às tecnologias, mas que está ligada à quantidade de vida e não a qualidade. Já a ortotanásia é um princípio hospices, visto que é uma prática que preserva por conforto e qualidade de vida. (ANCP e Cuidados Paliativos no Brasil, 2018).

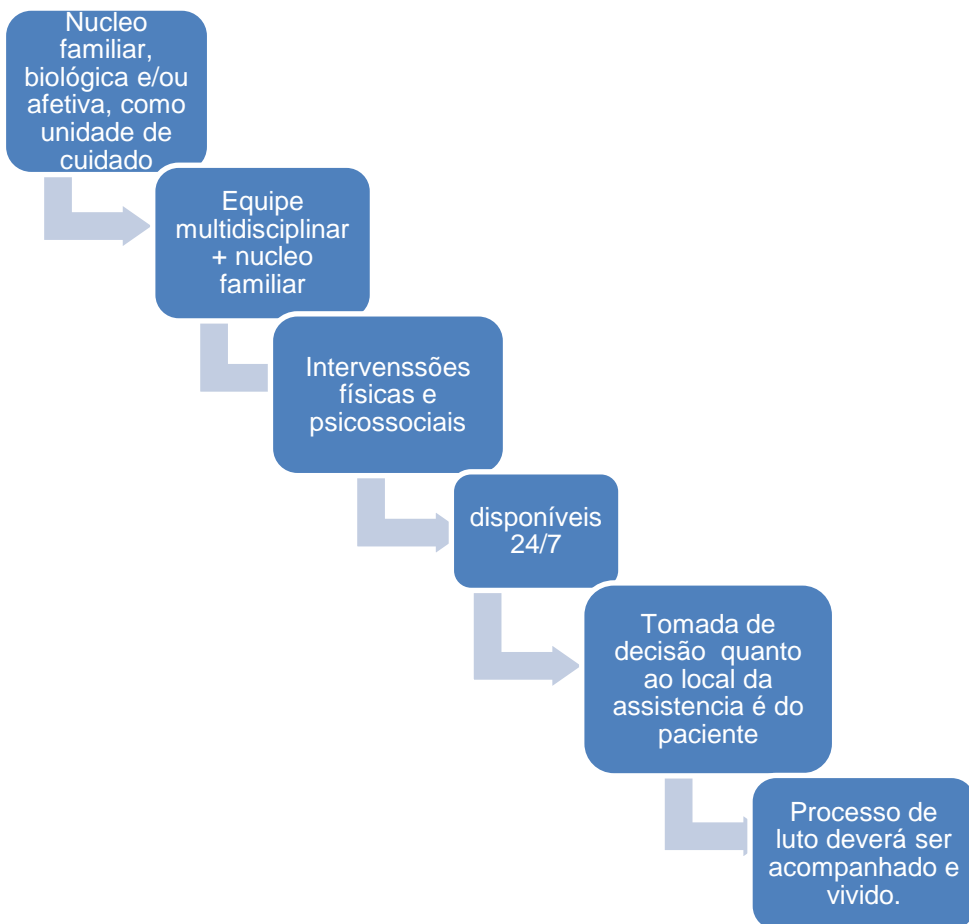
Dentro desse centro de cuidados, é importante ter na equipe multidisciplinar uma filosofia de jornada muito clara e alinhada com os objetivos e metas da instituição e do paciente. Há a espinha dorsal de cuidado e procedimento, mas por se tratar de um ambiente que prioriza qualidade de vida, não quantidade, torna a comunicação

entre metodologia de cuidado hospices, as etnias, costumes, regionalidade, um pilar de uma instituição *hospices* em contínuo gerenciamento da dor do paciente e da família (Kim S, Seo M, 2016).

Uma sociedade que já viveu sob conceitos tão contraditórios, tanto com o temor e a celebração da morte, pode se afirmar, que esta sociedade atual se encontra como a rejeição da ideia do processo de morrer. A institucionalização da morte, passa a ser um incômodo, o único fato afirmado durante toda a vida do homem, é também o ponto mais inconveniente para paz dessa sociedade (Kim S, Seo M, 2016).

Espinha dorsal da filosofia aplicada de um hospices:

Ilustração – 1



Fonte: (Kim S, Seo M, 2016).

O objetivo primário do *hospices* é de dar visibilidade ao paciente que está ou não em sofrimento hospitalar, mas que inevitavelmente é um enfermo incurável e/ou em processo de morte. Mostrando ser possível e saudável aceitar a verdade do prognóstico e assumir os termos da própria morte. Sendo esse um assunto delicado, essa filosofia é uma verdade inconveniente ao *modus operandi* atual. Quando o meio

capital está ambientado para lutar com a distanásia, o cuidado em situação terminal é algo imediatamente associado a eutanásia, ponto de desentendimento da massa social (SANTIAGO, Laura Castilla Rodríguez e Javier Lera, 2018).

Mesmo sendo uma prática antiga, tendo aplicação em todos os períodos históricos já passados pelo homem, nessa cronologia antes e depois de cristo, ainda há muita desinformação sobre o assunto. O hospices, sendo uma instituição física especializada, ou uma aplicação domiciliar feita pela equipe multidisciplinar, tem como método não ultrapassar ou adiar a morte, sendo este um processo natural, se opondo fortemente a prática de eutanásia (FLORIANI, Ciro Augusto, 2013).

Todavia, mesmo este sendo um movimento consolidado e de forma histórica-moderna desenvolvido no reino unido, o berço da enfermagem, estima-se que dentre cem milhões de pessoas que se beneficiem dos cuidados fornecidos pelo empreendimento hospices, menos de 8% tem seu acesso garantido. Trazendo essa discussão a âmbito nacional, percebe-se que a falta de regulação legal da prática é imbuída por preconceitos. Porém, o Brasil enfrenta mais obstáculos que ideais pré concebidos (ANCP e Cuidados Paliativos no Brasil, 2018).

O sistema universal de saúde, enfrenta restrição de opióides, sendo essa um processo de cuidado básico dentro desta linha de cuidado, pois oferta alívio ao enfermo em hospices, o desafio de adquirir o fármaco, é devido à tramitação e burocracia dos analgésicos opióides, principalmente a morfina (Blanco Trejo F, Loredó Narciani J. 2016). A irregularidade quanto a relação de aquisição e distribuição dos medicamentos, acarreta um panorama desigual. O sistema público de saúde já é afetado pela burocracia e a dispensa de tempo que isso demanda, ainda lida com a necessidade de ações continuadas de treinamento de equipe e arsenal teórico científico sobre educação quanto a aplicação destes fármacos e quanto a prevenção de desperdícios (FLORIANI, Ciro Augusto, 2013).

