Revista de Enfermagem UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

ARTIGO ANÁLISE REFLEXIVA

(DES)CUIDADO NA TERMINALIDADE, CUIDADOS PALIATIVOS E A NECESSÁRIA REFORMA DO PENSAMENTO

(LACK OF) CARE IN TERMINALITY, PALIATIVE CARE AND THE NECESSARY REFORM OF THOUGHT

(DES) CUIDADO EM LA TERMINALIDAD, CUIDADOS PALIATIVOS Y LA REFORMA DEL PENSAMIENTO NECESARIA

Karen Knopp de Carvalho[1], Valéria Lerch Lunardi[2], Priscila Arruda da Silva[3], Tânia Cristina Schäfer Vasques[4], Simone Coelho Amestoy[5]

RESUMO

Objetivo: defender que para a formação dos profissionais de saúde em cuidados paliativos e para o cuidado no processo de morte e morrer, mostra-se necessário repensar a formação dos profissionais da saúde, em uma perspectiva de reforma do pensamento, a partir do pensamento complexo de Morin. ***Método***: estudo reflexivo-teórico. Inicialmente, enfoca-se a formação dos profissionais de saúde, em especial de enfermeiros, e o ensino do processo de morte/morrer, finalizando-se com a perspectiva da formação para o cuidado na terminalidade, mediante uma reforma do pensamento, a partir do pensamento complexo. ***Conclusão***: o estudo ressalta que a reforma do pensamento para o cuidado na terminalidade requer, para além do conhecimento teórico, autorreflexão, sensibilização, envolvimento das emoções e dos múltiplos sentidos, que possibilitem contato com experiências, pensamentos e vivências, muitas vezes reprimidos, permitindo-se rupturas para a construção de novos conhecimentos. ***Descritores***: Educação em Enfermagem; Enfermagem; Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

Objective: to justify that for the training of health professionals in palliative care and for the care in the process of death and dying there is need to rethink the training of health professionals, with a view to reform of thought, from Morin's complex thought. ***Method:*** reflective-theoretical study. It initially focused on the training of health professionals, especially nurses, and teaching the process of death / dying, ending with the prospect of training for care in end-stage illness, by a reform of thought, from the complex thought. ***Conclusion:*** this study shows that the reform of thought for care in end-stage illness requires, in addition to theoretical knowledge, self-reflection, awareness, involvement of emotions and of multiple meanings, enabling contact experiences, thoughts and experiences, often repressed, allowing disruptions to the construction of new knowledge. Descriptors: Nursing Education; Nursing; Palliative care. ***Descriptors:*** Education in Nursing; Nursing; Palliative Care.

RESUMEN

Objetivo: defender que para la formación de los profesionales de salud en cuidados paliativos y para el cuidado en el proceso de muerte y morir, se muestra necesario repensar la formación de los profesionales de la salud, en una perspectiva de reforma del pensamiento, a partir del pensamiento complejo de Morin. ***Método***: estudio reflexivo-teórico. Inicialmente, se enfoca la formación de los profesionales de salud, en especial de enfermeros, y la enseñanza del proceso de muerte/morir, finalizándose con la perspectiva de la formación para el cuidado en la terminalidad, mediante una reforma del pensamiento, a partir del pensamiento complejo. ***Conclusión***: el estudio resalta que la reforma del pensamiento para el cuidado en la terminalidad requiere, además del conocimiento teórico, autorreflexión, sensibilización, envolvimiento de las emociones y de los múltiples sentidos, que posibiliten contacto con experiencias, pensamientos y vivencias, muchas veces reprimidos, permitiéndose rupturas para la construcción de nuevos conocimientos. ***Descriptores:*** Educación en Enfermería; Enfermería; Cuidados Paliativos.

[1]Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Universidade Católica de Pelotas, Universidade Católica de Pelotas/UCPEL. Pelotas (RS), Brasil. Brasil. E-mail: knoppcarvalho@hotmail.com; [2]Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande/PPGENF/FURG. Rio Grande (RS), Brasil. E-mail: vlunardi@terra.com.br; [3]Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande/PPGENF/FURG. Rio Grande (RS), Brasil. E-mail: patitaarruda@yahoo.com.br; [4]Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande/PPGENF/FURG. Rio Grande (RS), Brasil. E-mail: taniacristina9@yahoo.com.br; [5]Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas/EENF/UFPEL. Pelotas (RS), Brasil. E-mail: simoneamestoy@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Dados demográficos evidenciam que a população brasileira está envelhecendo devido à significativa redução da taxa de fecundidade e ao aumento da longevidade dos brasileiros. Esse processo aconteceu de forma rápida, não ocorrendo uma reorganização da sociedade como um todo, assim como da área da saúde, para atender às novas demandas emergentes.[1] Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2013, a expectativa de vida ao nascer era de 74,9 anos, representando um aumento de 26 anos desde a década de 1960. Ainda, estima-se que, em 2050, o percentual de pessoas acima de 60 anos corresponderá a 30% da população do país.[2]

A maior longevidade da população vem modificando o perfil epidemiológico do país com o aumento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, tais como doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes, câncer e demência.[3-4] Muitas dessas doenças ocorrem simultaneamente entre os idosos, que enfrentam, frequentemente, vários problemas de saúde e deficiências. No último ano de suas vidas, comumente, surgem sintomas como dor, anorexia, depressão, constipação, confusão mental, insônia e dificuldades no controle urinário e intestinal. Além do envelhecimento populacional, vem ocorrendo, de modo significativo, o aumento da incidência de câncer e da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Essas doenças, no decorrer de seu desenvolvimento, também ocasionam aos indivíduos vários problemas de saúde e deficiências.[3]