Desse modo, fica claro que o movimento *hospices* deve vir a penetrar na forma de organização do cuidado, dentro da linha de cuidado do paciente. Estudos sobre o tema e a posterior aplicação disto, pode vir a esclarecer que é um método que desafoga os hospitais e traz alívio ao paciente. É um método que se torna rentável, pois estimula uma nova área de atuação aos profissionais e investidores, abre espaço para pacientes não terminais em hospitais, e gera uma nova possibilidade de qualidade de vida em toda uma população (SANTIAGO, Laura Castilla Rodríguez e Javier Lera, 2018).

4.1. BINÔMIO COMPARATIVO E QUALITATIVO DE VIDA E MORTE.

4.1.1. Expectativa de vida, indicadores de qualidade de vida e morte uma comparação entre: Reino Unido X Brasil

A princípio *hospices* é uma metodologia de processo de morrer, contudo, quando aplicada integralmente traz resultados durante o ciclo de vida. Os indicadores sobre qualidade de vida, sofrem interferência sobre qualidade de morte, vice e versa. Ambos se relacionam, e contribuem para o espectro integral do viver em sociedade. A dor é um conceito abstrato, cada um, a sente de um modo, mesmo sendo uma constante, ela muitas vezes é invalidada como prioridade, assim como o alívio dela.

O controle da dor é algo indubitável no que trata o cuidado Hospices, sendo o pilar principal da metodologia, entretanto, o cuidado com a população no fim da vida, aborda mais que o alívio de dores. Quando se trabalha sobre hospices, existe uma difusão de conceitos e ideias acadêmicos. Humanização da assistência, qualidade de vida, dignidade, respeito, morte assistida. Enfim, essas bandeiras surgem pela difusão de consenso dos teóricos e pela não regulação do estado, no caso do Brasil, (FLORIANI, Ciro Augusto, 2009).

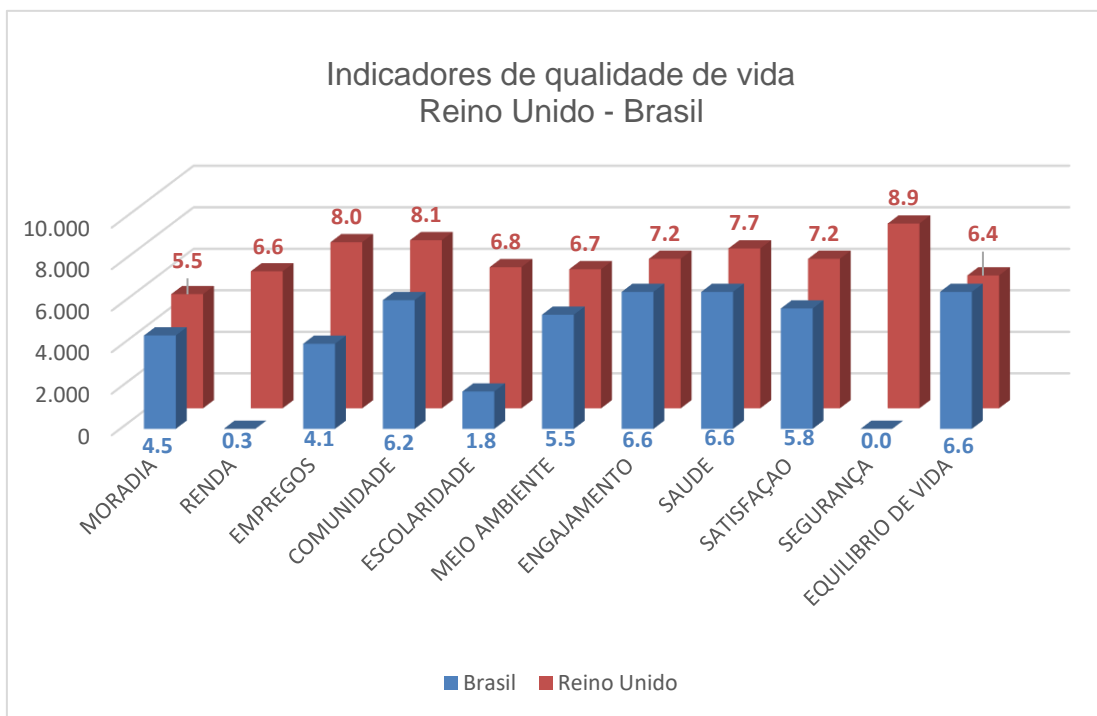
Autores e estudiosos afirmam que todas essas palavras chaves, invariavelmente participaram da construção do ideal de hospices, desde que seja dentro de uma sociedade primária, ou seja, que esteja sendo apresentada como uma novidade, de forma leiga. Faz-se o entendimento de todos os profissionais da saúde e do meio acadêmico, assinalar que estas são etapas do aprendizado, não o cerne da questão. Mas que, a partir do momento que elas servem como identificação de uma teoria única, o significado se perde. Em virtude disso, é possível fazer uma alusão matemática. Onde o cuidado é a união, e cada conceito faz parte de um conjunto ou é o próprio conjunto, onde *hospices* é a intersecção do problema (Moderno movimento hospices, 2013).

Como dito anteriormente, o processo de morrer está ligado a qualidade de vida, mais precisamente aos indicadores de qualidade de vida. Porém, não se discute a respeito dos indicadores de qualidade da morte. Um estudo recente sobre qualidade de morte, um ranking feito pelo The Economist, revista Inglesa, acerta os quesitos sobre a qualidade do processo de morrer em todo o mundo, ranqueando os países. E através deste periódico, conclui-se que, a implementação e integração de políticas públicas mais amplas e profundas, regulamentam o cuidado tanto com o paciente,

quanto ao núcleo de apoio. Produzindo assim resultados proporcionais de ganhos significativos acerca da qualidade da vida humana. Logo, para descrever sobre qualidade do morrer, é preciso entender os méritos de se viver bem (MACÊDO, Jefferson Antônio Lima de Jesus, 2015).

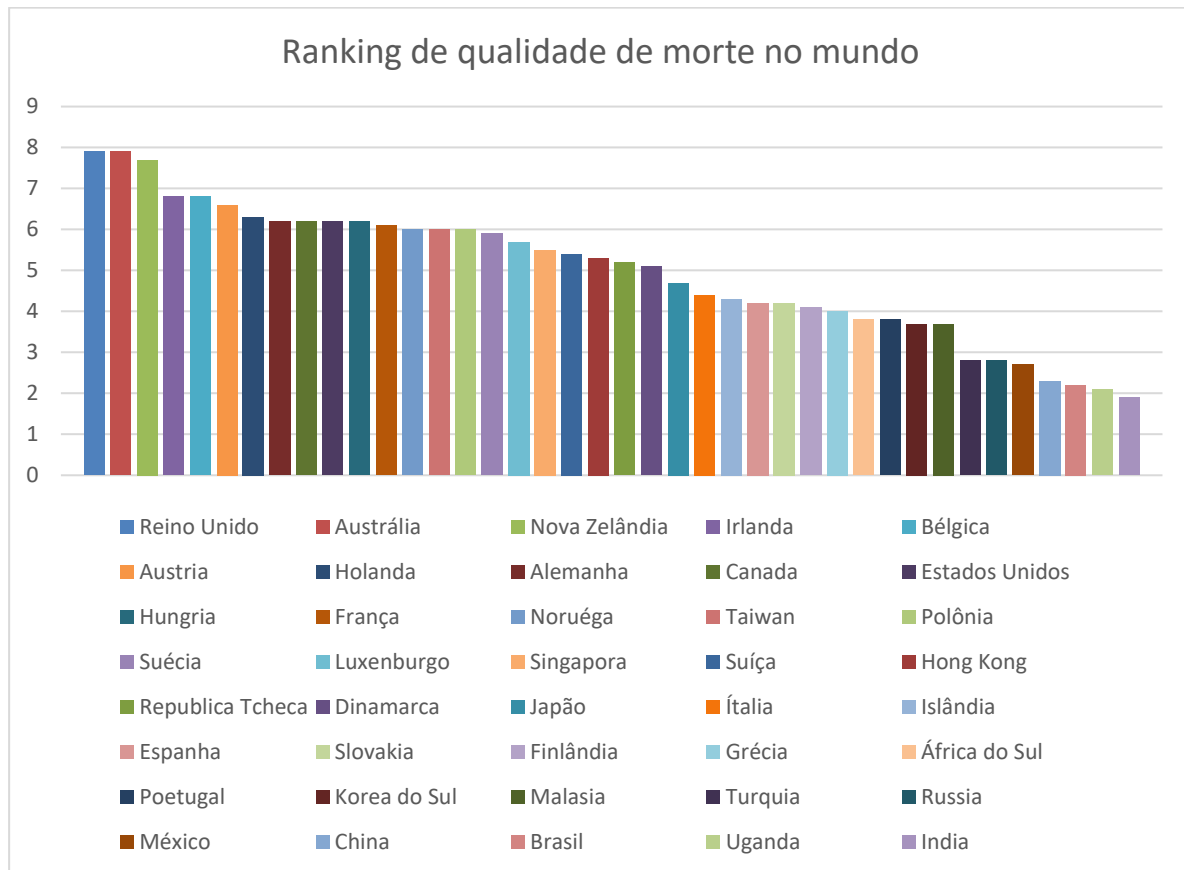
A seguir os gráficos apresentam um comparativo com indicadores de qualidade de vida holístico, entre o Reino Unido e o Brasil. E os indicadores de qualidade de morte entre 40 países, realizado pela revista Inglesa The Economist.

Gráfico 1 - Indicadores de qualidade de vida Reino Unido - Brasil



Fonte: (the quality of death, 2015)

O gráfico conta com onze categorias de indicadores, que são escolhidas de acordo com a filosofia de Maslow, adaptadas pela plataforma da OECD – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico. As informações foram atualizadas em 2015, a comparação é feita através de uma estimativa e algoritmo feito pelos colaboradores. De 0 a 10, quanto equivale a qualidade de cada quesito, comparando o Reino Unido e o Brasil (THE QUALITY OF DEATH, 2015).

Gráfico 2 - Ranking de qualidade de morte no mundo

Fonte: (the quality of death, 2015)

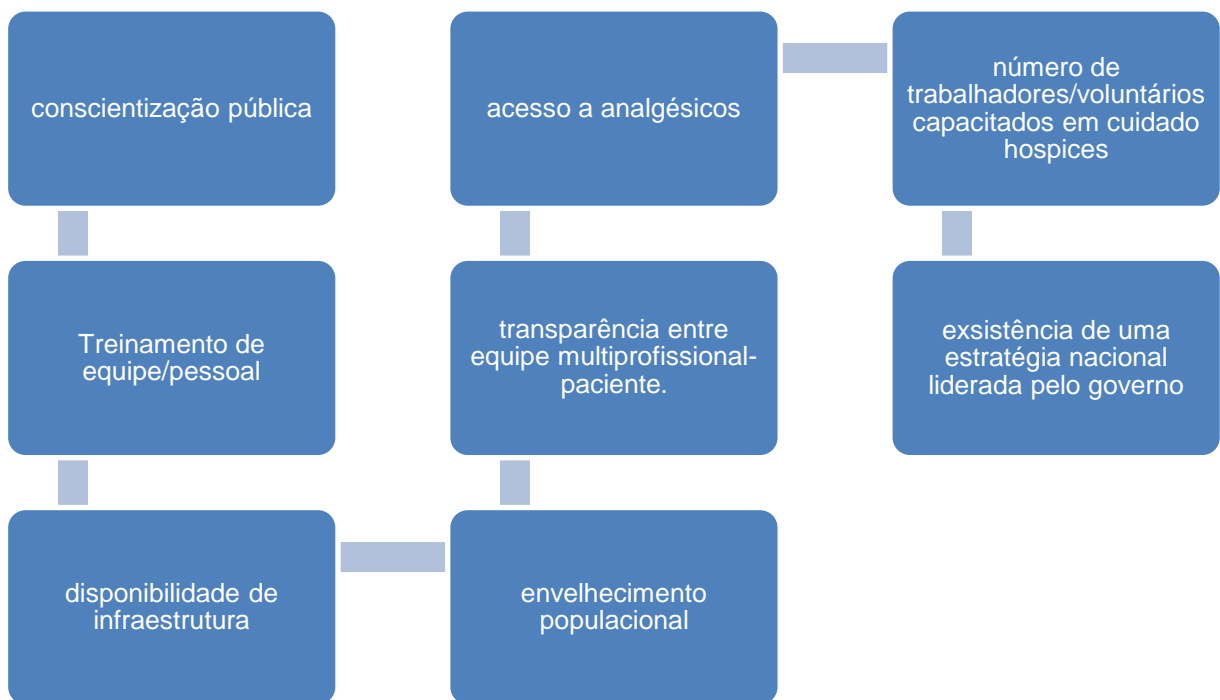
O gráfico acima conta com quarenta países ranquiados de acordo com os indicadores subjacentes. Sendo agragado por categorias e índice geral. As subcategorias são detalhadas na reportagem de The Economist Intelligence Unit. Para criar os indicadores, foi distribuído um score de 0 a 10 nas categorias. Entretanto, este é o índice geral de qualidade de morte. Com a informações atualizadas pela última vez em 2010 (THE QUALITY OF DEATH, 2010).