Perante a maior longevidade e a ocorrência de doenças limitantes, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera os cuidados paliativos (CP) como a quarta diretriz estabelecida para o tratamento do câncer, associada à sua prevenção, diagnóstico e tratamento. Recomenda, também, que os CP sejam uma estratégia de ação em sistemas nacionais de saúde, estendendo-se para as diversas áreas do conhecimento, como pediatria, geriatria, HIV/AIDS, doenças crônicas, entre outras, a fim de atender às complexas necessidades desses doentes.[3,5]

Esses cuidados podem e devem ser oferecidos no curso de qualquer doença crônica potencialmente fatal, de modo a garantir uma abordagem que melhore a qualidade de vida de pacientes e suas famílias, na presença de problemas associados que ameaçam a vida, mediante prevenção e alívio de sofrimento, pela detecção precoce e tratamento da dor ou de outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, estendendo-se, inclusive, à fase de luto.[3-4,5]

Nessa perspectiva, os doentes que requerem CP caracterizam uma problemática de enorme impacto social e de importância crescente em termos de saúde pública. No país, ainda não há uma estrutura de CP adequada às demandas existentes, tanto do ponto de vista quantitativo quanto do qualitativo.[7]

O Observatório Internacional sobre Cuidados de Final da Vida (IOELC) apresentou, em 2006, um mapa da situação dos CP no mundo com a categorização de hospices e CP desenvolvidos nos países a fim de facilitar uma comparação internacional. O estudo demonstrou que o Brasil apresentava um serviço para 13.315.000 habitantes e, assim como outros países em desenvolvimento, possuía serviços isolados de CP.[8]

Em 2010, em pesquisa realizada pela consultoria Economist Intelligence Unit da Grã-Bretanha, o Brasil ficou em 38º lugar no *ranking* realizado entre 40 países, na avaliação da qualidade da morte. Os itens avaliados envolviam a qualidade e a disponibilidade de CP, as políticas sobre como lidar com a morte, bem como a conscientização pública sobre serviços e tratamentos disponíveis a pessoas no fim da vida.[9]

Dentre as dificuldades para utilização dos CP, no Brasil, está a forma como os profissionais da saúde compreendem o processo de saúde-doença, a morte e o morrer.[10-2] O progresso técnico científico da saúde não só aumentou a esperança de viver mais e melhor, como também gerou situações difíceis e complexas com relação ao final de vida. A ciência prioriza a busca da saúde e da cura, entendendo a morte como falha e derrota. Assim, nas doenças com desenvolvimento lento e com mau prognóstico, o tratamento pode ser mais sofrido do que a doença, podendo ocorrer condutas obstinadas que se caracterizam pela continuidade de tratamentos de cura, mesmo quando esta não é mais possível, levando a uma morte medicamente lenta e prolongada, acompanhada de sofrimento.[13-14]

Nessa perspectiva, ao se estudar a obstinação terapêutica na perspectiva das enfermeiras, buscando compreender como essas profissionais, em uma UTI, enfrentavam a implementação de medidas terapêuticas que identificavam como fúteis, constatou-se que as enfermeiras reconheciam, como muito presentes, em sua prática, a obstinação terapêutica, percebendo o sofrimento dos

doentes, familiares e da equipe de enfermagem. Entretanto, comumente, as enfermeiras entrevistadas não questionavam as práticas que implementavam, acreditando ser necessário investir na busca da cura.[13]

A negação da morte e a obstinação terapêutica por parte dos profissionais da saúde parecem ser reflexo dos valores sociais, exemplificados pela valorização da saúde, considerando-a como a ausência de todos os males do corpo, da beleza e da juventude, fortalecendo a inquestionabilidade da implementação de tratamentos de cura em pacientes em processo de morrer e de morte. Esses valores sociais também estão presentes na formação dos profissionais de saúde e na organização dos currículos dos cursos de graduação.[15-16]

No Brasil, estudos têm investigado a educação dos profissionais da saúde para o cuidado às pessoas no fim da vida, evidenciando dificuldades e despreparo para essa prática.[17-23] Entretanto, o desenvolvimento de competências e habilidades diante do processo de morte e morrer fortalece a enfermeira para atuar em CP.[24] Do mesmo modo, entende-se que a formação dos futuros profissionais para atuar em CP, também, pode instrumentalizá-los para atuar no cuidado de pessoas que vivenciam o processo de morte e morrer.

Dentre os fatores discutidos na produção científica brasileira, associados às dificuldades vivenciadas no cuidado às pessoas no final da vida, está a insuficiência de sua abordagem na formação acadêmica, o que repercute na atuação dos profissionais. Santos; Hormanez (2013)[25] apresentam que o currículo de graduação em enfermagem trabalha, de forma insuficiente, a finitude humana. Essa deficiência pode ser considerada como um dos principais obstáculos também para a utilização dos CP. Destaca-se que estudos brasileiros que apresentem experiências na formação em CP, na graduação de profissionais da saúde, não foram encontrados.