O Reino Unido tem como título o país que mais desenvolveu os cuidados hospícios, estudiosos levantaram como causa disso o longo período de caridade e instituições filantrópicas como patronos do método. Fazendo com que o cuidado e a qualidade de morte de sua população tenha sido tão desenvolvida. Defensores do cuidado terminal, apontam evidências de que eles podem ser uma alternativa beneficiária de custo em relação ao tratamento curativo e combativo tradicional. Na Espanha houve um estudo sobre o deslocamento entre o, hospital e o domicílio, objetivando que os pacientes que se enquadrem em cuidados *hospícios* pudessem ter

o tratamento em suas próprias casas, assim como o processo de morte. Neste câmbio, obteve-se uma economia de 61% em comparação com a despesa hospitalar registrada.

Dentro do folheto do The Economist, elencou-se os indicadores e os fatores determinantes e condicionantes sobre a qualidade de morte. Os itens foram elencados de acordo com a realidade da assistência nos quarenta países que foram pesquisados. São eles:

Ilustração 2 - Os indicadores e os fatores determinantes e condicionantes sobre a qualidade de morte:



Fonte: (the quality of death, 2010).

O cuidado hospices, por ser oriundo do Reino Unido, não carece de extensa burocracia para aplicação e implementação, uma vez que o conceito de qualidade de morte é bem difundido. Entretanto, o sistema foi revitalizado e adaptável ciclicamente de acordo com as condições e necessidade da população. Dentro do território nacional, há uma discussão sobre a primeira clínica construída e voltada para o cuidado hospices, o que aponta uma deficiência de apuração sobre a etimologia. No que diz respeito ao território brasileiro, a filosofia *hospices* precisou ser aplicada de forma vinculada ao tratamento de doenças terminais (Atlas of Palliative Care in Europe, EAPC, 2013).

Como um país emergente, enquanto o *hospices* tomava palco novamente entre

2006 – 2008 mais uma vez tomava renome no mundo, mais precisamente passava por um processo de revitalização nos países que já haviam *hospices* como referência de cuidados terminais, no Brasil estavam sendo implantados, as ideias precárias feudais européias sobre aquele *hospices* de cunho estritamente religioso, disfarçando a lacuna dos hospitais generalistas da época quanto a imperícia para com estes pacientes terminais (SANTOS, Maria da Conceição, 2018).

Dentro da dinâmica de programa de saúde, o Brasil conta com a esfera mais bem construída do mundo, o SUS. Com a característica do sistema ser descentralizador das ações, por ele mesmas construídas, conta com uma rede de atenção primária de saúde até a terciária, atenção especializada. Cabe também a participação nas três esferas políticas de atuação governamental, como a formulação e implementação das políticas públicas de saúde, sendo controladas pelo ministério da saúde (Ribeiro, 2017).

Desde 1998, o Ministério da Saúde vem atuando de forma sutil quanto a necessidade de estratégias quanto ao cuidado paliativo. É importante dizer que o brasileiro está acostumado ao termo, cuidado paliativo, não que esteja familiarizado com seu significado. Entretanto, quanto a *hospices*, a esmagadora maioria da população se indiferente ao termo. Visto que quando o cuidado nasceu, ele sofreu quanto a necessidade de comunicação entre culturas, quando o termo era traduzido para outras línguas que não o inglês, ele perdia o sentido de *hospices*, e a OMS decidiu padronizar o termo cuidado paliativo. Ledo engano, visto que os poucos estudos atuais mostram a necessidade da aplicação correta do termo, já que eles são oriundos do mesmo lugar, mas que não fazem sinônimos (Almeida, 2000).

A última medida tomada pelo Ministério da Saúde, em âmbito nacional, foi em 2002 com o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos – PNADeCD, foi um importante passo quanto à difusão da prática. Essa medida foi relevante para o processo do moderno movimento *hospices* no Brasil, em virtude da instituição generalizada ao paciente terminal, sem a necessidade da vinculação a um único processo natural da doença, e ainda instaurou centros de referência em tratamento da dor (Machado, D. G. K., Pessini, L. Hossne, S. W, 2007).

Conquanto, a respeito dessas medidas, o Brasil não consegue articular sua rede de assistência nacional no que diz respeito a amparar a população aos cuidados terminais e/ou paliativos. Em contraponto, no Reino Unido em 2006, a concepção da metodologia *hospices* encontrava-se com a existência de 31 unidades *hospices* em

conjunto com hospitais especializados, composto por 248 leitos além do apoio extra-hospitalar 303 centros diurnos. Estima-se que dentro da Europa, há 3,242 leitos, 376 equipes domiciliares de unidades cadastradas hospices, de atendimento adulto e pediátrico (SANTOS, Maria da Conceição, 2018).

A expectativa vida dentro do Reino Unido ao nascer é de 81,5 anos, um ano a mais que a média dos países constituintes da OECD, que é de 80 anos, essa expectativa de vida está atrelada a diversos fatores como, maior gasto por assistência médica pessoal, estilo de vida e, etc. Embora esses não sejam os únicos indicadores. Entretanto, os dados são concomitantes aos indicadores de quantidade e qualidade de vida. As informações que o gráfico mostra é que, *hospices* moderno não está atrelado apenas a kalotanásia e a biofilia, mas também a modelo de vida e de saúde apresentados a uma sociedade, na qual se preocupa com sua qualidade de vida e o de morrer (SANTOS, Maria da Conceição, 2018).

As necessidades humanas estudadas por Maslow edificam o conceito de construção de vida, e ratificam que os indicadores apresentados no gráfico ratificam a filosofia hospices, onde a equipe de enfermagem e a equipe multidisciplinar contribuem em todos os aspectos da vida. É preciso mesmo durante o processo de morrer, que as necessidades sociais, espirituais, psicológicas, físicas e afetivas sejam garantidas ao paciente e a família. A filosofia *hospices* cobre todo o ciclo de vida e morte, e vendo que o gráfico apresenta os indicadores de qualidade de vida, fora a questão do morrer, conseqüentemente diz muito a respeito das condições o Brasil se encontra na assistência dessa população (Machado, D. G. K., Pessini, L. Hossne, S. W, 2007).

Vale ressaltar que muitos são os obstáculos que prendem países emergentes, como no Brasil, a implementação de políticas públicas ainda é algo novo. Mesmo com a atuação do Ministério da saúde, em 2002 com o PNADeCD, é conflituoso quando se coloca pesquisas e artigos sobre o assunto. Os autores atuais afirmam que não há uma política nacional abrangente, no entanto, O Ministério da Saúde criou o programa em 2002. E em apoio a esta tese, em 2017 é criada um projeto de lei n.º 3168/2017 que autoriza o poder executivo estadual a implantar ou criar *hospices* para pacientes terminais no Rio de Janeiro (FLORIANI, Ciro Augusto, 2009).

5.1. A ENFERMAGEM EM HOSPICES

5.1.1. Enfermeiros na linha de atuação em hospices

Quando se fala em metodologia *hospices* ou até mesmo linha de cuidado no Brasil, é uma situação ou muito específica, ou uma versão generalizada, euro centrista. Visto que, no Brasil, pacientes oncológicos têm suas linhas de cuidados e redes de assistência muito bem definidas de acordo com o princípio de descentralização de integralização (Floriani, C. A. 2009).

Entretanto, quando se fala de relacionar o profissional de enfermagem ao trabalho de *hospices* as noções de assistência ficam dispersas. E dentro dessa questão, a enfermagem possui as ferramentas que manejam e organizam a assistência, os instrumentos da enfermagem. Instrumentos de avaliação, observação, aplicação de conhecimentos científicos entre outros, podem ser utilizados na linha de cuidado em uma instituição *hospices* Brasileira (CAVALCANTI, Ítalo Marques da Cunha et al., 2019).

Avaliar, constatar e aliviar a dor é o lema de clínicas *hospices* e de sua equipe multidisciplinar. Dentro da situação real Brasileira é possível confirmar que o cuidado com o paciente que possui um prognóstico fechado, é reafirmado através do cuidado paliativo, que em sua maioria é validado em hospitais especializados (Farias, 2018).

Juntamente a essa abordagem, quando um paciente passa a ser considerado com um paciente terminal, na teoria, a conduta médica curativa, envereda pela reafirmação da vida e a morte como um processo natural. Entretanto, mesmo a distanásia sendo uma prática comum e primária de países emergentes, é preciso comentar sobre o critério de inclusão sobre a linha de cuidado de pacientes *hospices* (De Meireles, 2020).

Como já citado, uns dos muitos benefícios de metodologia *hospices*, é há uma linha dorsal a ser seguida, mas há a possibilidade de ramificações de protocolos que podem ser personalizados de acordo com os dogmas de cada instituição. Mas, como para citar alguns indicadores e critérios institucionalizados para organizar e otimizar a

equipe e a instituição (De Almeida, 2018):

Quadro 1 – Critérios de elegibilidade

Critérios e indicadores para elegibilidade de pacientes para cuidados <i>hospices</i> e/ou paliativo
Doença progressiva, incurável e avançada
Poucas possibilidades de resposta às terapêuticas curativas ou quando as complicações decorrentes
Evolução clínica oscilante, caracterizada pelo surgimento de muitas crises
Grande impacto emocional ou social para o paciente e para família, relacionada à proximidade da morte
Prognóstico de vida fechado
Necessidade de adequação terapêutica ou de adequação clínica
Internação longa sem evidencia de melhora
Quando o paciente porta doença crônica e progressiva e preferir não ser submetido a tratamento pautado em distanásia.

Fonte: Ikeda, 2017.

Essa ficha técnica é como a linha de rascunho das instituições, ela deve ser usada como base, porém cada equipe especializada no cuidado *hospices* e cuidado paliativo, tem por base, saber que o cuidado deve ser de alívio, respeito e conforto. E que o tratamento, do núcleo familiar + equipe de saúde, deve ser prescrito de forma conjunta. E é nesse aspecto que o enfermeiro trabalha nas clínicas e nos atendimento tipo *hospices* (Ikeda, 2017).

O enfermeiro dentro da trajetória do cuidado *hospices*, além de estar presente como membro protagonista da equipe interdisciplinar, ele passa a trabalhar como advogado do paciente. Buscando sempre a melhor maneira de resolver a situação apresentada, é o profissional mais próximo ao paciente. Em muitos casos passa a ser um elo entre o paciente e a demais equipe (Markus, 2017).

Como já comentado, a esquematização da assistência integral do paciente e da família, desde a confirmação da necessidade do cuidado *hospices* até o luto, devem ser respeitados. A fase terminal, é assumida por psicólogos e/ou assistentes sociais, porém, quando há um elo entre alguns profissionais que não sejam esses, faz-se a necessidade do acompanhamento de todos os profissionais que a equipe julgue necessário, na fase de luto (De Carvalho, 2017).

Quadro 2 – Ferramentas de avaliação, para eleger o critérios de elegibilidade

Ferramentas de avaliação	Critério 1	Critério 2	Critério3	Critério 4
Critérios de elegibilidade	Progressão da doença	Busca por novas alternativas de tratamento de alívio	Núcleo familiar + paciente	Prognóstico fechado
Filosofia <i>hospices</i>	Núcleo familiar + paciente	Cuidado holístico	Atendimento integral e disponível 24/7	Processo de luto
Indicadores de qualidade de vida	Filosofia Maslow	Perspectiva e impacto	Políticas públicas vigentes	-----
Palliative Performance – PPS	Critério de avaliação da intuição	Autocuidado	Ingesta	Nível de consciência
Escala de Karnofsky – KPS Escala de ECOG	Escala de capacidade	Pacientes oncológicos	Doenças crônicas	—
Parâmetros tradicionais	Anamnese + exames físicos e complementares	História natural da doença	Sintomatologia	Prognóstico.
Plano de cuidado	Alívio da dor	Acompanhamento individualizado e variável	Comunicação entre a equipe multidisciplinar	Estratificação

Fonte: (MACIEL, 2009)

Sobre as avaliações e classificações específicas, como PPS, KPS e ECOG, que são colocadas como avaliações funcionais, tem como finalidade a observação do quadro do paciente, dia a dia. Quando se tem informações, quadro a quadro sobre a evolução e/ou involução do paciente, agiliza a quanto a tomada de decisão dos profissionais de saúde, sobre os ajustes quanto à avaliação e o alívio de dores, e a constatação da ortotanásia. Após os ajustes necessários, e ao começo da implementação de cuidados da enfermagem, feita em conjunto com a equipe multidisciplinar, dá início a estratificação de cuidado. Que é a colocação em pontos desse paciente, em cada etapa de avaliação estratégica de cuidados *hospices* (Pedroso, 2017).