Em outros países, entretanto, evidenciou-se que estudiosos vêm trabalhando com pesquisas que avaliam a efetividade da utilização de atividades educativas e a identificação de facilitadores e barreiras para os cuidados no fim da vida.[26] Ainda, estudos internacionais têm apresentado evidências de que a educação de profissionais da saúde em CP contribui para melhorar o cuidado a pacientes no final de suas vidas. As pesquisas, entretanto, ressaltam que ainda existem lacunas para a efetiva utilização de CP, sendo fundamental o uso de estratégias educativas para a inclusão dessa prática no fim da vida.[24-30]

Pesquisa realizada com estudantes de enfermagem, fisioterapia e terapia ocupacional da Universidade de Granada, Espanha, em 2010, buscou determinar o conhecimento sobre a Lei Espanhola de Direitos e Garantias da Dignidade da Pessoa no Processo de Morte, constatando que os estudantes de enfermagem tinham mais conhecimento sobre essa lei; ainda, aqueles que cursaram a disciplina de CP obtiveram melhores resultados nas respostas do que os demais discentes. Os autores ressaltam a importância de que a discussão acerca dos CP esteja inserida de forma transdisciplinar na formação dos discentes, destacando que uma disciplina específica em CP não é suficiente para garantir o adequado fortalecimento nesse cuidado.[28]

Desse modo, acredita-se na necessidade de reformular a forma como a temática da terminalidade e CP predominantemente tem sido abordada na formação, pois morte e vida são percebidas como eventos separados e antagônicos, em que a morte deve ser sempre combatida, apesar de sua proximidade e, pode se dizer, da sua complementariedade, uma vez que a morte faz parte da vida.[31]Atualmente, as necessidades em saúde ultrapassam a perspectiva de recuperação e reabilitação. Nesse sentido, não é possível pensar a possibilidade de efetiva utilização dos CP sem pensar e repensar a formação dos profissionais da saúde, especialmente nessa temática e na abordagem do cuidado das pessoas no processo de morte e de morrer.

Assim, entendendo-se que, para um adequado cuidado no processo de morte e morrer e para a utilização da filosofia de CP pelos profissionais da saúde, faz-se necessária sua prévia e adequada formação. Defende-se que essa formação requer ser repensada, em uma perspectiva de reforma do pensamento, a partir do pensamento complexo de Morin.

MÉTODO

O presente estudo foi extraído da Tese << Ensino educativo em cuidados paliativos e atuação do enfermeiro na terminalidade: um estudo de caso >>, vigente de 2010 a 2015. Trata-se de um estudo reflexivo-teórico. Inicialmente, enfoca-se a formação dos profissionais de saúde, em especial de enfermeiros, e o ensino do processo de morte e morrer, finalizando-se com a perspectiva da formação para o cuidado na terminalidade, mediante uma reforma do pensamento, a partir do pensamento complexo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

♦ O ensino do cuidado no processo de morte e morrer e a morte ainda como fracasso

Morin declara que a superação da crise em que se encontra a humanidade deve ser buscada a partir da educação, mediante uma reforma do pensamento, através de uma reforma do ensino. A missão do ensino não é transmitir o mero saber, mas uma cultura que permita compreender a condição humana e que ajude a viver, favorecendo um modo de pensar aberto e livre.[32]

Nessa perspectiva, refletindo acerca da origem e de como estão organizados os currículos brasileiros dos cursos de graduação em enfermagem e o espaço para a formação em CP, torna-se imprescindível observar as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem[33], elaboradas pelo Conselho Nacional de Educação pelo Parecer CES/CNE 583/2001.

As diretrizes propõem que as instituições de ensino superior tenham como objetivo a competência do desenvolvimento intelectual, autônomo e permanente que permita o processo contínuo de formação acadêmica e a produção do conhecimento, mesmo após o término da graduação. Propõem, ainda, o estímulo ao abandono das concepções antigas e fechadas dos currículos, que atuavam predominantemente como meros instrumentos transmissores de conhecimentos e informações, não instrumentalizando os profissionais para o exercício do pensamento.[33] Assim, entende-se que o grande desafio da formação de enfermeiros está não na acumulação de conhecimentos, mas no desenvolvimento de uma aptidão geral para identificar, situar e tratar os problemas e princípios organizadores que permitam ligar os saberes e lhes dar sentido.[32]

Apesar de propor o estímulo à formação de um enfermeiro reflexivo, o que é fundamental para a mudança de paradigma do curar para o cuidar, e que, consequentemente, possibilite uma outra forma de cuidar no processo de morte e morrer e a atuação em CP, a elaboração das diretrizes curriculares refletiu o contexto social e histórico vivenciado no período de sua elaboração. Dessa forma, estavam direcionadas às necessidades sociais oriundas das condições de saúde do país e, nesse sentido, valorizaram a luta pelo atendimento integral, orientado para o Sistema Único de Saúde (SUS), buscando mudar a formação centrada nos ambientes hospitalares, enfatizando a promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde.[34] Observa-se que, quando da aprovação das diretrizes, a prioridade era a formação de um enfermeiro que tinha como objetivo ajudar o paciente a viver a todo custo, instalando uma permanente luta contra a morte, sendo desconsiderada a necessidade de integrar a formação para a finitude nos objetivos das diretrizes.[35]

Desse modo, a formação dos profissionais da saúde ainda está pautada no modelo biomédico, direcionada para promoção, preservação e recuperação da vida, desconsiderando a morte como parte do processo da vida. Os currículos, predominantemente, refletem a cultura de negação da morte. A formação dos profissionais está focada na preservação da vida e na recuperação da saúde, sendo a morte ainda considerada como fracasso e insucesso. O enfermeiro é formado com o objetivo de buscar a cura, independentemente de suas reais possibilidades.[35]

Os currículos de enfermagem permanecem fragmentados com disciplinas destacando predominantemente o conhecimento técnico-científico. Assim, a formação valoriza a técnica em detrimento do humano; há pouco espaço para a expressão de sentimentos perante a morte e para uma prática educativa que englobe os aspectos emocionais, espirituais e sociais do ser humano.[35]

É possível afirmar que o ensino está articulado de forma fragmentada em pequenas disciplinas que olham para o corpo, transformando-o em órgãos, tecidos e células, destituídos de humanidade. A fragmentação do ensino produz múltiplas lacunas e pode dificultar a implementação de uma perspectiva humanizadora, que possibilite perceber a pessoa doente em sua integralidade, sendo necessária a articulação dos conhecimentos para uma atenção integral.[35]

Entende-se, também, que as lacunas no conhecimento e a educação formativa para o cuidado de pessoas no fim da vida acarretam sofrimento aos profissionais da saúde ao cuidarem de pacientes que estão morrendo. Esse sofrimento, na maioria das vezes, parece estar relacionado ao sentimento de fracasso por parte dos profissionais da saúde por terem uma formação que busca a cura, independente das reais possibilidades, e vê a morte como derrota profissional. Assim, a morte traz sofrimento não tanto pela pessoa que morreu, mas pelo sentimento de fracasso diante da inevitabilidade de sua morte.[23,36]

Em uma perspectiva do pensamento complexo, a forma como estão articulados os cuidados de fim de vida no Brasil reflete a maneira como a sociedade entende a doença, a morte e o morrer, extrapolando questões formativas. Acredita-se que o desafio da educação está em transcender e modificar a sociedade a partir de práticas que possibilitem o exercício do pensamento e a reforma do pensamento. Esses processos educativos precisam ocorrer na graduação com os profissionais da saúde e também com familiares e pacientes que vivenciam doenças com prognósticos reservados e com possibilidade de morte próxima. Ainda, as lacunas de conhecimentos e tecnologias acerca dessa temática dificultam a prestação de uma assistência integral e de qualidade a pessoas que estão morrendo.

♦ O cuidado no processo de morte e morrer e em CP e a necessária reforma do pensamento, a partir do pensamento complexo

O pensamento complexo pode começar a ser compreendido a partir do sentido original do termo, ou seja, o que "é tecido junto"; desse modo, complexidade compreende a religação dos diferentes aspectos do conhecimento, assim como o reconhecimento da incompletude de qualquer conhecimento, da sua condição de inacabado, opondo-se ao pensamento reducionista.[31,37]Possui princípios que contribuem para entender a complexidade, sendo complementares, interdependentes e operados conjuntamente na análise e explicação de fenômenos, denominados: sistêmico ou organizacional, hologramático, dialógico, retroativo, recursivo, da autonomia/dependência e da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento.[31]

O princípio sistêmico ou organizacional liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, opondo-se à ideia reducionista de que "o todo é mais do que a soma das partes"[31:94]. A organização de um todo produz qualidades ou propriedades novas, em relação às partes consideradas isoladamente, denominadas por Morin de emergências. Ainda, o todo é, igualmente, menos que a soma das partes cujas qualidades são inibidas pela organização do conjunto.

O princípio hologramático traz a ideia de totalidade. No holograma, o menor ponto da imagem contém a quase totalidade da informação do objeto representado; assim, quando se vê um holograma, não se consegue dissociar a parte e o todo; a parte está no todo, da mesma forma que o todo está na parte. A totalidade no pensamento complexo não é a soma das partes, ela pode ser mais ou menos do que a soma porque a totalidade é aberta.[31]

O princípio dialógico propõe a junção do que está aparentemente separado, permitindo manter a dualidade no seio da unidade. Esse princípio associa duas ideias ao mesmo tempo complementares e antagônicas. Pensar dialogicamente é compreender que a realidade se constitui, modifica, destrói e regenera a partir de princípios e forças contrárias.[31]

O princípio do circuito retroativo propõe a ideia de que os processos são autorreguladores, rompendo com o princípio da causalidade linear de causa e efeito, pois, assim como "a causa age sobre o efeito, o efeito age sobre a causa"[31:94], fazendo com que esse mecanismo regulador possibilite a autonomia do sistema. Considera-se que, em sua forma negativa, o círculo de retroação ou *feedback* permite reduzir os desvios e, assim, estabilizar um sistema, ao passo que, em sua forma positiva, comporta-se como um mecanismo amplificador. Desse modo, as retroações podem ser consideradas inflacionárias ou estabilizadoras, sendo observadas nos fenômenos sociais, políticos e psicológicos.

O princípio da recursão organizacional utiliza o pensamento de que a causa age sobre o efeito e que o efeito pode agir sobre a causa. Um processo recursivo é aquele em que os produtos e os efeitos são, ao mesmo tempo, causas e produtores do que os produz. Morin apresenta o exemplo da sociedade que é produzida pelas interações entre indivíduos, mas a sociedade, uma vez produzida, retroage sobre os indivíduos e os produz.[31]

Como exemplo, ainda, do princípio recursivo, estão as noções de ordem e desordem. Todos os fenômenos e sistemas naturais ou humanos obedecem a uma ordem que foi produzida por uma desordem inicial que, por sua vez, resultou de uma ordem anterior. Essa concepção de ordem e desordem provem da física, dos princípios da termodinâmica, que indicam que o universo tende à entropia geral, isto é, à desordem máxima e, de outro lado, revela-se que, nesse mesmo universo, as coisas se organizam, se complexificam e se desenvolvem. Assim, ordem e desordem cooperam para organizar o universo. Morin exemplifica que a vida e a morte são paradoxos que se complementam e auxiliam a compreender a junção de ordem e desordem: "Viver é, sem cessar, morrer e rejuvenescer. Vivemos da morte de nossas células, como uma sociedade vive da morte de

seus indivíduos, o que lhes permite rejuvenescer".[31:63]

Dessa forma, a complexidade sempre tem relação com o acaso, ela compreende incertezas, indeterminações, fenômenos aleatórios. A complexidade, porém, não se reduz à incerteza, ela diz respeito a sistemas semialeatórios cuja ordem é inseparável dos acasos que os concernem.[32]

O princípio da autonomia/dependência ou da auto-organização refere-se à capacidade dos seres vivos em auto-organizar-se, necessitando, para tal, de energia para manter sua autonomia: "Como tem necessidade de retirar energia, informação e organização de seu meio ambiente, sua autonomia é inseparável de sua dependência; é por isso que precisam ser concebidos como seres auto-eco-organizadores".[32:95]