A vista disso, a objetividade da equipe multidisciplinar expressa funcionalidade de todo esquema hospices, sendo o paciente assistido em ambiente clínico ou domiciliar. Aquém da equipe, de forma, subjetiva enfermagem está sempre muito envolvida com todos os preparos e métodos de cuidado, mesmo que não muito representada. É pelo enfermeiro que o laço de confiança é formado, e quando não, é pela enfermagem que é estreitado, o enfermeiro que trabalha com hospices, ele está aquém de um funcionário de escala, ele passa a ser referência do ambiente terapêutico (De Meireles, 2020).

5.1.2. Enfrentamento do profissional generalista em relação à profissional capacitados

Mesmo que o enfermeiro esteja em seu cotidiano, enfrentando situações de morrer e mortes, os profissionais têm imensa dificuldade em encarar esse processo como natural do homem. Sendo esse um aspecto multifatorial, como, influência histórica, mercado de trabalho, sensação de fracasso terapêutico, cobranças do setor de saúde. Enfim, não há uma relação direta, dentro da linha de cuidado, com a terapêutica pelo esforço da cura (generalista), com a linha de cuidados ao paciente terminal (Bellato, Roseney et. Al, 2007).

As empresas, definem um profissional por titulação, uma checagem fria curricular, e experiência é um fator determinante. Haja visto o nível de perícia que se faz necessário, entretanto, o meio capital e a necessidade de praticidade e resultados em forma de números, fez com que os indivíduos se comportem de maneira mais técnica possível (ALVES, Railda Sabino Fernandes et al, 2019).

Estudos feitos sobre o preparo do profissional ao enfrentamento de situações com pacientes terminais, tendo como aplicação e sistematização da linha de cuidado de um paciente com prognóstico fechado, revela que os profissionais, quando treinados, são de forma rápida e superficial durante a academia. Entretanto, isto tem se mostrado um tanto ineficaz, a fragmentação do cuidado decorre do processo de modernização clínica, quando em contrapartida, o movimento Hospices, engloba o terapêutico/assistencial, de forma que o indivíduo seja tratado de forma holística. Quando o cuidado não é apenas paltado em quantidade de vida, e sim, de qualidade de vida (Floriani, C. A. 2009).

Essa lacuna no currículo acadêmico transmite toda a parcialidade de um profissional. Ele sai treinado em terapêutica pelo esforço, praticando distanásia.

Quando conceitos de conforto, transparência e dignidade não são absorvidos. Essa é uma reflexão regionalizada, tanto por um país extremamente religioso, onde falar-se morte é mau agouro, quanto há claramente uma fenda dentro do currículo padronizados nos cursos de enfermagem (SILVA, Marcelle Miranda da et al, 2015).

Dentro da literatura Brasileira não há um consenso de como um enfermeiro se torna apto para lidar com a especificidade da morte. Dentro de um dos poucos estudos brasileiros feitos acerca do tema, de 10 autores, 7 chegam a conclusão de que o enfermeiro deve portar uma assistência holística e efetiva. Visto que pacientes em processo de morrer, estão em sua maioria situados em centro de unidades intensivas de cuidado, e este é um território muito populado pela enfermagem. Estes textos relatam que o enfermeiro deve executar um “cuidar humanizado”, enquanto para outros 2 autores, requerem que estes enfermeiro que está diretamente ligado a essa linha de cuidado ao paciente terminal, deveria ser devidamente capacitado (MANZAN, Giwliarda Fernandes et Al, 2018).

É fato que os 10 autores concordam que este paciente deve ser assistido com todo o manejo requerido, entretanto, o processo de morrer mesmo que natural, ele é uma especificidade. Ele é um fator de adoecimento para o núcleo familiar, e muitos enfermeiros irão obter essa expertise ao longo de suas carreiras e experiências trabalhistas (MANZAN, Giwliarda Fernandes et Al, 2018).

A falta de coesão de conceitos e práticas acerca do tema, denota, que a enfermagem, assim como toda junta de funcionários da saúde que permanecem generalistas e/ou sem nenhuma capacitação sobre abordagem ao processo de morrer, está atrasada perante o cenário europeu. Um enfermeiro especialista em cuidados paliativos, consegue tratar toda a célula familiar, essas pessoas serão assistidas, respeitadas e confortadas pela equipe multidisciplinar, dentro de uma utopia perfeita (SARTORI, Aline; BATTISTEL, Amara Lúcia Holanda Tavares, 2017).

Infelizmente o enfermeiro quando abandona o leito acadêmico, vê o paciente como uma meta. Mesmo que hoje o termo “cuidado humanizado” tenha surgido como forma de amenizar uma ferida escancarada no sistema de saúde Brasileiro, ele não faz muito mais que realmente amenizar. Haja visto que este mesmo estudo caracteriza que uma grande parcela da comunidade da enfermagem enxerga a morte de um paciente como um erro inadmissível, o cuidado humanizado tem sido usado como cheque verde, para os grandes centro de procedimentos clínicos, cirúrgicos e paliativos permanecem usando a distânasia como modus operandi (Oliveira-Cardoso,

Érika Arantes e Santos, Manoel Antônio dos Santos, 2017).

Recapitulando, o *hospices* foi uma instituição criada para lidar com usuários em processo de morte, quando a morte é um aspecto palpável e certo, e é nesse aspecto que diferencia-se o cuidado paliativo, que é a assistência proposta a pacientes cuja doença ameaça sua vida e/ou qualidade de vida. O cuidado paliativo, foi atrelado ao cuidado humanizado, mas ele só promove interferência quando o paciente está *in loco* (JOSÉ, Priscilla Curti, 2019).

A premissa do cuidado paliativo, é a de prevenir e aliviar o sofrimento através da identificação precoce, em sua filosofia de aplicabilidade ele deve ser uma ferramenta de base dentro do sistema de saúde pública. Porém, ele serve de alavanca em centros terciários, como é no caso de pacientes oncológicos. Já o hospices, sofrem de um apagamento crítico e histórico no Brasil. O *hospices* foi um movimento muito promissor na Europa, o centro de referência a instituições terminais está situada em Londres (FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland, 2010).

A historicidade nativa brasileira começa por volta dos anos 70, de forma isolada e sem engajamento. O profissional de enfermagem pode aprender a ser especialista em cuidado paliativo, é relevante, entretanto o profissional da saúde, precisa saber tratar a morte, o luto, a dor física e emocional de quem permanece em vida, precisa entender que precisa haver transparência na morte de um paciente, por que é inerente e sem remediação do ser humano (MANZAN, Giwliarda Fernandes et Al, 2018).