O princípio da reintrodução do conhecimento em todo o conhecimento significa que todo o conhecimento é uma reconstrução/tradução feita por uma mente, em uma cultura e épocas determinadas. Nessa perspectiva, Morin ressalta que a reforma do pensamento é de natureza não programática, mas paradigmática, porque se refere à aptidão do ser humano para organizar o conhecimento pelo uso de sua inteligência e pela organização das ideias.[32]

Na perspectiva do pensamento complexo, cada indivíduo é um sujeito; dessa forma, indivíduos de uma mesma espécie são muito diferentes uns dos outros. A concepção do sujeito deve ser complexa. Para entender o conceito de sujeito, é preciso compreender que os indivíduos se desenvolvem no acaso e na desordem, mas também em processos auto-organizadores, em que cada sistema cria suas próprias determinações e suas próprias finalidades. Ser sujeito é colocar-se no centro de seu próprio mundo para lidar com ele e consigo mesmo, é ocupar o lugar do "eu". Ser sujeito é ser autônomo, sendo ao mesmo tempo dependente. A autonomia humana é complexa, pois depende de condições culturais e sociais. A dependência está relacionada ao fato de que, para sermos nós mesmos, precisamos aprender uma linguagem, uma cultura, um saber e é preciso que esta cultura seja bastante variada para que possamos escolher e refletir de maneira autônoma.[31]

Em sua obra "A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento", Morin apresenta seus pensamentos sobre a reforma do ensino, questionando a forma como a educação ainda vem sendo construída, a partir de um paradigma da ciência positivista que, ao estabelecer uma relação única de causa e efeito, reduz, separa e simplifica o conhecimento. Apresenta que a superespecialização das ciências fragmenta o ser humano, impedindo uma visão de totalidade, que englobe os aspectos culturais, sociais e históricos. A ciência tornou-se cega ao buscar controlar, prever e, em uma incapacidade de integrar, articular e refletir sobre seus conhecimentos. Para Morin, a ideia de ciência deve estar em um conjunto teórico/metodológico/epistemológico coerente, aberto para a incerteza e a superação, multidimensional, que não seja fechada em um conceito definido e pronto.[31]

Essa perspectiva simplificadora da ciência pode ser percebida também nas sociedades, a partir de sua visão de mundo e organização, bem como nas escolas e na organização do trabalho. Nesse sentido, a formação reproduz e divide o conhecimento em objetos delimitados e induz os estudantes à escolha de especialidades, levando à hiperespecialização. Excessivamente especializados, os conhecimentos podem deixar de ser capazes de se comunicarem entre si e os saberes produzidos deixarem de ser integrados.

Dessa forma, a escola negligencia a formação integral, não preparando para o enfrentamento dos imprevistos e das mudanças, privando o indivíduo de uma visão global da realidade. A gravidade desse panorama está no fato de que pessoas educadas nesse sistema simplificador têm dificuldades de estabelecer rupturas e de assumir um ponto de vista pelo qual seja possível modificar o estado das coisas.[31]

Assim, a organização do saber engloba três desafios. O primeiro está no desafio cultural de aproximar o que Morin denomina de cultura das humanidades e cultura científica, que se encontram disjuntas. A cultura humanística é uma cultura genérica, que decorre da filosofia, do romance, alimenta a inteligência geral e busca enfrentar as grandes interrogações humanas, estimulando a reflexão sobre o saber e favorecendo a integração pessoal dos pensamentos. A cultura científica está relacionada às descobertas, às teorias, separando as áreas do conhecimento; sua deficiência está em não possibilitar uma reflexão acerca do destino humano, do futuro e da própria ciência. A aproximação e o diálogo dessas duas culturas possibilitaria a reflexão sobre os problemas gerais e globais, tornando a ciência capaz de pensar sobre si mesma e pensar os problemas sociais e humanos que coloca.[32]

O segundo desafio posto por Morin é o sociológico quando afirma que com o

crescimento das características cognitivas das atividades econômicas, técnicas, sociais, políticas, da informática, cada vez mais a informação é uma matéria-prima que o conhecimento deve dominar e integrar; o conhecimento deve ser permanentemente revisitado e revisado pelo pensamento e esse é, mais do que nunca, o capital mais precioso para o indivíduo e a sociedade.[32]

O terceiro desafio é o cívico, ou seja, o enfraquecimento de uma percepção global leva ao enfraquecimento do senso de responsabilidade e da solidariedade. Cada pessoa tende a ser responsável apenas por sua tarefa especializada, desconsiderando seu elo orgânico com a cidade e seus concidadãos. Nessa perspectiva, o saber torna-se cada vez mais acessível somente aos especialistas, quantitativo e formalizado. Assim, o *expert* perde a aptidão de conceber o global e o cidadão perde o direito ao conhecimento. Morin propõe que o enfrentamento desses três desafios deve ocorrer pela reforma do pensamento que permitiria o pleno emprego da inteligência e a ligação das duas culturas dissociadas.[32]

Uma cabeça bem feita, então, é aquela que desenvolve uma aptidão geral para colocar e tratar os problemas. Essa aptidão está relacionada à dúvida, à "capacidade de repensar o pensamento", de problematizar.[32:22]Frequentemente, a instrução aniquila a curiosidade; assim, utilizar a aptidão geral significa apropriar-se de outra perspectiva educacional, que encoraje, que instigue para os problemas fundamentais de nossa própria condição e de nossa época.