Os ciclos sociais são explicados pela sociologia e pela filosofia, e a morte é pauta de conversa há muito tempo. O ideal de Ariès corrobora com as transformações e compreensões que o processo de morrer sofreu com os séculos. Assim, como os profissionais que a cercam (SARTORI, Aline; BATTISTEL, Tavares, 2017). Diversos autores, como Brêtas, Oliveira e Yamaguti, afirmam que não há uma disciplina curricular que trate do assunto de forma não defensiva e biologicista, o que evidencia diretamente a precariedade na formação de profissionais de saúde Brasileiros (BRÊTAS, J. R. S.; OLIVEIRA, J. R.; YAMAGUTI, L, 2006).

CONCLUSÃO

À guisa de conclusão, o processo de cuidar passou por muitas transmutações ao longo das eras, junto ao processo de enfermagem ciência. Denota-se que cuidados em hospices, é um termo antigo na civilização, entretanto, ele tomou muitas formas e através da ciclicidade das gerações ele novamente é apresentado a sociedade.

A morte é um tabu na comunidade, seja ela por ser desagradável ou por ser uma incógnita. O padrão social mudou em muitos sentidos, porém, em quesito de processo de morrer o olhar de tabu ocidental, persiste. Mesmo que, na Europa, a morte seja vista como uma necessidade de cuidado, e seja o maior exemplo de bioéticas e regulamentos acerca do cuidado terminal, o Brasil, assim como outros países ocidentais, não sentem a necessidade de abordar o problema.

A morte dentro do ambiente acadêmico é subjetiva e superficial, não existem mecanismos de aprendizado sobre o processo de morrer de um paciente ou um procedimento operacional padrão sobre o quadro de terminalidade do paciente e de seu núcleo familiar. O que há dentro da academia é uma breve fundamentação sob o termo de “humanização do cuidado”. Não é exatamente uma ferramenta que pode ser utilizada dentro do serviço. Uma vez que o princípio de humanização do cuidado serve para desengessar o sistema de assistência, mas que quando se trata do cuidado terminal, não produz ferramentas, ou gera capacidade para o enfermeiro ao lidar diretamente com o processo de morrer.

O medo da finitude do tempo cega o profissional para o núcleo familiar. A equipe de saúde lida com os clientes como metas, e sua metodologia sempre é a distanásia dentro dos ambientes hospitalares/clínicos, visto que, a academia nacional não prevê, assim como o estado, uma linha de cuidado ao paciente em cuidados hospices. Posteriormente, esse profissional recém formado alavanca no mercado profissional, e quando a morte é um embate real e cotidiano, esse profissional aplica dois mecanismos de ação, o profissional faz o básico e passa a normalizar situações de dor e injustiças ou acaba se tornando um receptáculo de frustração e praticador de distanásia.

A realidade descrita é ainda mais sensível quando coloca-se a ferramenta comparativa, Reino Unido – Brasil. Conforme descrito, o Brasil enfrenta multifatores adversos em relação a linha de cuidados *hospices* comparado ao Reino Unido, uma

vez que o cuidado e a instituição propriamente ditas não se encontram no país. É fato que existem parques executores da metodologia e filosofia *hospices* no Brasil, mas, ainda há um longo caminho acadêmico, governamental e social. A ideia de que, qualidade de vida e qualidade de morte são medidas inversamente proporcionais, é um trabalho integral das esferas de saúde, educação e econômica, uma vez que todas estão ligadas.

Enfim, as linhas de cuidado do paciente em processo de morte, entre o binômio Reino Unido e Brasil, mostra-se que o país europeu além de ser referência na especialidade do cuidado, mostra-se muito atualizado com as necessidades da população. O Reino Unido consegue produzir índice de qualidade de morte, sendo este um dos indicadores para qualidade de vida, produzindo assim um nicho exclusivo dentro da saúde, um processo de morte seguro. Ao contrário do Brasil, que ainda teoricamente encontra dificuldade até mesmo dentro da academia ao formar profissionais não capacitados para lidar com a morte.

REFERÊNCIAS

ALVES, Railda Fernandes et al. **Saberes e práticas sobre cuidados paliativos segundo psicólogos atuantes em hospitais públicos**. *Psicologia, Saúde e Doenças*, v. 15, n. 1, p. 78-96, 2014.

ALVES, Railda Sabino Fernandes et al. **Cuidados paliativos: alternativa para o cuidado essencial no fim da vida**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 39, 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932019000100130&lng=en&nrm=iso>. Access on 23 Nov. 2020. Epub July 29, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003185734>.

ANCP. **Manual de Cuidados Paliativos**: academia nacional de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 338 p.

ARIÈS, Philippe. **O homem diante da morte**. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1982.

Barbi, M. Z. (2011). **A inserção dos cuidados paliativos no sistema único de saúde (SUS)** (Trabalho de conclusão de curso). 4 Estações Instituto de Psicologia, São Paulo, SP, Brasil.

BELLATO, Rosenev et al. **A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem**. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, p. 255-263, 2007.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. **Humanização na saúde: um novo modismo?** *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, . 2005.

BORGES, Moema da Silva. **Mel com Fel**: representações sociais da enfermagem e suas implicações para a cidadania. 2000. 140 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Ciências da Saúde, Unb, Brasília, 2000. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/lil-296246>. Acesso em: 05 set. 2020.

BRÊTAS, José Roberto da Silva; OLIVEIRA, José Rodrigo de; YAMAGUTI, Lie. **Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 40, p. 477-483, 2006.

Buck, Joy. (2013). **Transitions and Missed Opportunities in Rural Advanced Illness (SA527-C)**. *Journal of Pain and Symptom Management*. 45. 412. 10.1016/j.jpainsymman.2012.10.274.

CAVALCANTI, Ítalo Marques da Cunha et al. **Princípios dos cuidados paliativos em terapia intensiva na perspectiva dos enfermeiros**. *Rev Cuid, Bucaramanga*, v. 10, n. 1, e555, Apr. 2019. Available from

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000100201&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Nov. 2020. Epub Nov 04, 2019. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.555>.

Collière MF. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Printipo Indústrias Gráficas; 1989.

D'AVILA, Roberto Luiz; RIBEIRO, Diaulas Costa. **A terminalidade da vida: uma análise contextualizada da Resolução CFM nº 1.805/06**. Conflitos bioéticos do viver e do morrer, p. 187, 2011.

DE ALMEIDA, Hélen Rimet Alves; DE FREITAS MELO, Cynthia. **Práticas de ortotanásia e cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal: uma revisão sistemática da literatura**. Enfermería Global, v. 17, n. 3, p. 529-574, 2018.

DE CARVALHO, Felipe Mendes de Andrade et al. **Atuação do Enfermeiro na Assistência ao Paciente em Fase Terminal**. In: Congresso Internacional de Enfermagem. 2017.

DE MEIRELES, Danielle Silva et al. **Assistência de enfermagem ao idoso em cuidados paliativos: um relato de experiência**. Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 6, p. 40854-40867, 2020.