A cabeça bem feita deve ter, também, a capacidade de ligar os saberes e lhes dar sentido. Dessa forma, um objeto, ao ser estudado, não pode ser isolado de seu meio, é necessário contextualizar o conhecimento, o que Morin, utilizando-se dos conceitos da biologia, denomina de pensamento ecologizante, no sentido em que situa todo acontecimento, informação ou conhecimento em relação de inseparabilidade com o seu meio ambiente – natural, cultural, social, econômico e político. Essa perspectiva permite perceber, também, as relações e inter-retro-ações entre cada fenômeno em seu contexto, as relações de reciprocidade entre o todo e as partes, buscando compreender como uma modificação local repercute sobre o todo e como uma modificação no todo repercute sobre as partes.[32]

Para Morin, aprender a viver a partir da educação requer transformar as informações em conhecimento e o conhecimento em sabedoria. É necessário buscar compreender a condição humana, pelo desenvolvimento da compaixão, da solidariedade e da compreensão do sofrimento do outro, percebendo-o como sujeito, que sofre e que tem alegrias. Esse aprendizado deve ser constantemente recomeçado. Da mesma forma, deve-se estimular a aptidão crítica e a autocrítica.[32]

Ainda, é fundamental aprender a enfrentar as incertezas da vida e, para isso, a educação precisa capacitar o indivíduo para traçar estratégias. A estratégia procura incessantemente reunir as informações colhidas e os acasos encontrados durante o percurso. Entretanto, prioritariamente, a educação vigente desenvolve programas. O programa determina a priori uma sequência de ações, tendo em vista um objetivo e, nas menores perturbações, as ações do programa desregulam, obrigando-o a parar.[32]

Na universidade, os desafios para uma cabeça bem feita estão na produção do conhecimento pela formação de uma postura de pesquisa; na construção de uma cultura de autonomia da consciência, da problematização, da verdade e da ética; do desenvolvimento de saberes transdisciplinares, que unam a cultura humanista e a cultura científica. Assim, como já apresentado, a reforma da universidade é a reforma do pensamento.[32]

A educação para o cuidado no processo de morte e morrer e em CP propõe a ruptura de paradigmas de como a morte é vista e enfrentada pela sociedade. Os CP trazem nos seus princípios que o doente em processo de terminalidade necessita ser percebido em sua integralidade, necessitando ser visto como um ser complexo, em que não é possível dissociar os aspectos sociais, espirituais, emocionais, da doença. Da mesma forma, morte e vida podem ser interpretadas a partir do princípio dialógico, pois são vistas como eventos separados e antagônicos, em que a morte deve ser sempre combatida, mas na verdade estão próximos e são complementares, em que a morte faz parte da vida.

A partir do princípio da recursão organizacional, é possível compreender que os enfermeiros são produto da sociedade que valoriza a manutenção da juventude, da beleza e da saúde, desconsiderando o adoecimento e a morte como partes integrantes da vida. Ao mesmo tempo, no seu exercício profissional, são produtores de uma prática que busca incessantemente a cura, independentemente das suas reais possibilidades, entendendo a morte como derrota.

Refletindo acerca do todo, é necessário considerar que o modelo de atenção à saúde vigente no Brasil é reflexo de uma ciência positivista, sendo ainda predominantemente biomédico, centrado na doença e desconsiderando a multicausalidade dos agravos à saúde, bem como o meio ambiente e o contexto sociofamiliar do doente. A morte atualmente ocorre predominantemente no ambiente hospitalar, onde os doentes são assistidos por profissionais da saúde, dentre estes o enfermeiro, que tem uma formação pautada na preservação da vida e na busca da cura. Nessa perspectiva de busca da cura independente das reais possibilidades, parece não haver espaço para CP, que não vê a morte como derrota, mas reconhece as limitações dos tratamentos em saúde e a necessidade de respeitar a terminalidade da vida para que o doente possa viver de forma digna até o momento de sua morte.

Nesse modelo de atenção à saúde, a morte é escondida e vista como derrota e, predominantemente, é dissimulada do doente a gravidade do seu estado de saúde. Ariès (2012)[38] aponta duas causas do processo de morrer e de morte ter se tornado escamoteado. A primeira relaciona-se com o surgimento da família, pois o homem, que antes decidia sozinho sobre sua vida e sua morte, com o surgimento do sentimento familial, passa a compartilhar as decisões com seus familiares, que se recusam a admitir a morte daqueles a quem amam. O segundo refere-se aos progressos da ciência, que substituiu, na consciência do homem atingido, a morte pela doença difícil de curar; com o progresso dos tratamentos clínicos e cirúrgicos, sabe-se cada vez menos se uma doença grave é mortal; e as chances de sobreviver, mesmo que mutilado, aumentam enormemente; age-se como se a medicina tivesse resposta para todos os males.

O doente não deve saber nunca que sua morte se aproxima; o novo costume exige que ele morra na ignorância de sua morte:

> *[...] a partir do momento em que um risco grave ameaça um dos membros da família, esta logo conspira para privá-lo de sua informação e sua liberdade. O doente torna-se, então, um menor de idade, como uma criança ou um débil mental de quem o cônjuge ou os pais tomam conta e a quem separam do mundo. Sabe-se melhor do que ele o que se deve saber e fazer. O doente é privado de seus direitos e, particularmente, do direito outrora essencial de ter conhecimento de sua morte, prepará-la e organizá-la, e ele cede porque está convencido de que é para o seu bem e se, apesar de tudo, adivinhou, fingirá não saber. Antigamente, a morte era uma tragédia, muitas vezes cômica, na qual se representava o papel daquele que vai morrer. Hoje, a morte é uma comédia, muitas vezes dramática, onde se representa o papel daquele que não sabe que vai morrer.*[38:238]

Na citação acima, o doente é infantilizado e despojado de sua autonomia. Morin apresenta em sua discussão acerca do sujeito que este deve ser autônomo e estar no centro de sua existência, possuindo liberdade de pensamento. A autonomia é um direito fundamental para que se garanta a dignidade. Entretanto, em muitas situações de atendimento a doentes que estão morrendo, os quais frequentemente se encontram em condições de fragilidade, a decisão do profissional se sobrepõe ao julgar que o doente não se encontra em condições de decidir.