DE SOUSA, Ana Maria Viola; MARQUETTE, Felipe Rotta. **Envelhecimento da população brasileira: avanço legislativo e o compromisso social**. Revista Univap, v. 24, n. 45, p. 34-47, 2018.

DE SOUZA QUEIROZ, Licia Laura Craveiro; BUENO, Newton Paulo. **Impact of population aging on the economic growth rate: analysis among groups of countries members of the ECLAC and OECD**. Revista Gestão & Tecnologia, v. 20, n. 2, p. 7-27, 2020.

FARIAS, Nadjanine Galindo de Freitas et al. **O direito humano aos cuidados paliativos: um estudo do alcance social da Resolução nº 41/CIT/MS de 2018 a partir da perspectiva da Ecosaúde**. 2020.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. **O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 5, p. 33-38, 2000.

FLORIANI, Ciro Augusto et al. **Moderno movimento hospice: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte**. 2009. Tese de Doutorado.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. **“Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades”**. In: Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro (2011). Disponível em: . Acesso em: 05 set. 2020.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. **Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospices modernos**. Hist. cienc. saude-

Manguinhos , Rio de Janeiro, v. 17, supl. 1, pág. 165-180, julho de 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000500010&lng=en&nrm=iso>. acesso em 12 de setembro de 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702010000500010> .

GEOVANINI, Telma *et al.* **História da Enfermagem**:: versões e interpretações. 4. ed. Rio de Janeiro: Thieme Reinventer Publicações, 2019. 750 p. Disponível em:https://books.google.com.br/books/about/Hist%C3%B3ria_da_Enfermagem.html?id=RZh9DwAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 09 set. 2020.

GONÇALVES, Alda Martins. **ASSISTIR/CUIDAR NA ENFERMAGEM**. Reme, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 2-7, jan./jun. 1998. Semestral. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/v2n1a02.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. In: **Processo de enfermagem**. 1979. p. 99-99.

IKEDA, Leandro et al. **Dificuldades de uma equipe de enfermagem para prestar cuidados paliativos**. CIAIQ 2017, v. 2, 2017.

JOSÉ, Priscilla Curti. O Testamento Vital: **direitos do paciente e os cuidados paliativos**. Revista Fronteiras Interdisciplinares do Direito, v. 1, n. 1, p. 138-151, 2019.

LEININGER, Madeleine. **Transcultural Nursing: concepts, theories and practice**. New York: John Wiley, 1978. p. 7-120.

MACHADO, Karina DG; PESSINI, Leo; HOSSNE, William S. **A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética**. Bioethikos [Internet], v. 1, n. 1, p. 34-42, 2007.

MACIEL, Maria Goretti Sales. **A Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos versão 2**. Canada: Edcp, 2009. Translation by Maria Goretti Sales Maciel and Ricardo Tavares de Carvalho. Disponível em: https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/pps_-_portuguese_brazilian_-_sample.pdf. Acesso em: 25 nov. 2019.

MANZAN, Giwliarda Fernandes; DELLA GIUSTINA, Flávia Pinheiro. **A evolução dos cuidados do enfermeiro com o paciente em fase terminal em duas décadas no Brasil**. Revista de Enfermagem da FACIPLAC, v. 2, n. 2, 2018.

MARKUS, Lucimara Andréia et al. **A atuação do enfermeiro na assistência ao paciente em cuidados paliativos**. Rev. Gestão E Saúde. Disponível Em:< <Http://Www.Herrero.Com.Br/Files/Revista/File808a997f5fc0c522425922dc99ca39b7>. Pdf, 2017.

Melo C. Divisão social do trabalho em enfermagem. São Paulo: Cortez; 1986: 94

OLIVEIRA-CARDOSO, Érika Arantes e Santos, Manoel Antônio dos santos. Grupo de **Educação para a Morte**: uma Estratégia Complementar à Formação Acadêmica do Profissional de Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2017, v. 37, n. 2 [Acessado 15 Junho 2021] , pp. 500-514. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703002792015>>. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002792015>

PARADELLA, Rodrigo. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 09 set. 2020.

PEDROSO, Andressa Cooper et al. **Atuação da enfermagem em cuidados paliativos: revisão narrativa**. 2017.

REZENDE, Ana Lúcia Magela de. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. In: **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. 1986. p. 159-159.

RIBEIRO, Robson. **Adequação do Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica do Reino Unido (NICE) ao Sistema Único de Saúde (SUS): resposta à judicialização das políticas públicas de medicamentos de alto custo**. 2017. Tese de Doutorado.

SARTORI, Aline; BATTISTEL, Amara Lúcia Holanda Tavares. **A abordagem da morte na formação de profissionais e acadêmicos da enfermagem, medicina e terapia ocupacional/Approaching death in the training of nursing, medicine and occupational therapy professionals**. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 25, n. 3, 2017.

SILVA, Marcelle Miranda da et al . **Visitando hospices na Alemanha e no Reino Unido na perspectiva dos cuidados paliativos**. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 369-375, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000200369&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Nov. 2020. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150051>.

THE QUALITY OF DEATH. **Mundial: Lien Foundation**, 2010. Disponível em: http://www.eiu.com/site_info.asp?info_name=qualityofdeath_lienfoundation&page=noads. Acesso em: 24 jul. 2020.

WALDOW, Vera Regina et al. **Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola ea prática profissional**, p. 7-30, 1995.

ANEXO:



RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO

DISCENTE: Juliana Alves Simplicio

CURSO: Enfermagem

DATA DE ANÁLISE: 11.11.2021

RESULTADO DA ANÁLISE

Estatísticas

Suspeitas na Internet: **6,35%**

Percentual do texto com expressões localizadas na internet

Suspeitas confirmadas: **0,57%**

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados

Texto analisado: **92,13%**

Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).

Sucesso da análise: **100%**

Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

Analisado por Plagius - Detector de

Plágio 2.7.1 quinta-feira, 11 de

novembro de 2021 14:31

PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho da discente **JULIANA ALVES SIMPLICIO,**

n. de matrícula **28251**, do curso de Enfermagem, foi aprovado na verificação de plágio, com porcentagem conferida em 6,35%. Devendo a aluna fazer as correções necessárias.

(assinado eletronicamente)

HERTA MARIA DE AÇUCENA DO N. SOEIRO

Bibliotecária CRB 1114/11

Biblioteca Júlio Bordignon

Faculdade de Educação e Meio

Ambiente

Assinado digitalmente por: Herta Maria de
Acucena do Nascimento Soeiro
Razão: Faculdade de Educação e Meio
Ambiente - FAEMA
O tempo: 16-11-2021 21:16:03