No processo de morte e morrer e em CP, a autonomia do doente é valorizada, a sua possibilidade de escolha com relação às decisões de seu tratamento, curso da vida, local onde deseja permanecer até o fim da vida e o planejamento de sua morte deve ser mantida até onde ela for possível, com os conflitos que possam surgir, envolvendo a aproximação da morte e a manutenção da dignidade. Devem ser preservados os sentidos da vida, da existência, a história e o seu lugar no mundo, a qualidade de vida no processo de morrer.[39]

Assim, na perspectiva do pensamento complexo, não é suficiente que o tema CP esteja presente em uma disciplina ou como um conteúdo a ser desenvolvido em uma disciplina; é necessário que os princípios que embasam essa filosofia de cuidados estejam presentes de forma transversal nos currículos de graduação durante toda a formação do enfermeiro. Dentre esses princípios, é possível visualizar aptidões e domínios como a sensibilidade para lidar com o humano, compreendendo os diferentes aspectos que envolvem o processo de morrer; o respeito à autonomia do doente; habilidades para o diálogo e para lidar com sentimentos e emoções desencadeados; a solidariedade; o compromisso social; a ética; o trabalho coletivo transversal e interdisciplinar; a aceitação da morte como processo da vida; e o conhecimento para o manejo de sintomas e controle da dor.[40]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensando a educação na graduação em enfermagem para a atuação no cuidado no processo de morte e morrer e as dificuldades vivenciadas para a utilização dos CP nos serviços de saúde brasileiros, é possível afirmar que, muitas vezes, a morte ainda é relacionada com derrota, perda, frustração.

Em uma perspectiva complexa, diferentemente, a morte é uma etapa da vida, requerendo uma formação profissional capaz de problematizar e romper com a reprodução de conhecimentos, sentimentos, valores e práticas que, predominantemente, ainda representam negativamente a morte, associando-a ao fracasso. O enfermeiro, durante sua formação, precisa aprender a lidar com incertezas e aparentes insucessos, desenvolvendo habilidades para traçar estratégias a partir das necessidades de cuidado de cada paciente.

A reforma do pensamento para o cuidado na terminalidade requer, para além do conhecimento teórico, autorreflexão, sensibilização, envolvimento das emoções e dos múltiplos sentidos, que possibilitem contato com experiências, pensamentos e vivências, muitas vezes reprimidos, permitindo-se rupturas para a construção de novos conhecimentos.

O estabelecimento de rupturas, o espaço para interrogações e reflexão, acerca da morte e do morrer, é imprescindível para a educação do enfermeiro, apresentando-se como relevante desafio. Nesse sentido, para a continuidade das rupturas do pensamento hegemônico, a instrumentalização também dos docentes é fundamental para a reforma do pensamento, pois estes precisam possibilitar os espaços para interrogações, reflexão e contextualização do conhecimento, contribuindo para o desenvolvimento do senso crítico dos discentes.

REFERÊNCIAS

1. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro [recurso eletrônico] / Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – São Paulo: IESS [org], 2013 [cited 20 Aug 2015]. Available from: http://www.iess.org.br/html/1apresentao.pdf

2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sinopse do Censo demográfico. Rio de Janeiro; 2012.

3. World Health Organization (WHO).2013.Who Definition of Palliative Care [cited 2015 Aug 21]. Available from: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en

4. Ministério da Saúde (BR). Programa de Saúde do Idoso – Dados Estatísticos sobre idosos [cited 2015 June 18]. Available from: http:// www.portal.saude.gov.br.

5. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da saúde. Washington. OPAS; 2007. [cited 2015 Aug 12]. Available from: http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf.

6. Twycross R. Introducing palliative care. London, Ed Radcliffe Med Press; 2003.

7. Mendonça ACA, Moreira MC, Carvalho V. Atenção paliativa oncológica em unidade de terapia intensiva: um estudo da produção científica da enfermagem. Esc. Anna Nery [Internet]. 2012 [cited 2015 June 12];16(4):817-23. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/25.pdf

8. Observatório Internacional sobre Cuidados de Final da Vida (IOELC). Global development.United Kingdom: IOELC [Internet]. 2008 [cited 2015 June 22]. Available from: www.eolc-observatory.net

9. Economist Intelligence Unit. The quality of death: ranking end-of-life care across the world. Ed. Lien Foundation [Internet]. 2010. [cited 2015 June 12]. Available from: www.eiu.com/sponsor/lienfoundation/qualityofdeath.

10. Piva JP, Garcia PCR, Lago PM. Dilemas e dificuldades envolvendo decisões de final de vida e oferta de cuidados paliativos em pediatria. Rev Bras ter Intensive [Internet]. 2011 [cited 2015 July 20],3(1):78-86. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n1/a13v23n1.pdf

11. Araújo MMT, Silva MJPA. Communication strategies used by health care professionals in providing palliative care to patients. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2015 Sept 12],46(3):626-32. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/en_14.pdf

12. Ballesteros M; Centeno C; Arantzamendi MA. Quality exploratory study of nursing students' assessment of the contribution of palliative care learning. Nurse Education Today [Internet]. 2014 [cited 2015 Sept 12];34(6):1-6. Available fom: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691714000033

13. Carvalho KK, Lunardi VL. A obstinação terapêutica como uma questão ética:enfermeiras de Unidades de Terapia Intensiva. Revista Latino-americana enfermagem [Internet]. 2009 [cited 2015 June 12];17(3):308-13. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_05.pdf

14. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2012.

15. Carvalho KK. A obstinação terapêutica como uma questão ética. 2005 99 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2005.

16. Silva KCO, Nietsche EA, Oliveira SG, Quintana AM, Ilha S. O "Não à morte oferece o "Sim" à obstinação terapêutica? Rev Enferm UFSM [Internet]. 2012 [cited 2015 Aug 12];2(2):442-448.Available from: http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3165/3919

17. Waterkemper R, Reibnitz KS. Cuidados Paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2010 [cited 2015 Aug 15];31(1):84-91. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a12v31n1.pdf

18. Combinato DS, Queiroz MS. Um estudo sobre a morte: uma análise a partir do método explicativo de Vigotski. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2011 [cited 2015 Sept 21];19(9):3893-900. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a25v16n9.pdf

19. Mochel EG, Gurge WB, Mochel AG, Farias AMC. Análise da formação tanatológica do aluno de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, Brasil. Invest Educ Enferm [Internet]. 2011 [cited 2015 June 12];29(2):230-37. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a25v16n9.pdf

20. Porto AR, Thofehm MB, Amestoy SC, Gonzáles RIC, Oliveira NA. The essence of interdisciplinary practice in palliative care delivery to cancer patients. Invest Edu Enferm [Internet]. 2012 [cited 2015 Aug 20];30(2):231-9. Available from: http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v30n2/v30n2a08.pdf

21. Andrade CG, Costa SFG, Lopes MEL. Cuidados Paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2013 [cited 2015 Sept 20]; 18(9): 2623-30. Available from: http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n9/v18n9a06.pdf

22. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2013 [cited 2015 Sept 20];18(9):2577-88. Available from: http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n9/v18n9a06.pdf

23. Vasques TCS, Lunardi VL, Silveira RS, Lunardi Filho WD, Gomes GC, Pintanel AC. Percepções dos trabalhadores de enfermagem acerca dos cuidados paliativos. Rev Eletr Enf [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 13];15(3):772-9. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n3/pdf/v15n3a20.pdf

24. Desbiens J, Gagnon J, Filliom L. Development of a shared theory in palliative care to enhance nursing competence. J Adv Nurs [Internet]. 2011 [cited 2015 Aug 21];69(9):2113-24. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2011.05917.x/pdf

25. Santos MA, Hormanez M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 21];18(9):2757-68. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a31.pdf

26. Witkamp FE, Zuylen, LV, Mass PJVD, Dijk HV, Rijt CCD, Heid AVD. Improving the quality of palliative and terminal care in the hospital by a network of palliative care nurse champions: the study protocol of the PalTec-H Project. Health Services Research [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 20];13(1):115-21. Available from: http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-13-115.pdf

27. O'shea ER, Wallace M, Griffin MQ, Fitzpatrick JJ. The effect of an Educational Session on Pediatric Nurses' Perspectives Toward Providing Spiritual Care. Journal of Pediatric Nursing [Internet]. 2011 [cited 2015 Aug 12];26(1):34-43. Available from: http://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(09)00203-6/pdf

28. Morales-Martín AM, Schimidt-Riovalle J, García – García I. Knowledge of the Andalusian legislation on dignified death and perception on the formation in attention to terminally ill patients of health sciences students at Universidad de Granada, Spain. Invest. Edu Enferm [Internet]. 2012 [cited 2015 Aug 20];30(2):215-23. Available from: http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/9728/11964

29. Busch T, Shahwan-Alk L. Palliative care education – does it influence future practice? Comtemporany Nurse [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 20];43(2):172-8. Available from: http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.5172/conu.2013.43.2.172

30. Lee J. Korean nurses' perceived facilitators and barriers in provision of end-of-life care. International J Nur Practice [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 22];19(1):334-43. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12070/epdf

31. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 4th ed. Porto Alegre: Sulina; 2011.

32. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 12th ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2012.

33. Brasil. Resolução nº 03, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Conselho Nacional de Educação. Brasília, DF, Diário Oficial da União, 07 nov. 2001, p. 37. [cited 2015 Sept 20]. Available from: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf

34. Bagnato MHS, Rodrigues RM. Diretrizes curriculares da graduação de enfermagem: pensando contextos, mudanças e perspectivas. Rev Bras Enferm [Internet]. 2007 [cited 2015 Aug 12];60(5):507-12. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a05.pdf

35. Oliveira SG, Quintana AM, Denardin-Budó, Bertolino KCO, Kruse MHL. A formação do enfermeiros às necessidades emergentes da terminalidade do indivíduo. R Enferm UFSM [Internet]. 2011 [cited 2015 Aug 20];1(1):97-102. Available from: http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/1996/1519

36. Santos LRG, Menezes MP, Gradvohl SMO. Conhecimento, envolvimento e sentimentos de concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre ortotanásia. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 20];18(9):2645-52. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a19.pdf

37. Petraglia IC. Edgar Morin: a educação e a complexidade do ser e do saber. 10th ed. Petrópolis: Vozes; 2011.

38. Morin E. Ciência com consciência. Ed. revista e modificada pelo autor. 14th ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010.

39. Ariés P. Trad. Siqueira PV. História da Morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Ediouro; 2012.

40. Kovács MJ.Autonomia e o Direito de Morrer com Dignidade. Bioética. São Paulo; 1998. 6(1):61-9

Submissão: 11/10/2016
Aceito: 09/05/2016
Publicado: 01/07/2016

Correspondência

Karen Knopp de Carvalho
Rua Murtosa, 1236
Bairro Recanto de Portugal
CEP 96083-230 — Pelotas (RS), Brasil